

Capítulo 18

O Centro de Saúde Escola e o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde em Ribeirão Preto: 1982 - 1992

Juan Stuardo Yazlle Rocha, Maria do Carmo Gullaci Guimaraes Caccia-Bava

Nos anos de 1950 e 1960 no Reino Unido e nos EUA havia o entendimento que ainda não se sabia (ou se sabia muito pouco) acerca das crenças e do comportamento da população em relação à saúde, sinais e sintomas das doenças, com quem se aconselhavam a respeito, fossem médicos, farmacêuticos ou curandeiros, onde procuravam assistência, qual o grau de aceitação das condutas prescritas, embora se soubesse que o resultado do processo assistencial é totalmente influenciado por estes fatores da cultura da população. Desta forma, alguns serviços de saúde foram criados como laboratórios na comunidade para estudar a “ecologia” da assistência à saúde^{1,2} visando conhecer o comportamento da população e seus problemas de saúde mais frequentes, as condutas mais adequadas e permitir o monitoramento de nascimentos, casos de risco de jovens e velhos – doenças leves, mais graves, quadros agudos e crônicos² (obesidade, hipertensão, diabetes, câncer). O perfil de problemas e doenças muda com o tempo e os serviços devem atender às demandas crônicas e agudas que, no geral, refletem a vida na coletividade; a morbidade hospitalar registrada representa os casos selecionados segundo o sistema social de assistência; nas sociedades de classes a assistência é estratificada em níveis com acesso diferenciado (às vezes rapidamente, em outros com demoras maiores ou menores) a serviços, exames, procedimentos e tratamentos segundo o estrato e/ou condição social do paciente (resultado caracterizado como a medicina de classes) que financia e seleciona (determina) as prioridades para a assistência e orienta o encaminhamento de acordo ao tipo ou modelo assistencial que têm acesso a cada tipo de serviço (composição dos especialistas) que atendem as demandas.

Na história da criação e implantação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP havia o conhecimento da estreita relação do ensino, a pesquisa e a assistência assumidos como pilares constitutivos do Projeto acadêmico original. Muito embora o Decreto Estadual 161 de 1948 de criação da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto previsse como áreas de atuação para docentes e alunos, um Hospital de Clínicas e um Centro de Saúde, este último não foi implementado em 1952 – ano de início da implantação da FMRP – porque, com razão, o Professor Pedreira de Freitas, fundador do Departamento de Higiene e Medicina Preventiva, não via nos serviços públicos de saúde o mínimo de condições para o desenvolvimento de atividades docentes³.

Pedreira de Freitas conhecia e trabalhava na região em suas pesquisas relacionadas com a Doença de Chagas; em 1947 obteve da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo o apoio para implantar um Posto para o Estudo da Moléstia de Chagas em Cássia do Coqueiros e, em 1949 publicou o trabalho lapidar “Nova técnica de fixação de complemento para a moléstia de Chagas – reação quantitativa com antígeno “gelificado” de culturas de *Trypanosoma cruzi*” que revolucionaria a percepção do problema social da Doença de Chagas ao permitir o diagnóstico individual dos casos crônicos e o conhecimento

epidemiológico da extensão dessa enfermidade. Todavia, o ensino médico na comunidade fazia parte do seu projeto educacional: em 1964 transformou o Posto de estudo da doença de Chagas em Centro Médico para receber alunos do sexto ano médico da FMRP no Estágio Rural já em 1965³⁻⁵.

Em 1969 o Departamento de Higiene e Medicina Preventiva criou o Centro Médico Social Comunitário de Vila Lobato, em área periférica do município de Ribeirão Preto liderando o projeto que contou com a colaboração de docentes dos Departamentos de Pediatria, Clínica Médica e de Obstetrícia e Ginecologia concebido com direção técnica única de docente do Departamento de Medicina Preventiva para pesquisa, ensino e assistência comunitária em área urbana de Ribeirão Preto.

Em 1972-1974, no bojo da política continental de extensão da cobertura populacional por serviços de saúde, o Ministério da Saúde passa a defender a extensão da cobertura populacional pelos serviços de saúde, e defende o binômio ensino-serviço e critica-se a desvinculação dos Hospitais de Ensino da rede assistencial no país. O Protocolo MEC/PREV SOCIAL defende o internato de estudantes de medicina fora dos serviços acadêmicos, criando um Convênio Padrão para facilitar o financiamento dos projetos de integração com a justificativa da importância que os estudantes vivenciam a realidade do sistema de saúde no país no processo ensino-trabalho. Em 1976 o MEC financia programas de Internato e Residência Médica e aprova o PIASS – Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento. No ano seguinte é lançado no âmbito continental o Projeto Saúde para Todos no Ano 2000 antecedendo a Reunião de Alma Ata da Organização Mundial da Saúde (OMS) no Cazaquistão (antiga União Soviética) sobre Cuidados Primários de Saúde. No ano seguinte a OMS proclama que a Atenção Primária de Saúde é a chave estratégica para alcançar a Saúde para todos em 2000.

Em 1980 a 7ª Conferência Nacional de Saúde defende o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde – PREV SAÚDE e no ano seguinte o Acordo OPS/MS/MEC/MPAS lança o estímulo a Projetos de Integração Docente Assistencial e em 1983 é lançado o PAPPS, Programa de Apoio Pedagógico a Profissionais de Saúde com apoio financeiro da Fundação Kellogg e CAPES em sete grandes regiões do Brasil^{6,7}.

Por já ter as experiências comunitárias de Cassia dos Coqueiros e de Vila Lobato, o Departamento de Medicina Social somente viria se interessar por esse modelo de ensino-serviço muito mais tarde, em fins dos anos 1970.

Até os anos 70 a doutrina da Educação na área da Saúde estipulava que a boa formação profissional deveria ocorrer fora da rede de serviços públicos de saúde onde dominaria a liberdade do ambiente acadêmico. No início da década de 1970 havia ocorrido grande expansão de escolas médicas que passaram a requerer serviços de saúde para ensino dos futuros profissionais. Foi lançado à época o movimento de Integração da Docência e Assistência⁶ que pouparia as Escolas Médicas de criar novos serviços para o treinamento e prática dos acadêmicos e propiciaria, de outro lado, a experiência do trabalho e ensino em condições reais da assistência à população em geral. Nascidos do reconhecimento da importância de uma maior aproximação entre a formação acadêmica e a realidade de vida e necessidades de assistência da população, os Centros de Saúde Escola se desenvolveram em todo o estado de São Paulo na década dos anos 1970, vinculados aos departamentos de medicina preventiva e social em convênio com a Secretaria de Estado da Saúde. Assim se deu na Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP,

na Escola Paulista de Medicina, na Faculdade de Medicina de Botucatu vinculada à UNESP, na Santa Casa de São Paulo e, nas Faculdades de Medicina de Pinheiros (São Paulo) e Medicina de Ribeirão Preto, vinculadas à USP, dentre outras.

Desta forma, o Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto passa a existir a partir de 1º de março de 1979, por meio de convênio assinado pelo Professor Jarbas Leite Nogueira, docente do Departamento de Medicina Social, ocupando o prédio municipal do Antigo Centro de Saúde II da cidade, em funcionamento desde 1975 no bairro do Ipiranga, na sucessão do Posto de Puericultura do ano de 1956. Contava também com uma Unidade Satélite, no bairro de Vila Tibério, em funcionamento desde 1946 como posto de puericultura, que se tornara unidade materno infantil e odontológica. Em 1981 foi inaugurada a unidade do bairro Sumarezinho.

Antes da reorganização da assistência pelo SUS a estrutura de funcionamento dos serviços era rígida, verticalizada, visava o desenvolvimento de ações de saúde pública como vacinação, puericultura, assistência pré-natal, pneumologia sanitária (controle da tuberculose) e dermatologia sanitária (controle da hanseníase) raramente abrindo espaço para ouvir e tratar as queixas e problemas da população. Havia preocupação com a disciplinação dos servidores e usuários nas normas e rotinas dos programas e atividades da saúde pública, desenvolvidos de forma independente entre si e reportados ao nível central.

Gradativamente essas unidades foram se constituindo em um espaço profícuo para a implantação e reflexão crítica das políticas públicas de saúde, tomando como objeto da assistência a família, a comunidade e a interação com outras instituições e agentes da comunidade: o farmacêutico, as parteiras, igrejas etc. Ações como a visitação domiciliar, relatadas e discutidas em sala de aula propiciavam levantar a relação entre vida, trabalho, saúde, doença e assistência integradas por um conjunto de práticas integradas e sustentadas pela tríade ensino de graduação e pós-graduação, produção de conhecimentos, e assistência individual e coletiva em saúde⁷. A Residência em Medicina Preventiva e o Mestrado e Doutorado incluíram disciplinas e temas de discussão como Medicina e Sociedade, Medicina e política, nível de vida e saúde, Métodos de interpretação sociológica em Medicina Social, Medicina Saúde e Sociedade pelo Prof. José Carlos Medeiros Pereira e Planejamento em Saúde (Prof. Juan S. Yazlle Rocha).

O CSE oferecia cobertura assistencial aos bairros de Ipiranga e Alto do Ipiranga, Sumarezinho, Vilas Recreio, Albertina, Tibério, Lobato (para adultos), Monte Alegre, Presidente Dutra e Campus Universitário USP. Nas décadas seguintes esses e novos bairros passaram a contar com seus próprios serviços de assistência à saúde, devido à grande expansão populacional, na maioria pela criação dos conjuntos habitacionais nesta e em regiões contíguas, indo dos cerca de 70 mil habitantes de então, para os atuais 200 mil moradores.

Se nos primeiros momentos de seu nascimento as unidades do CSE ainda reproduziam fortemente a fragmentação característica do sistema público de saúde da década de 70 – pré SUS, cindido entre a assistência médica curativa e previdenciária, e as ações preventivas definidas pelo Ministério da Saúde centradas em programas verticalizados, o Centro de Saúde Escola foi incorporando as mudanças na reorganização das práticas assistenciais trazidas no ideário da Reforma Sanitária Brasileira, agregando na assistência e na formação do número crescente de estudantes e médicos residentes, aspectos inovadores em suas práticas cotidianas, como a participação social de seus usuários, a construção de

uma gestão participativa, a capacitação de profissionais da rede assistencial alinhada a uma visão do processo saúde-doença-cuidado como práticas sociais, sensíveis às necessidades de saúde dos grupos sociais adscritos, para além da resposta às suas queixas imediatas. No ano de 1987 o Centro de Saúde Escola Sumarezinho já contava com Comissão Local de Saúde, com agenda mensal de discussões entre usuários, trabalhadores e gerências de serviços.

Nessa linha, gradativamente, as ações antes restritas às suas unidades passaram a estender-se para todo um distrito sanitário com suas múltiplas unidades de saúde, configurando-se o Distrito de Saúde Oeste, regido pela lógica da integração das ações na perspectiva da Vigilância em Saúde. Como sede do distrito, o CSE passou a ser referência para a farmacovigilância, para especialidades médicas nas áreas de oftalmologia, psiquiatria, dermatologia, cardiologia, moléstias infectocontagiosas – inaugurando seu ambulatório para acolher pacientes com HIV-AIDS em 1988 e saúde do trabalhador no mesmo ano⁹. Também se estendiam ao Distrito as especialidades da psicologia, serviço social, fonoaudiologia e enfermagem especializada, tendo como ponto forte o tratamento de feridas crônicas.

No início dos anos 2000 a FMRP-USP criou cinco novos cursos: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Informática Biomédica (em parceria com a Faculdade de Filosofia Ciências e Letras de Ribeirão Preto), Nutrição e Metabolismo e Terapia Ocupacional, agregando mais de uma centena de alunos (por ano) aos que já frequentavam o CSE.

REFERÊNCIAS

- 1 - White KL, Williams TF, Greenberg BG. La Ecología de la atención médica. In: White KL, Frenk J, Ordoñez C, Paganini JM, Starfield B, *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología* (Publicación Científica, 534). Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p.240-250.
- 2 - White KL, Williams TF, Greenberg BG. La Ecología de la atención médica. In: White KL, Frenk J, Ordoñez C, Paganini JM, Starfield B, *Investigaciones sobre servicios de salud: una antología* (Publicación Científica, 534). Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1992. p.240-250.
- 3 - Fry J. *Primary Care*. In: *Primary Care*. London: William Heinemann Books; 1980.
- 4 - Yazlle Rocha, JS. Jose Lima Pedreira de Freitas e o redimensionamento e controle da doença de Chagas. Ciênc. Saúde Colet.; 2015: 21(8): 2631-2639.
- 5 - Haddad N, Nogueira, JL. O envolvimento da comunidade rural de Cássia dos Coqueiros (São Paulo, Brasil) em programas de saúde. Rev. Saúde Pública, 1973; 7 (2) .
- 6 - Yazlle Rocha JS, Nogueira JL. Padrões de morbidade em assistência primária na Região de Ribeirão Preto, SP (Brasil). Rev. Saúde Pública, 1985; 19 (3): 215-224.
- 7 - Yazlle Rocha JS. A integração docente assistencial na educação médica no Brasil. Revista Brasileira de Educação Médica, 1985; 9(3): 198-206.
- 8 - Yazlle Rocha JS, Almeida SPA, Forster AC, Machado JD, Simões BJG. Educação e Participação em Saúde – Seminário Latinoamericano sobre Metodologias Alternativas de Projetos de Pesquisa Ação & International Society for the Study of Behavioral Development & Sociedade Psicologia de Ribeirão Preto – 24 a 28 outubro de 1981.
- 9 - Yazlle Rocha, JS, Netto AR, Nogueira JL. 40 Anos da FMRP – O Departamento de Medicina Social . Medicina (Ribeirão Preto), 1992; 25(1): 74-84.
- 10 - Yazlle Rocha JS. Departamento de Medicina Social. A Reestruturação e os Novos Tempos. Medicina (Ribeirão Preto), 2002; 35(3):306-312.