

MARIA DE LURDES ZANOLLI

**A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA
EM PAULÍNIA: UM CAMPO DE
PRÁTICA DA PEDIATRIA SOCIAL**

Campinas

1999



UNICAMP

Faculdade de Ciências Médicas

MARIA DE LURDES ZANOLLI

**A ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA
EM PAULÍNIA: UM CAMPO DE
PRÁTICA DA PEDIATRIA SOCIAL**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Doutor em Pediatria

Orientador: Prof. Dr. EMERSON ELIAS MERHY

Este exemplar corresponde a versão final do exemplar da Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, para obtenção do título de Doutor em Pediatria.

Campinas, 03 de dezembro de 1999.



Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Orientador

UNIDADE	PC
N.º CIENTÍFICA:	I/UNICAMP
	Z17a
V.	Ex
TOMBO DC/	39988
PRDC	278100
S	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	784,11,00
DATA	13/01/00
N.º CPD	

CM-00130626-B

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

Z17a	<p>Zanolli, Maria de Lurdes</p> <p>A atenção à saúde da criança em Paulínia: um campo de prática da pediatria social / Maria de Lurdes Zanolli. Campinas, SP : [s.n.], 1999.</p> <p>Orientador : Emerson Elias Merhy</p> <p>Tese (Doutorado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.</p> <p>1. Puericultura. 2. Pediatria. 3. Saúde Pública. 4. Medicina – prática. I. Emerson Elias Merhy. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.</p>
------	---

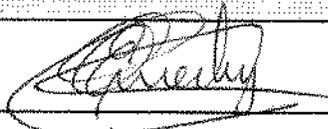
Banca Examinadora da Tese de Doutorado

Orientador(a): Prof. Dr. Emerson Elias Merhy



Membros:

1. Prof. Dr. Emerson Elias Merhy



2. Prof^ª. Dr^ª. Maria Aparecida Affonso Moysés



3. Prof^ª. Dr^ª. Maria da Graça Garcia Andrade



4. Prof^ª. Dr^ª. Hillegonda Maria Dutilh Novaes



5. Prof^ª. Dr^ª. Maria Alice Amorim Garcia



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

Data: 03/12/99

AGRADECIMENTOS

- Ao Prof. Dr. Emerson Elias Merhy pela paciente orientação, incentivo e apoio durante todo o processo deste trabalho.
- À Cláudia Bevilacqua Denardi pela colaboração na realização das entrevistas e nas várias etapas desta pesquisa e pela amizade que dela adveio.
- Aos colegas e companheiros entrevistados pela generosa cooperação, sem a qual seria impossível este estudo.
- À Ruth Joffily pelo interesse e pela cuidadosa revisão do texto.
- À Maria Inês Zanolli Sato pela ajuda na tradução do resumo.
- Aos colegas da Pediatria Social pela colaboração na discussão de aspectos desta pesquisa e pela compreensão em relação ao nosso tempo para desenvolvê-la.
- À Secretaria do Departamento e da Pós-graduação da Pediatria pela atenção de sempre.
- À Maria Angela Góes Monteiro Antônio e à Emília de Faria Carniel pela colaboração e compreensão em todos os momentos desta tarefa, pelas lidas diárias e pela amizade.
- A todos os profissionais que atuaram na área da saúde em Paulínia, que compartilharam de nossas lutas e ideais e que ainda o fazem.
- Aos meus queridos André, Mariana e Luisa pela paciência e pelo apoio de todos os tipos em todas as horas.

DEDICATÓRIA

À Mariana e à Luisa

pela vontade de continuar enfrentando os modos de andar a vida..

Ao André

pelo companheirismo e apoio nesse caminhar.

Vida

O que é a vida se não existe

um ser para vivê-la...

... se não existe sentimentos,

momentos, pensamentos, para serem vividos ...

... o que é a vida se não existe

um ser capaz de sentir, pensar,

passar por bons momentos,

montar uma família e viver a

vida em paz ...

Luisa Zanolli Moreno

SUMÁRIO

RESUMO	xii
INTRODUÇÃO	1
1 – Apresentação	2
2 – Justificativas	4
3 - Como foi a investigação	9
CAPITULO I – Os discursos ou matrizes que dão base para uma aposta reformista do ensino médico, dos serviços de saúde e da prática pediátrica	16
I.1 - As matrizes discursivas constitutivas dos projetos instituintes sobre a reforma dos modelos de organização dos serviços de saúde e do ensino médico	17
I.1.a – O Movimento Preventivista	18
I.1.b – A Medicina Comunitária	23
I.1.c – O Movimento da Medicina Social	27
I.1.d – A Reforma Sanitária	29
I.1.e – A Reforma do Ensino Médico	33
I.2 – A Pediatria Social e as suas apostas reformistas	38
I.2.a – O Cuidado com a criança e a forma de prestá-lo	38
- A Puericultura	45
- A Saúde Materno-Infantil	47
- A Atenção Integral à saúde da criança	48
I.2.b – A Atenção à criança no Brasil e suas limitações	49
I.2.c – Críticas e possibilidades de atuação: atenção à criança	51
I.2.d – Conceituando: os pediatras atrás de definições e delimitações de campos de práticas	56
I.2.e – A Pediatria Social e as suas apostas reformistas	67
CAPÍTULO II – Paulínia: o encontro dos movimentos reformistas da escola médica, das práticas e dos serviços e o contexto histórico-social brasileiro da saúde	70
II.1 – Postos de atendimento	72
II.2 – Início do convênio	76
II.3 – Primeira crise e suas conseqüências – década de 70	91

II.4 – Reestruturação – início da rede de saúde	95
II.5 – Repensar o cuidado em defesa da vida	103
II.6 – Conflitos, disputas e rompimento do convênio	105
CAPÍTULO III – Em busca de uma tipologia dos sujeitos em ação no caso em análise	111
III.1 - Quanto à temporalidade	113
III.2 - Quanto à ação	115
III.3 - Quanto à formulação	120
III.4 - Quanto à característica do entrevistado como agente	125
III.5 - Quanto ao modo de ver o projeto	146
III.6 - Quanto ao conteúdo reformista	166
III.7 - Quanto ao fato de se considerar reformista	170
CAPÍTULO IV – Considerações finais	178
IV.1 – Protagonistas? Do quê?	179
IV.2 - Paulínia como analisador da Pediatria Social	185
IV.3 – Dilemas atuais da organização de modelos de atenção à saúde da criança..	192
ANEXOS	201
SUMMARY	204
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	207

LISTA DE ABREVIATURAS

ABEM	Associação Brasileira de Escolas Médicas
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
AIDPI	Atenção Integral às Doenças Prevalentes na Infância
AIS	Ações Integradas de Saúde
CAPEs	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CETREIM	Centro de Treinamento Integrado Municipal
CIMS	Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde
CINAEM	Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento
CIS	Comissão Interinstitucional de Saúde
CLIS	Comissão Local Interinstitucional de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CO	Citologia Oncótica
CONASP	Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária
CRIS	Comissão Regional Interinstitucional de Saúde
CS	Centro de Saúde
CSEP	Centro de Saúde Escola de Paulínia
CTA	Conselho Técnico Administrativo
DMPS	Departamento de Medicina Preventiva e Social
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FEPAFEM	Federação Pan-americana de Associação de Faculdades de Medicina
GO	Ginecologia e Obstetrícia
HMP	Hospital Municipal de Paulínia
IAPES	Instituto de Aposentadoria e Pensões
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IVH	Índice de Valorização de Desempenho Hospitalar
LEMC	Laboratório de Educação para Medicina de Comunidade
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPS	Organização Pan-americana da Saúde
PAC	Programa de Atenção à Criança
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAISC	Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
PIASS	Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento
PIDA	Programa de Integração Docente Assistencial
PIESE	Programa Integrado de Educação e Saúde do Escolar
PMP	Prefeitura Municipal de Paulínia
PNS	Plano Nacional de Saúde

PP	Posto de Puericultura
PREV-SAÚDE	Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROGRAMA UNI	Uma Nova Iniciativa na educação dos profissionais de saúde
PS	Pediatria Social
PSC	Programa de Saúde da Comunidade
PSF	Programa de Saúde da Família
REPLAN	Refinaria do Planalto Paulista
SBPC	Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência
SES	Secretaria de Estado da Saúde
SESU	Secretaria de Ensino Superior
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
SUS	Sistema Unificado de Saúde
TGA	Teoria Geral da Administração
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - População de Paulínia	77
Quadro 2 - Classificação dos 20 entrevistados quanto à temporalidade	114
Quadro 3 - Classificação das 20 entrevistas quanto à ação	116
Quadro 4 - Classificação das 20 entrevistas quanto à formulação	121
Quadro 5 - Classificação das 20 entrevistas quanto à característica do entrevistado se ver como agente	126
Quadro 6 - Classificação das 20 entrevistas quanto ao modo de ver o projeto	146
Quadro 7 - Classificação das 20 entrevistas quanto aos seus conteúdos reformistas.....	167
Quadro 8 - Classificação das 20 entrevistas quanto ao fato de cada entrevistado se considerar reformista.....	171
Quadro 9 - Agrupamento das classificações anteriores.....	175

RESUMO

RESUMO

O estudo consistiu na análise da atenção à saúde da criança no município de Paulínia (SP), compreendido como um projeto de intervenção para reformar o serviço, o ensino e a prática pediátrica, dentro das propostas reformistas da Pediatria Social.

A atenção à saúde da criança era parte do projeto de integração do ensino médico com os serviços de saúde, desenvolvido em Paulínia através de um convênio entre a Prefeitura Municipal, a Secretaria de Estado da Saúde e a Universidade Estadual de Campinas, no período de 1970 a 1995. Este Projeto surgiu, entre outros, como alternativo e crítico do sistema de intervenção em saúde e de ensino médico, propondo-se a reformar o ensino e a prática médica.

Analisou-se Paulínia como um lugar em que se constrói uma rede, em que se dirige um discurso e onde protagonistas intervêm cotidianamente, tomando como foco principal a atenção à saúde da criança. O discurso que ambicionava ser o pensamento crítico da Pediatria e ser sua prática reformadora é a Pediatria Social, que nasceu colada ao movimento de reforma médica.

A pesquisa incluiu, uma recuperação bibliográfica das principais matrizes constitutivas da reforma dos modelos de organização dos serviços de saúde e do ensino médico. Em seguida, fez uma recuperação histórica e bibliográfica, no campo da Pediatria Social, sobre o cuidado com a criança e a forma de prestá-lo através de suas relações com os movimentos de reforma do ensino médico e da atenção à saúde, e discutiu sobre o seu arcabouço conceitual, trazendo as definições e formulações de alguns autores sobre o tema.

Posteriormente, trabalhou-se com as informações das várias fontes documentais e orais (memórias situadas) para reconstruir uma linha histórica sobre o processo de Paulínia como lugar de disputa de um certo modelo de intervenção na saúde da criança, em uma aposta reformista, e com uma reconstrução em dois movimentos: um que trata das relações entre instituições de ensino e de serviço dentro de uma aposta de reformar os dois

ambientes institucionais, e um outro que conta a história do ponto de vista e do tempo, não das organizações mas, dos protagonistas, com seus relatos e histórias.

Dessa maneira pôde-se inferir sobre os modos de produzir o 'experimento' e balizar uma análise da própria força e possibilidades do projeto reformista em pauta, com os agentes reais que o constituíram.

A experiência da Pediatria Social, na sua prática na rede básica em Paulínia mostra a convivência com a dicotomia Medicina-Saúde Pública, que é um dilema de todo o modelo de atenção à saúde no Brasil.

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

1 - APRESENTAÇÃO

A motivação para este estudo surgiu após um período de planejamento da área de Pediatria do Centro de Saúde Escola de Paulínia (CSEP), envolvendo todos os profissionais que lá atuavam: enfermeiras, médicos, auxiliares e atendentes de enfermagem da Prefeitura e da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) e docentes da UNICAMP, entre os quais se inclui a autora deste trabalho.

Esse planejamento visava a equacionar dificuldades da equipe da área da saúde da criança, quanto ao seu relacionamento e à definição de papéis, na organização, execução e avaliação dos programas e das ações, buscando atender com qualidade as necessidades do ensino e do atendimento à saúde da população. Essas dificuldades haviam sido desencadeadas pela ampliação da equipe, pelo aumento da demanda por atendimento pediátrico, por uma média alta de tempo de permanência na sala de espera e por uma preocupação com a medicalização excessiva, paternalismo e avaliação pouco efetiva das ações de saúde.

Além disso, alguns profissionais, que haviam cursado disciplinas da pós-graduação em Pediatria e, principalmente, em Saúde Coletiva, passaram a perceber que a falta de uma melhor compreensão de toda a dimensão e da dinâmica das políticas e práticas de saúde em Paulínia dificultava a execução e reorganização das ações.

Esse período de planejamento compreendeu momentos de reflexão intensa sobre a prática da atenção à saúde em uma rede de serviço, em particular a área da criança. As discussões

abrangeram desde as distintas formas de organizar o processo de trabalho, suas teorias e aplicações nas diferentes épocas, passando pelas políticas de saúde e diversas propostas de modelos assistenciais, até como escolher e aplicar os variados modos de avaliação das ações determinadas.

Também no início da década de 90 se acentuaram as divergências entre a UNICAMP e a Prefeitura quanto à gestão da saúde no município, com dificuldades na continuidade do convênio e conseqüentemente do próprio projeto.

Surgiu daí a necessidade de entender mais profundamente o que era essa prática, ter mais clareza sobre: como aconteceu e foi se constituindo o Projeto de Paulínia; que formulações teóricas estavam presentes desde o seu início; como os vários atores envolvidos na sua construção protagonizaram esse processo e o que isto tinha a ver com a atual situação vivida, particularmente no que se referia às dificuldades de manutenção do projeto, depois de mais de vinte anos de sua existência. Ou seja, as diferentes determinações que envolviam aquele modo de fazer a atenção à saúde da criança, naquela rede de serviço de saúde, e as conseqüências dessa forma de organizá-lo para se produzir o cuidado da saúde da criança e suas perspectivas de futuro dados os seus protagonistas atuais.

Assumir todas essas questões como objeto de pesquisa exigia da autora o esforço de se distanciar do seu objeto para fazer sua leitura. Tarefa difícil uma vez que era, ao mesmo tempo protagonista do projeto.

A pesquisadora foi participante do Projeto de Paulínia desde quando aluna de graduação e, principalmente, na residência médica, etapa fundamental para sua formação profissional e que determinou sua escolha pela carreira universitária em Pediatria, mais especificamente na então área de Pediatria Comunitária e Social. Passou a exercer sua função docente no CSEP atuando, basicamente, na continuidade da organização e da reestruturação daqueles espaços como locais de ensino e serviço de atenção à saúde.

Com a ruptura do convênio com a Prefeitura de Paulínia, em 1994, a UNICAMP saiu da rede de saúde de Paulínia, e isso ampliou a necessidade de resgatar essa experiência, a memória desse projeto, de vinte e cinco anos, para explicitar suas dificuldades e positivities.

Pelo envolvimento e vínculo dos profissionais atuantes no período, o término do convênio resultou em um sofrido processo de perda, que certamente os influenciou na forma de olhar a prática em saúde e o Projeto de Paulínia.

2 - JUSTIFICATIVAS

O projeto de Paulínia foi um dentre outros que surgiram no final da década de 60 e início de 70 como alternativas à crise do setor da saúde, em contraposição ao modelo médico privatizante preponderante, com propostas de colocar novas formas de intervenção em saúde e reformar o ensino médico.

Com o movimento Preventivista, que ganhou impulso após os seminários de Viña del Mar (1955) e Tehuacán (1956), as escolas médicas desenvolveram os seus departamentos de Medicina Preventiva incorporando disciplinas que trouxeram novos profissionais, principalmente da área de Ciências Sociais, favorecendo investigações e reflexões sobre as questões da saúde (AROUCA, 1975).

A partir do final da década de 60, com o movimento da Medicina Social, intensificou-se a crítica ao setor da saúde: reafirmou-se que a estrutura de classes das sociedades explica melhor do que os fatores biológicos o predomínio de alguns tipos de patologia e a sua distribuição; constatou-se que o desenvolvimento econômico não resulta necessariamente em melhoria das condições da saúde coletiva; que os avanços tecnológicos da Medicina, principalmente hospitalar, não determinam um avanço proporcional da saúde da

população; que a organização e a distribuição dos diversos serviços de saúde dependem muito mais de atitudes econômicas e políticas do que técnicas ou científicas (NUNES, 1983).

Essas críticas motivaram questionamentos em relação à Saúde Pública e à própria Medicina. Surgiram publicações que colocavam em discussão a relação entre Medicina e sociedade, procurando: situar as políticas de saúde como políticas sociais, que visavam à produção e reprodução de classes nas distintas sociedades; (re)conceber o conceito de saúde e o entendimento do processo de saúde/doença; analisar a constituição das ações e práticas de saúde como modelos tecnoassistenciais; repensar, com a incorporação das ciências sociais, o corpo, objeto da Medicina, e suas determinações (AROUCA, 1975; DONNANGELO & PEREIRA, 1976; NUNES, 1983; CANGUILHEM, 1990).

Influenciada por esses referenciais, a atenção à criança também foi revista. A Pediatria que se estruturou como especialidade, na Medicina Clínica, recorreu também à Puericultura para se legitimar e constituir sua prática. A relação médico-mãe-criança, permeada de regras e normas, reforçada pelo caráter científico dado pela bacteriologia à higiene, transformou-se no momento privilegiado de exercer o cuidado com a preservação da criança, interferindo no perfil sanitário e social da família. Textos foram produzidos fazendo essas análises, criticando esse caráter ideológico e doutrinário da atenção à criança, a relação de dominação/subordinação na relação médico-paciente, e a limitação das ações daí resultantes (BOLTANSKI, 1974, 1979; NOVAES, 1979; DONZELOT, 1986; RAGO, 1987).

A partir desses questionamentos e referenciais, modelos alternativos foram implantados em instituições públicas, ligadas às Secretarias de Saúde municipais ou estaduais, e ao Ministério da Saúde, como o PIASS (Projeto de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento), e às instituições universitárias, com os Centros de Saúde Escola, sendo Paulínia um deles (MENDES, 1993).

Esses projetos, embora analisassem a conjuntura na perspectiva da Medicina Social, acabaram por gerar modelos pautados na Medicina Preventiva, na Medicina Comunitária, na atenção primária e na ação programática, impregnados dos discursos oficiais da OPS (Organização Pan-americana da Saúde) e OMS (Organização Mundial da Saúde), que não se constituíram efetivamente em alternativa ao modelo médico hegemônico (DONNANGELO & PEREIRA, 1976; MERHY & ONOCKO, 1997).

A participação dos departamentos de Pediatria, junto com os de Medicina Preventiva e Social, na reforma das escolas médicas e em programas comunitários, constituiu um campo privilegiado tanto para o questionamento como para a procura e o desenvolvimento de novas práticas nos espaços assistenciais.

O projeto de saúde de Paulínia, efetivado através de um convênio entre a Prefeitura Municipal de Paulínia (PMP), a Secretaria de Estado da Saúde (SES) de São Paulo e a UNICAMP, teve início com o Programa Universitário de Saúde da Comunidade. Esse programa apresentou propostas de reforma do ensino médico, fundamentadas em um Plano de Ensino das Ciências da Saúde em uma Rede de Serviços da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), coordenado pelo Departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS), com participação de outros departamentos, principalmente o de Pediatria. O projeto de Paulínia tinha, na sua constituição, uma aposta nos projetos da Medicina Comunitária e da Medicina Preventiva. Comportou, também, questionamentos e formulações teóricas que contribuíram para a fundamentação e a constituição da Medicina Social no Brasil (AROUCA, 1975; ANDRADE, 1995).

A atenção à criança no CSEP estruturou-se com esses questionamentos e formulações que se consolidaram principalmente na procura de atendimento das necessidades da comunidade; na reformulação da relação médico-paciente, apreendendo o saber popular; e na transformação das ações de saúde também em práticas educativas, objetivando a autonomia da população no cuidado à sua saúde. A atenção à criança além disso incorporou a questão do risco de adoecer como um determinante para as propostas de intervenção. (MARQUES, 1976a, 1976b)

O projeto de construção de uma rede de saúde em Paulínia visava ser tanto uma alternativa ao modelo médico hegemônico quanto uma reforma do ensino médico. E a atenção à criança desse projeto, pautava-se numa proposta de reforma do serviço, do ensino e da prática pediátrica, a partir da releitura crítica da Clínica e da Puericultura, da Medicina Preventiva e Comunitária; incorporando saberes das Ciências Sociais; constituindo assim um discurso e um campo de práticas inaugurador em Paulínia, e que se encontravam no terreno de aposta de constituição da Pediatria Social.

O projeto de atenção à criança em Paulínia foi o encontro de uma rede de saúde em construção com uma proposta reformadora do ensino e da prática pediátrica, e contava no seu cotidiano, com a presença ou intervenção de agentes que determinaram as ações resultantes dessa construção e dessas reformulações.

Nesse encontro construiu-se vinte e cinco anos de uma experiência entremeada de conflitos e crises, tanto internas (entre os profissionais que atuavam no Centro de Saúde Escola - CSEP e entre esses e a UNICAMP) como interinstitucionais, mas que foi conformando uma rede de saúde e formas de intervenção na saúde da população, com características próprias de organização, gerenciamento e práticas.

Nesse contexto, Paulínia foi se configurando como um objeto de estudo que permitiria a análise dos projetos alternativos surgidos nas décadas de 60 e 70. Um estudo que, particularizando em relação a atenção à criança, teria como objetivo fazer emergir da análise da crise da saúde a Pediatria Social, pano de fundo deste processo vivido em Paulínia.

O objetivo geral inicial era fazer a análise da atenção à saúde da criança em Paulínia, desde o seu princípio, como foi caracterizando-se, constituindo-se, através da ação de sujeitos concretos implicados na sua produção, impregnados ou não do que estava sendo discutido ou acontecendo no Brasil em relação às políticas de saúde e de educação médica, aos

modelos de atenção e organização de serviços em saúde, e, especialmente de atenção à criança.

Delinearam-se pelo menos três formas possíveis de olhar o campo de pesquisa. Uma primeira seria a partir da Pediatria enquanto especialidade médica, com seus diversos saberes e práticas que se configuram em formas de atenção à criança, e que se exerce em diferentes espaços e, particularmente, em Paulínia. A segunda, seria a descrição histórica do trabalho em Pediatria em Paulínia, ressaltando a relevância e competência de suas práticas em relação à atenção à saúde da criança.

A terceira, que acabou sendo a escolhida, seria a de olhar o campo a partir das políticas de saúde e de educação médica das décadas de 60 até 90, para discernir o que estava em disputa entre os sujeitos envolvidos no plano local, em Paulínia, e o quanto isso fazia parte de determinados processos relacionados com os movimentos e as situações políticas tanto particulares da saúde como mais amplos, nacionais e até internacionais. Essa terceira possibilidade permitiria também analisar como foram configurando-se os modelos de atenção à saúde em distintas redes, sendo Paulínia uma delas, colocando em foco a atenção à criança, e tendo como diretriz uma aposta de reforma das práticas pediátricas de saúde a partir de um certo "olhar" balizado na Pediatria Social.

Assim, a proposta desse estudo foi analisar Paulínia como o lugar onde convergiram: a) a construção uma rede de saúde, b) a elaboração de um discurso e o direcionamento de uma prática, e c) o lugar da intervenção cotidiana de protagonistas cuja ação continha uma proposta reformadora.

a) - A construção de uma rede como modelo alternativo de intervenção foi influenciada pela política no setor da saúde, que foi se desenhando nas décadas de 60 a 90, no Brasil, paralelamente ao reordenamento no campo das políticas públicas, às transformações da relação Estado/Sociedade, às mudanças na lógica de financiamento e nas perspectivas dos serviços, levando à busca de novas modelagens de assistência na área pública e novas relações com o setor privado; e também, pelas propostas de mudanças do ensino médico.

b) - O discurso e a prática eram o campo da Pediatria Social, presente na formulação e organização do processo em Paulínia de reforma da atenção, do ensino e da prática da Pediatria.

c) - No agir cotidiano atuavam pessoas altamente engajadas na construção de novas propostas de intervenção, usando matrizes discursivas e práticas que se propunham reformadoras da prática médica de atendimento à saúde da criança, em um momento de reforma das políticas públicas; tendo ou não a clareza de estarem operando nestes territórios.

O projeto de Paulínia é um processo datado, que já foi parcialmente registrado e descrito através de documentos e textos, que já foi estudado em alguns de seus ângulos, mas que foi, principalmente, efetivado através da ação concreta de sujeitos reais, protagonistas desta experiência e de disputas institucionais .

Para realizar a análise da atenção à saúde da criança no município de Paulínia, de 1970 a 1994, foi necessário percorrer um caminho investigativo utilizando ferramentas capazes de explicitar todos os componentes do objeto de estudo, permitindo compreender a organização do modelo de atenção à criança em um contexto marcado pela busca da reforma tanto na instituição de ensino, quanto na organização do serviço e na prática pediátrica.

3 - COMO FOI A INVESTIGAÇÃO

O conjunto de práticas e relações que define uma instituição se constitui nas ações de seus agentes. Logo, para entender esse coletivo, todas as suas determinações devem ser aclaradas: as vontades, os desejos, as representações e expressões com que os atores

entram nessa prática, assim como as estruturas materiais, econômicas e políticas que vigoram sobre eles.

Além do que é determinado pelas estruturas materiais, econômicas e políticas gerais e setoriais, para que as ações se efetivem no cotidiano de cada instituição, é necessária a presença de uma potência humana criadora de rumos e caminhos. O homem, quando de posse de sua capacidade de trabalhar e do seu saber trabalhar, pode transformar o objeto e os meios de trabalho, pode criar e produzir os próprios meios de trabalho e inventar novos processos. Este homem, ator ou sujeito é, em sua expressão, sujeito da ação, e só nela tem sentido e existência. Não existe sujeito isolado, e sim subjetividade em produção (SADER, 1988; MERHY, 1996).

No cotidiano do sujeito da ação não existe dicotomia entre o discurso, como momento mais teórico, e a prática, como o momento de estar fazendo: eles se constituem, se desdobram um no outro (como dobras e não pólos) (MERHY, 1996).

Para analisar o modo como se dá uma determinada política setorial e institucional em um determinado período e local, deve-se buscar, as distintas forças que estão disputando este campo, no próprio movimento da ação cotidiana.

Por isso, a escolha do caminho metodológico recaiu sobre a Análise Institucional, pois as distintas correntes de pensamento da Teoria Geral da Administração (TGA) não são suficientes para explicar a dimensão potencialmente criadora do sujeito em ação, protagonista de novos processos.

A Análise Institucional busca revelar a constituição e a dinâmica da instituição a partir do seu cotidiano, através das expressões do agir dos seus protagonistas. Para isto é preciso desvendar os analisadores e os dispositivos que disparam esses acontecimentos (BAREMBLITT, 1992).

Para desenvolver a proposta deste trabalho – a análise da atenção à saúde da criança no município de Paulínia desde 1970 até 1994 – foi necessário então desvendar a história da instituição nesse período, de modo a se permitir compreender o desenrolar da sua constituição, interligada às histórias dos sujeitos que estavam situados dentro desse campo e implicados com as distintas disputas a ele pertinentes.

A fonte de pesquisa foram: estudos e trabalhos publicados, que tinham como tema a construção de políticas públicas (particularmente a saúde e a educação médica) e a organização do modelo de atenção à saúde da criança; a documentação escrita existente sobre o projeto de Paulínia no período; e, principalmente, os relatos orais constituídos das (e nas) memórias dos atores que participaram do projeto. As fontes orais são as que mais aproximam, o pesquisador desse cotidiano da instituição, do agir de seus protagonistas, da sua estruturação e da sua dinâmica. O estudo atribui, portanto, papel central às relações entre a memória, a história e o agir (POLLAK, 1989; HALBWACHS, 1990; HALL, 1991; BURKE, 1992a, 1992b; THOMPSON, 1992; BOSI, 1994; FERREIRA, 1994; LE GOFF, 1994; MERHY & ONOCKO, 1997).

Essa memória é de alguém, tem data, tempo, lugar e interesse, tem uma situação na qual ela se constitui, é uma memória situada. Com os olhares de agentes inseridos na instituição, através de suas memórias, tentou-se reconstituir as distintas composições sobre o processo.

O pesquisador, ao colher os relatos orais, deve provocar essa memória situada, e para tanto, a escolha do tipo de entrevista utilizada foi estratégica. A entrevista com roteiro fechado impediria, ou pelo menos dificultaria, a espontaneidade dos atores, por ser uma técnica essencialmente informativa a respeito de dados específicos. A história de vida, que é o relato de um ator sobre a sua existência através do tempo, também não seria indicada, pois o que se pretendia investigar era um ator situado em um determinado período e local. A entrevista mais adequada era a semi-orientada (com roteiro), em que o pesquisador intervém de tempos em tempos para trazer o informante aos assuntos que pretende investigar. O informante fala mais que o pesquisador, dispõe de certa dose de iniciativa,

mas na verdade quem orienta e ordena o diálogo é o pesquisador (THIOLLENT, 1987; QUEIROZ, 1991; MINAYO, 1992).

Assim, as entrevistas foram conduzidas de modo a permitir ao entrevistado (ator) a liberdade de desenvolver sua narrativa, sem determinação prévia da duração, mas, ao mesmo tempo, a entrevistadora delimitou certos temas tentando garantir que as questões estipuladas pelo roteiro prévio fossem abordadas (conversa com finalidade). O roteiro, nesse caso, foi utilizado para orientar a pesquisadora na colocação dos temas que estimulariam a entrevista. Portanto, o roteiro ficou subordinado à dinâmica que o entrevistado deu ao seu discurso. As entrevistas, assim, ganharam sentido no momento concreto de sua produção e se diferenciaram uma da outra, o que não se tornou um inconveniente, pelo contrário, pois o pesquisador queria compreender e não comprovar a veracidade do discurso do entrevistado. (QUEIROZ, 1991; MINAYO, 1992).

O roteiro flexível (em anexo), era composto de uma primeira parte na qual situava-se o ator: quando, porque, e como conheceu ou se inseriu no projeto; e uma segunda parte na qual se buscava o recorte interessado que o ator faz da realidade, como se dava a sua prática e sua análise crítica sobre ela.

Conforme esse roteiro, as questões da missão do serviço, da atenção à saúde da criança e da organização do processo de trabalho tornaram-se dispositivos promotores da memória situada, no momento da entrevista, para desencadear as diferentes subjetividades em produção, nos fazedores desta história, voltando-se para dentro deste processo institucional; e produzindo material para análise, inclusive sobre modos de agir em situação (BAREMBLITT, 1992).

Os entrevistados foram escolhidos entre os profissionais (médicos, enfermeiros e auxiliares de saúde) participantes do projeto de Paulínia, que trabalharam na área de Pediatria e gerentes do projeto ou do CSEP ou da rede ambulatorial.

Foram entrevistadas vinte pessoas: sete gerentes – um gerente do projeto (Projeto de Saúde da Comunidade) e seis gerentes do CSEP; e treze profissionais que atuavam na área de Pediatria (do CSEP ou rede) – duas auxiliares de enfermagem, duas enfermeiras, três médicos (um da UNICAMP e dois da PMP - Prefeitura Municipal de Paulínia) e seis docentes (dois do Departamento de Medicina Preventiva e Social e quatro do Departamento de Pediatria). Um dos entrevistados além de docente era médico da PMP e ocupou durante um período o cargo de gerente da PMP.

Dezessete entrevistas foram realizadas por uma entrevistadora que participou da pesquisa desde a construção do quadro teórico e principalmente da metodologia. Duas foram realizadas pela própria pesquisadora por exigência dos entrevistados. Uma entrevista não foi feita especialmente para essa pesquisa, pôr dificuldade de contato com a pessoa escolhida. Mas resgatou-se um depoimento da mesma, que fizera parte de uma outra pesquisa sobre o projeto de Paulínia (ANDRADE, 1995) e cujo conteúdo atendia os itens estipulados pelo roteiro.

As vinte entrevistas foram numeradas para resguardar a identidade dos entrevistados. Pelo mesmo motivo não são mencionados os nomes citados nas entrevistas.

As entrevistas foram gravadas em fitas cassete, transcritas e, posteriormente, recortadas segundo o roteiro que as orientava. Selecionaram-se as falas que melhor traduziam o discurso de cada entrevistado quanto à sua inserção no projeto, sua prática e a análise que dela faz, e, principalmente, em relação à missão do serviço, à organização do processo de trabalho e à atenção à saúde (da criança).

Tomou-se estes pontos como dispositivos promotores e analisadores, que dispararam as suas memórias que, embora situadas, estão em constante produção de subjetividade dentro deste processo institucional, sendo memórias agenciadas (ativas, produtivas) e em disputa.

A análise das entrevistas buscou menos a veracidade dos fatos narrados pelos atores, do que a memória que os entrevistados trazem de suas experiências no serviço e sua

capacidade de expressá-las. Nesse tipo de abordagem, a subjetividade e as deformações dos depoimentos não são vistos como um elemento negativo, ao contrário, são reveladoras de uma memória do fazer, agenciada e em disputa.

Os dispositivos promotores citados acima e outros elementos analisadores que foram determinados após a leitura de todas as entrevistas, foram os instrumentos – dispositivos analisadores – que permitiram fazer a comparação (a análise comparativa) do discurso, dos agentes.

Optou-se pela Análise de Discurso e não pela Análise de Conteúdo, pois nesta última a entrevista seria tomada como um documento a ser compreendido, como a ilustração de uma situação; e não seria levado em consideração o contexto da ação analisada.

A Análise de Discurso baseia-se no Materialismo Histórico, na Linguística e na Teoria do Discurso, perpassados por uma Teoria da Subjetividade. Tem como objetivo básico uma reflexão geral sobre as condições de produção e apreensão de conteúdos significativos de textos produzidos nos mais distintos campos. Visa a compreender o modo de funcionamento, os princípios de organização e as formas de produção social do sentido, que estão implicados no modo de ser e estar em situação dos seus próprios produtores (MINAYO, 1992).

A opção por esse caminho investigativo, e não por outro descritivo ou que recorresse apenas à análise documental, visava mostrar como o objeto de estudo é produto da atuação real de sujeitos em ação e em disputa pela construção de relações sociais e institucionais bem definidas: a produção de um modelo de ação em saúde, em um momento de busca de reforma do que é predominante, em um lugar concreto, que tomou o foco da atenção à criança como um dos territórios privilegiados de ação para produzir uma nova Pediatria.

As entrevistas foram classificadas, considerando os discursos dos entrevistados quanto: à temporalidade, à ação, à formulação, à característica de se ver como agente, ao modo de ver o projeto, ao conteúdo reformista e ao fato de se considerar reformista. Para facilitar a

leitura e a compreensão deste trabalho o detalhamento desta classificação consta do Capítulo III – "Em busca de uma tipologia dos sujeitos em ação no caso em análise".

* * *

Para realizar a análise da atenção à saúde da criança no projeto de Paulínia foi necessário reconstituir o contexto em que ele emergiu e se desenvolveu: o que ocorria entre as décadas de 60 e 90, o que estava em discussão em relação às políticas de saúde e de educação médica, quais as disputas presentes nos espaços que foram configurando-se como alternativas de modelos de intervenção na atenção e organização de serviços em saúde, particularizando a atenção à criança. Ou seja conhecer as matrizes discursivas que se encontram na experiência concreta de Paulínia.

Enfocar a atenção à saúde da criança nesse contexto levou ao estudo da própria história da formação da Pediatria Social no Brasil, que nasceu colada ao movimento de reforma médica. Portanto, incluiu-se uma recuperação histórica e bibliográfica sobre o cuidado com a criança no campo da Pediatria Social, tomando-se como parâmetro o terreno da articulação com a saúde coletiva brasileira.

Tomar Paulínia como analisador da Pediatria social, através da reconstituição histórica do processo de Paulínia do ponto de vista e do tempo tanto das organizações como dos protagonistas, permitiu estudar o modo como um modelo de intervenção na saúde da criança, em uma aposta reformista, foi se resolvendo no cotidiano do agir dos agentes reais que o constituíram, e balizar uma análise da própria força e possibilidades do projeto.

**CAPÍTULO I - OS DISCURSOS OU MATRIZES QUE DÃO BASE
PARA UMA APOSTA REFORMISTA DO ENSINO MÉDICO, DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE E DA PRÁTICA PEDIÁTRICA**

CAPITULO I - OS DISCURSOS OU MATRIZES QUE DÃO BASE PARA UMA APOSTA REFORMISTA DO ENSINO MÉDICO, DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DA PRÁTICA PEDIÁTRICA

LI - AS MATRIZES DISCURSIVAS CONSTITUTIVAS DOS PROJETOS INSTITUINTES SOBRE A REFORMA DOS MODELOS DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DO ENSINO MÉDICO.

A rede de saúde de Paulínia teve sempre em sua construção a proposta de ser um modelo alternativo ao modelo médico hegemônico. Na sua origem fez uma releitura crítica da Clínica e da Medicina, tendo vivenciado, na sua implantação e desenvolvimento inicial, a efervescência dos discursos e práticas, de caráter reformadores, dos Movimentos Preventivista, Saúde Comunitária e Medicina Social; e, mais, particularmente da Pediatria Social. Posteriormente recebeu influências do movimento da Reforma Sanitária e de desdobramentos nos modelos tecnoassistenciais da saúde (Programação em Saúde, Sistemas Locais de Saúde, Modelo de Atenção em Defesa da Vida), e da Saúde Coletiva, assim como dos projetos de Reforma da Escola Médica (os Movimentos Preventivista e da Saúde Comunitária, a Integração Docente-Assistencial, o Programa UNI - Uma Nova Iniciativa na Educação dos Profissionais da Saúde).

Para compreender esta construção é necessário aprofundar o olhar sobre as matrizes discursivas ou campos de discursos e práticas que a influenciaram ou que nela estiveram presentes. Não se atendo somente à sucessão cronológica dos acontecimentos, mas investigando também as relações entre os protagonistas, suas vinculações com essas apostas instituintes e suas representações sobre a experiência. Assim como, os principais processos que foram se implantando enquanto serviços e práticas, nos seus conflitos, paradoxos e afirmações, no intuito de construir criteriosamente a história da atenção à saúde da criança em Paulínia como uma tentativa de fazer uma crítica compreensiva na ação da organização, da formação e da prática pediátrica.

Considerando todo o processo de Paulínia como a tentativa de construir uma rede de saúde como alternativa de modelo de intervenção reformista, que sofreu influências das políticas de saúde, das décadas de 60 a 90, no Brasil, e também comportou propostas de mudanças do ensino médico, o objeto de estudo aqui observado, tem como marca a aposta em uma tríplice reforma: a do serviço, a do ensino e a da prática.

Assim, procura-se, a seguir, explicitar as principais matrizes que serviram de referência para compor os projetos que orientaram as ações instituintes dessa tríplice reforma.

1.1.a - O MOVIMENTO PREVENTIVISTA

Para AROUCA (1975:85), “a Medicina Preventiva como formação discursiva emerge em um campo formado por três vertentes: a primeira, a Higiene, que faz o seu aparecimento no século passado, intimamente ligada com o desenvolvimento do capitalismo e com a ideologia liberal; a segunda, a discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 30 e 40 nos Estados Unidos da América (EUA), já sob uma nova divisão de poder internacional e na própria dinâmica da Grande Depressão, que vai configurar o aparecimento do Estado interventor; e a terceira, o aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica”.

Para Sigerist (*apud* AROUCA, 1975:86), o conceito de Higiene pode ser relacionado, em cada época histórica, com o contexto cultural e filosófico. No século passado ela era entendida como a arte de conservar a vida. No início deste século, colocava-se como o local de aplicação de todo o conjunto das ciências na manutenção do bem-estar. A Higiene relacionava-se com as condições reais de existência, explicando no dia-a-dia o valor de uso da própria vida e centrando nas medidas higiênicas e na cultura higiênica a solução dos problemas que estavam nas próprias condições de existência.

O seu desaparecimento foi determinado “pelo avanço do conhecimento da ‘velha medicina’; pelo aprofundamento da divisão técnica do trabalho em uma sociedade de classes; pela compartimentalização do conhecimento científico; e pelo seu isolamento dentro das escolas médicas” (AROUCA, 1975:95).

A Medicina Preventiva, em sua forma estrutural, teve o seu aparecimento dividido em duas fases. A primeira iniciou-se em 1922, com a reforma dos currículos das escolas médicas da Grã-Bretanha e a segunda foi nos anos 50, com a realização dos seminários internacionais sobre Medicina Preventiva.

A reforma dos currículos, propunha ampliar o espaço da Medicina Preventiva, fazendo-a permear todo o currículo com o objetivo de desenvolver uma nova atitude, inculcar na mente do estudante a prioridade da promoção geral da saúde a todos os que viessem necessitar de seus cuidados. Nas condições de ocorrência das doenças, o enfoque seria sobre as responsabilidades individuais e da família sobre a saúde, que definiriam as condições determinantes das doenças a serem estudadas e o espaço das atribuições médicas.

Departamentos e cátedras foram criadas nas escolas de medicina a partir dessas idéias, atingindo o Canadá e os EUA no período de 1922 a 1950, tornando-se um movimento no interior da medicina que visava uma reforma da prática médica.

No final da década de 20 e começo de 30, iniciaram-se investigações e discussões sobre o custo da atenção médica, que se intensificaram nos EUA com a grande depressão de 29, levando a medidas racionalizadoras e de controle relacionadas com as políticas sociais e particularmente com a saúde. Foi proposto um programa geral de atenção médica, que reduziria os custos para o indivíduo e expandiria os serviços de saúde pública, entre os quais a atenção materno-infantil. Travaram-se disputas entre o grupo médico em sua organização privada e o Estado redefinindo o seu papel.

Nos EUA, a Medicina Preventiva surgiu como proposição conciliadora, com a "ocupação pelo grupo médico do espaço marginal entre a medicina clínica e a saúde pública" (AROUCA, 1975:102), impedindo uma intervenção estatal. Diferentemente de outros países, como a Inglaterra, onde este movimento resultou na criação do Serviço Nacional de Saúde.

Na década de 50, nos EUA, além da questão do custo e da fragmentação do trabalho médico pelas especializações, agravaram-se os efeitos da separação da saúde pública e da atenção médica, a cargo respectivamente do setor estatal e do privado. Isso propiciou uma retomada do desenvolvimento da Medicina Integral como prática clínica e a institucionalização nas escolas médicas do ensino da Medicina Preventiva, que se colocava como proposta de reforma da atenção médica, sem quebrar com a organização liberal da prática e com o poder médico (DONNANGELO & PEREIRA, 1976; AROUCA, 1975).

Para a Medicina Integral, o ato médico individual constitui " ...o momento no interior do qual a medicina poderá a um só tempo corrigir as deficiências técnicas e incorporar a dimensão social que se manifesta por via da enfermidade" (DONNANGELO & PEREIRA, 1976:79). É uma concepção globalizadora do objeto individual da prática, que considera o paciente como uma totalidade biopsicossocial, apontando para a necessidade de apreensão e interferência nesta complexidade. Por ter a família como relação fundamental, interfere o mais precocemente possível no processo saúde-doença.

A incorporação destes princípios no processo de trabalho, leva a uma reforma na organização interna do ato médico, que, assim corrigido e propagado, resultaria na modificação da totalidade da atenção médica e das necessidades de saúde. O profissional seria o agente desta mudança que partiria do ato médico individual para atingir o meio social. Para que cada um desenvolvesse as novas percepções e atitudes, era necessária uma reforma basicamente educativa dentro da escola médica (DONNANGELO & PEREIRA, 1976).

A experiência de cursos, departamentos e cátedras de Medicina Preventiva, que já vinham atuando desde a década de 20, nos EUA, contribuiu para a reflexão sobre os conceitos e a forma de ensino, que deveriam integrar-se aos departamentos, levando a um aumento da carga horária e do orçamento destinados à área e promover sua introdução mais precoce no ensino médico.

Tais questionamentos, que foram colocados inicialmente pelo comitê da Associação Americana de Saúde Pública, tiveram continuidade em reuniões e encontros internacionais, organizados para debater o desenvolvimento desta área nas escolas médicas, tais como: a reunião sobre educação profissional e técnica para pessoal médico e auxiliar (comitê de especialistas da OMS, 1950 e 1952); o 1º. Congresso Pan-americano de Educação Médica (1950); a 1ª. Conferência Mundial de Ensino Médico de Londres; as conferências sobre ensino de Medicina Preventiva de Colorado Spring (EUA) para os EUA, Canadá e Jamaica, em novembro de 1952, e de Nancy (França) para os países europeus, em dezembro de 1952. Esse acúmulo favoreceu, posteriormente, a realização dos seminários sobre ensino de Medicina Preventiva de Viña del Mar (Chile) e de Tehuacán (México), patrocinados pela Organização Pan-americana de Saúde, em outubro de 1955 e abril de 1956 (AROUCA, 1975).

A partir daí o departamento de Medicina Preventiva estruturou-se quanto ao seu papel junto à escola médica e sua relação com os outros departamentos, aos programas e métodos de ensino (a comunidade – conjunto de famílias de determinada área – deveria ser o seu laboratório), à formação e às funções do seu pessoal docente, e ao seu papel nas atividades dos serviços públicos de saúde. A integração curricular, novas atitudes docentes e novas relações com o ambiente acadêmico e com todos os órgãos de saúde comporiam um conjunto de transformações que resultariam na formação de um novo tipo de médico que promoveria uma mudança na qualidade da atenção médica individual (estatal ou privada) e coletiva (colaborando com a Saúde Pública), com uma conseqüente melhoria das condições de saúde das populações.

O movimento se espalhou com o seu caráter doutrinário, através de encontros e reuniões nacionais; publicações de experiências, programas e projetos departamentais, de novos livros e revistas; discussões conceituais; e até relatos de experiências de atividades privadas. Um ponto fundamental foi o retorno da incorporação do social, enxergado de diversos prismas, na explicação das causas das doenças, inserindo de maneira definitiva as disciplinas das Ciências Sociais no currículo médico e na estrutura da escola médica, particularmente nos departamentos de Medicina Preventiva (e Social).

Para AROUCA (1975:239) "o discurso preventivista representou uma construção teórico-ideológica do real nos países dependentes, criando não só seus intelectuais orgânicos, como também uma forma de pensar estas novas realidades, transplantando não só a problemática como também a forma de pensá-la e de resolvê-la". Tinha como características ser: crítico (ao questionar a educação, a organização e a prática médica e associá-la com a estrutura social), apologético (colocando-se como uma forma de pensar transformadora tanto da crise do setor como dos sujeitos, considerados mensageiros de uma nova doutrina) e tecnocrático ("quando instrumenta a atitude preventivista com uma tecnologia procurada na Saúde Pública, administração de empresas e o ensino com toda uma tecnologia educacional") (AROUCA, 1975:132).

A partir do conceito ecológico de saúde e de doença, a Medicina Preventiva reuniu a Clínica com a Epidemiologia e ampliou o espaço das determinações, chegando às redes de causalidades, assumindo a doença como um processo que segue uma história natural. Ao assumir a multicausalidade, diluiu e se afastou das determinações, simplificando o real. Incorporando o social, com uma concepção restrita, como um atributo, ou segundo AROUCA (1975:165) "como um caráter do indivíduo ou como um envoltório do modelo", como um fator causal relacionado ao meio ambiente ou ao hospedeiro. Também favoreceu a um aumento da medicalização da sociedade, pois conferiu normatividade à conduta profissional, incorporando ao cuidado médico a cultura higiênica, que deveria estar no espaço social, ou seja, reproduziu na sociedade o que a Higiene já havia feito com as atitudes dos indivíduos.

L1.b - A MEDICINA COMUNITÁRIA

A Medicina Comunitária surgiu nos EUA, na década de 60, como uma proposta para a assistência médica, dentro de um processo de reorientação de políticas sociais, em resposta às tensões das minorias, ao desemprego, ao subemprego e à marginalização. O Estado americano criou de Programas de Ação Comunitária para proporcionar educação elementar, assistência jurídica, treinamento profissional, assistência médica, etc., dirigidos para a promoção dos membros da comunidade e contando com o seu envolvimento e participação, com o objetivo de superar a pobreza. A "guerra contra a pobreza" tem os seus fundamentos doutrinários e técnicos nas teorias referentes à "cultura da pobreza", que associam o modo de vida do pobre a uma versão desorganizada, patológica e incompleta da cultura global predominante, tipificada pela classe média. Conseqüentemente, a estratégia para a eliminação da pobreza é "a assimilação cultural do pobre por via de mudanças promovidas pelo trabalho social e pela educação" (DONNANGELO & PEREIRA, 1976:89).

A Medicina Comunitária dirigiu-se então, inicialmente, a grupos sociais excluídos do acesso ao cuidado médico, como uma forma paralela à organização predominante da assistência médica. Difundiu-se através da OMS e da OPS, respaldada pelas teorias desenvolvimentistas de combate à pobreza voltadas para os países subdesenvolvidos. Acabou por se transformar na receita para a solução das péssimas condições de saúde desses países, sem que houvesse modificações mais profundas nas políticas sociais e de saúde, contando para isso com a ajuda dos países desenvolvidos e de algumas fundações (DONNANGELO & PEREIRA, 1976).

Para DONNANGELO & PEREIRA (1976), a Medicina Comunitária é uma resposta à inadequação da prática médica na atenção às necessidades de saúde das populações, tanto relacionadas ao princípio do direito à saúde como ao processo de desenvolvimento social. Responsabiliza a inadequação "não apenas nos aspectos internos ao ato médico individual,

mas sobretudo em aspectos organizacionais da estrutura de atenção médica”, que pretende superar com “novos modelos de organização que tomem como base o cuidado dos grupos sociais, antes que dos indivíduos”. Dirige-se, além da reformulação do ato médico, “para uma nova articulação do conjunto de agências e práticas que compõem o campo da atenção à saúde” (DONNANGELO & PEREIRA, 1976:86), mas de forma racionalizadora, simplificada, para determinados grupos sociais e com a participação destes.

A prática deve continuar a ser orientada pela Medicina Integral, mas as estratégias localizam-se, para além do ato médico individual e do médico como agente principal de mudança, na busca de novos modelos de organização cujo alvo é a coletividade. O elemento de prestação de serviço (mais numerosos e novos serviços) aparece desde o início como impositivo; todavia, mais do que um modelo organizacional específico, o núcleo da proposta da Medicina Comunitária é constituído pela experimentação de novos modelos (DONNANGELO & PEREIRA, 1976).

O que imprime significado à Medicina Comunitária (tal como se configura nos EUA) é a específica combinação dos elementos que compõem a proposta: “o isolamento do pobre como objeto de uma prática médica diferenciada, passível de coexistir com outras formas de práticas destinadas a outras categorias sociais, impondo o recurso à ‘comunidade’ e à ‘participação’ como elementos articuladores entre a prática médica e componentes outros da estrutura social” (DONNANGELO & PEREIRA, 1976:91).

Os elementos estratégicos básicos são a simplificação tecnológica das práticas de saúde, a utilização de pessoal local para atuar como trabalhadores nos programas de saúde e seu caráter de prática comunitária. Para Donnangelo, a dimensão comunitária desdobra-se em três momentos igualmente relevantes do ponto de vista da prática: “Indica um espaço de delimitação geográfica para a prática, que se refere tanto à localização dos elementos a serem trabalhados, quanto à externalidade ao hospital (...) Reflete a identificação entre comunidade e sociedade local, com a correspondente ênfase na identidade social e de interesses (...) Sugere uma forma de mobilização grupal em torno da criação ou reorientação de interesses e objetivos” (DONNANGELO & PEREIRA, 1976:91-92).

Nos diversos locais onde a Medicina Comunitária foi introduzida, a questão da participação foi freqüente nas suas análises: “o monopólio médico das ações de saúde, os limites, possibilidades e tipos de participação compatíveis com a estrutura de tais sociedades constituem pólos principais entre os quais se movem tais análises e são sugestivos da dupla articulação da prática à modalidade predominante de atenção médica e às formas de realização da estrutura social” (DONNANGELO & PEREIRA, 1976:93).

A Medicina Comunitária incorporando elementos da Medicina Integral e da Medicina Preventiva, emergiu como uma reforma limitada na estrutura da assistência médica, fora do âmbito da escola médica, mas contando com sua colaboração na elaboração e experimentação de projetos de prestação de serviço à comunidade.

Nas décadas de 60 e 70, a utilização da comunidade na educação médica foi intensamente debatida nos EUA e também na América Latina, em decorrência da difusão da Medicina Comunitária através de fundações privadas – W. K. Kellogg e Milkbank – e de organismos internacionais como a OPS e a FEPAFEM (Federação Pan-americana de Associações de Faculdades de Medicina).

A FEPAFEM (1973) desenvolveu, com o apoio financeiro da Fundação Kellogg, o Programa Continental de Ensino de Medicina da Comunidade, com a implementação de doze projetos locais ligados a universidades (dentre eles a UNICAMP com o projeto de Paulínia), que deveriam envolver o conjunto da escola médica (principalmente os departamentos clínicos), outras faculdades e escolas de profissões da saúde, na realização de ensino, investigação e assistência na rede de serviços, com mudanças curriculares para a formação de profissionais que pudessem atuar em sistemas de atenção integral. O programa objetivava que as universidades desenvolvessem com a comunidade modelos reproduzíveis de atenção à saúde e que também contribuíssem para a mudança na formação de profissionais da saúde.

Através dos projetos e de atividades de intercâmbio (visitas, cursos internacionais para docentes, seminários, conferências, etc.), o Programa Continental de Ensino de Medicina da Comunidade difundiu as idéias da Medicina Comunitária para os países da América Latina, articulando-se com os centros universitários e tentando enraizá-la como projeto pedagógico.

“Instalando-se no quadro econômico e político das sociedades dependentes, dirigindo-se às *populações marginais* dessas sociedades, adequando a sua estratégia às características da estrutura de atenção médica e a estrutura social, a Medicina Comunitária redimensiona, necessariamente a sua prática”. Mas não altera substancialmente os elementos que compõem o campo, permitindo pensar a Medicina Comunitária como uma modalidade específica da prática médica – “como uma forma particular de articulação entre o objeto e os meios de trabalho, em um campo de relações sociais que imprime à prática médica suas determinações” (DONNANGELO & PEREIRA, 1976:94).

No Brasil, as proposições da Medicina Comunitária foram apropriadas pela política de saúde e implementadas, através do Ministério da Saúde, no espaço da Saúde Pública, dirigindo-se à população excluída da assistência previdenciária. A partir de 1976, foi implantado o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), basicamente no nordeste, aumentando o número de unidades básicas de saúde e atuando em assistência médica, suplementação alimentar e saneamento básico; tendo contudo baixa capacidade resolutiva e baixa cobertura (ANDRADE, 1995).

Concluindo o seu estudo sobre saúde e sociedade, Donnangelo (DONNANGELO & PEREIRA, 1976:94) sintetiza os pontos de referência para aprofundar a análise da Medicina Comunitária: “Dirigindo-se a categorias sociais excluídas do cuidado médico, a nova prática se institui na seqüência do processo de medicalização e responde a seus determinantes econômicos e políticos”. Não visa a obtenção do valor. “Representa um projeto de extensão da assistência médica a categorias sociais cuja significação é sobretudo política, e cuja produtividade não impõe o recurso a formas determinadas de cuidado, a Medicina Comunitária comporta formas, tentativas de recomposição dos meios de

trabalho, configurando uma nova modalidade de organização interna da prática, potencialmente capaz de compatibilizar o aumento do consumo de serviços e a questão dos custos médicos. Constitui-se, assim, em seu conjunto, como prática médica alternativa frente a outras modalidades de prática que tomam como objeto distintas categorias sociais, revelando um aspecto da diferenciação interna ao campo médico articulado à estrutura da produção”.

1.1.c - O MOVIMENTO DA MEDICINA SOCIAL

Na América Latina, na década de 70, com o agravamento da perene crise social e a organização de movimentos sociais reivindicando soluções, intensificava-se as críticas ao setor da saúde cujos modelos não estavam respondendo às necessidades da população.

Neste contexto surgiu o movimento da Medicina Social na América Latina, como uma tentativa de romper com a postura ideológica da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária, com a mentalidade preventivista e com a concepção da multicausalidade do processo saúde-doença. A Medicina Social buscava "delimitar um objeto de estudos a partir do qual pudesse produzir conhecimentos que contribuíssem para uma prática transformadora" (AROUCA, 1975:143).

Apresentava-se como uma tendência distinta daquela que, no século XIX surgira na Alemanha e na França como um movimento de modificação da medicina ligado à própria mudança da sociedade e, depois, assumiu somente a modificação da medicina através de sua transformação institucional, quando, em 1948, ocorreu a criação do sistema nacional de saúde da Inglaterra (ROSEN, 1979; FOUCAULT, 1986).

Reuniões e seminários nacionais e regionais foram realizados, vários deles com a ajuda da OPS, tentando sistematizar a crítica generalizada ao pensamento, ao ensino e à atenção à saúde, destacando-se o seminário de Cuenca (em 1972) que explicitou a necessidade de

“buscar novas metodologias e marcos teóricos que relacionem a estrutura social com o processo social” (GARCÍA, 1985:27). O documento final da reunião do comitê no ensino de Medicina Preventiva e Social da OPS (de 1974) considerava que a Medicina Preventiva desempenhava um papel para o desenvolvimento de uma mentalidade preventiva e dos aspectos biopsicossociais das doenças, e que a Medicina Social deveria estudar as instituições de atenção à saúde e os esquemas de ação médica resultantes delas, discutir a organização da atenção médica e seu mercado de trabalho, considerando-se os determinantes históricos de sua estrutura (AROUCA, 1975; NUNES, 1989b; 1991).

A Medicina Social veio no sentido de definir a dimensão coletiva do processo saúde-doença e sua determinação social; questionar as teorias desenvolvimentistas quanto à melhoria das condições de saúde e de vida, explicadas através de indicadores; fazer análises das condições de vida das populações, das políticas e instituições de saúde; trazer as relações medicina/sociedade para dentro das principais correntes teóricas do pensamento; buscar a determinação histórica da medicina e da atenção médica, com os seus condicionantes sociais, econômicos e políticos.

Diferente da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária que se propuseram como reforma da Medicina sem sair dela e dos seus referenciais, a Medicina Social fez uma ruptura com a Medicina constituindo um novo campo de competência, instrumentalizado pelas Ciências Sociais. Considerando a saúde sob o prisma do social e não mais relacionada com a doença, como essas outras e também a Saúde Pública.

No seu início na América Latina e particularmente no Brasil, a Medicina Social esteve mais ligada aos movimentos sociais, na perspectiva de ser uma prática transformadora. Seu desenvolvimento e sua estruturação dentro da escola médica, intensificaram-se através dos cursos de pós-graduação relacionados com os departamentos de Medicina Preventiva e/ou Social, no decorrer da década de 70 e na de 80. Até os anos 60, a formação de recursos humanos relacionados com aspectos da saúde coletiva era realizada através da Saúde Pública e do seu referencial. Na década de 80, além de cursos de Pós-graduação e de Residências Médicas em Medicina Preventiva e Social, os cursos de especialização em

Saúde Pública passaram a adotar como referencial a Medicina Social, constituindo-se assim a Saúde Coletiva (NUNES, 1989b; 1991).

O CEBES (Centro Brasileiro de Estudos em Saúde), criado em 1976 e depois a ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva), em 1979, tiveram importante papel no debate político da questão da saúde no Brasil, marcando uma posição, criando e desenvolvendo um espaço e agregando profissionais da área da Saúde Coletiva.

Vários estudos e publicações apresentam a constituição desse movimento e a análise e releitura que a Medicina Social faz: da história da medicina, do modo como se compõem as políticas de saúde, da organização da atenção à saúde em todos os seus âmbitos, do trabalho médico, da conformação das instituições e da determinação do processo saúde-doença (BOLTANSKI, 1974; AROUCA, 1975; DONNANGELO, 1975; DONNANGELO & PEREIRA, 1976; MACHADO *et al.*, 1978; BOLTANSKI, 1979; ROSEN, 1979; NUNES, 1983; MERHY, 1985; NUNES, 1985; BRAGA & PAULA, 1986; SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA, 1988; COSTA, 1989; NUNES, 1989a, 1989b; TEIXEIRA, 1989; CANGUILHEM, 1990; LUZ, 1991; NUNES, 1991; CAMPOS, 1992a; MERHY, 1992; MENDES GONÇALVES, 1994; ROSEN, 1994).

I.1.d - A REFORMA SANITÁRIA

No final dos anos 50, já se detectava a ineficácia das políticas na área da saúde do Brasil, que estavam levando a uma acentuada dicotomia entre a saúde pública e a assistência médica, acentuada pela política previdenciária voltada para a assistência médica e um investimento cada vez menor na saúde pública. As discussões que começaram a ser feitas sobre a forma de resolver a questão apontavam basicamente para dois modos: modificações especificamente nos serviços de saúde, ou mudanças nas políticas sociais que resultassem em transformações da saúde da população e na maneira de abordar a organização dos serviços de saúde (MERHY, 1993).

As Conferências Nacionais de Saúde passaram a aglutinar essas discussões, apontando alternativas como o sistema único de saúde, a hierarquização do atendimento e dos procedimentos, a regionalização e a municipalização da saúde. Com o Golpe Militar de 64 e a conseqüente centralização do poder, houve um retrocesso nas alternativas acima, pela hipertrofia e centralização da política previdenciária com o INPS, que tirou inclusive a representação do trabalhador (MERHY, 1993).

A reação organizada da sociedade e dos profissionais da saúde sob a influência do movimento da Medicina Social, retomou a necessidade de mudanças na área da saúde buscando uma Reforma Sanitária. O CEBES, as Conferências Nacionais de Saúde e, posteriormente a ABRASCO desempenharam um papel fundamental. Os profissionais engajados nessas organizações passaram a ocupar cargos e espaços. Em 1976 foi criado o Sistema Nacional de Saúde, visando à integração dos serviços e ao atendimento integral à população, que resultou em projetos pontuais, como o PIASS, racionalizadores e pouco abrangentes (NUNES, 1989b; MERHY, 1993).

O PREV-Saúde (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde), projeto que surgiu em 1980, com a redemocratização do país e a intensificação da discussão da questão da crise da saúde que se agudizava, objetivava a universalização dos cuidados primários de saúde, todavia acabou se restringindo e reduzindo também em uma proposta racionalizadora do modelo vigente (MENDES, 1993).

O Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), criado em 1983, teve origem no PREV-Saúde. Foi proposto pelo CONASP (Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária), sendo resultado do Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social e do Plano de Racionalização Ambulatorial, que tiveram suas diretrizes políticas aprovadas em 1982 (MENDES, 1993).

O PAIS preconizava a regionalização do sistema de saúde, incorporando a assistência médica individual de caráter curativo aos serviços básicos de saúde, visando ao

atendimento médico integral a toda a população. Sua gestão colegiada fortaleceu-se com a organização da CIPLAN (Comissão Interministerial de Planejamento), no plano federal, e das CIS, CRIS, CIMS e CLIS – Comissões Interinstitucionais de Saúde nos planos estadual, regional, municipal e local respectivamente (TANAKA, 1988; MENDES, 1993).

O SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), criado em 1987, ampliava as propostas das AIS (Ações Integradas de Saúde), deslocando recursos da previdência para o setor público prestador de serviços, descentralizando ações de saúde e reforçando decisões colegiadas (CAMPOS, 1992a; MENDES, 1993; MERHY, 1993).

Apesar dos avanços com as AIS e depois com o SUDS, que introduziram a prática do planejamento e estimularam a co-gestão, ampliando com isso a capacidade de produzir serviços de saúde e a responsabilidade sanitária do Estado, a descentralização foi pequena. Restringiu-se basicamente ao plano estadual, no qual resultou, todavia, em políticas clientelistas para com os municípios, na valorização do setor privado contratado e da alta tecnologia em equipamentos para o investimento dos recursos, e na prática do pronto-atendimento na maioria dos Centros de Saúde, perdendo-se a dimensão da integralidade das ações em saúde (TANAKA, 1988; CAMPOS, 1989; MERHY, 1989; CYRINO, HENRIQUES & TEIXEIRA, 1990; TANAKA, 1990; TANAKA & ROSENBERG, 1990; CECÍLIO, 1991; LUZ, 1991; SILVA, 1991; CAMPOS, 1992a; MENDES, 1993).

Com o respaldo da VIII e da IX Conferência Nacional de Saúde e dos movimentos e associações, como a de Saúde Coletiva, o SUS (Sistema Único de Saúde) foi incluído na constituição de 1988, atingindo o objetivo central da Reforma Sanitária.

Para regulamentar o capítulo da saúde da constituição, foi elaborada a Lei 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), que sofreu vários vetos do presidente Collor praticamente inviabilizando o SUS. O movimento organizado da saúde conseguiu forçar acordos entre o Congresso e o Governo resultando na Lei 8.142, resgatando e regulamentando as propostas da saúde na Constituição, passando a vigorar o SUS, tendo como questão central a municipalização dos serviços de saúde. Normas Operacionais Básicas (NOB's) que

regulam as relações entre os gestores municipais, estaduais e federais do sistema de saúde têm sido determinadas pelo Ministério da Saúde para efetivar a implantação do SUS. (MERHY, 1990; CHIORO & SCAFF, 1998).

Apesar desses avanços, a implantação do SUS não se efetivou em todos os municípios devido as suas dependências de recursos financeiros e de autonomia, e também, pela retração de investimentos financeiros e manutenção da centralização e verticalização do governo federal na saúde, com implantação de programas nacionais como o Programa de Saúde da Família (CAMPOS, 1990; 1992a; MULLER NETO, 1991; CHIORO & SCAFF, 1998).

No Brasil, para CAMPOS (1992a:43), predomina "um modo hegemônico de produzir serviços médicos sanitários: o neoliberal"; que pelas suas insuficiências permitiu que se desenvolvessem outros projetos, apontando então: o projeto neoliberal ("hegemônico ao nível das relações estruturais concretas, mas com um certo grau de dissonância com a legislação sanitária"), o projeto racionalizador ("com atuação racionalizadora a partir de postos de mando dentro do estado, propondo-se a corrigir as disfunções do sistema, principalmente por meio de atuações tópicas e administrativas") e o o projeto do SUS (que tem fundamentação legal, mas ainda em curso enquanto "práxis social"). Coloca que para implantar efetivamente o SUS é indispensável a alteração: do modelo assistencial predominante, dos padrões de gestão e planejamento, da política de recursos humanos e do conteúdo das práticas programáticas.

Com o desenvolvimento da municipalização várias experiências têm aplicado ou sido produzidas por propostas diversas de modelos tecnoassistenciais para a saúde na busca de implantação do SUS, dentre as quais destaca-se aqui três.

O modelo programático (Programação em Saúde) tem como questão central a construção de um modelo organizacional de bases epidemiológicas capaz de modificar efetivamente as condições de saúde, criticando o baixo impacto e altos custos da tendência organizacional da rede básica (SCHRAIBER, 1990).

MENDES (1993), coloca como alternativa de reforma ao modelo neoliberal, o Distrito Sanitário (Sistemas Locais de Saúde), que se fundamenta em: financiamento estatal, sistemas descentralizados com autonomia decisória, avaliação e controle sobre resultados e profissionalismo renovado e participação dos cidadãos.

O Modelo de Atenção em Defesa da Vida está pautado na defesa das diretrizes básicas do SUS, procurando constituir formas de garantir a gestão democrática dos estabelecimentos de saúde, o acolhimento humanizado e o acesso a serviços resolutivos. Sendo fundamental a reorganização dos processos de trabalho na busca de "fortalecer os vínculos entre profissionais e usuários com a clara definição de responsabilidades" (CARVALHO & CAMPOS, 1999:18).

1.1.e - A REFORMA DO ENSINO MÉDICO

A partir da década de 50, a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), bem como outras instituições, tais como a Fundação W. K. Kellogg passaram a incentivar propostas de integração ensino-serviço (OPAS/OMS, 1965; OPAS/CPPS, 1975; OPAS, 1976; OMS, 1978; ANDRADE, 1995).

Essas propostas foram trazidas ao Brasil através de projetos de reforma da escola médica, influenciados pelos movimentos da Medicina Preventiva, da Medicina Comunitária e da Medicina Social e pela Medicina Integral, nas décadas de 60 e 70; pela Reforma Sanitária e pela Integração Docente Assistencial, na década de 80; e pela Saúde Coletiva e Rede UNI, nos anos 90 (ANDRADE, 1995).

A imbricação da reforma do ensino médico com esses movimentos já foi, em grande parte, abordada nos itens anteriores. As propostas de integração ensino-serviço coincidiam com os projetos de reforma da prática médica desses movimentos e vieram principalmente, ao

encontro da necessidade de reformulação do ensino em saúde, predominantemente centrado na visão "biologicista" e no modelo "hospitalocêntrico", privilegiando a medicina curativa e individual, não atendendo, portanto, às necessidades de saúde da nossa sociedade (MENDES, 1993; CALDAS *et al.*, 1996; MARCONDES, 1998).

Promovidos pela Organização Pan-americana de Saúde, em outubro de 1955 e abril de 1956, os seminários sobre ensino de Medicina Preventiva de Viña del Mar (Chile) e de Tehuacán (México) propiciaram a institucionalização da Medicina Preventiva na América Latina e estimularam a criação dos departamentos de Medicina Preventiva.

Para FEUERWERKER E MARSIGLIA (1996), esses departamentos passaram a realizar atividades fora do hospital, “criando-se *campi avançados* de treinamentos e programas de assistência domiciliar e familiar. Essas experiências foram denominadas de *extramurais* e a criação dos Centros de Saúde-Escola foi uma concretização dessas propostas ao nível organizativo”.

No final da década de 60, a universidade brasileira iniciou, ampla reforma visando, principalmente, normatizar a expansão, organização e funcionamento do ensino superior.

Em 1969, atendendo aos dispositivos legais dessa reforma, o Conselho Federal de Educação fixou os mínimos de conteúdo e duração do curso de Medicina, sua divisão em ciclos – básico e profissional –, estabelecendo o regime de internato obrigatório para o período de estágio final. Apontava para a revisão dos currículos tradicionais, a revalorização da Saúde Pública, inserindo disciplinas do campo da Saúde Coletiva e estágios práticos em Centros de Saúde (ANDRADE, 1975).

Em junho de 1970, com o patrocínio do Milbank, realizou-se um seminário composto de visita a áreas onde se desenvolviam programas de Medicina Comunitária integrados a universidades e de reflexões sobre a sustentação técnica e conceitual dessas experiências (Sobradinho/Universidade da Bahia, Paulínia/UNICAMP e Cássia dos Coqueiros (USP). Dele resultou uma publicação sobre o uso da Comunidade no ensino médico. Sua

justificativa era de atingir tanto objetivos educacionais: sair do hospital, aumentando a compreensão do processo saúde doença; interação do meio ambiente com o hospedeiro; variabilidade na percepção da doença; melhor utilização de recursos médicos; desenvolvimento de atitudes preventivas; trabalhar em equipe em um sistema de saúde; quanto objetivos relacionados ao desenvolvimento da comunidade: mais pessoas recebendo atenção médica; maior acesso a informações sobre o cuidado com a saúde; melhoria das condições de saúde; e participação da comunidade buscando resolver os seus problemas, melhorando a sua organização (ANDRADE, 1995).

Em seminário realizado na Faculdade de Medicina da USP, em 1977, as experiências do projeto da Medicina Comunitária, que estavam em andamento, foram avaliadas. Caracterizavam-se pela dominância de busca pela extensão da cobertura dos serviços de saúde, tinham um caráter demonstrativo e pedagógico, eram pouco integradas ao sistema de saúde e tendiam em abandonar os componentes da proposta capazes de gerar conflitos, como a participação comunitária. Foram reconhecidas suas possibilidades de resolução parcial da extensão de cobertura, a racionalização dos serviços e o aumento de recursos humanos no setor saúde, e valorizada a importância da participação comunitária, redefinida e implementada, visando a real inserção da prática da saúde como prática social (ANDRADE, 1995).

A Conferência da OMS de Alma-Ata, em 1978, valorizou a atenção primária à saúde, reforçando as atividades fora dos hospitais e os departamentos de Medicina Preventiva.

A partir de 1971, o MEC (Ministério da Educação e Cultura), através da Comissão de Ensino Médico, passou a se responsabilizar pela avaliação e pela normatização do ensino médico, reafirmando a intervenção governamental no setor. Instituiu portarias, normas e propostas, tentando conter o aumento do número de escolas médicas (que passara de trinta e sete para setenta e três, entre 1966 e 1971, predominando as instituições privadas) e regulamentar padrões mínimos de funcionamento. Recomendou, também, a integração das Faculdades e Universidades com os Serviços e com a Comunidade, tanto para suprir

insuficiências dos espaços para práticas do ensino médico, como para ampliar esses espaços, utilizando a rede de saúde (hospitais e rede básica).

As transformações na política de saúde no Brasil, no final da década de 70 e início de 80, resultaram também em propostas de mudanças no ensino médico, buscando responder às demandas dos serviços de saúde. O MEC, que desde 1971 já apontava para a necessidade de atividades docentes-assistenciais extramuros, criou, em 1981, o Programa de Integração Docente-Assistencial (PIDA), que deveria respaldar o desenvolvimento, na saúde, de sistemas regionalizados e hierarquizados, através da composição de distritos docentes-assistenciais. Seus objetivos educacionais buscavam uma formação médica geral, ressaltando atividades em ambulatórios e centros de saúde, abrangendo a família e a comunidade (ANDRADE, 1995).

Em 1983, a Secretaria de Ensino Superior (SESU) do MEC elaborou um manual sobre o internato estabelecendo treinamento intensivo nas áreas básicas da Medicina e em serviços de diversos níveis de complexidade, com prioridade para a formação médica geral. Isso vinha ao encontro da revalorização das especialidades médicas básicas diante da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) (ANDRADE, 1995).

Com as AIS, as universidades e escolas da área da saúde passaram, em 1983, a integrar as Comissões Interinstitucionais de Saúde municipais, regionais ou estaduais. Em 1987, a Portaria Interministerial do MEC/MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social) estabeleceu, para hospitais universitários e de ensino, critérios e parâmetros para um Índice de Valorização de Desempenho Hospitalar (IVH) e também um incentivo financeiro às unidades de ensino com atividades extramuros (FEUERWERKER & MARSIGLIA, 1996).

A SESU, em 1988, colocou uma nova proposta de integração das universidades ao sistema de saúde - o UNISIS - de acordo com as diretrizes da Reforma Sanitária e com os princípios do SUDS. A responsabilidade de ensino das universidades se estendia a todos os profissionais da rede pública de saúde, em um processo de educação continuada de reciclagem, especialização, aprimoramento, etc. O local de ensino deixava de ser

unicamente o hospital, e reconhecia qualquer serviço do sistema de saúde. O MEC tornou obrigatórias (curriculares) as atividades docentes-assistenciais de capacitação extramuros. (FEUERWERKER & MARSIGLIA, 1996).

As análises das experiências de Integração Docente-Assistencial, mostraram (e ainda mostram) que, na maioria das instituições de ensino, ocorreram apenas pequenas modificações curriculares, concentradas nos Departamentos de Medicina Preventiva, um pouco nos Departamentos de Pediatria e mais raramente, nos de Psiquiatria/Psicologia e Tocoginecologia. As propostas e normas em relação ao sistema de saúde nas últimas décadas avançaram mais do que em relação à da formação: a universidade persiste em defender modelos curriculares tradicionais (ANDRADE, 1995; FEUERWERKER & MARSIGLIA, 1996).

A Fundação Kellogg, no final da década de 80, realizou e estimulou seminários para avaliação dos projetos por ela financiados, que tinham como foco os Projetos de Integração Docente-Assistencial, detectando: escassez de participação da comunidade, fragmentação por departamento, profissão ou faculdade e ausência de modificações significativas curriculares. Com essa crítica, apresentou uma nova proposta de integração ensino-serviço: o Programa UNI – Uma Nova Iniciativa na educação dos profissionais da saúde.

Desde 1991 a CINAEM (Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico) vem desenvolvendo projeto de avaliação do ensino médico no Brasil, possibilitando a formulação de modificações no ensino médico. Surgiram várias propostas de reformas e avaliações curriculares, visando a superar as deficiências na formação médica, com o objetivo formar recursos humanos que contribuam para a reforma sanitária dentro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

CAPÍTULO I – OS DISCURSOS OU MATRIZES QUE DÃO BASE PARA UMA APOSTA REFORMISTA DO ENSINO MÉDICO, DOS SERVIÇOS DE SAÚDE E DA PRÁTICA PEDIÁTRICA (2^A PARTE)

I.2 - A PEDIATRIA SOCIAL E AS SUAS APOSTAS REFORMISTAS

No Brasil, a Pediatria Social campo de prática, ensino e pesquisa dos aspectos individuais e coletivos da saúde da criança e de sua proteção social, traz na sua constituição propostas reformistas. Aposta em uma tríplice reforma: a da prática pediátrica, a da escola médica e a do serviço de saúde, influenciada pelos movimentos da área da saúde.

A Pediatria Social, como campo de práticas e saberes, começou a ser construída no Brasil, no final da década de 60 e início de 70, junto com as propostas de reforma do ensino e da atenção médica influenciadas pelos movimentos de Medicina Integral, Medicina Preventiva, Medicina Comunitária e Medicina Social. Posteriormente, na década de 80, sofreu influência da Reforma Sanitária e da Integração Docente Assistencial e, mais recentemente, nos anos 90, da Saúde Coletiva.

Para compreender a conformação da Pediatria Social, é necessário realizar uma recuperação histórica e bibliográfica sobre o cuidado com a criança e a forma de prestá-lo e resgatar o arcabouço conceitual, através do qual se articula com a saúde coletiva brasileira. Trazendo também, as definições e formulações de alguns autores sobre o tema.

I.2.a - O CUIDADO COM A CRIANÇA E A FORMA DE PRESTÁ-LO

Quando se fala de cuidado com a criança, faz-se necessário saber quem é essa criança; como, onde, em que período e de que forma ela se coloca em cada meio ou local; em suma,

como cada sociedade insere e considera a criança. O tipo e qualidade desse cuidado também vão ser determinados pela organização de cada sociedade.

A atitude para com a criança varia de acordo com a organização das diferentes sociedades e culturas, abrangendo desde o cuidado e a proteção através de leis (o código de Hamurábi dos babilônios, entre 2500 e 2000 aC, incluía leis para proteger órfãos e crianças abandonadas) até o abandono e infanticídio pelos mais diferentes motivos (sacrifícios religiosos, econômicos, equilíbrio entre sexos, malformações, etc.) (CRESPIN, 1992).

Os egípcios, os germanos e judeus criavam todas as suas crianças. Na Grécia, as meninas eram mais freqüentemente enjeitadas. Entre os romanos, existia a venda, o abandono ou o infanticídio pelos mais diferentes motivos: sacrifícios religiosos, econômicos (miséria ou política patrimonial), equilíbrio entre sexos, malformações ou por serem filhos ilegítimos ou de escravos. Os romanos abandonavam ou afogavam as crianças malformadas e para Sêneca, citado por VEYNE (1989:23), nisso havia razão "é preciso separar o que é bom do que não pode servir para nada". A maioria das crianças rejeitadas morriam; algumas eram recolhidas e tornavam-se escravos. Os pobres também vendiam seus recém-nascidos. Os filhos de escravas eram propriedade de seus donos, que decidiam se os criavam, enjeitavam ou afogavam. Com a difusão do cristianismo essas práticas se reduziram (VEYNE, 1989).

J.L.Flandrin, citado por ARIÈS (1986:17), mostrou que a diminuição da mortalidade infantil no século XVIII, não se deveu a razões médicas ou higiênicas, mas porque "as pessoas pararam de deixar morrer ou de ajudar a morrer as crianças que não queriam conservar". Esse infanticídio admitido começou a diminuir no final do século XVII, com o início do respeito, que vai tornar-se cada vez mais exigente, pela vida da criança.

Desde a antigüidade existem textos sobre proteção e cuidados em relação à alimentação, higiene, aprendizado e atividade física da infância. Hipócrates (462 aC) apregoava uma dieta higienoprolática como base para o aleitamento materno, sendo o primeiro a reconhecer que crianças alimentadas artificialmente tinham mortalidade muito maior. Seus

discípulos defendiam a educação higiênica da criança, exercícios físicos e intelectuais. Sorano e Galeno, da civilização greco-romana, desenvolveram a puericultura individual e social. Sorano escreveu um livro sobre doenças de mulheres contendo apêndice sobre a higiene da primeira infância. Galeno foi o primeiro a afirmar que a alimentação da criança deveria ser feita sob a vigilância do médico. Todavia, eram idéias de difusão limitada (CRESPIN, 1992).

Recomendações de puericultura, como aleitamento materno obrigatório e cuidados com a higiene infantil, estavam também contidas nos livros de Manu e de Susruta entre os hindus. Existiam asilos para órfãos e “até esboço de vacinação antivariólica” e, ao mesmo tempo persistia o hábito de sacrificar crianças (rituais religiosos, motivos culturais, econômicos, escravidão), que diminuíram com a difusão do cristianismo (CRESPIN, 1992:24).

Até o século XVII a criança foi responsabilidade da família. O Estado e a filantropia só a assistiam em caso de abandono.

A criança, logo que adquiria desembaraço físico, era misturada aos adultos, nos seus trabalhos e jogos. Passava de criancinha pequena a homem jovem. Não havia, por parte da família, a preocupação de assegurar e controlar a socialização, a transmissão de valores e conhecimentos para a criança. Essa educação ocorria pelo aprendizado da criança e do jovem vendo ou ajudando nas atividades os adultos com os quais tinha convivência (ARIÈS, 1986).

ARIÈS (1986:10-11), na **História Social da Criança e da Família**, afirma que: "Essa família antiga tinha por missão (...) a conservação dos bens, a prática comum de um ofício, a ajuda mútua cotidiana num mundo em que um homem, e mais ainda uma mulher isolados não podiam sobreviver, e ainda em casos de crise, a proteção da honra e das vidas. Ela não tinha função afetiva. (...) As trocas afetivas e as comunicações sociais eram realizadas portanto fora da família, num 'meio' denso e quente, composto de vizinhos, amigos, amos e criados, crianças, velhos, mulheres e homens, em que a inclinação se podia manifestar mais livremente."

Em relação à criança pequena, "enquanto ela ainda era uma coisinha engraçadinha" (ARIÈS, 1986:11), havia uma papparicação; as pessoas divertiam-se com a criança. Geralmente não se fazia muito caso se ela morresse, logo uma outra criança a substituiria. "Os historiadores-demógrafos reconheceram a indiferença que persistiu até muito tarde com relação às crianças, e os historiadores das mentalidades perceberam a raridade das alusões às crianças e às suas mortes nos diários das famílias" (ARIÈS, 1986:14).

As classes de idade da antigüidade pressupunham uma diferença e uma passagem entre o mundo das crianças e o dos adultos, passagem esta que era realizada através da iniciação ou de uma educação. Para a civilização medieval esta diferença não existia. A modernidade retomou a preocupação com a educação. Esse interesse, manifestado no século XV por alguns juristas e eclesiásticos, foi aumentando e no final do século XVI e no XVII incorporou os reformadores religiosos. As ordens religiosas foram se transformando em ordens dedicadas ao ensino principalmente de crianças e jovens. O aspecto moral da religião se sobrepôs aos aspectos sacro e teológico, resultando em uma verdadeira moralização da sociedade (ARIÈS, 1986).

No final do século XVII, uma das conseqüências desse "grande movimento de moralização dos homens, promovido pelos reformadores católicos, ou protestantes ligados à igreja, às leis ou ao Estado" (ARIÈS, 1986:11) foi que a aprendizagem da criança, que era feita pelo contato com o mundo dos adultos no qual ela estava misturada, foi substituída pela escola como meio de educação. "Uma escola transformada, instrumento de disciplina severa, protegida pela justiça e pela política" (ARIÈS, 1986:277).

A educação passou a ser importante e acompanhada pelos pais. Não bastava mais estabelecer os filhos em função dos bens e da honra, mas era preciso proporcionar a todos eles uma preparação para a vida, que seria assegurada pela escola. O cuidado com a criança passou a ter uma nova afetividade, inspirada em um novo sentimento, o sentimento moderno de família. A família assumiu uma função moral e espiritual, formando os corpos

e as almas: "a família tornou-se o lugar de uma afeição necessária entre os cônjuges e entre pais e filhos" (ARIÈS, 1986:11).

A necessidade de conservação da criança resultou em um controle das famílias, e teve com ponto central a mulher, mãe, que deveria estar em casa cuidando dos filhos, assumindo atividades domésticas e sociais.

Para ARIÈS (1989), até o século XVII não havia a idéia de evitar a mistura de nobres com plebeus ou distrair-se entre eles. Mesmo as escolas de caridade, fundadas para os pobres, eram freqüentadas por crianças ricas. A partir do século XVIII as famílias burguesas não aceitaram mais essa mistura. "Os jogos e as escolas, inicialmente comuns ao conjunto da sociedade, ingressaram então num sistema de classes. Foi como se um corpo social polimorfo e rígido se desfizesse e fosse substituído por uma infinidade de pequenas sociedades - as famílias, e por alguns grupos maciços - as classes" (ARIÈS, 1986:278). A burguesia retirou-se dessa sociedade polimorfa, suas famílias se fecharam, num meio homogêneo (cada pessoa devia parecer como um tipo ideal), em moradias que permitissem a intimidade, em espaços separados, protegeram-se de toda contaminação dos pobres. Até as amas, escravas e aias que cuidavam de crianças foram afastadas, pois poderiam levar a criança à perdição ou trazer-lhe vícios (BOLTANSKY, 1979; DONZELOT, 1986).

Este sentimento de família limitou-se, no seu surgimento, às classes ricas, e estendeu-se para as mais pobres no início do século XIX (ARIÈS, 1986). A polarização da vida social ficou em torno da família e da profissão.

Essas mudanças na forma de ver a criança e no papel da família foram concomitantes às transformações econômicas e políticas na Europa.

Com o mercantilismo, o Estado interveio nas relações econômicas e sociais para garantir a segurança e a riqueza nacionais, que dependiam da capacidade de gerar capital circulante (acumulação de metais preciosos), por meio da intensificação com o comércio exterior. A

preocupação com o aumento na produção e o fortalecimento dos exércitos fez com que o Estado interviesse para alcançar um aumento populacional (MARQUES, 1982).

A população passou a ser um conjunto de indivíduos que deveriam ser contabilizados em seu número, nascimento e morte. Surgindo daí a preocupação com a criança e sua conservação, que se intensificou com o capitalismo, que necessitava de mão-de-obra abundante tanto para a produção como para o consumo.

Estatísticas de mortalidade geral e infantil começaram a mostrar sua relação com as condições de higiene coletiva. Com o processo de urbanização desenfreada, durante a revolução industrial no século XVIII, a doença, a pobreza e a mortalidade infantil aumentaram muito. O Estado começou a se preocupar com as questões sanitárias e com a saúde da população (MARQUES, 1982; FREIRE, 1991).

Nesse contexto, veio a se constituir um "modelo científico" que forneceu as regras e as normas para o relacionamento dos adultos com as crianças. Regras e normas consideradas como as únicas socialmente legítimas, posto que institucionalizadas pela medicina e pela pedagogia.

A Medicina buscou a Higiene e a Puericultura como forma de infiltrar-se na família e na sociedade.

Na Pedagogia destacaram-se, principalmente, as idéias de ROUSSEAU (1992). Em seu livro **Emílio ou da Educação** ressaltou o valor da primeira educação, que cabe às mães, que deveriam ter mais autoridade e importância no cuidado dos filhos e da família (ORLANDI, 1985). Rousseau ressaltou alguns conceitos como: o da pureza da criança quando vem ao mundo, a relação mãe-filho e a conservação da criança (RIVORÊDO, 1995).

A esse novo sentimento de infância associavam-se atitudes que visavam a manter a inocência e a pureza da criança ("bom selvagem"), preservando-a da corrupção do meio

(conservando-a), fortalecendo-a para que pudesse desenvolver seu caráter e sua razão, através da proteção e dos cuidados para com o seu devir social adulto. Para ROUSSEAU (1992:40) "nascemos capazes de aprender, mas não sabendo nada, não conhecendo nada" (tábula rasa).

A educação da criança, reforçando as idéias puericultoras e de economia doméstica como forma de assegurar corretamente o seu futuro papel de cidadão, passou a ser de responsabilidade da mãe, da família e da escola (BOLTANSKI, 1974).

Todas as crianças passaram a ser consideradas iguais, de acordo com um ideal de criança abstrato, moldado na criança burguesa (KRAMER, 1984; RIVORÊDO, 1996).

Estas modificações de papéis: a infantilização da criança, o mito do amor materno (mulher/mãe, binômio mãe/filho), o homem/pai (de senhor passou a pai, vivendo por conta do cuidado dos filhos) e a família que se tornou nuclear e privada pela individualização dos seus componentes, foram acompanhadas por modificações nos espaços: as habitações fecharam-se para a rua, compartimentaram-se para se transformar em lares; a rua "passava a ser o local para a produção, e quando esta o permitisse, para o lazer" (RIVORÊDO, 1995:74).

Estas novas composições dos componentes e dos espaços da família e da sociedade iniciaram-se no século XVIII, solidificaram-se no XIX e mantêm-se (pelo menos nos conceitos) no XX (RIVORÊDO, 1995).

A partir do século XIX, os serviços de saúde passaram a ter como papel a garantia da reprodução da capacidade de trabalho. A Medicina passou a ser a mais importante aliada do Estado moderno para que isto ocorresse: primeiro através da Higiene, depois através da Puericultura e, contemporaneamente, pela Saúde Materno-Infantil.

Na atualidade esta constituição da família enfrenta novas situações: o trabalho da mulher fora do lar, em um espaço social afastado da família e para sua sobrevivência e dos seus; o

homem partilhando tarefas do espaço doméstico; a criança que volta a sofrer abandonos de todos os tipos e nas diferentes classes sociais e é explorada no trabalho; e famílias desintegradas com pais separados ou não. Além de toda a violência da sociedade, a exacerbção do individualismo, da competitividade e do consumismo. Nas últimas décadas a criança e, posteriormente, o adolescente também foram descobertos como filões consumidores em diferentes aspectos.

- A PUERICULTURA

Dentre as transformações políticas e econômicas da Europa no século XVIII, surgiu a política médica, desenvolvida pelo Estado com o objetivo de ajudar a melhorar a saúde das populações, apresentando-se em três vertentes principais.

A Alemanha, que tinha a centralização política no Estado, desenvolveu uma Medicina de Estado, denominada de “policia médica”. Inicialmente era um conjunto de regulamentos e instituições para assegurar: a ordem – função policial contra indivíduos perigosos, vagabundos e mendigos; a economia – procedimentos de fabricação, circulação de mercadorias, obrigações profissionais; e a obediência às regras de higiene – abastecimento de água, limpeza das ruas, qualidade dos alimentos à venda. Esta última função teve efetiva aplicação, passando o Estado e os médicos a serem responsáveis pelo controle e manutenção da saúde da população, em todos os aspectos da vida dos indivíduos, principalmente dos mais pobres. Esta idéia de policia médica difundiu-se na Europa e, posteriormente, nos Estados Unidos (NOVAES, 1979; ORLANDI, 1985; FREIRE, 1991).

Na Inglaterra, desenvolveu-se uma outra vertente. A partir da Lei dos Pobres, que prestava assistência ao pobre, mas o submetia ao controle médico, desenvolveram-se os Serviços de Saúde. Com a função de controlar vacinações, fazer registros epidemiológicos, fiscalizar e destruir locais insalubres, atuavam como centros médico-sanitários (ORLANDI, 1985; FREIRE, 1991).

Na França, os ideais da Revolução Francesa levaram a uma reavaliação das funções de algumas instituições sociais entre as quais a medicina e a educação, dando origem à Medicina Social. Seus fundamentos principais eram o reconhecimento e a identificação das condições de vida sociais como fonte de enfermidade e a postulação da medicina como instrumento de reorganização social (NOVAES, 1979; FREIRE, 1991).

Essas políticas supunham o controle social pelo Estado, e este terá na Medicina, através da Higiene e da Puericultura, o aliado perfeito.

Em 1865, Caron, um médico francês, usou a palavra puericultura para denominar “a ciência de elevar higienicamente e filosoficamente a criança”. A partir do final do século XIX, a Puericultura propunha-se a normatizar todos os aspectos que dizem respeito à melhor forma de cuidar das crianças, com vistas à obtenção de uma saúde perfeita (BOLTANSKI, 1974; NOVAES, 1979).

Antes de 1880, os textos e publicações dirigidos às mulheres sobre o modo de cuidar ou tratar de seus filhos eram em tom coloquial e amigável. Com os trabalhos de Pasteur e o desenvolvimento da microbiologia, essas regras e saberes, adquiriram cientificidade, assumindo um tom doutoral. As mudanças na sociedade e na família da época acabou por transformá-los em dogmas indiscutíveis, aparecendo obras em forma de catecismo dirigidas às mulheres do povo, partindo da suposição da total ignorância das leitoras (NOVAES, 1979; ORLANDI, 1985).

Essa Puericultura teve um campo fértil na constituição da família nuclear, consolidando a mudança do papel da mulher, que passou a ser a esposa, dona de casa e mãe de família, adquirindo um novo poder na esfera doméstica, e da criança, que teve sua posição diferenciada em relação ao mundo dos adultos, transformando-se em figura central na família, demandando atenção especial. Mas a Puericultura apresentava-se como mais necessária às famílias mais pobres, associando as más condições de saúde à ignorância e assumindo um caráter ideológico. (NOVAES, 1979; MARQUES, 1982; ORLANDI 1985; RAGO, 1987; CANESQUI, 1990).

Assumiu um discurso moralista e pedagógico, moldando as classes trabalhadoras à moral burguesa em relação à família, ao cuidado dos filhos, às doenças infecciosas e aos males sociais em geral. (BOLTANSKI, 1974; NOVAES, 1979; RAGO, 1987; CANESQUI, 1990).

Esse discurso puericultor foi incorporado em parte pela escola, pelo senso comum, pelos meios de comunicação, mas também permaneceu nos programas da OMS, tanto no Materno-Infantil como em parte das ações básicas de saúde, nos projetos de diminuição da mortalidade infantil, como os da UNICEF, e na busca da atenção integral à saúde da criança. (NOVAES, 1979; MARQUES, 1982; FREIRE, 1991)

- A SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Nas duas primeiras décadas do século XX, com a aproximação entre a saúde da mãe e a da criança, originou-se a concepção do binômio mãe-filho, passando-se a falar da saúde materno-infantil. Daí se caminhou para o ideal de proteção à família e desta para a comunidade. A proteção da sociedade e do Estado, principalmente sobre a população carente, justifica-se pela multiplicidade de fatores sociais, econômicos e culturais desencadeantes dos problemas de saúde. Essa trajetória culminou, na década de 20, com a perspectiva médico-sanitária americana, de educação para a saúde, que “procurava tornar o indivíduo um participante ativo e responsável, não apenas pela própria saúde, mas pela ausência da doença na sociedade” (MARQUES, 1982:5; 1984).

A ação sanitária deslocou-se da polícia médica para a educação sanitária. O discurso da Puericultura, fundamentado no pedagógico, no psicológico e no higiênico, adquiriu um caráter mais científico e foi perdendo o seu tom moralizador e coercitivo, transformando-se em educativo (NOVAES, 1979; MARQUES, 1982).

Após a Segunda Guerra Mundial, desenvolveu-se uma proposta de proteção planejada à saúde materno-infantil, instrumentalizada em programas e normas específicos, que se estendeu principalmente aos países subdesenvolvidos, através das agências internacionais de saúde (MARQUES, 1982).

Para Manciaux (*apud* MARQUES, 1982:5) “foi o despertar da consciência social que lhe (*a saúde materno-infantil*) forneceu a justificativa teórica, enquanto que os progressos da Higiene e da Medicina Preventiva forneceriam os meios de ação necessários a essa doutrina em expansão”.

- A ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

Nas décadas de 50 e 60, sob a influência da teoria desenvolvimentista, que relacionava desenvolvimento econômico com melhoria de vida e esta com a saúde e colocava o planejamento como seu instrumento, intensificaram-se as propostas das agências internacionais e desenvolveram-se modelos que homogeneizavam os determinantes dos principais problemas de saúde e as formas de intervenção (BRAGA & PAULA, 1986).

O movimento da Medicina Preventiva e, posteriormente, a Medicina Comunitária, apresentaram uma proposta de atenção integral de forma racionalizadora e hierarquizante, através de uma rede de serviços ambulatoriais com alcance completo, centralizada em um hospital (se possível relacionado a uma escola médica), prevendo a participação da população tanto na detecção de problemas na comunidade, como na execução das ações de saúde. Partindo dos conceitos de multicausalidade e de enfoque de risco, reforçava-se a atenção materno-infantil (MARQUES, 1982; FREIRE, 1991).

A prática da Puericultura perdeu espaço para a doença; as ações de saúde foram sistematizadas em normas de atendimento para os atos médicos e para os procedimentos não-médicos, priorizando determinadas populações ou patologias (MARQUES, 1982; FREIRE, 1991).

As políticas posteriores da UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância) e da OMS priorizaram o combate à mortalidade infantil, incorporando no seu discurso a determinação social do processo saúde-doença e a necessidade de ampliação da assistência até a adolescência. Suas ações, contudo, dirigiram-se basicamente para: o combate da doença diarreica (através da terapia de reidratação oral), a monitorização do crescimento e do desenvolvimento, o estímulo ao aleitamento materno, o cuidado com alimentação e a vacinação (FREIRE, 1991).

L2.b – A ATENÇÃO À CRIANÇA NO BRASIL E SUAS LIMITAÇÕES

No Brasil, até o início deste século, o cuidado com a criança teve um caráter filantrópico, com a veiculação das propostas da Puericultura e com o desenvolvimento de instituições de assistência e proteção à infância e de institutos profissionalizantes, destinados às crianças pobres, doentes e abandonadas (NOVAES, 1979; CANESQUI, 1990).

A partir de 1910, em resposta às reivindicações operárias, o Estado estabeleceu as primeiras leis sociais, entre as quais a regulamentação do trabalho da mulher grávida e do menor) (NOVAES, 1979).

Nas décadas de 20 e 30 foram organizados os serviços materno-infantis, incorporando e institucionalizando a Puericultura, através de estruturas verticalizadas, junto com o início da política previdenciária.

O Departamento Nacional da Criança surgiu em 1940, tornando-se o responsável pela criação e pela orientação técnica dos serviços de prestação de assistência à criança através dos Postos de Puericultura (PP). Nos anos 50 e 60, a preocupação com a mortalidade infantil e com a expansão da rede de serviços levou a um aumento significativo desses postos especializados (PP), duplicando o atendimento às crianças que também era feito

pelos unidades polivalentes (CS - Centros de Saúde), ligadas a departamentos e orientações técnicas distintas, que só se integraram após 1969 (TANAKA, 1982).

Na década de 70, sob a influência dos movimentos da Medicina Preventiva e da Medicina Comunitária, reafirmou-se a importância da saúde materno-infantil, mas as ações propostas foram pouco implementadas. A partir da criação do Sistema Nacional de Saúde e com as recomendações da V Conferência Nacional de Saúde, o Programa de Atenção à Criança (PAC), elaborado em 1976, como um dos Programas de Assistência Médico-Sanitária, resultou em um atendimento público racionalizador e burocrático, mesmo no Estado de São Paulo onde estava apoiado nas diretrizes da reforma administrativa da Secretaria de Saúde e trouxe melhorias (ALBUQUERQUE & RIBEIRO, 1979; TANAKA, 1982).

O Programa das Ações Integradas de Saúde (AIS), criado em 1983, foi o que restou da proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE) de 1980. Tinha como objetivo a universalização dos cuidados primários de saúde em todo o país, com racionalização de recursos, introduzindo de fato o planejamento em saúde. Foi influenciado pela conferência de Alma-ata, pelo fortalecimento dos movimentos sociais, pelas Conferências Nacionais de Saúde, por instituições criadas nas décadas de 70 e 80 (CEBES, ABRASCO), que, posteriormente, originaram o movimento da Reforma Sanitária (MENDES, 1993).

O Programa das AIS incluía o Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). No estado de São Paulo, além das Ações Básicas de Saúde (monitorização do crescimento, aleitamento materno, controle de doenças diarreicas, controle de doenças respiratórias agudas e controle das doenças nutricionais), esse programa compreendia a Atenção à Saúde de Grupos Etários em Especial (recém-nascido, lactentes e pré-escolares e escolares), a Saúde Mental e a Suplementação Alimentar.

Com as AIS e, depois de 1987, com o SUDS (Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde), houve avanços no planejamento e no gerenciamento dos serviços, ampliação das ações, relativa descentralização de recursos da saúde nos planos estadual e municipal. Mas

a descentralização foi limitada pela dependência financeira e política dos municípios em relação às outras esferas. Quanto às ações, foi mantido o atendimento segmentado, com princípios programáticos rígidos, com medicalização excessiva de parte da clientela, dificultando o acesso da população na sua universalidade (TANAKA, 1988; MERHY, 1989; CYRINO, HENRIQUES & TEIXEIRA, 1990; CECÍLIO, 1991; LUZ, 1991; SILVA, 1991; CAMPOS, 1992a).

Estas dificuldades se mantiveram mesmo com o SUS (Sistema Único de Saúde) cuja efetiva e ampla implantação continua na dependência do modo pelo qual os diversos níveis do sistema se organizam e se relacionam e da capacidade de organização sociedade (CAMPOS, 1990; 1992; MERHY, 1990; MULLER NETO, 1991).

Com o SUS, a proposta do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC) manteve-se basicamente a mesma, somando-se a atenção ao adolescente nos anos 90. Todavia, como a maioria dos serviços adquiriu características de Pronto-Atendimento, dificulta-se a sua execução. As necessidades de saúde da população não vêm sendo atendidas e muito menos, é garantida a integralidade das ações (TANAKA, 1988; 1990; CAMPOS, 1989; MERHY, 1989; TANAKA & ROSENBERG, 1990).

I.2.c – CRÍTICAS E POSSIBILIDADES DE ATUAÇÃO: ATENÇÃO À CRIANÇA

Além de autores como AROUCA (1975), DONNANGELO & PEREIRA (1976), ROSEN (1979), FOUCAULT (1986), Garcia (*apud* NUNES, 1989a) e CANGUILHEM (1990), do movimento da Medicina Social, outros como ARIÈS (1986), com as análises que fez sobre as sociedades tradicionais e sobre o lugar da criança e da família nas sociedades industriais; DONZELOT (1986), com o livro **A Polícia das Famílias**; BOLTANSKI (1974; 1979), com sua análise da Puericultura como forma de regular a vida das pessoas e da sociedade, trouxeram também contribuições essenciais para repensar o cuidado com a criança.

Os questionamentos que daí surgiram passaram a se dirigir para a forma de pensar, ensinar e pesquisar a Pediatria e a Puericultura, e de efetivar a atenção à criança. Realizaram-se estudos sobre a história e a constituição da Puericultura e da Pediatria no Brasil, análises de projetos alternativos de atenção à saúde da criança e trabalhos sobre as formas do cuidado com a criança e as instituições por ela responsáveis. Todos esses estudos e questionamentos reafirmavam e, ao mesmo tempo, tentavam estruturar a tripla intenção de reforma do serviço, do ensino e da prática pediátrica

MARQUES (1976a) desenvolveu em Paulínia, entre 1974 e 1976, uma das primeiras dessas experiências com o Programa de Atenção Materno-Infantil (PAMI), incluído no Projeto de Saúde da Comunidade da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP. O PAMI de Paulínia partiu do antigo programa e serviço de Puericultura, com uma equipe multiprofissional (médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem, assistente social, psicóloga e educadores), ampliou sua faixa de atendimento, introduziu a noção de risco de adoecer e morrer e, além do atendimento individual, fazia grupos de mães e visitas domiciliares. Tinha como princípios: compromisso social em relação aos interesses e necessidades da comunidade; busca de síntese entre o saber médico e o saber popular, a partir da qual se concretizavam as ações de saúde; caráter explicativo e não-autoritário das atividades de saúde em todas as fases do atendimento, levando profissionais e comunidade a se apropriarem dos saberes populares e médicos respectivamente. Transformou a atuação dos profissionais da saúde em instrumento educativo, deixando de constituir um fim em si mesmo. Seu objetivo era o de recolocar a Puericultura (disciplina reguladora da vida das pessoas e da sociedade) "diante da visão de mundo dos seres humanos concretos a que se dirige" (MARQUES, 1976a:30) (MARQUES, 1976 b).

A análise do trabalho do PAMI, realizada pela autora, estudando um período de 17 meses, verificou que: a captação da clientela foi cada vez mais precoce e mantida, houve diminuição dos óbitos e das formas graves de desnutrição nos primeiros 6 meses de vida. Revelou também que a convivência entre a equipe e a população havia sido longa e suficiente para a transmissão de conhecimentos mútuos, importante diante da situação de

doença, e para consolidar uma postura mais crítica diante do próprio setor da saúde, tanto por parte da população como da equipe (MARQUES, 1976 a, 1976 b).

Essa análise explicitou ainda que, apesar da atuação do Serviço de Puericultura, continuou a se observar elevada morbidade, óbitos evitáveis, desnutrição leve e moderada. Esses resultados “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 representados 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” (MARQUES, 1976a:119-120).

NOVAES (1979) estudou as condições históricas do aparecimento da Puericultura na França e no Brasil, o significado do discurso puericultor nas diferentes conjunturas (política, econômica e social) e as transformações pelas quais foi passando, os locais em que se manifestou e os fatores que o influenciaram. Concluiu que a função mais pedagógica da Puericultura foi assumida pelos meios de comunicação e instituições que desempenham algum papel educativo; e que, apesar de algumas de suas regras ainda continuarem sendo praticadas, ela perdeu espaço dentro da Pediatria, que se voltou mais para a resolução de patologias.

SUCUPIRA (1981) investigou a relação médico-paciente, entendida por ela como “uma forma concreta de relação social que apresenta peculiaridades próprias na medida em que se realiza em instituições específicas e é mediatizada por um saber específico portado por apenas um dos elementos” (p. 16). A pesquisa foi realizada em centro de saúde, unidade própria do INAMPS e serviço de medicina de grupo, através de observação direta, observação participante na sala de espera e entrevistas após o atendimento, buscando compreender o processo de consumo dos serviços pela população.

Na investigação, apresenta diversas modalidades de relação médico-paciente, e conclui que “as características próprias da instituição ao se expressarem na forma como se organizam

os seus serviços de atendimento, estabelecendo rotinas, normas, horários, enfim as condições gerais do trabalho médico e as vias de circulação do paciente, estabelecem certos parâmetros de atuação social tanto para o médico como para o paciente. Tais modalidades pelas quais as instituições médicas se estruturam internamente, em função do caráter da assistência médica a que se propõem e da sua destinação social, configuram um padrão de funcionamento que subordina as possibilidades imediatas de atuação do médico e do paciente ao padrão mais geral de disposição das classes na sociedade brasileira" (SUCUPIRA, 1981:311-312).

Alguns autores empreenderam análises e avaliações de serviços de atenção à criança nos seus diferentes aspectos, com metodologias quantitativas e qualitativas. ALBUQUERQUE E RIBEIRO (1979) analisaram o Programa de Assistência à Criança (PAC) desenvolvido em um Centro de Saúde Estadual e em um Municipal, investigando o que ele representou para as respectivas populações usuárias, o modo de articulação com as suas condições materiais de existência e a sua importância como assistência médica propriamente dita. Utilizaram dados de produção e qualidade dos serviços e realizaram entrevistas e observação direta.

TANAKA (1982) analisou o Programa de Assistência à Criança (PAC) da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no período de 1977 a 1980, na região da Grande São Paulo e no Estado como um todo, através dos seus indicadores de avaliação e produção e da análise da qualidade das atividades programadas, utilizando auditoria de prontuários e observação direta. Em 1988, TANAKA E ROSENBERG (1990), através de estudo da clientela usuária, analisaram a utilização de um posto de assistência médica e de um pronto-atendimento de uma mesma região, visando também verificar a questão da atenção integral à saúde (TANAKA, 1988).

MARQUES (1982) abordou a questão populacional internacional e as doutrinas e práticas sanitárias voltadas para a saúde materno-infantil. Faz considerações sobre o Movimento pelo Bem-Estar da Maternidade e da Infância e critica o discurso médico-demográfico,

colocando, posteriormente, a questão da atenção materno-infantil como prioridade política (MARQUES, 1984).

CANESQUI (1987) analisou a assistência médica, assistência à saúde e reprodução humana e suas relações com as políticas de saúde no Brasil, nas décadas de 30 a 80; e, posteriormente (1990), a questão da Saúde Pública e proteção à maternidade e à infância, no Brasil, do final do século XIX até a década de 30 (CANESQUI, 1990).

FREIRE (1991), ao pesquisar o discurso da OMS, percebeu que a Puericultura, com seu discurso homogeneizador calcado na Pedagogia, está presente de forma marcante como conteúdo nos informes técnicos da OMS da área de Saúde Materno-Infantil, priorizando a educação e a racionalização de ações e condutas, propondo soluções de ordem médica para a resolução de problemas de causa principalmente social.

Outras trabalhos contêm reflexões e discussões de temas referentes à criança buscando entendê-la, para além das suas determinações biológicas, em suas amplitudes culturais, sociais e econômicas.

Os textos e pesquisas que tratam da história, da constituição e da medicalização da infância, da família e da sociedade no Brasil, que tratam dos modos como se organizaram o cuidado e a assistência à criança, foram e ainda são fundamentais para este entendimento e compreensão. Entre eles pode-se destacar: MACHADO *et al.* (1978); KRAMER (1984); ORLANDI (1985); RAGO (1987); SINGER, CAMPOS & OLIVEIRA (1988); COSTA (1989); D'INCAIO (1989); DEL PRIORE (1995); RIVORÉDO (1995, 1996) e FREITAS (1997).

Um dos temas que ainda se faz muito presente é a abordagem da saúde escolar. O fracasso e a dificuldade escolar, quando medicalizados, associam-se à desnutrição, distúrbios neurológicos e psicológicos. Entretanto vários estudos das áreas da saúde e da educação têm mostrado a sua determinação social: MOYSÉS & LIMA, 1983; LIMA, 1985; PATTO, 1989; SOARES, 1989; COLLARES & MOYSÉS, 1997; e dois Caderno do CEDES

(Centro de Estudos Educação e Sociedade) números 15 e 28, com os temas Fracasso e Sucesso Escolar, respectivamente (CEDES, 1986, 1992).

Estudos sobre a questão da alimentação e da nutrição, trazendo a discussão da fome: CASTRO (1953, 1980), MINAYO (1987), BITTENCOURT & MAGALHÃES (1995); da fome e da desnutrição e sua determinação: MONTEIRO (1977, 1985), ALVES (1979), BALDIJÃO (1979), SILVA (1979), VALENTE (1986), GOLDENBERG (1988), MONTEIRO, FREITAS & BARATHO (1989), BITTENCOURT *et al.* (1992); da desnutrição e sua avaliação e distribuição: MARQUES *et al.* (1975), BATISTA FILHO (1976), IBGE/UNICEF (1982), MORCILLO (1987), INAN (1990 a, 1990 b, 1991, 1992), BATISTA FILHO & FERNANDES (1991), ZANOLLI (1992).

Também foram realizadas pesquisas relacionando as condições de saúde e as sociais para determinados grupos etários ou de risco (BARBIERI, 1985), e para populações infantis mais amplas (MONTEIRO, 1988; VICTORA, BARROS & VAUGHAN, 1988); e discussões sobre mortalidade infantil e o uso desta como indicador de saúde (YUNES, 1981; SZWARCOWALD, LEAL & JOURDAN, 1992; OLIVEIRA & MENDES, 1995) e novos indicadores (JORDAN, 1984).

Todos esses estudos contribuem para a formação de um corpo conceitual e de uma proposta de intervenção para a Pediatria Social no Brasil, que se utiliza também das definições e objetivos apontados pelos próprios pediatras comprometidos com a idéia de uma Pediatria Social.

L2.d – CONCEITUANDO: OS PEDIATRAS ATRÁS DE DEFINIÇÕES E DELIMITAÇÕES DE CAMPOS DE PRÁTICAS.

Na busca de textos que tratassem da definição e dos conceitos da Pediatria Social, foram identificadas, inicialmente, obras nas quais este tema e sua prática eram predominantes,

destacando-se três obras nacionais: **Pediatria - doutrina e ação** (Eduardo MARCONDES, 1973); **Teoria e Prática do Amor à Criança - introdução à Pediatria Social no Brasil** (Orlando ORLANDI, 1985) e **Pediatria Social - teoria e prática** (Aguinaldo N. MARQUES, 1986); e uma dos Estados Unidos: **Social Paediatrics** (Benght LINDSTÖN e Nick SPENCER, ee, 1995), que inclui também autores europeus. Entre os artigos em periódicos, destacaram-se quatro que abordam o assunto: FIGUEROA (1995), MENDONZA (1991), BELLIZZI, (1989) e KASSE ACTA (1988). Além deles MENDES (1996), na introdução da tese em que trata da prática pediátrica nos Centros de Saúde, traz, no esforço de conceituar esse trabalho médico, questões do âmbito da Pediatria Social como a busca de seu conceito.

Eduardo Marcondes

MARCONDES (1973), situou a Pediatria Social (P.S.) como um dos cinco setores da Pediatria (Preventiva ou Puericultura, Clínica, Cirúrgica, Neonatal e Social) que devem ser intercomunicantes para cumprir a doutrina da Pediatria: propiciar a assistência integral à criança. A Pediatria Preventiva e a Social são as que mais traduzem os aspectos doutrinários da Pediatria.

Define-a, citando Rodrigues (1967), como "o estudo integral da criança e dos diversos fatores ambientais que direta ou indiretamente influem sobre a saúde física, psíquica, moral e social do menor desde a sua concepção até a maioridade" (p. 22).

Para esse autor, os objetivos da P.S. são o estudo e a assistência globais da criança, através do conhecimento dos fatores ambientais, psicológicos, econômicos, sociais e culturais, que incidem sobre a criança e sua família e que podem predispor-la a determinada doença. A P.S. é um trabalho a ser realizado em equipe. Deve preocupar-se com o universo de crianças da comunidade (e não se prender a esta ou aquela); lida com o ambiente (comunidade) em que vivem. Deve conhecer e se entrosar com os recursos da comunidade, tanto assistenciais, como sociais e de infra-estrutura públicos, filantrópicos ou privados.

A P.S. tem como metas diminuir o risco de mortalidade infantil e a morbidade da criança; proporcionar medidas para a promoção de sua saúde, "a fim de realizar seu desenvolvimento integral e culminar em um adulto normal, feliz e socialmente útil" (p. 23). Para o autor, este enfoque deveria ser prioritário principalmente nos países subdesenvolvidos, pela predominância de população jovem e pelos seus problemas. O pediatra social necessita, além dos "predicados exigidos para ser simplesmente um pediatra, características especiais de personalidade, bem como treinamento em ciências correlatas básicas (epidemiologia, antropologia cultural, demografia e outras)" (p. 22).

Aguinaldo N. Marques

MARQUES (1986) também considera a Pediatria Social ou Saúde Materno-Infantil como um dos setores básicos da Pediatria, ao lado da Pediatria Clínica ou Curativa e da Pediatria Preventiva ou Puericultura. Ressalta que a Pediatria é uma só, e atribui essa divisão a razões metodológicas ou porque "ela infelizmente é exercida de maneiras diferentes diante das diferentes classes sociais" (p. 2).

Para ele, a importância da Medicina Social e da P.S. originou-se, após a Segunda Guerra Mundial, da tomada de consciência das desigualdades sociais e nacionais entre os povos, e da necessidade de se socorrer de sistemas coletivos em benefício dos indivíduos ou das coletividades economicamente deficientes, que resultaram em formas coletivas de assistência médica.

Ele traz algumas definições feitas por outros autores: (pp. 3-4)

M. Luiza Saldún Rodrigues (1960): "A P.S. compreende a preservação e a proteção da saúde integral da criança, mediante a aplicação de medidas preventivas e curativas, em relação com os fatores e condições do meio familiar e ambiental".

Moncrieff (1951): "A P.S. se incumbe das ações de saúde curativas e preventivas da criança, com especial ênfase aos fatores físicos e psicológicos do meio".

Moreira Braga (1963): "P.S. é a medicina social da infância e cobre todas as etapas da existência infantil, desde o período pré-natal até a adolescência". Coloca três objetivos da P.S.: "1º- Proteger a saúde das mães durante a gravidez, o parto e o aleitamento, ensinando-lhes os cuidados a prestar aos filhos. 2º - Assegurar à criança crescimento e desenvolvimento normais, sob o ponto de vista físico, mental e social. 3º - Facilitar a adaptação das crianças à vida social e pôr à disposição dos inadaptados todos os recursos atualmente existentes".

Robert Debré (1963): "Pode-se ligeiramente determinar ou definir (*a P.S.*) como o conjunto de esforços coletivos em favor da parte jovem da população". "A Pediatria Social representa menos um programa de estudos que um estado de espírito". (A. N. Marques discorda desta última afirmação).

Mande (1972): A Medicina Social "encara o homem são ou doente, não como um ser único ou um animal de experiência isolado em sua gaiola, mas como um membro de um grupo humano vivendo ambientes bem determinados (...) aplicada às crianças e à medicina da infância, esta concepção nos conduz à Pediatria Social que encara a criança sadia e doente em função do grupo humano do qual faz parte e dos diversos meios nos quais se desenvolve". Define a P.S. como "um ramo da medicina que utiliza um conjunto de disciplinas básicas com o fim de ser alcançado o mais completo bem-estar físico, psíquico e social de todas as crianças e mães". "Esta Pediatria Social coletiva, pública, tem muitos pontos em comum com a saúde pública aplicada à infância. Ela repousa sobre um certo número de disciplinas que abordam os problemas da medicina em plano de grupos de populações, mas faz também apelo a outras ciências humanas (...) Epidemiologia das infecções, das carências, dos desequilíbrios alimentares, das doenças genéticas, estatísticas de morbidade e mortalidade, imunologia, etc."

Meneghello (1972): "A assistência médica requer o concurso de conhecimentos distintos do conhecimento biológico e do saber diagnosticar e tratar; conhecimento sobre epidemiologia, ciências sociais, educação, administração, demografia, estatística, economia, planejamento".

Marques aponta dois atributos sem os quais a P.S. não deve ser considerada como tal: racionalidade e coletivização. A P.S. realiza ações tanto de prevenção como de cura; atua como Pediatria Preventiva e Clínica; "é a Pediatria Integrada em seu mais amplo sentido" (p. 3). Seus objetivos são a previsão e solução dos problemas da infância, preocupando-se também com as questões maternas, por isso, e nessas condições, o autor a considera sinônimo de Assistência ou Atenção Materno-Infantil. A P.S. ("a medicina social da infância") deve estar presente junto aos demais setores da organização sanitária e das estruturas de saúde pública, pois o seu estudo compreende também os fatores econômicos, demográficos, sociais, culturais, sanitários, políticos e administrativos, que influenciam a situação de saúde das populações.

Para ele, os princípios básicos que orientam as ações da P.S. em suas diversas etapas, são: primado da promoção da saúde, da Pediatria Preventiva e da magnitude dos problemas; critérios rigorosamente científicos; ações em vários níveis; inclusão de todas as crianças e mães; ações integradas com todos os demais setores da saúde e da própria sociedade.

Em suma, para o autor, "a P.S. deve objetivar o mais completo bem-estar social de todas as crianças e mães, integradas em uma sociedade justa e feliz. Para tanto, é indispensável o mais alto grau de consciência social e política, no permanente empenho de empregar, em seu proveito, tudo o que de bom a inteligência humana for capaz".

Marques ressalta que não deve haver nenhuma forma de discriminação entre as diversas camadas das populações. "As equipes e os órgãos de P.S., na amplidão de suas possibilidades e de sua doutrina, devem-se empenhar a fundo para alcançar estes objetivos, empregando esforços, utilizando recursos, convencendo as pessoas e influenciando nas modificações dos conceitos, das leis e demais posturas legais" (p. 8).

Orlando Orlando

Para ORLANDI (1985:13), a partir do surgimento da Medicina Social, "com o desenvolvimento científico do século XIX, e um conhecimento melhor da criança, de suas necessidades e de sua patologia, era natural que surgisse um ramo novo: a Pediatria Social", que considera a criança como um ser social, estando grande parte de suas patologias, ligadas aos fenômenos socioeconômicos.

Para ele, com a crise estrutural da medicina e o Movimento da Medicina Social nas décadas de 60 e 70, ocorreram novos estudos sobre as relações entre saúde e sociedade, desencadeando questionamentos sobre a medicina e as suas instituições que resultaram em uma profunda revisão crítica da medicina e de suas pesquisas, estendendo-se também para as relações entre saúde infantil e sociedade. A criança, a infância e as questões relativas a elas devem ser estudadas, compreendidas e consideradas, respeitando-se as diferentes populações infantis de acordo com a sua classe social e socialização. Não devem ser vistas como coisa ou problema: "as crianças não são um problema brasileiro; os problemas é que o são para as crianças brasileiras" (p.15).

Partindo dessa perspectiva analisa, historicamente, o significado da infância e sua inserção nas famílias, nas diferentes sociedades e classes sociais, na Pediatria, na Puericultura e na Educação (puericultura como primeira educação, educação pré-escolar e fracasso escolar). Aborda também questões como a medicalização da sociedade, a mortalidade infantil, o aleitamento materno, o controle da natalidade, principalmente através da Puericultura e, posteriormente, da saúde materno-infantil, ressaltando seu sentido ideológico.

Para ele, pediatra e puericultor confundem-se na prática. Quem trata da criança doente é o orientador dos cuidados dela quando sadia. O puericultor e o seu ato têm um papel biopolítico-social. "Sempre que o puericultor deixa de fazer política, encoberto pela capa da pseudoneutralidade da puericultura, está fazendo uma puericultura das classes dominantes e não uma puericultura dos desamparados, uma puericultura consciente", e, "uma

puericultura retrógrada, reacionária, formará por certo família, pais e crianças submissos, dóceis, incapazes de participar e de reivindicar". (p. 21)

Bengt Lindstön e Nick Spencer

No prefácio do livro de texto **Social Paediatrics**, LINDSTÖN & SPENCER (1995) afirmam que a P.S. está preocupada com as influências sociais, políticas, ambientais e familiares sobre a saúde da criança, nos planos populacional e individual. Ela não é separada da Pediatria tradicional, mas se incumbe de seus contextos social e familiar. Permite aos profissionais da saúde da criança olhar além do processo da doença na criança considerada individualmente e dirige-se aos principais determinantes sociais da saúde-doença na infância.

Michel Manciaux

MANCIAUX (1995), no capítulo 1 de **Social Paediatrics**, situa a P.S. como a parte da Saúde Pública que diz respeito à criança, e não como um ramo da Pediatria Geral. A P.S. lida com a saúde de determinados grupos da população global e representa o ponto de encontro de várias disciplinas que vão contribuir interativamente para a saúde global desses grupos. Também se interessa pelos aspectos psicossociais da saúde e doença da criança individualmente. Tem portanto uma dimensão populacional e uma abordagem global.

Para Manciaux, na Europa, não há consenso sobre o conceito de P.S., pois alguns autores trazem definições muito específicas ou parciais. A abordagem mais apropriada deve concentrá-la no campo das atividades pertencentes à saúde, cuidado e bem-estar da criança. Ela tem realizado, em países europeus e no plano internacional, contribuições cruciais para o desenvolvimento e o conhecimento da criança e de atividades voltadas ao seu bem-estar.

Manciaux afirma que a P.S. é de fato o ponto de encontro e fertilização de várias disciplinas. Tem ligações com a Clínica Pediátrica, Obstetrícia Social, Perinatologia, Genética, Sociologia, Antropologia, Psicologia, Pedagogia, Biologia, Direito, Economia, Saúde Pública e Epidemiologia. Esse conceito amplo deu origem, na Europa, a vários programas de atividades e treinamentos formulados como Pediatria: Microsocial (a criança com as influências genéticas e ambientais, e na sua família); Mesossocial (relação entre a criança, outras crianças e grupos sociais); Macrossocial (contexto socioeconômico, sistemas e programas de saúde) e Megassocial (dinâmica populacional, ecologia, poluição e desgaste dos recursos naturais).

O autor conclui que a P.S. se situa no encontro da Epidemiologia e Estatística, das Ciências Clínicas e das Ciências Humanas, sendo relevante para o desenvolvimento psicossocial. A exemplo da Geriatria Social, que evoluiu na direção da Gerontologia, a P.S. talvez venha a ser "*Pedontology*". (p. 9)

Para Manciaux, as ligações entre P.S., Saúde da Família, Saúde Comunitária, Saúde Pública e Pediatria do Desenvolvimento são delicadas; e o conceito de Saúde Global da Criança é, provavelmente, o caminho mais apropriado para reconciliar essas disciplinas com a Pediatria Social e nos dar uma visão clara do assunto.

Ernesto Figueroa

Em artigo que trata do histórico da Puericultura e da Pediatria, FIGUEROA (1995) relata que a P.S., que tem suas bases na Saúde Pública, nasceu em 1948 "*tal vez como una compensación a las atrocidades da la segunda guerra mundial*" (p.131). Tem um campo imenso, tudo o que diz respeito ao bem-estar da criança, desde o saneamento ambiental até os pequenos e grandes planos de ação sanitário/assistencial, social, moral e legal.

Pelos resultados na promoção e na proteção sanitária pode ser considerada como "*puericultura masificada*". Não a considera uma disciplina, mas uma "*aptitud de especial sensibilidad hacia el niño que es obligatoria para el ejercicio de la pediatría y de profesiones afines*" (p. 131).

Hugo Mendonza

MENDONZA (1991), em ensaio sobre o ensino de Pediatria Social e Preventiva, afirma que a P.S. surge como uma atitude ou espírito que acompanha o gesto preventivo ou curativo do médico e não como uma forma particular de atenção à criança. Para ele, a Pediatria Preventiva se originou da Puericultura (higiene, cuidado e atenção ao ser humano em crescimento e desenvolvimento para fazê-lo apto para a vida adulta) e, ao incorporar^o o entendimento da criança dentro da sua realidade social, vai constituir o que alguns têm denominado Pediatria Social e Preventiva.

O autor considera também a Pediatria como a Medicina Infantil no seu mais amplo sentido e não uma especialidade. Ela estuda o homem em crescimento e desenvolvimento, em seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais, em todas as suas etapas, nas quais estas características vão ser moldadas e repercutirão no homem final. De uma ciência voltada primeiramente para curar a criança, tem se transformado também em ciência para evitar as doenças e garantir um adulto melhor. Considera por isso que a Pediatria é uma atitude preventiva.

Dirceu Bellizzi

BELLIZZI (1989) traz a determinação social do processo saúde-doença da Medicina Social para a P.S.. Para ele, a alta mortalidade infantil, as doenças, os problemas e desajustes sociais são desafios políticos e sociais e não apenas técnicos. Ressalta o cuidado de não medicalizarmos problemas sociais. O médico deve unir-se aos outros profissionais

(cientistas sociais, economistas, físicos, engenheiros, etc.) para usar suas figuras de impacto e ações cumulativas para um trabalho norteado de investimento social.

O autor destaca a importância da comunicação de massa e da mobilização popular para ajudar na solução desses problemas. Afirma que "investimentos aplicados no povo em educação para a saúde têm o mais imediato, rentável e seguro retorno de capital" (p. 3). Especifica algumas medidas e ações já consagradas, que, se aplicadas e reforçadas, resolveriam parte dos problemas: imunização, aleitamento materno, terapia de reidratação oral e escolaridade materna.

Emil Kasse Acta

Para KASSE ACTA (1988), a P.S. trata da criança sadia ou doente em função do grupo do qual ela faz parte e do meio no qual se desenvolve. Nos dois aspectos, profundamente ligados, da Pediatria - Pediatria Clínica (que estuda as enfermidades) e Pediatria Preventiva ou Puericultura (que se preocupa com a conservação da saúde e com a prevenção das doenças) - tudo o que diz respeito à influência do meio e da sociedade sobre a criança ou o papel desta no meio e na sociedade é do domínio da Pediatria Social. Ela está na confluência de terrenos próprios da Pediatria e de outras ciências relacionadas com o homem e a sociedade, nas quais deve se apoiar para ampliar suas perspectivas e investigações.

Para ele, o pediatra deve estar englobado na proteção social da criança, deve incorporar-se ao terreno da Pediatria Social, não pode estar alheio aos problemas sociais, seja como profissional, seja como cidadão, deve encarar estes problemas integrando-se ativamente em instituições voluntárias ou assessorando-as "*como líder indiscutível que es dentro del ámbito medicosocial*" (pp. 815-816).

O autor destaca: os aspectos coletivos da P.S., quando esta se preocupa com as doenças e com a prevenção ou puericultura; os aspectos individuais, quanto à prevenção em relação à proteção e quanto à criança doente; e os principais problemas sociais: nutrição, higiene, inadaptação, abandono e comunidades infantis. Ressalta que a pesquisa e o ensino da P.S. devem ser valorizados pelas escolas médicas.

Roberto T. Mendes

Para MENDES (1996), em trabalho sobre a prática pediátrica nos centros de saúde, a P.S. costuma ser designada “como a área em que se situam as práticas de ensino e pesquisa voltadas ao campo da Saúde Coletiva referentes à criança, assim como a área em que se concentram as atividades de ensino de Pediatria nos centros de saúde para alunos e residentes”. Apesar de ver reconhecida a importância da prática pediátrica nos Centros de Saúde para a formação do médico, ele considera difícil “precisar os saberes e práticas que constituem a especificidade da Pediatria Social, anteriormente à prática de ensino nos Centros de Saúde” (p. 3), levantando algumas hipóteses.

O autor aponta que uma das possibilidades é considerar como P.S. o que antes era Puericultura, atualizando-a com as contribuições das reformas médicas e do ensino médico a partir da década de 70, que tiveram como resultado a constituição dos departamentos de Medicina Preventiva e Social, que, junto com os departamentos de Pediatria, foram os principais responsáveis pela implantação de projetos de Medicina Comunitária. Nesse novo contexto, o ensino da Puericultura passa a incorporar saberes e práticas de outras áreas, como Saúde Pública, Medicina Preventiva e Medicina Comunitária.

A outra possibilidade para Mendes (hipótese não excludente em relação à primeira) é considerar que os departamentos de Pediatria, ao desenvolverem as suas especialidades, tiveram necessidade de agrupar em uma mesma área (ainda inespecífica) “temas de Puericultura e da grande área de Pediatria Geral, liberando corações e mentes para o aprofundamento nas pesquisas e atividades das especialidades pediátricas e no

desenvolvimento tecnológico aplicado à clínica Pediátrica” (p. 4). E que os estudiosos da área devem também empreenderem-se na tarefa de constituir um corpo teórico que respalde a pesquisa e o ensino da assistência à saúde da criança nos serviços públicos e nos assuntos de Pediatria Geral que esta e a especializada relegam.

I.2.e – A PEDIATRIA SOCIAL E SUAS APOSTAS REFORMISTAS

Ao examinar os conceitos e objetivos da P.S., que sofrem influência de uma multiplicidade de disciplinas e áreas, nota-se que variam muito, chegando a se contrapor. Alguns são amplos, outros muito específicos ou parciais, passando de disciplina a estado de espírito, de especialidade pediátrica a ramo da Saúde Pública. Esses discursos, embora às vezes opostos, tornam-se cúmplices na perspectiva de constituir a promessa de reformar a pediatria e sua clínica, pois consideram a prática pediátrica, a partir de seu território, incompleta e fragmentada, sujeita, portanto, a uma ação reformista. Assim, a P.S. aparece, nesses discursos, como uma nova forma ou um modo mais completo de ver ou prestar o cuidado ou a atenção à saúde da criança.

A P.S. vai se estruturar como área de atuação da prática pediátrica, valendo-se da Puericultura (já sob crítica - a Puericultura consciente de ORLANDI, 1985), da Saúde Materno-Infantil (que relê a Puericultura e incorpora conceitos da Epidemiologia e da Demografia), da Epidemiologia, da Saúde Pública, da Medicina Preventiva, da Medicina Social e da Clínica Pediátrica.

Tomando por base esses diversos conceitos, as reflexões acima e os estudos e discussões citados, pode-se considerar que a P.S., para visualizar a situação da criança e seus problemas, incorpora, da Medicina Social, a determinação social do processo saúde-doença, que contribui para colocá-la como reformadora da Pediatria. Contudo, na sua prática, até hoje, ela continua sendo Clínica e não uma nova disciplina ou Medicina Social, porque nas suas ações utiliza principalmente a Clínica Pediátrica (como Medicina Integral

da criança), a Saúde Pública e a Epidemiologia, e estratégias da Medicina Preventiva. Constitui-se, na realidade, como uma área de práticas e de ensino da Pediatria voltada para a atenção integral da saúde da criança individual e, esporadicamente, coletiva.

As práticas da P.S. identificam-se mais com a Medicina Preventiva e Comunitária do que com a Social, cuja contribuição aparece mais na análise e na crítica das questões sobre a criança e sua saúde. Talvez seja a área da Medicina na qual, de fato, se consolidou a Medicina Preventiva, apesar das insuficiências em relação a esta prática já apontadas por AROUCA (1975).

Na sua tríplice aposta reformista, o que a P.S. conseguiu, em relação ao ensino médico, foi descentralizar pequena parte de sua prática de ensino para os Centros de Saúde (CS) e levantar discussões teóricas nos cursos de graduação ou na residência em pediatria (em proporção no máximo igual às áreas de internação ou ambulatórios especializados). Mas a prática realizada nos CS raramente é voltada para o coletivo, ficando centrada no atendimento individual, no qual tenta buscar a integralidade das ações. Essa integralidade continua difícil de ser obtida na atual situação do sistema de saúde no Brasil, que não garante sequer o atendimento primário, piorando nos outros níveis. Quando existe o acesso, o trânsito entre os diferentes níveis complica-se, como se houvesse barreiras nos dois sentidos. Nem mesmo no interior da unidade de saúde as ações se integram. Portanto, a proposta de reforma do serviço de atenção à criança da P.S. conseguiu apenas aumentar a oferta de atendimento à criança e ao adolescente, mas sem escapar dos moldes da evolução do sistema de saúde no Brasil.

Apesar da ênfase, no discurso, ao direito à saúde e à determinação social no processo saúde-doença, a abordagem na atuação continua sendo através da doença, principalmente para a população destituída. E, nos mesmos discursos, crianças e adolescentes continuam a ser encarados como devir ("os futuros cidadãos", "nossos adultos de amanhã", "o futuro da nação", ...). Ou seja, os serviços de saúde e também a atenção à saúde da criança e do adolescente continuam tendo como papel principal a garantia da reprodução da capacidade de trabalho na sociedade.

Nas escolas médicas, as tentativas de reformulação curricular acabam sendo superficiais, às vezes apenas para atender ao mercado de trabalho. A dificuldade talvez esteja na contradição da própria instituição docente entre seus propósitos de mudança do ensino e sua persistência para conservar-se inalterada.

A P.S. situa-se no campo da Pediatria e traz conhecimentos multirreferenciados, que a enriquecem na questão da atenção à criança, aumentando a sua capacidade analítica e explicativa. Entretanto, quando propõe sua atuação, coloca-se como reformadora de toda a Pediatria, perdendo a sua especificidade e, ao efetivar a sua prática, utiliza-se basicamente de ações clínicas individuais e não das estratégias adquiridas ou possíveis de serem desenvolvidas com o enriquecimento que ela própria trouxe. Ou seja, a P.S. amplia a competência da Pediatria com esses saberes, mas no seu “fazer” não os incorpora para desenvolver as suas especificidades. Ela se perde tentando reformar a Pediatria, dificultando a sua consolidação como especialidade.

**CAPÍTULO II - PAULÍNIA: O ENCONTRO DOS MOVIMENTOS
REFORMISTAS DA ESCOLA MÉDICA, DAS PRÁTICAS E DOS
SERVIÇOS E O CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL BRASILEIRO
DA SAÚDE**

CAPITULO II - PAULÍNIA: O ENCONTRO DOS MOVIMENTOS REFORMISTAS DA ESCOLA MÉDICA, DAS PRÁTICAS E DOS SERVIÇOS E O CONTEXTO HISTÓRICO-SOCIAL BRASILEIRO DA SAÚDE

No planejamento da expansão da cidade de Paulínia, tendo em vista a implantação do pólo petroquímico em 1970, o plano diretor da saúde teve o apoio e a participação da UNICAMP, através da Faculdade de Ciências Médicas (FCM), transformando, inicialmente, a única unidade de saúde existente em Centro de Saúde Escola e, com o decorrer do tempo, em Rede de Saúde.

Para analisar a atenção à saúde em Paulínia, é necessário se reportar ao contexto dos projetos de reforma da saúde e da escola médica no Brasil. No Capítulo I deste trabalho, foram abordados de forma mais sistemática os diferentes pensamentos e movimentos, que conformaram os discursos que aparecerão neste Capítulo como as matrizes que ordenaram e animaram o conjunto dos projetos. A organização da saúde em Paulínia foi produto desses projetos de reforma desde, o início da década de 70, e foi marcada por eles, e pelas políticas e movimentos da área da saúde determinantes ou determinados a partir deles

Este capítulo investiga a atenção à saúde em Paulínia, particularmente a saúde da criança, em seus vários aspectos, valendo-se de material documental sobre Paulínia, dos depoimentos e da própria pesquisadora participante. Para facilitar a leitura, foi subdividido em itens que seguem a ordem cronológica dos períodos demarcados pelo predomínio de diferentes discursos e conflitos.

O material documental sobre Paulínia foi obtido a partir de textos produzidos no decorrer do projeto, individual e coletivamente (na sua maioria por docentes dos departamentos de Medicina Preventiva e Social e de Pediatria); de atas de reuniões do CSEP e da rede; de normas e relatórios internos e oficiais; de termos de convênios; e de revisão de estudos e trabalhos já publicados (como teses e relatórios de pesquisa). O trabalho mais recente e que aborda de forma ampla, aspectos de ensino e serviço, é o de ANDRADE (1995) que teve

como objetivo reconstruir a experiência que se desenvolveu em Paulínia de 1970 até 1985, utilizando análise documental e depoimentos.

II.1 - Postos de Atendimento

Paulínia originou-se da antiga Fazenda do Funil que, no final do século XIX separou-se em cinco glebas, uma das quais a Fazenda São Bento, que se tornou o núcleo principal de uma vila de Campinas, com o mesmo nome. Com a instalação da estrada de ferro Funilense, em 1899, passou a se chamar Estação José Paulino. Em 1944 passou a distrito de Campinas, quando foi mudado o seu nome para Paulínia. Tornou-se município em 1964 (BRITO, 1972).

A primeira notícia que se tem de assistência à saúde em Paulínia é a da instalação de um posto de atendimento médico, na antiga estação José Paulino, não tendo sido encontrados registros de como funcionava (BRITO, 1972, 1974).

No início da década de 50 foi solicitado ao Governo do Estado um médico para atender casos de urgência e prestar assistência, pelo menos duas vezes na semana, já agora no Posto Médico de Paulínia. Em seguida houve várias reivindicações de um Posto de Higiene e Saúde (1952-1956), e, em 1958, foi idealizada a construção de um Posto de Puericultura (BRITO, 1972).

Esse Posto de Puericultura, apesar de contar com instalações providenciadas pela Prefeitura, só começou a ter atividades em 64, ainda assim de forma irregular. As nomeações oficiais dos profissionais datam de 1965, mas o posto só funcionava em algumas horas, havendo faltas e trocas freqüentes de médicos. As crianças eram muitas vezes atendidas em Barão Geraldo e só iam a esse Posto para pegar medicação ou leite e receber vacinas (BRITO, 1972, 1974, 1975; ENTREVISTA 17).

Até a década de 60, os horários precários, a inconstância do atendimento médico e a ausência de um serviço de atendimento de urgência faziam com que a população procurasse as cidades vizinhas, ou se recorresse à farmácia. O farmacêutico, Sr. Aristóteles Costa, era tido como “médico da roça”, resolvendo ele próprio vários problemas de saúde e encaminhando ou chamando médicos de Campinas ou Cosmópolis. Os registros de farmácias encontrados apontam a existência de uma primeira, em 1905 e depois a referida acima. Uma descrição dos estabelecimentos comerciais, de 1968, registra também uma farmácia somente (BRITO, 1972, 1974, 1975; ENTREVISTA 17).

A atenção à saúde da criança restringia-se, praticamente, à aplicação de vacinas e à distribuição de leite para as crianças no Posto de Puericultura e à entrega dos poucos remédios disponíveis, receitados por médicos de Barão Geraldo ou de outros locais e, mais raramente, de Paulínia. Essas atividades eram realizadas pela atendente M., que também fazia a parte burocrática e até a limpeza do Posto de Puericultura (BRITO, 1972; ENTREVISTA 17).

"Era assim, eu abria, eu varria, eu tinha que tirar o pó, passar pano, limpar, fazer tudo isso (...) mas as vacinas a gente fazia algumas, mas eu nunca aprendi, eu não sei nem como fazer vacinas, e eles mandavam aplicar. Eu, depois de anos, ficava imaginando: meu Deus não sei como eu não fiz alguma besteira nas crianças lá! É que... vacinas naquele tempo o que mais tinha era Tríplice, a Sabin" (ENTREVISTA 17).

Essa realidade era consequência da política de saúde do país que, com a implementação da política previdenciária, de forte intervenção estatal, iniciada com as CAPEs (Caixas de Aposentadorias e Pensões) em 1923, e depois com os IAPEs (Institutos de Aposentadorias e Pensões), foi incorporando, gradativamente, a assistência médica individual. A Saúde Pública, por sua vez mantinha uma estrutura verticalizada, tendo como objetivo controlar algumas doenças endêmicas e assistir determinadas faixas da população (maternidade e infância). (ALBUQUERQUE & RIBEIRO, 1979; BRAGA & PAULA, 1986; TANAKA, 1988).

As disputas em relação às políticas de saúde no Brasil, no final da década de 50 e início de 60 “se dividiram em duas grandes linhas: investir cada vez mais em serviços de saúde para melhorar o perfil de saúde do povo, ou investir em melhoria das condições gerais de vida que determinariam uma melhora no perfil de saúde de vários grupos sociais” MERHY (1993:93). Este “investir mais” era relativo, pois investia-se basicamente, em assistência médica, identificando-se cada vez mais uma dicotomia entre esta e a Saúde Pública na política de saúde do país. Essas linhas deram origem às bases doutrinárias das matrizes discursivas que se polarizaram, nos movimentos da saúde, da década de 60 em diante.

Na 3ª. CNS (Conferência Nacional de Saúde), em 1963, tendo como princípio que a questão da saúde só seria equacionada com um desenvolvimento econômico distributivo, foram apresentadas propostas que tinham como tema a municipalização da saúde e que rompiam com a dicotomia entre Assistência Médica e Saúde Pública. Colocava-se em discussão um modelo técnico-assistencial planejado, apoiado na integração das ações individuais e coletivas de saúde, oferecidas em serviços permanentes, públicos, que atendessem às necessidades da sua população, racionalizando a relação custo-benefício, de acordo com os recursos existentes e a tecnologia disponível (MERHY, 1993).

Até 1964 existiam dois grandes campos se polarizando, na saúde: o transformador, que defendia as proposições acima; e o conservador/modernizador que saiu vitorioso com o golpe de 64. Resultando, então, um modelo apoiado na Previdência, privatizante, centrado na assistência médica, separando-a cada vez mais da Saúde Pública (MERHY, 1993).

Em 1966, como medida racionalizadora, foi criado o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), unificando todos os Institutos e Caixas, retirando os trabalhadores do processo de gestão do sistema previdenciário. Incrementou-se o papel regulador do estado na política de saúde, centralizando o gerenciamento administrativo e financeiro, ampliado pela receita da Previdência Social. Esta interferência resultou na preservação e na expansão do setor privado (TANAKA, 1988; MENDES, 1993).

Apesar da existência de críticas e de outras propostas, o que ficou foi "um modelo centrado na assistência médica, comercializada, que passava pelo setor previdenciário, tendo a Saúde Pública como braço auxiliar" (MERHY, 1993:95). A descentralização do poder, a regionalização dos serviços de saúde, a participação da comunidade foram reprimidos a favor de um planejamento centralizador, identificado com a medicina privada). As desigualdades no acesso quantitativo e qualitativo entre as diferentes clientela urbanas e rurais explicitavam o caráter discriminatório da política de saúde. O período pós-64 teve como característica fundamental a capitalização da medicina (ALBUQUERQUE & RIBEIRO, 1979; BRAGA & PAULA, 1986; MENDES, 1993).

Em relação à Saúde Pública, ocorreu uma volta às décadas de 20 a 40, com o "campanhismo", no plano federal, em 68, e com as "ações médico-sanitárias" em alguns estados como São Paulo em 74 (MERHY, 1993).

O Plano Nacional de Saúde (PNS), formulado em 1968, "determinava que as atividades de assistência à saúde deveriam ser de natureza primordialmente privada 'sem prejuízo do estímulo, coordenação e custeio parcial do poder público'" (LUZ, 1986:132). No final de 1969, depois de ter sido implantado experimentalmente em algumas localidades, o PNS fracassou "menos por ser 'privatizante' que por ser 'liberalizante' (o cliente paga duplamente: através do Estado - desconto do salário - e diretamente ao médico pelo regime de livre escolha) e, ademais, exigir maior participação do Estado no equilíbrio dos recursos financeiros a serem manipulados" (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986:214). O Ministério da Saúde manteve sua responsabilidade pelas medidas de caráter coletivo, ficando a atenção médica curativa com o INPS, no qual predominavam os serviços contratados ou conveniados (LUZ, 1986).

Quanto à atenção à criança no Brasil, somente a partir de 1910 o Estado instituiu propostas de atuação. Assumiu em parte o que vinha sendo feito, desde o final do século XIX, pela filantropia em instituições de assistência e proteção à infância e em institutos profissionalizantes, destinados a crianças pobres, doentes e abandonadas. Estas instituições se inspiravam na difusão da Puericultura (NOVAES, 1979; CANESQUI, 1990).

No estado de São Paulo, em 1905, foi criado o Serviço de Inspeção das Amas-de-Leite, que tinha como objetivo selecionar e controlar as amas-de-leite, para evitar a propagação de doenças infecciosas. Em 1911 passou a ser Secção de Proteção à Primeira Infância e Inspeção de Amas-de-Leite, ampliando suas ações com o cuidado de higiene aos filhos de indigentes (NOVAES, 1979; TANAKA, 1982; CANESQUI, 1990).

Em 1925, com a reorganização do Serviço Sanitário do Estado (SP), os Centros de Saúde assumiram, na capital, as funções da secção mencionada acima e passaram a exercer também a função de assistência sanitária. No interior (nos municípios) surgiram os Postos de Higiene, introduzindo a Educação Sanitária para a população em geral (TANAKA, 1982).

Os Serviços Materno-infantis, incorporando a Puericultura, começaram a se organizar nas décadas de 20 e 30. Em 1940 surgiu o Departamento Nacional da Criança que se responsabilizou pela criação e orientação técnica dos serviços para prestação de assistência à criança, instituindo como unidades especializadas os Postos de Puericultura, que, nas décadas seguintes, aumentaram, buscando a expansão da rede de serviços, mas duplicando a atenção à criança que também era realizada pelas unidades polivalentes (os Centros de Saúde) (TANAKA, 1982).

Em 1969, em decorrência da reforma administrativa iniciada em 1967, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo se reorganizou, integrando os Postos de Puericultura e constituindo Unidades Polivalentes sob comando único. No início da década de 70 foram elaboradas diretrizes gerais para a política de promoção e recuperação da saúde materno-infantil, que não foram implementadas (TANAKA, 1982).

II.2 - Início do Convênio

Até o final da década de 60 a população de Paulínia era predominantemente rural. Sua economia baseava-se na agricultura impulsionada pela estrada de ferro Funilense, depois

Sorocabana, inaugurada em 1899 e tendo os seus ramais suprimidos na década de 50. Tinha como referência os seus rios, que atraíam pescadores da região (BRITO, 1972)

Seu crescimento como centro urbano ocorreu após 1964, quando passou a ser município. Acentuou-se após ter sido escolhida, no final de 1968, como o local onde seria construída a Refinaria do Planalto Paulista (REPLAN), cujas obras foram iniciadas no final de 1969, sendo inaugurada em março de 1972. Em maio de 1970 o município foi declarado de interesse da Segurança Nacional, sendo o prefeito eleito mantido no cargo até o final do seu mandato (69-72), quando foi nomeado, pelo Presidente da República, o novo prefeito, indicado pelo governador do Estado (BRITO, 1972, 1974; PMP, 1972).

A população sofreu grande alteração em número e no perfil. Em levantamento realizado pela Prefeitura, em julho de 1969, tinha 6.489 habitantes, sendo 2.240 na zona urbana e 4.249 na zona rural. Em outubro de 1970 um novo levantamento acusou 10.761 habitantes, predominando o sexo masculino (diferença de mil indivíduos), devido ao afluxo de trabalhadores da refinaria e das empreiteiras (BRITO, 1974).

O Quadro 1 apresenta os dados dos censos demográficos do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) de 1960 e 1970 e o censo sanitário e demográfico realizado pela UNICAMP em 1973 (CAMPOS *et al.*, 1973; UNICAMP/FCM/DMPS, 1976).

Quadro 1 - População de Paulínia

Censo	População					Índice de Ruralização	Densidade* Demográfica
	Urbana	Rural	Masculina	Feminina	Total		
1960**	911	4.834			5.745	84,1%	39,6
1970	3.682	7.154			10.836	66,0%	74,7
1973	6.758	5.700	6.551	5.907	12.458	45,7%	85,9

* Habitantes / km²

** Distrito de Paulínia

Em 1968 as indústrias do município eram: Rhodia (instalada em 1944 como destilaria e após a década de 50 foi se diversificando), Jasper Bresler (papelão), Fontinha (tubos), cinco estabelecimentos de tecelagem e um de tinturaria e estamparia. Contava com duas agências bancárias (instaladas após 1964), duas padarias, uma farmácia, uma agência de correio, cartório, Coletoria Estadual, uma central telefônica, grupo escolar, um bar com jogos de bilhar e cinema (aos sábados, domingos e quinta-feira) (BRITO, 1972).

Em 1969, aos estabelecimentos acima foram acrescentados outros e novas atividades: dois dentistas, três médicos, 11 armazéns de secos e molhados, quatro açougues, três mercearias, um ambulante de cereais e outro de legumes e verduras, cinco bares, uma sorveteria, duas máquinas de beneficiamento de arroz, um matadouro de aves, uma granja de aves reprodutoras, um depósito de madeiras, uma carpintaria, duas serralharias, um vidraceiro, uma casa para materiais de construções, um construtor projetista, dois empreiteiros de obras, um tapeceiro, uma oficina de consertos de bicicletas, uma oficina mecânica para autos, duas casas de roupas feitas e miudezas, seis ambulantes de roupas feitas, um depósito de calçados, uma loja de artigos domésticos, três barbearias, um despachante, um escritório de corretagem de imóveis e dois de contabilidade, uma distribuidora de gás liquefeito, um posto de gasolina, uma empresa de transportes coletivos, dois clubes de futebol, um clube social, dois portos de areia, duas fábricas de produtos de toucador, uma fábrica de barcos (em construção), duas fábricas de artefatos de cimento; e as indústrias têxteis diminuíram para três, mas aumentaram de tamanho (BRITO, 1974).

Por volta de 1968, o Posto de Puericultura passou a Centro de Saúde Polivalente, contando com uma atendente e com um médico da Secretaria de Saúde do Estado, que tinha o seu salário complementado pela municipalidade, para trabalhar mais horas (BRITO, 1972; ENTREVISTA 17).

Em relação à atenção à saúde, o relatório do diretor da Divisão de Educação e Saúde de 1969, dizia “o atendimento médico da cidade era feito por dois facultativos e o Posto Médico Municipal funcionava somente de 2 a 3 horas diariamente, além do Posto de

Puericultura, que atendia unicamente no período da manhã” (BRITO, 1974:52). Não havia laboratório de Análises Clínicas e nem atendimento médico de urgência, tendo sido iniciados estudos que culminaram com a instalação de um Pronto-Socorro Municipal, funcionando 24 horas, inicialmente instalado no Posto Médico Municipal. Campinas era o local de referência tanto para serviços públicos como privados e também previdenciários.

Em 1970, o Pronto-Socorro Municipal passou a funcionar no prédio da Prefeitura, com 14 dependências: sala de emergências, quartos, enfermarias para observação de adultos e crianças, farmácia, gabinete dentário. Contava com uma ambulância para o atendimento de chamados domiciliares e transporte de pacientes. Foi dinamizado também o Serviço de Atendimento Social para orientação e triagem de serviços gratuitos. No primeiro ano as atividades foram: 9.314 atendimentos médicos e 3.420 odontológicos (BRITO, 1974).

Quando começaram as instalações da REPLAN (em 1970), estabeleceu-se um plano diretor para a cidade, com a função de organizar o crescimento da cidade em todas as suas áreas, principalmente as sociais. Era necessária uma ampliação da infra-estrutura dos serviços públicos, para implementar políticas públicas sociais. As redes de água e esgoto foram redimensionadas já a partir do final de 1969. Na elaboração do projeto referente à saúde realizaram-se contatos com a UNICAMP, buscando assessoria. Depois vários profissionais da UNICAMP tiveram participação direta na administração municipal que se iniciou em 1973 (BRITO, 1972; PMP, 1972; BRITO, 1974, 1975).

Em 1969, o departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS) da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da UNICAMP, que existia desde 1965, estava reavaliando as suas disciplinas e atuações práticas além do campo hospitalar. De 1965 a 1969 este departamento, contando com a colaboração dos departamentos de Pediatria e Tocoginecologia, implementou um projeto de atenção à saúde da comunidade no bairro Jardim das Oliveiras, em Campinas (TOBAR-ACOSTA, 1970, 1972). Era inspirado no projeto de *medicatura* rural da Colômbia, de caráter basicamente docente, dentro dos marcos da Medicina Preventiva e Medicina Integral, e buscava desenvolver a percepção quanto à diversidade do processo saúde-doença, saindo do individual para a família e a

comunidade e levando o ensino médico para além dos "muros" do hospital (ENTREVISTA 11, 19).

Tinha como propósitos discutir a doença a partir do ambiente em que ela era gerada. Primeiramente realizou um Censo Comunitário e depois implantaram atividades referentes à vacinação (rotina e bloqueio de difteria), Saúde da Mulher, Saúde Ambiental e Saúde Escolar. O trabalho da Saúde Escolar constava de: exame das crianças nas escolas, na busca de patologias nos "supostamente sadios"; visitas domiciliares; orientação nutricional na escola e para as mães. Uma outra atividade associava Ciências Humanas, Medicina e Serviço Social: um aluno do segundo ano da disciplina de Ciências Humanas aplicadas à Medicina, através de um roteiro e visitas, analisava uma família quanto aos seus comportamentos, à dinâmica, ao relacionamento inter-humano e, quando detectava algum problema, atuava junto com um aluno do quinto ano médico, como médico de família. A supervisão era realizada principalmente por uma assistente social, uma enfermeira e pelos professores Tobar (da Medicina Preventiva e Social) e Woiski (da Pediatria). Não contavam, todavia com o apoio adequado da infra-estrutura da UNICAMP (ENTREVISTAS 11, 13, 20).

"Eu já era quinto-anista.(...) Eu me lembro perfeitamente da família que eu tinha. (...) O chefe da minha família era um senhor que tinha um problema cardíaco grave, eu não me lembro o quê, mas era um problema sério. E eu, muito penalizada com a situação..., ele era um homem que vendia biju na porta das escolas. Ele ganhava a vida vendendo biju. E eu penalizada, o que eu arrumei? Eu falei 'o senhor vai vender biju no pátio da Santa Casa para nós, para os estudantes. Vai ser um barato, o senhor vai ganhar muito dinheiro, o senhor vai para lá'. Então eu me lembro (...) como a gente se envolvia nos aspectos da família. Enfim, eu participei como aluna desta experiência" (ENTREVISTA 20).

Tal projeto apesar da inovação e relevância, acabou sendo pontual, tanto na formação do médico (pouquíssima carga dentro do currículo), como dentro da própria escola (ainda preocupada com a construção do seu hospital-escola) e no enfrentamento da política de

saúde daquele momento (expansão do modelo privatista). Essa experiência levantou questionamentos em relação aos objetivos docentes, ao ensino médico e seus modelos; e também quanto à assistência à saúde individual e coletiva. A busca de alternativas para desenvolver essas atividades com os graduandos e médicos residentes, encontrou no município de Paulínia, com as mudanças pelas quais passava, um espaço privilegiado (ANDRADE, 1995; ENTREVISTAS 11 e 13).

Os primeiros contatos do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP com a Prefeitura de Paulínia ocorreram em 1969, desencadeando discussões e propostas de trabalho conjunto. Finalmente redigiu-se a minuta de um convênio, que foi estabelecido em 1971, entre a Prefeitura Municipal de Paulínia, a Secretaria Estadual de Saúde e a UNICAMP. A gestão era interinstitucional, através de um Conselho Técnico-Administrativo, ao qual cabia aprovar as atividades a serem desenvolvidas, acompanhá-las e modificá-las se necessário; gerir os recursos humanos, financeiros e materiais. O convênio tinha como objetivos:

" - Estabelecer bases de cooperação para o planejamento e desenvolvimento conjunto de programas docentes, de pesquisa do interesse da Saúde Pública e de extensão de serviços à comunidade;

- Estimular os interesses dos estudantes em problemas de saúde das comunidades e motivá-los para as carreiras de Saúde Pública;

- Familiarizar estudantes e profissionais com os objetivos, técnicas e programas de saúde, preparando-os para delas participar, qualquer que seja a especialidade no nível de atenção profissional;

- Estimular a discussão e a efetivação de práticas integradas entre as várias instituições prestadoras de serviços de saúde, assim como da regionalização e hierarquização das mesmas;

- Estabelecer mecanismos para a participação da população na definição e desenvolvimento dos programas de saúde;

- Treinar pessoal técnico e auxiliar no campo de atuação da saúde coletiva;

- Desenvolver e avaliar novos modelos e métodos para melhor assistência à saúde na área"

(PMP/ SES/ UNICAMP, 1971).

Logo após a assinatura deste primeiro convênio, na busca de sua viabilização financeira, administrativa e política, iniciaram-se os contatos para estreitar as relações interinstitucionais e conhecer a realidade local e a população. Começaram a se desenvolver algumas atividades assistenciais (consulta médica e algumas visitas domiciliares, principalmente junto ao antigo programa de Puericultura) ainda no Posto de Saúde, com um docente do DMPS (chefe do Programa de Comunidade) e médicos residentes do departamento de Pediatria (ENTREVISTAS 17, 19).

Em setembro de 1971 foi realizada a primeira campanha de multivacinação (contra poliomielite, varíola, tétano e difteria), atingindo todas as crianças de 2 a 6 anos do município (aproximadamente 1.300, levantadas em censo prévio), com duração de 40 minutos. Foi repetida em novembro do mesmo ano. Na realidade esta campanha foi um desafio colocado pelo Secretário Estadual de Saúde da época, buscando testar a eficácia de campanhas de vacinação polivalente para reproduzi-las. O desafio foi enfrentado de forma a não deixar dúvidas quanto a disposição daquela equipe de conseguir implementar o seu projeto. (BRITO, 1974; ENTREVISTAS 11, 13 e 19).

"Parece que naquela época estavam com um problema de vacinação, alguma coisa assim, estavam meio atrapalhados com a vacinação, e aí o Mário Machado Lemos (Secretário de Saúde do Estado) falou assim, que já que a universidade estava pensando em tomar conta de Paulínia, no futuro... ele fez uma espécie de brincadeira, falou assim: Vocês seriam capazes de vacinar toda a população de Paulínia em 1 hora? Não, em 1 dia. E eu que (...) era bastante ousado, eu falei: - Em uma hora eu consigo reunir todo mundo no Centro. Então vamos lá! E vacinamos Paulínia em 1 hora. Foi um programa muito interessante, envolvendo os alunos..." (ENTREVISTA 19)

"Ele ... fez um trabalho lindo. Fez um trabalho que ganhou um prêmio nacional, de uma vacinação múltipla no menor tempo de horário que se tinha feito no país ... uma coisa espetacular, uma coisa espetacular". (ENTREVISTA 11)

Outra atividade realizada, também em novembro de 1971, junto com cidades da região, foi o combate à esquistossomose (BRITO, 1974; ENTREVISTAS 11, 13, 19).

Contatos da coordenação do convênio e da direção da FCM/UNICAMP junto à Fundação Kellogg resultaram em apoio técnico e financeiro desta ao projeto (UNICAMP/FCM, 1973a). O convênio ingressou também na rede de Programas de Ensino de Medicina de Comunidade, organizada pela Federação Pan-americana de Associações de Faculdades de Medicina (FEPAFEM, 1973).

A partir de 1972, para a implantação do convênio, desenvolveu-se o Programa Universitário de Saúde da Comunidade de Paulínia, que se fundamentava no Plano de Ensino das Ciências da Saúde em uma Rede de Serviços, que trazia a concepção de uma Escola Médica Inovada contrapondo-se à Tradicional, elaborado pelo embrião do Laboratório de Educação para Medicina de Comunidade (LEMC) do departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM-UNICAMP (UNICAMP/FCM, 1971; UNICAMP/FCM/DMPS, 1972; MARQUES, 1976a; 1976b).

O DMPS realizou seminários internos e na FCM, objetivando a discussão do ensino médico e das políticas de atenção a saúde e das suas práticas e a estruturação do programa. Os mesmos temas estiveram em pauta em seminários realizados com outras faculdades de Medicina, nas Reuniões de Docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo, em 1972 e 1973 (UNICAMP/FCM/DMPS, 1970; UNICAMP/FCM/DMPS, s.d.; ANDRADE, 1995).

"Aquela experiência da discussão crítica que houve, a paritária da saúde, foi uma grande discussão crítica (...) Foi uma reunião que mobilizou a faculdade toda, foi um Congresso, um Congresso interno da Faculdade de Medicina a paritária... de revisão crítica da Faculdade. Do próprio papel da Faculdade. Foi uma atividade política, inclusive na época do período Médico ainda. Período bravo, bravo de censura. Para nós foi um ganho muito grande ter feito aquilo, ter feito aquela

reunião paritária na Faculdade de Medicina. E foi ótimo... foi esta reunião paritária que consolidou, que legitimou esta discussão da faculdade inovada. Houve participação dos alunos (...) era paritária. Como se fosse uma plenária com representação das diferentes categorias e que legitimou justamente o projeto de faculdade de medicina inovada. (...) A idéia de Paulínia é uma continuidade, uma experiência que veio como decorrência, como aprimoramento desta discussão (ENTREVISTA 20).

Esses acontecimentos ocorrem no âmbito do movimento de reforma da Escola Médica, iniciada desde a década de 50 em alguns países da Europa e nos Estados Unidos, e que atingiu o Brasil no final dos anos 60, trazendo a discussão da Medicina Integral e da Medicina Preventiva (Ver Capítulo I.1), incorporadas principalmente pelos Departamentos de Medicina Preventiva em propostas de integração ensino-serviço.

O Plano de Ensino das Ciências da Saúde da Faculdade de Medicina da Universidade de Campinas (FCM-UNICAMP) e os seus programas, laboratórios e ações, tiveram influências, além do colocado acima, de reflexões críticas a estes e ao setor saúde que ocorreram no final da década de 60 e início de 70 no Brasil e na América Latina que resultaram no Movimento da Medicina Social (AROUCA, 1975, s.d.; DONNANGELO, 1975; DONNANGELO & PEREIRA, 1976). Constituído-se junto com iniciativas semelhantes, como um dos modelos tecnológicos e assistenciais alternativos, com proposições de confronto ao modelo médico hegemônico (Ver Capítulo I.1).

O projeto de Paulínia estabelecia relações entre ensino de Medicina e atenção médica, e desses com o sistema global. Tinha como etapas:

- " - diagnóstico de saúde na microrregião;
- planejamento e implantação de um serviço de atenção médica;
- programas de ensino de graduação, pós-graduação e investigação dirigidas à Medicina Social;
- ações desenvolvidas de forma integrada, resultando em novos modelos;
- comprovação dos modelos;

- reformulação do modelo instituído de ensino e de serviços" (UNICAMP/FCM/DMPS, 1972).

Os princípios que orientaram as ações eram:

- " - saúde como direito;
 - determinantes dos problemas de saúde de natureza econômica;
 - estrutura de ensino flexível (adaptável à realidade de saúde em constante mudança) e dinâmica (que permita a participação ativa do estudante);
 - processo de ensino-aprendizagem realizado através de "situações problemas" de complexidade crescente;
 - prática da Medicina Integral: indivíduo, família, grupo social e ambiente;
 - prática processada na unificação dos serviços de saúde na região;
 - atuação nos vários níveis de atenção médica (hierarquização)"
- (UNICAMP/FCM/DMPS, 1972).

Essas novas propostas começaram a ser implantadas em Paulínia de forma integrada às atividades desenvolvidas no antigo Posto de Saúde Estadual, e também aos Serviços Municipais de Atendimentos Odontológico e de Urgências. Um Laboratório de Análises Clínicas, que realizava alguns exames de urgência e rotina, também integrava o projeto (BRITO, 1974, 1975; ENTREVISTA 16, 19).

Somente após a inauguração do prédio do Centro de Saúde Escola de Paulínia (CSEP), em novembro de 1973, é que foi sendo ampliando o atendimento e implantados outros programas. Reuniões e seminários internos do DMPS, deste com outros departamentos e com a FCM, com a participação de docentes, técnicos, residentes e alunos, foram realizados no final de 1973 e início de 1974, visando: ampliar as discussões sobre a necessidade de mudanças no ensino médico e a crise do setor da saúde; analisar as políticas de atenção à saúde e as suas práticas; e estruturar o Programa de Saúde da Comunidade. Buscava-se com isto o entendimento, a adesão e o envolvimento da comunidade universitária às propostas, bem como sua participação na definição dos programas e na forma de atuação. (PELLEGRINI FILHO *et al.*, 1974; UNICAMP/FCM/DMPS, 1974a,

1974b, 1974c, 1974d, s.d.; UNICAMP/FCM/DMPS/LEMC, 1973a, 1973b, 1974a, s.d.; ANDRADE, 1995; AROUCA, s.d.). Foi também através de discussões que se realizou o treinamento do pessoal (auxiliares de saúde e administrativos) que passaram a atuar em Paulínia (UNICAMP/FCM/ DMPS/LEMC, 1973c, 1974b).

Para coordenar essas discussões, oficializou-se, em novembro de 1973, o Laboratório de Educação para Medicina de Comunidade (LEMC) do departamento de Medicina Preventiva e Social (DMPS). Em maio de 1974, foi criada a Coordenadoria de Promoção da Saúde (também do DMPS) para organizar os projetos e ações de Educação em Saúde em todos os níveis de atuação em Paulínia (UNICAMP/CSEP, 1974a; CANESQUI *et al.*, 1974).

Na formulação e implementação do projeto de Paulínia sempre estiveram presentes as correntes de pensamento da área da saúde, que foram determinantes no desencadeamento e nas diferentes possibilidades de constituição tanto da Reforma do Ensino da Saúde como da Reforma dos Serviços de Saúde. No discurso fundador do projeto de Paulínia destacaram-se a da Medicina Preventiva e a da Medicina Social, que nortearam os seus objetivos, princípios, etapas e ações (ANDRADE, 1995). (Ver Capítulo I.1)

No projeto de Paulínia, o enfoque da Medicina Preventiva, transformadora das atitudes do médico e da Clínica, aliava-se à Medicina Integral, familiar, e tinha como base o Centro de Saúde, que deveria prestar atendimento aos doentes e acompanhar os sadios, respondendo por toda a demanda. Defendia a formação multiprofissional na rede de serviços, ressaltando a importância da constituição de uma equipe de saúde, da qual o médico faz parte e deve desenvolver ações individuais, na família e na comunidade. Acentuava-se uma orientação mais tecnicista e racionalizadora da prestação de serviços (UNICAMP/FCM/DMPS, 1974c; ANDRADE, 1995).

A corrente Médico-Social, analisava as questões da educação médica, do processo ensino-aprendizagem e da assistência à saúde com um enfoque estruturalista, que balizava as suas propostas. Colocava como desafio superar a separação existente entre atividades

intelectuais (teoria) e manuais (prática), “inserindo o processo ensino-aprendizagem (visto como processo de tomada de consciência) no processo de trabalho da rede de serviços” (ANDRADE, 1995:100). Tomava o homem como ser biopsicosocial, determinado historicamente em um conjunto de relações. Descentrava da consulta médica e do médico o funcionamento da instituição. Tinha como projeto de trabalho comunitário além da assistência à saúde (que deveria priorizar a qualidade e não a quantidade da atenção), a construção de uma consciência sanitária na população, considerada como usuária e participante do serviço. Articulava-se com um projeto político de transformação social (PELLEGRINI FILHO *et al.*, 1974; UNICAMP/FCM/DMPS, 1974b, s.d.; UNICAMP/FCM/DMPS/LEMC, s.d.).

Essas duas correntes, além de raras proposições das políticas oficiais federal e estadual, foram as matrizes de referência que determinaram as características das ações nas diversas áreas que se constituíram: Clínica de Adultos, Saúde da Mulher, Saúde da Criança e Enfermagem. A Saúde da Criança, como situaremos abaixo, foi a área na qual a corrente da Medicina Social esteve mais presente, no Programa de Puericultura e parte no Programa de Saúde Escolar (ANDRADE, 1995).

A Coordenadoria de Promoção da Saúde, do Programa de Saúde da Comunidade da FCM-UNICAMP, formada pela áreas de Serviço Social e de Educação em Saúde, foi responsável, através desta última, pelas ações educativas dos Programas de Puericultura e Saúde Escolar e pelo projeto de constituição do Conselho de Saúde da Comunidade junto ao CSEP. Esta foi uma tentativa de permitir a participação dos usuários e de identificar melhor as necessidades de saúde da população (CANESQUI, 1974; CANESQUI *et al.*, 1974). Os projetos e ações da área de Educação em Saúde, cujos participantes eram mais ligados a corrente Médico-Social, foram os que mais se aproximaram dos objetivos do Programa (ANDRADE, 1995).

“Havia um serviço de educação de saúde que funcionava muito bem, todo o pessoal conseguia se integrar” (ENTREVISTA 19).

Desde 1969, os departamentos de Pediatria, Tocoginecologia e Medicina Preventiva e Social, da FCM, haviam implantado o Programa de Atenção Materno-infantil (PAMI), que se desenvolvia no hospital-escola, nos serviços de Puericultura e Pré-natal, destinados basicamente ao ensino de Semiologia Pediátrica e Obstétrica (UNICAMP/FCM, 1973b). Com as discussões do Plano de Ensino e do Programa de Saúde da Comunidade na FCM, em 1973 e 1974 (UNICAMP/FCM/DMPS/LEMC, 1973a, 1973b, 1974a, 1974b, s.d.; UNICAMP/FCM/DMPS, 1974a, 1974b, 1974c, 1974d), o PAMI passou a se desenvolver em Paulínia. Apresentava um novo programa de Puericultura, dirigido inicialmente a crianças de 0 a 2 anos, sadias ou não, e incorporava os princípios básicos do projeto global em relação às atividades assistenciais, ao afirmar que:

- o programa se constituiria num modelo reproduzível, contendo um compromisso social em relação aos interesses e necessidades da comunidade;
- as ações de saúde se concretizariam na busca da síntese das duas formas de conhecimento em relação à medicina: o saber médico e o saber popular;
- os profissionais de saúde deveriam priorizar o trabalho educativo (explicativo e não autoritário) em todas as fases do atendimento, objetivando a apropriação do saber popular pelos profissionais, e a apropriação do saber médico pela comunidade (MARQUES, 1976a; 1976b).

As atividades desse programa estruturavam-se no trabalho educativo, com a equipe e desta com grupos de mães, articulando o trabalho da assistência médica com a eficácia do cuidado à saúde, e definindo, de forma inauguradora, o risco do paciente em seguimento. Constava de atendimento médico e de enfermagem individual (programado de acordo com a idade, risco de adoecer e se pegava leite ou não), atendimento psicológico para mães e crianças, reuniões de grupo, visita domiciliar e observação na sala de espera e na consulta. Fazia-se a discussão dos casos com a equipe multidisciplinar (psicólogo, assistente social, sociólogo, médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e atendentes) e com os médicos residentes, visando um melhor conhecimento e acompanhamento das crianças e discutir a relação médico-paciente e serviço-paciente. Outra característica era a delegação de funções para as atendentes e auxiliares de enfermagem, que faziam a triagem dos casos e o atendimento daqueles de baixo risco, sob a orientação e a supervisão de enfermeira e

médico. (MARQUES *et al.*, 1974; UNICAMP/CSEP, 1974b, 1974c, 1974d; UNICAMP/FCM/PSC/CPS, 1974a, 1974b; MARQUES, 1976a, 1976b; ANDRADE, 1995; ENTREVISTA 20)

A faixa de idade atendida neste programa de Puericultura, foi ampliada para três anos e depois para cinco. As crianças de maior risco permaneciam em seguimento. No final do primeiro ano de programa a maioria das matrículas novas era de recém-nascidos. (MARQUES, 1976a, 1976b; ANDRADE, 1995; ENTREVISTA 20)

Além do Serviço de Puericultura, a área da pediatria do Centro de Saúde Escola de Paulínia, mantinha também períodos de atendimento para crianças até 12 anos. Contava ainda com grupos de mães da Puericultura, de Lactentes de Risco e com o Programa de Saúde Escolar.

O Programa de Saúde Escolar realizava o exame individual, clínico, e os complementares (inclusive laboratoriais) de crianças que freqüentavam as escolas e pré-escolas do município, para detecção de agravos e riscos. Além disso, desenvolvia ações educativas tanto para desenvolver hábitos sadios pessoais e familiares de higiene, alimentação e prevenção de doenças, como na reorientação dos conteúdos do currículo escolar relacionados à saúde, a partir da realidade das crianças e com sua participação, visando sua conscientização sanitária (TOBAR *et al.* 1974; UNICAMP/FCM/PSC/CPS, 1974b; VOSGRAU & MELO, 1974; ANDRADE, 1995; ENTREVISTA 13).

Essa forma de desenvolver o cuidado com a criança era muito diferente do que estava sendo feito na maioria dos Centros de Saúde na década de 70 para a promoção e recuperação da saúde materno-infantil. Trazia para a detecção e resolução dos problemas de saúde da criança a percepção e as propostas da Medicina Social, associando a Pediatria Clínica com a Saúde Pública, e reestruturando as ações a serem desenvolvidas. Este processo que ocorre na saúde da criança, em Paulínia, começa a ser colocado e estudado por MARQUES (1976a, 1976b) e por outros autores, como NOVAES (1979), SUCUPIRA (1981), TANAKA (1982, 1988), ORLANDI (1985), MARQUES (1986) e MANCIAUX

(1995); constituindo-se como parte de uma proposta de reforma da Pediatria, que veio a ser a Pediatria Social. (Ver Capítulo I.2)

A experiência iniciada em Paulínia, particularmente na sua área de saúde da criança, trouxe novas propostas de reorganização de políticas de saúde, buscando uma conformação de rede e instituindo-se como serviço. Outros Centros de Saúde Escola e projetos de atuação com a comunidade ligados principalmente aos Departamentos de Medicina Preventiva, acompanharam esse processo e vivenciaram experiências semelhantes.

Apesar de iniciar a inserção mais orgânica do ensino com o serviço de saúde, não se conseguiu implementar as proposições iniciais em relação ao modelo educacional do Programa de Saúde da Comunidade de Paulínia, pelo envolvimento de poucos alunos e departamentos, e pela não participação da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP como um todo na atuação extramural (ANDRADE, 1995).

Em relação a rede pública estadual, Paulínia, incorporou, antecipadamente a assistência médica associada a programas preventivos de saúde tais como imunização, puericultura, saúde escolar, controle de doenças transmissíveis. No seu início, o modelo de programação adotado comportou "a organização de uma rede assistencial universal, hierarquizada e integrada com a participação popular nos programas de saúde, no intuito de envolver as lideranças locais na constituição de um Conselho Comunitário, pela organização dos movimentos populares locais e incorporação de ações educativas e sanitárias junto a grupos específicos" (CANESQUI, 1992:183).

"Quando eu entrei, mas isso sempre foi na minha cabeça que nós tínhamos que fazer medicina preventiva, que era o intuito do convênio na época, eu acho ... Eu trabalhei com a AC., muito tempo, então eles ensinavam a gente a ser democrático, expor o que a gente estava sentindo, o que achava. (...) A gente trabalhou muito, teve até uma época que eu, a AC., e o O. vínhamos de noite, um pessoal assim, ZA., a gente vinha trabalhar com o povo, nas comunidades de bairros, à noite, explicar... Então o pessoal convidava, a gente vinha nos colégios fazer uma

reunião, para povo falar qual eram os problemas que o bairro tinha, quanto às reivindicações deles. Nessas reuniões o pessoal perguntava, sabia que aquele era um médico e tal, falava assim: - Dr. e tal o que eu faço? Então ali já tem uma prevenção, a gente também dava orientação, como prevenir a saúde"
(ENTREVISTA 16).

II.3 - Primeira Crise e suas conseqüências - década de 70

Em 1975, problemas políticos, decorrentes da amplitude da proposta para a época e o local, das divergências internas da própria equipe e também da contradição da instituição docente em seus propósitos de mudança do ensino e sua persistência para conservar-se inalterada, tiveram como conseqüência a saída de parte dos integrantes que iniciaram o projeto.

O Programa de Saúde da Comunidade (PSC) com suas proposições para o setor saúde, para o ensino médico e para as práticas de comunidade, pretendia constituir uma proposta inovadora para a reorganização do modelo assistencial, para as relações serviço-população e educação médica. Era também, para parte dos integrantes da corrente médico-social, uma frente para um projeto político mais amplo (estendendo-se pelo Brasil e América Latina) englobando a construção de uma teoria social da Medicina e a formação política de profissionais que atuassem junto aos serviços e à população, e propugnava uma ruptura com as estruturas centralizadoras de poder através de estratégias de luta pela democratização da universidade e pela transformação da escola médica (ANDRADE, 1995; ENTREVISTA 19).

Internamente à equipe os conflitos vinham sendo equacionados, mas ao serem submetidos a outras pressões, tornaram-se mais tensos dificultando a continuidade do projeto. As duas correntes formuladoras – da Medicina Preventiva e da Medicina Social – sempre disputaram espaço tanto nas ações assistenciais como nas de educação em saúde. As diferentes experiências dos participantes nos serviços de saúde ocasionavam também disputas de caráter técnico e na forma de implementação das ações do Programa (PSC). E

por ^{isso} também as distintas opções político-partidárias permeavam constantemente as relações da equipe (ANDRADE, 1995; ENTREVISTAS 11, 13, 19 e 20).

Como parte da equipe formuladora do projeto tinha objetivos não-explicitos, de caráter político-partidário, existiam dois discursos na estruturação e implementação do Programa (PSC): um, oficial, endereçado às instituições (município, universidade, Fundação Kellogg, OPS) na forma de programas com justificativas e relatórios das atividades desenvolvidas, e outro, político, na forma de textos e discussões políticas. Esse duplo discurso, ao mesmo tempo que ajudava a minimizar os atritos externos, fragilizava o projeto perante as instituições, pela sua não ocultação real e, também, desgastava e cindia as relações entre a equipe e dentro da própria corrente médico-social, pois nem tinham acesso aos textos e discussões políticas (ANDRADE, 1995; ENTREVISTAS 13 e 19).

Estas proposições e objetivos do PSC no contexto político do início da década de 70, com repressão de atividades e manifestações políticas, autoritarismo e centralização de poder, geraram diversos conflitos além dos internos à equipe:

- com o município de Paulínia, considerado como área de segurança nacional, devido às proposições de participação popular e desenvolvimento de uma consciência sanitária;
- com a UNICAMP e sua estrutura de poder centralizado, cuja reitoria, mantinha sob controle as linhas progressistas que deixava desenvolver ("O Zeferino Vaz era um déspota esclarecido" - ENTREVISTA 19), devido aos objetivos de transformação do ensino e democratização da universidade, incluindo eleições diretas para reitor;
- com a FCM, pelo não envolvimento de quase totalidade dos outros departamentos, que não se empenharam na implementação do programa, fazendo com que o projeto ficasse praticamente restrito ao DMPS e não se efetivassem as reformas no ensino médico;
- com os assessores internacionais do convênio UNICAMP/Kellogg cuja proposta básica era apenas de racionalização dos serviços. (ANDRADE, 1995; ENTREVISTAS 11,13 e 19).

Este conjunto de conflitos gerou uma crise do projeto de Paulínia, dentro da universidade e no DMPS, de ordem política e institucional, que resultou na intervenção no PSC. Foram

cerceadas as “atividades dos professores e residentes que nele trabalhavam” (ANDRADE, 1995:156). O coordenador do DMPS teve que se afastar do departamento, da direção do PSC e da execução do convênio UNICAMP/Kellogg, tendo sido acusado também de subversão. Sua progressão na carreira docente e seus ganhos salariais ficaram comprometidos, só foram recuperados após alguns anos (ENTREVISTA 11, 13). Parte dos docentes transferiram-se para outros departamentos ou instituições de ensino e pesquisa. A direção do PSC e do CSEP passaram a ser exercidas por um docente, médico sanitário da Divisão Regional de Saúde de Campinas (ANDRADE, 1995).

Alguns programas foram interrompidos. Os que se mantiveram, não passaram da etapa em que já estavam, seguindo orientações e normas da Secretaria de Saúde do Estado, que ficavam aquém do que já se desenvolvia lá. O trabalho se restringiu à unidade de saúde, seguindo as concepções tradicionais da Medicina Preventiva, aproximou-se mais da Clínica, reforçando as áreas técnicas no atendimento médico individual e tentando esvaziar os conteúdos políticos do projeto, tornando-o “mais neutro e técnico” (BASSO, 1976). O ensino em decorrência ficou restrito aos ambulatórios do CSEP e a raras atividades de vigilância epidemiológica e sanitária desintegradas (ANDRADE, 1995).

A área de Pediatria manteve no PAMI as atividades da Puericultura e também um atendimento geral para crianças até 12 anos com intercorrências clínicas. As atividades educativas passaram a ter um papel complementar.

Em 1975, a Odontologia, que passou a funcionar na área física do CSEP, ampliou suas atividades nos grupos de gestantes e crianças, e, em 1976, passou a contar com a participação da Faculdade de Odontologia da UNICAMP (DRS-5, 1976). Em 1978 a Prefeitura implantou o CETREIM (Centro Especial de Treinamento Municipal), instituição que se responsabilizaria pelos Serviços de Reabilitação e Saúde Mental do município.

Ainda em 1975, o Pronto-Socorro foi incorporado ao convênio (UNICAMP/PMP, 1975). Em 1978 ampliou sua área física, mantendo ainda relativa integração com o Centro de Saúde, mas em prédio anexo.

Concomitantemente, no plano federal, promulgou-se a Lei 6.229, criando o Sistema Nacional de Saúde e propondo a integração da Saúde Pública e da Medicina Previdenciária, que havia se tornado autônoma. Essa lei aprofundou a privatização e manteve a dicotomia entre Saúde Pública e Atenção Médica e o enfoque racionalizador (OLIVEIRA & TEIXEIRA, 1986; TANAKA, 1988; MERHY, 1989).

A abordagem médico-sanitária, foi retomada, preconizando a programação da assistência, que tinha como objetivos específicos a população materno-infantil e o controle de doenças endêmicas, possibilitando a organização do trabalho nas unidades locais. O referencial da programação médico-sanitária era o modelo da história natural das doenças; enfatizando também os instrumentos do planejamento apregoados pela técnica CENDES/OPS. (TANAKA, 1988)

A criação do Sistema Nacional de Saúde, as recomendações da V Conferência Nacional de Saúde e as diretrizes da reforma administrativa da Secretaria de Saúde de São Paulo levaram à elaboração, em 1976, dos Programas de Assistência Médica-Sanitária, instrumentos técnicos normalizadores, voltados para a integração dos serviços e o atendimento integral à população. Definiram a universalização quanto ao tipo de clientela, responsabilizando-se pela prestação de serviços quando solicitados e pela preservação da saúde da população. Eram três os programas básicos de assistência: à criança, o PAC, à gestante e ao adulto; e os programas de controle da Tuberculose e da Hanseníase. (TANAKA, 1982).

O PAC (Programa de Assistência à Criança), assim como o Programa de Assistência Materno-Infantil, apesar de preconizados como prioridade, não foram efetivamente implantados, restringindo-se a difundir hábitos de higiene, vacinar, fornecer suplementação alimentar e atender algumas morbidades. Cumpriram apenas um papel racionalizador burocrático do atendimento fornecido pelo setor público (TANAKA, 1982).

Em 1976, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), marcado pela lógica de extensão e pelo baixo custo (MERHY, 1993).

A Secretaria Estadual de Saúde consolidou a sua rede estadual de Centros de Saúde e vários municípios construíram redes próprias de Postos de Saúde (MERHY, 1993).

II.4 - Reestruturação - início da rede de saúde

No final da década de 70 e início de 80, como os governos federal e estadual não haviam encontrado a solução adequada, a crise da saúde foi se agudizando. O processo de redemocratização, que começa a ser vivenciado, levou a intensificar-se a politização das questões de saúde. Com o fortalecimento dos movimentos sociais (popular, sanitário e sindical), as instituições e centros de pesquisa em saúde – o CEBES e a SBPC (Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência) e, posteriormente a ABRASCO – ganharam relevância e incorporaram o movimento da Reforma Sanitária, que depois foi referendado pela VIII Conferência Nacional de Saúde e influenciou a Constituição de 1988 nos avanços conseguidos na saúde no Brasil.

Em 1980, respaldado pela Conferência de Alma-Ata e pela VII Conferência Nacional de Saúde, surgiu o projeto do PREV-Saúde, cujo objetivo era universalização dos cuidados primários de saúde em todo o país, buscando a extensão máxima de cobertura através de: regionalização e hierarquização, participação comunitária, integralização das ações de saúde, uso de técnicas simplificadas, utilização de pessoal auxiliar e inclusão do setor privado no sistema. Sua primeira versão sofreu restrições, resultando em uma proposta racionalizadora do modelo vigente (MENDES, 1993).

O Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS), criado em 1983, preconizava a regionalização do sistema de saúde, coordenado por uma comissão paritária (MPAS, MS e Secretaria Estadual de Saúde) e dirigido pelo Secretário Estadual de Saúde. As AIS

visavam uma melhor utilização da rede pública de serviços, com a incorporação da assistência médica individual de caráter curativo aos serviços básicos de saúde, resultando em um atendimento médico integral a toda a população (TANAKA, 1988).

Em relação à educação médica, a proposta de integração docente assistencial (IDA) voltou a se afirmar impulsionada pela avaliação de experiências desenvolvidas na América Latina, no início da década de 70, com apoio de agências internacionais como a OPAS e a Fundação Kellogg; influenciada também pela Conferência de Alma-Ata e pela necessidade de formar recursos humanos para atender a expansão da cobertura dos serviços e orientar a prestação do cuidado à saúde. A IDA ganhou espaço nas disciplinas que já incorporavam a atenção primária e em novas, passando a contar com a participação de outros departamentos (Pediatria, Tocoginecologia e Psiquiatria/Psicologia) e reforçando as atividades anteriores dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social e as "atividades extramuros" (FEUERWERKER e MARSIGLIA, 1996).

No Brasil, o Ministério da Educação e Cultura (MEC) vinha recomendando, desde 1972, através de portarias, normas e propostas, a integração das Faculdades e Universidades com os Serviços e com a Comunidade. Os planos de saúde, desde a tentativa de implantação do Sistema Nacional de Saúde, em 1975, vinham incorporando como estratégias os cuidados primários à saúde, a regionalização e hierarquização dos serviços e a participação comunitária (ANDRADE, 1995). (Ver Capítulo I.1.e)

Em 1978, no bojo desta rediscussão da atenção à saúde e também da educação médica, o Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP, recolocou a importância do CSEP como local de prática para o ensino das suas disciplinas. Reformulou-o administrativamente e contratou profissionais com experiência em Saúde Pública para dirigi-lo. A partir daí, reafirmou-se, nesse departamento e na FCM/UNICAMP, a importância da formação geral do médico e do ensino fora do hospital-escola. O projeto de regionalização docente assistencial respaldou essas discussões, permitindo inclusive a implementação de recursos humanos, trazendo também outros profissionais com vivência em planejamento e organização de serviços (ANDRADE, 1995).

Para a coordenação que assumiu no final de 1978, a missão do CSEP era de:

“se inserir na sociedade com ações integrais de promoção, proteção e recuperação da saúde ... Então na verdade nós tivemos que retomar os mesmos objetivos da primeira etapa, mas já com táticas e estratégias mais atualizadas no sentido de programação do serviço de saúde, organizando ações de promoção, educação e saúde, localizando desperdícios existentes do trabalho dos profissionais, contratando mais profissionais” (ENTREVISTA 09).

As diretrizes formuladas (UNICAMP/CSEP/SMET, 1979; UNICAMP/CSEP, 1980a, 1980b, 1980c, 1980d) para a reconstituição do modelo assistencial de Paulínia, continham disposições principalmente quanto: à extensão da cobertura de serviços, de boa qualidade tanto de seguimento como de urgências ambulatoriais para toda a população, através de programas nas fazendas e nas indústrias, e da implantação de novas unidades de saúde (melhorando o acesso); à integração das ações de prevenção e de cura e entre os diversos órgãos de prestação de serviços (integralidade das ações nos diversos níveis de hierarquização do sistema de saúde); à participação de toda a equipe de saúde nas discussões dos programas e redimensionamento do papel de cada profissional (ENTREVISTA 02, 09).

Havia também a preocupação quanto à incorporação da tecnologia médica na prestação do cuidado, mas com críticas à medicalização e ao excesso de consumo de atos médicos e métodos diagnósticos e terapêuticos sofisticados, às vezes desnecessários, “propunha-se a busca de tecnologias mais apropriadas, em termos materiais e de saberes, para serem incorporados ao nível básico de atenção à saúde” (ANDRADE, 1995:175).

“No sexto ano é uma memória muito clara assim... era de fazendas, então você deslocava uma equipe para ir para a fazenda, e era uma coisa muito legal, porque eram pacientes que o pessoal discutia que não tinha como chegar ao Centro de Saúde ..., então a equipe se deslocava para lá e dava aquelas necessidades assim básicas para eles, e o que não conseguia resolver ali estava trazendo para a

unidade. Então era uma coisa assim que chamava muito o aluno (...) era difícil o aluno que passasse lá e não gostasse” (ENTREVISTA 01).

Foi ressaltada a questão da avaliação do rendimento e da resolubilidade das ações, considerando a capacidade orçamentária das diferentes instituições, buscando o planejamento dos recursos e programas. Retomava-se a educação em saúde como importante instrumento de atuação do serviço, criticando a educação sanitária tradicional e colocando a perspectiva da não medicalização ou, segundo Andrade (1995:175), da “desmonopolização do saber médico e da busca da interação com o saber popular”, nas ações internas ao serviço e na comunidade (UNICAMP/CSEP/SMET, 1979). Buscou-se inclusive, suporte conceitual e metodológico através da colaboração da Faculdade de Educação (Departamento de Sociologia da Educação: professores Ivany Rodrigues Pino e Paulo Freire) (UNICAMP/CSEP, 1981a).

A partir de 1980, o planejamento em saúde continha discussões visando atenção integral aos pacientes, através daquilo que de melhor a Medicina e a Saúde Pública tinham criado para a resolução dos problemas da saúde e da doença; o fortalecimento do papel da equipe de saúde no seu cotidiano e na participação das programações e resoluções; a contraposição dos modelos baseados em programas centralizados, excessivamente burocratizados e repressores de demanda (UNICAMP/CSEP, 1981b, 1981c, 1990a; ENTREVISTA 09, 10, 12).

O termo do convênio de 1984 já se referia a uma rede de saúde do município, tendo entre os seus princípios: “estimular a discussão e a efetivação de práticas integradas entre as várias instituições prestadoras de serviços de saúde, assim como da regionalização e hierarquização dos mesmos; estabelecer mecanismos para a participação da população na definição e desenvolvimento dos programas de saúde; desenvolver e avaliar novos modelos e métodos para melhor assistência à saúde na área” (UNICAMP, 1984).

Na área de Pediatria do CSEP, em 1978, junto com o Programa de Puericultura (que atendia crianças de 0 a 5 anos) e com o atendimento ambulatorial geral de crianças com

problemas de saúde de 0 a 12 anos, que eram em períodos diferentes, reiniciaram-se algumas atividades de saúde escolar, que ficaram mais voltadas para a pesquisa.

A partir de 1980, retomaram-se as atividades visando o atendimento às crianças que freqüentavam instituições de educação do município, iniciando-se pelo programa de saúde pré-escolar e escolar da primeira série, com os objetivos de aumentar a cobertura da faixa etária de 3 a 8 anos, de realizar o diagnóstico precoce de patologias e de implementar a educação em saúde (UNICAMP/CSEP, 1980e; SANTOS & MIRANDA, 1981; ZANOLLI *et al.*, 1988). Em 1981 foi implantado o programa de creche (0 a 3 anos) (MACHIAVERNI, ANTONIO & PAZZETTI, 1990), e, em 1983, o de saúde escolar (7 a 15 anos) (MIRANDA *et al.*, 1989; MIRANDA, 1992).

A integração desses programas resultou no Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança de Paulínia, que, no final de 1982, unificou os ambulatórios de Puericultura e Geral de Crianças, integrando as ações individuais que se prolongavam nas ações coletivas realizadas nas instituições de educação e na comunidade (UNICAMP/CSEP, 1983a; ENTREVISTAS 1, 2, 7).

As ações realizadas nas Creche (de zero a três anos), nas Pré-escolas (de três a sete anos) e nas Escolas (de sete a dezoito), incluíram, no início, consulta médica, antropometria e, às vezes, solicitação de exames, buscando o aumento da cobertura dessas faixas etárias. Depois foram restringindo-se fundamentalmente à Vigilância à Saúde e à Educação em Saúde, num trabalho endereçado aos profissionais da área da educação, visando a desenvolver sua autonomia em relação ao cuidado da saúde e sua consciência sanitária para que delas se tornassem multiplicadores (UNICAMP/CSEP, 1983a; ENTREVISTAS 1, 2, 5, 7).

Essas modificações e reorganizações na área da saúde da criança anteciparam e superaram as Ações Básicas de Saúde da Criança, propostas com a implantação nos planos estadual e nacional do Programa de Atenção Integral à Saúde (PAIS) (ERSA/CAMPINAS, 1983) e mesmo depois com o SUDS.

Dentre as instituições participantes do convênio, a UNICAMP voltou a ser a principal formuladora do projeto. A Secretaria de Saúde do Estado diminuiu a sua participação neste período e a Prefeitura construiu novos serviços de saúde, o que modificou o seu peso e contribuiu para desencadear discussões e reformulações do modelo assistencial no município (ANDRADE, 1995; ENTREVISTAS 03, 09, 10, 12).

Houve aumento de recursos humanos inicialmente por parte da UNICAMP e, depois, também pela Prefeitura Municipal de Paulínia, principalmente após a abertura de mais um Posto de Saúde, em 1983, e outros dois subsequentes. A eles estendeu-se a orientação técnica do CSEP (UNICAMP/CSEP, 1983b; ENTREVISTAS 03, 09, 10, 12).

Em 1985, houve a implantação do Hospital Municipal de Paulínia (HMP). A UNICAMP e a Secretaria do Estado da Saúde, conseguiram com grande empenho sua inclusão no convênio MEC/MPAS (UNICAMP/HC/FCM/INAMPS, 1985), que, desde 1984 já incluía o CSEP (SES/UNICAMP/PMP, 1985; UNICAMP, 1985). Com isto, ampliou-se a capacidade resolutiva do sistema de saúde no município, configurando-se um início de estrutura de rede de saúde, o que já estava na pauta de discussão em outros níveis.

O Pronto-Socorro integrou-se ao hospital. Com o HMP, estruturaram-se os Serviços de Apoio Diagnóstico (de Imagem e de Análises Clínicas) e de Ortopedia. O gerenciamento do HMP, apesar da participação da Universidade, era exercido predominantemente pela Prefeitura.

Os Centros de Saúde dos bairros periféricos passaram a oferecer, gradativamente, Serviços Clínicos, Pediátricos, Ginecológicos, Odontológicos, com os mesmos programas do CSEP, adaptados às suas realidades, e em um deles, o de Saúde Mental. Tinham como área de apoio: prontuário, enfermagem e farmácia (UNICAMP/CSEP, 1983b).

No Centro de Saúde Escola, além dos serviços acima, acrescentaram-se o a Saúde Mental, Cirurgia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Cardiologia. A Vigilância Epidemiológica e

as especialidades centralizaram-se no Centro de Saúde Escola, mas atendiam a rede de saúde toda. Estes acréscimos além de aumentarem a resolubilidade da saúde facilitaram a dinâmica do atendimento, conferindo maior integralidade nas ações e no acompanhamento dos pacientes. O ensino também se beneficiou com discussões conjuntas e retorno mais rápido (ENTREVISTAS 01, 06, 07, 08, 09, 10, 12, 14, 18).

Em relação ao ensino médico, em 1978, a disciplina Medicina Comunitária passou a integrar o internato obrigatório, vinculada ao DMPS. Continuou-se com o objetivo de vincular a formação dos alunos às práticas do serviço, entretanto, as atividades dos internos eram centradas no atendimento clínico individual, nas áreas do CSEP, e, esporadicamente nas ações externas, mesmo com a ampliação e diversificação das ações práticas e da Vigilância Sanitária e Epidemiológica. Os médicos residentes da Pediatria e principalmente da Medicina Preventiva e Social participavam mais efetivamente dessas outras atividades, inclusive nos outros Postos de Saúde (ANDRADE, 1995).

Em 1986 a disciplina Estágio Multidisciplinar do Hospital de Paulínia foi implantada no internato, propiciando um espaço para o desenvolvimento de práticas médico-hospitalares de nível secundário (UNICAMP/FCM, 1986; ANDRADE, 1995).

O atendimento odontológico, através do sistema incremental (técnicas de trabalho a quatro mãos com delegação de funções à auxiliares, utilização de equipamentos simplificados e racionalização dos ambientes físicos), ampliou sua cobertura ao escolar, em 1980, com o Programa de Odontologia para o Escolar. Em 1982, ampliou-se a sua área física, constituindo o COM - Centro Odontológico Municipal. A partir de 1983, junto com a área de Pediatria do CSEP teve início o PIESE - Programa de Atenção Integral à Saúde do Escolar. Com a implantação dos Postos de Saúde, a Odontologia, descentralizou parte das suas atividades (PMP/DISMA, 1980, 1982; MIRANDA *et al.*, 1989; MIRANDA, 1992).

Concomitantemente, no plano nacional, com as AIS (1983) e, posteriormente, com o SUDS (1987), houve um deslocamento relativo dos recursos da previdência para o setor público prestador de serviços de saúde, para os estados e municípios, com desconcentração

das ações de saúde e reforço das decisões colegiadas (CAMPOS, 1992a; MENDES, 1993; MERHY, 1993).

Para MENDES (1993:46), "o SUDS apresentou como resultado das políticas que elaborou e executou, um conjunto de 'efeitos inesperados' e alguns erros estratégicos, dentre os quais a superestimação do valor político do setor privado contratado, a forte aliança com o subsistema de alta tecnologia, a excessiva estadualização da desconcentração que determinou uma ação clientelística de municipalização seletiva, e a pouca valorização, na prática, da implantação dos distritos sanitários como forma de modificar o modelo assistencial vigente".

Com as AIS e o SUDS, do Estado expandiu sua capacidade de produzir serviços de saúde, na área de Saúde Pública e também ambulatorial e hospitalar. Introduziu-se a prática do planejamento e valorizaram-se os mecanismos de co-gestão. Ampliaram-se as responsabilidades sanitárias e a cota de poder do nível local, mas não houve uma distribuição financeira adequada e uma delegação plena de autonomia gerencial e política no plano local (CYRINO, HENRIQUES & TEIXEIRA, 1990; MERHY, 1989; CECÍLIO, 1991; LUZ, 1991; SILVA, 1991; CAMPOS, 1992a).

A maior parte dos Centros de Saúde transformou-se em pronto-atendimentos sem dar uma resposta às reais necessidades de saúde da população, e sem dar conta da integralidade das ações (TANAKA, 1988; 1990; CAMPOS, 1989; MERHY, 1989; TANAKA & ROSENBERG, 1990).

Mesmo após o SUS (1988) e a Lei Orgânica da Saúde em (1991), a descentralização continuou limitada pela dependência financeira dos municípios em relação aos governos estadual e federal (CAMPOS, 1990; 1992a; MERHY, 1990; MULLER NETO, 1991). Em 1990, dos gastos da União com a rede ambulatorial, 71,7% foram para os serviços contratados (filantrópicos e privados) e apenas 28,4% para os estados e municípios, que eram responsáveis por mais de 50% das consultas médicas do SUS (CAMPOS, 1992a).

No âmbito da saúde da criança, em 1984 foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC) que se fundamentava nas Ações Básicas de Saúde. Priorizava a população menor de 5 anos e foi aumentando a cobertura para as outras faixas etárias, incorporando a atenção ao adolescente só nos anos 90. (Ver Capítulo I.2.b)

II.5 - Repensar o cuidado em defesa da vida.

Em Paulínia, no final de 1990, apesar da alta capacidade resolutiva conseguida pela rede de saúde (MADUREIRA, CAPITANI & CAMPOS, 1989; UNICAMP/CSEP/PEDIATRIA, 1989; UNICAMP/CSEP, 1989, 1990b; MADUREIRA & CAPITANI, 1990), foram entre outros, detectados, os seguintes problemas: não se atendia a toda população que demandava aos serviços; havia reverberação de pacientes no sistema; burocratização no atendimento; falta de respostas às necessidades de saúde de fato sentidas pela população; falha nos mecanismos de avaliação dos serviços e do processo de trabalho; pouca participação da comunidade; falta de clareza do papel do trabalhador de saúde; falhas nos mecanismos de gestão (UNICAMP/CSEP, 1990a, 1990c).

Com auxílio das áreas de Planejamento, Epidemiologia e Educação em Saúde do Departamento de Medicina Preventiva e Social, retomaram-se as discussões através de uma Oficina de Trabalho (UNICAMP/CSEP, 1990d, 1990e). Seguiu-se com um processo de planejamento para a rede de saúde de Paulínia (UNICAMP/CSEP, 1991a, 1991b, 1991c, 1991d, 1991e, 1991f) e depois especificamente para algumas áreas e unidades de saúde (UNICAMP/CSEP, 1991g, 1991h, 1991i), dentro da proposta do modelo de atenção defesa da vida, quanto ao seu planejamento e, principalmente, gestão e avaliação. Reafirmava-se a rede básica como "o lugar essencial a realizar a integralidade das ações individuais e coletivas de saúde, ao mesmo tempo que fosse a linha de contato entre as práticas de saúde e o conjunto das práticas sociais que determinam a qualidade de vida" (MERHY, 1993:103).

Os princípios que nortearam estas discussões foram: "gestão democrática (entendida como co-gestão social da política de saúde com a participação dos usuários organizados, dos prestadores de serviços de saúde e dos dirigentes governamentais e autogestão do processo de trabalho por parte do coletivo dos trabalhadores organizados em colegiados); saúde como direito de cidadania; e serviço público de saúde voltado para a defesa da vida individual e coletiva" (MERHY, CECÍLIO & NOGUEIRA FILHO, 1991:85).

Visando assegurar a qualidade do cuidado e sua legitimação pelos usuários, os serviços públicos de saúde deveriam se comprometer com a realização de um conjunto de ações que seriam pautadas, segundo MERHY (1993:12), "pela garantia do acesso do usuário, individual e coletivo, ao conjunto das tecnologias necessárias; pelas práticas de acolhimento dos usuários que combatam a violência institucional; pela busca da resolutividade do problema e pela efetividade das ações de saúde".

Para CAMPOS (1992b:19), "um sistema público organizado, tendo em conta as diretrizes do vínculo e de uma acolhida integral aos problemas de saúde, será sempre um modelo tendente à instituição de um processo radical de descentralização, de produção de modos heterogêneos de cuidado, que exigiria a presença de serviços e de equipes de trabalhadores com um razoável grau de autonomia e de responsabilidade técnico-profissional-gerencial".

Particularmente na área de pediatria do Centro de Saúde Escola, essas discussões levaram a reformulações no processo de trabalho e a novas propostas de avaliação, visando construir um serviço que obtivesse a integralidade das ações no atendimento individual e da coletividade, desburocratizado, resolutivo e participativo; e buscando desenvolver uma consciência sanitária e a autonomia em relação ao cuidado com a saúde (UNICAMP/CSEP, 1991i, 1991j; ENTREVISTAS 01, 03, 07, 08, 18).

Em Paulínia, a atenção global à saúde da criança e do adolescente, com a participação da UNICAMP, tentava responder às necessidades de saúde sentidas por essa população e atuar na vigilância da sua saúde, na rede pública. O vínculo construído com a acolhida e a garantia de acesso ao serviço, era considerado um dos elementos essenciais para assegurar

a qualidade do cuidado, buscando a resolução dos problemas de saúde desta população, a satisfação das suas necessidades e a efetividade das ações de saúde (UNICAMP/CSEP, 1991a; 1991b; 1991i; 1991j; 1994b; ENTREVISTAS 01, 02, 07, 18).

Atingiu-se uma alta capacidade de absorção da demanda desta faixa etária, com boa resolubilidade através do atendimento individual ambulatorial e, também, através de integração com instituições que atendiam crianças e adolescentes na comunidade. A atuação na educação em saúde, na vigilância epidemiológica, sanitária e à saúde, além do atendimento médico qualificado, levou à melhoria de indicadores e de condições de saúde (MORCILLO, 1987; UNICAMP/CSEP/ PEDIATRIA, 1989; ZANOLLI, 1992; UNICAMP/CSEP, 1993; 1994a; 1994b). Havia a preocupação de planejar as ações, desenvolvê-las e avaliá-las, de forma participativa com toda as equipes das unidades de saúde e de outras instituições parceiras, através de reuniões e discussões de área, de equipe técnica e entre instituições. Essas não eram sem conflito, mas buscava-se o consenso para implementar as reformulações acima (ENTREVISTAS 01, 02, 06, 07, 08, 10, 12, 15,16, 18).

II.6 - Conflitos, disputas e rompimento do convênio

As relações entre as três instituições do convênio de Paulínia, sempre sofreram interferência das políticas estadual e federal de saúde, passando por diversas fases, com mais ou menos atritos. O mesmo jogo de interesses e de poderes que viabilizou a experiência acabou por "desmontá-la".

No primeiro convênio, de 1970 o Conselho Técnico-Administrativo (CTA) geria todos os recursos (financeiros, materiais e humanos) e aprovava, implementava e acompanhava o desenvolvimento das propostas de atividades. Era composto de três representantes da SES (sendo um o seu presidente, com voto de desempate), três da UNICAMP e um da PMP (UNICAMP, 1970; PMP/SES/UNICAMP, 1971; BRITO, 1975). De 1975 até 1978,

embora mantendo a mesma composição do CTA, a SES teve sua posição fortalecida com a primeira crise do projeto, apesar da UNICAMP continuar sendo a executora do convênio.

No início, a verba de infra-estrutura básica e de material permanente, provinha do convênio com a Fundação Kellogg; o material de consumo e a infra-estrutura física, eram fornecidos pela Prefeitura Municipal de Paulínia (PMP); e a maior parte dos recursos humanos pertencia à UNICAMP. A Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES) entrava com repasses financeiros para o convênio, com raros recursos humanos, as vacinas e os medicamentos padronizados (UNICAMP, 1970; PMP/SES/UNICAMP, 1971).

No decorrer dos anos 70, a porcentagem da verba da SES referente à manutenção do convênio SES/UNICAMP/PMP diminuiu progressivamente, e a Prefeitura foi assumindo mais as despesas. Com a construção e ativação do Hospital Municipal (HMP) e dos outros três Centros de Saúde, no início da década de 80, a despesa aumentou ainda mais, pois a SES não aumentou a sua destinação de verbas, apesar de ter conseguido junto com a Universidade a extensão do convênio MEC/MPAS (Ministério da Educação/Ministério da Previdência e Assistência Social) do Hospital das Clínicas para o HMP, também com ampliação de verbas. Nesse convênio o hospital deveria realizar cobertura regional (ANDRADE, 1995).

A formulação inicial do modelo assistencial e de ensino coube, basicamente, à UNICAMP, seguindo apenas algumas das diretrizes das programações da SES. Entre 1975 e 1978, o modelo da SES, com suas normatizações foi reproduzido para quase todas as áreas do projeto de Paulínia. Após 1979, a Universidade volta a ser a principal formuladora da atenção à saúde. Na década de 80 passou a sofrer pressões da administração municipal, inicialmente em relação à implementação das atividades nos outros Centros de Saúde e, depois, em relação ao HMP, pois parte do poder municipal sempre desejara a participação do setor privado da saúde, inclusive na sua gestão (ANDRADE, 1995; ENTREVISTA 09, 10, 15).

Na década de 80 o gerenciamento da rede ambulatorial seguiu uma proposta do tipo matricial, na qual se cruzavam a organização centralizada e vertical (gerente da rede ambulatorial – que era o mesmo do CSEP – e gerentes de cada unidade de saúde), e uma horizontal, composta pelas coordenações de áreas ou programas. Cada área – Pediatria, Clínica de Adultos, Enfermagem, etc. –, tinha a sua dinâmica e programação discutida com toda a equipe. (UNICAMP/CSEP, 1981c; 1990c; ENTREVISTAS 10, 12, 15)

Com o convênio de 1985 entre a SES/UNICAMP/PMP, com a participação do INAMPS (através do MEC/MPAS), envolvendo o HMP, constituiu-se um Conselho Diretor composto de três membros de cada instituição e de um representante da comunidade. Esse conselho assumiu a coordenação do módulo básico de saúde no município, que incluía: o HMP, as quatro Unidades Sanitárias e o CETREIM (Centro Especial de Treinamento Municipal), passando a desempenhar o principal papel na formulação e avaliação da política de saúde no município, controlar e orientar recursos, papel semelhante ao da CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde) em outros municípios (UNICAMP, 1985; ENTREVISTAS 10, 12, 15, 18).

Com o SUDS o convênio foi readaptado (UNICAMP, 1989), mantendo esse Conselho, que permaneceu até a municipalização da saúde na cidade, sendo então substituído pelo Conselho Municipal de Saúde (PMP, 1991a; PMP, 1991b).

Apesar de ter aumentado a participação da prefeitura no gerenciamento da rede e os recursos com o SUDS, a UNICAMP continuava sendo a executora do convênio, recebendo a verba e repassando para o município. Sendo a sua aplicação discutida e executada pelo Conselho Diretor, que garantia, junto com a transparência do recurso, investimentos nos centros de saúde e no hospital (ENTREVISTAS 10, 12, 14, 15).

Mesmo assim a Prefeitura continuou sendo o principal financiador da saúde em Paulínia, aumentando a discordância em fazer atendimentos parcialmente regionais do HMP e de algumas especialidades. Associava-se a esse descontentamento o fato da Prefeitura não utilizar os benefícios que esse sistema de saúde trazia à população como fato ou poder de

barganha político local e ainda existiam propostas de terciarização da saúde; todos esses pontos fizeram com que o poder municipal cada vez mais quisesse tomar conta do controle total da formulação das políticas de saúde e controle sobre as instituições prestadoras desses serviços.

As relações entre a Prefeitura e representantes da Universidade em Paulínia passaram a ser de constante tensão. Exacerbado, às vezes, pela inflexibilidade de algumas posições da Universidade (teimando no controle da saúde) e pelo fato do projeto de Paulínia não ter peso político significativo como proposta assistencial ou de ensino para a FCM ou UNICAMP. (ENTREVISTAS 01, 02, 04, 05, 06, 08, 15, 16, 17, 18)

Com a municipalização, a execução do convênio com o SUS, ficou com a Prefeitura que deveria fazê-lo através do Conselho e do Fundo Municipal de Saúde. A implantação dessas instâncias não foi efetuada, funcionando precariamente o Conselho Municipal de Saúde na gestão Pavan.

Com a gestão seguinte (Edson Moura), além de não se implantar o Fundo Municipal de Saúde, o Conselho foi desativado e não se nomeou Secretário da Saúde, o Prefeito respondia pela saúde. A prestação de contas sistemática deixou também de ser feita (ENTREVISTA 15).

O município tinha um sistema de saúde altamente qualificado e estruturado, a maior parte dos recursos humanos, e a UNICAMP passou a atrapalhar as intenções de terceirização e uso clientelista da atenção à saúde (ENTREVISTAS 09, 10, 12, 14, 15).

Em 1994, por iniciativa da Prefeitura Municipal de Paulínia, rompeu-se o convênio com a UNICAMP, com a alegação do município já estar investindo verbas suas para atender a população de outras cidades, atraídas ou encaminhadas pelo próprio convênio, (PMP, 1994a, 1994b).

Apesar de tentativas: pelos profissionais da UNICAMP que atuavam em Paulínia, para sensibilizar a população, as instituições que tinham algum tipo de parceria na atuação local da saúde e os vereadores (UNICAMP/CSEP, 1994b, 1994c); da insistência em manter o convênio pela UNICAMP para preservar um local de ensino; com a Secretaria de Estado da Saúde tendo uma intermediação discreta, através da nomeação de uma Comissão Tripartite de Transição do convênio; a Prefeitura manteve-se irredutível em sua decisão (UNICAMP/ PMP/SES, 1994). 'Terceirizou' alguns serviços, buscando parceria com o setor privado, principalmente no HMP e nos serviços de apoio diagnóstico.

A população apesar de avaliar bem os serviços de saúde, só participava dele como usuária, não conhecendo a sua complexidade institucional ou política, não apresentando reação a saída da UNICAMP.

A implantação de mecanismos que garantissem a participação dos usuários na definição das necessidades e das prioridades e na avaliação ou no controle dos serviços de saúde, nunca se efetivou em Paulínia. Apesar das várias propostas colocadas neste sentido, em poucos momentos esteve presente na prática: a tentativa, no início do projeto, da formação de Conselho de Saúde Comunitário (CANESQUI, 1974; CANESQUI *et al.*, 1974); e a participação de pais, mães, profissionais da área de educação em reuniões dos programas da área de saúde da criança. (ZANOLLI *et al.*, 1988; MIRANDA *et al.*, 1989; MACHIAVERNI *et al.*, 1990; UNICAMP/CSEP, 1991i, 1991j; MIRANDA, 1992). Nessas reuniões tinha-se, também, a preocupação de ressaltar o direito à saúde, saúde como qualidade de vida, a responsabilidade dos diferentes serviços e instituições (da saúde, da educação, etc.), e o papel dos pais e de cada cidadão na busca dessa saúde, mas eram pontuais.

Nem mesmo no Conselho Diretor e depois no Conselho Municipal de Saúde o representante era de fato indicado pela comunidade, pois neste último os representantes dos usuários eram dois membros do poder legislativo (com maioria da situação), um representante dos servidores públicos municipais (cuja associação nunca fez oposição ao poder municipal), um representante dos sindicatos de empregados sediados em Paulínia

(que são poucos, pois a maioria dos sindicatos mais atuantes são sediados em Campinas), um representante das empresas localizadas em Paulínia e filiadas ao PAM (Plano de Assistência Mútua, que coordena a atuação das empresas no município), um representante das entidades assistenciais sediadas em Paulínia (que dependiam financeiramente da Prefeitura), e um representante das Sociedades Amigos de Bairros, legalmente constituídas (que eram três, influenciadas por vereadores ou candidatos a esse cargo); tinham um prazo de dez dias para serem indicados, caso contrário este direito passaria ao Prefeito (PMP, 1991a; 1991b).

Após a saída da UNICAMP, o pouco investimento feito na área da saúde foi dirigido à ampliação do Pronto-Socorro Municipal, redirecionando o atendimento da rede (ENTREVISTAS 04, 10, 12). Foram mantidas a estrutura física das unidades sanitárias e as propostas de ações. Na área de saúde da criança as atividades centraram-se no médico, e os programas (creche, saúde pré-escolar e escolar) mantiveram-se com menos ações e desintegrados das outras atividades. Algumas atividades foram retomadas mas com dificuldades principalmente em relação ao gerenciamento (ENTREVISTAS 06, 08, 15,16, 17, 18).

**CAPÍTULO III - EM BUSCA DE UMA TIPOLOGIA DOS SUJEITOS
EM AÇÃO NO CASO EM ANÁLISE**

CAPITULO III – EM BUSCA DE UMA TIPOLOGIA DOS SUJEITOS EM AÇÃO NO CASO EM ANÁLISE

Ao analisar o projeto de atenção à saúde da criança em Paulínia, considerado aqui como um lugar onde se construiu uma rede de saúde, um lugar com propostas reformadoras do ensino e da prática de saúde (particularmente da pediátrica), que contava, no seu cotidiano, com a presença de agentes que determinavam essa construção; foi necessário aclarar as determinações presentes nas ações desses agentes que definiam o conjunto das práticas e relações em Paulínia.

Os sujeitos vão estar em ação e em produção no campo da política (em qualquer nível das organizações e das relações institucionais onde ocorram disputas), no campo da organização (em todos os níveis de uma organização na qual, segundo certa lógica de possibilidades e exercício de poder, operam com formulações, decisões e produção de compromissos) e no campo dos processos de produção ("lugar da produção dos bens enquanto atos de saúde") (MERHY, 1998:20-21).

Além de serem importantes por contarem a história da atenção à saúde da criança na rede ambulatorial de Paulínia, as entrevistas, relatos orais constituídos nas memórias situadas que os entrevistados trouxeram das suas experiências nesses serviços, tiveram os seus conteúdos considerados como disparadores de processos e reveladores das distintas composições para a reconstrução e análise do projeto.

Assim, as entrevistas foram classificadas considerando-se os discursos dos entrevistados, dentre outras maneiras, quanto: à Temporalidade, à Ação, à Formulação, à Característica do Entrevistado Se Ver Como Agente, ao Modo de Ver o Projeto, ao Conteúdo Reformista e ao Fato de Se Considerar Reformista.

Nas transcrições apresentadas no texto, as falas dos entrevistados são grafadas com os caracteres em *itálico*, as intervenções da entrevistadora em **negrito** e as observações da pesquisadora, para situá-las, com os caracteres normais.

III.1 - QUANTO À TEMPORALIDADE

Cada pessoa entrevistada foi considerada em relação ao seu momento de tempo no projeto, de chegada e de permanência.

A classificação utilizada aqui segue o mesmo recorte temporal do Capítulo II, pontuando-se os itens que caracterizaram as suas diferentes fases:

1.a - Do início do convênio até a primeira crise (**Início 70/74**): participantes que pensaram e implantaram o projeto inicial de saúde da comunidade até a primeira crise, 1970 a 1974.

1.b - Pós-crise e suas conseqüências (**P.crise 75/78**): profissionais que entraram ou atuaram no projeto próximo à primeira crise até 1978. Período das conseqüências da primeira crise e remodelação do projeto com base nos programas da Secretaria Estadual de Saúde.

1.c - Reestruturação e início da rede de saúde (**Reestr. 79/88**): profissionais que entraram ou atuaram no projeto de 1979 a 1988. Período de ampliação para rede de saúde e estruturação da atenção primária como porta de entrada do sistema de saúde e hierarquização das ações.

1.d - Repensar o cuidado em defesa da vida (**Repen. 89/93**): profissionais que entraram ou atuaram no projeto entre 1989 e 1993. Período de repensar o projeto buscando ampliar o cuidado e atender as necessidades de saúde da população como direito de cada cidadão.

1.e - Rompimento do convênio (**Romp. 94/95**): profissionais que entraram ou atuaram no projeto próximo ao seu rompimento, 1994/1995. Período da crise final e rompimento do convênio.

"A equipe do Centro de Saúde era uma equipe muito estável, não era uma equipe que as pessoas saíam muito, que nem aqui no HC, que nem na Prefeitura. Como a maioria do pessoal era lá de Paulínia, então arrumava emprego e ficava lá mesmo. Tinha funcionário lá de quinze anos, de vinte anos, de dezoito anos, dez, doze. O pessoal que era da UNICAMP, principalmente, era gente assim, de vários anos. Eram pessoas muito conhecidas da população, e da Pediatria principalmente, que era um povo mais fixo mesmo. Tinha uma funcionária nova na Pediatria nesses últimos anos, o resto era tudo o pessoal desde 70 e 80. Então era um povo assim que era uma referência mesmo para a população" (ENTREVISTA 02).

Um dos entrevistados, que tinha vínculo trabalhista com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e já trabalhava no antigo Centro de Saúde, foi transferido para um Centro de Saúde de Campinas (estadual) quando a UNICAMP começou suas atividades em Paulínia, retornando aproximadamente dois anos depois.

III.2 - QUANTO À AÇÃO

Cada entrevistado teve o seu discurso considerado em relação à sua inserção na ação.

Foram classificados em:

2.a - Burocráticos (**Bur.**): profissionais com discursos apontando para uma atuação administrativa ou tecnoburocrática.

2.b - Operadores (**Ope.**): profissionais com discursos indicando que operavam no atendimento do serviço executando as ações.

2.c - Implementadores (**Impl.**): profissionais com discursos indicando que operavam no atendimento do serviço implementando ou reestruturando as ações.

Quadro 3 – Classificação das 20 entrevistas quanto à ação.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Bur.	+	++	+	+					++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++			++	+++	++++
Ope.	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++		+++	++++	+++	+++		+++	++++	++++	++++	++++	++++
Impl.	++++	++++	++++	+++	+++	+++	+++	++		+++	++++	+++	+++		++	++	+	++	++++	++++

Obs. (+): intensidade

No discurso dos vinte entrevistados, dezoito atuavam executando ações no atendimento do serviço (**Ope.**) e também participavam reestruturando ou implementando ações (**Impl.**), de modo mais variável. Além dos gerentes do serviço, a atuação administrativa (**Bur.**) esteve presente no depoimento de entrevistados que supervisionaram ou coordenaram áreas ou serviços em algum momento. Um dos entrevistados ocupou a Diretoria de Saúde do Município.

Todos estavam envolvidos direta ou indiretamente com o ensino.

As diferentes formas de atuação de cada um dos entrevistados explicitam suas inserções no projeto e o quanto estavam envolvidos. Reflete também a autonomia que as áreas e as equipes tinham para reestruturar ou desenvolver novas ações e, bem como, a forma de organização e avaliação do processo de trabalho, que buscava decisões colegiadas e investimento na formação dos seus recursos humanos.

"Fui sozinho. Eu era a Faculdade de Medicina, representante da medicina, já com o cargo de chefe do programa, futuro chefe do Centro de Saúde (...) E aí o dr. B. (médico da Prefeitura), não sei bem o que aconteceu, ele acabou se afastando e eu fiquei sozinho, dando toda assistência de Paulínia. E nessa época, eu não consigo me lembrar como a Pediatria colocou como estágio para os R2 ou R3 passarem em Paulínia comigo. Eu diria então que a Pediatria foi antes ... que a Preventiva, era eu e os residentes... Naquela época a gente não tinha nada no Centrinho e

começamos a trabalhar, fazer programa de educação e saúde, palestras, visita no domicílio..." (ENTREVISTA 19).

"Então nós pensamos primeiro em mudar. Vamos primeiro criar um serviço, padronizar, e eu entendia que tinha, primeiro, que trabalhar com o cara que já estivesse na ponta, muito mais ... com o término da sua formação do que com cara de principiante, para depois.... Para mim, o grande desafio seria levar as experiências aos primeiros anos da graduação. Mas eu sabia que primeiro tinha que trabalhar com residente, só, ou de preferência até só com a população, só nós, docentes" (ENTREVISTA 20).

"A gente tinha as discussões lá em cima (no CSEP), mas a gente começou a adequar a nossa forma de atendimento à necessidade daquela população que procurava pela gente, porque as unidades tinham características muito diferentes (...) Então nós começamos a tentar adequar o nosso trabalho sem sair daquela padronização, daquilo que a gente tinha como conceito de atendimento de saúde no município, dentro da área de Pediatria. Mas nós procuramos adequar a demanda da nossa população, o que a nossa população estava precisando. Foi aí que os postos passaram a ter mais autonomia de trabalho" (ENTREVISTA 06).

"Eu fazia mais a parte só quando era de leite, que elas (as mães) vinham e se a criança não estivesse bem, se precisasse passar pelo médico passava, se tivesse bem era só comigo. Eu perguntava como estava, dava as vacinas, se estava em dia, daí era só dar o leite e marcar o retorno: dois meses era o atendimento (de enfermagem), três era consulta" (ENTREVISTA 17).

"E na verdade a gente não seguia exatamente o que a Secretaria (de Saúde do Estado) mandava não, a gente fazia muito o que a gente discutia. (...) Em princípio cada área tinha uma autonomia grande que só era cerceada na medida em que tinha um confronto. Vamos dizer por exemplo, por espaço físico, ou por profissionais auxiliares (...) Mas em geral, como atender, quanto atender, de que

jeito, a área tinha autonomia. Não era uma relação difícil com a direção, até porque a nossa área era muito organizada, ela estava permanentemente discutindo coisas. Outras áreas não tinham esse grau de organização. A gente acabava ganhando as coisa um pouco na coerência, na razão. Então a gente tinha algumas coisas para mostrar que os outros não tinham. A direção sempre respeitou muito isso. A gente sempre teve uma posição favorável com relação à direção, até porque a gente tinha um trabalho consistente para mostrar” (ENTREVISTA18).

“O que saía era a Pediatria em relação a GO (Gineco-Obstetrícia) então tem uma mãe com bebê de quarenta dias, agenda consulta na GO para pós-parto – Ah, a senhora já fez C.O. (exame de Citologia Oncótica)? Uma coisa assim, que até a gente incorporou e levou para o Posto, e que está sendo legal, está aumentando a cobertura de C.O., a gente tá encaminhando a mãe (...) Era uma área (a GO) que dava pra fazer bastante coisa junto (...) A gente fazia era estar encaminhando paciente pra eles e, nas discussões de reunião de gestante, fazia uma discussão sobre aleitamento materno e uma sobre cuidados de higiene de bebê. Esse era o trabalho junto. Mas, de qualquer maneira eu acho que, perto do que vejo aí, era um grande avanço. E a Clínica está discutindo o adolescente junto. Mas também é assim, era a demanda da gente pra eles. E uma área que eu não falei, que a gente trabalhava muito junto era a Vigilância Epidemiológica, que a gente trabalhava mesmo, até por conta das instituições – a creche, a escola –, serem instituições que demandavam muito isso, então a gente trabalhava muito com eles” (ENTREVISTA 01).

“Quando eu cheguei, o Centro de Saúde estava na mesmice, as pessoas que estavam lá no Centro de Saúde não tinham um projeto maior ali, tinham um projeto maior aqui na UNICAMP, lá não, então ele estava na mesmice. No meu caso, o meu projeto maior foi contribuir para adquirir experiência na construção de um novo sistema de saúde e pelo qual a gente já vinha lutando, que é o SUS que tem hoje aí. Então, o que foi a minha microgestão? Foi como eu lidar, interagir no seio da equipe, de coleguismo, de companheirismo, de construção de

cumplicidades dentro da equipe; relativizar, diminuir, atenuar conflitos pessoais ou grupais internos, que nunca deveriam ser maiores do que o compromisso com a comunidade, com a população. Então, o trabalho instintivo, eu ganhei experiência nisso, de construir um clima de confraternização, de coleguismo e cumplicidade no compromisso com a população. Na microgestão e na microgerência também, aí sim, ampliar essa gestão para fora do Centro de Saúde em busca da promoção e proteção lá fora" (ENTREVISTA 09).

"No Centro de Saúde Escola eram distribuídas de forma bem homogênea as atribuições de assistência e mesmo docência. Os docentes participavam bastante na assistência. Ao mesmo tempo, os médicos da assistência também tinham participação ativa na docência. Bem em função de ser um Centro de Saúde escola" (ENTREVISTA 15).

Esse envolvimento no projeto está relacionado com o que motivou os entrevistados a trabalhar em Paulínia. Quatro da fase inicial (1.a - **Início**) participaram da criação e implantação do programa. Dois queriam trabalhar no serviço público e em contato com a população. Dez conheceram o projeto na sua graduação ou residência médica e tiveram Paulínia como uma de suas possibilidades de atuação profissional. E quatro eram profissionais com formação em saúde pública ou com atuação prévia em organização de serviços.

"Eu sentia vontade de trabalhar mais com o povo mesmo" (ENTREVISTA 16).

" Foi uma coisa assim meio mágica até. Um dia eu olhei e falei que vinha trabalhar aqui de qualquer jeito" (ENTREVISTA 01).

"Um grupo de pessoas com as quais eu tinha amizade, e que tinha como intenção de vida, como projeto de vida, o trabalho dentro do serviço público. Uma visão de que o serviço público devia ser uma coisa séria, devia resolver, devia realmente ter um impacto junto à população " (ENTREVISTA 18).

“Era um serviço de boa qualidade em que você conseguia fazer medicina do jeito que a gente achava que deveria ser feito. Era um lugar que tinha recursos humanos, recursos materiais, uma qualidade de atendimento bom, uma convivência com as pessoas que trabalhavam boa. Eu acho que, pelo fato da gente ter tido conhecimento durante a faculdade de como funcionava, como era, isso já era um grande estímulo para trabalhar lá. Tanto é que mesmo depois, nos outros concursos, a maior parte das pessoas que iam prestar o concurso lá eram pessoas que tinham passado lá em algum momento e que conheciam como funcionava o serviço, de que você dispunha ... Realmente você conseguia trabalhar bem, e esse era o motivo principal” (ENTREVISTA 08).

“O serviço foi uma paixão à primeira vista desde o tempo em que eu era estudante” (ENTREVISTA 10).

“Era o que eu sabia fazer melhor, trabalhar com atenção primária. Tinha feito curso de especialização, (...), montei Centro de Saúde. Era a área que eu achei que eu podia contribuir melhor, estava especialista em trabalhar, em coordenar projeto, programa, em rede básica” (ENTREVISTA 14).

III.3 - QUANTO À FORMULAÇÃO

Cada entrevistado teve o seu discurso considerado em relação ao modo de participação na formulação, na proposição e na reordenação das ações.

Classificaram-se em:

3.a - Políticos (Pol.): entrevistados com discursos que continham propostas de ações comprometidas com correntes das políticas de saúde.

3.b - Administrativos (**Adm.**): entrevistados cujos discursos continham propostas de ações para obtenção de resultados práticos imediatos, discurso organizador.

3.c - Explicativos (**Expl.**): entrevistados com discursos que faziam diagnósticos, compreendiam e explicavam os problemas e as ações.

Quadro 4 – Classificação das 20 entrevistas quanto à formulação.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Pol.	+	+	+	+	+		+		++++	++	++++	++	++	++++	+++			++	++++	++++	
Adm.	+++	++++	+++	++++	+++	++++	+++	+++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	+++	++++	++	+	+++	+++	+++
Expl.	+++	+++	+++	+++	++	++	+++	++	++++	+++	++++	+++	++	++++	++++	+		+	+++	++++	++++

Obs. (+): intensidade

Predominaram os discursos que continham propostas de ações para a obtenção de resultado prático imediato (**Adm.**) e os explicativos (**Expl.**) com intensidade variável.

No **Início**, era muito nítido, para os agentes o compromisso com as correntes e movimentos da política de saúde da época. Do **Pós-crise** em diante, no discurso da maioria dos entrevistados, está presente a preocupação com a saúde pública e a saúde como direito. O compromisso com a população e com a assistência integral à saúde tem prioridade, inclusive, em relação ao programa de ensino na área da saúde.

Cada profissional quando entrava no projeto procurava conhecer como funcionava operacionalmente as ações, aproveitando-as ou não, reformulando-as ou não. Conhecer mais o porquê da ação do ponto de vista do resultado prático ou o que levou àquela ação (problema, diagnóstico). E se perde o porquê do ponto de vista histórico e político; as relações daquela ação com o tempo histórico, com as propostas de atenção à saúde e de educação, tanto no município como nacionais, tanto nos departamentos da FCM, na UNICAMP como no MEC.

Desde o **Início**, os discursos refletem a necessidade de implantação e operação do projeto, que teve que provar constantemente sua viabilidade e sua importância como projeto de ensino e assistência. Para a Universidade, que privilegiava o ensino no hospital e valorizava a especialização, e para a Prefeitura, que não conseguia ter ganhos políticos e fazer uso clientelista da saúde devido a presença da UNICAMP no gerenciamento.

"Essa discussão do ensino médico estava muito colada na discussão do sistema de saúde do Brasil, da análise crítica, do pensamento crítico que vinha se desenvolvendo nas faculdades, na Faculdade de Medicina da Universidade Estadual de Campinas, e também da Faculdade de Medicina da USP, a partir dos Departamentos de Medicina Preventiva. Dar uma visão da crise no setor saúde, a questão do então INPS, da assistência médica previdenciária, que já tinha essas características de hoje, como você deve ter identificado nos documentos..., a medicina basicamente curativa, sintomática, o tempo do médico dedicado a cada paciente no consultório, da rede do INAMPS. Essas eram as questões... as modalidades de assistência médica, a medicina corporativa, a medicina de grupo..." (ENTREVISTA 20).

"Eu acredito que muita coisa mudou na Pediatria porque a gente precisava se defender daqui (da UNICAMP), se defender de tudo quanto é lugar. Então você acabava meio que mexendo pra poder transformar" (ENTREVISTA 01).

"A Pediatria apresentava projeto, pra mim, para o CTA (Conselho Técnico Administrativo), a gente simplesmente não interferia em nada. Era um momento de construção, não era o momento de ficar discutindo detalhes. Se a pessoa fosse para lá já estava bom demais. Vai para lá faça o que vocês quiserem, vamos nos conhecer. E com o tempo a gente ia começar a interagir (...) Mas a intenção, acho que inconsciente, tentava organizar ao máximo ... era que as pessoas, à vontade fossem criando ..." (ENTREVISTA 19).

"Nós tínhamos mesmo os nossos cadernos, as nossas anotações, nossos estudos direto nos livros. Também não havia, do ponto de vista da Secretaria de Saúde, o aparelho do estado não dava normas. A introdução da ação mais programática (...) O programa materno-infantil é uma coisa que começa no país no início da década de 70, quando é criada a divisão em saúde materno-infanti. Mas até aquilo chegar lá na ponta... Na época não chegava. Eu fui tomar conhecimento disto, de programa de saúde materno-infanti, já em 74, quando fui vim fazer um seminário (...) na escola Nacional de Saúde Pública..." (ENTREVISTA 20).

"Ali não tinha como separar o planejamento do 'fazimento'. Ali nós sistematizamos reuniões periódicas de equipe das áreas (...) na área de adultos, na área de mulheres, na área de crianças, na área de enfermagem e nos reunindo periodicamente. Uma dessas equipes não passava mais que um mês sem ter uma reunião de avaliação e discussão dos problemas que estavam sendo levados. E esses contatos eram os momento muito qualitativos por onde se discutia o trabalho interno, mas também o trabalho externo. Com isso realmente houve resultados muito positivos porque o número de pessoal de enfermagem, de médicos que passaram a se interessar pelo trabalho externo cresceu" (ENTREVISTA 09).

"Na pediatria, quando começamos lá, eu e a L., que foi na mesma época, (...) tinha uma coisa bem determinada. No período da manhã, só atendia criança doente, e no período da tarde só fazia puericultura, que eram as crianças que faziam seguimento lá. Então se um doente chegava de tarde, azar o dele, ia para o Pronto-Socorro, e o Pronto-Socorro funcionava junto, no mesmo prédio, (...) A gente foi conversando, foi discutindo, um belo dia as pessoas se convenceram de que não dava para ser assim... Acabou que ficou de manhã e de tarde para fazer tudo. E manteve o mesmo esquema de consulta médica e atendimento de enfermagem, mas com uma demanda mais livre, com uma restrição menor. Então até essa coisa assim de dispensar o paciente, perguntar primeiro, ver se não dá pra agendar, numa interação maior lá com a pessoa que procurava" (ENTREVISTA 02).

"A gente tem a estratégia bem definida, mas os objetivos não. Os objetivos são todos nebulosos. Os objetivos se misturam com as estratégias" (ENTREVISTA 04).

"(a missão do serviço de Pediatria) Era a atenção integral à saúde da criança. Mas o que significava isso? Era atender a população que chegava para a consulta, dar cobertura pra todas as crianças em forma de atendimento em consultas. E também trabalhando as questões relativas à idade, à criança dentro desse problema, esse que era o objetivo" (ENTREVISTA 06).

"Tinha a proposta básica da Atenção Integral à Criança da Secretaria, que determinava algumas diretrizes, mas que a gente nunca obedeceu. Não sei se você lembra do projeto do DRI, que é o controle das doenças respiratórias (...) Uma criança tem que estar dentro do Centro de Saúde, sendo vista inteira. As normas técnicas obedecidas assim, à risca eram de vacinação, doenças de notificação compulsória (...) A gente da Pediatria ia atrás da norma, olhava. Não era todo mundo, por exemplo, com a Raiva, dava até raiva na gente quando ia discutir, porque um falava: – Ah, é da norma; – Ah não, não sei quem falou que é tal coisa. Também não era homogêneo em todas as áreas; mas para gente de Pediatria era norma de vacinação, a norma de doenças de notificação compulsória e eu acho que só (...) Ah, quando veio (na década de 80) programa de suplementação alimentar a gente obedeceu. Até por que não tinha como fugir dos critérios. Mas, fora isso, o tipo de atenção que a gente fazia era uma coisa nossa mesmo, decisão da equipe de pediatras. Vamos fazer? Vamos. E fazia. (...)

Uma outra coisa que acontecia era a Vigilância Epidemiológica. Quem fazia era a própria Pediatria, não existia uma Vigilância Epidemiológica quando eu fui pra lá. Então, por exemplo, tinha um surto de conjuntivite, a gente definia as regras baseado na literatura, geralmente a literatura americana, até na vivência das pessoas que estavam envolvidas anteriormente com a creche. Formulava uma proposta, uma norma técnica e entrava. Todas essas normas técnicas que existiram,

não sei se existem ainda, de creche, pré-escola, elas foram formuladas por essa equipe.” (ENTREVISTA 01).

“Sempre senti, em todo o período em que estive lá, um compromisso até maior com a população do que com a instituição, com a Universidade. É lógico que todo o trabalho da gente, a gente montava pensando numa adequação para o ensino. Os casos e tudo o mais. Mas sempre existiu um compromisso muito forte mesmo com a parte assistencial. Eu acho que foi isso que diferenciou Paulinia de qualquer outro serviço ligado à Universidade, esse compromisso de solucionar problemas locais. Esse compromisso era muito forte... Sempre foi assim: nós vamos oferecer um serviço para o aluno de graduação, da pós, do internato, da residência, ensinando em cima de uma realidade, em cima de problema real, e, ao mesmo tempo, suprindo, procurando suprir até essas necessidades da população. (...) Tinha aquela filosofia de trabalho, trabalhar em cima dos problemas e das necessidades da população” (ENTREVISTA 07).

III.4 - QUANTO À CARACTERÍSTICA DO ENTREVISTADO SE VER COMO AGENTE

Cada entrevistado teve o seu discurso considerado em relação ao modo como se via como agente, ou seja quanto à lógica da potência do seu agir.

Foram classificados em:

4.a - Potentes (**Pot.**): entrevistados com discursos nos quais se viam como agentes potentes; capazes de operar e imprimir proposições e implementações de ações.

4.b - Impotentes (**Imp.**): entrevistados com discursos nos quais se viam como agentes impotentes; incapazes de operar e imprimir proposições e implementações de ações.

Quadro 5 – Classificação das 20 entrevistas quanto à característica do entrevistado se ver como agente.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Pot.	++++	+++	+++	+++	+++	++	+++	+++	++++	++++	++++	++++	+++	+++	+++	+++	++	+++	+++	++++
Imp.	++	++	++	+	+	+++	++	+	+	+++	+	++	+++	+	+	+++	++	+++	+	

Obs. (+): intensidade

Nos discursos, todos os entrevistados se vêem como agentes muito potentes (Pot.) ou um pouco menos, dependendo do momento e da forma de ver o projeto, do vínculo empregatício e da sua ocupação no processo de produção do serviço.

A potência aparece na possibilidade de agir operando ou implementando, tendo participado ou não da formulação. É associada à forma de organização do gerenciamento e do processo de trabalho, passando pela autonomia individual ou da equipe.

"Nós estávamos também gerando, participando de todo aquele..., acompanhando aquele pensamento crítico e participando da sua gestão e naquele momento, na sua gestação" (ENTREVISTA 20).

"Nós resgatamos o funcionamento desse laboratório, contratamos laboratorista. Começamos a discutir com o corpo médico e o corpo de enfermagem, que era o corpo técnico mais efetivo do Centro de Saúde. Surgiram programas integrados, programas de atenção integral à saúde da mulher, programa de atenção integral a saúde da criança. (...) E começamos também, logo a seguir, com trabalhos externos. Quer dizer, não esperar a população doente chegar no Centro de Saúde, mas ir atrás da população onde ela estava, antes de ficar doente. Então nós fomos nas fazendas, fomos nas indústrias de Paulínia, e isso exigiu de nós uma dedicação muito grande. É, evidentemente, um trabalho político e missionário não no sentido religioso da missão, mas no sentido catequizador de novas políticas de saúde, nova compreensão do processo da saúde e da doença. Tivemos um trabalho muito grande de conversar com os fazendeiros das principais fazendas ou com os

administradores dessas fazendas e com os responsáveis das indústrias, gerentes das indústrias também. E começamos até a instalar pequenos ambulatórios dentro de fazendas e dentro de indústrias, pra tentar detectar precocemente os processos, os grupos de risco que estavam começando a ficar doentes. (...) Como nós tínhamos alunos estagiando, nós criamos uma sistemática de atendimento ambulatorial em algumas fazendas, e em algumas indústrias, com estudantes inclusive (...) Esses ambulatórios passaram a ser um local de grande aprendizado pra nós, porque aprendemos como profissionais de saúde a criar condutas de relação com essa clientela no seu local de trabalho e no seu local de moradia. Porque do ponto de vista psicológico é muito cômodo para o profissional de saúde ficar sentado de trás de uma mesa de um consultório, esperar a porta abrir entrando a clientela já com doença explícita. Outra coisa é esse mesmo profissional sair do seu consultório e, numa salinha improvisada, num galpão de fazenda ou numa indústria e com equipamentos mínimos – estetoscópio, aparelho de pressão e algum medicamento sintomático – fazer os primeiros diagnósticos, conversar muito educativamente com a população, as condições de trabalho, as condições de vida e favorecer um certo encaminhamento, uma triagem de quando devem ir ao Centro de Saúde, e quando não precisam vir para o Centro de Saúde, podem ficar na própria fazenda, na própria indústria. Intercalando nisso tudo uma atuação com os responsáveis da indústria e da fazenda pra melhorar as condições de trabalho. Em várias indústrias e fazendas houve muito esforço de agir nas condições de trabalho. Essa é uma atividade muito ligado a promoção e proteção da saúde" (ENTREVISTA 09).

"Meio como logo de começo eu percebesse que era aquilo mesmo que eu queria, que eu queria estar fazendo com a medicina que eu tinha aprendido. Era uma coisa muito concreta, você olhar um serviço de saúde e na visão que a gente tinha como recém-formada, ele funcionava (...) Era a única área que dava essa visão da saúde coletiva (...) no CS (de outros lugares) dava pra perceber uma repressão de demanda enorme, trabalhava só com aluno, a médica nunca ia, então você percebia que era um serviço esvaziado. (...)

A integração entre as áreas era uma coisa muito forte, a Pediatria discutindo com a Clínica, discutindo com a GO. Já era uma coisa que chamava muito, você perceber que não ficava estanque na área da criança, aquela coisa que não abria, o pediatra é o pediatra, ... o clínico é o clínico, mas você tinha uma relação muito grande (...) Da Pediatria para as outras... era muito mais fácil a gente estar buscando eles do que eles estarem buscando a gente..." (ENTREVISTA 01).

"A gente tinha um processo de participação também lá que era interessante com os funcionários técnicos, os funcionários, como os professores, tinham assembleias gerais, todo mês tinha uma reunião geral com todo mundo, seminários, avaliação" (ENTREVISTA 14).

"A gente tinha um modelo de organização que eu acho que é também uma coisa muito legal, que funciona muito bem, que é assim: você tem as decisões técnicas e de funcionamento da área que são tomadas pela área (...) A organização interna na área, era a área que resolvia do ponto de vista do funcionamento e do ponto de vista técnico. Por outro lado, todas as áreas eram perpassadas pela gerência administrativa. Tem alguns limites administrativos que você não pode ultrapassar. A área não poderia, por exemplo, resolver mandar alguém embora sem discutir com a administrativa, ou contratar um cara novo, ou fechar um dia, sem que tivesse uma discussão com a gerência administrativa. Quer dizer, eu acho que a gerência administrativa, ela é assim, ela é vertical, tem que estar olhando todas as áreas e tem que estar tentando fazer uma postura que tenha como objetivo o bem-estar da população e o bom funcionamento do serviço. E as áreas têm que estar perpassando horizontalmente todos os serviços na coisa técnica e na coisa do fluxo, do funcionamento, etc. Eu acho que durante um tempo a gente conseguiu ter um equilíbrio legal nisso: as áreas tinham as suas reuniões técnicas, discutiam lá como é que faziam as coisas, como que funcionava, etc. e tal, e a gerência tinha esse mando vertical. Durante algum tempo, isso funcionou muito bem" (ENTREVISTA 12).

"Sempre teve em Paulínia muita reunião, muito debate, muita discussão. (...) O que eu achava bastante interessante era uma reunião geral em que participavam todos os funcionários, todos mesmo, funcionários da limpeza, auxiliar do laboratório, a enfermagem, auxiliar de enfermagem, todos falavam. É lógico que existem pressões e pessoas que tem até o modo de falar, que conseguem impor as suas idéias em qualquer reunião, em qualquer coisa impõem mais, impressionam mais, e puxam a coisa, manipulam. Isso é uma coisa que acontece mesmo, mas eu acho que havia sempre muita discussão sobre o que ia ser decidido, sempre se discutiu bastante a coisa, sempre tendo reunião. Vejo assim por outros postos agora, porque eu fiquei muitos anos trabalhando lá, não trabalhava em outros lugares, e agora, em outros postos como essa relação é bem diferente. Eu acho que a relação do médico em relação aos outros funcionários é muito autoritária em geral. Lá em Paulínia tinha os funcionários que punham a boca no trombone mesmo, falavam, eram escutados, e tinham mais força. E fora, nos outros postos, fica: funcionário não! Os médicos, os coordenadores parece que têm uma coisa, um peso muito grande. Eles falam, definem. E em Paulínia havia o hábito de falar mais, de colocar. Nem sempre tudo era acatado mas pelo menos havia um espaço em que a pessoa pudesse colocar as idéias. As coisas eram sempre muito discutidas ... e algumas coisas caíam em votação. Caía em votação, quando era um coisa que dava pra votar, tem coisas que dá pra votar" (ENTREVISTA 07).

"Então cada pessoa, todos os níveis, tanto de médico contratado, docente e os próprios auxiliares, o pessoal da enfermagem, tinham uma participação mais ativa do que a média que a gente vê nos serviços. É uma escola. Desde o início houve essa postura de ter um trabalho mais de equipe, uma participação mais aberta para as pessoas poderem formular o seu próprio modo de trabalho. (...) Existia uma participação muito grande, de poder analisar o seu próprio trabalho ou propor mudança, ver como atender melhor, resolver questões do dia-a-dia. Não existia nenhuma metodologia específica pra trabalhar desse jeito, mas a postura das pessoas naturalmente conduzia pra isso. Claro que tem momentos de maior ou

menor participação, mas na média a gente tinha uma participação muito grande, um envolvimento das pessoas com o seu serviço” (ENTREVISTA 15)

Esta potência sentida ou referida por alguns, chega a magnificar a equipe ou o projeto, colocando-o, às vezes, como a alternativa mais viável para a resolução dos problemas da atenção à saúde e, mais raramente, do ensino médico.

“Bom, evidentemente a ideia era que este fosse, não este Centro de Saúde, que esta área de saúde, o município de Paulínia, fosse a área de comunidade da Universidade. A gente era pouco modesto, nós queríamos que lá participassem médicos, sociólogos, historiadores, engenheiros, arquitetos, todo mundo. Que fosse a área que a Universidade ia experimentar. E nós íamos começar com a área de saúde. Seria, não era segredo nenhum pra nós nem para o reitor, seria a área da Universidade. Mas a tática era começar aos pouquinhos, primeiro levar o pessoal da área de saúde. Eu acho que na época houve uma certa onipotência por parte da Medicina Preventiva, não sei..., coisas assim, que o departamento acabou meio que tocando a coisa sozinho, não teve habilidade suficiente para convencer as outras áreas da importância” (ENTREVISTA 19).

“Havia como se fosse uma determinação meio, ... como se tivesse uma determinação meio mágica, angélica, ... é, talvez mais messiânica do que mágica, que aquilo que nós havíamos discutido e proposto era bom. As pessoas tinham esse compromisso com a medicina, atenção primária, atendimento universal gratuito, então era linear ... que fosse uma proposta boa” (ENTREVISTA 04).

O planejamento da Pediatria do CSEP de 1990 foi importante para rever as propostas e a dinâmica da área, desencadeando modificações.

“As coisas mudaram bastante ..., algumas mudanças muito importantes até na maneira das pessoas se tratarem. Mas eu acho que é assim, essa oficina não foi isolada. Ela tem o mérito dela, como oficina, mas sem esquecer que tem o mérito

das pessoas estarem dispostas a discutir isso. Porque, isso, aconteceu de uma maneira totalmente desigual na rede inteira, nas outras áreas, Na nossa relação na Pediatria, no final das contas a gente meio que acabou criando uma ilha dentro do serviço de saúde. Era uma área que funcionava super bem com as características dela, no final, mas totalmente diferente dos outros. Então é assim, teve o mérito de todas as pessoas que estavam lá. Eu acho também que foi um amadurecimento mesmo. Então foi assim, de 86 até mais ou menos 89, a coisa meio que rolava muito na paixão" (ENTREVISTA 01).

"Mudou o processo de trabalho da gente, mudou bastante. As pessoas eram um pouco difíceis pra entender a relação delas com o serviço, qual é o papel delas frente ao serviço. Que papel cada uma estava desempenhando lá, principalmente os docentes, principalmente os médicos. Eles estavam ali pra quê, como eles poderiam estar resolvendo as questões? Então era uma coisa muito amarrada. Depois de algum tempo de trabalho, de discussão, depois dessas sessões (das oficinas)... o trabalho decorria muito melhor. Então acho que isso foi uma mudança fundamental. Não me lembro de detalhes pra te falar, mas acho que mudou o processo de trabalho. (...) Uma das coisas que melhorou também foi a relação entre as pessoas. Melhorou um pouco, mas mesmo assim sempre foi uma coisa difícil" (ENTREVISTA 03).

A impotência aparece, fundamentalmente, relacionada com a primeira crise e com o rompimento do convênio no final. Associada à dificuldade ou à deterioração das relações na própria equipe e com a UNICAMP (departamentos, faculdade e reitoria), principalmente na crise inicial, e com a Prefeitura, no final.

As relações dentro da equipe no início do projeto foram conflituosas pelas divergências entre as correntes da Medicina Preventiva e da Medicina Social e seus projetos e pelo radical engajamento político partidário da época, que acarretava distanciamento entre o pensar e o agir, comprometendo a atenção pretendida aos problemas de saúde da população. Na primeira crise, houve denúncia de docentes estarem fazendo subversão,

sendo afastado o chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social, que se viu obrigado a pedir licença prêmio e que posteriormente foi rebaixado na carreira universitária e seu contrato reduzido para período parcial. Um outro docente foi coagido a pedir demissão sob pena de não poder defender sua tese de doutorado.

"Então eu idealizei isso (...) toda a UNICAMP, com todos recursos de Ciências Humanas, tudo o que quiser, sistema de educação, não somente medicina, sistema de consulta, com o epicentro na Faculdade de Medicina e Hospital das Clínicas. Nós começamos a trabalhar o Centro de Paulínia. E a L. (docente), que tinha uma experiência muito grande em questão de trabalho rural, começou a trabalhar estas áreas que eram centros suburbanos ou urbanos e também rurais... Organizando isto, passaríamos a uma das outras áreas. Nós teríamos, no final, um programa de saúde de comunidade, que seria uma microrregião. Ai poderíamos calcular gastos, calcular pessoal, tudo o que quiser, (...) discutindo os graus de complexidade... complexidade decrescente com supervisão, com sistema educativo. Quando começamos a trabalhar, os militares jogaram cara ou coroa, entre Campinas e São José dos Campos, de onde fazer a refinaria. E Campinas ganhou. Então o negócio mudou radicalmente. E era onde eu queria que a Universidade entrasse com todos os recursos para estudar o que aconteceria nesta região e nestas regiões, com Cosmópolis, que estava mais perto de Paulínia, com uma população eminentemente rural que da noite para a manhã se converteu na área industrial. As doenças que haviam e as doenças que poderiam haver. Para fazer esse negócio, eu preparei a minha tese. Ela foi um teste do Inquérito de Saúde Pública feito nos EUA e na Colômbia, da qual eu participei, na Colômbia, do planejamento, para prever como fazer um exame clínico do supostamente sadios, para se poder avaliar não somente o problema individual mas também o problema ambiental mínimo da casa. (...) Então eu me preparei para fazer inquéritos em todas essas áreas. Nós teríamos hoje, pelo menos uma população de 250.000 habitantes, com um centro de referência (...) E eu estava na flor do trabalho. Eu, a L. e as assistentes sociais, (...) estávamos trabalhando intensamente neste negócio. Mas para podermos vender o peixe, tínhamos que trabalhar de madrugada e de noite. Então eu me

levantava às cinco horas da madrugada e saía para Paulínia. Muitas vezes eu chegava numa fazenda às seis horas da manhã antes que os trabalhadores começassem a ordenhar, a trabalhar, para dizer o que nós pretendíamos fazer nestas áreas. E ao meio-dia e de noite, nos reuníamos também com os líderes das comunidades nos lugares mais diversos: em terreiros, em escolas, no ginásio de esportes. E nós estávamos muito contentes porque a avalanche de gente querendo ajudar (...) E estávamos trabalhando nisso quando, num belo dia me chama o reitor e me diz: – Eu lhe comunico que você vai ser preso. – E vou ser preso por que, o que estou fazendo? – Porque você está se reunindo em horas inapropriadas com a comunidade e parece que você está fazendo um negócio de estímulo de subversão e então já existe uma queixa formal contra você e sua esposa...

Ele fez uma coisa: ele me degradou, me tirou o título de professor titular, tirou o meu salário e me renunciou a uma mínima expressão (...) Me rebaixou o horário, meu salário, tudo, tudo... Então passamos a viver praticamente só do salário da L. (...). Mas a irmã da L. é uma advogada de mão cheia na defesa do direito laboral do professor e me defendeu (...) Ganhamos o pleito à nível local, ganhamos o pleito à nível estadual e o reitor queria levar o negócio para o federal. Mas o professor, o filósofo (...) Rubem Alves, sem me conhecer, sem saber quem era eu, ele fez uma defesa divina. Não sei como, quem contou quem era eu, o que fazia, ele fez uma defesa que foi a coisa mais linda que eu posso imaginar a meu favor, e, através dessa defesa obrigaram o Z. (reitor) a parar com esse negócio. E aí me reintegraram em 80" (ENTREVISTA 11).

"Acho que foi abril de 75. Nós saímos justamente no auge da crise. Saímos em licença prêmio. Me lembro que nós tínhamos oito meses acumulados, de férias... (Foi depois da denúncia?) Exato, foi quando o Z. (reitor) disse que aquilo era antro de perdição, que estávamos acobertando comunistas..., que estávamos fazendo subversão, aquela história toda (...) Então, no final de 74, ele exigiu prestação de contas de tudo. Trabalhamos feito uns doidos pra montar todas essas pastas, se não me engano era em número de treze. Mas tivemos que montar tudo isso da noite para o dia, entregar material para eles terem em mãos pra estudar

pra ver se a gente estava fazendo subversão. Imagine se dava tempo pra isso!"
(ENTREVISTA 13).

" Eu nunca fui muito favorável aos escolhidos, às vanguardas que comandam os outros, os donos da verdade que manipulam os outros e que ensinam os outros o que têm que fazer. Eu achava que as coisas tinham que vir mais de baixo para cima e o pessoal achava que tinha de vir de cima para baixo (...) Então, eu e Paulínia, quando eu falo eu também penso no grupo, a gente queria que a população se mobilizasse, que surgisse deles, e não que a gente levasse coisas e manipulasse a população para que a população falasse o que nós pensávamos... ou fizesse a cabeça das pessoas. Tinha a impressão que o LEMC tinha um pouco disso, fazer a cabeça das pessoas, comandar o ensino médico, tanto é que fracassou. Porque eles falavam para si mesmos, não tinha repercussão. Aparentemente tinha, em termos de 'marketing' tinha, mas na hora que você vai espremer.... Mas houve uma certa divisão ... A prática ficou, desligada, porque o pessoal achava, por exemplo... que atender paciente, trabalhar com comunidade, era uma coisa.... a revolução tinha que ser feita com a família ... Como dizia um colega meu: – Eu sou um profissional muito caro pra ficar atendendo paciente. Tinha um grupo que pensava e um grupo que trabalhava. E o grupo que trabalhava era considerado inferior e o grupo que pensava era considerado superior (...) Propunham coisas que ficavam no papel. (...) Decorria da imaturidade de todo mundo, ... muito desconfiado, donos da verdade, eu, eles, todo mundo.

É claro que as pessoas poderiam dizer que quem estava em Paulínia era alienado ... Talvez as críticas que houve aquela época seriam as seguintes: você vai lá, você até pode melhorar as condições da população, mas você não vai mudar o esquema, o sistema social. Você pode até abafar as contradições, então você está do lado do sistema. Quanto pior, melhor! Só que no início eles foram junto, quando eles começaram a perceber que a coisa funcionava...." (ENTREVISTA 19).

"Agora eu acho que eu só fui para essa experiência a nível primário..., claro que nós não chamávamos isso de nível primário, de atenção primária, isso não existia

na nossa linguagem. (...) O conceito de atenção primária surge depois no Congresso de Alma Ata, de atenção primária, que já é final da década de 70 ... Era o conceito da medicina comunitária. (...) Acho que a minha experiência no fundo registra isso..., a influência ideológica que teve, o discurso preventivista, o discurso da Medicina Comunitária, como um discurso alternativo e que enfim, permitiu um agrupamento das forças progressistas em saúde em torno desta visão, desta nova visão da medicina, cuja análise foi feita pelo S. na tese dele. (...) Não sei se ele contou, mas ele teve a tese dele bloqueada..., foi o pretexto: – Ou você defende no dia em que você não estiver na Universidade... sai primeiro da Universidade que depois você defende. Não sei se ele falou disso. Bloqueada significa isso..." (ENTREVISTA 20).

Quando, em 1991, a UNICAMP passou a cobrar mais intensamente a produção científica e a titulação dos docentes, que na maioria não tinha formação em pesquisa, acarretando em diminuição do tempo de atuação destes em Paulínia, transpareceram os diferentes vínculos, deveres e direitos dos membros das equipes. Isso se acentuou com o passar do tempo e com o aumento das equipes, interferindo com a potência do agir.

"A própria UNICAMP começou a exigir que o docente fizesse a pós-graduação, e nós estávamos todos sem titulação lá. Então nosso período de atendimento ambulatorial começou a diminuir, e o pessoal que era da Prefeitura começou a se sentir sobrecarregado. Isso começou a dar uma diferença sabe, deles se sentirem assim... (...) Eu tinha que vir pra cá, fazer um curso, assistir alguma coisa. Depois, começamos a assistir a reunião de quarta-feira do departamento de Pediatria, que era uma reunião geral, de todos os docentes. Para você ver como a gente se sentia assim meio que autônomo,(...) começamos a fazer rodízio, alguém ficava lá, e alguns vinham, assim como quem diz: – Vamos representar Paulínia lá. Até que então na quarta-feira, não ficava nenhum docente. Daí tinha que ser coberto, todo o atendimento (porque não ia fechar o Centro de Saúde) pelos médicos da Prefeitura. Então começou a ter algumas diferenças, essas diferençazinhas assim de ter tempo: – Ah, você é docente tem que ter tempo pra estudo, mas eu também

sou médico, tenho que me atualizar, eu tenho direito a ir ao Congresso, eu tenho também que ter tempo. Parecia que a gente tinha privilégios aos olhos dos médicos da Prefeitura. Se criou, em algumas reuniões um certo mal-estar. (...) Então, como era obrigação, e não era porque a gente queria, a gente tinha que colocar mesmo, ia na base disso daí: – Olha não tem jeito, a instituição pede que a gente vá, tem que ser assim. Então eles sentiam como se nós tivéssemos mais força. Porque desde que a gente dissesse assim: – Todos os docentes que são da UNICAMP, quarta-feira de manhã não estarão atendendo no Centro de Saúde, tem que sair alguém da Prefeitura e fazer a cobertura para o ambulatório. Não tem o que discutir, isso tem que ser feito, então eles tinham que se organizar lá pra dar essa cobertura. Ai era uma coisa meio autoritária até da gente, e era mesmo, não que a gente quisesse, mas é que também começava a puxar pra cá. A UNICAMP começava as nossas obrigações diante dela, diante do departamento e tudo mais, que isso não existia no começo. (...) E quando a UNICAMP começou a cobrar (isso não foi só na Pediatria, foi em de todos) a pós-graduação dos docentes da UNICAMP, houve um esvaziamento dos docentes do Centro de Saúde..." (ENTREVISTA 07).

Próximo ao rompimento final, o gerenciamento era exercido com um número menor de reuniões, numa rede que aumentava e que atravessava as dificuldades expressas nas falas acima, e acabou por fazer com que o conjunto dos profissionais fosse perdendo sua unicidade, entendimento global da rede.

"Ele (o Prefeito.) queria romper o convênio, mas o diretor do Centro de Saúde, conseguiu conciliar as coisas. E nessa época eles também faziam reuniões com todos os funcionários no Centro de Saúde, que era o que nós chamávamos de reunião geral. As unidades fechavam por horas, ou por um período, em que todas as discussões maiores de problemas que envolviam tudo, eram discutidos ali votados ali. Então o ... (Diretor) conseguia conciliar, botar o pano quente, segurar os funcionários um pouco. Nunca chegamos numa situação difícil junto da Prefeitura. Então tinha, tem que ter, tinha que ter uma ponte ali tá. Você vê: era funcionário recebendo um tipo de salário pela UNICAMP, Prefeitura pagando

outro salário, tinha até médicos que trabalhavam para o Estado, trabalhando lá. Então era uma coisa assim que eu achava que essa, a figura dessa pessoa do Centro de Saúde, dependendo de quem foi na época, conseguiu fazer muito bem isso. Vinha na UNICAMP e enchia: - Olha precisa repor vaga, precisa fazer contratação. E conseguia. Sei lá se foi acomodação, se foi dificuldade pessoal, ou se foi mesmo a UNICAMP emperrando a negociação, ou a Prefeitura também emperrando a negociação, esse rompimento do convênio tudo" (ENTREVISTA 06).

"Quando eu entrei lá, o ambiente de trabalho lá no Centro de Saúde era diferente, era muito melhor: era mais democrático, as coisas se resolviam todas em reuniões gerais, também demoradas, discutidas, batalhadas ... todas as áreas juntas e a direção, todo mundo, a rede, os postos, todo mundo sentava e discutia tudo: processo de trabalho, como é que as coisas iam se desenvolver, problemas políticos, tudo. E resolvia as coisas ali. Ai depois começaram a usar como justificativa que não se resolviam todas as coisas ali, e que era muita gente pra reunir numa reunião geral. Então, as decisões ficaram mais para a direção e depois criaram-se os Conselhos de Gerentes, que vinham os coordenadores dos Postos, coordenadores das áreas e a Direção. (E quem resolveu mudar?) Foram várias pessoas das áreas e principalmente o pessoal da Preventiva, por que o Centro de Saúde era projeto da UNICAMP, dos vários departamentos mas principalmente do departamento de Preventiva (...) As Direções que tiveram depois ... foram Direções fracas, pessoas ou com pouca força política ou que não tinham ..., habilidade política para resolver as coisas, ou com outros interesses. Até quando foi pra discutir o processo de eleição (da Direção), o pessoal da Preventiva veio com tudo e falou: - Não, quem escolhe, o peso maior do voto é docente, que vai poder eleger mais, o funcionário menos. Então foi perdendo a característica de uma coisa mais democrática pra ser uma coisa mais elitizada, uma coisa de docente. Eles que entendem, eles que manjam. Ai virou as coisas da Direção, Conselho de Gerentes. Eu acho que a relação entre as pessoas começou a mudar a partir daí. As áreas começaram a não se entender mais, porque de repente

o diretor era de determinada área ... A relação entre as equipes foi mudando com o tempo. No começo era uma coisa muito harmoniosa, muito não, mais harmoniosa, e acabou. No final muitas pessoas nem se falavam entre uma equipe e outra era impossível. Era questão, por exemplo, de contratação de pessoal, uma das coisas que me marcou bem. A área que podia chorar mais, podia mais ..., conseguia uma contratação para determinada área ... E aí brigava. A contratação de pessoal era uma coisa importante, tanto de médico, quanto de funcionário. Isso é um exemplo clássico" (ENTREVISTA 03).

"Acho que com o crescimento, um motivo, uma explicação que poderia dar para isso, com o crescimento da rede como um todo. Você vê, até um certo tempo dava para fazer reunião da rede inteira, uma reunião no Centro de Saúde com todo mundo. Depois já não dava pra fazer a rede inteira, passavam as unidades a fazer suas reuniões, mantendo reunião técnica por área, da rede inteira. O Centro de Saúde também, com o crescimento dele, as áreas também ficaram maiores e passaram a ter problemas mais específicos. Então, no dia-a-dia passava a ser mais, premente a reunião da área do Centro de Saúde do que uma reunião geral do Centro de Saúde. Mas não houve uma intencionalidade de deixar de fazer reunião geral. E acho que as pessoas foram naturalmente percebendo que tinha que estar ali, aquele grupo, tem problemas mais específicos, mais comuns, né, mais urgentes pra resolver, sentar e procurar ter uma solução né. E as reuniões gerais acabaram sendo muito esparsas" (ENTREVISTA 15).

Com o rompimento do convênio, a nomeação de profissionais da Prefeitura para acompanhar a fase de transição até a saída da Universidade, interferiu diretamente com o gerenciamento, acarretando dificuldades e cerceamento do processo de trabalho.

"Mas foi complicado, principalmente por essa convivência com essas pessoas que não tinham nenhuma capacitação, pessoas que a gente nunca quis, nunca aceitou. Inicialmente não tinham nenhum poder decisório, no Centro de Saúde Escola. Nas outras unidades não, já entraram tomando decisões e procurando se mostrar

confiáveis pra quem os tinha mandado lá. Pessoas assim, "prepostos", eles muitas vezes "acegam" as ordens que são dadas, fazendo besteira e são pessoas muito mal vistas pelos funcionários. Processo de intervenção mesmo. Não conseguiram mudar nada assim a princípio do funcionamento das unidades, foi mais no nível administrativo mesmo... Mas, por causa dessa falta de médico (o salário diminui e vários médicos saíram e não foram repostos), as outras três unidades ficaram sem coordenação, sem uma coordenação médica (técnica) e eles acabaram assumindo a coordenação das unidades. E assim muito inadequados, não tinham nenhuma adequação para fazer isso... Eles não se reportavam a mim. Quer dizer, eu acabei ficando como diretor do convênio, uma pessoa indicada segundo o convênio anterior, que estava denunciado mas vigendo ainda. Então não me chamavam para as reuniões, tinham reuniões da Secretaria Municipal de Saúde com essas pessoas... Era uma administração paralela. E eu não fui indicado nessa circunstância" (ENTREVISTA 15).

A impotência aparece também, com a diferença da Pediatria em relação às outras áreas e alguns gerentes, no modo de ver o papel da UNICAMP e as distintas inserções dos profissionais do projeto e em aspectos da organização do serviço e da prática; e na resistência à mudanças nos vários campos.

"A Pediatria era, ao mesmo tempo a área que mais participava e a área mais chata na participação (...) A Pediatria tinha muito mais serviços externos à unidade do que a clínica, então ela tinha conseguido organizar, ao longo desses anos todos esse serviço de supervisão de creche, de saúde escolar, que as outras áreas não tinham ou tinham alguma coisa muito tímida, um contato muito pequeno externo à unidade. Mas se você for ver o movimento assistencial da unidade, a clínica tinha mais movimento que a Pediatria e tinha a metade dos profissionais da Pediatria (...) A Pediatria tinha mais profissionais e era um 'lobby' mais forte dentro da organização da rede porque eles se importavam com isso o tempo todo. O envolvimento deles com o serviço próprio, com a área de Pediatria, era muito intenso. Então, ao longo do tempo, eles foram conquistando essas coisas (...)

Também trabalhavam abaixo do número ideal, mas muito menos, relativamente, do que as outras áreas. Tinha uma coisa também intrínseca da área de Pediatria de lá, que eu não sei se é só de lá ou se é uma coisa de personalidade de pediatra em geral, que é assim: eles eram obsessivos com as decisões técnicas e com as resoluções que tomavam. A Pediatria era a única área do Centro de Saúde que tinha ata das suas reuniões. Eu achava isso uma loucura, porque na Clínica, por exemplo, a gente resolvia os horários de ambulatório, ou como é que ia fazer o atendimento, conversando, assim como a gente está conversando aqui. A Pediatria fazia ata de todas essas coisas e depois cobrava. Fazia a escala de rodízio do ambulatório e tirava uma cópia para cada um (...) Por exemplo, o horário da Clínica era feito a giz na lousa que tinha lá, justamente para você poder apagar e mudar à vontade. A Pediatria não, era impresso, todo mundo assinava, tomava ciência. Tinha uma obsessão de controle de seus próprios funcionários e da área em relação ao restante da unidade, que você não tinha nas outras áreas. O que tinha isso de bom? Tinha de bom que a área funcionava super bem, dificilmente você tinha problema em relação ao funcionamento da área: – Ah, hoje não tem pediatra! Nunca aconteceu isso, o que é uma coisa boa. Agora, isso tem um lado ruim também, a relação fica um pouco desgastante da área com o restante das outras áreas e com a gerência, fica um pouco desgastada. Porque fica "caxias" demais, não tem relação espontânea. Uma relação que tem que estar sempre baseada na ata, no que você disse na reunião de 24 de fevereiro de 93, e não era assim que a gente estava acostumado a trabalhar lá. A gente trabalhava de um modo muito mais solto, o que eu acho importante para o sucesso do Centro de Saúde (...) Eu trocava com você, se estava tudo de acordo entre a gente e não ia faltar médico na área, está tudo bem. Isso era uma coisa que fazia depois de algum tempo, principalmente porque a gente contava com pessoas que, na sua maioria, tinha muita dedicação e envolvimento com o serviço, fazia com que a área funcionasse tranquilamente sem estresse, sem 'nervo'. E o fato da Pediatria fazer tudo tão certinho, quadradinho, destoava um pouco disso. Todo mundo achava que era uma pouco exagerado... o resto da unidade e a direção" (ENTREVISTA 12).

" A Pediatria era a única área que tinha atuação fora do Centro de Saúde. Eu gostava, mas achava que nesse programa passava a visão controlista também. Só não investia na construção do sujeito, professor, do aluno, da família. Que é uma coisa de médico tradicional, meio paternalista, você paternaliza e ao mesmo tempo é autoritário. Eu não tinha essa crítica, não tinha isso tão elaborado como estou falando agora, mas achava que o pensamento lá era muito médico tradicional, ético, técnico, buscava a melhor qualidade, mas dentro dessa perspectiva: o paciente é um objeto que eu vou cuidar muito bem porque eu sou responsável. Essa era a postura da Pediatria. Resumindo óbvio que não era só isso, mas era a única, a única não, mas era a área que tinha mais ação externa. Eu achava interessante, cobria toda a pré escola, a creche, a escola. O pessoal tinha uma ação muito boa. Agora, eu achava que podia diminuir o trabalho, eles trabalhavam demais, tinha uma super..." (ENTREVISTA 14).

"E tentando cumprir até as coisas que o pessoal falava, da não repressão de demanda, não sei o quê. Mas assim, desde o começo a gente percebe que isso até tem um limite. A não repressão de demanda não depende só da sua capacidade profissional, física, como ela depende de várias outras coisas, depende do humor dos outros colegas, dos outros funcionários. Desde cedo você começa a perceber isso. (...)

Antes (começo de 80) existiam várias coisas: chegou tarde não entra, esqueceu o cartão não entra, apesar de ter algumas pessoas que estavam insistindo muito em mudar. E hoje, olhando pra trás eu percebo que, o que reforçava isso era a postura de alguns colegas mesmo (apesar de um grupo estar querendo fazer diferente) e todo mundo aceitando. Mas no dia-a-dia isso não é bem assim do jeito que a gente falava... Acabava restringindo o acesso, porque chegava e falava assim : - Pode entrar esse agora? - Ah não, já são onze e quinze. Onze e quinze não tem mais ninguém. (...) De uma forma ou de outra esse comportamento reforçava uma coisa que sempre que a gente discutia falava assim: - Não, mas são os funcionários que reprimem a demanda. Hoje eu olhando pra trás, eu vejo que não é. Se o cara que está lá no fundo (médico na supervisão) você já sabe que ele vai te olhar torto,

falar: - Hoje não dá. Você nem chega: - Ah, hoje não dá mais... e acaba mandando embora. Hoje olhando várias coisas pra trás parece que eu enxergo um pouco mais claro isso!" (ENTREVISTA 01).

A dinâmica do gerenciamento e a organização dos serviços buscando decisões colegiadas e de consenso, através de reuniões e discussões nas áreas, serviços e comissões, quando adequadas são apontadas como potência, mas como impotência quando não são atingidas ou são mascaradas.

"Olha, eu acho que..., sempre foi uma relação (dos Pediatras do posto com os do centro) meio difícil. O pessoal achava, assim... que... quem se alocava no Centro de Saúde sei lá, se era melhor... Então, nessas reuniões técnicas (da Pediatria) ... o pessoal subia e realmente tinha muita briga, mas muita briga. Os pontos de vista eram divergentes. A sensação que eu tinha na época era assim: o pessoal dos Postos tinha uma extrema boa vontade, realmente eles queriam autonomia para as unidades tá. E eles viam algumas coisas nos programas que eles achavam que precisaria ser discutido, precisaria dar uma modificada; só que a gente chegava no Centro de Saúde, eu acho, hoje eu acho, eu vejo assim hoje, eu acho que era falta de amadurecimento da equipe dos Postos. A gente não tinha amadurecimento, a gente não tinha jogo de cintura, a gente não sabia ser político e não sabia discutir as nossas coisas. Então a gente começava a colocar, de repente alguém do Centro de Saúde batia, esbarrava, não pode, eu não quero, não é assim; e aí virava briga. Briga assim, bate-boca na reunião, o pessoal saía muitas vezes sentido. Eu também muitas vezes saía sentida das reuniões. Hoje eu acho que a gente não sabia ser político, a gente não entrava armado, a gente já devia entrar armada nessas reuniões, eu acho. Se os três Postos se unissem e falassem: - Gente, olha, o nosso objetivo é isso, é isso que nós estamos precisando, é isso que nós achamos que é importante. Então vamos entrar já montado, quais pontos vamos discutir, como vamos discutir essas coisas, sem se exaltar e conseguindo com que eles amarrem alguma coisa com a gente. Porque a sensação que eu tinha, às vezes, é que a reunião acabava e não amarrávamos nada, nós não conseguíamos amarrar

alguma coisa que fosse dar um subsídio importante para os Postos Mas eu achava que a gente não sabia discutir as coisas... que eu me lembre essa questão de cobertura de férias" (ENTREVISTA 06).

"Mas, tudo era decidido na reunião de área. Se o pessoal dos programas decidissem: - Olha nós vamos mudar nossa forma de atendimento..., nunca ninguém chegou e falou: - Gente vai ser assim. A gente chegava na reunião e punha lá, na pauta, tal coisa: - Olha gente, nós estamos trabalhando, estamos fazendo discussões em cima desse objetivo; ou - Nós achamos que tem que mudar o caminho, o ponto de vista é outro, então nós chegamos à seguinte conclusão, nós vamos passar a chamar uma vez por ano, que vocês acham? E isso passava por uma discussão, todo mundo opinava, todo mundo (da área) falava, uns eram a favor, outros eram contra, mas tudo era ... Então era assim todos os pediatras que trabalhavam no João Aranha e no Monte Alegre, no Planalto e no Centro de Saúde se reuniam pra discutir o assunto. (...) Então nada era imposto, tudo era discutido e muitas vezes votado. Padronização, contratação, todas as decisões que se tomava em relação à atenção à saúde da criança em Paulínia era tomado numa equipe, a equipe toda, nada era imposto, nunca foi imposto... Nessa reunião de área se decidia... Muitas vezes a gente acabava votando ..." (ENTREVISTA 06).

"A gente sentava pelo menos uma vez por mês para discutir as coisas que estavam acontecendo; tinham vezes que eram reuniões assim super desgastantes, porque era uma diferença de pensamento muito grande... entre os pediatras. Então, até você chegar num consenso levava bastante tempo. Algumas vezes, eu brinco até com a L., até hoje, que a gente ganhava no grito. Então é assim, a gente insistia tanto, insistia tanto, que acabava ganhando. (...) Tinha vez que ficava voltando e indo e voltando várias discussões até conseguir entrar o que você achava; o que eu também acho que é super normal, todo mundo tinha vivência de vários anos lá da unidade, não era porque a gente estava propondo uma coisa que era o correto" (ENTREVISTA 01).

"Na época, é como se fossem vários serviços, não era um serviço só. Tinha assembléias, tinha reunião com representante, coordenador e representantes técnicos, dos funcionários, era um conselho interno de gestão. Mas mesmo assim não tinha negociação..., se tinha uma vaga (para contratação), - É preciso gente em todo o lugar, como é que vai priorizar? Isso aí era discutido tal, mas chegava... É como se fosse vários serviços, uma federação de serviços" (ENTREVISTA 14).

A Impotência também é detectada nas dificuldades de relacionamento da equipe com a UNICAMP. Não se consegue investimento da Universidade nas últimas fases, principalmente no final quando não se conseguiu reverter o rompimento do convênio; e pela não valorização e perda no espaço extramuros da FCM.

"Eu acho que atender uma criança assim (só atendimento médico individual), sem conhecer melhor sua realidade, você não precisa de extramuros. O extramuros aí tá cumprindo uma finalidade, que eu creio que é importante também, o tipo de patologia, porque dentro do hospital na UNICAMP as patologias em geral são mais complexa e não é o dia-a-dia. Então, o aluno atualmente vê o tipo de patologia mais comum, por assim dizer, tem a oportunidade de atender um caso de Tuberculose, que a medicação fica no Posto, ele pode agendar aquele caso pra ele ver, isso daí, essa parte está sendo cumprida eu acho que dá do jeito que está. Mas uma visão maior daquele paciente, do bairro, da comunidade, das necessidades, isso se perdeu, se perdeu muito. (...) Realmente eu senti demais, porque eu tenho a convicção que não é assim que se trabalha. Tenho a convicção que isso não dá certo, e tenho a convicção também que não é só em relação à população, embora é o que eu falei, era aquilo que nos impulsionava em Paulínia. Mas com o passar dos anos eu senti que essa visão desse serviço e esse, por exemplo, respeito à necessidade daquela população, o respeito àquele indivíduo como um todo, é um valor que a gente tem que passar para o aluno e que não se passa numa consulta médica simples, discutindo um caso, a fisiopatologia, por mais discutido, bem atendido que ele seja. (...) Por exemplo, um aluno pega um paciente num posto periférico, ele pode marcar consulta para o dia seguinte. Se é uma hepatite, por

exemplo ele pode fazer a visita domiciliar. Então o aluno vai entender, a fisiopatologia da doença ali. Quando ele atende aquele paciente no Posto e ele vai fazer a visita domiciliar, e vê que a casa é desprovida de rede de água e de esgoto, que teve outros meninos que tiveram hepatite, que o esgoto corre céu aberto, ele não esquece jamais o modo de transmissão de uma hepatite.

Acho que, além disso ele vai ver que são pessoas que moram ali, que são famílias com as dificuldades todas, principalmente em Pediatria eu sinto isso. Lidei muito com a área realmente de Pediatria, então não posso falar de outras áreas, mas a gente vê aqueles alunos que têm umas certas postura de tudo culpar a mãe. Então a criança está sujinha: - Ah, mas essa mãe! Às vezes eles vem discutir assim: - Ah, mas essa mãe é péssima! Já vem com essa premissa: essa mãe é péssima. Se ele conhecesse melhor o bairro, a favela onde essa mulher vive, quantos filhos ela tem, quais são todas as suas obrigações e o que ela faz pra sobreviver, a visão dele com essa mãe seria diferente. O tratamento que ele dispensaria a essa mãe muda, se humaniza, fica diferente. Ele tem respeito por aquela pessoa, não importa se ela esteja suja, mal vestida, ele entende passa a entender, o mundo, o universo que é muito diferente do universo dele. (...) O aluno está cada vez mais distante do tipo de paciente que ele atende, de classe social mesmo, de modo de falar, de visão do mundo" (ENTREVISTA 07).

" Do projeto em si, dessas atividades chamadas extramurais, acho que a Universidade está muito, muito aquém do necessário. Até hoje não conseguiu refazer de forma adequada essas atividades extramurais, faz assim de forma muito precária, muitas deixaram de ser feitas, tinha a parte do hospital que era feita lá em Paulínia, isso acabou.(...) Mesmo em Campinas, tinham grande possibilidade de refazer isso, e principalmente não foi possível refazer da forma que era, porque era tudo de forma integrada. Está tudo espalhado. Se você for analisar a participação da Universidade, foi em diversos momentos colocado o projeto de Paulínia como um ônus pra Universidade, pra Faculdade. Excesso de gastos feito nesse nível né, apesar da gente ter demonstrado várias vezes o retorno que a faculdade tinha, a participação no sistema, que não teve. Já há muitos anos a

prioridade da Faculdade não era essa. Existia porque já estava montado e não ia desmontar uma coisa que estava funcionando lá. Mas a partir do momento que a Prefeitura, o parceiro se desinteressou e rompeu o convênio ela também não se articulou para montar isso em outro local. Ela demitiu um grande número de pessoas, muitas pessoas que foram contratadas pelo convênio foram demitidas. E, ao mesmo tempo, não conseguiu articular com outro município esse tipo de relação. Não conseguiu reproduzir o projeto em outro local." (ENTREVISTA 15).

III.5 - QUANTO AO MODO DE VER O PROJETO

Cada entrevistado teve o seu discurso considerado em relação ao modo como viu o resultado final do projeto no seu todo. Foram classificados tendo as seguintes formas de ver:

5.a - Fracasso (**Frac.**) - entrevistados com discursos nos quais se identificava o fracasso, o insucesso do projeto.

5.b - Não-Fracasso (**Ñfrac.**) - entrevistados com discursos nos quais se identificava o sucesso do projeto.

Quadro 6 – Classificação das 20 entrevistas quanto ao modo de ver o projeto.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Frac.	+++	+++	+++	++	++	++	++	+	+	+	+++++	+++	+++	+	++	++	+++	++	++	
Ñfrac.	++	++	++	++	+++	+++	++	+++	+++++	+	+++	+	++	+++	+++	++	++	+++	++++	

Obs. (+): intensidade

Os discursos continham tanto o fracasso (**Frac.**) como o não fracasso (**Ñfrac.**) do projeto. Os discursos que apontavam os aspectos positivos do projeto foram identificados como não-fracasso. Os fracassos se situaram nos momentos de crise. Mas atribuem o insucesso

ao momento, ou no local, ou, principalmente à dificuldade de relacionamento interno ou externo

O não-fracasso se deve à influência que o projeto exerceu sobre quem passou por ele, como profissional ou como aluno, mostrando a possibilidade de um serviço de saúde público comprometido, de algum modo, com a população e com o princípio do direito à saúde, e inspirando também a criação de outros projetos.

"E entrei em contato com as dificuldades de mudar o ensino médico. As coisas não se mudam assim, de cima para baixo. As coisas vêm de baixo pra cima. Hoje, tanto tempo depois, você vê os resultados daquilo. A Secretaria de Saúde de Campinas, por exemplo, os assessores do Secretário de Saúde de São Paulo são ex-alunos, foram nossos alunos. O pessoal da PUCC, a L. e o pessoal da Pediatria, todo esse pessoal que passou por Paulínia. Toda essa rede de postos de saúde da Prefeitura de Campinas, sessenta postos, sei lá quantos tem agora, são as idéias que se disseminaram ... poderia perguntar - Ah, mas se não tivesse tido isso será que não existiria? Talvez existisse, talvez fosse um momento, mas, com certeza, aquela experiência foi um pontapé inicial para tudo isso. E que as dificuldades continuam exatamente as mesmas, se repetindo: brigas pelo poder, dificuldades, privatização, medicina de grupo, falta de verbas, desinteresse em saúde, e as pessoas lutando. Aí apareceu como consequência disso, não digo disso, de Campinas, mas no Brasil todo, porque junto com essa experiência houve outras, um momento histórico, apareceu toda a mudança dentro da classe médica: os conselhos regionais passaram a se preocupar com a população, os sindicatos de médicos passaram a ver os médicos como assalariados. Acabou aquela história de médico liberal. Os profissionais de saúde se uniram, criou-se a categoria de trabalhadores de saúde. As equipes passaram a funcionar de uma maneira mais adequada. Hoje em dia não existe mais saúde sem equipe, equipe multidisciplinar" (ENTREVISTA 19).

"Mas no restante eu acho que Paulínia foi muito bem. Acho realmente um modelo bonito de assistência, de inovação em vários momentos. E com certeza, quem saiu

de lá saiu com a cabeça rica pra fazer outras coisas, rica para repetir algumas coisas. Porque realmente assim teve a possibilidade de ver o que funcionava melhor, o que não funcionava, pra você fazer até alternativos" (ENTREVISTA 05).

"A missão do serviço acho que era dupla, deveria ser tripla, mas no fundo era dupla. Era implantar um sistema público de excelente qualidade, mostrar que era possível, efeito demonstração. O serviço de Paulínia tinha que ser modelo, mostrar que funciona, e formar gente: graduação, residência, e formar pessoas, influenciar na faculdade. A terceira missão, que a gente não cumpria era a pesquisa. A gente não tinha maturidade de pesquisa, não tinha tempo, não tinha orientação. A gente fez muito pouca pesquisa lá. Paulínia virou um efeito demonstração, e muita gente formamos lá. Teve gente do Brasil inteiro que passou ali, que aprendeu ali, foi escola aquilo ali. Durante vinte anos foi um centro, as pessoas se capacitaram ali para trabalhar em Saúde Coletiva, em programas, em áreas mais específicas, mais gerais, influenciamos a faculdade, acho que cumpriu" (ENTREVISTA 14).

A Saúde da Criança é identificada como sucesso, como a área em que mais se conseguiu concretizar as propostas do projeto de Paulínia. Foi ressaltada a organização do atendimento individual no CSEP, que equacionou, razoavelmente, a demanda através de consultas médicas ou de enfermagem agilizadas para as intercorrências e urgências e agendadas.

"Acho até que a M. (desenvolvendo a Puericultura do PAMI) deve ter sido uma das raras pessoas que tentou conciliar LEMC com a prática do Centro de Saúde" (ENTREVISTA 19).

"Foi uma experiência muito rica, pelo lado da avaliação nutricional, pelo lado do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, pela lado do acompanhamento psicológico das mães e das crianças. Sem contar o atendimento... Foi uma experiência muito rica, aliás, para a gente avaliar o papel,

a possibilidade de atuação mesmo da atenção médica sobre o problema da mortalidade infantil. Como a gente realmente conseguiu praticamente erradicar os casos que terminariam numa internação, os casos de desnutrição de terceiro grau. Praticamente nós erradicamos este problema... É claro que não diminuíamos a incidência do problema da diarreia, porque isso dependia de saneamento. Mas evitávamos que a coisa evoluísse em termos de gravidade. Segurávamos o problema. Então, para o alívio que aquilo representava, da pressão que exercia sobre o hospital, sobre o pronto-socorro, teve um papel fantástico.

A demanda foi crescendo a tal ponto que passamos a atender da criança mais pobre de Paulínia até a esposa do prefeito, donos de sítio, fazendeiros, atendíamos crianças ali, de famílias que... A medicina que era oferecida ali ganhou realmente uma fama de uma excelente medicina. Foi um ganho extraordinário para o serviço público. Conseguimos atender toda a demanda com essa delegação de funções, essa divisão de pacientes em grupos de risco.

Então foi em cima da qualificação do normal, do que é ser sadio, que repensamos toda a questão da puericultura. O atendimento nosso passou a ser visto em termos de grupo de risco. E o médico passava a atender prioritariamente as crianças de risco, sempre." (ENTREVISTA 20).

"Esse grupo de risco não era dirigido para as crianças de Puericultura, com todas as crianças. Conforme o problema que a criança tinha a gente matriculava nesse caderno, quando era alguma patologia que tivesse maior preocupação. E aí dependendo, todos os meses era visto o caderno, quais as crianças que tinham que ter retornado em fevereiro, março, abril ... e essas crianças eram convocadas para vir para o Centro de Saúde ... mais comumente via correio e, em alguns casos, até, dependendo da importância, a gente fazia visita domiciliar" (ENTREVISTA 05).

"O atendimento de cuidados básicos era um nível muito bom, comparando pelo menos com a média do que se atende em centros de saúde de qualquer outro lugar. O atendimento feito pela enfermagem, pelas atendentes, porque lá tinha atendentes, tinha técnico de enfermagem, e tinha os pediatras, atendimento de

primeira linha, atendimento de uma qualidade que a classe rica do país não tem melhor do que aquele ali" (ENTREVISTA 09).

"Na Pediatria, acho que até o modelo assistencial teve um desenvolvimento maior do que outras áreas. Acho que a área de Pediatria não só se destacou da rede como soube identificar determinadas situações de risco que promoveu uma melhoria na assistência e na qualidade de vida da população de Paulínia. De dois pontos de vista: de acesso interno ao serviço de boa qualidade, e de cobertura, de prover a população de programas que realmente propiciaram uma melhor qualidade de vida. (...) Porque ela estava mais articulada, ela pôde mais precocemente se organizar, ter programas mais específicos desse nível; por ter uma boa articulação entre os seus componentes, ter um envolvimento majoritário, de quem trabalhava na área, a coisa acho que encaminhou mais profundamente. Eu acho que também por ter pessoas capacitadas, de executar um bom atendimento, de trabalhar, fazer o serviço andar, identificar os problemas que estão impedindo ou dificultando o atendimento ou melhora do atendimento, acho que isso depende bastante de ter pessoas envolvidas e ter pessoas a fim de ver a coisa melhorar, ir atrás do problema e procurar resolver. Eu acho que nesse ponto a Pediatria, na rede, era mais uniforme" (ENTREVISTA 15).

"Já estava claro que o ambulatório atendia tudo numa faixa etária que era assim, nunca se definiu o adolescente mas a gente atendia treze, quatorze anos, (...) Aqueles pacientes que eram mais antigos e acabavam ficando, eles nunca queriam mudar nem pra Clínica, pra GO., então acabavam ficando lá com a gente. Era uma coisa que a gente já fazia, o tal do atendimento do adolescente" (ENTREVISTA 01).

A educação e vigilância à saúde junto às instituições municipais que atendiam a criança e o adolescente, além de desencadear ações coletivas, qualificava o atendimento individual com o contato e o conhecimento dos ambientes nos quais eles viviam.

"Os programas que eles tinham fora do Centro de Saúde, que era de creche, de pré-escola, o próprio PIESE, ..., então você deixava de lidar só com aquela criança doente pra tentar trabalhar em outra coisa, que é aquela criança sadia. Então, era o lance lá que falava muito da prevenção" (ENTREVISTA 01).

"Esses programas eram voltados, para uma vigilância à saúde das crianças ... O que tinha de bom nesses programas, é que, do modo como eram estruturados, bem estruturados, bem montados, eram eficientes até certo ponto. A relação que tinha com a educação era uma coisa muito interessante, proporcionou a gente várias experiências, vários tipos de trabalho junto com o pessoal da educação. Por exemplo, desde você trabalhar com o pessoal de pré-escola e de escola, vendo com eles a questão do fracasso escolar, uma coisa super difícil de trabalhar com eles. Durante muito tempo, por exemplo, a gente que trabalhava no PIESE fazia reunião com professoras, rotineiramente, discutindo a questão do fracasso escolar, mostrando pra elas que não tinha tanta relação, como elas viam com questões da saúde, é muita mais da própria escola. Eu trabalhei muito com a questão da sexualidade nas escolas, fui várias vezes fazer isso. Possibilitou a gente do Centro de Saúde formar uma equipe que trabalhava com esta questão, montamos um curso de sexualidade para trabalhar com as professoras, foram umas coisas super interessantes. O pessoal que trabalhava em creche também teve várias oportunidades de trabalhar junto com o pessoal das creches, fizeram várias coisas juntas, o pessoal da pré-escola, então, nem se fala, um monte de coisa também. Então essa integração, essa possibilidade de trabalhar junto com a educação era uma coisa muito interessante" (ENTREVISTA 03).

"O programa de saúde escolar eu não conheci muito bem. O programa de supervisão de creche e pré-escola é que eu achava mais interessante. Eu acho que eles geraram, inclusive, uma formação de pessoal nas creches e pré-escolas que foi muito importante. As diretoras de creche, as babás, através do contato que tinham com o pessoal da Pediatria, que ia regularmente às creches e pré-escolas, foram

aperfeiçoando o seu conhecimento, sua qualidade de perceber sintomas nas crianças" (ENTREVISTA 12).

"Então nos aproximamos muito da parte da educação e isso foi uma coisa bastante importante. O setor da educação da Prefeitura de Paulínia, era um grupo muito próximo a nós. Para nós, da Pediatria, isso foi fundamental, a gente trabalhar com pedagogos, com psicólogos, fazer os programas junto com eles. (...) E o contato muito perto com as pedagogas da própria Prefeitura e as reuniões foram enriquecendo a gente para lidar com os problemas e procurar uma solução juntas. (...) Assim como na creche, na pré-escola e na escola, esse contato com a parte de educação foi muito próximo e acho que foi enriquecedor tanto para a gente quanto para elas " (ENTREVISTA 07).

A boa infra-estrutura de apoio diagnóstico, o acesso facilitado a algumas especialidades médicas e, quando necessário, ao atendimento hospitalar, contribuía para aumentar a resolubilidade do sistema, buscando a integralidade das ações de saúde. Ampliava as possibilidades de atuação, de compreensão e de resolução dos problemas de saúde, consolidando um sistema público de saúde e um campo privilegiado para o ensino na área da saúde.

"Mesmo que o colega visse de manhã e ele não fosse à tarde, passava com o pediatra da tarde. Então, casos assim, que eram patologias agudas nós passamos a conseguir, a resolver dentro do próprio serviço, sem precisar a gente encaminhar para o pronto-socorro. A maioria das coisas eram coisas que nós poderíamos resolver, mesmo coisas que você tinha que investigar, o laboratório da UNICAMP fazia exames pra gente. Então o paciente colhia na nossa unidade perto da casa dele os exames e esses exames depois eram conduzidos via laboratório do hospital para a UNICAMP. (...)

No hospital tinha ortopedia e tinha o ambulatório de cirurgia, tinha oftalmo também ... Para seguimento psicológico, fono, a gente tinha o CETREIM ... um centro de treinamento integrado municipal que tem em Paulínia, mantido pela

Prefeitura. ... As outras especialidades iam pra a UNICAMP. Mas eu acho que a maioria das patologias a gente conseguia resolver de ambulatório, lá mesmo.

Acho também que era muito de quem trabalhava por lá. Depende muito da época, das pessoas. Nós fomos residentes, então a gente tinha um livre acesso dentro do hospital da UNICAMP. Muitas vezes a gente tinha alguns casos que a gente ia para discutir, levava o prontuário dava uma discutida ... alguns casos que estavam mais emperrados e isso evitava o encaminhamento.

Quantas vezes eu não liguei para S. no ambulatório de Pediatria (da UNICAMP) para discutir algum caso ... A gente conseguia muito assim, telefonava para o colega em casa, - Olha, você não quer agendar pra mim uma consulta com fulano, precisava ser mais urgente, não pode demorar.

Então o pessoal, e mesmo os residentes, eles tinham interesse. Então se existia algum caso que estava seguindo, que não vinha uma devolutiva da UNICAMP, mas o paciente estava sempre no posto, ele ia lá no HC, procurava a pasta da criança, copiava os diagnósticos, voltava pra você com isso. Existia muito esse intercâmbio. Então isso facilitava você às vezes não encaminhar. E muitas vezes a gente até pegava as pastas e subia lá no Centro de Saúde, pra conversar com o pessoal. Ai você começava a segurar mais o doente com você, sem precisar encaminhar para a especialidade ..." (ENTREVISTA 06).

"Um serviço que, na época, pra você ter uma idéia, tinha um movimento de ambulatório maior do que qualquer uma das especialidades da Faculdade de Medicina. O movimento de ambulatório de Paulínia, que era tocado por doze docentes, era maior do que qualquer um dos departamentos da faculdade, alguns com trinta e tantos docentes. A gente era responsável por um município que tinha uma mortalidade infantil de dez por mil nascidos vivos, que era a mortalidade mais baixa da região. E isso claramente aconteceu com a presença da gente lá. A gente tinha um serviço que resolvia 96% do movimento, encaminhava para fora do município 4% " (ENTREVISTA 12).

"Quando construiu o hospital, de nível secundário, facilitou muito. Então uma criança que não estava bem, era atravessar a rua ali do Centro de Saúde, estava dentro do hospital. Então era muito fácil saber como é que estava indo aquela criança. Para o aluno também eu achava isso super importante. Vários alunos ressaltaram isso, que eles passavam no hospital também. Então eles falavam: - Ah, dessa criança, eu fiz o parto! Ele tinha feito o parto da mãe da criança, tinha a oportunidade de atender aquela criança dentro do Centro de Saúde, ou tinha acompanhado aquela criança internada, depois estava fazendo o acompanhamento dela no ambulatório, ou tinha atendido a mãe numa outra área, por exemplo, na Ginecologia Obstetrícia, agora estava atendendo a mãe acompanhada do filho. Então se percebe que o vínculo e a visão que ele tem daquele paciente se ampliava, e se ampliava de uma maneira natural, você não precisava dizer: - Olha, você precisa ter uma visão maior, você precisa perguntar isso, aquilo. Ele vivia aquilo, ele vivenciava aquilo no atendimento" (ENTREVISTA 07).

A possibilidade de atuar com o pessoal da enfermagem ampliava as ações, mas a delegação de funções era apontada como excessiva, quando tentava equacionar a demanda por atendimentos, descaracterizando as especificidades da enfermagem.

"Nós conseguimos atender toda a demanda com essa delegação de funções, essa divisão de pacientes em grupos de risco. De modo que as próprias atendentes já triavam, já iam atendendo o que fosse criança sadia, retorno simples... Nós nos dividíamos em diferentes atividades, tarefas de atendimento. A divisão de trabalho nosso lá era uma coisa muito interessante" (ENTREVISTA 20).

"Grande parte do atendimento de enfermagem era feito pela L., que fazia ... uma coisa assim brilhante. O que ela fazia em termos de Puericultura ..., e ela foi ensinando, os funcionários ... Começou com a M., que foi colocando atendimento de enfermagem. A gente foi incrementando ao longo dos anos. Acho que cada um que foi chegando lá foi dando uma característica maior. No primeiro momento, como a coisa era muito de Puericultura só, as coisas que estavam até escritas eram

mais em função de Puericultura. Depois foi aumentando ... porque ... a Puericultura, na ocasião, atendia muito mais as crianças ainda sadias, ditas sadias, atendia outras crianças, mas mais as sadias Logo que fez esses manuaizinhos internos sobre as patologias, a gente foi realmente modificando o atendimento da enfermagem ... Então cada vez que o pessoal foi pegando aquilo, foi reajeitando, foi ampliando. Um resolvia trabalhar em outra área, iam, sempre levando a enfermagem junto pra ver como é que dava pra funcionar. Eu acho que no primeiro momento ficou mais a nível médico, a gente tá escrevendo a coisa pra enfermagem. Mas quando nós fomos já tinha algum esboço da M.. Lembro que ela tinha algumas coisas que a M. já discutia com a enfermagem, ..., então ajudou Mas depois de um certo tempo ... que nós estávamos lá ..., quando começou a ter ..., outras enfermeiras, aí a enfermagem também tinha participação grande nessa elaboração, de ensinar esse pessoal de auxiliar..." (ENTREVISTA 05).

"E isso era atendimento de enfermagem, que eu acho que foi uma experiência super importante lá de Paulínia, funcionava muito bem, dava uma, tinha uma boa resolutividade para o serviço. As profissionais eram boas, bem treinadas, uma experiência interessante" (ENTREVISTA 03).

"No final que eu estava lá em Paulínia, quase 90% das consultas, dos atendimentos de enfermagem, eram conjuntos, então assim, você vê, a enfermagem na verdade não estava resolvendo praticamente nada sozinha. (...) Na Pediatria ainda tinha um critério. Na GO., aconteceu ao contrário os ginecologistas restringiram muito, eles restringiram o pré-natal era só consulta médica, aí ficou bem pouca coisa para enfermagem na parte da Saúde da Mulher. O critério da Clínica de adulto pra passar pra enfermagem era não ter vaga para o médico, qualquer que fosse a queixa. Aí, era um negócio meio complicado, porque as auxiliares começaram a perceber, que elas estavam assumindo uma responsabilidade muito grande e que não é delas. E todos os casos elas discutiam com o médico. Elas levantavam a história, com a queixa do paciente, chegava lá contava para o médico, e o médico discutia e mandava dispensar ou não. Uma auxiliar de enfermagem, que não tem

uma formação médica, ela está contando certinho o que ela entendeu, e o que ela perguntou, agora, será que precisava ter perguntado outras coisas? Não sei, ela também não sabe! Então, a demanda de adulto era muito grande, né. Se fosse para fazer só o atendimento médico e restringir demais esse atendimento de enfermagem a demanda reprimida ia ser muito grande. Só que e daí? Por causa disso a enfermagem tinha que assumir coisa até que não é da função, né, mas era assim" (ENTREVISTA 02).

Apesar de sua resolubilidade e de suas alternativas, as ações da área da Saúde da Criança eram também consideradas medicalizantes e paternalistas, não atingindo a autonomia do usuário. O mesmo ocorria em outras áreas.

"Desde o início do Centro de Saúde, e acabou ficando como uma grande missão do Centro de Saúde era atender a população, dar atendimento à população. Essa era a grande preocupação: a população, precisava atender a população. Então você atendia muito, as pessoas passavam muito no médico. A gente achava que todo mundo na cidade era doente, a impressão que eu tinha era essa, todo mundo aqui em Paulínia era doente. Na verdade não é assim, algumas pessoas são doentes, outras pessoas têm uma ou outra doença, mas a maior parte da população é uma população sadia. Eu acho que as pessoas viam todo mundo como doente, olhavam paras as pessoas e viam todo mundo doente. (...) Então eu me lembro que eles falavam sempre isso: a grande preocupação do Centro de Saúde, no início, era atender a população, mostrar que eles estavam ali para atender, que o serviço podia atender a população toda, ficou muito em cima disso, mostrar que o serviço público podia atender a população. Acho hoje, que o serviço público pode atender a população e fazer outras coisas mais. Trabalhar junto com essa população, ensinar pra ela a lidar com o próprio corpo, com a própria condição de saúde e de doença dela. Ensinar ela mesma a se cuidar e não ser cuidada. Acho que lá a gente cuidava muito da população e não estava ensinando muito como ela se cuidar. O que eu via de ruim nos programas, não só eu, muita gente achava também, que eram programas muito medicalizantes, que atuavam muito dentro da instituição.

Mesmo o PIESE, que não estava tão dentro da escola, tirava a criança da situação da escola e fazia uma outra situação semelhante dentro do Centro Odontológico, quer dizer, no final era quase a mesma coisa" (ENTREVISTA 03).

"Isso eu acho que é meio uma característica de pediatra. Acho que eram, às vezes, exageradamente intervencionistas, preocupados, talvez, paternalistas demais com a população. (...) Eu achava que eles supermedicalizavam a população, paternalisticamente, ao invés de, talvez investir mais na educação sanitária da população. Isso eu vejo, assim, retrospectivamente" (ENTREVISTA 12).

"Uma crítica que eu tenho à minha atuação lá, mas também à equipe: a gente priorizou muito a extensão de cobertura, a expansão quantitativa do serviço, e, do ponto de vista qualitativo o lado mais técnico, tecnocrático, digamos assim. A gente não trabalhou vínculo, não trabalhamos com a formulação do modelo, acabamos implantando um modelo muito tradicional, de qualidade, mas médico tradicional, centrado no médico. Reproduzimos lá um modelo muito centrado na figura do médico, atendimento médico individual. A gente quase não tinha ação de Saúde Coletiva, a vigilância demorou a ser desenvolvida, com muita dificuldade de se aproximar da comunidade" (ENTREVISTA 14).

A autonomia da equipe e do projeto também é associada tanto ao sucesso quanto ao fracasso. Até os últimos três anos, a maioria dos profissionais da UNICAMP em Paulínia, lotados principalmente no departamento de Medicina Preventiva e Social e no de Pediatria, tinham suas atividades centradas lá. Compareciam em algumas reuniões nos departamentos, prestavam conta das atividades assistenciais e de ensino, e não eram cobrados quanto à pesquisa. No Departamento de Pediatria havia dois setores de Pediatria Social que não eram integrados. Eram os docentes de Paulínia e não deste ou daquele departamento. Este convívio permitia uma grande integração com os profissionais da Prefeitura, e que a população e, às vezes, até eles próprios não sabiam diferenciar quem era de cada instituição. Mas contribuiu para isolar o projeto.

"Hoje ^{os} profissionais de saúde se uniram, criou-se a categoria trabalhadores de saúde, as equipes passaram a funcionar de uma maneira mais adequada. Hoje em dia não existe mais saúde sem equipe, equipe multidisciplinar. Naquele tempo ainda existia o médico liberal. Aliás, uma das propostas era a gente mostrar..., era até engraçado, a gente querer que os outros funcionários trabalhassem no mesmo nível que a gente (médicos), e eles se sentiam inferiorizados,... propondo, discutindo, perguntando, dando palpite, administrando, representando, essas coisas todas. O pessoal não estava acostumado a isso. Era uma discussão inclusive filosófica: nós vamos abrir espaços para eles, vamos ceder, ou eles vão ter que conquistar, como é que faz, como é que não faz? É uma coisa difícil, porque é cultural. Quando você fazia uma reunião lá, até o motorista, a faxineira. Essas reuniões eram feitas semanalmente. - Quais são os problemas que vocês estão tendo? A faxineira abria a boca e falava com o doutor? Era complicado. Essa coisa da democratização, eu acho que foi um esboço, de uma coisa que estava permeando a sociedade ..." (ENTREVISTA 19).

"(Como que você acha que eles daqui - **Pediatria Social "de Campinas" - olhavam Paulínia?)** Eles achavam que a gente atendia demais, que um serviço escola não podia atender tanto, tinha que estar mais voltado ao ensino e à pesquisa, não tanto ao atendimento a população. E a gente achava que sem dar esse atendimento para a população não podia tá fazendo ensino e pesquisa" (ENTREVISTA 03).

"Nós não fomos contratados pra lá, mas que o objetivo era Paulínia. A gente ficou tão preocupado que crescesse, que desse certo, que a gente se enfurnou dentro de Paulínia a Tanto que todos nós demoramos pra começar a pós-graduação, a pensar em tese. Porque todo mundo achava que nos temos que trabalhar, temos que organizar..., atender, ..., a gente está indo para o caminho errado porque a gente ficava trabalhando tanto que justamente por trabalhar muito a gente não vinha ao departamento, não tinha tempo quase pra produzir trabalho. Não é que eu diga que só isso justifique, mas, de uma certa forma, era meio por aí. ... Se não

tivesse aluno, não tinha importância, a gente atendia, - Olha, quantos períodos tem que fazer? Tantos e tantos. - Ah, é, hoje não vai receber, aonde você vai? Era bem assim o nível da cobrança entre nós. E todo mundo aceitava numa boa. Eu acho que com isso ficávamos só querendo fazer aquilo, montar aquilo, então a gente se afastou da Universidade, dos departamentos Os departamentos também não fizeram muita força, não ligaram muito, até mandaram os alunos deles, ... alunos nossos, mas não se preocupavam por exemplo, em falar: - Vamos chamar pra ver o que aquela negadinha está fazendo lá?: - Vamos ver, espera aí, vamos ver direito, o que que é, como é que está sendo. Então eu acho que foi imaturidade nossa. Devíamos já ter pensado ... Mudamos, mudamos porque levamos uma caceteada por isso aí, que talvez seja correto. Você tem que ter mesmo, pesquisa, não pode ficar só na questão assistência. Então eu acho que foi isso, que os departamentos se acomodaram ..." (ENTREVISTA 05).

*"Em Paulínia era completamente diferente: eram os casos do Centro de Saúde (...)
E trabalhavam lá num serviço totalmente integrado, as reuniões eram gerais...
Eram pediatras, não importava se era docente da UNICAMP ou se era um médico da Prefeitura. Todo o relacionamento, mesmo os funcionários de enfermagem, desde nível técnico, até de pessoal de limpeza, tanto é que quando houve a divisão, a quebra, eu não sabia quem era da UNICAMP, quem era da Prefeitura. Foi aí, depois de tantos anos de trabalho que eu fiquei sabendo que fulano não era da UNICAMP, que era da Prefeitura, porque não havia uma distinção.
A gente ficava muito separado mesmo da UNICAMP, do departamento, assim no começo ... Então essa separação, ao mesmo tempo que fez com que a gente se unisse muito com os funcionários, médicos da Prefeitura, não ter diferença, fez também com que a gente se afastasse principalmente de produção científica, e que a gente não mostrasse pra a Universidade o potencial, o que se atendia, o que podia ser feito dentro lá do Centro de Saúde em Paulínia, aproveitando as áreas. Teve os dois lados" (ENTREVISTA 07).*

O fracasso aparece também relacionado à pouca produção científica por parte das equipes e à escassa titulação dos docentes. Isto dificultava o conhecimento, a divulgação e a discussão do que era realizado tanto em termos assistenciais como de ensino, e fazia com que as equipes não tivessem poder dentro da UNICAMP.

"Eu acho que Paulínia pecou pela pesquisa. Eu acho que tinha uma falta de tempo mesmo de a gente fazer algumas coisas, porque não é fácil montar um serviço daquele tamanho. É uma certa imaturidade mesmo, nesse sentido de você não estar colocando a cada momento alguma coisa. O que aquilo representou, escrever em cima daquilo. Por exemplo, ... aquele atendimento de enfermagem, pra mim Paulínia iniciou. ... E aí, fazer o que, não escreveu, então ficou sem dono. Na pesquisa ... a gente falhou, falhou mesmo, mesmo na pesquisa destinada à questão dos próprios alunos, administração de algumas coisas que a gente poderia tá fazendo. Eu acho que tem algumas justificativas pra nós, que é essa justificativa do serviço, é um serviço grande, nós éramos em poucos no primeiro momento, então eu acho que tem uma justificativa, mas eu acho que a gente falhou mesmo" (ENTREVISTA 05).

"Então, eu também acho, tenho uma crítica pro pessoal de Paulínia, que trabalhava lá. Não soubemos aproveitar, principalmente eles que eram os docentes. Eles demoraram, eles estavam sempre tão preocupados em atender, não deixar a população descoberta, porque era um compromisso deles junto da população, e isso era uma coisa muito importante, mais preocupado com o aluno com o seminário, que esqueciam que tinham que produzir trabalho. Porque enquanto eles estavam fazendo uma coisa tão bonita lá, o pessoal da UNICAMP estava ali escrevendo trabalho, fazendo tese. Quando chega na hora do peso: – Olha, aqui produziu mais, eles não produzem nada. Então a UNICAMP não investia em Paulínia, não olhava pra Paulínia com os olhos que devia ver. Pelos menos eu via assim, a minha opinião pessoal. O pessoal demorou muito pra acordar que tinha que fazer tese, que tinha que botar as teses pra frente. Trabalhos que nós podíamos ter publicado milhões de trabalhos: com a história da creche, com a história do

PIESE, a história da pré-escola, demoramos muito pra fazer isso sabe"
(ENTREVISTA 06).

"Quando a gente trabalhava lá, a gente tinha uma noção muito nítida das limitações da ação médica, da consulta médica dentro do contexto de saúde de uma pessoa. O que é a consulta médica, o do que ela representa para a saúde global da pessoa? É um pedacinho assim. E o médico, e os serviços médicos se limitarem a essa coisinha é muito pouco. Eu acho que isso é que era importante passar para os alunos. (...) Eu acho que justamente por que nós estávamos tão envolvidos com a parte assistencial ... nós não conseguimos, nesse tempo todo que estava lá, uma produção científica pra que o nosso pensamento filosófico pudesse ser aceito, ter uma consistência maior. Isso foi um erro nosso, do grupo. Eu pessoalmente assumo 'mea culpa' integralmente nesse sentido (...) E a produção científica não era cobrada, e, como eu falei, e em compensação, a parte assistencial era cobrada assim de muito perto. A gente trabalhava lá perto e a chefia do Centro de Saúde ficava cobrando uma produção assistencial. Além da cobrança do chefe, a gente estava muito próximo da população, e havia o envolvimento com os problemas ali do cotidiano da população. (...) Na minha própria formação acabando a residência, como não tinha curso de pós-graduação voltados pra a Pediatria, foi ficando essa parte de investigação científica, muito de lado, de produção de trabalho científico, de publicação. A gente participava de Congressos (...) Acabei depois publicando um trabalho aí sobre o programa de creche. Mas poderiam ter saído muitas publicações, se houvesse essa preocupação, se o nosso grupo dissesse: - Não, olha, nós precisamos sentar, escrever. Mas naquela época nós tínhamos dados tanto de saúde escolar, como de creche, de pré-escola, um acesso muito fácil" (ENTREVISTA 07).

O gerenciamento do projeto do CSEP e depois da rede ambulatorial foi exercido por um docente da UNICAMP (exceto nos momentos da primeira crise e do rompimento), e a ele se reportavam, inclusive, os recursos humanos municipais dos centros de saúde. A Diretoria de Saúde da Prefeitura e depois Secretaria de Saúde, nunca teve uma estruturação

em áreas técnicas. Todo o planejamento da saúde era realizado pela UNICAMP, que acabava dirigindo a política de saúde do município. Isso gerava atritos que foram aumentando a partir da instalação do Hospital Municipal, do crescimento do setor conveniado e privado da saúde em Paulínia, e, principalmente, com a municipalização da saúde, até o rompimento do convênio. Isso também dificultava o uso político, clientelista ou não, da saúde no município.

"Nós tivemos diretores, de rede, do Centro de Saúde, que faziam muito bem essa ponte, e que faziam muito bem ponte também entre UNICAMP e Prefeitura... Fazer bem é ir lá, era conversar sobre os problemas, colocar na mesa o que estava se passando, ouvir a Prefeitura, tentar um acordo com a Prefeitura, tentar um acordo com a UNICAMP, vê, chamar o pessoal. Reitor! Olha, acho que eu me lembro de reitor, pessoalmente envolvido nisso, quando: - Olha, rompemos o convênio! Ai todo mundo acordou sabe" (ENTREVISTA 06).

"A gente gerenciava a rede, sem perguntar pra eles e sem perguntar pra população qual era a necessidade. Por exemplo, achava que precisava fazer um programa da creche, ia lá e conversava com a equipe da creche e fazia. Eu não perguntava para o secretário da saúde se ele achava que precisava ou não. Então o envolvimento da rede com a Secretaria de Saúde..., olha, que coisa doida! ... A culpa era da gerência que não estava sendo envolvida, que não estava envolvendo outras coisas... A gente não fazia parte da Secretaria da Saúde, era a tal da fogueira das vaidades. A gente está achando que somos ótimos, que a gente sabe tudo, que não precisamos de ninguém, não é? E não era nada disso, tanto não era, que eles fizeram com a gente o que eles achavam que era, e ninguém segurou. Então eu acho que foi uma sucessão de erros de gerência mesmo, das pessoas não conseguirem enxergar, nós não conseguíamos mostrar, estava todo mundo voltado muito pra si mesmo. Foi inabilidade administrativa, que não permitiu que a gente sentasse, fizesse isso o tempo todo. A maior falha de todas foi da equipe inteira estar olhando dentro de si mesma, avançando muito pouco, as outras áreas avançaram muito pouco, muito pouco mesmo" (ENTREVISTA 01).

"O relacionamento com a Prefeitura nem sempre foi muito bom. Eu sempre achei que a postura da direção (ela sempre foi dos docentes da UNICAMP, dos médicos da UNICAMP) ... Era uma postura assim meio pedante mesmo, meio 'nós somos os bons da UNICAMP'. (...) (Todas as direções, você acha?) Acho que sim. A rede de saúde sempre ficou uma coisa à parte. Isso pesou muito na vontade política de acabar, porque nenhuma Prefeitura, nenhum poder político gosta de ver uma parte da sua área de poder na mão de outra instituição, que não ela própria. Eu acho que nunca se trabalhou isso muito bem lá em Paulínia, e deveria ter sido trabalhado desde o começo. Pode ser que no começo até que sim a relação UNICAMP/Prefeitura, porque era o poder local. De repente você tem: a Prefeitura tem que ter o poder, não só poder politiqueiro, como todo mundo dizia: – Ah, ele quer fazer política barata, politiqueira, botar cupincha dele, por isso que ele quer botar a UNICAMP pra fora. Também isso, mas mesmo os outros prefeitos, que não queriam isso, reclamavam que a UNICAMP mandava na saúde lá. Então você tira o poder de quem realmente o poder pertence. Acho isso, o poder pertence ao Prefeito, a Prefeitura. E ele está lá pra isso, pra exercer o poder dele de ser prefeito, a Prefeitura de ser Prefeitura, a Câmara dos Vereadores de ser câmara dos vereadores, é o poder local. E a UNICAMP meio que passava por cima disso, ou tratava assim de modo muito pedante: nós somos a Universidade, eles são políticos..." (ENTREVISTA 03).

"No final da década de 80, já estava renovando o convênio, tentando abrir um pouco o espaço da Prefeitura, mas ainda assim não abriu o suficiente. A ruptura do convênio teria que se dar mais cedo ou mais tarde, colocando a Prefeitura na hegemonia do convênio, sem que isso humilhasse a UNICAMP e o Estado e eles pulassem fora. Poderia e deveria continuar o convênio triplice, mas a Prefeitura como hegemonia, essa era a marcha natural" (ENTREVISTA 09).

"A relação da gerência da rede com a Secretaria de Saúde era estritamente pessoal e isso era ruim. Mas isso porque a Prefeitura de Paulínia não tinha Secretaria de

Saúde. Na época que eu fui gerente já tinha secretário (...) A Secretaria não era uma estrutura organizada, não tinha setor de compras, não tinha uma política de saúde. Quem fazia política de saúde no município era a gente. Aliás, analisando todo o processo do nosso envolvimento com Paulínia, acho que foi um erro da gente ao longo desses vinte anos que a gente ficou lá. A Prefeitura não tinha nada em relação à organização no setor da saúde, a saúde era o que a gente fazia. Na minha análise, fazia bem feito, fez muito bem feito, mas chegou uma hora que deu uma ruptura e a Prefeitura não sentiu que estava perdendo. A Prefeitura só sentiu que ia ganhar espaço. Se você relevar a questão técnica, quer dizer, se você pega um prefeito que não quer nem saber se a mortalidade infantil vai cair ou vai subir, ele está é preocupado com o espaço de manobra dele, para ele não teve o menor problema. Ele não tinha uma Secretaria, ele teve todo um espaço de crescimento político. Ele pôde pegar um espaço que era ocupado integralmente pela UNICAMP e nomear secretário, diretor do Centro de Saúde, diretor do hospital, quer dizer, ele pôde só ampliar o espaço político de manobra dele na área de saúde, que ele não tinha nenhum" (ENTREVISTA 12).

"Acho, a impressão que eu tenho é que as pessoas da UNICAMP que estavam lá se achavam meio imprescindíveis, insubstituíveis, imunes a qualquer desgraça que pudesse acontecer. Acho que tinha uma atitude arrogante em relação à Prefeitura, que apesar de não ter as mesmas opiniões que a gente, não ter o mesmo conhecimento da área que as pessoas que estavam lá, eram as autoridades da cidade, era o Secretário da Saúde, era o Prefeito. Se os vereadores que tinha lá que não sabiam nem ler, nem escrever, era o vereador, ele que foi votado, o povo botou ele lá. Então, o cara tem que ser respeitado como autoridade. Acho que, com o tempo, à medida que o serviço foi aumentando, essa coisa foi aparecendo mais e criando barreiras e situações de arrogância do pessoal da UNICAMP em relação ao pessoal da cidade. Eu acho que chegou num ponto insuportável. Então, uma coisa que tinha tido ameaça várias vezes, pode ser até pelos mesmos motivos, alguém teve peito e fez. O que eu acho é que pegou todo mundo de surpresa, porque ninguém achava que podia ser desse jeito: - Eles não vivem sem nós! E

vivem, quer dizer, vivem numa droga lá, mas que vive, vive. Então, acho que faltou humildade do pessoal da UNICAMP, de baixar um pouco a guarda e se relacionar com o pessoal, e reconhecer o pessoal da Prefeitura de Paulínia, as autoridades que eles eram, que eles são. É o Prefeito, é o Secretário, são os vereadores, que são autoridades da cidade e daí? Quem são eles? Saíam em programa da televisão, se não sabem nem escrever, se não sabem nem falar, eles são as autoridades" (ENTREVISTA 02).

Foi sentido como fracasso não conseguir criar espaços efetivos para a participação da população e a não-reação da população com o rompimento do convênio.

"E a população? ... A população nunca opinou em lugar nenhum. Tirando aquelas reuniões de pré-escola, com pais de creche, com pais, não teve nenhuma participação. E já tinha sido discutido...uma coisa que foi ignorada o tempo todo assim, e mesmo a gente da Pediatria" (ENTREVISTA 01).

"A gente não conseguiu trazer a população pra dentro do serviço: participando na gerência, participando das decisões do serviço. (...) Isso era uma preocupação grande do serviço, mas a gente nunca encontrou a fórmula pra fazer isso. Eu acho que falta capacitação mesmo, acho que isso deve ter técnica pra fazer, metodologia pra fazer (...) Acho que faltou consistência no trabalho da gente pra fazer isso, uma organização boa de um conselho local de saúde, um trabalho nosso maior dentro das comunidades naturalmente formadas lá em Paulínia. Por outro lado, acho que a gente tem que ver que Paulínia é uma cidade com uma organização popular muito ruim (...) Isso aliado ao fato da gente não ter sido capaz de atrair a população para participar com a gente, fez com que a nossa relação com a população fosse muito fraquinha nesse aspecto. A gente tinha uma relação assistencial com a população, prestava um bom serviço, e a população reconhecia isso. Mas se você falar que eles vão embora e vai vir um outro bom serviço, acho que a população aceitou bem" (ENTREVISTA 12).

" A população gostava bastante... Agora o que a gente viu, o que a gente sentiu no final da cisão foi uma coisa que até nos decepcionou, que, apesar da população gostar muito do serviço, elogiavam, falavam bem, alguns expressavam. Alguns, como o serviço que tem aluno é sempre um pouco demorado, reclamavam da demora; isso era uma coisa constante, e a gente sempre lutando pra agilizar o serviço, mas era uma coisa meio difícil.(...) Agora quando houve a quebra achávamos que a população ia realmente sentir que ia ser uma perda. E isso a gente sentiu, por exemplo, as professoras, a parte da educação, lamentaram muito, que eram as pessoas que tinham uma ligação com a gente. Agora nós não sentimos isso na população não. (...) O próprio Prefeito colocava que a saída da UNICAMP faria o serviço ser agilizado e começou a dizer que agora iam ser atendidos por médicos de verdade que antes eram alunos, ele fez essa jogada política mesmo. E não houve uma reação da população no sentido dizendo assim: – Ah, olha, meu Deus! Alguns que a gente já tinha tido um relacionamento mais profundo diziam: – Ai, que pena! E eles nem sabiam quem ia embora, quem ia ficar. (...) Eu acho até que a população nem entendeu direito, porque vários médicos continuaram, porque já eram contratados pela Prefeitura. Então aquele grupo unido, que não tinha diferença, e o próprio paciente não distinguia, o paciente não sabia quem era da UNICAMP, e quem não era da UNICAMP, ele não sabia " (ENTREVISTA 07).

III.6 – QUANTO AO CONTEÚDO REFORMISTA

Cada entrevistado teve o seu discurso analisado em relação à presença ou não de conteúdo Reformista para a Organização dos Serviços, para o Ensino ou para a Organização das práticas de Saúde. Classificaram-se em:

6.a - Reformistas do Serviço (Re.Se): entrevistados com discursos que continham proposições ou implementações de ações, em relação à organização dos serviços, com conteúdos reformistas.

6.b - Reformistas do Ensino (**Re.En**): entrevistados com discursos que continham proposições ou implementações de ações, em relação ao ensino, com conteúdos reformistas.

6.c - Reformistas da prática (**Re.Pr**): entrevistados com discursos que continham proposições ou implementações de ações, em relação à organização das práticas de saúde, com conteúdos reformistas.

6.d - Sem conteúdos Reformistas (**S/Re**): entrevistados com discursos que não continham proposições ou implementações de ações, em relação à organização dos serviços, ao ensino e à organização das práticas, com conteúdos reformistas.

Quadro 7 – Classificação das 20 entrevistas quanto aos seus conteúdos reformistas.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Re.Se	++	++	++	++	++	++	++	++	++++	++++	++++	+++	++++	+++	+++	+	+	+++	++++	++++
Re.En	++		+	+	++	+	+++	+++	+	+	++		++++	+	+			++	++++	++++
Re.Pr	++++	++++	+++	+++	+++	+++	++++	+++	++++	+++	++++	++	++++	+++	+++	+	+	+++	++++	++++
S/Re																				

Obs. (+): intensidade

Nos vinte discursos sempre esteve presente de alguma forma algum conteúdo reformista, provavelmente pela forma de inserção dos sujeitos no projeto. Quatro são inauguradores do projeto trazendo nas suas proposições as matrizes reformistas (Medicina Preventiva, Medicina Comunitária ou Medicina Social). Dez são ex-alunos (da graduação ou residência) que conheciam o projeto e optaram por trabalhar nele pela forma de organização do serviço e da prática de saúde e pela sua ligação com a Universidade. Quatro entrevistados vieram de outras Faculdades ou serviços e tinham envolvimento com Saúde Pública ou haviam trabalhado em projetos semelhantes ao de Paulínia. Um já era funcionário da Secretaria de Saúde antes da implantação do projeto e outro foi admitido no seu início, mas era usuário do Posto de Saúde anterior, vivenciando as modificações do serviço e participando dos treinamentos iniciais.

O ensino foi o aspecto no qual menos se encontrou proposições reformistas. A grande maioria dos entrevistados coloca que as modificações no ensino eram decorrência das reformas na organização dos serviços e das práticas de saúde

"Concomitantemente a gente estava estudando grandes planos sociais de saúde, mas para colocar em prática depois de vinte anos ... (E esses planos?) Ah, nada de novo... Fazer o que o SUS faz, o que o Ministério se propõe, o que a OMS propõe, mas não serve para nada. Quando a gente está se especializando em planejamento de saúde, foi se decepcionando, percebendo que o que está no papel para ser colocado em prática não depende de planejamento. Depende de outros requisitos da sociedade como um todo. Não adianta você colocar um Adib Jatene, com toda a boa intenção, que vai dar em conflito. ... Olha, eu acho que o projeto básico, que era fazer atenção primária, hierarquização, descentralização, clínica geral, era isso que a gente queria, e acho que estava se encaminhando nessa direção ..."
(ENTREVISTA 19)

"Porque o pessoal da área de Ciências Sociais, de Educação, tinha muito a preocupação de transformar o discurso do médico, transformar aquela relação que era uma relação autoritária, que nem olhava para a mãe, cinco minutinhos ali... para uma relação mais humana, buscava. Então nós éramos o alvo ... digamos que até de certo modo, éramos policiados, ... para mudar a postura. E éramos mesmo, nós e os residentes, alvos de críticas ... mas não era uma crítica conceitual ... digo assim num exame crítico...

A gente procurava uma relação de respeito, alcançar uma relação de respeito com as mães, e tentávamos analisar o nosso discurso, o discurso do médico e ver em que nós falhávamos.... Eu me lembro que trabalhávamos em cima de casos concretos que aconteciam, de acompanhamento (...)

A sala de espera, a pré-consulta passou a ser um local agradabilíssimo para as mães, lá em Paulínia. Porque era nosso alvo político predileto. O trabalho principal deveria ser feito na pré-consulta e não na consulta.

Na consulta, o que deveria mudar era a linguagem do médico. Inclusive esta questão do instrumento, do instrumental médico, que era preciso explicar para a mãe para que estava sendo feito aquilo, o estetoscópio, o que significava, o otoscópio, o que significava. E realmente aquilo foi muito correto, porque me lembro que as mães passaram a ser atendidas em um tal nível de qualidade, que quando elas tinham que recorrer aos hospitais ou ambulatórios em Campinas, elas vinham reclamando: – O doutor nem examinou o ouvido com o aparelho, ele nem usou o aparelho para escutar o pulmão. De certo modo, nós que introduzimos isso. Bom ..., enfim..., passou a ser eu acho. Na verdade, nós estávamos também com essa preocupação de educação sanitária, nós estávamos também cobrando uma exigência de qualidade no serviço" (ENTREVISTA 20).

"Quando falo que mudaram os objetivos era assim, por exemplo, creche, na gente ia na creche e medicalizava, consultava na creche. Então, com o decorrer desses anos que a equipe continuou lá até 94, a gente trabalhou em cima dessas discussões. Hoje e naquela época nós não medicalizamos mais na creche, o seguimento da criança é no posto, é no Centro de Saúde. A gente vai para fazer um trabalho de vigilância epidemiológica, vigilância sanitária tá. (...) A pré-escola também tinha a parte da vigilância epidemiológica, tinha a parte da cobertura oftalmológica, havia reuniões com o pessoal responsável, os professores pra discutir temas de saúde. Essas reuniões, inclusive, eram feitas no início do ano, dentro do próprio calendário da escola, dos professores, de planejamento ...

O PIESE passou a fazer vigilância sanitária nas escolas. Fizemos uma visita, baseado num questionário que nós montamos junto com os profissionais do PIESE, e com a vigilância epidemiológica de Paulínia. Então fomos ver: condições da sala de aula, luminosidade, no pátio existiam coisas" (ENTREVISTA 06).

"Trabalhava pra atender o público (...)Acho que isso era bom, achava que era pra melhorar o atendimento" (ENTREVISTA 17).

"Porque a gente achava até que a gente estava num nível de qualidade razoável, nível bom, a gente considerava. Lógico que a equipe que trabalhou lá tinha uma característica meio assim perfeccionista, um pessoal que batalhava por alguma coisa, sempre estava buscando um algo mais" (ENTREVISTA 05).

III.7 – QUANTO AO FAT0 DE SE CONSIDERAR REFORMISTA

Cada entrevistado teve o seu discurso analisado em relação ao fato de se considerar ou não Reformista da Organização dos Serviços, do Ensino ou da Organização das práticas de Saúde.

Foram classificados tendo as seguintes formas de ver:

7.a - Reformistas do Serviço (**Re.Se**): entrevistados com discursos nos quais se consideravam reformistas da organização dos serviços, propondo ou implementando ações, com conteúdos reformistas, em relação à organização dos serviços.

7.b - Reformistas do Ensino (**Re.En**): entrevistados com discursos nos quais se consideravam reformistas do ensino, propondo ou implementando ações, com conteúdos reformistas, em relação ao ensino.

7.c - Reformistas da prática (**Re.Pr**): entrevistados com discursos nos quais se consideravam reformistas da organização das práticas de saúde, propondo ou implementando ações, com conteúdos reformistas, em relação à organização das práticas de saúde.

7.d - Sem conteúdos Reformistas (**S/Re**): entrevistados com discursos nos quais não se consideravam reformistas, ou seja, não se viam propondo ou implementando ações, com conteúdos reformistas, em relação à organização dos serviços, ao ensino e à organização das práticas de saúde.

Quadro 8 – Classificação das 20 entrevistas quanto ao fato de cada entrevistado se considerar reformista.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Re.Se	++	++	+	+	++	+	++	+	++++	+++	++	+++	+++	++	+++	+		+++	++	++++
Re.En	+			+	++		+++	++			+		+++		+			+	+++	+++
Re.Pr	+++	+++	++	++	+++	+++	+++	+++	++	+++	++	+	+++	++	+++	++	+	++	+++	++++
S/Re																				

Obs. (+): intensidade

Todos os entrevistados têm discursos em que se vêem, em diferentes intensidades, propondo ou implementando ações em relação a algum dos conteúdos reformistas. A implementação de ações em relação à organização das práticas de saúde é a esfera em que os entrevistados mais se consideram reformistas. Cinco dos sete entrevistados com discursos nos quais se consideravam mais reformistas da organização dos serviços foram gerentes.

Todavia, nove não se consideram reformistas em relação ao ensino. Talvez isso se justifique pelo fato de, no conteúdo dos discursos a maioria dos entrevistados considerar que, estando reestruturados os serviços e as práticas, o ensino também o seria.

"Nós partimos para aquela discussão do programa de saúde materno-infantil, e já no bojo de alguns princípios... Eu me lembro que uma coisa absolutamente nova na época, era a questão do saber popular, que nós não devíamos impor a nossa sabedoria, o nosso saber sobre o saber popular, mas reconhecer o saber popular como um saber legítimo, vivo. ... Se buscava lá, sobretudo, uma nova forma de relação social com a população, do médico com a população. Então começamos e queríamos inovar e essa parte da educação, ... era uma parte importante do trabalho interdisciplinar... tinha a participação de antropólogos, psicólogos, ... transformar a questão da educação sanitária, colocá-la de uma maneira transformadora (...)

Nós estávamos também preocupados com a qualidade do serviço. Desde aquele primeiro momento, tínhamos clareza que não podíamos oferecer um discurso político para a população e uma prática de qualidade inferior, de segunda mão. Então tínhamos uma preocupação com a excelência. Daí a introdução absolutamente nova, inédita também que nós fizemos do conceito de risco no atendimento à criança no Brasil. Nós tínhamos um arquivo organizado, agrupando as crianças em grupos de risco: alto risco, médio risco, baixo risco. Eu me lembro até hoje das minhas crianças de alto risco em Paulínia, eu me lembro perfeitamente, várias delas ... A grande inovação que aquele serviço teve em termos de atenção na área de saúde, foi essa introdução que é de risco, cuja base teórica, a base instrumental era a curva de crescimento, ... passamos a discutir essa questão do normal em pediatria, nos apoiando muito no Canguilhem (...)

Víamos com muita clareza esta questão do padrão de referência, da sua aplicabilidade, o sentido disso, para o trabalho médico. Então a curva era um instrumento de trabalho não só do médico, mas nós passamos a enxergar também, a delegação de função (...)

As mães eram objeto, a criança era um objeto em cima da mesa, rodeada de vinte e tantos estudantes, sei lá eu..., e era absolutamente secundário o problema da mãe, a atuação com a população, e nós queríamos mudar isso... (...) Mas era assim que era, e os alunos ali, em cima daquela criança, todo mundo examinando. Era uma coisa terrível e era assim que funcionava a Faculdade de Medicina, o ensino ... A meta seria chegar no estudante de Medicina e mudar completamente, por o ensino de cabeça para baixo. Mas..., eu tinha a consciência que eu tinha que ser ali responsável por aquele serviço. (...)

Tinha grupo de mães. A gente fazia grupo de mães, mas a gente não queria fazer esses grupos porque isso sempre existiu nos postos de puericultura no Estado de São Paulo então, ... mas aquela coisa da higiene, e nós criticávamos tudo isso. (...) Então nosso grupo de mães tinha que ser diferente, tinha que ser revolucionário, tinha que ser um negócio novo. E era curioso, né, porque nós discutíamos, por exemplo, o problema das doenças transmissíveis. Prevenção, o conceito de prevenção era o conceito que a gente tinha que trabalhar com ele, mas a noção de higiene que nós

tínhamos que passar, tinha que ser diferente, e era.... Quer dizer, que instrumental utilizar, que meio audiovisual utilizar, como falar? Toda essa coisa era objeto do nosso trabalho, lá. Tínhamos um laboratório contínuo" (ENTREVISTA 20).

"E era um projeto, apesar das dificuldades que existiam. Os programas foram mudando, foram mudando porque o estudo da saúde pública foi mudando. A visão que se tinha de saúde foi mudando. Os congressos, os trabalhos, as publicações, as coisas dentro da saúde pública foram mudando, municípios foram fazendo propostas de trabalho, que foram dando certo, Santos, São Paulo, a USP. Foi caminhando, ao longo dos anos, com os estudos, com os trabalhos, então a visão dos programas passaram a significar que a visão da saúde foi mudando, porque os próprios profissionais muitas vezes falavam: - Mas ... fazer isso, não está levando a nada, porque que faz isso, vamos discutir que não é por aí o caminho. Então era um projeto muito bonito o trabalho de Paulínia sabe, tanto junto do aluno, junto da população, existiam reuniões, trabalhos de comunidade, os profissionais eram extremamente envolvidos, iam em reuniões noturnas com a creche, se precisava" (ENTREVISTA 06).

"A gente meio que tentava passar a nossa realidade, a nossa vivência e homogeneizar todo esse discurso que a gente tinha, essa maneira de tá enxergando a Saúde Pública e querendo que o pessoal fizesse igualzinho em tudo quanto é lugar" (ENTREVISTA 01).

"Quando a gente começou o atendimento por lá ..., havia uma concepção de você colocar o serviço de saúde próximo das grandes avenidas, pra população pode ir. Eu fui formado assim, embora eu não seja xiita nem PC do B, ainda tenho isso na minha formação, alguma coisa eu peguei disso daí. Havia uma imagem libertária pela medicina ... impregnava o pensamento da gente até então Havia uma outra que você dava um atendimento mais ou menos, bem feito, certo, bem organizado acho que era isso, esses dois lados, esses dois extremos da missão " (ENTREVISTA 04).

"Coincidiu que, eu tinha uma política na época, eu participava de um movimento, movimento sanitário, na época de tentar expandir as funções da rede básica. Tentar superar aquela visão mais antiga, só trabalhar com alguns programas de endemia, de criança, de puericultura, aquela visão mais tradicional da Saúde Pública. A gente estava tentando transformar a rede básica em porta de entrada, ter participação comunitária, envolver os profissionais de saúde. Então a minha atuação lá foi muito no sentido de mudar o perfil. O Centro de Saúde lá era super tradicional, apesar de complexo, ele tinha esses programas. Então uma linha de trabalho lá foi isso, expandir, de um Centro de Saúde a gente passou pra três, uma rede de Centros de Saúde, criamos um sistema de saúde em Paulínia, nesses anos a gente passou pela criação da montagem do hospital, foi a equipe do Centro de Saúde que montou o hospital" (ENTREVISTA 14).

"Pra mim era bem claro: a missão nossa era demonstrar, não só através de discurso, mas na prática, que o setor público é capaz de organizar um serviço de saúde resolutivo, eficaz, de baixo custo, com alta qualidade. E acho que a gente conseguiu demonstrar isso. Então o cara que fala que o setor o público inadequado, é inadequado se você der pelo setor público um investimento minimamente adequado. Se você capitalizar o setor primário minimamente também, se você der espaço para os caras aprimorarem sua formação, se você der espaço principalmente pra todo mundo se sentir participante da gerência, etc., o setor público é plenamente capacitado para organizar e prestar um serviço de boa qualidade. Eu tenho plena certeza que isso aconteceu lá. (...) A Pediatria tinha a mesma missão é, assim, tinha uma qualidade de serviço altíssimo, muito boa, tanto no programa de assistência como nesses outros programas que eles tocavam junto com a Secretaria de Educação" (ENTREVISTA 12).

Quadro 9 - Agrupamento das classificações anteriores.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Bur¹	+	++	+	+					++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++			++	+++	++++
Ope¹	++++	++++	+++	++++	++++	++++	++++	++++		+++	++++	+++	+++		+++	++++	++++	++++	++++	++++
Impl¹	++++	++++	+++	+++	+++	+++	+++	++		+++	++++	+++	+++		++	++	+	++	++++	++++
Pol²	+	+	+	+	+		+		++++	+++	++++	+++	++	++++	+++			++	++++	++++
Adm²	+++	++++	+++	++++	+++	++++	+++	+++	++++	++++	++++	++++	++++	+++	++++	+++	+	+++	+++	+++
Expl²	+++	+++	+++	+++	++	++	+++	++	++++	+++	++++	+++	++	++++	++++	+		+++	++++	++++
Pot³	++++	+++	+++	+++	+++	++	+++	+++	++++	++++	++++	++++	+++	+++	+++	+++	++	+++	+++	+++
Imp³	++	++	++	+	+	+++	++	+		+	+++	+	++	+++	+	+	+++	++	+++	+
Frac⁴	+++	+++	+++	++	++	++	++	+	+	+	++++	+	+++	+++	+	++	++	+++	++	++
Ñfrac⁴	++	++	++	++	+++	+++	++	+++	++++	+++	+	+++	+	++	+++	+++	++	++	+++	+++
ReSe⁵	++	++	++	++	++	++	++	++	++++	+++	++++	+++	++++	+++	+	+	+++	++++	++++	++++
ReEn⁵	++		+	+	++	+	+++	+++	+	+	++		++++	+			++	++++	++++	++++
RePr⁵	++++	++++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	++++	+++	++++	+++	++++	+++	+++	+	+++	++++	++++	++++
ReSe⁶	++	++	+	+	++	+	++	+	++++	+++	++	+++	+++	++	+++	+		+++	++	++++
ReEn⁶	+			+	++		+++	++			+		+++		+			+	+++	+++
RePr⁶	+++	+++	++	++	+++	+++	+++	+++	++	+++	++	+	+++	++	+++	++	+	++	+++	++++

(1) - Ação: Burocráticos (Bur), Operadores (Ope), Implementadores (Impl) / (2) - Formulação: Políticos (Pol), Administrativos (Adm), Explicativos (Expl) / (3) - Se Ver Como Agente: Potentes (Pot), Impotentes (Imp) / (4) - Modo de Ver o Projeto: Fracasso (Frac) e Não Fracasso (Ñfrac) / (5) - Conteúdo Reformista: do Serviço (ReSe), do Ensino (ReEn), da prática (RePr) / (6) - Se Considerar Reformista: do Serviço (ReSe), do Ensino (ReEn), da prática (RePr).

No quadro 9 estão reunidos os quadros das classificações das entrevistas considerando-se os discursos dos entrevistados quanto à Ação, à Formulação, à Característica de Se Ver Como Agente, ao Modo de Ver o Projeto, ao Conteúdo Reformista e ao Fato de Se Considerar Reformista, com a finalidade de se analisar as possíveis relações entre elas.

Observa-se que a formulação política (**Pol.**), o comprometimento com correntes das políticas de saúde e educação médica está mais presente nas entrevistas dos fundadores (11, 19, 20) e nas de alguns gerentes (9, 14, 15) e isso se repete em relação ao conteúdo reformista do serviço e ao fato de se considerar reformista do serviço.

A maioria dos entrevistados operavam nos serviços tanto executando ações (**Ope.**) como implementando-as ou reestruturando-as (**Impl.**); e as propostas dessas ações eram tanto no sentido de obter resultados práticos imediatos de forma organizativa (**Adm.**) como em resposta aos diagnósticos, compreensão e explicação realizados dos problemas e das ações (**Expl.**). Isso se explica, provavelmente por serem, na sua maioria, médicos ou sanitaristas, impregnados pelo conhecimento e raciocínio clínico ou sanitário; de uma da sabedoria que exige ser explicativo. Com isso podem ser protagonistas operadores e explicativos altamente presentes.

Apesar de na maioria dos discursos não estar presente a formulação política (**Pol.**), encontrou-se conteúdo reformista e os entrevistados se consideravam reformistas em relação à organização das práticas de saúde (**RePr.**) tanto na proposição, na formulação quanto na implementação e na execução das ações.

As diferentes formas com que os entrevistados operam, participam da formulação, se vêem como agentes (potentes ou não, reformando ou não) são reflexo e ao mesmo tempo refletem uma existência do projeto quase por si mesmo, sem articulação necessária com todas as instituições que dele deveriam fazer parte e com as políticas de saúde e educação médica.

Essa autonomia do projeto e das equipes, comportando diferentes formas de agir e formular, com agentes que se vêem potentes, foi fundamental para a existência de equipes mais coesas e comprometidas e de planejamentos técnicos sem interferências. Mas isolou tanto a equipe quanto o projeto, ficando sem amarras mas também sem interlocução técnica e política; sem respaldo e tendendo para a cristalização.

CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

CAPÍTULO IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo final, procurou-se, do ponto de vista analítico, trazer as considerações aprendidas do campo tanto para melhor compreendê-los quanto para avistar as implicações e desdobramentos possíveis na determinação da prática da atenção à saúde da criança.

Foram 25 anos de convênio entre a UNICAMP, a Prefeitura de Paulínia e a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, através do qual, a partir de um Posto de Puericultura, construiu-se uma rede de saúde com formas de intervenção na população, determinadas por processos e disputas, portando referenciais políticos da saúde ou mais amplos, aclarados ou não, caracterizando o ensino e a organização dos serviços e das práticas.

Desenvolveu-se uma leitura intensiva, esmiuçada e esboçou-se uma certa interpretação do que este material oferece, através de um esforço de reflexão, de busca dos significados que esta rede permite apreender e que são muitos.

Do ponto vista descritivo, a análise da atenção à saúde de Paulínia já seria suficiente para apontar os possíveis sucessos ou insucessos de uma experiência. A partir do material que compõe o conjunto deste trabalho, interpretações e proposições diversas poderão ser realizadas sobre diferentes aspectos. Foram escolhidas três maneiras de se buscar significados interpretativos para este material:

- Protagonistas? Do quê?
- Paulínia como analisador da Pediatria Social
- Dilemas atuais da organização do modelo de atenção à saúde da criança.

IV.1 – PROTAGONISTAS? DO QUÊ?

Os entrevistados são sujeitos em ação e, como tal, sujeitos do (e no) discurso, mediados por este nas suas expressões. Além disso, têm-se também as expressões refletidas pela materialidade da própria história institucional de Paulínia, como uma experiência datada

do ponto de vista da proposta interinstitucional, enquanto um convênio entre organizações – universidade, estado e município -, que nasce e tem um fim.

Buscou-se, nos discursos, as expressões dos "protagonismos" em uma leitura da dinâmica institucional: o que os vários sujeitos do discurso construíram enquanto uma aposta na reforma da atenção à saúde e do ensino médico.

Os sujeitos em ação (individuais e coletivos) estão permanentemente atuando em processos de produção dos campos da política, da organização e dos processos produtivos propriamente ditos. O agir de cada um será construído na dobra do governar (modo como cada sujeito real governa os processos a ele referentes, agindo como protagonista do campo) e do fazer (modo como em cada campo se produz o que se almeja) (MERHY, 1998).

São diferentes tipos de sujeitos, em diferentes situações. A potência no agir ("protagonismo") poderá estar presente ou não em um mesmo sujeito. Isso navega na vida real inclusive, na qual, em alguns momentos, se é protagonista de algumas coisas e, em outros momentos, não se é protagonista de coisa alguma.

O Capítulo III – "Em busca de uma tipologia dos sujeitos em ação no caso em análise" – contribuiu para essa questão quando ao considerar os discursos dos sujeitos, estabeleceu como um dos critérios de classificação o modo como o entrevistado se vê como agente potente (protagonista) ou impotente, dependendo por exemplo: de seu momento ou o do projeto, da sua ocupação, do seu vínculo empregatício ou da forma de ver o projeto e de se ver no projeto.

Apesar da presença de agentes que se sentem potentes, portando propostas reformistas e altamente compromissadas, nota-se nas suas falas formas genéricas e muito "ideologizadas" em torno de pontos fundamentais como: a atenção integral, vínculo com a população, participação no processo de trabalho e gerenciamento e o estar referenciado de fato às políticas ou aos movimentos da saúde ou mais amplos.

Do ponto de vista da reforma institucional são sujeitos em ato que administram, operam ou implementam propostas de ações e intervenções explicativas, para a obtenção de resultados práticos visando equacionar a organização do serviço assistencial e de ensino. Ao se explicarem, reportam-se aos princípios e doutrinas da Reforma Sanitária e do SUS, ressaltando às vezes a integração ensino-serviço.

A formulação é setorializada e focal, para um determinado ambulatório ou programa, no sentido de organizá-los ou até reestruturá-los totalmente. Vai compondo os fragmentos para fazer a atenção integral.

No Início, da implantação do projeto até a primeira crise, existiu um "protagonismo" efetivo em todos os campos. Foi quando o político esteve mais presente. Ao instituir-se como serviço, o projeto antecipou a incorporação da assistência médica associada aos programas preventivos, trazendo, além da atenção integral, a universalização da saúde e a hierarquização do sistema quanto à complexidade e à resolubilidade. Mostrou possibilidades de atuação no serviço e na comunidade com a educação em saúde e participação da população. Implementou a atuação de profissionais não-médicos.

Entretanto, não conseguiu a participação efetiva de outros departamentos da escola médica e aqueles que desenvolveram algum programa o fizeram de forma desintegrada, repetindo as relações e o isolamento da faculdade e do hospital. Mesmo internamente, no Departamento de Medicina Preventiva e Social, o programa que perpassava várias áreas era o de educação em saúde.

No Pós-crise, os entrevistados, tanto os que permaneceram como os novos que entraram na experiência, tiveram suas potências de agir cerceadas pelo esvaziamento e pela intervenção no projeto. Chegou-se a rebaixar na carreira e diminuir a carga horária do chefe do Departamento de Medicina Preventiva e Social que foi afastado do cargo e do projeto; e a coagir, um outro docente, condicionando a possibilidade da defesa da sua tese ao seu pedido de demissão. A formulação ficou basicamente restrita aos programas da SES.

O período de Reestruturação, inicialmente com a retomada do projeto e o reinvestimento da UNICAMP e a seguir da Prefeitura, tanto na formulação como na implementação, e, depois com a ampliação física da rede e com o Hospital Municipal, novamente foi de grande potência política e organizacional dos serviços e das práticas de saúde. Estas anteciparam e ampliaram propostas como as AIS. Conseguiu-se: estender a cobertura e o acesso, tanto no atendimento assistencial no CSEP como extramuros (com programas dirigidos a trabalhadores de indústrias e fazendas, creches, pré-escolas e escolas); implementar a atuação nas diversas ações dos profissionais da enfermagem; incorporar criticamente especialidades e tecnologias diagnósticas; estabelecer as áreas de Vigilância Sanitária e Epidemiológica; hierarquizar os serviços; ampliar a possibilidade de participação da equipe de saúde através de reuniões de área, de equipe e gerais; desenvolver mecanismos colegiados para gestão e gerenciamento da rede básica e do setor saúde.

Apesar do crescimento dos serviços e das ofertas tecnológicas, fracassos e impotências estão presentes em alguns discursos quanto ao fato de que a atenção integral não foi plenamente alcançada pela pouca integração com os Postos (que inicialmente tinham pouca autonomia em relação ao Centro de Saúde Escola) e com o Hospital Municipal, pela dependência de iniciativas e relações pessoais para garantir o acesso a alguns exames e especialidades da UNICAMP e por pontuar a inter-relação das ações de assistência médica e de saúde coletiva. A incorporação das especialidades não foi acompanhada da participação de outros departamentos da UNICAMP. Nos programas extramuros, inicialmente, desenvolviam-se ações centradas no ato médico, que só foram gradualmente abandonadas.

O fracasso também era sentido pela não-implementação da participação dos usuários; e também, em alguns discursos, pela sensação de impotência diante da falta de participação mais efetiva das equipes apesar dos espaços terem sido criados.

Para os entrevistados ligados diretamente à área de Pediatria do CSEP, no período do Repensar, o projeto apresentava problemas na relação da equipe e na dinâmica do atendimento. Após o planejamento, houve coletivamente uma manifestação que se expressava como uma real potência devido ao reconhecimento do aumento da participação mais efetiva de todos e da busca de consensos na organização e nas decisões. Ressaltou-se diminuição da burocracia e da "medicalização". De fato, houve aumento do acesso na atenção à criança; os programas ligados às instituições do setor de Educação ficaram totalmente voltados para educação em saúde (com os profissionais e pais) e vigilância à saúde. Na perspectiva dos protagonistas a saúde foi trabalhada como defesa da vida e direito do cidadão.

Os entrevistados apontaram problemas quanto à manutenção da dinâmica do atendimento e da organização da área estabelecida na equipe, necessitando da retomada periódica nas reuniões de pontos já acordados. Reconheceram uma fragmentação das ações, apesar de pontos em comum. A impressão que ficava era de vários projetos dentro de um, na área da Pediatria, ou mesmo de forma mais intensa no todo do projeto. Apesar da sensação de que se tinha aumentado o acesso e valorizado o vínculo e a relação médico-paciente, indicava-se que não foram incorporados como instrumentos terapêuticos.

Houve, para alguns, a percepção de um certo fracasso em relação à hipertrofia do atendimento de enfermagem e delegação de atribuições excessivas, devido à impotência em equacionar a pressão de demanda.

Neste período houve mudança da conjuntura da saúde em Paulínia. Com a municipalização, o Município assumiu a gestão financeira e aumentou o seu poder político, não ocorrendo adequação na relação entre as instituições. A fala de uma impotência relacionada com a gestão do projeto da rede está presente em vários discursos.

Há também uma fala de impotência, particularmente no grupo da Pediatria e em alguns gerentes, sobre o modo de ver: o papel da UNICAMP e as diferentes inserções dos diversos profissionais no projeto e na resistência a mudanças nos seus vários campos. Para

alguns entrevistados da área da Pediatria, as modificações iniciadas na área não puderam ser totalmente realizadas ou efetivadas porque dependiam de mudanças, que não ocorreram, também no restante do CSEP. Dois gerentes viam a Pediatria como muito obsessiva quanto às decisões técnicas e como muito controladora das atividades dos funcionários da sua área. Um outro gerente, além disso, considerava que a Pediatria tinha esta relação com toda a rede e com seus pacientes.

No Rompimento do convênio há falas com um forte conteúdo de impotência e fracasso associado: às dificuldades de relacionamento com a Prefeitura e a com UNICAMP; à incapacidade de negociações; às diferentes concepções sobre a prestação da atenção à saúde e o ensino médico; ao reconhecimento do isolamento do projeto e das equipes, à "intervenção administrativa" da Prefeitura, à perda dos espaços de participação dos profissionais da Prefeitura; à não reação da população; à falta de apoio do setor da Educação; à perda no espaço extramuros da Faculdade e ao aumento na sua fragmentação; à não construção de propostas conjuntas na FCM e nem com os departamentos de Preventiva e Pediatria.

Mas o discurso de alguns entrevistados mostra potência pelo fato de a atenção à saúde em Paulínia continuar mantendo algumas das suas características, e particularmente, a área de Pediatria da rede (onde mais profissionais do projeto continuaram) ter retomado várias ações e mesmo a possibilidade de discuti-las.

Nos diversos períodos há a percepção e o apontamento de evidente "protagonismo" e não-fracasso no que se refere ao ensino médico. Os discursos expressam reconhecimento de que o projeto conseguiu mostrar para os alunos e profissionais que nele passaram a possibilidade de atuação em um serviço público com ações individuais e coletivas realizadas com eficácia, comprometido com a população e com os princípios do direito à saúde, e serviu de inspiração para a criação de outros projetos.

Os estilos de "protagonismos" apontados, sobre Paulínia, parecem não ter sido suficientes para cumprir uma aposta reformadora da atenção à saúde e do ensino médico. Foram feitas

várias reformas organizacionais, emergiram possibilidades de formas concretas de atuação em uma rede pública de saúde, de maneira altamente resolutive, mas a construção de sujeitos coletivos com razoável consenso para atuar nas distintas conjunturas não foi suficiente. Não se compartilhava um mesmo projeto, não se conseguia sustentar de modo mais uniforme linhas de ação, não se trabalhava de modo estratégico as várias mudanças das conjunturas, particularmente na fase final face à nova correlação de forças trazidas pela municipalização. Não se estimulava a participação de setores organizados da população.

IV.2 - PAULÍNIA COMO ANALISADOR DA PEDIATRIA SOCIAL

No Capítulo I.2 – "A Pediatria Social e suas apostas reformistas" –, abordou-se a Pediatria Social enquanto um movimento à procura de uma teoria para reformar a Pediatria, buscando o seu conteúdo reformista mais explícito, compreendendo sua articulação com os movimentos reformista da saúde e do ensino médico, e suas conquistas. Aqui, retoma-se esse tema analisando o quanto a experiência de Paulínia contribuiu para quem apostou na Pediatria Social.

A Pediatria Social faz uma proposta de tríplice reforma: no ensino, na organização dos serviços e das práticas. Paulínia como campo que experimenta a Pediatria Social na constituição da sua atenção à saúde integral da criança trouxe o quê? ensina o quê, deste ponto de vista das reformas prometidas?

No seu início propôs um programa contendo várias intervenções individuais e coletivas, trazendo para a discussão pontos relevantes do relacionamento médico-paciente, já abordado nos capítulos I.2.c – "Críticas e possibilidades de atuação: atenção à criança" –, e II.2 – "Início do convênio" –, que serão retomados em alguns dos seus aspectos, neste momento.

A experiência da atenção à saúde da criança, em Paulínia, incorporou a questão do risco para o diagnóstico e seguimento das crianças no serviço, tomando como base instrumental a curva de crescimento e trazendo as considerações sobre o normal e o patológico de CANGUILHEM (1990) para a discussão do normal em Pediatria. Buscava mostrar e organizar uma prática de atenção de qualidade no serviço público. Mostrou a possibilidade de avaliar o papel da atuação da atenção médica sobre o problema da mortalidade infantil e da desnutrição grave.

Implementou a participação de profissionais não-médicos para realizar ações no atendimento individual ou coletivo, aumentando o leque de oferta de procedimentos no serviço, incorporando as diferentes experiências ou delegando funções. Preservou a discussão com toda a equipe na estruturação dos serviços, na produção de critérios, de padrões e de normas de serviço, para que elas fossem normas de trabalho e de conscientização; o profissional só desempenharia adequadamente o seu papel, se entendesse o que estava fazendo.

Reforçou a importância da educação sanitária, procurando colocá-la também de maneira transformadora, trazendo o conceito de prevenção nos grupos, orientando o instrumental do exame pediátrico, exigência de qualidade da atenção e formação de uma consciência sanitária.

Em relação ao ensino, procurou construir um local concreto, que se preocupasse primeiro com o paciente, e onde o aluno aprenderia. Tentou transformar a relação médico-paciente em uma relação não-autoritária, mais humana, objetivando a mudança da postura, numa relação de respeito com as mães e a criança. A sabedoria do médico não deveria ser imposta sobre o saber popular, que deveria ser reconhecido como saber legítimo. E isso deveria ser estendido a toda a equipe nas ações individuais e coletivas. Na sala de espera (na pré-consulta) estava o alvo das reformulações voltadas para a população através da educação sanitária, e, no momento da consulta, o que deveria mudar era a linguagem do médico.

Estas foram as apostas iniciais da Pediatria Social em Paulínia, que traziam proposições de reforma do ensino e da organização do serviço e da prática pediátrica.

Estas propostas, apesar de ampliadas com a questão do risco, que procurava uma certa forma de incorporar a necessidade do paciente, acabaram sendo restritivas, pois o risco passou a definir o seguimento das crianças, não sendo possível agregar todas as faixas etárias no programa. Além do que, geraram uma dicotomia no atendimento, que, para atender crianças não agendadas no programa ou das outras faixas etárias com queixa, tinha que criar um outro período de atendimento dentro de uma outra lógica assistencial.

O ensino foi colocado em plano secundário acompanhando a dinâmica de desenvolvimento dos programas, restringindo-se, neste início, à residência médica de Pediatria e de Medicina Preventiva e Social.

Com a primeira crise, as ações que continuaram foram o atendimento médico e de enfermagem individuais, qualificadas, mas atendendo uma parcela muito pequena da população. As outras atividades (principalmente de educação em saúde) que eram centradas em profissionais que saíram, deixaram de ser realizadas.

Como a Pediatria foi a área em que mais permaneceram profissionais do início do projeto, algumas dessas preocupações acabaram por deixar marca, muito tênue, pois haviam sido poucos os profissionais que participaram diretamente dessas propostas de reformulação da Pediatria.

Em relação ao ensino médico, parte da disciplina de Pediatria Clínica do quarto ano, passou a ser desenvolvida no ambulatório da área de Pediatria do CSEP; o conteúdo era puericultura e a atividade era atendimento de crianças sadias ou com patologias simples. Em 1978, com a introdução da disciplina de Medicina Comunitária no estágio obrigatório do internato em Medicina (vinculada ao Departamento de Medicina Preventiva e Social), os alunos passaram a rodízio regularmente também pela área de Pediatria, realizando

atendimento médico supervisionado pelos docentes dos departamentos de Pediatria e Medicina Preventiva e Social.

A partir de 1981, já sob a influência das reformulações gerais do CSEP, pautadas em princípios da Reforma Sanitária, a área de Pediatria buscou a sua reestruturação. As preocupações iniciais e predominantes foram o aumento da cobertura, ampliação da equipe, a integração do atendimento, preservação da qualidade, e, inclusive, a busca da incorporação de novas especialidades e procedimentos para melhorar a resolubilidade da atenção à saúde.

A maioria das proposições que foram sendo incorporadas foram se constituindo em função de intervenções que buscavam resultados e resoluções de problemas a partir da ótica exclusiva do saber médico e sanitário dos técnicos, deixando para um segundo plano outros princípios de ordenamento das propostas assistenciais que deveriam ser legitimados tanto pelas instituições presentes no cenário de Paulínia, para além da escola médica, quanto pelos próprios usuários.

O planejamento da rede em 1990, trouxe discussões relativas ao modelo de atenção, particularizando a organização do serviço e das práticas e a inserção do ensino. No entanto, não se conseguiu transformar o modelo, nem caminhar na organização de uma estrutura da Secretaria Municipal de Saúde (com seus diferentes setores técnicos e políticos), nem, muito menos, motivar a UNICAMP para implementar a parceria com o projeto de Paulínia. Também não foram procurados possíveis aliados no município e na UNICAMP, ficando-se isolado no interior do próprio projeto, que não contava com um sujeito coletivo muito efetivo. A Pediatria, particularmente, não buscou parceria e aliados nem no outro grupo de Pediatria Social do Departamento de Pediatria, grupos estes que se desenvolveram separadamente na prática.

No planejamento de 1990, da área de Pediatria do CSEP, reavaliou-se a forma de concretização da atenção integral. Seus traços negativos eram os seus componentes burocratizados, "medicalizantes", paternalistas e fragmentados, percebidos

como os impeditivos da integralidade das ações. No decorrer do planejamento, os três primeiros componentes foram amenizados, com início da implementação do acolhimento e do vínculo, e tentou organizar-se um fluxo entre os diferentes níveis de atenção, que melhorou, mas não o suficiente para garantir a integralidade. Permaneceu a não-integração com o HMP. Alguns encaminhamentos e exames para a UNICAMP eram agilizados graças à iniciativa e ao entremeio de relações pessoais, gerando às vezes conflito: para alguns era responsabilização, para outros paternalismo.

Apesar de considerar-se a saúde como direito, tentar garantir a universalidade, atender às necessidades de saúde e achar que a população aprovava os serviços, esta continuou sem ter espaços para se colocar, exceto pontualmente nas reuniões de pais dos programas da Pediatria para os quais isso era um dos objetivos.

Os Programas de Creche, Pré-escola e PIESE foram deixando o componente "medicalizante" mantendo as ações de vigilância à saúde e de educação (com os pais e profissionais da área de educação), assumindo a saúde como defesa da vida e direito de cidadania e procurando ampliar a capacidade das pessoas produzirem relações positivas com o autocuidado.

Os alunos nos estágios do quarto ano e do internato continuaram tendo suas atividades concentradas no atendimento médico às crianças no ambulatório da área de Pediatria, que era enriquecida, quando necessário, pela discussão do problema da criança com as outras áreas ou especialidades, até mesmo no momento da consulta, e pela possibilidade de integração com os programas externos, contribuindo para melhor entendimento e resolução dos agravos à saúde. Os médicos residentes da Pediatria, além destas atividades, participavam diretamente dos programas externos.

A preocupação com uma relação médica menos autoritária, mais humana continuou presente, acrescida do acolhimento e do vínculo, nem sempre possíveis de serem conseguidos dado que quase totalidade das ações eram centradas no serviço ou nos profissionais, basicamente, no médico.

É como se houvesse um "halo" da Reforma Sanitária, que aparentemente está dada, subentendida por todos, irradiando direito à saúde, universalização, hierarquização, integralidade, quando, na realidade, não é uma reforma do modelo de atenção. São intervenções fragmentadas, centradas principalmente no médico e às vezes no serviço ou na programação.

Ao olhar a atenção à saúde da criança de Paulínia como campo que experimenta a Pediatria Social, algumas das dificuldades apontadas são do contexto específico de Paulínia, mas, como já abordado no Capítulo I.2 – "A Pediatria Social e as suas apostas reformistas" –, as insuficiências são também da tríplice aposta da Pediatria Social, na sua intenção de ser reformadora da Pediatria.

CAMPOS, CHAKOUR & SANTOS (1997) refletindo sobre especialidades médicas trazem como alternativa dividir a área de competência de cada especialidade em dois espaços inclusos: o campo e o núcleo de competência. O *campo de competência* seria o mais geral, com contornos e limites menos precisos, incluindo os principais saberes da especialidade-raiz, tendo um espaço de sobreposição de exercício profissional e de intersecção com outras áreas. O *núcleo de competência* seria mais específico, com definições as mais delineadas possíveis, incluindo atribuições exclusivas daquela especialidade, justificando portanto a sua existência como nova área. A definição e a constituição desses espaços estariam sujeitas a um jogo de negociações provisórias, dependendo da racionalidade técnica em jogo e das diretrizes médicas, positivas, mas também de interesses políticos e profissionais.

Ao considerar a Pediatria Social como campo de prática, ensino e pesquisa dos aspectos individuais e coletivos da saúde da criança e de sua proteção social, verifica-se que ele é amplo e dúbio. Como vimos anteriormente (Capítulo I.2 - "A Pediatria Social e as suas apostas reformistas"), os diversos conceitos e objetivos da Pediatria Social sofrem influência de várias disciplinas e áreas, sendo considerada como estado de espírito ou nova disciplina ou especialidade, e, neste caso, tanto pode ser da Pediatria como da Saúde

Pública. Tudo isso dificulta a delimitação de seu campo de atuação e de suas competências.

A sua prática e também o seu campo de ensino principal é a rede básica de saúde. Nela pode até usar para o diagnóstico do problema o critério de necessidade, a partir da Epidemiologia ou da Medicina Social, mas conforma sua abordagem a partir da clínica. A atuação na prática e no ensino da Pediatria Social está centrada na clínica do projeto médico hegemônico. Vive concretamente a dicotomia Medicina-Saúde Pública, que é a mesma que a rede básica continua vivendo, dificultando a implantação definitiva do SUS.

A experiência da atenção à saúde da criança em Paulínia confirma essa dubiedade da Pediatria Social, apontando para a necessidade de se rever seu campo e núcleo de competência. Essa experiência explicitou dilemas em relação à saúde da criança e da Pediatria Social, que também são do modelo de atenção, que será tratado no item a seguir.

Em relação ao ensino médico, várias escolas têm feito mudanças e outras estão em processo de discussão ou de reforma dos seus currículos. A ABEM e principalmente o CINAEM estão propiciando e apresentando projetos de modificações do ensino médico. A Pediatria Social, tendo vivenciado propostas reformistas do ensino da Pediatria, deve participar dessas discussões, contribuindo com a crítica dessas experiências para a formação de um profissional responsável pela defesa da vida individual e coletiva, apto a buscar a melhor resolução técnica para os problemas de saúde, sabendo dispor das tecnologias próprias do seu exercício profissional de maneira ética e comprometida com usuários que possam exercer a sua cidadania. Um profissional acima de tudo cuidador, mas que não perca sua competência resolutiva como médico.

IV.3 - DILEMAS ATUAIS DA ORGANIZAÇÃO DE MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA

A experiência de 25 anos em Paulínia, nos seus diagnósticos e proposições ... antecipou-se às AIS e ao SUDS, na hora de implantar o seu modelo assistencial e suas práticas. Gerou uma rede que conseguiu organizar uma assistência médica primária de altíssima qualidade, incorporou especialidades secundárias e equipamentos de diagnóstico com custo e uso racionais que, associados a retaguardas parciais da UNICAMP elevava a resolubilidade a cerca de 95%. Todavia mantém as características de uma "rede/porta de entrada" que não consegue a unificação das ações (de assistência médica e sanitária), não garantindo a equidade e a integralidade (MERHY, 1997).

Em Paulínia, a área da criança experimentou, na sua constituição, diversas proposições que alcançaram um importante grau de resolubilidade. Algumas ao serem incorporadas, como a questão do risco ficou como eixo organizador do programa e não apenas mais um componente da "caixa de ferramentas" de um profissional que fosse antes de tudo um cuidador.

Em outros momentos, como no de repensar o projeto, em 90, foram diagnosticados os problemas e apontadas as sugestões, mas ficaram limitadas basicamente à Pediatria, fazendo modificações parciais; não saiu dos núcleos específicos, a produção dos atos de saúde mudou de "procedimento centrada" para "serviço ou programa centrada".

Decidiu-se trabalhar com as necessidades do paciente, mas "o fazer o serviço funcionar" para atendê-las é que se tornou o eixo, a razão em si. Não adianta trocar o modelo médico clínico centrado por um modelo sanitário e burocrático centrado. Mesmo que se agreguem novos conhecimentos das Ciências Sociais, da Epidemiologia, novas ações, que podem ampliar a prática e aumentar a sua eficácia, se ^{há} ^o houver rompimento dos núcleos específicos não se conseguirá ser eficaz em todas as coisas.

Nesse desvendar da experiência de Paulínia, particularmente a busca de contornos de modelagens de atenção à saúde da criança, se expôs a Pediatria Social com suas apostas reformistas e os discursos dos fazedores desse processo. O espaço de encontro do ensino, do serviço e das práticas continua existindo. Será que a Pediatria Social continua com potência para continuar ou se realocar nele?

Um dos desafios que se coloca para a Pediatria Social, tendo como objetivo o cuidado individual e coletivo da criança e do adolescente e de sua proteção social, é de como atuar na implantação efetiva do SUS.

Deverá continuar isolada, insistindo nas suas apostas reformistas da Pediatria, ou buscar o seu "fazer", conformando a sua competência, suas possibilidades e seus limites, valendo-se de outras disciplinas e áreas e também atuando de forma integrada a elas?

A dificuldade que a Pediatria Social apresenta no seu "fazer" é semelhante à que a rede básica, que é o seu campo de práticas, encontra na busca da unificação das suas ações. Pois ela vive nessa dicotomia entre as racionalidades médicas e as sanitárias. E as propostas que o Governo Federal tem apontado como solução para a crise da saúde e de seus dilemas são, no mínimo, insuficientes, ou até mesmo desalentadoras, e não passam pela rede básica.

O Brasil tem em sua Constituição o SUS, que carrega uma avançada proposta de política de saúde, com fundamentação científica, técnica, econômica e jurídica, e com peso social, mas que necessita ser implementada de maneira mais hegemônica. Nem o seu princípio básico é plenamente respeitado, a saúde não está sendo garantida como direito, pois o seu acesso ainda ocorre de forma excludente, discriminatória, com distribuição seletiva de serviços a partir de mecanismos "racionalizadores" para diferentes cidadanias e fixada na atenção médica.

A não-implantação definitiva do SUS, devido à falta de recursos financeiros e falta de compromisso do Governo, propicia a manutenção do projeto neoliberal e traz como soluções novas e mágicas propostas como os Programas de Saúde da Família (PSF) e

Agentes Comunitários de Saúde, que não são novidades e têm as mesmas origens da medicina comunitária (ver capítulo I.1.b – "A Medicina Comunitária"). São programas de caráter "racionalizador" dirigidos às populações excluídas (FRANCO & MERHY, 1999).

A Área de Saúde da Criança da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde (BRASIL, 1998:5), diante do atual perfil de saúde infantil no Brasil, coloca como necessário definir "estratégias que incluem, prioritariamente, a focalização da atenção nas populações de maior risco e a revitalização do nível primário de atenção, tornando-o mais resolutivo e capaz de prestar atendimento de qualidade às patologias de maior prevalência na população infantil" e, para isso, propõe os Programas de Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde, como mecanismos de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, e a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), direcionada para o atendimento de nível primário. Tem sido realizados, desde 1996 reuniões, oficinas de trabalho e cursos para multiplicadores dessa estratégia. Ela está implantada em alguns Estados, em fase de implantação e em discussão em outros.

A AIDPI (com apoio da OPS/OMS e da USAID - agência dos Estados Unidos da América para o Desenvolvimento Internacional) é dirigida para crianças menores de cinco anos doentes ou com risco de adoecer por doenças prevalentes da infância, que possam levar à morte. Diante do que Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança (PAISC), já propõe para a saúde da criança no Brasil, a AIDPI não é uma nova estratégia, além de ser limitada, pois é uma parte do PAISC, que no início da década de 90, já propunha atenção ao adolescente; e é limitante, pois trabalhando com exclusividade a partir do risco, dificulta o acesso.

São propostas que podem até ser aproveitadas como estratégias, com adaptações, em um modelo de atenção mais amplo, mas não vão ocasionar mudanças para a resolução da crise na saúde, pois certamente contribuirão para a manutenção do modelo hegemônico neoliberal.

Como já se disse acima, a dificuldade que a Pediatria Social apresenta no seu fazer é semelhante ao da rede básica. Por isso, nesta direção, tenta-se trazer a seguir alguns conceitos produzidos para repensar um novo modelo de atenção para o SUS, tomando-se o conjunto das práticas de saúde como foco. Assim, procura-se contaminar esta reflexão que se fez neste trabalho sobre a Pediatria Social em uma experiência concreta com o que se considera de relevante como dilema central de qualquer modelo de atenção à saúde, no Brasil, buscando superar os paradigmas médico centrados hegemônicos por novas estratégias de produção do cuidado em saúde, em função da centralidade do usuário e do seu mundo de necessidades.

Nesta direção buscou-se apoio na produção de MERHY (1997, 1998, 1999), CARVALHO & CAMPOS (1999) e FRANCO & MERHY (1999) em torno da crítica ao modelo médico hegemônico no Brasil e ao PSF e da possibilidade de superá-lo.

A Medicina procurou desenvolver um conjunto de tecnologias para aliviar o sofrimento com a doença e para intervir nos casos de adoecimento produzidos pela exposição aos riscos. A Saúde Pública procurou atuar por meio de tecnologias que "impactassem" os processos de exposição ou as articulações entre as práticas de saúde, enquanto serviços. O modelo vive o seu dilema equilibrando-se entre as duas, mas pode acabar reproduzindo a dicotomia ou o predomínio, ou mesmo uma certa relação de subordinação entre estas racionalidades tecnológicas: a médica e a sanitária (MERHY, 1997).

A estrutura e a organização dos serviços são definidas principalmente por fatores sociais, econômicos e políticos, no âmbito da macropolítica, mas o funcionamento e o perfil assistencial são determinados pelos processos micropolíticos e pelas configurações tecnológicas do trabalho, através dos quais ocorre efetivamente a produção do cuidado com a saúde (FRANCO & MERHY, 1999; MERHY, 1999).

Mudar modelos de atenção à saúde envolve reconstruir: "o modo de fazer a política de saúde no serviço, a maneira como o mesmo opera enquanto uma organização e a

cotidianidade dos processos de trabalho que efetivam um certo modo de produção dos atos de saúde” (MERHY, 1998:15).

Para os autores citados acima, o conjunto dos trabalhos em saúde produzem atos de saúde (procedimentos, acolhimentos, ações de responsabilizações, etc.) capazes de intervir sobre problemas de saúde, podendo resultar em satisfação de uma necessidade. O trabalho em saúde produz um certo modo de cuidar que poderá ser ou não curador ou promovedor da saúde, restituindo ou não, aumentando ou não, a autonomia no modo do usuário andar na vida, pois o processo de produção de atos de saúde pode ser centrada em procedimentos e não nas necessidades dos usuários.

O trabalho em saúde realiza-se em relações estabelecidas entre os próprios trabalhadores e entre eles e os usuários. É um trabalho humano, vivo, em ato, é fundamental e insubstituível. Essas relações produzem serviços que são consumidos no momento de sua produção, marcando o ato de saúde como um produto que, ao ser consumido, tem dupla significação: "de um lado um consumidor a querer o que se produz, de outro a representação de que isto o devolverá à saúde" (MERHY, 1998:07).

Na abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, há um encontro entre duas pessoas, no qual ^{se} opera um jogo de expectativas e produções, "criando-se intersubjetivamente alguns momentos interessantes, como por exemplo: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação" (MERHY, 1998:05).

Essas relações singulares devem ser incorporadas às tecnologias de trabalho para a produção de serviços como tecnologias leves. Tecnologia entendida como o conjunto de conhecimentos e ações aplicados à produção de algo. Estes conhecimentos podem estar materializados em máquinas e instrumentos (raio X, instrumentos para fazer exames

laboratoriais e examinar o paciente, fichários, etc.) – consideradas tecnologias duras; ou em recursos teóricos e técnicas estruturadas (saberes profissionais bem estruturados: clínica do dentista e do médico, o saber do psicólogo e da enfermagem, etc.) - tecnologias leve-duras. Estas últimas são leves, enquanto saber que as pessoas adquiriram na forma de pensar e organizar uma atuação sobre os casos de saúde e duras, por ser um saber-fazer bem estruturado, organizado e protocolado, normatizável e normalizado (MERHY 1998, 1999).

Advoga que somente uma conformação adequada da relação entre esses três tipos de tecnologias poderá produzir qualidade no sistema de saúde, alcançando: "maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema, e desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de andar no mundo" (MERHY,1998:05). O que vai dar norte a um determinado modelo assistencial será a maneira como a tecnologia leve operará no interior do sistema de saúde, comandando ou sendo comandada pelas outras tecnologias.

Hoje, com a persistência do domínio dos interesses, principalmente os econômicos organizados em torno das tecnologias duras, determinando processos de trabalho mais empenhados no seu uso do que em se defrontar com os problemas de saúde, o modelo assistencial é voltado para a produção centrada no procedimento, a partir de um saber estruturado reduzido à produção de procedimentos, consumindo predominantemente tecnologia dura. O trabalho do médico que opera dessa forma vai se isolando dos outros trabalhos, vai se privatizando, ficando fechado e protegido dentro do consultório, podendo às vezes até compor equipes ou projetos, mas de forma fragmentada. Sua relação com o paciente-usuário também fica limitada, pode ser até eficaz, mas não tem responsabilização e eventualmente não é resolutiva.

Em um modelo assistencial centrado no usuário, o trabalho médico deve ser tecnologia leve dependente, "comprometido com uma gestão mais coletiva dos processos de trabalho no interior das equipes de saúde, de uma maneira multiprofissional e interdisciplinar,

pautado por resultados em termos de benefícios gerados para os seus usuários" (MERHY, 1998:08).

Quando um profissional de saúde vai atuar mobiliza um saber específico sobre aquele problema a ser enfrentado (núcleo específico por problema), sobre o qual coloca um saber localizado mais amplo do seu campo profissional (núcleo profissional específico), esses saberes constituem um território que se compõe da dimensão cuidadora sobre qualquer tipo de ação profissional (núcleo das atividades cuidadoras da saúde). Na produção de um ato de saúde, os vários núcleos vão coexistir, sendo o núcleo específico a intersecção entre o problema concreto e o seu recorte profissional. Ou seja, "o conjunto dos trabalhadores de saúde apresenta potenciais de intervenções nos processos de produção da saúde e da doença marcados pela relação dos seus núcleos de competências específicos, associados à dimensão de cuidador que qualquer profissional de saúde detém, seja médico, enfermeiro ou um guarda de um estabelecimento de saúde " (MERHY, 1998:13).

Ao construírem uma interação, trocando conhecimentos e articulando um campo de produção do cuidado, que é comum à maioria dos trabalhadores se constituirá trabalho em equipe. Se cada trabalhador conseguir sair do seu núcleo específico de saberes e práticas para o campo de competência ou campo do cuidado, além da interação cada um poderá "usar todo o seu potencial criativo e criador na relação com o usuário, para juntos realizarem a produção do cuidado"(FRANCO & MERHY, 1999:33).

Todo profissional de saúde é sempre um operador do cuidado: atua como um clínico ao travar com o usuário relações intercessoras que são produtoras de processos de acolhimento, de reponsabilizações e de vínculos; deve ser capacitado, pelo menos para atuar no terreno específico das tecnologias leves. Além de operador do cuidado, ele também será um administrador do cuidado: um gerente do processo de cuidar, através da administração de toda uma rede necessária para a realização do Projeto Terapêutico Individual, sendo assim um agente institucional, que deve, ter poder burocrático-administrativo na organização (MERHY, 1998).

Os Projetos Terapêuticos Individuais são necessários pois, a produção da saúde requer intervenções singulares, a partir de problemas específicos que se apresentam. Eles têm como objetivo realizar um atendimento mais qualificado, pautado na premissa do trabalho interdisciplinar e de integralização dos esforços dos profissionais tendo como centralidade as necessidades dos usuários; e devem ser operados por um profissional implicado no cuidado àquele usuário, que assume a função de gestor do cuidado (MERHY, 1998; CARVALHO & CAMPOS, 1999).

No interior dos serviços de saúde, tem sido proposta, como necessária e possível, a criação de mecanismos que possam causar impacto no modo cotidiano de se acolher o usuário e produzir responsabilizações entre as equipes e os profissionais, e destes com os usuários, "em um movimento combinado de singularização da atenção e 'publicização' da gestão organizacional e do processo de trabalho" (MERHY, 1998:10).

MERHY (1998) coloca a necessidade de um modelo assistencial que deve firmar-se em uma forte rede básica de serviços, procurando uma combinação entre as tecnologias em saúde (leve, leve-duras e duras), que torne possível produzir relações de confiabilidade e responsabilização do trabalhador com o usuário, e buscando um ótimo na resolubilidade das intervenções, promovendo coletivamente um controle dos riscos de adoecer, mas garantindo um acesso universal aos distintos níveis do sistema.

A proposta de Equipes de Referência como uma estratégia dentro do modelo acima tem como características: a constituição de uma equipe de saúde formada a partir da valorização dos campos e núcleos de saberes dos diversos profissionais e de estabelecer Projetos Terapêuticos Individuais; preconiza que nas equipes participem profissionais das especialidades médicas básicas (Pediatria, Clínica Médica, Gineco-Obstetria); reconhecer a demanda como expressão legítima das necessidades de saúde, sem negar a pertinência da utilização de outros instrumentais utilizados no processo de diagnóstico, avaliação e monitoramento dos serviços de saúde; a adscrição da clientela com flexibilidade, procurando otimizar recursos e favorecer vínculo garantindo espaço de liberdade de escolha, respeitando a individualidade do usuário e o microcontrole social sobre as ações de

saúde; valoriza a co-gestão nos espaços das microequipes do serviço e no coletivo do CS; criticar as concepções que trabalham com rigidez os diferentes níveis hierárquicos de prestação de serviços; insistir na pertinência de se valorizar as experiências acumuladas nos CS do país, particularmente no contexto das cidades de grande e médio porte (CARVALHO & CAMPOS (1999).

* * *

Trazer essas propostas nas considerações sobre os dilemas atuais da organização da atenção à saúde da criança visa a apontar caminhos.

A doutrina da Pediatria sempre foi muito próxima de um agir centrado na criança, na qual prepondera uma articulação privilegiada entre as tecnologias leves e leve-duras das práticas de saúde. A Pediatria Social com sua atuação voltada para o ensino, serviço e prática pediátrica poderá contribuir de maneira efetiva para a transformação desta realidade da atenção à saúde.

A Pediatria Social deve compor-se com um modelo de atenção à saúde da criança, compromissado em produzir o cuidado, que seja centrado nos usuários, multiprofissional, aumentando a eficácia das ações de saúde e operando com a produção de novas competências profissionais. Deve buscar marcar presença, integrando a Pediatria e a Saúde Pública, na prática, no ensino e na pesquisa, para não deixar espaço para que propostas e estratégias antigas voltem maquiadas como restabelecedoras da saúde da criança no Brasil.

ANEXOS

ANEXO - ROTEIRO PARA AS ENTREVISTAS

1a. parte

- 1 - Como conheceu
- 2 - Período q. trabalhou
- 3 - Por quê?

2a. parte

Missão

- 1A - Missão rede
- 1B - Missão serviços

Fluxograma da Atenção à Saúde da Criança

- 2A - Acesso
- 2B - Acolhimento
- 2C - Critério para opções de entrada
- 2D - Necessidades atendidas
- 2E - Opções tecnológicas
- 2F - O que resolvia ou não
- 2G - Destino

Processo de Trabalho

- 3A - Equipe da Pediatria
 - 3A1- CSEP
 - 3A2 - Rede
- 3B - Participação nas resoluções da Pediatria
- 3C - Relação gestor/implementador

3D - Relações entre as diversas equipes

3D1 - Equipes

3D2 - Direção

3D3 - Enfermagem

3E - Participação nas resoluções da unidade

3F - Relação com as Instituições de Paulínia

3F1 - Relação com a População

3G - Relação com a UNICAMP e os Departamentos

3H - Outras relações

Funções

4 - Funções exercidas

Ruptura do Convênio

- Processo final

Experiência de Paulínia

- Relação com serviço atual

- Como ficou Paulínia depois do rompimento do convênio

Relação Paulínia com o global (Macro)

ENTREVISTA COM OS GERENTES

1. Explorar situações interinstitucionais: UNICAMP, Conselho Municipal de Saúde, Prefeitura, Secretaria de Saúde
2. Participação nos fóruns que definiam políticas no Município ou fora dele.

SUMMARY

SUMMARY

The study consisted in the analysis of children's health care in the city of Paulínia (SP), understood as an intervention project to reform the teaching, the service and the pediatric practice, in the Social Pediatrics reformist proposals.

The children's health care was part of the project of integration of the medical teaching with the health services, developed in Paulínia, during the period of 1970 – 1995, through an agreement between the Municipality, the State Health Office and the State University of Campinas. This project emerged, among others, as a critical alternative of the health and medical teaching intervention system, with the proposal to reforming the teaching and the medical practice.

Paulínia was analyzed like a locality where it was built a net, a city that was directed to a discourse and where protagonists intervened daily, taking as principal focus the children's health care. The discourse, which desired to be the Pediatrics critical thought and its reformer practice, is the Social Pediatrics that was born sticking to the medical reform movement.

The study included a bibliographical revision of the principal matrices that constitute the reform of the health services and medical teaching organization models. Later, did a historical and bibliographical retrieval of Social Pediatric's field, on children's care and the way of delivering it, through its relations with movements that reform the medical teaching and the health care; and its conceptual framework, bringing up some author's definitions and formulations about the theme.

Subsequently, it was worked the information of several documents and oral sources (situated memories) to rebuild a historic line about Paulínia's process as a place of dispute of models of children health intervention, in a reformist stake, with a reconstruction in two movements: one about relations between teaching and service institutions into a stake to reform the both institutional environments, and another that narrate the history of the

Summary

viewpoint and the time of the protagonists with their reports and stories, but not of the organizations.

In this way, it was able to infer about the forms to produce the experience and to delimit an analysis of the own force and possibilities of the actual reformist project, with the true agents that constituted it.

The experience of Social Pediatrics, in the fundamental School of Paulínia, shows the familiarity with the dichotomy Medicine-Public Health, that is a dilemma of all health attention models in Brazil

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, J.A.G. & RIBEIRO, A.E. - **Da assistência à disciplina: o programa de saúde comunitária**. - Departamento de Ciências Sociais - FFLCH - USP, 1979. (Mimeografado).
- ALVES, E.L.G. - Desnutrição e pobreza no Brasil: algumas evidências. **Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas**, 29: 77 - 86, 1979.
- ANDRADE, M.G.G. - **O ensino médico e os serviços de saúde: o estudo de caso do projeto Paulínia**. Campinas, 1995. (Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- ARIÈS, P. - **História social da criança e da família**. 2.ed. Rio de Janeiro, Guanabara, 1986. 280p.
- AROUCA, A.S.S. - **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. Campinas, 1975. (Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- AROUCA, A.S.S. - **Introdução à crítica do setor saúde**. Campinas, s.d. (Mimeografado).
- BALDIJÃO, C.A.M. - A desnutrição e o processo de acumulação de capital. **Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas**, 29: 49 - 53, 1979.
- BARBIERI, M.A. - **Saúde materno-infantil e classe social - alguns aspectos do período perinatal da mãe e do recém-nascido**. Ribeirão Preto, 1985. (Tese para o concurso de Livre-Docência no Departamento de Puericultura e Pediatria - Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto- USP).

BAREMBLITT, G. - **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Ed. Rosa dos Tempos, 1992. 204p.

BASSO, J.H. - Programa de saúde da comunidade: projeto Paulínia. **In: VI CONFERÊNCIA PAN-AMERICANA DE EDUCAÇÃO MÉDICA; XIV CONGRESSO BRASILEIRO DE EDUCAÇÃO MÉDICA**. Rio de Janeiro, 1976. **Anais**.

BATISTA FILHO, M. - **Prevalência e estágios da desnutrição Protéico-Calórica em crianças da cidade de São Paulo**. São Paulo, 1976. (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

BATISTA FILHO, M. & FERNANDES, M.F. - Situação nutricional da criança no Brasil. **SISVAN Boletim Nacional**, 01:12-14, 1991.

BELLIZZI, D. - Pediatria Social. **Clin. Pediatr. (Rio de J.)**, 13 (6):3-6, 1989.

BITTENCOURT, S.A. & MAGALHÃES, R.F. - Fome: um drama silencioso. **In: MINAYO, M.C.S. - Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1995. p.269-290.

BITTENCOURT, S.A.; BOSI, M.L.M.; OLIVEIRA, E.S.; SILVA, D.O.; MENEZES, F.A. & MEDICI, A.C. - Nutrição, meio ambiente e desenvolvimento: uma contribuição à conferência mundial de ecologia e meio ambiente. **In: LEAL, M.C.; SABROZA, P.C.; RODRIGUES, R.H. & BUSS, P.M. (org.) - Saúde, ambiente e desenvolvimento: processos e conseqüências sobre as condições de vida** – São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1992. p.123-151. v.2

BOLTANSKI, L. - **Puericultura y moral de classe**. Barcelona, Ed. Laia, 1974. 153p.

- BOLTANSKI, L. - **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro, Graal, 1979. 191p.
- BOSI, E. - **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. 3.ed. São Paulo, Companhia das Letras, 1994. 484p.
- BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. - **Saúde e previdência: estudos de política social**. 2.ed.. São Paulo, HUCITEC, 1986. 224p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Área de Saúde da Criança. Secretaria de Políticas de Saúde - **O Brasil e a atenção integrada às doenças prevalentes na infância**. Brasília, 1998. 8p.
- BRITO, J. - **História da cidade de Paulínia**. São Paulo, Prefeitura Municipal de Paulínia, 1972. v.1. 242p.
- BRITO, J. - **História da cidade de Paulínia**. São Paulo, Prefeitura Municipal de Paulínia, 1974. v.2. 213
- BRITO, J. - **História da cidade de Paulínia**. São Paulo, Prefeitura Municipal de Paulínia, 1975. v.3. 227
- BURKE, P. - **A escola dos anais (1929-1989): A revolução francesa da historiografia**. São Paulo, UNESP, 1992. 154p.
- BURKE, P., org. - **A escrita da história**. 2.ed. São Paulo, UNESP, 1992. 354p.
- CALDAS JR, A.L.; BERTONCELLO, N.M.F.; SOCORRO, M.; LINS, A.M; CYRINO, A.P.P; TREZZA, E.M.C; CYRINO, E.G; CORREA, F.K. & MACHADO, J.L.C. - O Ideário UNI e a Formação e Capacitação de Recursos Humanos: Processos e resultados. **Divulgação em Saúde para Debates**, 12:77-89, Julho/1996.

- CAMPOS, G.W.S. - Modelos assistenciais e unidades básicas de saúde: elementos para debate. **In:** CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E. & NUNES, E.D. - **Planejamento sem normas**. São Paulo, HUCITEC, 1989. p. 53-60.
- CAMPOS, G.W.S. - Um balanço do processo de municipalização dos serviços de saúde no Brasil. **Saúde em Debate**, 28: 24-27, 1990.
- CAMPOS, G.W.S. - **Reforma da reforma: repensando a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992a. 220p.
- CAMPOS, G.W.S. - Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em Debate**, 37: 16-19, 1992b.
- CAMPOS, G.W.S.; CHAKOUR, M. & SANTOS, R.C. - Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). **Cad. Saúde Públ.**, 13(1):141-144, 1997.
- CAMPOS, R.Z.; CASSORLA, R.M.S.; MELO, J.A.C. & BARDOU, M.M. - **Alguns resultados preliminares do Censo Demográfico Sanitário do Município de Paulínia**. Campinas, 1973. (Mimeografado).
- CANESQUI, A.M. - Relatório da Constituição do Conselho de Saúde da Comunidade do Centro de Saúde de Paulínia. Campinas, 1974. (Mimeografado).
- CANESQUI, A. M. - Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana. **In:** NÚCLEO DE ESTUDOS DE POPULAÇÃO - **Textos NEPO 13** - Campinas: UNICAMP, 1987. p.13-163.
- CANESQUI, A. M. - **Saúde Pública e proteção à maternidade e à infância: do final do século XIX aos anos 30**. Campinas, Departamento de Medicina Preventiva e Social - FCM/UNICAMP, 1990. (Mimeografado).

- CANESQUI, A. M. - Consumo e avaliação dos serviços de saúde. In: SPÍNOLA, A.W.P., org. - **Pesquisa social em saúde**. São Paulo, Cortez, 1992. p.175-205.
- CANESQUI, A.M.; MELO, J.A.C.; BONFIM, J.R.F.A.; ALCÂNTARA, M.A.M. & GUSHIKEN, M.T. – Relatório de Atividades da Coordenadoria de Promoção da Saúde do Programa de Saúde da Comunidade da UNICAMP. Campinas, 1974. (Mimeografado).
- CANGUILHEM, G. - **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1990. 270p.
- CARVALHO, S.R. & CAMPOS, G.W.S. - **Reforma dos modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim/MG**. Departamento de Medicina Preventiva e Social - FCM/UNICAMP, 1999. (Mimeografado).
- CASTRO, J. - **Geopolítica da Fome: ensaio sobre os problemas de alimentação e de população do mundo**. 3.ed., Rio de Janeiro, Livraria/Editora da Casa do Estudante do Brasil, 1953. 350p.
- CASTRO, J. - **Geografia da Fome - o dilema brasileiro: pão ou aço**. 10.ed., Rio de Janeiro, Antares/Achiamé, 1980. 361p.
- CECÍLIO, L.C.O. - A construção de uma cultura institucional de planejamento: contribuição do município. **Saúde em Debate**, 31: 67- 71, 1991.
- CEDES (CENTRO DE ESTUDOS EDUCAÇÃO E SOCIEDADE) (ee) - **Fracasso Escolar: uma questão médica?**. Cadernos CEDES, 15. São Paulo, Cortez, 1986. 70p.

- CEDES (CENTRO DE ESTUDOS EDUCAÇÃO E SOCIEDADE) (ee) - **O Sucesso Escolar: um desafio pedagógico**. Cadernos CEDES, 28. Campinas, Papyrus, 1992. 97p.
- CHIORO, A. & SCAFF, A. – Saúde e cidadania: a implantação do Sistema Único de Saúde. www.consaude.com.br/links.htm. 1998.
- COLLARES, C.A.L. & MOYSÉS, M.A.A. - Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. **Psicologia USP**, 8 (1):63-73, 1997.
- COSTA, J.F. - **Ordem médica e norma familiar**. 3.ed. Rio de Janeiro, Graal,1989. 282p.
- CRESPIN, J. - **Puericultura: ciência, arte e amor**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1992. 215p.
- CYRINO, A.P.P.; HENRIQUES, C.M.P. & TEIXEIRA, R.R. - Perspectivas da Descentralização e Municipalização no Estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, 29: 37-42, 1990.
- D' INCAIO, M.A., org. - **Amor e família no Brasil**. São Paulo, Contexto, 1989. 160p.
- DEL PRIORE, M. (org.) - **História da criança no Brasil**. 3.ed. São Paulo: Contexto, 1995. 175p.
- DONNANGELO, M.C.F. - **Medicina e sociedade: o médico e o seu mercado de trabalho**. São Paulo, Pioneira, 1975. 174p.
- DONNANGELO, M.C.F. & PEREIRA, L. - **Saúde e sociedade**. São Paulo, Livraria Duas Cidades, 1976. 124p.
- DONZELOT, J. - **A Polícia das Famílias**. 2.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986. 209p.

DRS-5 (DIVISÃO REGIONAL DE SAÚDE - 5 - CAMPINAS) - Relatório apresentado pela Inspeção de Odontologia Sanitária da DRS-5 ao corpo docente da disciplina de Odontologia Preventiva e Saúde Pública da Faculdade de Odontologia de Piracicaba/UNICAMP. Campinas, 1976.

ERSA(ESCRITÓRIO REGIONAL DE SAÚDE)/CAMPINAS - **Ações de Saúde para Crianças de 0-14 anos**. Campinas, 1983. (Mimeografado).

FEPAFEM (FEDERACIÓN PANAMERICANA DE ASOCIACIONES DE FACULTADES DE MEDICINA) - **Programa de Enseñanza Medicina de la Comunidad: documento base**. Rio de Janeiro, 1973. (Mimeografado).

FERREIRA, M.M., coord. - **Entrevistas: Abordagens e Usos da História Oral**. Rio de Janeiro, Edit. da Fundação Getúlio Vargas, 1994. 172p.

FEUERWERKER, L.C.M. & MARSIGLIA, R. - Estratégias para mudanças na formação de RHs com base nas experiências IDA/UNI. **Divulgação em Saúde para Debate**, 12:24 - 28, 1996.

FIGUEROA, E. - La Pediatría y la Puericultura desde las Sociedades primitivas hasta nuestros días. **Rev. Fac. Med. (Caracas)**, 18 (1):119-132, 1995.

FOUCAULT, M. - **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, Graal, 1986. 295p.

FRANCO, T.B. & MERHY, E.E. - **PSF: contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial**. Departamento de Medicina Preventiva e Social - FCM/UNICAMP, 1999. (Mimeografado).

- FREIRE, M.M.L. - **Vidas desperdiçadas: a puericultura no discurso da OMS**. Rio de Janeiro, 1991. (Tese de Mestrado - Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, na área de Saúde da Criança).
- FREITAS, M.C. org. - **História social da infância no Brasil**. São Paulo, Cortez, 1997. 312p.
- GARCÍA, J. C. – Apresentação: Juan César Garcia entrevista Juan César García. In: NUNES, E. D. (org.) – **As Ciências Sociais na América Latina: tendências e perspectivas**. Brasília, OPAS, 1985. p.19-28.
- GOLDENBERG, P. - **Repensando a desnutrição como questão social**. Campinas, Editora da UNICAMP, 1988. 159p.
- HALBWACHS, M. - **A Memória coletiva**. São Paulo, Vértice, 1990. 189p.
- HALL, M. M. - História Oral: os riscos da inocência. In: _____ **O Direito à memória: patrimônio histórico e cidadania**. São Paulo, Departamento de Patrimônio Histórico, 1991. 235p.
- IBGE/UNICEF - **Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos nutricionais 1974-1975**. Rio de Janeiro, IBGE, 1982.
- INAN - INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN): resultados preliminares**. Brasília, INAN/IPEA/FIBGE, 1990a.
- INAN - INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - **Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN): perfil de crescimento da população brasileira de 0 a 25 anos**. Brasília, INAN, 1990b.

INAN - INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO - Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição (PNSN): condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos. Brasília, INAN, 1991.

INAN - Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil (1989). Rio de Janeiro, IBGE, 1992.

JORDAN, J. R. - Crecimiento del Niño como Indicador de Salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - **Salud Infantil y Atención Primaria en las Americas**. OPS, Publicación Científica No 461, 1984.

KASSE ACTA, E. - Perspectivas de la Pediatría Social. **Rev. Cuba. Pediatr.**, 60(6):813-825, 1988.

KRAMER, S. - Infância e sociedade: o conceito de infância. In: _____ **A política do pré-escolar no Brasil: a arte do disfarce**. 2.ed.. Rio de Janeiro: Achiamé, 1984. p.15-47.

LE GOFF, J. - **História e memória**. 3.ed. Campinas, Editora da UNICAMP, 1994. p.553

LIMA, G.Z. - **Saúde Escolar e Educação** – São Paulo, Cortez, 1985. 160p.

LINDSTÖN, B. & SPENCER, N. - Preface. In: _____, ed. - **Social Paediatrics**. New York, Oxford University Press, 1995. p.v-viii

LUZ, M.T. - **As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia**. 3.ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986. 295p.

LUZ, M. T. - Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática"- anos 80. **Saúde em Debate**, 32: 27- 32, 1991.

- MACCHIAVERNI, L.M.L.; ANTONIO, M.A.R.G.M. & PAZZETTI, E.O.S. – Programa de Atenção Integral às crianças de creches municipais de Paulínia: relato de uma experiência. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**, 1 (2): 21-25, 1990.
- MACHADO, R.; LOUREIRO, A.; LUZ, R. & MURICY, K. - **Danação da norma: Medicina Social e constituição da Psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978. 559p.
- MADUREIRA, P.R. & CAPITANI, E.M. - Qualidade da atenção em rede hierarquizada: a interface serviço/paciente. **Cad. Saúde Públ.,RJ**, 6(2):158-174, 1990.
- MADUREIRA, P.R.; CAPITANI, E.M. & CAMPOS, G.W.S. - Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. **Cad. Saúde Públ.,RJ**, 5(1):45-59, 1989.
- MANCIAUX, M. - What is Social Paediatrics and where does it come from? In: LINDSTRÖM, B & SPENCER, N., ed. - **Social Paediatrics**. New York, Oxford Univerty Press, 1995. p.3-11.
- MARCONDES, E. - **Pediatria: doutrina e ação**. São Paulo, Sarvier, 1973. 398p.
- MARCONDES, E. - O paradigma do ensino médico. **Médicos, HC-FMUSP**, 03, 1998.
- MARQUES, A.N. - **Pediatria Social: teoria e prática**. Rio de Janeiro, Cultura Médica Ltda, 1986. 397p.
- MARQUES, M.B. - **Análise das limitações e possibilidades de atuação em um serviço de puericultura**. Campinas, 1976a. (Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- MARQUES, M.B. - Limitações e possibilidades de atuação em um serviço de puericultura. **Saúde em Debate**, 1: 28-31, 1976b.

- MARQUES, M.B. - **A Questão Populacional Internacional e as Doutrinas e Práticas Sanitárias voltadas para a Saúde Materno-Infantil.** Rio de Janeiro, 1982 (Mimeografado).
- MARQUES, M.B. - A Atenção Materno-Infantil como Prioridade Política. **In:** GUIMARÃES, R., org. - **Saúde e Medicina no Brasil.** Rio de Janeiro, Graal, 1984. p.121-146.
- MARQUES, M.B.; VIACAVA, F.; RAMOS, C.L.; POSSAS, C. – Relatório sobre as atividades do grupo planejador-executor da Puericultura do PAMI (Programa de Atenção Materno Infantil/Paulínia). Campinas, UNICAMP/CSEP, 1974. (Mimeografado).
- MARQUES, R.M.; BERQUÓ, E.; YUNES, J. & MARCONDES, E. - Crecimiento de Niños Brasileños; Peso y Altura en Relacion con la Edad el y el Sexo y la Influencia de Factores Socioeconomicos. Washington, OPS, Publicación científica No 309, 1975.
- MENDES, E.V. - **Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** Rio de Janeiro/São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1993. 310p.
- MENDES, R.T. - **Trabalho e Doutrina: os caminhos da prática pediátrica nos Centros de Saúde.** Campinas, 1996. (Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, área de Pediatria).
- MENDES GONÇALVES, R.B. – **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo.** São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1994. 278p.

- MENDONZA, H. - La Enseñanza de la Pediatría Social y Preventiva. **Arch. Dom. Pediatr.**, 27(3): 99-100, 1991.
- MERHY, E.E. - **O capitalismo e a Saúde Pública**. Campinas, Papirus, 1985. 116p.
- MERHY, E.E. - Brasil pós-64: financiamento e modelos dos serviços. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E. & NUNES, E.D. - **Planejamento sem normas**. São Paulo, HUCITEC, 1989. p.61-112.
- MERHY, E.E. - A mutilação da Lei Orgânica da Saúde: vitória dos que desejam um povo mutilado. **Saúde em Debate**, 30: 8-9, 1990.
- MERHY, E.E. - **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo, HUCITEC, 1992. 221p.
- MERHY, E.E. - **Atuar em saúde**. Departamento de Medicina Preventiva e Social - FCM/UNICAMP, 1993. (Mimeografado)
- MERHY, E.E. - **Agir em saúde: micropolítica do trabalho vivo**. Departamento de Medicina Preventiva e Social - FCM/UNICAMP, 1996. (Mimeografado).
- MERHY, E.E. - A rede básica como uma construção da Saúde Pública e seus dilemas. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R., orgs. - **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo/Buenos Aires, HUCITEC/Lugar Editorial, 1997. p.197-228
- MERHY, E. E. - **A Perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar**. Departamento de Medicina Preventiva e Social - FCM/UNICAMP, 1998. (Mimeografado).

- MERHY, E. E. - **O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais.** Departamento de Medicina Preventiva e Social - FCM/UNICAMP, 1999. (Mimeografado).
- MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O. & NOGUEIRA FILHO, R.C.N. - Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. **Saúde em Debate**, 33: 83-89, 1991.
- MERHY, E. E. & ONOCKO, R., orgs. - **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo/Buenos Aires, HUCITEC/Lugar Editorial, 1997. 385p.
- MINAYO, M.C.S. - **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde** – São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1992. 269p.
- MINAYO, M.C.S. - **Raízes da fome.** 3.ed. Petrópolis, Vozes/FASE, 1987.
- MIRANDA, V.L.A. – **Saúde Escolar: o programa de Paulínia.** Campinas, 1992 (Tese de Mestrado – Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP).
- MIRANDA, V.L.A.; CARNIEL, E. F.; CARAFFA, R.C. & OLIVEIRA, S.P. – Programa Integrado de Educação e Saúde Escolar (PIESE): relato de uma experiência. **Jornal de Pediatria**, 65: 259-263, 1989.
- MONTEIRO, C.A. - **A epidemiologia da desnutrição protéico-calórica em núcleos rurais do Vale do Ribeira.** São Paulo, 1977. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).
- MONTEIRO, C.A. - O Problema da desnutrição no Estado de São Paulo (Brasil): informações disponíveis, lacunas no conhecimento e linhas de pesquisa prioritárias. **Rev. Saúde publ., S. Paulo**, 19: 183-189, 1985.

- MONTEIRO, C.A. - **Saúde e nutrição das crianças de São Paulo: diagnóstico, contrastes sociais e tendências.** São Paulo, HUCITEC/Ed. USP, 1988. 165p.
- MONTEIRO, C.A.; FREITAS, I.C.M. de & BARATHO, R.M. - Saúde, Nutrição e Classes Sociais: o nexó empírico evidenciado em um grande centro urbano, Brasil. **Rev. Saúde públ., São Paulo, 23:** 422-428, 1989.
- MORCILLO, A.M. - **Estudo comparativo de sete parâmetros antropométricos em escolares da cidade de Paulínia (SP), Referente aos Períodos de 1979/1980 e 1984/1985.** Campinas, 1987. (Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).
- MOYSÉS, M.A.A. & LIMA, G.Z. - Fracasso escolar, um fenômeno complexo: desnutrição apenas mais um fator. **Pediat. (S. Paulo), 5:** 263-269, 1983.
- MULLER NETO, J.S. - Políticas de Saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. **Saúde em Debate, 31:** 54-66, 1991.
- NOVAES, H.M.D. - **A puericultura em questão.** São Paulo, 1979. (Tese de Mestrado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).
- NUNES, E.D., org. - **Medicina Social: aspectos históricos e teóricos.** São Paulo: Global, 1983. 205p.
- NUNES, E.D., org. - **As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas.** Brasília, OPAS, 1985. 474p.
- NUNES, E.D., org. - **Juan César Garcia: Pensamento social em saúde na América Latina.** São Paulo, Cortez, 1989a. 238p.

- NUNES, E.D. – A Medicina Social no Brasil: um estudo de sua trajetória. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E. & NUNES, E.D. - **Planejamento sem normas**. São Paulo, Hucitec, 1989b. p.113-134.
- NUNES, E.D. – Trayectoria de la Medicina Social en America Latina: elementos para su configuracion. In: OPS/ALAMES - **Debates em Medicina Social**. Quito, OPS/ALAMES, 1991. p.17-137.
- OLIVEIRA, J.A.A. & TEIXEIRA, S.M.F. - **(Im)Previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis (RJ), Ed. Vozes, 1986. 357p.
- OLIVEIRA, L.A.P. & MENDES, M.M.S. - Mortalidade Infantil no Brasil: uma avaliação de tendências recentes. In: MINAYO, M. Cecília S. - **Os Muitos Brasis: saúde e população na década de 80**. São Paulo/ Rio de Janeiro: Edit. HUCITEC/ABRASCO, 1995. p. 291-303.
- OMS - **Atención Primaria de Salud**. Ginebra, OMS, 1978.
- OPAS - **Enseñanza de la Medicina Preventiva y Social: 20 años de experiência latinoamericana**. 1976; Publicación Científica n. 324.
- OPAS/CPSS - **Formulacion de Politicas de Salud**. Santiago, OPAS, 1975.
- OPAS/OMS - **Problemas conceptuales y metodologicos de la programacion de la salud**. Publicacion Científica de la OPAS, n. 111. Washington, 1965
- ORLANDI, O.V. - **Teoria e prática do amor à criança: introdução à Pediatria Social no Brasil**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1985. 174p.
- PATTO, M.H.S., org. - **Introdução à psicologia escolar**. 2.ed. (2.red.) São Paulo: T. A. Queiroz, 1989. 430p.

PELLEGRINI FILHO, A.; CANESQUI, A.M.; POSSAS, C.A. & MELO, J.A.C. – **Uma contribuição à crítica da Educação para a Saúde**. Campinas, 1974.

(Mimeografado).

PMP (PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA) - **Paulínia: Chamas do Progresso**.

Paulínia, Departamento de relações públicas do município de Paulínia/Queiroz Neto Promoções, 1972.

PMP (PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA) - Conselho Municipal de Saúde: projeto. PMP, Paulínia, 1991a.

PMP (PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA) - Fundo Municipal de Saúde: projeto. PMP, Paulínia, 1991b.

PMP (PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA) – **Boletim Informativo à População: Comunicado**. PMP, Paulínia. 1994a.

PMP (PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA) – **Boletim Informativo à População: Comunicado - esclarecimento à população**. PMP, Paulínia. 1994b.

PMP / DISMA (DIVISÃO DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE) - **Projeto de Saúde Bucal**. Paulínia, 1980. (Mimeografado).

PMP / DISMA - **Centro Odontológico Municipal (COM)**. Paulínia, 1982. (Mimeografado).

PMP / SES (SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE) / UNICAMP (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS) - **Minuta de Convênio**. Paulínia (SP), 1971

POLLAK, M. - Memória, esquecimento, silêncio. **Estudos Históricos** (3) 3-15, 1989.

- QUEIROZ, M.I.P. - **Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva.** São Paulo, T. A. Queiroz, 1991. 171p.
- RAGO, M. - **Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar, Brasil 1890-1930.** 2.ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987. 209p.
- RIVORÊDO, C.R.S.F. - **Cuidar e tratar de crianças: breve história de uma prática.** Taubaté (SP), Cabral, 1995. 129p.
- RIVORÊDO, C.R.S.F. - **Por uma história de uma dor: mentalidades médicas, neonatologistas e a dor em recém-nascidos.** Campinas. 1996. (Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas - área de Pediatria). Campinas, 1996.
- ROSEN, G. - **Da Polícia Médica à Medicina Social.** Rio de Janeiro: Graal, 1979. 401p.
- ROSEN, G. - **Uma história da Saúde Pública.** São Paulo/Rio de Janeiro, UNESP/HUCITEC/ ABRASCO, 1994. 423p.
- ROUSSEAU, J.J. - **Emílio ou da Educação.** Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 1992. 581p.
- SADER, E. - **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da Grande São Paulo (1970-1980).** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1988. 329p.
- SANTOS, N.R. & MIRANDA, V.L.A. - **Programa de Saúde Escolar.** Paulínia. CSEP/DECLA (Centro de Saúde Escola de Paulínia/Diretoria de Educação Cultura e Lazer), 1981. (Mimeografado).
- SCHRAIBER, L. B. - **Programação em saúde hoje.** São Paulo, HUCITEC, 1990. 226p.

SES / UNICAMP / PMP - Convênio do Hospital Municipal de Paulínia. Campinas, 1985.

SILVA, L.M. - **Desnutrição e estrutura social brasileira: um ensaio de interpretação.**

São Paulo, 1979. (Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo).

SILVA, L.M.V. - As AIS/SUDS no Município: repercussões e obstáculos. **Saúde em Debate**, 31: 72-82, 1991.

SINGER, P.; CAMPOS, O. & OLIVEIRA, E. M. O. - **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde.** Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1988. 166p.

SOARES, M. - **Linguagem e escola: uma perspectiva social.** 7.ed. São Paulo: Editora Ática, 1989. 95p.

SUCUPIRA, A.C.S.L. - **Relações médico-paciente nas instituições de saúde Brasileiras.**

São Paulo, 1981. (Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP, área de Medicina Preventiva).

SZWARCWALD, C. L.; LEAL, M. C. & JOURDAN, A. M. F. - Mortalidade infantil: o custo social do desenvolvimento Brasileiro. In: LEAL, M. C.; SABROZA, P. C.; RODRIGUES, R. H. & BUSS, P. M., org. - **Saúde, ambiente e desenvolvimento: processos e conseqüências sobre as condições de vida** – São Paulo/Rio de Janeiro, HUCITEC/ABRASCO, 1992. p. 251-278. v.2

TANAKA, O. Y. - **Avaliação do programa de assistência à criança da Secretaria da Saúde de São Paulo.** São Paulo, 1982. (Tese de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).

- TANAKA, O. Y. - **Análise da utilização dos serviços do posto de assistência médica e do pronto atendimento do Jardim São Jorge no município de São Paulo, por meio do estudo da clientela usuária.** São Paulo, 1988. (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo).
- TANAKA, O. Y. - A porta de entrada do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS. ***Saúde em Debate*, 28:** 38-40, 1990.
- TANAKA, O. Y. & ROSENBERG, C. P. - Análise da utilização pela clientela de uma unidade ambulatorial da secretaria da saúde do município de São Paulo, SP (Brasil). ***Rev. Saúde públ. S. Paulo*, 24:** 60-68, 1990.
- TEIXEIRA, S. F., org. - **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria.** São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/ABRASCO, 1989. 232p.
- THIOLLENT, M. - **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária.** São Paulo, Editora Polis, 1987.
- THOMPSON, P. - **A voz do passado: história oral.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992. 385p.
- TOBAR, L.R.M.T.; SANTOS, R.A.; LUKOWIECKI, S.F.; MELO, J.A.C.; BARDOU, M.M.; GUSHIKEN, M.T. & CANESQUI, A.M. - **Programa de Saúde Escolar.** UNICAMP/CSEP, 1974. (Mimeografado).
- TOBAR-ACOSTA, Miguel I. - **Medicina de comunidad en el barrio "Jardim das Oliveiras", município de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil.** Documento distribuido a los participantes del Programa Milkbank Faculty Fellowship (sobre el tema: "La comunidad en la Educación Médica"), realizado en Brasilia, Rio de Janeiro, Campinas y Ribeirão Preto, Brasil, entre el 3 y 13 de junio de 1970. (Mimeografado).

TOBAR-ACOSTA, M.I. – Diagnóstico de saúde em membros de um grupo de famílias do bairro Jardim das Oliveiras, município de Campinas, Estado de São Paulo.

Campinas, 1972. (Tese de Doutorado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas).

UNICAMP - Processo no. 2199/70 (Referente ao Convênio SES/UNICAMP/PMP).

Campinas, 1970, fls 36-42.

UNICAMP - Processo no. 4920/84 (Referente ao Convênio SES/UNICAMP/PMP).

Campinas, 1984, fls 34-44.

UNICAMP - Processo no. 2071/85 (Referente ao Convênio UNICAMP/FCM/SES/PMP - cooperação conjunta de um hospital geral na cidade de Paulínia). Campinas, 1985.

UNICAMP - Convênio UNICAMP-FCM/SES-SUDS/PMP. Campinas, 1989.

UNICAMP / CSEP (Centro de Saúde Escola de Paulínia) - Criação, composição e funções da Coordenadoria de Promoção da Saúde do Programa de Saúde da Comunidade da UNICAMP. Campinas, 1974a. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP – Programa de Puericultura/PAMI: entrevista para diagnóstico do desenvolvimento psicomotor, faixa etária de 0 a 2 anos. Campinas, 1974b.

(Mimeografado).

UNICAMP / CSEP – Programa de Puericultura/PAMI: relatório de atividades do 1º mês de atividades do Serviço de Puericultura do CSEP. Campinas, 1974c.

(Mimeografado).

UNICAMP / CSEP – Programa de Puericultura/PAMI: a visita domiciliar. Campinas, 1974d. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP - **Atenção à Criança**. Paulínia, 1980a. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP - **Atenção à Mulher**. Paulínia, 1980b. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP - **Programação do Setor de Adultos**. Paulínia, 1980c.
(Mimeografado).

UNICAMP / CSEP - **Organização funcional do Laboratório Clínico do CSEP**. 1980d.
(Mimeografado).

UNICAMP / CSEP - **Programa de Saúde do Escolar**. Paulínia, 1980e. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP - **Educação em Saúde**. Campinas, 1981a. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP - **Algumas iniciativas para superar bloqueios tecnológicos na Área da Atenção Primária à Saúde**. Campinas, 1981b. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP - **Estrutura Organizativa: CSEP**. 1981c. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP - **Programa Integral de Saúde da Criança**. Paulínia, 1983a.
(Mimeografado).

UNICAMP / CSEP - **Proposta de funcionamento dos Postos Periféricos de Paulínia**.
1983b. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP - **Dados, produção, indicadores**. Paulínia, 1989. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP - **Oficina de Trabalho: histórico**. Paulínia, 1990a. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP - **Produção de Serviços: rede**. Paulínia, 1990b. (Mimeografado).

- UNICAMP / CSEP – Diretrizes para o estabelecimento de novas relações entre UNICAMP e Prefeitura Municipal de Paulínia no processo de municipalização.** Paulínia, 1990c. (Mimeografado).
- UNICAMP / CSEP - Oficina de Trabalho: documento base. Rede Pública de Saúde de Paulínia.** Paulínia, 1990d. (Mimeografado).
- UNICAMP / CSEP - Relatório Final da Oficina de Trabalho da Rede Pública de Saúde de Paulínia.** Paulínia, 1990e. (Mimeografado).
- UNICAMP / CSEP - Planejamento da Rede Pública de Saúde de Paulínia.** Paulínia, 1991a. (Mimeografado).
- UNICAMP / CSEP - Modelo Assistencial.** Paulínia, 1991b. (Mimeografado).
- UNICAMP / CSEP - Modelo de Ensino.** Paulínia, 1991c. (Mimeografado).
- UNICAMP / CSEP - Papéis e funções dos profissionais de saúde.** Paulínia, 1991d. (Mimeografado).
- UNICAMP / CSEP - Sobre uma política de desenvolvimento e capacitação de recursos humanos no município de Paulínia.** Paulínia, 1991e. (Mimeografado).
- UNICAMP / CSEP - Gerenciamento da rede ambulatorial/Modelo de gerência.** Paulínia, 1991f. (Mimeografado).
- UNICAMP / CSEP – Planejamento: Saúde do Adulto.** Paulínia, 1991g. (Mimeografado).
- UNICAMP / CSEP - Sugestões para o programa de Saúde Mental.** Paulínia, 1991h. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP – Planejamento: Saúde da Criança. Paulínia, 1991i.
(Mimeografado).

UNICAMP / CSEP – Subprogramas da Área da Saúde da Criança: atendimento ambulatorial, creche, pré-escola, escola, projeto sol, grupos de risco, grupo de mães. Paulínia, 1991j. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP – Convênio UNICAMP/PMP: 21 anos. Campinas, 1993.
(Mimeografado).

UNICAMP / CSEP – Produção da rede de saúde de Paulínia: 1993/1994. Paulínia, 1994a. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP – Mesa Redonda: Atenção à Saúde no Município de Paulínia. Paulínia, 1994b.

UNICAMP / CSEP – Boletins Informativo: Informativo Saúde 1, 2, 3 e 4. CSEP, Paulínia, 1994c. (Mimeografado).

UNICAMP / CSEP / PEDIATRIA – Reunião Geral do Departamento de Pediatria: CSEP e a atenção integral à saúde da criança e do adolescente. Campinas, 1989.
(Mimeografado).

UNICAMP / CSEP / SMET (SERVIÇO MUNICIPAL DE EMERGÊNCIA E TRIAGEM) - Diretrizes e Normas. Paulínia, 1979. (Mimeografado).

UNICAMP / FCM (Faculdade de Ciências Médicas) - Novas Faculdades de Medicina: uma tentativa de abordagem analítica: dificuldades e proposições. Campinas, 1971. (Mimeografado).

- UNICAMP / FCM - Projeto de Execução do Plano de Ciências da Saúde na Rede de Serviços de Paulínia.** Campinas, Convênio entre a Fundação Kellogg dos Estados Unidos e a Universidade Estadual de Campinas, 1973a. (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM - Atenção Materno-Infantil: programas do curso do 4º ano de graduação em Medicina, de 1969 a 1973.** Campinas, 1973b. (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM - O Projeto Paulínia e o Ensino Médico na UNICAMP.** Campinas, 1986. (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM / DMPS (Departamento de Medicina Preventiva e Social) - Relatório do DMPS da FCM/UNICAMP à VII Reunião dos docentes de Medicina Preventiva das Faculdades e Escolas Médicas do Estado de São Paulo.** Campinas, 1970 (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM / DMPS - Plano de Ensino de Ciências da Saúde em uma Rede de Serviços.** Campinas, 1972. (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM / DMPS – A Educação Médica em uma Rede de Serviços.** Campinas, 1974a. (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM / DMPS – Alternativa diante da Crise.** Campinas, 1974b. (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM / DMPS – Princípios de Cuidado à Saúde.** Campinas, 1974c. (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM / DMPS – Quadro teórico que justifica nossa alternativa à Crise do Setor Saúde.** Campinas, 1974d. (Mimeografado).

- UNICAMP / FCM / DMPS – **Censo Demográfico: Paulínia, 1973**. Campinas, 1976 (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM / DMPS - **Apontamentos para o Seminário Ciências Sociais e Medicina de Comunidade**. Campinas, s/d. (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM / DMPS / LEMC (Laboratório de Educação para Medicina de Comunidade) - **Proposições para o Planejamento do Programa de Atenção Materno-Infantil (PAMI)**. Campinas, 1973a. (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM / DMPS / LEMC – **Relatório do Grupo de Trabalho para Planejamento do Programa de Atenção Materno-Infantil (PAMI)**. Campinas, 1973b. (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM / DMPS / LEMC – **Treinamento de Funcionários do Centro de Saúde Escola de Paulínia**. Campinas, 1973c. (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM / DMPS / LEMC – **Relatório do 1º Seminário entre Docentes e Residentes de Pediatria e de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP**. Campinas, 1974a. (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM / DMPS / LEMC – **Avaliação do Treinamento de Funcionários do Centro de Saúde Escola de Paulínia**. Campinas, 1974b. (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM / DMPS / LEMC – **Contribuição à definição dos princípios que deverão nortear as Ações na Rede de Serviços de Saúde**. Campinas, s/d. (Mimeografado).
- UNICAMP / FCM / PSC (Programa de Saúde da Comunidade) / CPS (Coordenadoria de Promoção da Saúde) – **Programa Educativo em Puericultura**. Campinas, 1974a. (Mimeografado).

- UNICAMP / FCM / PSC / CPS – **Educação em Saúde Escolar**. Campinas, 1974b.
(Mimeografado).
- UNICAMP / HC / FCM / INAMPS – **Convênio. Demonstrativos financeiros anuais, 1976-1985**. Campinas, 1985.
- UNICAMP / PMP - Termo de Convênio referente à integração Física e Funcional do Pronto-Socorro Municipal e do Centro de Saúde Escola de Paulínia. Campinas, 1975.
- UNICAMP / PMP / SES – **Comissão Paritária Tripartite de Transição do Convênio de Paulínia: atas e anotações**. Campinas, 1994
- VALENTE, F.L.S. - **Fome e desnutrição: determinantes sociais**. São Paulo, Cortez, 1986. 107p.
- VEYNE, P. - O Império Romano. In: VEYNE, P., org. - **História da vida privada: do império romano ao ano mil**. São Paulo, Companhia das Letras, 1989. p.23 v.1
- VICTORA, C. G., BARROS, F. D. & VAUGHAN, J. P. - **Epidemiologia da Desigualdade**. São Paulo, HUCITEC, 1988. 187p.
- VOSGRAU, E. & MELO, J.A.C. – **Programa de Integração Centro de Saúde da UNICAMP/Divisão de Educação e Saúde da Prefeitura Municipal de Paulínia: Um Programa de Saúde Escolar**. (Trabalho apresentado no XVIII Congresso Paulista de Municípios). 1974 (Mimeografado)
- YUNES, J. - Evolução da Mortalidade Infantil e Mortalidade Infantil Proporcional no Brasil. **Pediat. (S. Paulo)**, **3**: 42-53, 1981.

ZANOLLI, M. L - **Avaliação do estado nutricional de pré-escolares matriculados nas Escolas Municipais de Educação Infantil de Paulínia - S.P.** Campinas, 1992. (Tese de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP)

ZANOLLI, M.L.; ANTONIO, M.A.R.G.M.; CARNIEL, E.F.; SALVIANI JÚNIOR, D. & TOZZI, C.S. – Programa de Atenção ao Pré-Escolar – Paulínia. In: VI CONGRESSO BRASILEIRO DE SAÚDE ESCOLAR. Vitória, 1988. **Anais.**