

**PAULO VICENTE BONILHA ALMEIDA**

**O PAPEL DO PEDIATRA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA-PAIDÉIA DE CAMPINAS (SÃO PAULO-BRASIL)**

**CAMPINAS**

**Unicamp**

**2008**

**PAULO VICENTE BONILHA ALMEIDA**

**O PAPEL DO PEDIATRA NO PROGRAMA DE SAÚDE DA  
FAMÍLIA-PAIDÉIA DE CAMPINAS (SÃO PAULO-BRASIL)**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual  
de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde  
da Criança e do Adolescente, área de concentração Pediatria

**ORIENTADORA:** PROFA. DRA. MARIA DE LURDES ZANOLLI

**CAMPINAS**

**Unicamp**

**2008**

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

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

Al 64p Almeida, Paulo Vicente Bonilha  
O papel do pediatra no programa de saúde da família - Paidéia de  
Campinas (São Paulo - Brasil) / Paulo Vicente Bonilha Almeida.  
Campinas, SP: [s.n.], 2008.

Orientador: Maria de Lurdes Zanolli  
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Atenção básica a saúde. 2. Pediatra. 3. Saúde da criança.  
4. Programa Saúde da Família. 5. Médico de família. I. Zanolli, Maria  
de Lurdes. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de  
Ciências Médicas. III. Título.

**Título em inglês: The pediatrician's role in the Paidéia - family health program in  
Campinas (SP-Brasil)**

**Keywords:** • Primary health care  
• Pediatrician  
• Child health  
• Family health program  
• Family Physician

**Titulação: Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente**

**Área de concentração: Pediatria**

**Banca examinadora:**

**Profa. Dra. Maria de Lurdes Zanolli**

**Prof. Dr. Lincoln Marcelo Silveira Freire**

**Prof. Dr. Roberto Teixeira Mendes**

**Prof. Dr. Gastão Wagner Sousa Campos**

**Data da defesa: 27 - 02 - 2008**

## Banca Examinadora da tese de Mestrado

**Orientadora:**

**Prof.(a) Dr.(a). Maria de Lurdes Zanoli**

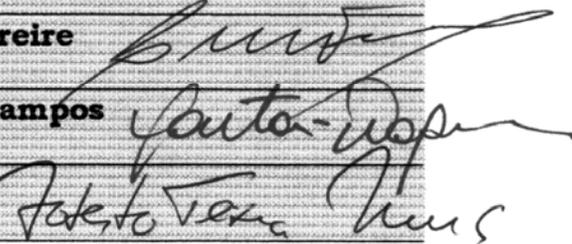


**Membros:**

**1. Prof. Dr. Lincoln Marcelo Silveira Freire**

**2. Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos**

**3. Prof. Dr. Roberto Teixeira Mendes**



**Curso de Pós-graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da  
Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.**

**Data: 2008**

À  
Marlene e Ana Clara  
pelo amor, apoio e paciência,  
em relação ao ocupado  
marido/pai mestrando.

A meus pais  
Vicente e Thereza Lúcia,  
e irmãos Luís e Sérgio,  
pela base de tudo.

## AGRADECIMENTOS

---

A cada um dos 20 médicos por mim entrevistados na pesquisa que originou esta dissertação, pelo perceptível amor com que fazem seu trabalho na atenção primária do SUS-Campinas (tendo vários pediatras se emocionado ao falar de seu trabalho com as crianças) e pela motivação com que se deixaram entrevistar, sem a qual este trabalho não teria sido possível.

À professora Maria de Lurdes Zanolli, admirada professora desde minha graduação, amiga e orientadora desta dissertação de mestrado, por seu exemplo de seriedade e competência como docente da Unicamp nos serviços de atenção primária da Prefeitura de Paulínia e depois de Campinas e por sua dedicação e paciente apoio a este meu trabalho.

Ao professor Gastão Wagner de Sousa Campos, pelo exemplo de militância política na saúde e por sua capacidade de uma formulação teórica brilhante e comprometida com mudanças sociais e sanitárias e que sempre me instigaram do ponto de vista intelectual.

Ao professor Roberto Teixeira Mendes, também um dos docentes que me motivaram a ser pediatra, pela forte influência que sua bela tese de doutorado “Trabalho e doutrina: os caminhos da prática pediátrica nos Centros de Saúde” teve sobre minha elaboração teórica neste trabalho.

Ao professor Carlos Rivoredo (Carlão) pelo essencial apoio em momentos críticos das discussões teóricas durante a escrita desta dissertação.

Aos colegas pediatras do Departamento de Pediatria da Unicamp, onde iniciei meus primeiros passos na pediatria e em particular aos amigos do PS-Pediatria.

Aos colegas do Departamento de Medicina Preventiva e Social, que hoje me inspiram na tarefa de colaborar para a formação dos gestores do SUS de amanhã.

Aos admirados companheiros de gestão da SMS de Campinas durante o belíssimo (e sofrido...) período de construção do PSF-Paidéia (2001-2004) sob o comando de Gastão e da minha admirada amiga e modelo de gestora da saúde Maria do Carmo Cabral Carpintéro (Carminha): Roberto Mardem, Teresa Martins, Fábio (BH), Filomena Gouvea (Mena), Marta, Adílson Micheloni, Adail Rollo, Márcia Amaral, Adílson Rocha Campos, Florianita, Raquel, Verônica, Priscila, Jeanete Mufalo, Alóide, Salma Balista, Maria do Carmo, Márcia Molina, Fábio Andrade, Tânia, Marcelo Manzano...Que seleção! A cada um devo muito aprendizado.

Aos amigos de Distrito de Saúde Norte, Édison, Spártaco, Wladimir, Alexandra, Maria Naves, Tereza Alvarez, Belinha, Rosana, Elizete, Kennia, Vera Verdu, Gabriela, Arine, Adriane (ex-Cets), funcionários Fernando, Ronaldo, Adriana, Magali, os Coordenadores de unidades e funcionários com quem tive a honra de trabalhar, rir e chorar, também durante a Gestão do Paidéia.

Aos companheiros de gestão durante meu período como Secretário de Saúde de Hortolândia, a quem tanto devo pela amizade, solidariedade e competência: Antônio Ângelo Côrte, Édson Malvezzi, Kennia Linares, Gabriela Campos, Eliana Freire, Darci Pinheiro, Iracilda (Nêga), Cristiane Galindo, Creuza, Giselle, Êrica, Cidinha (CS S. Clara)...

Aos atuais colegas do Módulo de Saúde da Família do Jardim Rosália, pelo exemplo de dedicação ao trabalho de atenção primária à saúde e com os quais tenho orgulho de trabalhar.

Aos amigos do Hospital Mário Gatti, João Antunes, velho companheiro de muitas jornadas e aos valorosos colegas de Pronto-Socorro Infantil.

À Dra. Carmen Cecília Lavras, pela interessante discussão sobre a história da política de saúde em Campinas na década de 70, tema de importante publicação do CONASEMS, por ela organizada.

Ao Professor Alvaro Téllez, da PUC-Santiago do Chile, pela instigante discussão teórica sobre a atenção primária à criança no Chile.

À Sílvia Nicolau (SMS-Campinas), pelo suporte em minhas checagens de informações históricas em atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde

Às minhas sobrinhas Thaís e Marília Borelli Mamprin, pelo fundamental apoio na transcrição das fitas com as entrevistas desta pesquisa.

À Vera Lúcia Fator Bonilha, querida tia e professora de português de ontem (no Colegial do Instituto Educacional Imaculada) e de sempre, que fez a revisão do português do artigo do mestrado.

À amiga Aimee Leisure pela revisão do inglês do abstract do artigo.

À Secretaria Municipal de Saúde por minha liberação parcial de jornada no último ano de preparação da dissertação.

A todos que contribuíram direta ou indiretamente para a confecção deste trabalho.

## **COMEÇA TUDO O QUE SONHAS PODER FAZER**

*Antes do compromisso,  
a hesitação, a oportunidade de recuar,  
Em todo o ato de iniciativa (e de criação),  
há uma verdade elementar  
cujo desconhecimento destrói muitas idéias  
e planos esplêndidos.*

*No momento em que nos comprometemos de fato  
a providência também age.*

*Ocorre toda uma espécie de coisas para nos ajudar,  
coisas que de outro modo nunca ocorreriam.*

*Toda uma cadeia de eventos emanam da decisão,  
fazendo vir em nosso favor todo tipo  
de encontros, de incidentes,  
e de apoio material imprevistos,  
que ninguém poderia sonhar que surgiriam em seu caminho.*

*Começa tudo o que possas fazer,  
ou que sonhas poder fazer.*

*A ousadia traz em si o gênio, o poder e a magia.*

**GOETHE (1749-1832)**

*"A medicina é uma ciência social"*

*"A política não é mais do que a medicina em grande escala"*

*Rudolf Virchow (1848)*

*(Lembrando aos médicos que, por terem contato tão estreito com o povo, eram os advogados naturais dos pobres, pertencendo os problemas sociais à jurisdição deles).*

	<b>Pág.</b>
<b>RESUMO</b> .....	xxxii
<b>ABSTRACT</b> .....	xxxv
<b>1- INTRODUÇÃO</b> .....	39
<b>1.1- Sobre as origens desta pesquisa e a implicação do autor em relação ao tema</b> .....	41
<b>1.2- Tópicos relevantes da história das políticas de saúde em Campinas e no Brasil</b> .....	44
1.2.1- Inter-relações com a história das políticas de saúde estadual e nacional.....	48
<b>1.3- Pediatria: doutrina, prática e perspectivas</b> .....	72
<b>1.4- Situando a questão</b> .....	82
<b>2- MÉTODO</b> .....	89
<b>2.1- Metodologia qualitativa</b> .....	91
<b>2.2- Seleção dos sujeitos e cuidados éticos</b> .....	93
<b>2.3- Técnica de entrevista e Roteiro de campo</b> .....	94
<b>2.4- Tratamento dos dados</b> .....	96
<b>3- PERFIL DOS ENTREVISTADOS</b> .....	97
<b>4- QUEM FAZ O QUÊ NO PSF-PAIDÉIA?</b> .....	101
<b>4.1- A Puericultura</b> .....	103
<b>4.2- Programa de acompanhamento de crianças desnutridas</b> .....	107
<b>4.3- O Pronto-Atendimento à demanda espontânea</b> .....	108

<b>4.4- A reunião da equipe de PSF.....</b>	<b>110</b>
<b>4.5- O trabalho em escolas e/ou outras instituições da área de cobertura...</b>	<b>113</b>
<b>4.6- Visita domiciliar relacionada a crianças ou adolescentes.....</b>	<b>116</b>
<b>4.7- Desenvolvimento de trabalhos de grupos.....</b>	<b>118</b>
<b>4.8- Desenvolvimento de trabalhos com adolescentes.....</b>	<b>120</b>
<b>5- AVANÇOS E LIMITES DO PSF-PAIDEIA.....</b>	<b>127</b>
<b>5.1- Modelo Assistencial do PSF e PSF- Paidéia.....</b>	<b>134</b>
5.1.1- Limites apontados em relação ao Modelo.....	142
<b>5.2- Gestão.....</b>	<b>144</b>
<b>5.3- Questão do Pronto-Atendimento/Acolhimento à demanda espontânea.....</b>	<b>152</b>
<b>5.4- Papel do médico pediatra na equipe de PSF.....</b>	<b>161</b>
<b>5.5- Situação profissional do médico de família.....</b>	<b>164</b>
<b>5.6- Falas não classificadas.....</b>	<b>166</b>
<b>6- O PEDIATRA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....</b>	<b>169</b>
<b>6.1- O pediatra na equipe de saúde da família qualifica a atenção à criança?.....</b>	<b>171</b>
6.1.1- Os pediatras falam sobre seu papel na ESF.....	171
6.1.2- Os médicos de família falam sobre o papel dos pediatras.....	173
<b>6.2- A pediatra poderia ficar como referência à distância?.....</b>	<b>176</b>
<b>6.3- O médico de família trocaria o pediatra e o ginecologista por mais um médico de família?.....</b>	<b>178</b>
<b>6.4- A perspectiva de trabalho integrado Pediatra-Médico de Família.....</b>	<b>181</b>
<b>7- CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>183</b>

<b>8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>189</b>
<b>9- ANEXOS.....</b>	<b>201</b>
<b>9.1- Roteiro de campo e entrevista.....</b>	<b>203</b>
<b>9.2- Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido para entrevistados.....</b>	<b>207</b>
<b>9.3- Carta de autorização da direção da Instituição para a realização da pesquisa.....</b>	<b>211</b>
<b>9.4- Modelo de ofício enviado aos diretores dos distritos de saúde de Campinas solicitando a indicação dos médicos para serem entrevistados na pesquisa.....</b>	<b>213</b>
<b>9.5- Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde (Gestão 2001 - 2004) para o Programa Paidéia de Saúde da Família - Campinas/2001.....</b>	<b>215</b>

## LISTA DE ABREVIATURAS

---

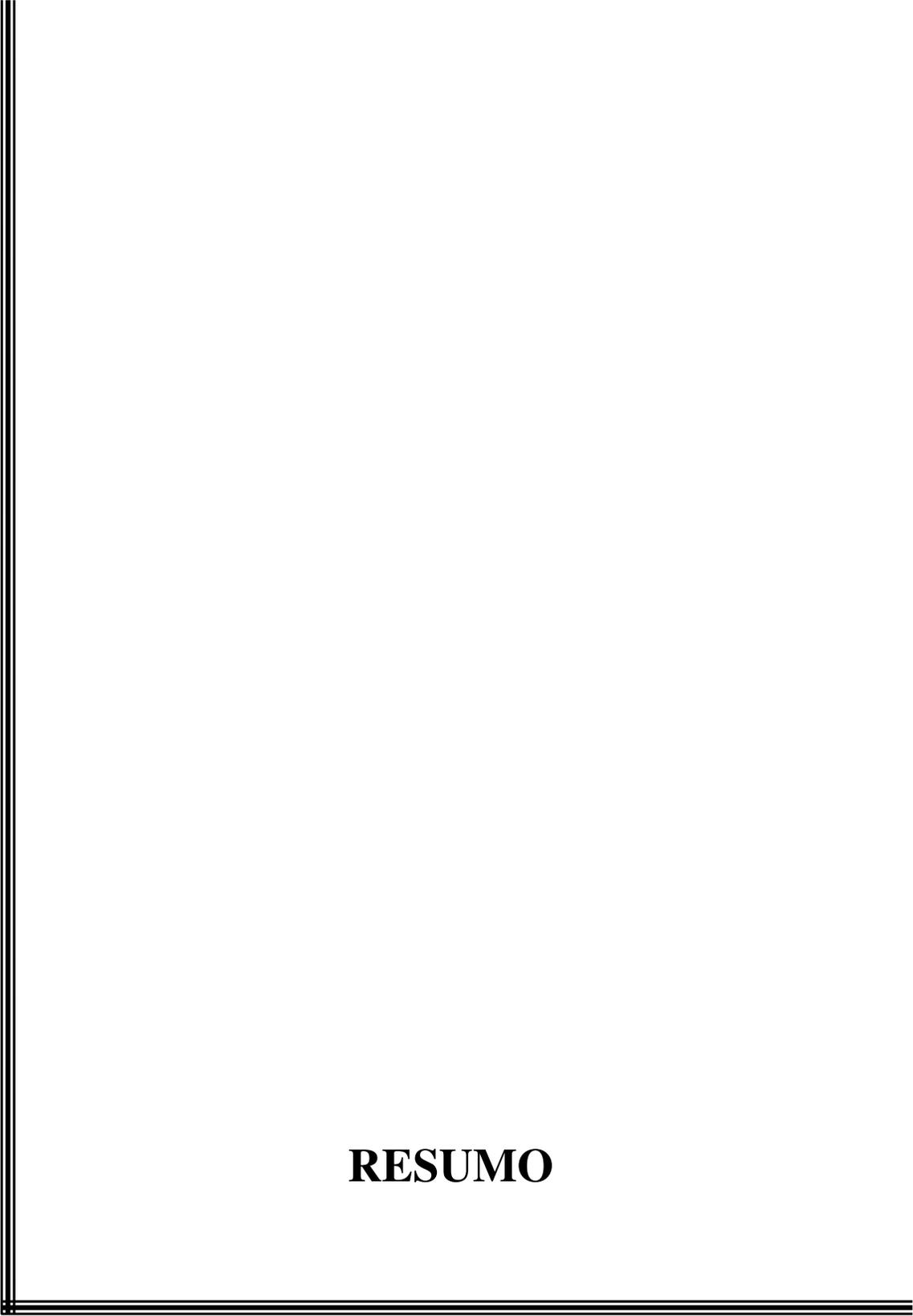
<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>ABS</b>	Atenção Básica à Saúde
<b>ACD</b>	Auxiliar de Consultório Dentário
<b>AIS</b>	Ações Integradas de Saúde
<b>APS</b>	Atenção Primária à Saúde
<b>CAP's</b>	Caixas de Aposentadorias e Pensões
<b>CS</b>	Centro de Saúde
<b>ESF</b>	Equipe de Saúde da Família
<b>GO</b>	Ginecologista-Obstetra
<b>IAP's</b>	Institutos de Aposentadorias e Pensões
<b>INAMPS</b>	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
<b>INPS</b>	Instituto Nacional de Previdência Social
<b>MF</b>	Médico de Família
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>OPAS</b>	Organização Pan-Americana de Saúde
<b>PA</b>	Pronto-Atendimento
<b>PED</b>	Pediatra
<b>PS</b>	Pronto-Socorro
<b>PSF</b>	Programa de Saúde da Família
<b>SBP</b>	Sociedade Brasileira de Pediatria

<b>SES</b>	Secretaria Estadual de Saúde
<b>SMS</b>	Secretaria Municipal de Saúde
<b>SUDS</b>	Sistema Unificado Descentralizado de Saúde
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>THD</b>	Técnico em Higiene Dental
<b>UNICAMP</b>	Universidade Estadual de Campinas
<b>VD</b>	Visita Domiciliar

## LISTA DE TABELAS

---

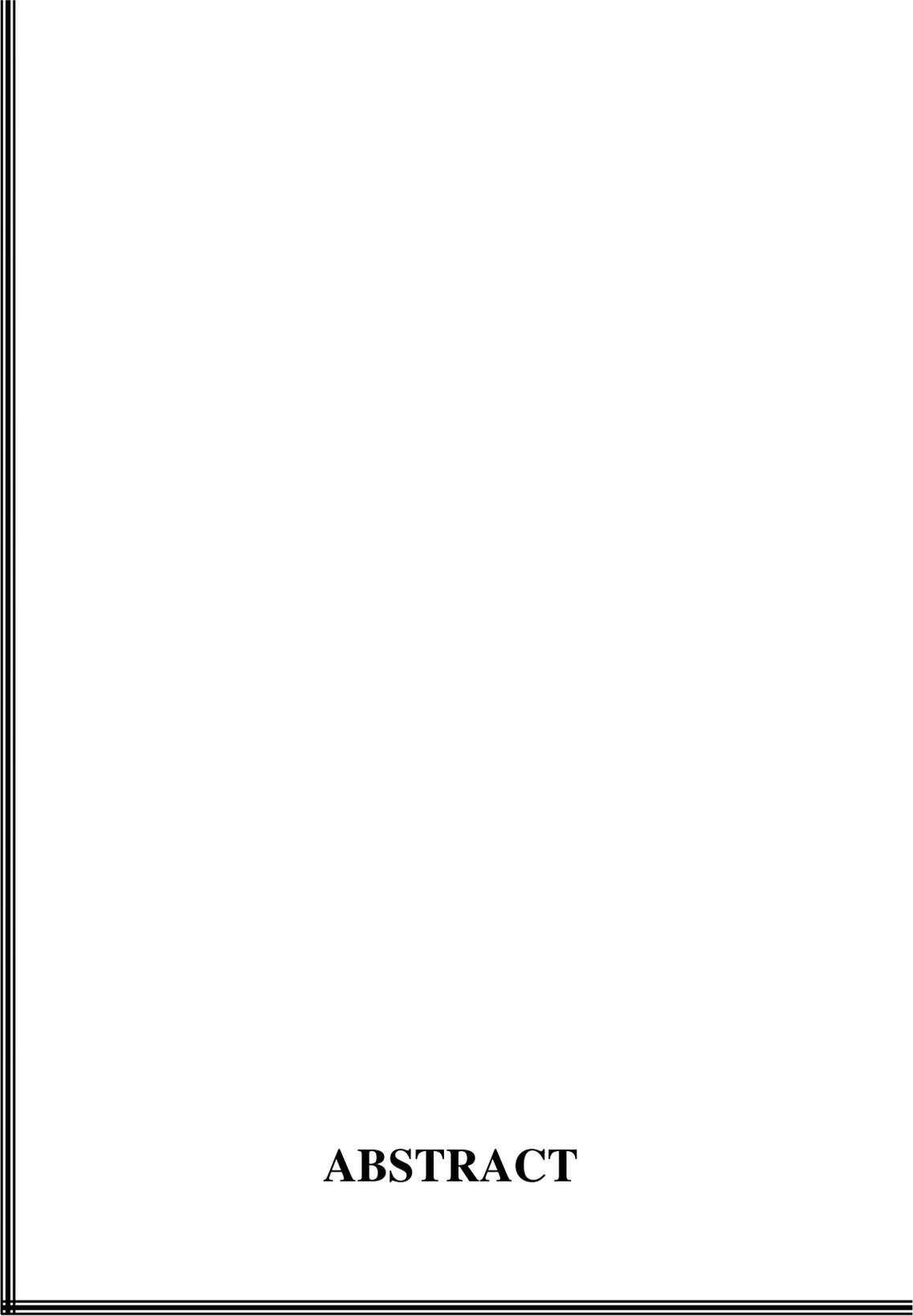
	<b>Pág.</b>
<b>Tabela 1.1</b> Comparação da evolução populacional de Campinas e São Paulo (1870-1900).....	46
<b>Tabela 2.1</b> Características dos entrevistados em relação a sexo, idade, tempo de trabalho na Prefeitura, Especializações e existência de outros vínculos de trabalho.....	99
<b>Tabela 4.1</b> Unidades citadas com trabalho em escola/creche, tipo de trabalho desenvolvido e quem realiza.....	115
<b>Tabela 4.2</b> Unidades citadas com trabalho de grupo, temáticas abordadas e quem desenvolve.....	119
<b>Tabela 4.3</b> Unidades citadas com trabalho com adolescente, tipo de trabalho desenvolvido e quem realiza.....	121
<b>Tabela 5.1</b> Avanços no PSF-Paidéia citados por médicos de família e por pediatras.....	131
<b>Tabela 5.2</b> Limites no PSF-Paidéia citados por médicos de família e por pediatras.....	132



# **RESUMO**

Os sistemas de saúde orientados pelos princípios da Atenção Primária à Saúde alcançam melhores indicadores de saúde, têm menores custos e maior satisfação dos usuários. Entretanto há muitas divergências sobre as formas de estruturá-los, para obtenção destes princípios. Em muitos países a Atenção Primária é prestada por médicos de família, que funcionam como porta de entrada do sistema de saúde, acompanhados ou não por outros profissionais de saúde. Médicos de outras especialidades também podem estar disponíveis, como pediatra, ginecologista, clínico geral, e outros. No Brasil, desde 1994, o Ministério da Saúde vem implantando o Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia central da Atenção Primária do Sistema Único de Saúde. O PSF baseia-se no trabalho de uma equipe composta por um médico de família generalista, uma enfermeira, um ou mais auxiliares de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Esta composição das equipes de saúde da família tem sido criticada como insuficiente, principalmente nos grandes centros urbanos, para dar conta das diversas e complexas realidades de saúde do país. Uma das críticas é em relação à ausência do médico pediatra na equipe. Este trabalho analisou parte da experiência do programa no município de Campinas (SP-Brasil), denominado de PSF-Paidéia e implantado com adaptações à realidade local, entre as quais a existência de pediatra em cerca de 140 equipes. O objetivo foi conhecer a visão de pediatras e médicos de família sobre a atenção à saúde da criança por eles praticada, os limites e avanços deste modelo tecno-assistencial, o papel de cada um neste trabalho e como pensam idealmente a existência do pediatra no programa. Para tanto, foi utilizada metodologia qualitativa e, como técnica de coleta de dados, entrevistas semi-estruturadas. Trabalhou-se com uma amostra intencional, selecionando para entrevistas pediatras e médicos de família de 10 equipes, indicadas pelos distritos de saúde do município, como as melhores segundo a adesão às diretrizes do PSF-Paidéia. A técnica de tratamento dos dados colhidos foi a da Análise de Conteúdo, na modalidade Análise Temática. Os avanços mais valorizados são o trabalho em equipe e as reuniões de equipe, para elaboração de projetos terapêuticos singulares. Já como limites: o volume de pronto-atendimento e o excesso de famílias cadastradas por equipe. A atenção à criança é realizada basicamente pelo pediatra e somente na ausência deste o médico generalista a atende. A melhoria da capacitação do médico de família para o cuidado à criança é vista como fundamental. Houve uma quase

unanimidade de reconhecimento da importância do pediatra na atenção básica e não como referência à distância, pela ampliação da resolutividade que traria para a equipe *in loco*. Entretanto, foram apontadas críticas à sua atuação, muito focada no referencial biomédico e no consultório médico, havendo necessidade de maior envolvimento com o trabalho em equipe, os aspectos psicossociais, a família e o território, para que ele possa se legitimar plenamente como necessário nas equipes de saúde da família. Para dar conta do complexo perfil de morbidade das crianças e adolescentes do século XXI o pediatra geral da atenção primária precisaria de uma nova formação. Também parece importante uma melhor definição, pelos órgãos gestores, do papel do pediatra nas equipes do PSF-Paidéia, bem como na atenção primária à criança no SUS.



# **ABSTRACT**

The primary-care-oriented health systems get better health indicators, have low costs and better users satisfaction. Though, there is great divergence about how to structure them to obtain the principles of primary health care. In a lot of countries the primary care is provided by general practitioners, working as the health system “gatekeepers”, sometimes with other health professionals. Specialists, like pediatricians, gynecologists and internists may be present too. In Brazil, since 1994, the health ministry is developing the Family Health Program (FHP) as the central strategy of the Primary Health Care. The Family Health Program is based in a team’s work of a general practitioner, a nurse, one or more auxiliary nurses and four or six community health agents. This composition has been criticized as insufficient to attend to the very different and complex health realities of the country, especially in big cities. One of the criticisms has been against the absence of the pediatrician. This study analyzed the city of Campinas’s experience, called FHP-Paidéia that implemented this health program with adaptations to the local reality, especially the existence of the pediatrician in its 140 teams. The objective was to know the vision of general practitioners and pediatricians about their practice with child health care, the health model advances and limitations, the role of each one in this work, and how they ideally think about the pediatrician’s presence in the FHP. It was used qualitative methodology and semi-structured interviews. Working with an intentional sample, pediatricians and general practitioners of ten teams were indicated to this research by the health districts of the city as the best developing the FHP-Paidéia’s principles. The analysis method was based on the content analysis, in its thematic analysis version. The most considered advances were the team’s work and the team’s reunions to discuss the patients health projects. The limitations were the excess of families listed by each team. The child health care is basically provided by the pediatrician and is done by the general practitioner only if the pediatrician is not present. The improvement of the general practitioner’s training for providing the child health care is seen as very important. There was almost unanimity about the importance of the pediatrician participation in the Primary Health Care and not as a specialty, because of the improvement of the team’s resolubility with this presence. There were criticisms to the pediatrician’s work, considered too focused in the biomedical paradigm and in the office. In conclusion, there is need for the pediatrician to have more engagement with the team’s work, the psychological and social aspects, and with the family and territory in order for the

pediatrician to gain acceptance as truly essential to the health teams. To be efficient against this complex new morbidity of children and teenagers the pediatrician needs a new specialization. It seems also important a better definition about the pediatrician's role in FHP-Paidéia's teams and in the child primary health care in the Unified Health System, the Brazilian health system.

# **1- INTRODUÇÃO**

## **1.1- Sobre as origens desta pesquisa e a implicação do autor em relação ao tema**

Como médico, pediatra inicialmente e logo depois também sanitарista, desde a saída da residência médica tenho vivenciado a atenção básica à saúde, ora como trabalhador de unidades básicas de saúde, ora em funções de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) em Campinas e outros municípios. Esta experiência, como técnico, gestor e militante da construção do SUS, tem trazido muitos questionamentos que me instigaram a esta dissertação de mestrado. Considerando que o pesquisador não é neutro e, como escreve Minayo (1992), “não existe observador imparcial, nem há ponto de vista fora do homem e da história”, acho importante explicitar, de forma sucinta, as dúvidas e inquietações que motivaram este meu trabalho.

A idéia sobre esta pesquisa nasce em 2001, quando tomei posse como diretor de um dos cinco distritos de saúde do município de Campinas, dentro de uma nova equipe gestora da secretaria municipal de saúde e começamos a promover uma grande mudança na atenção básica de saúde da cidade, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF).

O sistema de saúde de Campinas era há muito reconhecido, entre outras coisas, por uma rede básica extensa e bem capilarizada no município, tendo sido este um dos pioneiros no Brasil ao começar a estruturá-la, já a partir da década de 70.

Por este motivo e por dúvidas quanto à eficácia do modelo tecno-assistencial do PSF, que desde 1994 iniciava sua implantação pelo país, boa parte dos gestores e lideranças de trabalhadores e usuários do SUS-Campinas resistia até então à idéia de implantá-lo amplamente na cidade (desde 1996 o município havia constituído apenas três equipes de saúde da família, em regiões periféricas). Uma proposta da Secretaria de Saúde de introdução do profissional agente comunitário de saúde nas unidades de saúde, por exemplo, teve que ser descartada, devido à sua rejeição pelo Conselho Municipal de Saúde.

Realmente a rede básica de saúde local já tinha uma complexidade grande, com Centros de Saúde com equipe multiprofissional ampla, com médicos das três grandes áreas clínicas (clínico geral, pediatra e ginecologista), equipes de enfermagem com

enfermeiros, auxiliares de enfermagem e às vezes técnicos de enfermagem e equipe de saúde bucal (dentista e atendente de consultório dentário e/ou técnico de higiene dental). Muitos dos serviços inclusive já dispunham de profissionais de saúde mental, como psiquiatra, psicólogo, terapeuta-ocupacional, assistente social, etc.

Em 2001, no início de nosso governo, após longas discussões, avaliamos que, apesar da tradição e da qualidade da atenção básica local, ela tinha sim limitações e poderia se beneficiar de alguns dos princípios e características do PSF. Assim, optamos pela construção de um sistema híbrido, que preservasse a história da rede básica local, por exemplo, com oferta de pediatra e ginecologista, mas que fosse enriquecido com algumas características interessantes do PSF. Assim, as equipes dos Centros de Saúde foram sub-divididas em equipes de saúde da família, com acréscimo às mesmas de médico de família e agentes comunitários de saúde. Cada uma dessas equipes passou a se responsabilizar por uma parte da população e do território original de cobertura do Centro de Saúde.

A questão da manutenção do pediatra e do ginecologista nas equipes de atenção básica, e não a transferência dos mesmos para serviços de especialidades, como muitos municípios vinham fazendo no Brasil, foi decidida para se respeitar a cultura da população, já habituada à disponibilidade dos mesmos nos centros de saúde, mas também pelo fato do pediatra ser um dos profissionais da atenção básica que reconhecidamente conseguia construir um melhor vínculo com seus pacientes e famílias. Portanto, seria uma contradição, na ânsia de construirmos uma equipe de atenção básica com maior vínculo com sua clientela, desperdiçarmos o trabalho dos profissionais que melhor o desenvolviam.

Tal decisão, defendida por mim à época, se por um lado me parecia lógica e natural, considerando a realidade de Campinas, por outro contrariava o preconizado pelo Ministério da Saúde, com sua rigidez em torno da ESF mínima padrão, sendo a presença do pediatra fortemente combatida, com o argumento de que fragmentaria a atenção à família, dificultando a visão integral da família por parte do médico de família. Também então me preocupava o fato de que isso parecia contrariar a tradição internacional da atenção primária à saúde, dos Sistemas de Saúde fortemente orientados pela mesma e pela figura de “*gate-keeper*” do Médico de Família, como os da Inglaterra, Cuba, etc.

Também nesta época a Sociedade Brasileira de Pediatria iniciava campanha pela existência de pediatra nas equipes de saúde da família, o que a princípio seria óbvio por sua obrigação de defesa da corporação pediátrica, mas apresentava argumentos interessantes, e que muito me instigaram, sobre o perfil generalista do trabalho do pediatra, para a população de 0 a 20 anos e sobre a existência de muitos países, também com sistema de atenção básica respeitável, que disponibilizavam pediatra para os cuidados primários em saúde da criança.

Provocado por esta polêmica, buscando contato com a literatura sobre o tema, aos poucos acabei percebendo que não se tratava de uma polêmica apenas nacional ou recente, mas sim antiga e mundial.

Tudo isso, somado à oportunidade incomum de estar envolvido com uma rede básica com equipe multiprofissional e presença de pediatra em larga escala, em cerca de 140 equipes de saúde da família, redundou na pesquisa que originou a presente dissertação de mestrado.

Encerrando esta introdução, devo salientar que a minha grande implicação com o tema e com a rede de serviços de saúde que viria a estudar, como se verá no capítulo 2 (Método), exigiu uma maior preocupação do ponto de vista do rigor com o método de pesquisa, as entrevistas, etc., considerando que anteriormente à pesquisa, como já disse, era dirigente de um dos Distritos de Saúde do município e, portanto, superior hierárquico de parte dos entrevistados. Entretanto, me respaldou a convicção de que esta situação não constituiria obstáculo para a construção científica deste estudo, pois para a metodologia qualitativa, “a realidade vai mais além dos fenômenos percebidos pelos nossos sentidos” e o trabalho com dados qualitativos “traz para o interior da análise o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e os conflitos” (Moysés, 1993).

Há muito tempo nas águas da Guanabara  
O dragão do mar reapareceu  
Na figura de um bravo feiticeiro  
A quem a história não esqueceu  
Conhecido como o navegante negro tinha a dignidade de um mestre-sala  
E ao acenar pelo mar na alegria das regatas  
Foi saudado no porto pelas mocinhas francesas, jovens polacas e por batalhões de mulatas  
Rubras cascatas  
Jorravam das costas dos santos entre cantos e chibatadas  
Inundando o coração do pessoal do porão que a exemplo do feiticeiro gritava então:  
Glória aos piratas  
As mulatas  
As sereias  
Glória a farofa  
A cachaça  
As baleias  
**Glória a todas as lutas inglórias que através da nossa história não esquecemos jamais**  
Salve o navegante negro que tem por monumento as pedras pisadas do cais  
Mas salve  
Salve o navegante negro que tem por monumento as pedras pisadas do cais  
Mas faz muito tempo

---

O marinheiro João Cândido, o “Navegante Negro”,  
liderou o motim dos marujos na Baía da Guanabara contra os maus-tratos  
e castigos físicos impostos por oficiais. A Revolta da Chibata.

Em sua homenagem,  
João Bosco e Aldir Blanc criaram o samba **Mestre-sala dos mares**  
"Nós queríamos combater os maus-tratos, a má alimentação (...)  
E acabar com a chibata, o caso era só este" — declarou João Cândido,  
em 1968, em depoimento ao Museu de Imagem e do Som.

João e Aldir tiveram que fazer 3 mudanças na letra,  
até que a censura da ditadura militar a liberasse.  
Em especial o trecho original “Almirante Negro”  
teve que ser substituído por “Navegante negro”.

## 1.2- Tópicos relevantes da história das políticas de saúde em Campinas e no Brasil

Fundada em 1774, Campinas teve em sua história um papel de destaque para a agricultura, devido a seu solo fértil, de terra roxa. A cana-de-açúcar foi a primeira cultura agrícola do município, logo suplantada pelas lavouras de café. Em pouco tempo,

a economia cafeeira impulsionou um novo ciclo de desenvolvimento da cidade, proporcionando sua inclusão entre as cidades mais dinâmicas e desenvolvidas do país, nas últimas décadas do século XIX.

Em 1872, graças ao plantio de café e a sua ligação à malha ferroviária da Companhia Paulista de Estradas de Ferro, Campinas passa a ser uma das maiores cidades do Brasil, suplantando inclusive a capital do estado, São Paulo (Tabela 1.1.).

Sua localização estratégica, próxima ao centro industrial e comercial do estado de São Paulo, favoreceu que Campinas adquirisse papel relevante no decorrer do processo de desenvolvimento econômico paulista desde o período da cana-de-açúcar, passando pelos períodos da agroindústria cafeeira, industrial e atualmente, se destaca como o segundo centro produtor e irradiador de alta tecnologia, do Estado, após a região metropolitana da capital.

Hoje Campinas é o terceiro município mais populoso do Estado de São Paulo e o décimo quarto do Brasil, com população estimada em 1.039.297 habitantes, para 2007 (IBGE, 2007). Apresenta alto índice de urbanização: 98% dos habitantes residem em zona urbana.

A cidade ilustra bem o modelo de desenvolvimento brasileiro, de muitos contrastes sociais. Se por um lado é um grande pólo científico-tecnológico, com várias Universidades e indústrias de alta tecnologia, com parte da população com um nível educacional muito alto e um elevado poder aquisitivo, por outro lado a estrutura de seu espaço urbano e as condições de vida de significativa parcela de seus habitantes não foi beneficiada de maneira homogênea e proporcional por este desenvolvimento. A modernização se dá de forma concentrada, produzindo desigualdades sociais e exclusão social, com grande número de moradores vivendo em sub-habitações, em favelas, com péssimas condições de vida.

Do ponto de vista sanitário a história de Campinas é marcada por importantes momentos em que a cidade adquire destaque, seja de forma positiva ou negativa.

O primeiro deles, no final do século 19, foi caracterizado por graves epidemias de febre amarela. Na verdade a cidade passou por uma sucessão de surtos, em 1889, 1890, 1892, 1896 e 1897 que fizeram com que a cidade, que chegou a ter uma população maior

que a da capital São Paulo, se despovoasse (Tabela 1.1), com grande número de habitantes deslocando-se para municípios vizinhos, o que reduziu drasticamente suas atividades econômicas, afetando seu crescimento e fazendo com que a capital “firmasse definitivamente sua primazia sobre a rede urbana paulista” (Semeghini, 1988; Lopes, 2002).

**Tabela 1.1-** Comparação da evolução populacional de Campinas e São Paulo (1870-1900)

ANO	POPULAÇÃO	
	CAMPINAS	SÃO PAULO
<b>1872</b>	31.397	31.385
<b>1886</b>	41.253	47.697
<b>1890</b>	33.921	64.931
<b>1900</b>	não disponível	200.000
<b>1907</b>	88.251	291.720

(Semeghini, 1988; Lopes, 2002; IBGE, 2007b).

Isso levou a cidade, com a colaboração do governo da Província, representado por Emilio Ribas, então Inspetor Sanitário Estadual, a promover as suas primeiras ações de saúde pública em relação ao saneamento urbano, à semelhança do que ocorreu em outras cidades do país na mesma época, como Rio de Janeiro, São Paulo e Santos, todas, como Campinas, importantes para o modelo econômico agrário-exportador do Brasil da época (Silva, 1996; L’Abbate, 1990).

Importantes obras de infra-estrutura, para o abastecimento de água e destinação de esgotos sanitários, melhoria na coleta e destinação de lixo e a canalização de córregos e drenagem dos charcos, que se entremeavam com a malha urbana, foram realizadas para a erradicação da febre amarela que assolou o Município em 1889. Essas obras, juntamente com as de pavimentação modificaram o aspecto da cidade e surtiram efeito imediato, debelando a epidemia e proporcionando a Campinas excelentes condições de vida urbana, afirmando-se como cidade limpa e saudável (Badaró, R. 1996, p. 32 e 33).

O segundo aspecto de destaque de Campinas foi a respeitabilidade e a tradição adquiridas pelo setor hospitalar da cidade, transformada em pólo de atração regional na prestação de serviços de saúde.

Esta vocação inicia-se com a instalação dos primeiros Hospitais nos últimos 20 anos do século 19, como a Santa Casa de Misericórdia, a Beneficência Portuguesa e a Casa de Saúde (originalmente Circolo Italiano), se fortalece entre 1916 e 1940, com a fundação de serviços como a Maternidade de Campinas, o Instituto Penido Burnier, de grande renome na especialidade oftalmológica, Hospital Vera Cruz, etc, e se firma de vez com o início das atividades das Faculdades de Medicina da Universidade Estadual de Campinas - Unicamp e da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, respectivamente em 1963 e 1971, com seus Hospitais Universitários (Silva, 1996).

Importante salientar que até o início da década de 70 os serviços públicos de saúde se resumiam a um Pronto Socorro Municipal, apenas sete Centros e Postos de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, quatro Centros de Saúde, de diversos portes, da Secretaria Estadual e quatro Ambulatórios (Postos de Assistência Médica – PAM's) do INAMPS, anteriormente Postos de Atendimentos dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), antes de sua unificação (Silva, 1996).

Assim, principalmente na área Hospitalar, o setor privado era predominante, senão exclusivo. Em 1973, segundo dados da Secretaria Estadual de Economia e Planejamento, Campinas já contava com 11 Hospitais particulares e 2 filantrópicos (Silva, 1996), quando viu surgir o primeiro Hospital público da cidade, e mesmo da região de Campinas, o Hospital Municipal “Dr. Mário Gatti”, a partir de uma ampliação de seu Pronto Socorro. A própria Unicamp não possuía ainda seu Hospital próprio, utilizando como seu Hospital-Escola os serviços filantrópicos da Maternidade de Campinas, a princípio, e depois da Santa Casa, até 1985, quando, após quase 10 anos de construção, o Hospital de Clínicas da Unicamp iniciou suas atividades.

Finalmente, mas não menos importante, Campinas desempenharia um papel de vanguarda no Brasil, como se verá mais adiante, juntamente com alguns outros municípios, na estruturação de uma rede de serviços públicos de atenção básica de saúde, a partir da

década de 70, num movimento que ensaiaria os primeiros passos daquilo que seria a chamada Reforma Sanitária, que culminou com o advento do SUS na Constituição Federal de 1988.

### 1.2.1- Inter-relações com a história das políticas de saúde estadual e nacional

O período da história da Saúde Pública brasileira que se inicia no final do século XIX começo do século XX, com Emílio Ribas, em São Paulo, e Oswaldo Cruz, no Rio de Janeiro é conhecido como a fase do **Campanhismo e Polícia Sanitária**, pois seus principais meios de ação, como se viu em relação à Campinas, eram as campanhas e a polícia sanitária, instrumentos de trabalho de uma epidemiologia “bacteriológica”, com uma desvinculação das doenças infecciosas de seus determinantes sociais. Estas duas figuras históricas da saúde pública brasileira sofreram forte influência das descobertas de Pasteur em sua formação (Mendes Gonçalves, 1994).

[...] tinham como meta superar a teoria miasmática a partir da introdução da teoria bacteriológica, considerada mais adequada para organizar a intervenção no campo da saúde. Nesta perspectiva, tanto a saúde como a doença passaram a ser vistas como um processo coletivo, resultado da agressão externa que o corpo biológico (fisiologicamente harmônico) sofria, de um meio social/natural insalubre. A descoberta e o isolamento dos indivíduos doentes contagiantes, o saneamento do meio, a destruição dos vetores biológicos e a proteção dos sadios consistiam nos principais objetivos desta perspectiva. Para instrumentalizar as ações de saúde, adotava-se a bacteriologia e a engenharia sanitária. Secundariamente utilizava-se da medicina, entendida como muito limitada e pouco eficaz (Merhy et al, 1993, p.177-178).

Para Mendes Gonçalves (1994), este mesmo movimento constituirá no caso do estado de São Paulo, do que ele denomina de **“primeiro grande modelo tecnológico da saúde pública paulista”**. É importante lembrar que desde a proclamação da República,

em 1889, a responsabilidade pela organização dos serviços de saúde é descentralizada pela União para os Estados.

Assim, no Rio de Janeiro, então Distrito Federal, devido à maior pressão da classe média organizada e as iniciativas federais na capital do país, são criados serviços de assistência médica públicos, desde o final do século XIX.

Já em São Paulo este processo será mais tardio, inexistindo, até o início do século XX, serviços de assistência médica públicos e sendo limitados até mesmo os privados. Até a década de 20 são instalados apenas serviços públicos para desenvolvimento de ações de saúde coletiva, como, em 1905, o Serviço de Inspeção de Amas-de-Leite.

Este quadro começa a mudar somente a partir da década de 20 e principalmente a partir de 1925, quando Geraldo Paula Souza assume a direção do Serviço Sanitário do Estado e desencadeia uma grande reforma administrativa no mesmo, na linha da proposta médico-sanitária dos Estados Unidos, na época desenvolvida pela Universidade Johns Hopkins e fomentada com financiamento da Fundação Rockefeller, para os países interessados.

A base desta reforma é a estrutura do Centro de Saúde, enfatizando a educação higiênico-sanitária da população, ações preventivas e de tratamento das doenças prevalentes (como a Ancilostomose e a Malária, por exemplo) e a administração pública de base científica. É, segundo Mendes Gonçalves (1994), o advento da **segundo grande modelo tecnológico da saúde pública paulista**: a fase da **Educação Sanitária**, também chamada por alguns de modelo **Médico-Sanitário** (Merhy, 1993) e que se estenderia até a década de 60.

Do ponto de vista da assistência médica, a proposta é ainda muito restritiva, não sendo incorporada às ações dos Centros de Saúde, exceto para doenças específicas e epidemiologicamente relevantes, como as já citadas, Ancilostomose e a Malária e ainda Tuberculose, Hanseníase, Tracoma, etc. (Mendes, 1996).

Quanto à saúde da criança, a ênfase era em ações de vigilância, distribuição de leite, ações educativas e, do ponto de vista de assistência médica, apenas consultas de puericultura e para tratamento de parasitoses intestinais (Mendes, 1996).

Além de limitados em seu leque de ações, do ponto de vista numérico não se disseminam, existindo apenas 3 Centros de Saúde na cidade de São Paulo em 1931.

Em 1923 é criada a Sociedade Brasileira de Higiene, que desenvolve ações para tentar replicar nacionalmente a proposta de Centro de Saúde (Mendes, 1996).

Também em 1923 é promulgada a Lei Elói Chaves, instituindo as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), caixas de previdência organizadas pelas empresas de trabalhadores urbanos. Esta lei é considerada o ponto de partida, no Brasil, da Previdência Social propriamente dita. As CAP's vão oferecer assistência médica individual a seus segurados, embora de forma muito variável (por exemplo, nem sempre extensível aos dependentes do segurado), com algumas montando ambulatórios e hospitais próprios e outras credenciando médicos para atendimento em seus consultórios (L'Abbate, 1990).

Em 1932 a legislação trabalhista de Getúlio Vargas substitui as CAP's pelos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), com os trabalhadores organizados não mais por empresa, mas por ramo de atividade. Entre 1933-1938 são criados IAP's de: marítimos, bancários, ferroviários, comerciários, industriários, etc. (Mendes, 1996).

Em Campinas os IAP's credenciam médicos para consultas ou mantêm serviços próprios ou em ambulatórios de empresas, graças à intensa industrialização da cidade (Silva, 1996; L'Abbate, 1990).

A partir da década de 40, o então Ministério da Educação e Saúde, através do recém-criado Departamento Nacional da Criança começa a instalação de seus Postos de Puericultura, bem como a realização de cursos de Puericultura e Administração para pediatras que deveriam trabalhar nesses centros (Valle, 1996, p. 391). Também são criados outros departamentos nacionais de combate a problemas específicos, como a malária, a febre amarela (Merhy, 1993).

Em 1953 este Ministério é dividido em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério da Saúde passou a encarregar-se das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde, mantendo a mesma estrutura deste, que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental

condições de exercer seu papel, em um país de dimensões continentais como o Brasil. Apesar de, em tese, ter como responsabilidade gerenciar o sistema médico-sanitário do país, em parceria com Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, isto não aconteceu, pois os recursos financeiros e de poder continuavam com o Ministério da Previdência Social (MPS).

Em 1966 o Governo militar cria o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) pela unificação dos IAP's existentes. Com isso todos os trabalhadores, com vínculo empregatício, passam a ter igual direito aos benefícios previdenciários, inclusive a assistência médica. Esta inclusão repentina de categorias antes não cobertas por IAP's vai ampliar fortemente a demanda por assistência médica. A partir da criação do INPS, médicos se credenciam junto ao INAMPS para atender pacientes segurados, recebendo por serviços prestados, com valores fixos. Isso dura até meados da década de 80. Neste período, em especial na década de 70, a Previdência Social, através do FAS (Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social) financia a construção de hospitais privados e compra serviços de quase todos hospitais privados do país (Oliveira, 1986).

No início da década de 70 o país vê nascerem experiências inovadoras de organização de serviços de saúde em municípios como Diamantina e posteriormente Montes Claros, ambas no estado de Minas Gerais, com “novas práticas pedagógicas, transformação radical das relações no interior da equipe de saúde, participação cidadã da comunidade e dos servidores, práticas inovadoras no planejamento e gestão e autonomia e fortalecimento do nível local” (Fleury, 1995:14).

Em 1974, no seio das contradições políticas do governo militar do Presidente Geisel é promulgado o II Plano Nacional de Desenvolvimento (PND), onde, entre os investimentos sociais, surgem propostas de programas de extensão de cobertura em saúde, como o Programa de Interiorização da Saúde e Saneamento (PIASS). Estava à frente do MS o Ministro Paulo de Almeida Machado, que convidou para compor a sua equipe um grupo de docentes da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e adotou uma estratégia de aproximação com o citado projeto Montes Claros (Santos, 1995).

Aliás, os resultados da experiência de Montes Claros vinham sendo divulgados, estrategicamente, através de visitas e seminários pelo país, servindo de inspiração e modelo para experiências de extensão de cobertura assistencial em saúde de outras realidades municipais.

Como um laboratório de democratização na saúde, ali foram conceitualizados, montados e testados alguns dos principais instrumentos daquilo que posteriormente veio a ser conhecido como o processo da Reforma Sanitária, tais como a produção de um saber sobre a causação social da saúde/doença, a difusão de uma nova consciência sanitária e a estratégia de ocupação e/ou criação de espaços político-institucionais (Fleury, 1995, p.14).

A política de extensão de cobertura de serviços de saúde é parte do esforço de implementação, pelo governo federal, de uma política social face à conjuntura de crise econômica que se sucedeu ao “milagre econômico” dos primeiros anos da década de 70. A piora das desigualdades sociais dá origem a uma “reforma sanitária” em nível nacional, expressa não apenas no II PND, mas também na Lei do Sistema Nacional de Saúde, de 1975, na criação do Programa Nacional de Alimentação e Nutrição e também no temário da V Conferência Nacional de Saúde (Oliveira e Fleury, 1986).

É importante notar que esta “reforma” de caráter racionalizador, não chega a abalar a correlação de forças desfavorável do MS em relação ao MPAS, no que tange à quantidade de recursos e poder. Conceitualmente desde a década de 30, medicina e saúde pública eram entendidas como campos distintos, a primeira para curar através da clínica, patologia e terapêutica, e a segunda para prevenir doenças e promover a saúde através da higiene e da educação sanitária. Esta separação dicotômica, ficando o MPAS com o papel da assistência médica e o MS com a saúde pública, de forma absolutamente periférica e desprovida de recursos, até se acentua na década de 60 e não é modificada na década de 70 (Oliveira e Fleury, 1986; Mendes, 1996).

O que caracteriza essa reforma é a interrupção dos investimentos apenas na assistência médica individual privada, como solução para a política social na área da saúde, com uma relativa maior participação das instituições de saúde pública na oferta de serviços,

inclusive assistência médica individual, dirigidos prioritariamente às populações rurais e “marginalizadas” dos centros urbanos (Oliveira e Fleury, 1986; Mendes Gonçalves, 1994).

Esta tentativa de expandir e ao mesmo tempo racionalizar o sistema de saúde então existente, incorporando grupos populacionais até então excluídos do consumo de serviços de saúde, também foi influenciada pelas conclusões da III Reunião Especial dos Ministros de Saúde das Américas, realizada em Santiago do Chile, em 1972, quando foi aprovado o Plano Decenal de Saúde das Américas (Teixeira, 1982).

Juntamente com o PIASS o MS desenvolve nesta época outro Programa, denominado de “Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde” (PPREPS), garantindo espaço para a discussão das políticas de recursos humanos e da relação ensino-serviço. Este Programa viabilizaria as diretrizes do II PND, tendo sido desenvolvido por técnicos dos Ministérios da Saúde, da Previdência Social e da OPAS e tinha três objetivos:

- Preparação em massa de pessoal de nível médio (técnico e auxiliar) e elementar, para cobrir os déficits existentes e previstos, permitindo a extensão de cobertura e a melhoria dos serviços;
- Apoio à constituição, implementação e funcionamento de 10 regiões docente assistenciais para uma cobertura final de 15 a 20 milhões de habitantes;
- Apoio ao estabelecimento de Sistemas de Desenvolvimento de Recursos Humanos para a saúde em cada Estado da Federação, integrados aos sistemas de planejamento setorial respectivo (Teixeira, 1982, p. 65).

A proposta de integração docente-assistencial levou à aproximação do MS e MPAS com as Universidades que então desenvolviam experiências de expansão de cobertura ligadas à proposta da Medicina Comunitária, dentro de uma perspectiva crítica ao Sistema de saúde vigente, como alternativas para o mesmo. Dentre estas experiências destacam-se:

- Projeto Montes Claros, desenvolvido pelo Instituto de Preparo e Pesquisa para o Desenvolvimento da Assistência Sanitária Rural (IPPEDASAR), através de convênio entre a extinta Fundação Universidade do Norte de Minas, a Secretaria Estadual de Saúde e a Universidade de Toulane (EUA)/ Family Health Foundation (1972);
- O Programa de Medicina Comunitária da Universidade Estadual de Londrina (Paraná), em convênio com aquela Prefeitura Municipal (1969);
- O Projeto de Saúde Comunitária da Unicamp (Campinas-SP), na cidade de Paulínia (SP), financiado pela Fundação Kellogs (início 1971/1972);
- O Programa de Saúde Comunitária da Universidade Federal de Pernambuco em Vitória de Santo Antão (PE);
- O Projeto de Atuação Médica Simplificada, da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), em Nova Iguaçu (RJ);
- O Projeto de Área Programática para Serviços Integrados de Saúde da USP e Secretaria de Saúde de São Paulo (Santos, 1995).

A integração ensino-serviço defendida pelos programas PIASS/PPREPS, estimulou a ampliação das experiências acima, valorizando as iniciativas em andamento no interior dos Departamentos de Medicina Preventiva, através da idéia de Medicina Comunitária, segundo Paim:

[...] o movimento da Medicina Comunitária é inicialmente incorporado pelos Departamentos de Medicina Preventiva que passam a testar novas modalidades de treinamento de pessoal, articuladas a alguma experiência de organização de serviços de saúde. Tais iniciativas, originariamente limitadas e focais, vão sendo ampliadas tanto em nível dos serviços de saúde, através dos programas de extensão de cobertura (PECS), como em nível do ensino mediante a integração docente-assistencial (Paim, 1986, p.111).

A Medicina Comunitária teve origem nos Estados Unidos, na década de 60, nos governos Kennedy e Johnson, como movimento dos Centros de Saúde, não se limitando à atenção médica, visando o combate à pobreza via programas sociais abrangentes (Mendes, 1996).

O PPREPS foi também importante para o desenvolvimento de núcleos de recursos humanos nas Secretarias Estaduais de Saúde, possibilitando "a formação de intelectuais orgânicos, não somente para um projeto racionalizador, mas também para o movimento de democratização da saúde" (Paim, 1994, p. 38).

Assim, no Estado de São Paulo, a Secretaria de Saúde que, em 1975 possuía 190 médicos sanitaristas, até 1979, forma mais 315 novos profissionais, através de convênio com a Faculdade de Saúde Pública da USP.

Ainda com relação ao estado de São Paulo, desde 1967 este vivia uma reforma administrativa da SES, tendo como expoente o Secretário de Saúde Walter Leser, iniciando o que Mendes Gonçalves (1994) chama de período do **“3º modelo tecnológico da saúde pública paulista”**, caracterizado por:

- Centro de saúde como unidade sanitária polivalente, verdadeiro eixo de organização, sob comando único responsável pelos problemas de saúde pública de um conjunto populacional/espacial delimitado e o instrumento executor das ações referidas àqueles problemas...
- Assistência individual na rede de centros de saúde, subordinada a idéia de ação programática, na qual aquela aparece como meio de realização de objetivos definidos epidemiologicamente sobre o coletivo. Antes isso já ocorria na saúde pública paulista para controle de doenças infecciosas, sendo que a novidade agora é a ampliação para grupos populacionais e não doenças específicas, como exemplo os Programas de Assistência à Criança e à Gestante, criados nesta época... (Mendes Gonçalves, 1994). (Grifos do autor da tese).

Num clima de franca efervescência da discussão da política mais geral, com os movimentos pela redemocratização do país, mas também de acirrados debates sobre as mudanças sanitárias necessárias para a população é que começa a se organizar em Campinas uma rede de serviços de atenção básica em saúde.

Era Secretário Municipal de Saúde de Campinas à época o Dr. Sebastião de Moraes (gestão 1977-1981), compondo a equipe de governo do prefeito Francisco Amaral, eleito pelo MDB, com uma proposta democrática de esquerda, em oposição ao regime militar. Já Sebastião não tinha origem em partido político e sim nos movimentos sociais da Igreja. Compôs sua equipe com pessoas destes movimentos e outras, com perfil de esquerda, oriundas da Unicamp (Lavras e Garcia, 2007. p.63-72).

Em 1977, no início desta gestão a Secretaria de Saúde possuía, segundo relatos, apenas quatro postos de saúde na cidade, com presença dos médicos duas vezes por semana. Tendo como objetivo criar uma rede de pública local de serviços de saúde, implantou centros de saúde nas regiões periféricas, num ritmo bastante acelerado, sempre desenvolvendo antes um processo de mobilização das comunidades para definição do local de atendimento e de discussões sobre a problemática de saúde. Quando atingiu oito unidades, questionado por membros da equipe sobre a necessidade de diminuir a velocidade de criação de novos serviços, respondeu: “A gente abre os postos e o que abrir ninguém vai fechar. Eu abro de qualquer jeito, mas abro”. Em 1981, ao final de sua gestão, a SMS já contava com 25 postos de saúde (Lavras e Garcia, 2007. p.63-72).

Além desta brilhante gestão, Sebastião de Moraes também se tornou respeitado militante do movimento municipalista de saúde e posteriormente Secretário de Saúde também no município de Itu (SP). Tal atuação destacada o levaria mais tarde a ser homenageado pelo Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Estado de São Paulo, emprestando seu nome à entidade (Goulart, 1995).

O papel de pioneirismo e liderança de Campinas, na estruturação de rede básica de saúde é bem ilustrado pelo acontecimento na cidade, no período de 17 a 20 de maio de 1978, do “I Encontro Municipal do Setor Saúde da Região Sudeste”. Este encontro foi organizado pelas Secretarias de Saúde dos municípios de Campinas, Londrina e Niterói, que se articulavam num projeto denominado de “Andrômeda”. Segundo relato de Arouca (2007), “este projeto buscava reunir pessoas comprometidas com a visão de saúde enquanto questão social, criando um espaço para pensar um projeto de saúde que incorporasse a questão da democratização. A idéia era pensar o que deveria acontecer com o sistema de saúde no Brasil”.

Participaram também da organização do evento, o IBAM - Instituto Brasileiro de Administração Municipal e uma entidade então existente, o Centro de Estudos de Saúde Comunitária, ligado ao Departamento de Medicina Preventiva da UNICAMP. Contou com a presença de 61 prefeituras, de 16 estados, embora seu âmbito fosse regional. A maior autoridade presente foi o Secretário Estadual de Saúde, Walter Leser. O governo federal mandou representantes do segundo escalão do INAMPS e do Ministério da Fazenda (Goulart, 1995).

O testemunho do também ex-Secretário Municipal de Saúde de Campinas Nelson Rodrigues dos Santos que participou do evento como organizador e palestrante, ilustra bem o clima da discussão sanitária da época:

O contexto daquela reunião foi o seguinte: naquela época havia muito poucas secretarias, departamentos ou pessoas responsáveis pela saúde nos municípios. Eu próprio, nos anos anteriores, trabalhei em Londrina/PR, em um convênio da Universidade com a Prefeitura, implantando Postos de Saúde periféricos e rurais. [...] A experiência de postinhos precisava dar um salto em qualidade. As comunidades e pequenos municípios já pressionavam para que não se ficasse só nas pequenas ações de saneamento, privadas, etc. Era preciso trabalhar também com assistência, consultas. [...] Havia esforços similares ao de Londrina em outras partes do Brasil, por exemplo, no Norte de Minas Gerais e no Nordeste, em Caruaru/PE. [...] Aquelas propostas da OPAS de extensão de cobertura já nos causavam uma certa reticência e mal estar, pois não batiam com o que já estávamos fazendo nos municípios brasileiros, com ampliação das responsabilidades, integralidade e complexidade crescente. [...] Este aprendizado na década de 70 nos colocou uma diferenciação e o apoio crescente do poder municipal às redes de serviços. [...] Um movimento municipal de saúde foi surgindo. (Goulart, 1995).

Este encontro de Campinas teve como temáticas centrais: a organização dos serviços de saúde a nível municipal, a dotação de recursos para o setor saúde e diretrizes para uma política municipal de saúde. Houve, também, apresentações de experiências de saúde dos municípios de Campinas/SP, Londrina/PR, Niterói/RJ, São Paulo/SP e do projeto Montes Claros/MG (Goulart, 1995).

Do documento final do encontro, constaram propostas gerais de realização de novos encontros, regulamentação da Lei 6229/76 e maior articulação da esfera federal para apoio aos municípios. Moções foram apresentadas, requerendo do governo federal repasses financeiros diretos aos municípios, via INAMPS e possibilidade de credenciamento dos Municípios no Programa Nacional de Imunizações (Goulart, 1995).

Como recomendações, a ênfase na estratégia de Atenção Primária à Saúde aparece com destaque em seus dois primeiros itens:

1- A prioridade de programação municipal de saúde deve estar voltada para a Atenção Primária, através de Postos de Saúde. A manutenção de estrutura hospitalar própria deve ser uma exceção, decorrente da omissão dos órgãos estadual ou federal, em melhores condições financeiras para se responsabilizar por tais serviços.(grifo do autor da tese)

2- O pronto atendimento de emergências simples pelos Postos de Saúde deve ser atribuição do município, e as emergências complexas devem ser referidas a serviços de nível secundário o terciário, que são de competência da União e do Estado. A instalação e manutenção dos serviços complexos de Pronto Socorro pelo município, devem ser exceção decorrente da omissão dos órgãos estaduais ou federais, ou então, exceção decorrente de raras peculiaridades locais (Goulart, 1995). (grifo do autor da tese)

Além disso, numa moção os signatários reivindicam:

Que o Ministério de Saúde determine às Secretarias Estaduais de Saúde que, a exemplo da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, credencie automaticamente os Serviços de Saúde Municipais a desenvolverem as atividades do Programa Nacional de Imunizações, assegurando o fornecimento regular das vacinas, recursos materiais e treinamento do pessoal previstos no Programa (Goulart, 1995).

Por outro lado, esta ênfase não impede aquele coletivo de precocemente apontar a necessidade de integração de todos os serviços de saúde existentes no município, ou seja, a defesa do que viria a se chamar posteriormente de gestão única por esfera de governo.

É necessária a integração do serviço municipal de saúde com os serviços das demais instituições locais, para maior aproveitamento dos recursos disponíveis, com barateamento dos custos e expansão da cobertura. Foi considerado por unanimidade que tem havido dificuldades na execução de programas municipais de saúde, devido ao bloqueio dos canais de comunicação e entendimento entre Município-Estado-União, - principalmente com o Estado, em virtude de divergências político partidárias entre os dirigentes municipais e os poderes superiores. Fica denunciada a dificuldade de se obter bom relacionamento, devido à predominância de interesses político-partidários e econômicos, em detrimento das reais necessidades da população (Goulart, 1995).

Interessante lembrar que concomitantemente, no mesmo ano de 1978, de 6 a 12 de setembro, ocorreria a histórica “Conferência Internacional de Saúde sobre Cuidados Primários de Saúde”, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, sob organização da Organização Mundial da Saúde e do UNICEF. Nela 134 países e 67 organismos internacionais se comprometeram com a grande meta de garantir saúde para todos até o ano 2000. Também ali a Atenção Básica à Saúde seria definida e receberia reconhecimento internacional, naquela que se tornou conhecida como a Declaração de Alma-Ata (Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS, 1978):

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação.

Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OPAS, 1978)

Em março de 1980 é realizada a 7ª Conferência Nacional de Saúde, em Brasília, tendo como tema a "Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos". Seu relatório final faz críticas ao sistema de saúde, que já se tornara complexo, e cuja concentração de recursos no Ministério da Previdência, limitava a atuação do Ministério da Saúde, nas ações de sua competência (Anais da 7ª CNS, 1980).

Esse debate mobilizou apoios e oposições a prováveis intervenções nas políticas de saúde pela via estatal, nascendo no interior do Governo, o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREVSAÚDE). O seu processo de formulação se caracterizou por uma polarização entre o que era considerado estatizante e privatizante, nas políticas de saúde, e propiciou um debate que incorporou profissionais do setor, dirigentes públicos e representantes de entidades profissionais. A reação contrária estava representada pelos empresários da saúde, principais beneficiários da política de privatização que vinha sendo implantada com o financiamento do Estado (Oliveira e Fleury, 1986).

Em nível nacional, o PREVSAÚDE se baseou nas experiências de atenção primária de Montes Claros, em Minas, e a do PIASS, no Nordeste, incorporando como pressupostos básicos: a hierarquização das formas de atendimento por níveis de complexidade, a cobertura em áreas carentes, a atenção primária como porta de entrada do paciente no sistema de saúde, a participação comunitária e as técnicas simplificadas, a integração dos serviços existentes em cada um dos níveis de complexidade independente da sua vinculação enquanto público ou privado, e a regionalização do atendimento por áreas e populações definidas (Oliveira e Fleury, 1986).

"Antes de vir oficialmente a público, o PREVSAÚDE teve sua proposta original bastante alterada, transformando-se em apenas um projeto de racionalização do modelo vigente, o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde Previdenciária" (Oliveira e Fleury, 1986, p. 272), que foi editado a partir da criação do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária (CONASP).

O chamado Plano CONASP previa a descentralização do sistema de assistência médica através da criação de uma única "porta de entrada", integrando, numa rede básica de serviços públicos de saúde, a capacidade instalada já existente no Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), nos estados e nos municípios, entrando a rede privada apenas onde não existissem unidades estatais. A municipalização dos serviços de saúde passou a ser entendida como o único meio que permitiria, ao mesmo tempo, maior racionalização administrativa, controle financeiro e participação democrática da comunidade no gerenciamento do sistema, em oposição à excessiva centralização do modelo anterior. O seu conteúdo foi alvo de intensos debates por grupos representativos da sociedade civil, num momento de muita efervescência política na vida do país, e a sua implementação, nessa conjuntura, favoreceu o surgimento de outras alternativas que vieram a ser implementadas, culminando com o Sistema Único de Saúde. (Oliveira e Fleury, 1986:271-272).

O agravamento da crise econômico-financeira da Previdência Social acelerou a reforma no setor saúde, principalmente a partir das Ações Integradas de Saúde (AIS), que se iniciam entre 1982 e 1984. As AIS objetivavam a integração regionalizada dos serviços de saúde, com a participação do INAMPS, Secretarias Estaduais de Saúde e municípios. Produziram um deslocamento relativo de recursos financeiros da Previdência para o setor público prestador de serviços de saúde e iniciaram uma integração das ações setoriais (Oliveira e Fleury, 1986:271-272; Canesqui e Queiroz, 1987).

Este processo se acentuaria com a estruturação do Sistema Unificado Descentralizado de Saúde (SUDS), culminando posteriormente com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Com a implementação do primeiro, ocorreu um deslocamento das responsabilidades de gestão dos serviços de saúde para o nível estadual, permitindo uma efetiva descentralização administrativa, com a do segundo, através da nova Constituição

Federal, ocorreu a descentralização, para o nível municipal, da gestão dos serviços públicos de saúde.

Isso se concretiza, em Campinas, na forma do Programa “Pró-Assistência I” que inicia em 1983 um processo de integração entre os vários serviços de saúde, municipais, estaduais e federais. Em dezembro deste ano o Inamps assina convênio com a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas e a Secretaria de Estado, para repasse de recursos (significativo à época) para a atenção básica no município, com objetivo de início de um processo de integração, regionalização e hierarquização. Este movimento gera resistências no setor médico privado local, incomodado com a perda de recursos do Inamps, agora parcialmente destinados aos serviços públicos, bem como com o atendimento a uma parcela de demanda potencialmente privada (Canesqui e Queiroz, 1987).

Em 1986 ocorre a 8ª Conferência Nacional de Saúde, a maior e mais democrática até então realizada, com mais de 4.000 participantes, tendo como finalidade, segundo seu regimento interno, "obter subsídios visando contribuir para a reformulação do Sistema Nacional de Saúde e proporcionar elementos para se debater a saúde na futura Constituinte" (Nascimento, 1986).

Seu relatório final cumpriu plenamente este papel, propondo a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e suas principais diretrizes, que viriam ter importante influência sobre os deputados constituintes (Nascimento, 1986).

Em 1987 então ocorre a Assembléia Nacional Constituinte, que viria a promulgar, em 1988, aquela que seria chamada de “Constituição Cidadã”, por seu presidente Ulysses Guimarães. Entre os direitos da cidadania aprovados, destaque para a Saúde, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e a definição de saúde como “direito de todos e dever do Estado”. Diretrizes do SUS: I-descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. Seria regulamentado pelas leis 8080 e 8192 em 1990.

Em 1991, o Ministério da Saúde começa a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) no nível nacional, ampliando uma bem sucedida experiência do estado do Ceará (Viana e Dal Poz, 2005).

Já a partir de 1994, a partir dos bons resultados do PACS sobre vários indicadores de saúde e também de experiências isoladas de alguns municípios do país com equipes de saúde da família, o Ministério da Saúde começa a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia nacional de expansão da atenção primária no país (Viana e Dal Poz, 2005; Tanaka e Oliveira, 2007).

Campinas começaria, em 1996, uma pequena experiência com o PSF, com a proposta de instalação de seis equipes, sendo que efetivamente acabariam implantadas as suas primeiras três equipes, em regiões periféricas, de difícil fixação de profissionais médicos, ainda numa experiência quase que piloto (Ata do Conselho Municipal de Saúde de Campinas, 1996).

Nesta época é importante salientar que havia nos grandes municípios brasileiros resistências em aderir ao Programa, por dúvidas quanto à sua eficácia em grandes metrópoles. O número de ESF em grandes metrópoles era muito reduzido, vindo a crescer nos anos subseqüentes, quase que de forma concomitante ao que aconteceria em Campinas (Brasil, 2007 a, b; 2008).

Até o ano 2000 a cidade se mantém com as mesmas três equipes, sendo que neste período uma tentativa da Secretaria Municipal de Saúde de introduzir Agentes Comunitários de Saúde na cidade acabou abortada por ter sido rejeitada pelo Conselho Municipal de Saúde.

Em 2001, a então nova administração municipal da saúde lança o Programa Paidéia de Saúde da Família (Anexo 5). A proposta era de mudar profundamente o modelo tecno-assistencial e gerencial da saúde do município, principalmente, mas não só, da atenção básica. Isso se daria através da implantação da estrutura geral do modelo de atenção de Saúde da Família proposto pelo Ministério de Saúde, mas com adaptações que respeitassem a história de funcionamento da rede básica local, bem como diretrizes definidas pela direção da Secretaria, sob forte influência da produção teórica do professor do Departamento de Medicina Preventiva da Unicamp, então Secretário Municipal de Saúde, Gastão W. S. Campos. Ocupando pela segunda vez este cargo, acabara de editar, no ano 2000, seu mais novo livro, *“Um método para análise e co-gestão de coletivos”*,

cujos conteúdos subsidiariam a atuação do grupo gestor no complexo processo de se mudar o modelo de atenção à saúde de uma metrópole de mais de um milhão de habitantes.

O conceito de modelo de atenção ou tecno-assistencial aqui utilizado é o de Campos (2003), segundo o qual “modelos são arranjos variáveis de recursos (humanos, financeiros, de conhecimento, etc.) objetivando incrementar a produção de saúde”.

As principais diretrizes do modelo eram:

- 1- Ampliação da prática clínica, abrangendo além da dimensão biomédica os aspectos psicossociais;
- 2- Ampliação das ações de saúde coletiva;
- 3- Acolhimento e responsabilização;
- 4- Reorganização dos Centros de Saúde em equipes locais de referência (equipes de saúde da família ampliadas pela presença de pediatra e ginecologista) e equipes de apoio (profissionais de saúde mental, etc);
- 5- Vinculação (Adscrição) territorial e populacional às equipes locais de referência (equipes de saúde da família ampliadas);
- 6- Introdução dos profissionais Agentes Comunitários de Saúde nas equipes, com formação dos mesmos como profissionais técnicos em saúde pública;
- 7- Gestão participativa, com constituição de colegiados de co-gestão. (Campos, 2000; Campinas, 2001).

Em documento de diretrizes para a atenção básica à saúde (Campos, 2000; Campinas, 2001), a Secretaria Municipal de Saúde de Campinas explicita melhor as mesmas.

Inicia reconhecendo a história desta política pública no município, a qualidade e a amplitude da rede básica local:

Hoje (*em 2001*), a rede básica da cidade oferece atenção ao adulto, à criança e à mulher, bem como conta com programas em saúde mental e bucal. Instalou-se razoável apoio na área de diagnóstico por imagens e laboratório. Há ampla distribuição de medicamentos (Campos, 2000; Campinas, 2001).

Entretanto, por outro lado aponta fragilidades do sistema a serem corrigidas:

Diagnósticos realizados indicam que ainda há falta de recursos em regiões específicas ou em determinadas áreas de atendimento (particularmente, há carência em relação ao adulto). No entanto, há também evidências de que o modo com que se organizou a atenção não vem cumprindo com os objetivos da atenção primária. Há filas, espera, sobrecarga de trabalho e dados que indicam a incapacidade desse sistema absorver a demanda ou mesmo atender às necessidades básicas de saúde. A maior parte da demanda ambulatorial ainda é atendida em PS's ou PA's e não pelas Equipes Locais; há pouco trabalho de promoção à saúde e baixa capacidade de atenção no domicílio ou na comunidade. O acesso está burocratizado em grande parte da rede, praticando-se uma clínica com baixa capacidade de resolver problemas de saúde. Há pouca educação em saúde e investe-se pouco em ampliar a autonomia e capacidade de autocuidado dos pacientes e comunidades. As Equipes Locais são multiprofissionais, mas trabalha-se de maneira isolada, vertical, havendo grande dificuldade em se criar processo de trabalho interdisciplinar (Campos, 2000; Campinas, 2001).

Diante disso apresenta a proposta de mudança do modelo assistencial:

Os Centros de Saúde serão reorganizados em Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família), responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias, e Equipes de Apoio (Equipe Matricial), encarregadas de cooperar com as primeiras em áreas específicas, como saúde mental, saúde coletiva, reabilitação, etc.

As Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família) serão compostas por médico de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, dentista e Auxiliar de Consultório Dentário (ACD's) ou Técnicos de Higiene Dental (THD's) (Campos, 2000; Campinas, 2001).

Também explicita o respeito à cultura da rede básica local, que há mais de uma década já dispunha de médicos pediatras e ginecologistas, esclarecendo que estes profissionais deveriam compor equipes de saúde da família:

“Respeitando as características de Campinas (epidemiológicas e da própria rede) estimula-se que médicos pediatras, gineco-obstetras e clínicos (em meio período) integrem a Equipe Local de Saúde da Família” (Campos, 2000; Campinas, 2001).

Apresenta as duas grandes novidades profissionais da equipe de atenção básica, o médico de família e o agente comunitário de saúde, comprometendo-se com o processo de formação de ambos:

Este projeto introduz dois novos profissionais na rede básica: o médico de família e o agente comunitário de saúde. Espera-se que sirvam como anteparo à tendência progressiva à especialização que se verifica nos serviços de saúde de todo o mundo. Reforçar a Equipe Local com profissionais contratados e treinados para responsabilizar-se integralmente pela atenção à saúde de pessoas e de famílias. A própria SMS/Campinas organizará cursos de capacitação para estes profissionais, visto que não são formados com este perfil pelo sistema tradicional de educação (Campos, 2000; Campinas, 2001).

O documento aponta ainda a expectativa em relação ao papel dos médicos da equipe de saúde da família. Para tal são utilizados os conceitos de “campo” e “núcleo”, de Campos. Também é enunciada a intenção da SMS de trabalhar com equipes de saúde da

família de dois portes, chamadas de “clássica” e “ampliada”, em referência à ESF do MS. A primeira seria implementada apenas em regiões afastadas da cidade, com dificuldade de acesso a serviços de saúde, em pequenas unidades de saúde (muitas vezes imóveis locados ou cedidos pela população), chamadas de módulos de saúde da família. A segunda constituiria a regra, sendo implantada em número de 2 a 5 nos Centros de Saúde, onde como já citado a SMS possuía um grande número de pediatras e ginecologistas. Entretanto, por pressão de gestores, trabalhadores e usuários dos “módulos”, rapidamente as equipes inicialmente clássicas foram acrescidas de pediatra e ginecologista, tornando-se também ampliadas, fazendo com que a equipe gestora da SMS decidisse trabalhar a partir daí apenas com equipes ampliadas.

O Médico de família para Campinas terá como núcleo de competência e de responsabilidade exercer a clínica ampliada em relação aos adultos; e como campo de responsabilidade a atenção a intercorrências e a problemas mais frequentes em relação à criança (apoio à puericultura, infecções respiratórias, dinâmica familiar, etc) e à saúde da mulher (anti-concepção, patologias ginecológicas básicas, apoio ao pré-natal). Isto porque em todos os Centros de Saúde ele contará com pediatras e ginecologistas na própria equipe ou em apoio. Na eventualidade de algum pediatra oferecer-se como médico de família, poder-se-á organizar Equipes Locais com um ginecologista e um clínico como apoiadores.

#### Trabalhar-se-à com dois modelos básicos de Equipe Local de Referência:

- Clássica: composta por médico de família e enfermeiro, 1 dentista 36 horas ou 2 dentistas de 20 horas, 2 ACD's + 1 THD (onde houver), auxiliares de enfermagem e agentes de saúde (em turno completo) – com cobertura de 700 famílias ou 3500 pessoas.
- Ampliada: médico generalista e enfermeiro (em turno completo), pediatra e gineco-obstetra (ambos meio período), 1 dentista 36 horas ou 2 dentistas 20 horas, 2 ACD + 1 THD (onde houver), auxiliares de enfermagem e agentes de saúde – com cobertura de 1400 famílias ou 7000 pessoas. Nota: para fim de cálculo, cada Equipe de família Ampliada corresponde a 02 das clássicas (Campos, 2000; Campinas, 2001).

Além das mudanças estruturais apontadas acima, o modelo então nascente propunha uma fundamental mudança na forma de trabalhar a atenção básica, ou seja, que as equipes de saúde da família praticassem uma clínica, adjetivada por Campos (2001) de “ampliada”. adotando este seu conceito, o documento da SMS assim discorria sobre o tema:

Clínica ampliada é a **redefinição (ampliada) do “objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos”**. Considerar que o **objeto de trabalho** da assistência à saúde é uma pessoa, ou um grupo, ou uma família, ou um coletivo institucional, com doença ou risco de adoecer. O novo modelo de trabalho visa superar a clínica tradicional que toma como objeto somente a doença. Construir, portanto, um objeto ampliado para o trabalho da clínica: tomar o sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer e não somente a doença. E ainda outra ampliação: considerar não somente um paciente, mas também o grupo de sujeitos (a família e outros coletivos, uma classe, um agrupamento institucional) como objeto da clínica ampliada. De qualquer forma, no horizonte, não há como fugir da evidência de que o objeto de trabalho inclui a doença, ainda quando como uma possibilidade remota; a saúde é o objetivo, o resultado almejado.

Assim, tanto no diagnóstico quanto na terapêutica, tomar elementos orgânicos (biológicos), subjetivos e sociais do processo saúde e doença. Isto implica em **ampliar os meios de trabalho**: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, descentrando-a do uso quase que exclusivo de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Valer-se com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde e de reconstrução da subjetividade. Tudo isto sem negar o espaço singular dos vários tipos de clínica. Sem, portanto, fundi-las todas em um tipo comum. A combinação destes elementos deverá ser variável conforme a problema em foco e a área de atenção envolvida.

Este tipo de clínica depende da existência de vínculo continuado (relação horizontal no tempo) entre profissionais e pacientes, famílias ou comunidades. Interação e personalização das relações entre equipe e usuário. Não há como realizar clínica ampliada em um PS (no PS há que se fazer clínica de urgência) ou em um PA.

Neste sentido, o importante não é completar o diagnóstico em um primeiro atendimento quilométrico, mas ir construindo uma avaliação processual dos casos.

**Ampliação do objetivo:** a finalidade da assistência individual é a produção de saúde por meio da cura ou da reabilitação, ou até mesmo de alívio do sofrimento. No entanto, a ampliação inclui também o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades. Uma linha de combate à medicalização, à institucionalização e a dependência excessiva das pessoas dos profissionais ou serviços de saúde.

Esta ampliação nunca poderá ser levada a cabo por um profissional isolado; é um desafio concreto para a equipe interdisciplinar e será uma tarefa da Equipe Local de Referência (Equipe de Saúde da Família) e das Equipes de Apoio (Campos, 2000; Campinas, 2001). (Grifos do autor da tese).

Para encerrar este tópico, algumas observações precisam ser feitas à guisa de balanço dos quatro anos de implantação do PSF-Paidéia em Campinas.

Em primeiro lugar, apesar dos significativos avanços do modelo no aspecto quantitativo, que se verá a seguir, aparentemente é do ponto de vista de sua qualidade que residiram os grandes méritos deste programa, justamente no seu principal desafio, de mudança no modelo de assistencial da saúde de uma grande metrópole de mais de 1 milhão de habitantes, com aumento do vínculo dos profissionais de saúde com suas clientelas, facilitando assim a busca de uma clínica cada vez mais “ampliada”.

A originalidade da criação de um modelo híbrido entre o PSF clássico do Ministério da Saúde e a tradição da atenção básica local acabou obtendo resultados muito interessantes e auferiu palpável reconhecimento público.

Assim, em 2002, o Programa Paidéia Saúde da Família recebeu o Prêmio Paes Leme, da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas. Todos os anos, esta entidade concede o prêmio a um projeto da área médica e, de acordo com o então

presidente da SMCC, o projeto foi escolhido pelo "espírito inovador e vasto alcance social, o que tem resultado em positivas manifestações junto à classe médica de Campinas".

Em 2003 uma equipe internacional da Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) esteve em Campinas, com a missão de estudar o PSF-Paidéia. O médico epidemiologista Juan Seclen Palacin, consultor da Opas, declarou na época que Campinas, Vitória da Conquista (BA) e Curitiba (PR) foram identificadas como as cidades brasileiras mais avançadas tanto na atenção básica de saúde como na atenção materno-infantil. "Nosso trabalho consiste em identificar e analisar experiências avançadas em atenção básica e difundir as experiências, para que outros países possam compartilhar destes projetos".

Também em 2003 o modelo adotado recebeu o prêmio do “Programa Gestão Pública e Cidadania”, promovido pela Faculdade Getúlio Vargas (FGV) e pela Fundação Ford, com apoio do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES), com objetivo de “revelar iniciativas inovadoras dos governos estaduais e municipais que promovem a cidadania e fortalecem a democracia” (Programa Gestão Pública e Cidadania, 2005).

Em relação a seu impacto no crescimento quantitativo da rede básica, segundo dados oficiais do MS (2008), de evolução do credenciamento de equipes no PSF/PACS, o projeto Paidéia teve início em Campinas em agosto de 2001 e em outubro contava com 61 ESF, ainda sem Equipes de Saúde Bucal cadastradas e com 231 agentes de saúde.

Ao final da gestão, em 2004, atingia a marca de implantação de 130 ESF, com 64 equipes de saúde bucal (sendo 15 tipo II, com presença de THD) e 556 agentes de saúde em atuação.

Do ponto de vista do número de unidades de saúde o PSF-Paidéia também apresentou significativa evolução, aumentando no período de 44 para 47 centros de saúde, mas principalmente criando 13 novos módulos de saúde da família, em regiões periféricas, com significativa melhora no acesso à saúde justamente da população mais desfavorecida do ponto de vista socioeconômico.

Em 2007, a Atenção Primária à Saúde de Campinas já é composta por 49 Centros de Saúde, tendo os Módulos de Saúde da Família não aumentado em número, sendo a proposta da SMS qualificar os já existentes, transformando-os em Centros de Saúde, o que em alguns casos já vem acontecendo, através de reformas ou processos de construção de unidades próprias. Entretanto, por uma série de dificuldades enfrentadas pela SMS, em especial para contratação de pessoal (médicos de família e agentes de saúde principalmente), mas cuja discussão mais aprofundada fugiria ao escopo deste trabalho, em dezembro de 2007, o número de equipes de PSF em atividade se reduziu para 116 ESF, os de saúde bucal para 51 equipes (sendo 9 TIPO II) e agentes de saúde para 460. Algumas das propostas apontadas a seguir para o futuro da atenção básica do SUS nacional talvez possam ajudar a melhorar este quadro de Campinas, bem como dos demais municípios brasileiros.

### **Desafios atuais e propostas para a atenção básica do SUS em Campinas e no Brasil**

- Financiamento: participação dos Governos Estaduais (e eventualmente ampliação da participação do Governo Federal) no financiamento da atenção básica dos municípios, tendo em vista o grande comprometimento orçamentário da grande maioria dos municípios com a área da saúde e o fato de muitos dos Estados não aplicarem nem mesmo o mínimo constitucional em saúde;
- Desencadeamento pelo Governo Federal e Estados de processo maciço de capacitação dos profissionais das equipes de saúde da família, via especialização, mas também residência médica, com envolvimento e priorização técnico-política por todas as Universidades Públicas do país (federais e estaduais);
- Desenvolvimento também em larga escala de processo de capacitação dos gestores da atenção básica, locais e municipais, com ênfase na gestão do cuidado;
- Solução definitiva para as indefinições jurídicas para contratação de agentes de saúde pelos municípios;

- Implantação pelos Governos Federal e municípios de equipes multiprofissionais de apoio matricial para as ESF, conforme previsto pela Portaria 154/2008 do Ministério da Saúde, publicada em 25 de janeiro de 2008, que criou os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, importante passo para a qualificação da atenção básica à saúde do SUS.

**Obs:** Como é fácil de se perceber, a efetivação das propostas acima dificilmente ocorrerá sem a urgente e fundamental regulamentação da Emenda Constitucional 29, com ampliação significativa dos investimentos do Governo Federal na saúde.

### **1.3- Pediatria: doutrina, prática e perspectivas**

A Pediatria, como especialidade, nasce no século XIX na Europa, pela necessidade de um enfrentamento aos problemas de saúde da criança diferenciado daquele utilizado para a medicina do adulto (Téllez, 2004). Entretanto, já desde o século XVIII o tema da conservação das crianças é discutido com intensidade nas obras literárias sobre o tema.

O primeiro hospital inglês, o Great Ormond Street Hospital foi fundado em 1852, em Londres, quando o Hôpital des Enfant Malades, em Paris, já existia desde o início do século (Hall e Sowden, 2005). Nesta época a mortalidade infantil era bastante alta, chegando em alguns grupos a ser de um quarto a dois terços do total de crianças. Eram então identificadas como causas, pelos médicos, a falta de cuidados maternos, em especial a ausência de amamentação e até mesmo o abandono das crianças (Mendes, 1996).

É neste contexto que nasce a Puericultura, com objetivo de definir e divulgar a forma ideal de cuidar das crianças. “Origina-se da intenção de substituir hábitos tidos como prejudiciais para a saúde física e mental das crianças, por comportamentos baseados na racionalidade científica e na moral superior das classes dominantes...” (Mendes, 1996, p.107). Sua principal preocupação é a elevada mortalidade infantil do final do século XIX, na maioria dos países da Europa ocidental. Em Paris chegava a oscilar entre 190 a 280 por 1000! Isso vinha aparentemente causando um início de despovoamento dos países em industrialização, em muitos dos quais mulheres e crianças eram absorvidas como mão de obra nas fábricas, em condições intensivas e insalubres.

O termo ‘Puericultura’ foi criado em 1865, por Caron, médico francês, para denominar a “ciência de elevar higienicamente e filosoficamente as crianças”. Não teria sido utilizado até o final do século XIX, quando o obstetra Pinard, também francês, passou a usá-lo sistematicamente (Mendes, 1996, p.111).

Se, de início, a Puericultura fundamentava-se em conselhos de médicos famosos, com embasamentos comportamentais e morais, a partir de 1880-1885, sofre grande influência das descobertas de Pasteur e outros cientistas da época, adquirindo um caráter mais técnico, científico, com uma tentativa de depuração dos conteúdos que não tivessem uma base científica (Zanolli e Merhy, 2001).

Ainda, segundo Mendes (1996, p. 112):

Como prática que toma a consciência como objeto a ser transformado, isto é, por meio de técnicas pedagógicas e de divulgação... [...] a puericultura situa-se no campo das práticas pedagógicas. É eminentemente uma prática ideológica, engajada na produção e reprodução da ideologia dominante, mas apresenta-se, por sua cientificidade, como saber neutro... [...] Ao tomar ‘a criança’ como objetividade invariável, ao modo da Medicina, fixando-se em suas especificidades orgânicas e fisiológicas, a Puericultura desloca a criança de seu contexto socioeconômico, ocultando assim os determinantes socioeconômicos como os principais responsáveis pelas altas taxas de morbi-mortalidade das crianças pobres.

Tanto na França, quanto no Brasil posteriormente, a consulta de puericultura é implantada inicialmente em serviços filantrópicos e mais tarde por serviços públicos, em geral ambulatórios de atendimento pré-natal-natal, serviços de fiscalização de amas-de-leite, de distribuição de leite esterilizado e assistência social. Nesta época, em que a maioria das mortes infantis era causada pela diarreia, os serviços de distribuição de leite esterilizado em vários países, como França (aí chamados de “Gotas de Leite” – *Gouttes de Lait*), Estados Unidos, etc, têm grande impacto na redução destas mortes (Masuy-Stroobant, 1984; Mendes, 1996).

A Puericultura será importante, enquanto disciplina de aplicação de saberes e técnicas de avaliação e preservação da saúde da criança sadia, para constituir, e ao mesmo tempo ampliar, o campo de atuação da Pediatria, enquanto especialidade médica, que assim não se restringirá como disciplina exclusiva de saberes e práticas referentes ao diagnóstico e tratamento da criança doente. Trata-se de um caso a parte em relação à forma tradicional de definição de especialidades médicas, que em geral se constituem em torno de sistemas orgânicos ou de etiologias de doenças.

É, portanto, uma especialidade forçosamente ‘integradora’: na integralidade com que concebe a criança, como corpo anatomofisiológico, inserido em uma família de tal ou qual condição socioeconômica, na integralidade com que tenta articular conhecimentos das diversas especialidades, especificando-os com relação à criança e na integralidade com que procura dispor o trabalho do médico pediatra em um processo de trabalho coletivo (Mendes, 1996).

Aliás, o início de atuação da pediatria nos serviços públicos (estatais ou filantrópicos) de assistência médica se confunde com a própria fundação dos mesmos no Brasil, que ocorreu a partir das últimas décadas do século XIX no caso do Rio de Janeiro, e no início do século XX em São Paulo.

Assim, no Rio de Janeiro, já em 1882, Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, considerado o pai da pediatria brasileira, funda a Policlínica Geral do Rio de Janeiro, onde por décadas foram formados os primeiros pediatras do país e atendidas milhares de pessoas no centro da cidade (Sociedade Brasileira de Pediatria-SBP, 2006).

Já em São Paulo, mais tardiamente, com a criação dos primeiros centros de saúde, na década de 20, a pediatria ocupa boa parte do funcionamento destes serviços, em grande medida voltados para o atendimento materno-infantil (Mendes, 1996).

Cria-se, portanto, uma cultura de disponibilização do profissional pediatra nas unidades básicas de saúde de grande parte das cidades brasileiras, principalmente as de maior porte. Ao contrário do que ocorre em alguns países, onde clínicos gerais

desempenharam este papel, antes que estas nações desenvolvessem reformas da atenção primária com enfoque de medicina de família (Téllez, 2004).

Na maioria dos países industrializados, os serviços de atenção básica são prestados por médicos de família, que funcionam como “porta de entrada” (“*gate-keepers*”) do sistema de saúde, acompanhados ou não por outros profissionais de saúde. Entretanto, na atenção básica à infância e adolescência de muitos países, como na Espanha e na Itália, por exemplo, os pediatras são os médicos para crianças abaixo de catorze anos de idade (Starfield, 2004; Katz et al., 2004).

Daí a naturalidade dos questionamentos em relação à ausência do pediatra na equipe de saúde da família padrão do Brasil, desde que o Ministério da Saúde inicia a implantação do Programa de Saúde da Família, em 1994.

Como já abordado, da mesma forma que as demais especialidades médicas, seu desenvolvimento se deu sobre as bases de um paradigma biomédico (Guedes et al., 2006), entendendo o processo saúde-doença sob uma perspectiva científica positivista. Através desta o conhecimento surge de uma investigação analítica que explica os fenômenos complexos a partir da fragmentação de seus componentes e o estudo de cada um em particular. Assim a doença é estudada como um fenômeno separado da pessoa que a sofre, buscando com isso uma descrição objetiva e replicável da patologia, permitindo prever seu comportamento em qualquer portador. Embora este modelo tenha permitido um progresso científico evidente, com muito impacto para os avanços da medicina, tende a gerar uma visão reducionista dos fenômenos, excluindo muitas vezes os fatores psíquicos e sociais envolvidos no desenvolvimento das doenças (Téllez, 2004).

O conceito de “paradigma” aqui utilizado é o de Thomas Kuhn (1989), segundo o qual no processo de evolução-revolução científica, as ciências progridem seguindo um ciclo de três fases, consistindo de períodos de ciência normal, crise e revolução. Cada ciclo começa pela aceitação dos paradigmas ou “realizações científicas universalmente reconhecidas, que, durante certo tempo proporcionam modelos e padrões para uma comunidade científica” (p. 353-382).

A pediatria acabaria se diferenciando das demais especialidades médicas por sua preocupação e cuidado não apenas em relação à doença, mas também quanto à saúde, através do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e também de seu contexto, sobre o qual busca desenvolver as ações de prevenção e promoção necessárias.

A preocupação com este enfoque integral da prática faz parte da “doutrina pediátrica”, estando presente no discurso de muitos dos luminares da pediatria pelo mundo (Jacobi, 1912; Alcântara, 1979). Também em livros-textos importantes da área, como o “Nelson's Textbook of Pediatrics”, é difundida a “doutrina da conservação das crianças” que tanto influenciou a especialidade. “Pediatria é preocupada com a saúde de crianças e adolescentes, seu crescimento e desenvolvimento, e sua oportunidade de atingir seu pleno potencial como adultos” (Behrman, 1996, p.1 - tradução de Mendes, 1996).

O esforço em manter a Pediatria como área de atuação ampla e dedicada às condições de vida da criança resulta historicamente numa ampliação do espaço de atuação da especialidade, avançando para dentro das instituições que cuidam da criança, como a família, as creches, as escolas, assim como para dentro dos espaços de decisão sobre políticas de assistência à criança (Mendes, 2004).

Desta forma, desde o seu nascimento, no final do século XIX, até 1967, serão sempre lideranças da pediatria nacional que estarão à frente dos órgãos responsáveis pelos destinos da área de saúde da criança a nível nacional, dentro do Ministério da Educação e Saúde, e posteriormente do Ministério da Saúde: Inspetoria de Higiene a partir de 1921, Instituto Nacional de Puericultura depois de 1937 e finalmente o Departamento Nacional da Criança, entre 1940 até 1967, quando é extinto.

Se no discurso, na doutrina, e mesmo na atuação política do movimento pediátrico, o pediatra busca articular uma visão abrangente e integral da criança, cada vez mais, com o desenvolvimento científico e as pressões no sentido das subespecializações (com suas óbvias influências sobre o processo de formação do profissional), ele acaba tendo dificuldades para operacionalizá-la na atuação prática do cotidiano.

Como diz Mendes (1996, p.292):

A Pediatria constituiu-se em especialidade médica por articular, no campo doutrinário e na prática concreta dos especialistas, as várias dimensões existenciais da criança com as especificidades do organismo da criança. Na medida em que a Pediatria, como a Medicina em geral, torna-se científica e tecnológica, estruturando-se na sociedade de classes e reproduzindo essa estrutura, aumenta a distância entre o discurso social que a Pediatria elabora sobre a criança e a prática concreta de seus agentes.

Esta mesma preocupação com a limitação do olhar do pediatra para os problemas orgânicos e os aspectos curativos, também se faz presente, já em 1994, em outro livro-texto americano de Pediatria.

[...] Mais desafortunado é o que parece ser uma ênfase crescente em sistemas orgânicos e doenças específicas, com a conseqüente negligência da totalidade da criança, da comunidade da criança e da família da criança. Talvez o grande desafio da Pediatria norte-americana hoje em dia seja decidir se a habilidade (“art”), a empatia e a consideração sobre a totalidade da criança que caracterizaram essa disciplina durante os últimos 150 anos podem ser preservadas, na medida em que as tecnologias tornam-se mais complexas e o corpo de conhecimentos científicos se expande (PEARSON, 1994: 5).

Este descompasso entre a prática dos pediatras e as necessidades de saúde de seus pacientes, a “nova morbidade” ou “morbidade do milênio” (Palfrey, 2005), aparentemente só tem se agravado pelas grandes e rápidas mudanças nos processos de saúde-doença das sociedades modernas, conseqüências das também não menos drásticas alterações demográficas, sócio-culturais e de estilo de vida na maioria dos países.

Para muitos pediatras, esforços para promover a saúde das crianças têm sido voltados para atender as necessidades de cada criança num contexto de atendimento individual, garantindo acompanhamento médico para as mesmas. Essa abordagem, associada aos compromissos pessoais dos próprios pediatras com a comunidade tem obtido grande sucesso. Contudo, de forma crescente, as maiores ameaças à saúde das crianças americanas – a “nova morbidade” – deriva de problemas que não podem ser adequadamente resolvidos por este modelo de prática isolado. Estes problemas incluem taxas de mortalidade infantil inaceitáveis em certas comunidades, níveis extraordinários de injúrias intencionais e não intencionais, dependência química, problemas comportamentais e de desenvolvimento, conseqüentes de cuidado inapropriado, disfunção familiar, doenças sexualmente transmissíveis, gravidez indesejada e nascimentos extra-conjugais e falta de acompanhamento médico (Rushton - American Academy of Pediatrics Committee on Community Health Services, 2005).

Como já citado, a especialidade da medicina de família, nascida em meados do século XX, na Inglaterra, já ocupa papel central na atenção primária dos Sistemas de Saúde da maioria dos países industrializados, com aparente tendência a se universalizar (Starfield, 2004; Organização Pan-Americana da Saúde, 2005). Justamente se desenvolveu como alternativa à crescente especialização da medicina e tendo como influência o paradigma biopsicossocial.

Este paradigma defende que os processos de saúde-doença não podem ser desligados da pessoa nem dos fatores do entorno. A explicação dos fenômenos seria complexa, pois os fatores biológicos se somam aos psicológicos, sociais e ecológicos, os quais atuam de forma diferente em cada pessoa e enfermidade. O médico neste paradigma está comprometido com a pessoa como um todo, mais que com sua doença, e tenta compreender todos estes fatores que a afetam. A medicina familiar tem uma vocação originalmente generalista, pois sua riqueza se encontra em conseguir uma visão integral e não fragmentada das pessoas e seu contexto (Téllez, 2004).

No mesmo sentido trabalha o conceito de “clínica ampliada”, de que é necessário sim trabalhar a dimensão biológica ou orgânica de riscos ou doenças, mas é também essencial encarar os riscos subjetivos e sociais. Essas dimensões, que estão presentes em qualquer trabalho em saúde, na rede básica atingem uma expressão maior, devendo-se não somente considerar esses aspectos no momento do diagnóstico, mas também desenvolver ações que contemplem estas três diferentes dimensões. A proposta é se desenvolver “projetos terapêuticos singulares”, que respeitem a individualidade de cada caso, partindo do núcleo biomédico para os aspectos subjetivos e sociais de cada sujeito. São facilitadoras da eficácia desta intervenção clínica ampliada: o trabalho em equipe multi-profissional, a proximidade com as redes familiares e sociais dos pacientes e a possibilidade de se construir vínculos duradouros com os pacientes (Campos, 2003).

Vários autores têm apontado, neste sentido, que os novos desafios epidemiológicos da modernidade só poderão ser resolvidos por uma atenção baseada num modelo com este enfoque biopsicossocial do indivíduo, da família e da comunidade (Schonhaut, 2006), com o pediatra trabalhando em equipe e em parcerias com a sociedade, sob pena de “passar a ser gradativamente irrelevante para a saúde infantil” (Haggerty, 1995; Rushton - American Academy of Pediatrics Committee on Community Health Services, 2005).

Assim sendo, não é casual, muito ao contrário, a crescente valorização da potência do médico de família, para o enfrentamento desta nova morbidade, inclusive no que tange à atenção à criança e ao adolescente no seio de suas respectivas famílias.

Uma abordagem original neste sentido ocorre no Chile, onde, desde 1993, a Pontifícia Universidade Católica vem formando Médicos de Família de adultos e Médicos de Família de crianças (Téllez, 2004). O objetivo desta separação foi de conseguir maior profundidade na formação clínica dos médicos e desta forma aumentar a resolutividade na atenção primária urbana. Além disso, outro objetivo desta opção foi garantir, para este profissional responsável pela atenção primária à criança, uma série de saberes e habilidades (“ferramentas”), necessárias para seu trabalho e que hoje são disponibilizadas para a formação em medicina familiar e não em pediatria (Starfield, 2004). A premissa que

embasa esta política é a consciência de que a atenção primária, a medicina de família, são muito complexas, exigindo especialistas que dominem a aplicação prática do paradigma biopsicossocial.

Entendendo a importância de uma formação específica para dar conta destas necessidades, esta especialização para médicos de família de crianças, ocorre preponderantemente em serviços de atenção primária, com oferta de disciplinas que não fazem parte da formação tradicional do pediatra e sim do médico de família, como Educação de adultos, Trabalho com famílias, Habilidades comunicacionais, Trabalho em equipe, Epidemiologia, Prevenção, Promoção, Gestão e Planejamento, Cuidado baseado em evidências, etc (Téllez, 2004).

Também é muito coerente a preocupação daqueles que têm estudado as perspectivas da pediatria para o século XXI, em apontar a necessidade de uma atuação do pediatra na atenção primária mais condizente com a doutrina que embasa a especialidade, sob risco de realmente perder progressivamente espaço enquanto especialidade médica no mercado de trabalho (SBP, 2004; Téllez, 2004; Rushton - American Academy of Pediatrics Committee on Community Health Services, 2005).

Nesta linha têm sido cada vez mais frequentes as propostas no sentido de resgatar a doutrina da especialidade, principalmente municiando o pediatra de ferramentas para adequar sua prática àquela.

Uma delas é o conceito de “pediatria contextual”, que propõe uma prática clínica que enxergue a criança, a família e a comunidade como um conjunto contínuo. O conceito não é novo, como demonstra a história da pediatria, mas tem trazido interessantes avanços.

[...] Apenas na segunda metade do século passado, a pediatria enfocou de modo científico o que se convencionou chamar de nova morbididade: problemas de comportamento, aprendizado e distúrbios familiares. Ainda assim, a atenção prioritária era para a criança. Embora as influências socioambientais fossem valorizadas, a noção de abordagem do contexto era pobre. Somente nos últimos 15 anos

têm havido iniciativas concertadas de atendimento à criança e ao jovem centrado na família e baseado na comunidade. Um dos pontos-chave é o diagnóstico de saúde, que inclui a observação seqüencial dos problemas e trunfos da família e de seu entorno. Uma dessas iniciativas mais abrangentes é o projeto Bright Futures, desenvolvido por Morris Green e Judith Palfrey, centrado na puericultura, o qual sugere que ela se baseie numa conexão vertical entre pediatras e todos os demais profissionais de saúde de um determinado serviço, associada a uma conexão horizontal com os diferentes programas comunitários de associações de bairro, creches, escolas, igrejas e serviços de saúde pública. Criado no início dos anos 1990, o projeto Bright Futures foi uma das primeiras aplicações práticas do conceito de pediatria contextual (Blank, 2005.p.125).

O exemplo de proposta acima é apenas uma das possibilidades de se subsidiar o pediatra com conhecimentos e tecnologias que o permitam atuar sobre as necessidades da criança que transcendem o corpo biológico. Isso porque:

Ao não desenvolver e aplicar conhecimentos e tecnologias que permitiriam ao pediatra atuar sobre as necessidades da criança que transcendem o corpo anátomo-fisio-patológico ou, por outro lado, ao conceber o social da criança com base em uma ciência do natural, a Pediatria evita tematizar o social da criança tendo por base uma teoria do social. Desse modo, o pediatra, desprovido dos saberes necessários para uma abordagem integral da criança em sociedade, sente-se incapaz de operacionalizar a doutrina que se constitui, ainda, em importante elemento de orientação da prática. Por outro lado, há uma série de questões que se referem à operacionalização do conhecimento científico e de tecnologias derivadas da própria ciência das doenças no âmbito dos Centros de Saúde, que merecem melhor elaboração por parte da Pediatria (Mendes, 1996, p.292).

Como conclusão, portanto, já há um caldo de cultura semeado com a discussão de saídas para o dilema do futuro da pediatria do século XXI, de forma que não se concretize a previsão de Haggerty (1995; Rushton - Academia Americana de Pediatria, 2005), desta “passar a ser gradativamente irrelevante para a saúde infantil”.

#### **1.4- Situando a questão**

A Atenção Primária à Saúde (APS), ou Atenção Básica à Saúde (ABS), é a espinha dorsal dos sistemas de saúde com melhores resultados no mundo (Starfield, 2004). Sua capacidade de afetar positivamente a maioria dos indicadores de saúde populacional, como taxa de mortalidade infantil, anos potenciais de vida perdidos e outros, tem sido demonstrada de forma consistente por várias pesquisas comparativas internacionais nas últimas duas décadas (Macinko, 2003; Beasley et al, 2007).

No Brasil, a criação de seu sistema nacional de saúde, o SUS (Sistema Único de Saúde) só ocorre a partir de 1988, muito tardiamente, se comparado a vários países europeus, onde isso se deu já após a segunda guerra mundial (Tanaka e Oliveira, 2007). Embora, bem antes do advento do SUS, a história da saúde pública brasileira registre muitas iniciativas localizadas de estruturação de redes de atenção básica, isto nunca havia se efetivado enquanto uma prioridade federal que repercutisse na criação de uma política de atenção básica de abrangência nacional (Merhy et al, 1993).

A partir de 1994, o Ministério da Saúde (MS) inicia um movimento nesse sentido, com a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia central para mudança no modelo assistencial em saúde vigente no país, visando ao fortalecimento da atenção básica e à diminuição da necessidade de atendimento secundário e terciário (Viana e Dal Poz, 2005).

Em 2007, já não mais entendida como um programa, mas como a estratégia central da Política Nacional de Atenção Básica, a Saúde da Família atinge a marca de 27.500 equipes, espalhadas por 5131 municípios (Brasil, 2006; Brasil, 2007b). Apesar desse grande número de equipes, isso significa ainda uma cobertura de menos de 50% da população brasileira, ou seja, cerca de 88 milhões de pessoas (Brasil, 2007b).

Apesar desta implantação, antes concentrada em municípios de pequeno porte, recentemente também ter começado a ocorrer nos grandes centros urbanos, nestes ainda apresenta coberturas populacionais baixas, muito menores do que as encontradas nas pequenas cidades. (Capozzollo, 2003; Brasil, 2007 a, b).

Se por um lado isso significa a ampliação do acesso aos serviços de saúde para populações economicamente menos favorecidas e historicamente excluídas, em especial nas cidades de menor IDH, por outro lado mostra o desafio de se conquistar a ampliação de sua cobertura nas grandes cidades (Brasil, 2007 a, b).

Principalmente em seus primórdios, o PSF recebeu críticas no sentido de tratar-se de um programa induzido pela política do Banco Mundial, de ajuste econômico estrutural dos países em desenvolvimento. Consistira, segundo essa visão, de uma política que pode se resumir a mera compensação social, tentando suprir, com atendimento simplificado, de baixo custo e sem garantia de acesso aos outros níveis de atenção, a falta de assistência a grandes parcelas da população, excluídas do direito à saúde, de forma semelhante a ocorrida com outros modelos tecno-assistenciais da história da saúde pública brasileira (Zanolli, 1999).

Entretanto, quanto ao seu impacto sobre as condições de saúde da população, da mesma forma como tem sido evidenciado na atenção básica internacional, pesquisas têm mostrado resultados muito significativos agora também a nível nacional. Macinko (2006), estudando a redução da taxa de mortalidade infantil brasileira, entre 1990 e 2002, de 49,7 para 28,9 óbitos por mil nascidos vivos, verificou que a variação da cobertura da Saúde da Família foi o fator isolado que apresentou maior impacto.

Se aparentemente há um consenso de que sistemas de saúde orientados pelos princípios da APS alcançam melhores indicadores de saúde, têm menores custos e maior satisfação dos usuários, há muitas divergências sobre as formas de estruturá-los, para a obtenção destes seus princípios (Starfield, 1994; Starfield, 2004).

A existência de equipes multiprofissionais na atenção básica é um dos diferenciais do PSF nacional em relação à experiência internacional na área, mesmo em países com APS renomada, como Inglaterra e Cuba (Brasil, 2007c; Tanaka e Oliveira, 2007).

O PSF baseia-se no trabalho de uma equipe composta por um médico de família generalista, uma enfermeira, um ou mais auxiliares ou técnicos de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Em 2001, o Ministério da Saúde passou a financiar a

incorporação na equipe de saúde da família (ESF) de equipe de saúde bucal, ou seja, dentista e atendente de consultório dentário (ACD) e/ou técnico de higiene dental (THD). Cada equipe responsabiliza-se por cerca de 600 a 1000 famílias adscritas, propondo-se a oferecer atenção integral, atendendo a demanda espontânea e programática e fazendo vigilância à saúde, buscando “identificar e intervir sobre os problemas de saúde e situações de risco, visando a melhoria das condições de saúde e da qualidade de vida desta população” (Brasil, 2007c).

No que tange aos profissionais médicos envolvidos, na maioria dos países industrializados, os serviços de atenção primária são prestados por médicos de família. Entretanto, a responsabilidade pela atenção primária pode ser assumida por outros tipos de médicos mesmo onde o médico de família é o suporte da atenção primária.

Falando especificamente da atenção primária à infância e adolescência, na Espanha e na Itália, por exemplo, os pediatras são os médicos de atenção primária para crianças abaixo de catorze anos de idade. Nos Estados Unidos, a APS em geral é desempenhada não apenas por clínicos gerais e médicos de família, mas também por pediatras (considerados os médicos de atenção primária para crianças abaixo de catorze anos de idade, tendo recentemente a idade aumentado para incluir adolescentes) e internistas generalistas. (Starfield, 2004).

Em 2001, a revista *Lancet*, em editorial, criticava o sistema de saúde do Reino Unido no que tange a assistência à saúde das crianças, afirmando que em 40% do país não são oferecidos serviços de atenção primária especializados em pediatria para as crianças, ficando a responsabilidade por este atendimento “para médicos de família generalistas que possuem limitada formação em pediatria”. Complementa que em muitos dos países europeus como Alemanha, França e Espanha são pediatras os responsáveis pela porta de entrada de cuidados primários às crianças. Encerra afirmando que o governo do Reino Unido “parece estar só começando a reconhecer que crianças não são pequenos adultos” (Lancet, 2001).

Mais recentemente especialistas britânicos em pediatria comunitária renovam tal preocupação (Hall e Sowden, 2005).

No Brasil, a composição das equipes de saúde da família (ESF), tem sido um dos aspectos questionados pelos críticos do PSF, apontada como insuficiente, principalmente nos grandes centros urbanos para dar conta das diversas e complexas realidades de saúde (Goulart, 2006).

Uma das principais críticas desta situação é a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), para a qual a presença do pediatra seria necessária na ESF tendo em vista uma pretensa “limitação do conhecimento do médico generalista” (SBP, 2001). Esta afirma, em documento sobre o tema, que o trabalho deste “não deveria, portanto, ser compreendido apenas como uma especialidade médica, tendo em vista ser sua prática generalista, incluindo a enorme extensão do domínio dos conhecimentos e práticas médicas referentes aos vinte primeiros anos da existência humana. Assim, as políticas públicas de saúde propostas para ampliar o acesso da população aos recursos educativos, preventivos, curativos e de reabilitação não podem a qualquer pretexto cercear o direito fundamental do ser humano nas duas primeiras décadas de vida, de ser atendido por um médico formado nos cânones da medicina geral de crianças e adolescentes” (SBP, 2001). Segundo este raciocínio, a pediatria seria a medicina geral desta ampla faixa etária da população e não uma especialidade.

Por outro lado, a própria SBP, em 2004, revela preocupação com a existência deste idealizado pediatra, ao publicar um documento denominado “Resgate do Pediatra Geral - Consenso do Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial da SBP”. Em seu primeiro capítulo, denominado “SOS Pediatra Geral”, fala do risco da pediatria seguir o mesmo caminho da clínica médica, que, ao se desmembrar em especialidades, teria ganho potência para o tratamento de doenças específicas graves, mas perdido o enfoque global do paciente. Com a missão de “resgatar o papel do pediatra geral na promoção da saúde da criança e do adolescente no contexto de sua família e da sua comunidade”, se propõe a “conscientizar o pediatra geral de sua importância na promoção da saúde e estimulando-o a não atuar apenas como socorrista, mas aproveitar todas as consultas para exercer ação preventiva e educadora sem prejuízo para sua atuação eficaz na resolução das doenças habituais da infância”.

No município de Campinas (SP-Brasil), cidade de cerca de 1 milhão de habitantes, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) iniciou, em 2001, a implantação do Programa de Saúde da Família, com adaptações à realidade local, que foram aceitas pelo Ministério da Saúde (Campinas, 2001).

O PSF da cidade de Campinas, denominado, por influência de teorias de gestão em saúde de Campos (2000), de PSF-Paidéia (Paidéia é um conceito da Grécia antiga, significando desenvolvimento integral do ser humano), tem entre essas adaptações, como um de seus principais diferenciais, a composição das equipes de saúde da família. Ampliadas em relação à equipe tradicional, contam com mais dois médicos em período parcial (20 horas semanais), em geral pediatra e ginecologista e também um ou mais profissionais de saúde mental, em apoio matricial a um conjunto de equipes na unidade de saúde (Campinas- Secretaria Municipal de Saúde, 2001).

A formação dos médicos de família dessas equipes é a mais diversificada possível, sendo exceção aqueles com residência médica ou especialização em medicina de família. A grande maioria é constituída por médicos de outras especialidades, principalmente clínicos gerais, pediatras, ginecologistas e outros menos presentes (infecetologistas, gastroenterologistas, psiquiatras, etc). Tais dados condizem com aqueles da pesquisa “Perfil dos Médicos do Brasil”, realizada pela Fiocruz/CFM em 1995 (Conselho Federal de Medicina et al, 1996).

Tendo em vista serem raros os sistemas locais de saúde pelo mundo que possuem equipes multiprofissionais em sua APS, com presença sistemática e em larga escala de pediatras, torna-se interessante analisar a experiência do município de Campinas (SP-Brasil), onde a existência desse profissional está contemplada no seio de suas quase 140 equipes.

O objetivo desse estudo foi conhecer a visão de médicos de família e pediatras, das equipes de saúde da família do PSF-Paidéia, sobre a forma de organização da atenção primária à criança e adolescente neste modelo tecno-assistencial, o papel de cada um deles nesse trabalho e, em especial, como pensam idealmente a existência do pediatra no PSF, se ele é realmente necessário dentro das equipes.

A hipótese considerada é de que o pediatra, quando presente na equipe de saúde da família, poderia qualificar a atenção primária à saúde da criança e do adolescente prestada por essa equipe, facilitando o trabalho do médico de família generalista, em especial nos grandes centros urbanos, com suas complexas e diversas realidades de saúde.

## **2- MÉTODO**

## 2.1- Metodologia Qualitativa

O método de investigação deve estar umbilicalmente ligado ao objeto que se pretende estudar e dada a essência histórico-social do objeto desta pesquisa, a apreensão do contexto que cerca esta discussão deve ser objetivo fundamental deste método.

Com esta finalidade, a presente investigação utilizou uma metodologia qualitativa (Mays e Pope, 2000; Pope e Mays, 2005; Minayo, 2006) visando, através do discurso sobre a prática profissional dos principais atores envolvidos nesta polêmica questão, aproximar-se do que seja a realidade que a cerca.

Pesquisas qualitativas utilizando entrevistas com profissionais de saúde, inclusive médicos, também versando sobre a sua prática de trabalho, têm demonstrado esta propriedade (Mendes Gonçalves, 1994; Mendes, 1996).

Fundamental é reconhecer que nesta busca de conhecer como se estrutura o atendimento à criança nestas equipes de PSF, a abertura para um olhar mais amplo do tipo qualitativo almeja captar toda a gama de visões que cercam o tema.

Afinal, segundo Moysés (1993, p.62):

Se a subjetividade permeia toda a atividade humana (e científica), nas abordagens qualitativas ela é assumida e reconhecida como essencial, inerente ao próprio fenômeno estudado. Não constitui, pois, obstáculo à construção científica para os paradigmas não positivistas, que acreditam que a realidade vai mais além dos fenômenos percebidos pelos nossos sentidos e trabalham com dados qualitativos que trazem para o interior da análise o subjetivo e o objetivo, os atores sociais e o próprio sistema de valores do cientista, os fatos e seus significados, a ordem e os conflitos.

Cumprido também comentar que já é tradicional o método qualitativo ser criticado pela falta da pretensa neutralidade científica que o pesquisador precisa ter em relação a seu objeto de estudo, já que faz parte da sociedade em que seu objeto se encontra

e logicamente tem concepções ideológicas a respeito do mesmo, o que poderia contaminar esta necessidade de posição “neutra”. Esta neutralidade, é importante salientar, não existe mesmo nos trabalhos quantitativos, já que implicados sempre estamos todos e um projeto de pesquisa é feito o tempo todo de opções que tomamos enquanto pesquisadores. Mesmo na pesquisa quantitativa é necessária a utilização de métodos qualitativos em vários momentos, como previamente ao estudo ao delimitar um dado tema como objeto de pesquisa e definirmos conceitos e categorias e posteriormente a ele ao emitirmos interpretações, conclusões, inclusive porque o processo discursivo é eminentemente subjetivo, pessoal. Em todos estes momentos enfim o pesquisador revela posições.

Como escreve Minayo (1992): “Não existe observador imparcial, nem há ponto de vista fora do homem e da história”.

No caso desta investigação esta situação está mais do que presente, já que seu autor, além de pediatra, como já citado, encontrava-se pouco antes da pesquisa de campo entre o grupo de gestores da administração da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas, que implantou o PSF-Paidéia.

Para enfrentar tal situação da impossibilidade de neutralidade e por outro lado da necessidade de objetivação científica, argumenta Pedro Demo (1985, p.81), com relação às pesquisas em ciências sociais:

...discutimos, pois, não sua isenção, mas o grau maior ou menor de compromisso ideológico. Concentramos nossos esforços não na eliminação dela (ideologia), mas numa convivência crítica com ela, para que consigamos aquilo que é parâmetro fundamental das ciências sociais: nelas deve predominar a construção científica sobre a ideológica.

Ainda, para Demo (1996), não é realizável a objetividade nas ciências sociais, mas busca-se a objetivação, entendida como o esforço e o processo interminável e necessário de atingir a realidade.

## **2.2- Seleção dos Sujeitos e Cuidados éticos**

Foram selecionados para o estudo, o médico pediatra e o médico de família de dez equipes de saúde da família da rede básica de saúde do município de Campinas, sendo duas equipes de cada um dos cinco Distritos de Saúde do município, com objetivo de abranger possíveis diferenças eventualmente existentes na forma de aplicação do modelo assistencial entre estas várias regiões administrativas de saúde da cidade. Também se almejava com isso contemplar centros de saúde de regiões da cidade com variada situação sócio-econômica, ainda na busca de uma eventual maior diversidade de padrões de funcionamento destas equipes.

Um dos objetivos de entrevistar pediatras e médicos de família de mesmas equipes foi ouvir informações de duas fontes em cada uma, na busca de iluminar a realidade destes serviços por mais de um ângulo (Pope, 2005).

A não inclusão na investigação de outras categorias profissionais das equipes e dos Centros de Saúde e também de usuários destes serviços não se deveu a nenhuma posição de desvalorização das opiniões destes outros fundamentais atores, que, sabidamente muito contribuiriam neste processo de aproximação da realidade do processo de trabalho destas equipes. Mas a proposta aqui é compreender a visão e a atuação dos médicos na atenção à criança nesta conformação de organização de serviço.

As duas equipes de cada região da cidade foram escolhidas por indicação dos gestores de cada Distrito de Saúde, aos quais foi solicitado que utilizassem como critério de seleção o nível de consolidação do trabalho das equipes, ou seja, com mais tempo de trabalho conjunto, com maior adesão às diretrizes do PSF-Paidéia e melhores resultados no trabalho. Esta pesquisa utilizou, portanto, uma amostra intencional, tendo como objetivo, avaliar o processo de trabalho, idealmente, na melhor potência possível do que seriam os objetivos do PSF-Paidéia.

Empregou-se, para definição da quantidade final de entrevistas, o critério de saturação, ou seja, haveria uma ampliação do número de entrevistas estabelecido inicialmente caso se percebesse que a inclusão de mais entrevistados ainda traria novas

observações, opiniões, representações, acrescentando novidade ao já visto, com conteúdos novos a serem melhor explorados (Minayo, 2006; Fontanella, 2008). Exceto pela inclusão de um médico de família, devido ao fato do mesmo ter substituído um dos entrevistados que se demitiu pouco tempo após a entrevista, e também por possuir um perfil muito interessante para a pesquisa (médico sanitaria com doutorado em saúde pública), não foram necessárias mais entrevistas.

Numa das equipes, como o médico de família era pediatra por formação, não houve pediatra para ser entrevistado. Em decorrência deste fato, esta é a única equipe onde só um profissional foi ouvido, o “médico de família-pediatra”.

Anteriormente às entrevistas houve um contato com os profissionais selecionados, em que se apresentou a pesquisa, solicitando-se aos mesmos, através de termo de consentimento (Anexo 2), com garantia de sigilo, a aceitação ou não em fazer parte do grupo de entrevistados, conforme estabelece a resolução 196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (1996). Todos os selecionados concordaram em dela participar.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médica da Universidade Estadual de Campinas.

### **2.3- Técnica da Entrevista e Roteiro de Campo**

A técnica de coleta de dados empregada junto aos profissionais médicos selecionados foi a entrevista do tipo semi-dirigida ou semi-estruturada. Esta permite um contato em profundidade entrevistador-entrevistado, complementada pela observação acurada e global do informante (Bauer, 2002).

Para a entrevista foi utilizado um roteiro (Anexo 1) com os principais tópicos para servir de guia, facilitando inclusive a progressão temporal da mesma.

As entrevistas foram gravadas com objetivo de, dispensando anotações, facilitar a atenção no que era dito, além de servir para transcrição e análise posterior.

Na solicitação do consentimento foi dada a explicação de que haveria a possibilidade de um eventual segundo contato entrevistador-entrevistado para dirimir dúvidas, checar interpretações de conceitos e complementar falas da entrevista (Patton, 2002), o que acabou não se mostrando necessário.

No momento da entrevista, antes do seu início, com objetivo de deixar o entrevistado à vontade, foram feitos alguns comentários sobre a pesquisa e explicitada a expectativa de que as perguntas fossem quase que um convite para ele, entrevistado, falasse à vontade, com suas próprias palavras e com tempo que desejasse, sobre os temas propostos.

A primeira parte do roteiro continha dados de identificação como naturalidade, local de formação, experiência profissional, tempo de serviço na Prefeitura de Campinas e naquele serviço específico, etc.

A segunda parte consistiu de uma pergunta de ordem mais geral, e introdutória, sobre como estava sendo a experiência de trabalhar neste novo modelo de assistência que era o Programa Paidéia de Saúde da Família, e outras perguntas versando sobre os tópicos centrais da entrevista (Anexo 1).

Na terceira parte, foram anotados dados sobre o contexto do momento da entrevista (interrupções, ruídos, etc), de observação do informante (sua atitude durante a entrevista, etc) e de auto-observação do entrevistador.

O trabalho de campo, com a aplicação das entrevistas, iniciou-se em 03 de fevereiro de 2005 e foi concluído em 03 de março de 2006. As entrevistas duraram em média uma hora e quase todas ocorreram nas respectivas unidades de saúde dos entrevistados, por opção dos mesmos.

Para checagem de algumas informações históricas do capítulo de Introdução da dissertação foi desenvolvida pesquisa em atas de reuniões do Conselho Municipal de Saúde de Campinas.

## 2.4- Tratamento dos dados

Os dados colhidos foram tratados através da Análise de Conteúdo, na modalidade temática (Turato, 2003; Minayo, 2006).

Foi desenvolvido um processo de categorização, após leitura e releituras flutuantes do *corpus* (conjunto de todas as entrevistas transcritas na íntegra). Este processo consistiu de uma operação de classificação dos elementos constituídos pelo conjunto de dados levantados, primeiramente por diferenciação, devido a sua relevância e/ou repetição e, em seguida por um reagrupamento conforme o gênero, a partir dos temas das questões da entrevista.

A categoria central de análise foi a prática do pediatra na equipe de saúde da família, que foi definida a priori, assim como as categorias: avanços e limites do PSF-Paidéia e prática da atenção à saúde da criança pelo pediatra e pelo médico de família no PSF-Paidéia. A partir da coleta dos dados emergiram também outras categorias como a organização do processo de trabalho na atenção básica a saúde e formação do pediatra e do médico de família.

Embora os principais referenciais teóricos que nortearam as discussões deste trabalho tenham sido, para a discussão da atenção primária à saúde, os conceitos de Bárbara Starfield e Gastão Wagner Sousa Campos, para a discussão da prática e formação do pediatra, Roberto Teixeira Mendes e para a gestão e organização do processo de trabalho em saúde também Gastão Campos, conceitos de uma grande diversidade de autores, como se verá no correr desta dissertação, serão apresentados para subsidiar suas reflexões.

### **3- PERFIL DOS ENTREVISTADOS**

Os dois grupos de médicos entrevistados, pediatras e médicos de família, têm importantes diferenças de perfil (Tabela 1). Como a amostra deste estudo é intencional, não sendo representativa destas categorias profissionais (no sentido de permitir projeções de como elas se comportam com relação às características da tabela), a caracterização dos mesmos tem por função apontar tais diferenças, pois estas podem ter influenciado o padrão de respostas encontrado nas entrevistas.

**Tabela 2.1-** Características dos entrevistados em relação a sexo, idade, tempo de trabalho na Prefeitura, especialização e existência de outros vínculos de trabalho

	<b>Médicos de Família</b>	<b>Pediatras</b>
	<b>(n=11)</b>	<b>(n=9)</b>
<b>Sexo: Feminino</b>	<b>7</b>	<b>5</b>
<b>Masculino</b>	<b>4</b>	<b>4</b>
<b>Idade (média anos)</b>	<b>37,7</b>	<b>49,2</b>
<b>Tempo de Prefeitura (média anos)</b>	<b>6,2</b>	<b>15,1</b>
<b>Especialização: Med. Família/Saúde Pública</b>	<b>7/11</b>	<b>1/9</b>
<b>Residência Médica Pediatria</b>	<b>1/11</b>	<b>9/9</b>
<b>Outros Vínculos</b>	<b>5/11</b>	<b>7/9</b>

Quanto à distribuição por gênero, ambos se assemelham pela predominância de mulheres, o que é compatível com outros estudos sobre o perfil do mercado de trabalho médico, que vem apontando um processo de feminilização das profissões de saúde (Girardi e Carvalho, 2003).

Em relação à idade, a média dos pediatras é de 49,2 anos, contra apenas 37,7 dos médicos de família. A maioria dos médicos de família (7 dos 11) tem menos de 40 anos, faixa etária onde não há nenhum pediatra. Esta característica é compatível com o fato da medicina de família ser recente como especialidade no Brasil e só ter nascido no

quadro de cargos e carreiras do município, com o advento do PSF-Paidéia, em 2001. Já os pediatras têm uma média de 15 anos de trabalho na SMS, o que, se for extensível ao conjunto dos pediatras, demonstraria uma vinculação incomum, num sistema em que a alta rotatividade de profissionais costuma ser a regra. Seria o trabalho na rede básica visto por eles como um campo de trabalho e não algo transitório como aparenta ocorrer em outras especialidades?

No aspecto da formação, a maioria dos médicos de família têm especialização ou residência médica em medicina de família ou, pelo menos, em saúde pública, ao contrário do que ocorre na categoria como um todo em Campinas e no Brasil (Machado, 2000). Já entre os pediatras, todos têm residência médica em pediatria e apenas um possui também especialização em saúde pública.

Quanto à existência ou não de outros vínculos profissionais, a quase totalidade dos pediatras (7 dos 9) tem pelo menos um outro trabalho, enquanto, ao contrário, dos médicos de família a maioria (6 dos 11) dedica-se exclusivamente ao seu trabalho na rede básica de saúde de Campinas. Esse fato também mereceria estudo pois pode ser apenas decorrência da menor carga horária dos pediatras (20 horas semanais), o que obviamente facilitaria e até estimularia outros vínculos profissionais, ao contrário da situação dos médicos de família, cuja jornada é praticamente de período integral – 36 horas semanais. Ou pode significar uma opção ideológica/filosófica da maioria dos médicos de família pelo trabalho no serviço público, mais especificamente na atenção básica de saúde?

Enfim, todas instigantes perguntas para melhor compreensão sobre o perfil destas categorias, mas que fogem ao escopo e as possibilidades metodológicas do presente estudo, demandando outras pesquisas com desenho adequado para lhes trazer luz.

## **4- QUEM FAZ O QUÊ NO PSF-PAIDÉIA**

Visando conhecer o modo de organização do processo de trabalho das equipes de saúde da família dos 20 médicos entrevistados, em relação à atenção à saúde da criança e do adolescente, e principalmente qual o papel reservado ao pediatra e ao médico de família nesta prática, foi-lhes pedido que descrevessem “as ações desenvolvidas pela equipe em relação à saúde da criança e do adolescente e como as mesmas se dividem entre os vários profissionais, em especial o pediatra e o médico de família”.

Na análise do conjunto de respostas identificou-se no discurso dos profissionais falas com relação às seguintes atividades: 1) puericultura; 2) acompanhamento de crianças desnutridas; 3) pronto-atendimento; 4) reunião da equipe de saúde da família; 5) trabalho em escolas e/ou outras instituições da área de cobertura envolvidas com crianças/adolescentes, 6) visita domiciliar relacionada a crianças/adolescentes, 7) trabalhos em grupos; e 8) trabalhos com adolescentes.

#### **4.1- A Puericultura**

O atendimento a consultas de “puericultura” foi citado de forma unânime pelos pediatras como uma das principais atividades realizadas rotineiramente nas respectivas unidades básicas de saúde.

Como já discutido anteriormente, a Puericultura nasce final do século XIX, na França, tendo como objetivo enfrentar as elevadíssimas taxas de mortalidade infantil da época.

Seu campo de prática abrangeria “as práticas e saberes constituídos e aplicados na conservação da saúde das crianças”, enquanto que a pediatria consistiria no “campo de saberes e práticas referentes ao diagnóstico e tratamento das crianças doentes” (Mendes, 1996, p.122).

Provavelmente pelo que se depreende do trabalho dos pediatras na rede básica é a este tipo de trabalho de acompanhamento de crianças saudáveis, visando à conservação da saúde das mesmas, que os pediatras entrevistados se referem em suas respostas.

Assim, a quase totalidade dos pediatras afirma fazer puericultura, utilizando-se de um protocolo constante no “Manual da Criança” publicado pela Secretaria Municipal de Saúde de Campinas em 1996, que propõe um cronograma de consultas de puericultura, intercalando consultas médicas e de enfermagem (Campinas, 1996). Tal sistematização, como diz uma das médicas de família, parece ter sido bem assimilada pela rede básica de saúde.

*Quando eu cheguei aqui (em 2003) tinha a puericultura bem estruturada, era uma coisa que Campinas tinha bem organizada.*  
(MF4)

Assim o desenvolvimento desta prática aparentemente foi incorporado com muita força pelos médicos pediatras, sendo que vários explicitam tratar-se de atividade que prezam muito, sendo motivo de orgulho no discurso de vários.

*O grupo de puericultura, que é nosso xodó, que este vai super bem... É o acompanhamento das crianças, que eu e a enfermeira fazemos com consultas alternadas. Temos as fichinhas aí... (...) São crianças eutróficas, sadias, quando existe alguma intercorrência são acompanhadas. Uma coisa que está sendo muito bem feita, o orgulho nosso é o grupo de puericultura!* (PED3)

Uma observação interessante a respeito do depoimento acima é que ele parece revelar uma aceitação muito natural da participação da profissional Enfermeira na realização de consultas, neste caso de puericultura, atribuição esta que a corporação médica, em geral, resiste a admitir, vide inclusive as recentes tentativas das Entidades Médicas Nacionais (Conselho Federal de Medicina, etc.) de conseguir a aprovação no Congresso Nacional de uma “Lei do Ato Médico”, que vetaria este tipo de prática pela enfermagem, por exemplo, restringindo-a com exclusividade para a categoria médica. Um dos profissionais reforça esta tese ao elogiar a confiança no trabalho da enfermagem.

*Agora, a parte de rotina, de dia-a-dia, a parte de urgência, eu acho que o pessoal aqui é muito bom, principalmente o pessoal da enfermagem, existe uma integração muito boa aqui enfermagem-médico. Sabe, a enfermeira tem experiência, ela percebe o problema da criança ela já mostra pro médico, a atuação é muito boa. Teve casos graves de crianças com má formação, cardiopatia e foi detectado aqui na salinha. Diagnóstico clínico feito aqui e o encaminhamento pra tratamento. (MF7)*

Ainda com relação à puericultura é interessante ressaltar a preocupação e o cuidado expressos por vários dos profissionais em se garantir a realização precoce de consulta médica para os recém-nascidos.

*Mas hoje a gente faz assim: para as crianças pequenas e os recém-nascidos a gente deixa vaga, então a gente tem pelo menos duas vagas por dia. Recém-nascido mesmo, para as primeiras consultas, lota a maioria das vagas, porque a gente está querendo vê-los o mais rapidamente possível. Eu pretendo ver as crianças antes dos 10 dias... com uma semana, 10 dias. Estamos conseguindo em alguns casos. (PED8)*

*...a primeira consulta acaba não passando mais do que 15 dias do nascimento da criança. Isso se a mãe trás. Se a mãe não trás, a visita das agentes acaba pegando. Pelo menos assim, em no máximo 30 dias, essa criança está passando em consulta. (PED10)*

Fato curioso, entretanto, é que, apesar de tal protocolo propor um calendário de consultas do período neonatal até a adolescência, quando afirmam fazer puericultura, na verdade, os pediatras estão claramente se referindo aos dois primeiros anos de vida apenas, de uma forma bastante reducionista. Quando se referem ao atendimento agendado de acompanhamento/seguimento de crianças maiores não denominam tal atividade de “puericultura”.

*O que eu tenho muito cuidado é com crianças de zero a dois anos, principalmente. É o meu foco de interesse, as crianças menores. (PED8)*

Apenas um dos pediatras abrange o seguimento após os 2 anos no seu conceito de puericultura.

*Fazemos puericultura até 2 anos de rotina e depois acompanhamento semestral ou anual até 8 anos. (PED6)*

Alguns dos pediatras explicitam uma das possíveis explicações para a omissão da faixa etária acima de 2 anos da preocupação de seguimento por parte destes médicos.

*Muitas não retornam mais, então as crianças vão ficando grandes, não tem queixa de saúde, a mãe acha que está tudo bem e não traz mais. Então a partir do momento que a criança vai crescendo, a gente perde muito do contato, com as mães inclusive. (PED7)*

Os médicos de família entrevistados não fazem este tipo de atendimento, exceto dois deles que, por curto espaço de tempo afirmam “ter conseguido” participar deste atendimento e ao mesmo tempo dar conta da sempre grande demanda de atendimento de adultos, como conta um deles:

*...a pediatra via logo na primeira vez, no pós-parto imediato, por uma questão de a equipe achar que valeria a pena a pediatra olhar o RN mais novinho, que eu concordei, que eu tenho muito menos mão do que ela, que é uma coisa mais delicada e tal... E depois intercalava eu, a enfermeira e ela. [...] No fim, como eu tinha um excesso de demanda na clínica, teve uma época que eu devolvi a pediatria pra ela, pra eu dar conta de atender a clínica. (MF2A)*

Uma das pediatras (PED4) relaciona o maior interesse/disponibilidade de alguns médicos de família em desempenhar um trabalho de generalista atendendo a população pediátrica (em particular fazendo puericultura) e mesmo ginecologia, ao fato de terem formação como “médicos de família”.

*A presença das médicas de família melhorou a qualidade do nosso trabalho. Eu tive a experiência aqui, no início, com uma médica generalista que não tinha formação e não queria nem saber. Hoje quando eu estou lotada, não consigo atender mais, eu peço para elas darem uma olhada numa criança e elas dão! A questão que atrapalha é a demanda de adulto porque elas gostam de fazer pediatria, ginecologia. Elas me ajudam em suturas, quando eu estou muito sobrecarregada... quando a bruxa está solta eu conto com elas... então elas não passam uma semana sem atender criança. A diferença é que antes elas tinham horário para puericultura, para atender gestante, tinham agendamento para isso. Antes elas faziam isso, então elas sentem falta. Algumas crianças elas até atendem ainda, porque são crianças antigas delas... (PED4)*

#### **4.2- Programa de acompanhamento de crianças desnutridas**

Três dos médicos pediatras relatam a existência de programa de acompanhamento de crianças desnutridas, desenvolvido em geral através de grupos, com encontros periódicos, em que se realizam antropometria, atividades de educação em saúde como palestras ou discussões temáticas, etc.

*Hoje o grupo de desnutridos claro este se mantém. É um grupo que fazemos uma vez por mês, pesamos as crianças, medimos, fazemos pequenas palestras, orientamos as mães dentro das possibilidades... É um grupo que nos frustra muito porque o sucesso é muito pequeno, infelizmente... (PED3)*

Por outro lado, é interessante salientar o fato de apenas um dos médicos (PED7) ter citado a existência de algum trabalho específico para a questão da obesidade, apesar do conhecido momento de transição epidemiológica e nutricional vivida pelo Brasil,

com a verdadeira epidemia de obesidade infantil, hoje enfrentada por praticamente todo o planeta (Ebbeling, 2002). Epidemiologicamente falando a questão da obesidade hoje deveria ser muito mais motivo de ações de saúde que a desnutrição, pois esta já é muito menos freqüente em nosso meio, exceto, obviamente, nos bolsões de pobreza ainda existentes na cidade de Campinas, mas hoje, mesmo nestes, é raro se encontrar crianças desnutridas graves.

#### **4.3- O Pronto-Atendimento à demanda espontânea**

Também a atividade de pronto-atendimento (PA) à demanda espontânea, isto é, a agravos agudos não agendados previamente, mostrou-se muito presente no discurso dos médicos pediatras, sendo que, exceto por uma profissional que afirmou que atualmente não há reserva de vagas na agenda para PA, todos os demais referiram garantir na agenda diária espaço para este tipo de consultas e não apenas para aquelas programadas.

Porém, ao contrário da Puericultura, esta atividade mostrou-se com freqüência desvalorizada pelos pediatras e médicos de família, sendo, via de regra, motivo de queixa dos mesmos pela sobrecarga de trabalho que o excesso de demanda gera, inclusive prejudicando o desenvolvimento das atividades programáticas.

*Porque eu também acho que essa consulta só pra ver a fase aguda, sem a gente rever no prontuário, no geral, analisar a criança como um todo, também não resolve muito não. Eu acho isso. (PED8)*

*Hoje por exemplo, hoje é meu horário de visita a partir das 10 horas da manhã. Chegou 12:15h e eu não tinha acabado minhas consultas ainda... Então a agenda não pára e a pressão da demanda é muito grande. E o pronto-atendimento aqui é muito grande, todo mundo que chega aqui, praticamente 90% das pessoas são atendidas, tem pouca repressão de demanda aqui. Eu acho que precisava organizar melhor isso pra ver se sobra mais tempo para as atividades programáticas, que nós já tivemos melhor. (MF7)*

Há, porém alguns médicos que, apesar de reconhecerem a dificuldade dos serviços lidarem com a demanda espontânea, percebem a importância do PA, na linha do conceito de “acolhimento”, isto é, um espaço relacional de escuta e responsabilização dos trabalhadores de saúde em relação a seus usuários, em que de forma humanizada se tenta garantir acesso, atender, a todas as pessoas que procuram o serviço de saúde, compreendendo a interdependência entre o pronto-atendimento e o chamado atendimento programático. (Merhy et al., 1994)

*A demanda espontânea é o maior problema, sempre, a gente tenta sempre se organizar. [...] nossa equipe a gente tenta fazer tanto o atendimento programado quanto o eventual, a gente tenta acolher... criar vínculo. À medida que a mãe vê que você atende quando a criança está com febre, passando mal, ela acaba depois também se vinculando ao atendimento programado. Não adianta a gente ficar oferecendo só atendimento programado e quando tá doente tem que ir no pronto-socorro. Eu acho que a gente tem tentado... tem tentado dar acesso. Acho que a pediatra acaba dando prioridade para os eventuais. (MF4)*

Como a maioria dos entrevistados compõe equipe de PSF que funciona junto a outras equipes, num mesmo centro de saúde, é importante salientar que é comum os pediatras atenderem a crianças do território de outras equipes na ausência dos colegas destas outras equipes:

*Como só fico eu de pediatra à tarde, não dá para eu ficar centrada só na minha equipe, eu permeio as três equipes no atendimento dos casos de porta, queixas agudas. (PED2)*

O PA é praticamente a única atividade no campo da saúde da criança desenvolvida por todos os médicos de família entrevistados, mas mesmo neste caso, do pronto-atendimento a crianças, fica claro que acabam sendo a terceira opção para realizá-lo, só o fazendo na ausência do pediatra da equipe da criança em questão e também na ausência de qualquer outro pediatra na unidade de saúde naquele momento.

Aqui, o médico de família faz o atendimento de crianças quando não tem pediatra na Unidade. Se tem pediatra, todas as crianças são atendidas pelo pediatra. Mesmo que seja criança de outra equipe é o pediatra que atende. (PED7)

*Basicamente, Médico de Família atende criança e adolescente só se o pediatra não estiver. Mas tinha essa lógica sim, o acolhimento de crianças era drenado para os pediatras. Em momentos de ausência do pediatra da minha equipe, variava um pouco, de quem da equipe de enfermagem estivesse avaliando o caso, a decisão sobre encaminhar casos agudos para mim ou para a pediatra da outra equipe. Normalmente, isso varia um pouco de lugar pra lugar. (MF2A)*

Outra situação em que o Médico de Família acaba atendendo crianças, na forma de pronto-atendimento, são aqueles momentos em que o pediatra está impossibilitado de atender mais consultas por já estar sobrecarregado de atendimentos.

*Eu atendo se o pediatra não está ou já está lotado de consultas. É uma retaguarda mesmo pra coisa de quantidade, volume de demanda. Se o volume extrapola e a queixa é aguda, é grave e tem que ser vista agora, aí o médico de família vê. (MF2B)*

#### **4.4- A reunião da equipe de PSF**

A reunião periódica de equipe de saúde da família tem seu valor amplamente reconhecido por todos os pediatras e médicos de família. Reconhecem o fórum como importante espaço de troca de informações, de aprendizado, de complementação de saberes para a discussão de projetos terapêuticos singulares (Oliveira, 2006).

*...a gente discutiu o caso de uma criança que eu acabei mandando pro CEVI (Serviço de referencia municipal para crianças com problemas psiquiátricos). Foi o agente que trouxe. Era uma criança, um menino adotivo, filho da sobrinha dessa mãe, 5 anos de idade. Então, ele se mordida, tinha coprofagia, uma criança que levantava a noite toda. Essa criança em pouco tempo parou de fazer isso. A gente conseguiu vaga na creche. (...) Eu aposto na reunião de equipe. (MF9)*

Por outro lado, outras equipes têm dificuldades em realizar a reunião de maneira sistemática, bem como de bem aproveitá-la para elaborar projetos terapêuticos singulares de casos complexos de pacientes/famílias.

*A reunião de equipe tem altos e baixos. Também é pressionada pela demanda. Tem dia que não dá pra fazer reunião porque tá todo mundo esparramado, tá uma loucura... [...] A gente faz projeto terapêutico, não assim sistematicamente, sabe aquele de pôr no papel e tal... A gente faz no prontuário, pra informação no prontuário. Mas tem vários projetos terapêuticos para crianças, tivemos um caso, da M. em que o pessoal da Unicamp se envolveu, na época um dos enfermeiros é que cuidava mais dela. Tivemos o caso da P., uma menininha vítima de maus tratos... Há pouco tempo, tivemos outro caso também suspeito de maus tratos e abuso sexual em criança... (MF7)*

Como se pode observar pelo relato de caso acima, aparentemente grande parte dos casos de crianças levados para discussão na reunião da equipe consiste de situações de problemas com fortes componentes psicossociais, tais como suspeitas de maus tratos, violência doméstica, etc.

Também outras temáticas são apontadas como freqüentes nas discussões em equipe.

*Nas reuniões de equipe isso ocupa muito espaço, os casos de problema de aprendizado e sexualidade em adolescente. Sexualidade e aprendizado são problemas difíceis de abordar, dá mais trabalho, é mais trabalhoso de lidar com isso. Também aparecem outros casos de não aderência ao tratamento, criança com infecção crônica, tuberculose, desnutrição, tudo isso é discutido na reunião de equipe. E esses são os casos que eu vou atrás, vou fazer visita na casa. Às vezes nem são trazidos por mim esses casos, mas a gente participa como médico e membro da equipe. Eu conheço a família, a gente vai na casa, discute, vê o que está acontecendo. (MF8)*

Um dos pediatras, mostrando valorizá-las, queixa-se de decisão gerencial que tornou mais espaçadas as reuniões.

*Aqui as reuniões que tinham eram muito bem feitas. [...] discutiu-se em fazê-las quinzenais, mas a princípio são mensais por toda a questão da produtividade. Por isso hoje a gente faz discussão no consultório, no corredor... Acabou aquilo de sentar todo mundo para discutir um caso só. Agora que as reuniões não são tão freqüentes, a discussão passa a ser mais individualizada, ou no consultório, ou no corredor, mas a gente segue caso a caso. E a gente vai atrás, inclusive convoca, telefona, pede para o agente ir atrás, a enfermeira ir atrás. (PED6)*

Também nesta linha de pensamento, outra pediatra reclama de mais uma dificuldade para viabilizar a reunião periódica da equipe de saúde da família, que é o fato dos horários do conjunto de profissionais de uma mesma equipe não ser coincidente, devendo salientar que os centros de saúde de Campinas, onde as equipes se alojam, funcionam, em geral de 11 a 14 horas diárias, muito além da jornada de trabalho costumeira dos profissionais, de cerca de 8 horas por dia.

*A gente faz reunião da nossa equipe azul a cada 15 dias. Então a cada 15 dias, a gente se reúne e discute os casos. Às vezes ocorria até uma vez por mês, por dificuldade às vezes de reunir todos os membros da equipe no mesmo horário, porque a gente gostaria que os agentes de saúde também participassem, porque elas trazem muitas informações, elas que saem a campo, elas que saem na rua. [...] Os agentes não conseguem participar dessa reunião quinzenal porque a gente tem feito essas reuniões às 15 horas. Ontem mesmo foi a nossa reunião da equipe azul. Só que o meu horário de trabalho é até às 16 horas e as agentes de saúde nessa hora ou estão na rua ou já encerraram também as atividades delas. E o médico de família não chega antes desse horário. A outra clínica da equipe azul, ela também sai às 17 horas, é o horário de trabalho dela. Então, realmente está tendo uma dificuldade muito grande... (PED7)*

Outro profissional demonstra ter muita clareza com relação ao principal objetivo da reunião, ou seja a discussão de casos de pacientes/famílias, e aponta mais um questionamento com relação à necessidade de método na reunião, para que a mesma não perca seu foco e tenha seu espaço tomado por outras temáticas não centrais.

*O principal papel da reunião é a discussão de casos, a gente procura fazer de tudo pra não falar muito dos problemas administrativos, porque o grande problema da reunião é usar o espaço da reunião pra resolver problemas administrativos do Centro de Saúde. E não é problema da equipe, diretamente da equipe não é, reunião da equipe é pra discutir casos, pra matriciamento, pros agentes poderem falar e tudo o mais. Mas no fim, se você deixa, os problemas administrativos acabam tomando conta. **Eu acho que a principal função é essa, discutir os casos.** (MF7- destaques do autor da tese)*

#### **4.5- O trabalho em escolas e/ou outras instituições da área de cobertura**

A maioria dos profissionais não realiza trabalho sistemático em escolas. Citam alguns projetos desenvolvidos por outros colegas de equipe, agentes de saúde, enfermeiro, profissionais de saúde mental, com relação, por exemplo, a sexualidade/prevenção de gravidez na adolescência e dificuldades de aprendizagem (Tabela 4.1.).

*Já foi feito um trabalho em relação à iniciação sexual. Na época a gente discutia em equipe e a ginecologista, junto com os agentes e com a enfermeira, ia para as escolas. Atualmente, agora não. Tem um projeto pra gente começar, pra ser implantando agora, fevereiro, março, com crianças com dificuldade escolar... (MF9)*

É perceptível, entretanto uma preocupação dos médicos pediatras, mas também de vários médicos de família com relação a esta temática da sexualidade entre adolescentes, em especial no que diz respeito à problemática da gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis. Alguns já desenvolveram ou ainda desenvolvem ações nesta área e muitos dos que não o fazem comentam o quanto seria necessário fazê-lo e lamentam não

consegui-lo. Também a questão da dificuldade de aprendizagem é apontada por alguns profissionais como uma questão que os preocupa, sendo inclusive pauta de reuniões de equipe, havendo dois relatos inclusive de participação nas mesmas de professores de alunos em questão.

*O que eu vejo hoje, como problema complexo a meu ver, é muito problema relacionado a aprendizado, e é difícil de lidar porque não é uma coisa só da criança, envolve a família mesmo. Então quando a gente lida com isso, problemas de aprendizagem, de comportamento, problema com adolescente... Foi trazido pra gente, da saúde, resolver algo que é talvez mais do que da saúde, não é só da saúde... E a gente tem enfrentado esse problema, com atendimento multi-profissional, psicólogo, terapeuta, generalista, pediatra, agente comunitário... Nas reuniões de equipe isso ocupa muito espaço, os casos de problema de aprendizado e sexualidade em adolescente. Sexualidade e aprendizado são problemas difíceis de abordar, dá mais trabalho, é mais trabalhoso de lidar com isso. [...] Também aparecem outros casos de não aderência ao tratamento, criança com infecção crônica, tuberculose, desnutrição, tudo isso é discutido na reunião de equipe. Mas chama a atenção para mim o problema de aprendizado e sempre me envolvo. E esses são os casos que eu vou atrás, vou fazer visita na casa. Às vezes nem são trazidos por mim esses casos, mas a gente participa como médico e membro da equipe. Eu conheço a família, a gente vai na casa, discute, vê o que está acontecendo. São casos muito interessantes, eu acho que é um desafio interessante e que exige a gente ir atrás de uma melhoria na intersetorialidade, que faz parte da discussão por causa da criança. Então, o professor vem na reunião, muitas vezes, na reunião de equipe, o coordenador pedagógico vem... Eu acho que isso é uma coisa legal porque graças a isso a gente está conseguindo desenvolver a intersetorialidade. Eles discutem o caso com a gente. Acho que ainda tem muito pra crescer, mas é uma atividade também que eu não conhecia antes, essa atividade intersetorial... Foi graças a esse PSF que a gente teve trabalho de equipe, cada um dar sua opinião, ver que ela não é suficiente para resolver. Eu vou precisar trazer o professor, o coordenador, assistente social e aí a coisa vai ficando mais gostosa, mais interessante. (MF8)*

Alguns aparentam entender que este não é um papel dos médicos e sim da enfermagem.

*...até pela minha dificuldade de sair da unidade, a enfermeira e a auxiliar acabam indo, ou dependendo do que for passam para os agentes. A enfermeira acho que tem mais esse papel. (PED2)*

**Tabela 4.1-** Unidades citadas com trabalho em escola/creche, tipo de trabalho desenvolvido e quem realiza

<b>Unidades citadas</b>	<b>Tipo de Trabalho Desenvolvido</b>	<b>Quem Realiza</b>
<b>CS1</b>	-Atividades de vigilância em saúde e atendimento em Orfanato	-Pediatra, Enfermeira
<b>CS2</b>	-Discussões sobre sexualidade -“Palestras” -Educação sexual para adolescentes em Escola -Atividades da Equipe de Saúde Bucal em Creches	-Agentes de saúde -Enfermeira -Dentista, ACD -Dentista, THD, ACD
<b>CS3</b>	----	----
<b>CS4</b>	-Prevenção gravidez e DST's na adolescência em escola -Palestra na Escola sobre funcionamento do CS	-MF, T.O. e Agentes de saúde -MF
<b>CS5</b>	Prevenção gravidez e DST's na adolescência em escola	Ginecologista e Enfermeira
<b>CS6</b>	Ações pontuais na creche (situação de varicela, etc.)	Enfermagem
<b>CS7</b>	Examinar crianças em creches quando tem uma queixa específica que a creche solicita: monilíase, escabiose.	Pediatra
<b>CS8</b>	Participação periódica de professores nas reuniões de equipe para discussão de casos de dificuldade de aprendizagem	Equipe de saúde da família e professores da escola da região
<b>CS9</b>	Capacitação de monitores de creche e interlocução para matrícula de crianças de risco	Médica de Família (que é pediatra) e enfermagem
<b>CS10</b>	Proposta de retomar trabalho, já realizado, de campanha para trazer adolescentes para conhecerem o Centro de Saúde  <b>*obs.:</b> Justifica não fazer trabalho <u>na escola</u> devido a “congestionamento”: Unicamp e ONG's já realizam trabalhos na mesma.	Pediatra

#### 4.6- Visita domiciliar relacionada a crianças ou adolescentes

Nenhum dos pediatras participa de visitas domiciliares (VD), mesmo aquelas relacionadas a questões de saúde da criança ou adolescente. Alguns médicos de família o fazem e queixam-se desta falta de participação dos parceiros pediatras, chegando a explicitar que estes não têm interesse nisso, não gostam deste tipo de atividade.

*...apesar de repetidas sugestões para acontecer isso, os pediatras nunca fizeram visita domiciliar, por exemplo. Eu joguei a sugestão, os agentes... É um acompanhamento muito clínico, e olha que eu não tenho reclamação dos pediatras, eram bons pediatras... nos três serviços (em que trabalhou). Mas nenhum com este perfil pra sair, pra negociar com a chefe, com a enfermeira, com a vizinha... (MF2A)*

*Com relação a ações extra-muros minha participação é só na hora da visita, principalmente na hora da visita, e em alguns problemas de aprendizado. Porque na minha equipe, dos médicos, só eu faço visita. Então, se tiver uma visita pra fazer, o auxiliar faz, o agente de saúde é lógico, mas o pediatra não faz. O pediatra não faz visita. Não se interessa, não gosta. Portanto, quando eu vou fazer uma visita, pode ser uma visita para adulto ou para criança, ou para os dois, porque a gente visita uma família, não uma pessoa, aí eu tenho um contato com a criança, aí eu acompanho, vejo como ela está aprendendo, a gente acaba vendo na casa. É uma consulta diferente. Mas esse é o momento que acaba sendo meu com a criança porque não tem o pediatra. (MF8)*

Vários dos pediatras alegam não haver “demanda” para este tipo de atendimento, talvez influenciados pelo fato de que o principal critério usado para visita domiciliar de adultos é a impossibilidade/dificuldade de deambulação (ex: pacientes acamados, muito idosos, etc).

*Não faço porque nunca houve necessidade. (PED1)*

Provocado pelo questionamento da entrevista um dos pediatras chega a mostrar-se instigado a experimentar fazer visitas domiciliares, ao mesmo tempo em que refere insegurança/despreparo para tal.

*Eu nunca tinha pensado nessa possibilidade de fazer visita domiciliar e agora fico curioso com essa possibilidade. O que é mais comum a gente fazer é pedir para os agentes darem uma avaliada. Daí, dependendo da avaliação dos agentes... mas eu pessoalmente nunca cheguei a participar muito ativamente dessas visitas não. Acho que talvez até valesse mais a pena pra conhecer, pra ter uma outra visão, né? Uma outra experiência. Eu pessoalmente estou muito acostumado com as experiências dentro do consultório no Centro de Saúde, com meus aparelhinhos aqui... Seria uma coisa totalmente nova. Talvez não sei muito bem como fazer. Ficaria meio inseguro... Mas acho que valeria a pena aprender. (PED5)*

Dentre os médicos de família que fazem VD, relacionadas a casos de crianças/adolescentes, há percepção clara do quanto a mesma pode acrescentar para uma melhor compreensão sobre estes pacientes em investigação.

*...é que pelo tipo de visita que a gente faz, é casa sem criança, mas quando tem algum problema que envolve as crianças... por exemplo, há pouco tempo eu fiz uma visita a um casal, e essa não era acamada, era uma visita por outro motivo, mas eram dois fumantes inveterados...não muito idosos e tinham um netinho que cuidavam também, não sarava da bronquite...Aí eu lembrei que eu vi essa criança um dia desses lá no Centro de Saúde tomando inalação, é por isso, né... Aí eu falei para a pediatra: “olha, os dois avós fumam que nem...”. E como não eram os adultos que traziam as crianças, era o sobrinho ou outra pessoa que trazia, então eu acho que, quem atendia, não ligava uma coisa na outra. Isso é comum de acontecer... estes problemas de alergia, em que a gente vai à casa por outro motivo e eu já peguei casos de adolescentes com rinite, com asma mesmo. Você vai lá por outro motivo e tem mofo nas paredes, você vê... porque se tem caso de rinite crônica, asma eu*

*sempre pergunto: “Como é que é a casa? Tem mofo?” Depois que você vai lá e o paciente vê que você viu, aí as coisas ficam diferentes, a responsabilidade da família também é diferente. E a gente ajuda, dá uma dica pra limpar a parede, às vezes não tem dinheiro pra comprar tinta, pega a água sanitária e esfrega a parede com água sanitária, raspa, pinta com cal, faz qualquer coisa, mas procura diminuir o mofo. E essas coisas você só vê indo na casa mesmo, você não vê isso na consulta (MF7) (destaque do autor da tese).*

#### **4.7- Desenvolvimento de trabalhos de grupos**

O desenvolvimento de atividades grupais com crianças ou pais mostrou-se muito heterogêneo entre os pediatras.

Alguns, justificando-se pela sobrecarga de atendimento clínico e a falta de adesão dos pacientes, não praticam qualquer trabalho deste tipo.

*Já tentamos fazer grupos com mães lá, mas não tivemos muito resultado, não. Então agora, a gente não atende mais grupos de mães de desnutridos, sobre anemia, sobre alimentação, essas coisas... A gente já tentou, mas... Nesse momento nós não estamos fazendo grupo nenhum em relação à criança. Só para os adultos lá que fazem grupo de diabetes, grupo de hipertensos, mas nós não. O que a gente faz mesmo é atender. (PED08)*

Por outro lado, a maioria dos pediatras refere a realização, pelas respectivas unidades de saúde, de pelo menos um ou mais grupos com crianças ou com pais. Alguns grupos são desenvolvidos apenas por estes pediatras, outros por membros da equipe (enfermeiro, dentista, agentes de saúde, profissionais de saúde mental, etc.) e ainda alguns pelo pediatra em conjunto com estes profissionais.

Observando o conjunto de entrevistas, nota-se uma grande diversidade de grupos de trabalho com crianças (Tabela 4.2.).

Os médicos de família não citaram participação em qualquer grupo relacionado à infância e adolescência, exceto aquela médica de família que é pediatra por formação.

**Tabela 4.2-** Unidades citadas com trabalho de grupo, temáticas abordadas e quem desenvolve

<b>Unidades Citadas</b>	<b>Temática Abordada</b>	<b>Quem Desenvolve</b>
<b>CS1</b>	A homeopatia, o medicamento, o tratamento homeopático	Pediatra (obs.: ele é homeopata)
<b>CS2</b>	Palestra sobre Aleitamento Materno em Grupo de Gestantes	Pediatra e Dentista
<b>CS3</b>	-Grupo de mães/pais de crianças com dificuldade de aprendizagem ou situações de violência doméstica -Grupo de puericultura -Grupo de crianças desnutridas	-Pediatra, Médica de Família, Enfermeira  -Pediatra e Enfermeira -Pediatra
<b>CS4</b>	-Grupo “odontobebê”, para pais de crianças de 0-2 anos -Grupo de pais crianças de 6 a 11 anos sobre limites, agressividade	-Dentistas e Auxiliar de Enfermagem -Pediatra, Enfermeira e Profissionais da Saúde Mental
<b>CS5</b>	Grupo de crianças desnutridas	Pediatra
<b>CS6</b>	---	---
<b>CS7</b>	-Grupo cuidados com Recém-nascidos -Grupo “Primeira papinha”, para mães de lactentes de 5 meses -Grupo de crianças desnutridas/obesas -Grupo de Adolescentes para prevenção gravidez	-Pediatra e Enfermagem -Docente e Estagiárias de Nutrição da UNIP -Docente e Estagiárias de Nutrição da UNIP -Enfermeira de outra ESF
<b>CS8</b>	---	---
<b>CS9</b>	-Grupo “Primeiros passos” (orientação para puérperas) -Grupo “Esperança” (grupo de crianças desnutridas)	-Médica de Família (que é pediatra!) -Idem
<b>CS10</b>	-Grupo da “BCG” (orientação para puérperas) -Grupo de preparo de gestantes para amamentação, los cuidados do bebe, etc.	-Pediatra e Enfermagem -Pediatra e Ginecologista

#### 4.8- Desenvolvimento de trabalhos com adolescentes

Com relação ao atendimento a adolescentes, esta talvez seja a única faixa-etária onde o conjunto de relatos de médicos de família que desenvolvem esta atividade talvez iguale ou até supere o número de pediatras que o fazem. Parecem se sentir mais preparados ou “autorizados” a desenvolver trabalhos com esta faixa etária, do que com crianças pequenas.

*Sempre atendi muito adolescente, de 13-14 anos. Chega aqui com uma queixa clínica, meio de clínica de adulto. A enfermagem sempre me chamou mais pra acolhimento de adolescente. Na cabeça delas achavam mais tranqüilo chamar o generalista para atender estes pacientes do que para uma criancinha de colo. (MF2A)*

Alguns chegam a formalmente assumir a clientela adolescente, sem aparente resistência por parte dos pediatras, o que não seria esperado, tendo em vista inclusive o trabalho da Sociedade Brasileira de Pediatria de manter esta faixa etária sob responsabilidade do Pediatra.

*Com relação à divisão entre nós médicos, na verdade o que define é só a idade: com relação a consultas agendadas, de 10 a 17 anos seria comigo e até 10 anos com o pediatra. Consultas eventuais ou urgências, se ele está aqui ele atende, porque eu fico mais com a demanda de clinica, mas senão eu atendo também as crianças menores. Não tem como... A coisa vai fluindo e agente acaba não discutindo. Não fui eu que escolhi atender os adolescentes não. Mas eu tenho afinidade para atender adolescente, me sinto à vontade, mas descobri isso atendendo, eu não achava que teria esta afinidade. Com o tempo vi esta afinidade maior, eu gosto de lidar com adolescentes. Mas eu adoraria também fazer puericultura... mas não dá tempo... (MF6)*

*Que mais que eu faço com crianças? Geralmente vem a mãe e eu olho a ficha, se a criança não tiver consulta eu agendo. Os adolescentes geralmente vêm comigo, nenhum deles tem gráfico de peso, altura e estatura, então geralmente eu faço. (MF3)*

Como se percebe pela fala da MF3, aparentemente há uma crítica ao fato dos adolescentes não estarem tendo o devido acompanhamento do seu crescimento, papel este que o pediatra desta equipe não aparenta desempenhar. Como curiosidade este pediatra é um daqueles excessivamente preocupados com a puericultura de crianças pequenas.

Também há uma variedade de trabalhos específicos, de abordagem individual ou grupal, etc., sendo desenvolvidos para esta faixa etária, por pediatras e médicos de família e vários outros profissionais da equipe, como enfermeira, agentes, etc. (Tabela 4.3.).

**Tabela 4.3-** Unidades citadas com trabalho com adolescente, tipo de trabalho desenvolvido e quem realiza

<b>Unidades Citadas</b>	<b>Tipo de Trabalho Desenvolvido</b>	<b>Quem Realiza</b>
<b>CS1</b>	---	---
<b>CS2</b>	Educação sexual para adolescentes em Escola	Dentista, ACD
<b>CS3</b>	---	---
<b>CS4</b>	-Prevenção gravidez e DST's na adolescência em escola -Palestra na Escola sobre funcionamento do CS	-MF, T.O. e ACS -MF
<b>CS5</b>	Prevenção de gravidez e DST's na adolescência em escola	Ginecologista e Enfermeira
<b>CS6</b>	Atendimento clínico (de 10-18 anos)	Médica de Família
<b>CS7</b>	Prevenção gravidez na adolescência (a iniciar)	Enfermeira
<b>CS8</b>	Freqüente discussão em reunião de equipe de casos relacionados a sexualidade, problemas de comportamento, etc., bem como de visitas domiciliares a eles relacionados.	Principalmente o médico de família, e vários dos demais membros das equipes. (Pediatra em geral pouco envolvida)
<b>CS9</b>	“Projeto” para trabalho de grupo de prevenção de gravidez com adolescentes	Médica de Família (que é pediatra)
<b>CS10</b>	-Atendimento específico para adolescentes, “a três tempos” (só adolescente, só pais e depois todos juntos) -Proposta de retomar trabalho de grupo -Proposta de retomar trabalho, já realizado, de campanha para trazer adolescentes para conhecerem o CS	-Pediatra  -Pediatra  -Pediatra e Agentes de Saúde

Uma das pediatras expressa preocupação em relação à conhecida pouca presença de adolescentes nos serviços de saúde.

*Eu vejo adolescentes chegando aqui espontaneamente só quando têm uma queixa assim específica, senão eles evitam consultas e a gente vê muitas mães mesmo que falam: “Ah, eu marquei hoje pro meu outro filho mas ele não quis vir de jeito nenhum, ele falou que ele não precisa. Mas eu queria ver doutora se ele está crescendo bem, porque eu acho que ele está tão pequenininho, se tem alguma coisa que pode fazer”. Digo: “Olha, precisa trazer ele mesmo”. Então eu não sei, nesse ponto a gente se sente um pouco impotente. Que motivação eu poderia estar dando para esse menino estar vindo pra gente ter um acompanhamento mais eficaz aí, nessa faixa etária? Eu acho que a gente perde muito. (PED7)*

Como já comentado anteriormente, foi perceptível também outra preocupação dos médicos pediatras, mas também de vários médicos de família com relação à temática da sexualidade dos adolescentes, em especial no que diz respeito à problemática da gravidez precoce e doenças sexualmente transmissíveis. Alguns já desenvolveram ou ainda desenvolvem ações nesta área e muitos dos que não o fazem comentam o quanto seria necessário fazê-lo e lamentam não conseguí-lo.

*Com o adolescente, por exemplo, deveríamos montar mais grupos, esclarecer estes adolescentes sobre drogas, prevenção de gravidez, que é um problema na adolescência, com uma parceria mais estreita com as escolas da área, onde pudéssemos transmitir esta tecnologia da saúde do adolescente, um trabalho junto com os psicólogos da unidade. Acho que teria um impacto muito bom. (...) Os Agentes tem visitado escolas e no ano passado já foram feitos encontros sobre sexualidade. (PEDI)*

*Eu acho que os adolescentes aqui a gente tem que ter alguma coisa, apesar de não ter muitos e não adianta a gente esperar que os adolescentes entrem na porta aqui, porque eles não entram. A gente tem que ir atrás, de preferência nas escolas ou em outros ambientes, acho “adolescentes” aqui um problema importante a ser atacado, por causa de gravidez precoce. O índice aqui é relativamente alto, entre os adolescentes. (MF07)*

Tal preocupação com a gravidez na adolescência justifica-se, pois em Campinas o índice de partos na adolescência (de 10 a 19 anos, conforme a OMS) apesar de vir sendo um dos menores do país (17,8% em 2001) ainda é considerado alto, se comparado aos dos países desenvolvidos, cujas taxas estão em torno de 4 a 5% (Carniel, 2005).

Ante a dificuldade de desenvolvimento de atividades educativas grupais para esta faixa etária, alguns profissionais têm investido no espaço das próprias consultas médicas como momento de educação em saúde.

*Sobre os adolescentes, é uma parte um pouquinho difícil de trabalhar. Primeiro porque o adolescente não gosta de vir no médico, ele não vem no médico, só se ele estiver doente. Então assim: programa, programa para o adolescente, não tem. O que a gente faz, o que eu faço bastante, é aproveitar os adolescentes que vêm por uma queixa aguda e fazer algumas orientações de DST, a enfermeira faz também. De prevenção de gravidez... o pediatra também faz este tipo de coisa, de conversar, tirar a mãe pra fora, porque elas começam muito cedo... Então toda vez que pinta um adolescente, a gente conversa: sabe como usar? Tem alguma dúvida? Porque a gente sabe que elas engravidam cedo. Mas assim, programa, a ex-Coordenadora até tentou montar um programa com o pessoal da Unicamp um tempo atrás, montou um espaço para eles, mas não deu muito certo. E a gente tem bastante gravidez em adolescentes, violência e drogas. Teria que ter um programa pra isso, mas nós não demos conta ainda não. Realmente eles só vêm com gripe, mancha, verruguinha, essas coisas. Então você tem que aproveitar quando eles aparecem e chamar pra alguma outra coisa. (MF3)*

Apenas uma pediatra citou realizar atendimento individual de forma mais sistematizada e adaptada para o atendimento a adolescentes, inclusive realizando o chamado atendimento “a três tempos”.

*...Além disso, eu faço atendimento de adolescentes, especificamente de segunda à tarde. Aí a consulta agendada nos moldes da “consulta de adolescente”, a três tempos. Então, entra o adolescente*

*com acompanhante, depois o adolescente sozinho e, depois, a gente fecha a consulta com o acompanhante junto. A gente tem uma ficha própria pra isso, são abordados aspectos emocionais, de sexualidade, de trabalho, sociais... É uma consulta bem ampla. (PED10)*

Duas médicas, uma pediatra e uma médica de família, relataram esforços criativos para tentar familiarizar os adolescentes das respectivas regiões de cobertura com suas unidades de saúde, na expectativa de com isso aumentar a frequência dos mesmos a estes serviços.

*O grupo de trabalho que desenvolvia trabalho com adolescentes não era nas escolas, era na Unidade. A gente ia nas escolas também, eu fui 2 vezes nas escolas, mas como já tem muita gente indo na escola, o pessoal da medicina preventiva vai, tem umas ONGs que acabam atuando bastante no bairro também. Então eu tentei uma forma, de trazer o adolescente pra Unidade, pra fazer eles conhecerem a equipe de saúde e se sentirem mais à vontade para estar procurando ajuda aqui na Unidade, para desmistificar um pouquinho essa coisa de que “No Posto, é a mãe que traz!”. Têm medo de vir. Foi nesse sentido que a gente trouxe os grupos da escola pra cá. (PED10)*

*Então, eu e uma terapeuta ocupacional que trabalhava aqui e uma agente começamos um trabalho de prevenção de gravidez na adolescência e DST's. Os agentes fizeram um tipo de uma gincana com as escolas sobre estes temas. Eram três ou quatro escolas da região que foram convidadas para fazer um trabalho sobre DST's e aí as escolas que fizeram melhor trabalho ganharam prêmio. Quando elas começaram a fazer isso eu vi que era um gancho para começar alguma coisa na área de prevenção, porque eu estava percebendo como era a região. Então eu e a T.O. fizemos um trabalho na escola municipal, que na verdade já tinha um trabalho de orientação sexual que é organizado pela educação e a gente propôs uma parceria. Eles aceitaram. O objetivo da gente era aumentar o acesso desses adolescentes ao Centro de Saúde, porque eles vêm pouco aqui, por causa do preconceito, porque tem medo de chegar*

*aqui na farmácia para pedir preservativo ou anticoncepcional... e também porque eles pouco adoecem nesta fase. Fomos na escola para divulgar que além de fazer assistência, a gente também pode orientar, tirar dúvidas... fazer prevenção... Eu fui falar sobre o Paidéia, o que a gente faz aqui... Eu queria desmistificar essa coisa de que só se vai ao médico porque está doente. A gente foi da 6ª a 8ª séries. As professoras trouxeram as classes aqui, para conhecer. Depois a gente ficou disponível para alguma necessidade, porque eles já têm o projeto de orientação sexual. (MF4)*

## **5- AVANÇOS E LIMITES DO PSF-PAIDÉIA**

Com objetivo de conhecer a visão dos onze médicos de família e nove pediatras entrevistados a respeito das mudanças, por eles percebidas, na atenção à saúde da criança e do adolescente, com o advento do PSF-Paidéia, novo modelo tecno-assistencial implantado a partir de 2001 na rede básica de saúde de Campinas, foi-lhes solicitado que abordassem a respectiva “visão sobre avanços e limites do trabalho no modelo PAIDÉIA de saúde da família, quanto a esta atenção prestada à infância e adolescência”. A idéia é que livremente pudessem elogiar ou criticar aspectos deste novo modelo em relação ao tema. O conceito de modelo de atenção ou tecno-assistencial aqui utilizado é o de CAMPOS (2003), segundo o qual “modelos são arranjos variáveis de recursos (humanos, financeiros, de conhecimento, etc.) objetivando incrementar a produção de saúde”.

A partir da análise das falas dos profissionais, a primeira constatação feita é que nenhum deles restringiu-se a falar sobre avanços e limites na atenção à saúde da criança e do adolescente. Assim, como se verá, foram apontados elogios e críticas relacionadas ao modelo tecno-assistencial de forma geral, à gestão da saúde (local e municipal), ao trabalho do pediatra e do médico de família (de certa forma avançando um pouco no campo do pretendido com a questão 6 sobre a visão dos pediatras e médicos de família sobre seu próprio papel e o do colega), etc. Esta ampliação do objeto da questão, proporcionada pela forma de responder dos entrevistados, antes de ser um problema, serviu para enriquecer o entendimento daquele momento de amplas mudanças do *modus operandi* das unidades básicas de saúde de Campinas, ajudando a compreender melhor a própria questão da atenção à criança pelo fato desta não ser isolada dos demais aspectos de funcionamento destes serviços.

Do ponto de vista metodológico, as falas dos entrevistados foram inicialmente separadas em dois blocos: “Avanços” e “Limites”. A seguir elas foram agrupadas por semelhança das questões abordadas e classificadas em sub-temas. Finalmente, tais sub-temas foram re-agrupados como relacionados a seis grandes temas:

- Modelo Tecno-Assistencial do Programa de Saúde da Família (PSF);
- Modelo Tecno-Assistencial do PSF-Paidéia: como se verá adiante, a decisão de analisar de forma separada aspectos do PSF-Paidéia, em relação ao PSF nacional, se deve ao interesse deste pesquisador de melhor evidenciar e analisar as já comentadas

peculiaridades que caracterizaram o PSF-Paidéia, no processo de adaptação do PSF para a cidade de Campinas (e posteriormente também em outros municípios);

- Questão do Pronto-Atendimento/Acolhimento à demanda espontânea: apesar de se tratar de um aspecto do Modelo, optou-se por trabalhá-lo de maneira particularizada devido ao fato de ter sido a questão mais apontada como um limite pelos entrevistados e pela importância de que se reveste a análise desta sempre polêmica situação;
- Gestão;
- Papel do médico pediatra na equipe de PSF;
- Situação profissional do médico de família.

As questões abordadas como avanços e limites, são exibidas respectivamente nas Tabelas 5.1. e 5.2., separadas nos seis grandes temas acima.

## **Avanços**

Com relação a avanços, foi possível identificar nas respostas dos nove médicos pediatras quinze diferentes questões abordadas e dezoito nas dos onze médicos de família (Tabela 5.1.).

Como se pode verificar pela análise desta tabela, muito daquilo que pediatras consideram como avanços, os médicos de família também o fazem. Estas coincidências de avaliação por parte dos entrevistados ocorrem principalmente no elogio a características centrais tanto do Modelo Assistencial do PSF brasileiro, quanto do PSF-Paidéia, o que indiretamente parece estar revelando uma aprovação destes profissionais a estes modelos de uma forma geral.

**Tabela 5.1-** Avanços no PSF-Paidéia citados por médicos de família e por pediatras

<b>Avanços</b>		
	<b>Para os médicos de família</b>	<b>Para os pediatras</b>
<b>A</b>	Reuniões de equipe (5*) Trabalho em equipe (5) Adscrição de Clientela/Responsabilização (4) Territorialização (1) Trabalho voltado para a família (2) Trabalho dos Agentes de saúde (2)	Reuniões de equipe (3) Trabalho em equipe (4) Adscrição de Clientela/Responsabilização (1) Territorialização (3) Trabalho voltado para a família (2) Trabalho dos Agentes de saúde (4) Seguimento contínuo da clientela (1) Visita domiciliar da Médica de Família (1) Contribuição do Médico de Família nas discussões de casos complexos nas reuniões (1)
<b>B</b>	Fazer uma “Clínica-Ampliada” (1) Elaboração de Projetos Terapêuticos “Coletivos”(1) Trabalhos educativos com Grupos de pais (2) Acolhimento e resolutividade boa para casos de saúde mental (1) Ousadia da Implantação de PSF em Centro de Saúde (2) Promoção de Saúde via Grupos de Lian Gong (Ginástica Chinesa), Ginástica Postural, etc (2) Homeopatia e acupuntura na Atenção primária à saúde (1)	Fazer uma “Clínica-Ampliada” (1) Elaboração de Projetos Terapêuticos <u>Familiares</u> com mobilização de apoio social pela equipe (1) Homeopatia e acupuntura na Atenção Primária à Saúde (1)
<b>C</b>	Acolhimento à demanda espontânea acrescido de ofertas programáticas (1)	Participação da Médica de Família no atendimento a PA (1)
<b>D</b>	Democratização da unidade de saúde via Colegiado de Co-Gestão (2)	Capacitações técnicas pela SMS (1)
<b>E</b>	Pediatra e Ginecologista nas equipes de PSF (3) Pediatra junto com a equipe na reunião (1) Melhora das ações programáticas de saúde da criança (1)	Pediatra e Ginecologista nas equipes de PSF (1)

(\*entre parênteses o numero de médicos que apresentaram falas neste sentido)

**CONVENÇÕES:**

- A: Falas relacionadas a características do Modelo Assistencial do PSF
- B: Falas relacionadas a características do Modelo Assistencial do PSF - Paidéia
- C: Falas relacionadas à questão do Pronto-Atendimento/Acolhimento
- D: Falas relacionadas a questões da Gestão
- E: Falas relacionadas ao papel do médico pediatra na equipe de PSF

## Limites

Foi possível identificar, nas respostas dos nove médicos pediatras, catorze falas referentes a limites e quarenta e cinco entre os médicos de família (Vide Tabela 5.2), evidenciando, já a princípio, entre estes últimos, uma capacidade de reflexão crítica e elaboração sobre o tema maior que a dos seus colegas pediatras, situação provavelmente decorrente do perfil de formação dos profissionais, conforme discussão do capítulo 3.

Também em relação às falas sobre Limites, como fica evidente pela observação da tabela, a quase totalidade daquilo que pediatras consideram como limites, os médicos de família também o fazem. A diferença aqui é que os médicos de família apontam uma grande quantidade de outras questões que os pediatras não abordam.

**Tabela 5.2-** Limites no PSF-Paidéia citados por médicos de família e por pediatras

Limites do PSF-Paidéia		
	Médicos de família	Pediatras
<b>A</b>	Com Adscrição resistência de médicos em atender usuários de outras equipes (1*) Resistência da população ao tipo de trabalho domiciliar dos Agentes de saúde (“policia sanitária”) (1) Crescente complexidade dos casos atendidos (1)	Falta de liberdade para paciente escolher seu médico (1)
<b>B</b>	Atendimento a população não adscrita (1) Sobrecarga do Médico de Família com adultos (2) Médico de Família atende só clínica e faz pouca prevenção (1) Falta de mais trabalho educativo com Grupos (1) Necessidade de mais trabalho social e intersetorial (1)	Atendimento a população não adscrita (2) Sobrecarga do Médico de Família com adultos (1)
<b>C</b>	Volume de Pronto-Atendimento (6) Falta de mais ações programáticas e extra-muros (pelo excesso de P.A, etc) (1) Tensão no trabalho de Acolhimento e sobrecarga da Enfermagem (1) Conflitos na equipe por conceitos diferentes de “Acolhimento” (=consulta médica?) (1) No início do programa muita ênfase no acolhimento e diminuição ações programáticas (1)	Volume de Pronto-Atendimento (4) Falta de mais ações programáticas e extra-muros (pelo excesso de P.A, etc) (1)

<b>D</b>	<p>Número exagerado de famílias por equipe (3)</p> <p>Falta de ações de Vigilância devido ao grande nº de famílias (1)</p> <p>Ampliação do numero de famílias e médicos sem aumento de enfermagem e ACS (2)</p> <p>Falta de formação do enfermeiro (1)</p> <p>Cadastramento de famílias não concluído (3)</p> <p>Problemas na gestão local da mudança de modelo (2)</p> <p>Ausência do gerente local nas reuniões de equipe (1)</p> <p>Falta de apoio da gestão distrital na mudança modelo (1)</p> <p>Gestão de pessoal ruim não responsabiliza ou avalia os trabalhadores (1)</p> <p>Pouco investimento da SMS para fortalecer o papel da enfermagem no Acolhimento (1)</p> <p>Não oferta contínua do trabalho de Acolhimento por falta de pessoal (1)</p> <p>Falta de entendimento dos funcionários sobre o modelo (1)</p> <p>Parte dos agentes de saúde sem clareza sobre seu papel (1)</p> <p>Dificuldade de fixação de profissionais (1)</p> <p>Desanimo dos funcionários por falta de reflexão sobre a prática e diálogo (1)</p> <p>Falta, no Serviço, de equipe/profissionais de saúde mental (1)</p> <p>Reuniões de equipe com problemas na quantidade e qualidade (2)</p> <p>Resistência de alguns profissionais às reuniões de equipe (1)</p> <p>Falta de materiais e medicamentos nas unidades de saúde (1)</p> <p>Más condições de infra-estrutura da unidade (1)</p> <p>Falta de melhor retaguarda secundária (1)</p> <p>Excesso de demanda administrativa para o Médico de Família (laudos sociais, atestados vários, etc) (1)</p> <p>Médico de Família tem recebido pouco aprimoramento profissional na atual administração (em 2005)</p>	<p>Numero exagerado de famílias por equipe (3)</p> <p>Cadastramento de famílias não concluído (3)</p> <p>Falta de pessoal (3)</p> <p>Falta, no Serviço, de equipe/profissionais de saúde mental (1)</p> <p>Reuniões de equipe com problemas na quantidade e qualidade (1)</p> <p>Resistência dos profissionais a mudanças (1)</p> <p>Falta de melhor retaguarda secundária (1)</p>
----------	---	--

<b>E</b>	Falta de Visão de PSF pelo Pediatra e Gineco (1) Pouca participação do Pediatra na reunião de equipe (1) Dificuldade da pediatra em lidar com casos relacionados à saúde mental (1) Pediatra só preocupado em atender, sem visão ou ações de saúde publica (3) Pediatra não faz visita domiciliar (1)	Dificuldade em trabalhar a violência contra a criança (1)
<b>F</b>	Baixa remuneração do Médico de Família (1) Desvalorização da “especialidade” da medicina de família pelos médicos em geral	
<b>G</b>	Pobreza da população (3) Famílias mudam muito de casa na região (1) Exposição da população à violência (1)	Muita população flutuante na região (1)

(\*entre parênteses o numero de médicos que apresentaram falas neste sentido)

### CONVENÇÃO TABELA 5.2.:

- A: Falas relacionadas a características do Modelo Assistencial do PSF
- B: Falas relacionadas a características do Modelo Assistencial do PSF - Paidéia
- C: Falas relacionadas à questão do Pronto-Atendimento/Acolhimento
- D: Falas relacionadas a questões da Gestão
- E: Falas relacionadas ao papel do médico pediatra na equipe de PSF
- F: Falas relacionadas ao papel do médico de família
- G: Falas não classificadas

## 5.1- Modelo Assistencial do PSF e PSF- Paidéia

As reuniões de equipe constituem o avanço mais citado pelos médicos de família e um dos mais frequentes entre os pediatras, só perdendo entre estes para as questões do trabalho em equipe e do trabalho dos agentes de saúde. Se somadas as falas elogiando as reuniões de equipe e o trabalho em equipe, estas manifestações da grupalidade da ESF são, de forma gritante, os avanços mais valorizados tanto pelos médicos de família, quanto pelos pediatras. Apenas dois dos onze médicos de família e quatro dos nove pediatras não citam explicitamente, como avanço, pelo menos uma destas questões referentes ao trabalho em equipe, que no total foram citadas dezenove vezes.

*As reuniões semanais da ESF, eu acho que são fundamentais. Essa possibilidade de sentar com a equipe e conversar, distribuir tarefas, rever agendas, discutir rotinas, discutir acolhimentos, fazer uma lavagem de roupa suja. É na reunião que converge quase tudo que precisa de organização coletiva para trabalhar. Os PTS, projetos terapêuticos singulares, também muitas vezes foram discutidos, os casos muito complicados. O que acho é que tem que investir mais ainda neste espaço. (MF2A)*

*A aproximação dos profissionais no dia a dia, com a divisão em pequenas equipes (é um avanço), porque antes era muito fragmentado. (MF7)*

*Temos uma boa integração dentro da equipe. A equipe é muito boa. A médica de família fazendo visita domiciliar acaba localizando problemas que não chegam para a gente. Acaba trazendo uma visão diferente do ambiente, para nós. E às vezes até dos problemas psicossociais que tem ali. Esta integração com ela foi muito legal. (PED6)*

*Eu acho que a reunião da equipe é uma coisa importante. O balanço é positivo da reunião de equipe por mais deficitária que seja. Uma colega chama Projeto terapêutico de Projeto de Leonardo (da Vinci)... sabe, visionário? Eu aposto muito. Na pediatria tem que apostar. (MF9)*

A seguir, também foram freqüentes falas, tanto de pediatras quanto de médicos de família, valorizando a forma de trabalho com foco na família, a adscrição de clientela, e a territorialização, todas, como já dito, pilares do funcionamento do PSF.

Falas sobre o foco na família:

*A visão mais geral, não de um único indivíduo da família, mas da família inteira, é uma coisa que diferencia e enriquece muito o atendimento. (PED5)*

*Antigamente não havia esta idéia de levar esta visão da família para o atendimento à criança também. Fazia-se mais o atendimento com foco na criança. Acho que isto de focalizar a família, o local onde ela está, todos os fatores que interferem, acompanhar estes fatores, é excepcional. Dar uma visão de atendimento integral é muito interessante. (PED6)*

Com relação à Adscrição de clientela/Responsabilização:

*Antes as crianças eram atendidas por todos os pediatras de acordo com a necessidade. Hoje elas têm uma referência, o pediatra da equipe. (PED1)*

*A adscrição de clientela (é um avanço) porque antes o paciente passava com quem tinha vaga, né? Agora, com a adscrição, as pessoas acabam se responsabilizando mais por aquela população, conhecendo mais a família, se tem ou se não tem problemas. E tem a questão de ver as pessoas inseridas no seu contexto. (MF4)*

*Grande avanço foi a criação de vínculos, a responsabilização, a afetividade com o paciente. Antes o paciente não era meu, era do Posto de Saúde. Antes se ele vinha ocasionalmente e não tinha outro médico na unidade e minha agenda tinha vaga, ele caía comigo. Agora ele sabe que o retorno dele será comigo que tem uma continuidade. (MF7)*

Quanto à Adscrição, mas também a Territorialização:

*O vínculo e a responsabilização (são avanços). Você é responsável por uma população em determinado território. É mais difícil falhar com quem você conhece do que com quem você não conhece. Isso trouxe uma humanização maior. (MF8)*

*O conhecimento de área geográfica, que é mais delimitada, isso enriquece muito mesmo. Junto com isso vem o conhecimento das famílias. (PED5)*

Sobre os Agentes Comunitários de Saúde (ACS):

*O fato de existirem os Agentes Comunitários de Saúde, que eu acho o grande ponto positivo, indo ver o problema lá na casa e podendo trazer para a gente... Como geralmente o médico fica muito preso no consultório, então eu acho que isso é um grande avanço para a saúde da criança e do adolescente: identificar os problemas dentro da casa... Chamar estas crianças que faltam á consulta para a gente poder acompanhar melhor. (MF6)*

*O agente de saúde foi uma coisa que mudou muito, a visão externa dele, diferente do olhar da enfermagem e do médico. Isso realmente trouxe muita coisa boa. As Agentes de Saúde são a base do programa, são a ponte entre o interno-externo (da unidade de saúde) aqui. (MF7)*

Entretanto também em relação aos ACS surge uma série de apontamentos de limites pelos entrevistados:

*Eu não tenho nenhuma dúvida da razão de ser dos agentes de saúde, eu acho que eles são importantes e tudo. Eu acho que eles ainda estão com o papel mal definido, eles mesmos não conseguem definir o papel deles e o limite. Na nossa equipe tem dois que já estão há bastante tempo e já estão trabalhando melhor, num outro nível. Mas a grande maioria, ainda não entenderam para que servem. [...] Os ACS pela função deles, muita gente acha que eles policiam. Por exemplo, no caso dessa família do HIV positivo, o ACS ficou no carro porque a figura do agente, só o aventalzinho dele naquele local, é sinal de encrenca. Então todo mundo vai querer saber o que está acontecendo ali. Ou é TBC, ou é AIDS, ou é dengue... A gente é mais isento porque eu não policio. Isso dificulta o vínculo. Nas visitas domiciliares os pacientes pedem: não querem que o ACS leve o remédio lá, pedem para não irem. (MF3)*

Uma das falas revela que, aparentemente, não seriam só alguns ACS que “não teriam entendido o seu papel”. Um dos pediatras ao abordar o trabalho dos mesmos revela uma visão distorcida sobre o trabalho daqueles e mesmo preconceituosa, em relação ao que chama de “visão social melhor” dos agentes, discurso este que reforça a preocupação da MF3, com relação a uma possível visão/atuação policialesca destes atores.

*Esta é uma das coisas que a gente está se propondo, que está até aqui nas minhas anotações. O pediatra fazer esta visita domiciliar (a recém-nascidos), não o agente de saúde, porque o agente não é médico, ele pode fazer muita coisa, mas o médico tem uma visão bem diferente. Ele tem uma visão social melhor que a gente, eu acho, porque ele vive aqui, ele mora aqui. Ele diz: “Ó doutor, aquele é bandido!”, “Esse cara é bacana, ele trabalha”. Mas aquela visão médica ele não tem. (PED3)*

Também são elogiadas, como avanços, algumas características que embora não sejam, de forma alguma, exclusivas do PSF-Paidéia, são muito mais típicas do mesmo, em relação ao PSF clássico nacional: a “ousadia” da introdução do PSF em Centros de Saúde tradicionais, a própria existência de pediatra e ginecologista na equipe, o trabalho de elaboração de “projetos terapêuticos singulares”, procurar trabalhar na linha da “clínica ampliada”, o investimento na promoção de saúde através de algumas ações específicas, como Lian Gong (uma forma de “Ginástica” chinesa), principalmente, e a introdução em alguns centros de saúde das chamadas terapias complementares e integrativas, como homeopatia e acupuntura (SMS-Campinas, 2007).

*A ousadia de botar o PSF no Centro de Saúde, como conseguiu ser feito aqui, não duplicar serviços e tal, que é um drama não resolvido no PSF nacional. (MF2A)*

Deve-se esclarecer que, embora hoje seja relativamente freqüente encontrar cidades (em especial grandes metrópoles) que implantaram o PSF em seu território utilizando uma estratégia de transformação de Centros de Saúde tradicionais em sedes de um conjunto de equipes de PSF, quando do início da implantação do PSF-Paidéia em Campinas, em 2001, este tipo de experiência era incomum no país. O objetivo, como já foi discutido (vide capítulo 1), era a obtenção de uma rede de serviços homogênea do ponto de vista do modelo tecno-assistencial, evitando a criação de duas redes, uma de Centros de Saúde e outra de unidades funcionando sob a estratégia de PSF. Além disso, a outra idéia era o aproveitamento dos médicos pediatras, ginecologistas e clínicos (estes últimos somente para os casos de impossibilidade de obtenção de médico de família generalista), que já possuíam algum nível de vínculo com a população de seus territórios.

Sobre a existência de pediatra na equipe:

*Eu acho que ESF com pediatra e ginecologista é o máximo, acho que realmente dá pra resolver 80-90% das coisas! Mas a gente tem um bom intercâmbio. Se eu tenho alguém com tuberculose eu visito a família, se tiver criança eu trago para o pediatra e a gente vê junto. Às vezes ele tem alguma dúvida... Teve uma criança com reumatismo que ele não está habituado, aí ele me chama. (MF3)*

### Quanto à elaboração de “projetos terapêuticos singulares”:

*Os projetos terapêuticos estão existindo em termos de família. Por exemplo, uma família que tendo a filha internada, com pneumonia, no Hospital Mario Gatti, resolveu revelar que ela era HIV positiva. Nós montamos um esquema, levamos as duas para o AMDA (Centro de Referência Municipal em HIV/AIDS), arrumamos cesta básica, incluímos em programa de apoio social, enfim mobilizamos. (PED3)*

### Sobre a prática de uma “clínica ampliada”:

*A questão da clínica, a clínica ampliada. Você entender o indivíduo não como um indivíduo só, mas como parte de uma família, de uma comunidade, de um meio ambiente. Que tudo que acontecia com ele estava relacionado com estas questões. Se ele morava numa favela estava sujeito a mais morbidades, do que um que morava num ambiente melhor. O médico passou a ter que ver o paciente dele de uma maneira diferente. Aquele indivíduo que morava em más condições de saúde, num ambiente onde não houvesse harmonia, as patologias seriam diferentes, a maneira de tratar esta criança seria diferente de tratar uma criança de um nível sócio econômico melhor. (PED3)*

### Em relação à promoção de saúde, via atividades corporais como Lian Gong,

etc:

*Teve um investimento muito grande na instituição do PSF aqui nas coisas de estímulo e capacitação para atividades que são mais amplas, de promoção de saúde em relação a grupos, o projeto Corpo em Movimento, que para a clínica do adulto é fundamental. A coisa do Lian Gong, de construir um pouco esta cultura. (MF2A)*

Como já relatado anteriormente, o PSF-Paidéia realmente deu grande prioridade à promoção de saúde através de atividades corporais, englobadas num amplo projeto denominado de Projeto “Corpo em Movimento”. Esta iniciativa tinha como justificativa, entre outras coisas, a grande prevalência de problemas músculo-esqueléticos,

como lombalgias, etc., entre as principais queixas dos pacientes nas consultas da atenção primária do município. Ofereceu um amplo leque de ações, como Ginástica Postural, Ginástica Harmônica, Yoga, mas principalmente a “ginástica” chinesa Lian Gong (Lee, 2004). Com relação a esta última foram formados funcionários como multiplicadores em todas as unidades de saúde. Passados cerca de dois anos do início do projeto, a quase totalidade destes serviços de saúde oferecia grupos de Lian Gong, para uma grande quantidade de usuários e em menor escala também para trabalhadores de saúde. Alguns centros de saúde chegavam a manter vários grupos com dezenas, às vezes centenas de usuários. Para muitos destes, a maioria mulheres, muitas delas idosas, solitárias, com frequência deprimidas, com lombalgias, esta simples atividade mostrou-se de grande impacto em seu cotidiano, permitindo além dos benefícios físicos, de ganho de flexibilidade, por exemplo, uma sociabilização intensa criando novos horizontes para suas vidas. Uma grande mudança de paradigma sanitário, para muitas pessoas cuja relação anterior com suas unidades de saúde freqüentemente se resumia a uma alternância entre repetitivas consultas médicas para suas dores do físico e da alma e as filas das farmácias para retirarem seu diclofenaco, sua fluoxetina...

#### Quanto à introdução da homeopatia e acupuntura na rede básica:

*Trazer as competências em medicinas complementares integrativas para o nível da atenção básica é um avanço inegável. Trazer para atenção básica a tensão que é grande entre a visão desses profissionais (acupuntura, homeopatia, etc.) e os limites de instituição e as necessidades dos serviços básicos. (MF2A)*

*Atender as crianças com HOMEOPATIA. Então duas vezes por semana atendo as crianças, não só da minha equipe, mas também das outras e temos observado ótimos resultados. (PED1)*

Em Campinas, antes da implantação do PSF-Paidéia, já há muitos anos, desde 1989 (Campinas, 2007), existia em funcionamento um “Ambulatório Municipal de Homeopatia”, numa Policlínica Municipal de Especialidades, mas havia também alguns médicos da atenção básica, com formação em Homeopatia e/ou Acupuntura, que, por conta própria, aplicavam estas chamadas Terapias Integrativas e Complementares em sua prática

nos Centros de Saúde. Entretanto, o que ocorreu com o novo modelo, foi um grande estímulo para que todos os médicos da atenção básica que tivessem tais especialidades a exercessem no seu cotidiano, em seu Centro de Saúde, considerando que por suas abordagens mais “holísticas”, poderiam ser úteis para a desejada prática de uma clínica ampliada. Também foi estimulada a educação permanente nestas áreas, com reuniões periódicas de discussão de casos para os profissionais interessados e inclusive foram firmadas parcerias com instituições formadoras na área, como a Associação Paulista de Homeopatia, etc.

Este movimento de incorporação destas terapias pela Atenção Básica, entretanto não parece constituir num fato novo, ou isolado, na saúde pública, pois, segundo Cunha (2005), “um artigo do British Medical Journal (de 29/11/2003) informou que metade dos Médicos Generalistas do National Health System (NHS) está oferecendo algum tipo de prática alternativa, na sua maioria Homeopatia ou Acupuntura. Podemos imaginar que fenômeno semelhante esteja acontecendo aqui no Brasil, embora talvez não predominantemente no SUS”. Comenta que a Homeopatia traria contribuições para o exercício da clínica na atenção básica devido à sua “observação atenta e acolhedora da singularidade do Sujeito. [...] A Homeopatia trabalha com conceito de saúde que é muito mais amplo do que o da Biomedicina e, efetivamente, inclui a subjetividade do sujeito doente. [...] Isso significa que pacientes considerados difíceis por equipes de saúde da AB, justamente por apresentar sintomatologias compostas de sintomas emocionais e físicos que na maioria das vezes não se encaixam nas classificações diagnósticas e explicações fisiopatológicas, apresentam mais facilidades para a Homeopatia pela própria riqueza e ‘singularidade’ dos sintomas”. Também informa que “o Sistema de Saúde Cubano adotou como uma das prioridades estratégicas a incorporação da Medicina Tradicional Chinesa (Acupuntura, etc.): (...) *‘un grupo de técnicas que están substituyendo com más inocuidad el enfoque de la medicina clásica’*” (segundo informação de 14/12/2003, do site do Ministério da Saúde de Cuba).

### 5.1.1- Limites apontados em relação ao modelo

Uma questão estratégica para o modelo do PSF é a adscrição de clientela. Devido a alguns problemas, já explicados, do PSF de Campinas, como a não conclusão do cadastramento/adscrição das famílias às equipes e a insuficiência do número de ESF montadas, acabou-se formatando uma das características do modelo local que é a questão destas equipes, em geral, não restringirem o atendimento à clientela de sua região de cobertura. Este atendimento a população não adscrita (citado como limite por 2 PED e 1 MF) é apontado por vários médicos como um fator de desorganização do trabalho de suas equipes, principalmente devido à ampliação da demanda por pronto-atendimento, com conseqüente prejuízo as ações programáticas da população adscrita, na prática dificultando ou mesmo inviabilizando uma atenção integral.

*Não dão muito valor para adscrição de clientela aqui. Na minha agenda atendo paciente de qualquer equipe. Para atendimento de urgência, intercorrência, tudo bem, mas atendimento programado, pré-natal, complica um pouco. Não sei se é pelo excesso de demanda ou se o pessoal não dá muito valor, não sei...[...] Os prontuários não são separados por equipe e nem sempre tem acolhimento por equipe, por falta de pessoal. (MF7)*

Como contraponto a este discurso, entretanto, surge uma fala de um pediatra criticando a falta de liberdade dos pacientes escolherem seu médico, devido à adscrição de clientela, aparentemente defendendo uma visão liberal do exercício da medicina e também uma preocupação de uma médica de família, com relação ao fato de alguns médicos se apropriarem do discurso da adscrição para, ao contrário do apontado acima, se desobrigarem, mesmo em situações de maior gravidade/urgência, a atender pacientes/famílias de outras ESF, cujos médicos eventualmente não estejam presentes (1).

*O que prejudica um pouco com a adscrição é que tem uma coisa assim: “Você não é da minha equipe? Então não vou atender”. Ou, só atende se estiver precisando mesmo. Ficou muito assim: “eu me responsabilizo pela minha equipe, o resto...” Não sei até que ponto vale a pena você ficar se isolando. Na verdade aqui é um espaço*

*só, a população também migra muito. Hoje é paciente da equipe “um”, mas amanhã muda e pode ser da “dois”. Às vezes tem um pouco de competição, várias equipes num só Centro de Saúde. (MF4)*

Embora a crítica, feita pelo pediatra, à falta de liberdade dos pacientes em escolherem os seus médicos da atenção básica, possa soar descabida, tendo em vista o *modus operandi* do PSF nacional, é conveniente lembrar que na Atenção Básica a Saúde de outros Sistemas Nacionais de Saúde, como o Inglês, por exemplo, esta “liberdade” existe em maior ou menor grau. (Conill, 2006)

*Tem pacientes que adoram a pediatra da equipe vermelha e não querem passar comigo: “Ah não, eu exijo a minha médica!”. (PED7)*

Finalmente, em relação à sua atuação como médicos de família, estes profissionais expressam ainda reclamações a respeito da Sobrecarga do Médico de Família com adultos (2 MF), situação que, como já foi comentado, é uma outra característica muito típica do PSF-Paidéia, no qual ficou bem estabelecido que o núcleo do trabalho do generalista seria a saúde do adulto, ficando a saúde da mulher e a saúde da criança praticamente sob responsabilidade exclusiva do ginecologista e do pediatra, respectivamente. Entretanto, mesmo com esta restrição na amplitude de sua clientela, fica claro na fala de vários médicos de família e também de pediatras, que ainda assim os primeiros não dão conta da grande quantidade de adultos, conseqüência novamente do excessivo número de famílias a eles adscrita. Vale a pena atentarmos, porém, que, para alguns médicos, o problema parece ser apenas o aspecto quantitativo: o excesso de adultos a demandarem atenção, consultas, visitas, etc. Este grupo não esboça qualquer questionamento à diretriz da SMS, aparentemente não fazendo uma reflexão mais aprofundada ou percebendo impactos qualitativos à sua potência como médicos de família, da situação de só atenderem a adultos. Este fato é esperado se lembrarmos que a maioria dos médicos de família entrevistados, por não terem formação em medicina de família, acabam não tendo expectativas de um profissional generalista.

*Com relação à clínica geral, do adulto, é a única que realmente tem demanda reprimida. A dificuldade é que a gente tem que fazer ações educativas, as visitas e ainda dar conta das consultas. Então é um problema... (MF5)*

Mas, por outro lado, alguns apontam, como isso acaba inviabilizando que, mesmo aqueles que têm um perfil mais generalista e desejam atender crianças e mulheres, o façam. Citam este fato como uma limitação à efetividade de um trabalho que propõe o foco na família, como um empecilho a uma atuação mais generalista, em que tivessem condições para realizar também ações em relação à saúde da criança e da mulher.

*Médico de família não atua como generalista, não atende criança, gestante. [...]Para mim PSF você tem que fazer além de tratamento ambulatorial, prevenção, parte educacional, tem que ser mais atuante, ver família como um todo. Ficou meio virtual. (MF10)*

*A questão que atrapalha é a demanda de adulto porque os médicos de família gostam de atender pediatria, GO. Eles me ajudam em suturas, quando a bruxa está solta eu conto com eles... Então eles não passam uma semana sem atender criança. A diferença é que antes eles tinham horário para atender puericultura, gestante, agenda para isso. Agora eles sentem falta. Algumas crianças eles atendem ainda porque são crianças antigas deles. (PED3)*

*Limite mesmo é a demanda. A gente sempre vê a MF sufocada, ela está mais limitada, ele gostaria de fazer mais até na área de pediatria e acaba não fazendo pela demanda que ele tem. Acho que são em torno de 12.000 famílias, uma coisa assim, uma coisa grande. (PED5)*

## **5.2- Gestão**

Com relação à gestão, apenas dois avanços foram lembrados: o investimento da Secretaria Municipal de Saúde em atividades de capacitação técnica para os trabalhadores de saúde e também na democratização das unidades de saúde através da criação de Colegiados de co-gestão, com participação dos trabalhadores de saúde dos serviços, além dos gerentes locais (citada por 2 MF).

*Outra coisa importante no modelo são os espaços de reuniões gerais que reúnem as várias equipes da unidade, não permitindo que nenhuma tome um rumo muito diferente. Além do Colegiado de Co-gestão, o Núcleo de Saúde Coletiva também é integrador das equipes, para garantir projetos das quatro equipes juntas. (MF1)*

*A democratização das coisas, que eu senti em todos os serviços, através dos colegiados de gestão locais e de um certo clima de se abrir uma participação das pessoas, convidar as pessoas para reorganizar os serviços. Isso é uma coisa muito inovadora que foi feita aqui em Campinas, que enriqueceu demais a possibilidade de fazer um programa do tipo do PSF numa metrópole deste tamanho. (MF2A)*

Já em relação a Limites, é sob o “guarda-chuva” do tema gestão que se agrupa o maior número de falas. Uma enorme variedade de diferentes problemas relacionados à gestão foi lembrada pelos entrevistados, em especial os médicos de família, que provavelmente devido ao seu perfil de formação (Vide Capítulo 3) parecem estar mais atentos a estes aspectos. Assim nada menos que vinte e quatro diferentes problemas são lembrados pelos médicos de família e sete pelos pediatras.

Para iniciar esta análise é importante salientar que há registro de algumas críticas à insuficiência da gestão local e distrital, classificados como: Problemas na gestão local da mudança de modelo (2) e Falta de apoio da gestão distrital na mudança modelo (1) (Tabela 5.2.).

*Há dificuldade dos apoiadores do Distrito estarem presentes e a gente ficou um tempo significativo sem coordenação, então a gente fazia algumas reuniões, mas muita coisa não se trabalhou, certinho, de acordo com o Paidéia. (MF9)*

Novamente evidenciando a preocupação dos profissionais com as características centrais do modelo de PSF, são mais citados aqueles problemas que afetam algumas de suas diretrizes, ou seja:

- Número exagerado de famílias por equipe (apontado por 3 MF e 3 PED);

*O grande número de famílias. Seria em tese 4500 pessoas, mas num levantamento feito por nós na re-divisão de área a minha equipe estava com 12.400 pessoas. Isso foi um grande dificultador na integração dos três médicos e com a enfermagem inclusive. (MF1)*

*Um grande limite é o tamanho da população adscrita, no nosso caso de 12 a 15 mil pessoas, a gente nem consegue saber direito qual é este tamanho... [...] Não consigo fazer vigilância, não consigo ter visão de conjunto de população tão grande. A responsabilização se torna menos eficaz. (Conta caso de paciente com Câncer de esôfago, que ficou três meses esperando tratamento, sem que ele soubesse, para advogar pelo paciente.) (MF8)*

- Ampliação do número de famílias e médicos por equipe, sem proporcional aumento de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (2 MF);

*Um Limite foi a ampliação do número da população e de médicos, sem a proporcional ampliação do resto. O fato de ter três médicos e multiplicar por três a população adscrita e não ter três vezes mais ACS, três vezes mais auxiliares de enfermagem. Isso é sacrificante particularmente para o generalista. É muita demanda para ele. (MF2A)*

Para adequado entendimento dos dois “limites” acima se faz necessário lembrar que a SMS, à época da criação do PSF-Paidéia, ao optar pelo aproveitamento, nas equipes de PSF em formação, dos pediatras e ginecologistas então já existentes na rede básica de saúde, ampliou a proporção de número de famílias a serem seguidas por equipe, considerando o aumento do número de horas de trabalho médico ofertado por equipe.

- Cadastramento de famílias não concluído (3 MF e 3 PED).

*O cadastramento da população é um limite. Têm micro-áreas que foram cadastradas 40% da população. Eu tenho em relatórios, 10%. Nós temos uma população de 12 a 15 mil pessoas, a gente nem consegue saber direito qual é este tamanho, o que é um absurdo! (MF8)*

Deve-se também recordar que, quando da implantação do PSF-Paidéia, a opção tomada pela direção da SMS à época foi de não iniciá-lo pelo cadastramento das famílias, como tradicionalmente ocorre no PSF nacional. Isso se deveu a uma multiplicidade de fatores, mas principalmente devido às dificuldades logísticas envolvidas, já que as ESF estavam ainda em processo de constituição, com contratação gradual e treinamento de médicos de família, Agentes Comunitários de Saúde, etc. O processo de cadastramento foi sendo, portanto, gradual e com priorização da clientela de famílias que já freqüentavam os centros de saúde ou que possuíam em sua composição pacientes de grupos de risco, como acamados, por exemplo, que já então começavam a receber visitas domiciliares das ESF, às quais estavam sendo adscritos. Dificuldades posteriores, entretanto, como a insuficiência de ESF e ACS, epidemias de dengue que assolaram a cidade nos anos subseqüentes (demandando intensa dedicação dos ACS) e, na opinião deste autor, uma falta de priorização tecno-política da questão do cadastramento, este processo até a presente data resta inconcluso na quase totalidade das ESF, com sérios prejuízos ao trabalho das mesmas.

Mostrou-se como uma preocupação relevante dos médicos a questão da falta de pessoal. Várias queixas referem-se de alguma forma, ainda que indireta, a esta situação:

- Falta de pessoal, de maneira genérica (apontado por 3 PED);

*O que limita são os recursos humanos. Como a unidade tem saído à comunidade isso gera uma demanda, um volume de trabalho maior, que esbarram nos limites da unidade em termos de RH. (PED1)*

- Não oferta contínua do trabalho de Acolhimento à demanda espontânea por falta de pessoal (1 MF);

*O acolhimento devia funcionar sempre, viesse quem viesse, eu acho que diminuiria muito a demanda para o médico. Mas a gente não pode fazer porque sempre faltam recursos humanos. (MF9)*

- Falta, no Serviço, de equipe/profissionais de saúde mental (1 MF e 1 PED);

*Outra limitação é a saúde mental, que rouba muito espaço aqui dentro, porque a gente é referência para outro Centro de Saúde vizinho. Somando as populações dá mais de 50.000 pessoas e atualmente estamos sem psiquiatra. E é especial, não tem como você atender rápido... É complicado. (MF7)*

*A saúde mental, que realmente tá complicada. (Reclama de falta de equipe de saúde mental na unidade para acompanhamento de uma adolescente depressiva, cujo caso não tinha perfil para encaminhamento para os serviços de referência em saúde mental da SMS, como CAPS, CRAISA...) (PED10)*

Se juntadas estas falas abordando diretamente a questão de falta de recursos humanos com aquelas anteriormente citadas, que indiretamente vão no mesmo sentido, tocando a **questão da desproporção clientela/profissionais de saúde, ou seja, o número exagerado de famílias por ESF, o tema é o segundo mais apontado como limite pelos entrevistados (13 falas).**

Outra situação de limite, apontada por 3 médicos de família e 1 pediatra diz respeito a problemas em relação às reuniões de equipe:

- Reuniões de equipe com problemas na quantidade (desrespeito à periodicidade) e qualidade (apontado por 2 MF e 1 PED);

*A gente (ESF) tem um bom intercâmbio que se dá na reunião da equipe... que a gente não tem conseguido fazer semanal não, só uma vez por mês. Então o intercâmbio maior é no nosso dia-a-dia, nós temos uma facilidade muito grande de conversar, entrar na sala um do outro, a gente trabalha mais ou menos no mesmo horário. (MF3)*

*A reunião de equipe tem altos e baixos. É pressionada pela demanda. Tem dia que não dá para fazer reunião porque tá uma loucura, todo mundo esparramado. Mas na maioria das vezes a gente consegue fazer a cada 15 dias. Mas quando eu não estou não tem reunião. O grande problema da reunião é usá-la para resolver problemas administrativos do Centro de Saúde e não para discutir casos, para os Agentes Comunitários de Saúde falarem, etc. (MF7)*

- Ausência do gerente local nas reuniões de equipe (1 MF)

*Todo serviço em que eu trabalhei em Campinas nunca aparecia gerente nas reuniões de equipe. Então você acaba perdendo em termos de agilidade, de intermediação com as outras equipes de saúde da família. (MF2A)*

Lembrando o fato das reuniões de equipe terem sido o principal avanço apontado pelos entrevistados, merece avaliação o fato de aparecerem como limites vários problemas no funcionamento destas reuniões. Uma hipótese a se considerar é que, em percebendo tão claramente a importância destes espaços para a sua prática concreta na atenção básica, os médicos, em especial mais uma vez os médicos de família, apontam questões que a seu ver poderiam efetivar o já percebido potencial das mesmas. Do ponto de vista da gestão, chama a atenção a ausência do gerente local nas reuniões, contraditoriamente distanciando-se daquilo que os seus subordinados médicos parecem mais valorizar no modelo. Segundo vários entrevistados, alguns de seus Coordenadores chegam ao cúmulo, de determinar, em 2005, uma diminuição da periodicidade destas fundamentais reuniões de equipe, decisão esta aparentemente tomada, em conjunto com níveis superiores da gestão municipal daquele momento, sem discussão com as equipes.

*Com relação à reunião semanal da equipe ela ocorria toda semana, agora de 15 dias para cá passamos a fazer a cada 15 dias, por uma determinação que passaram para nossa coordenadora de que teríamos que diminuir as reuniões de equipe, uma coisa complicada! (MF5- Entrevista em 06/10/05)*

*As reuniões de equipe eram muito bem feitas. Agora elas não são tão frequentes, discutiu-se de fazê-las quinzenais, mas a princípio são mensais por toda a questão da produtividade. Por isso hoje a gente fazer discussão no consultório, no corredor... Acabou aquilo de sentar todo mundo para discutir um caso só. (PED6- Entrevista em 20/10/05)*

*Quando as reuniões da equipe eram semanais elas não eram bem entendidas: ninguém respeitava o espaço, tinha que parar (a reunião) para atender (consultas eventuais, a pedido de profissionais da recepção), achavam que era perda de tempo. Não nós da equipe, mas*

*as auxiliares, o pessoal da recepção. Hoje eu não sinto falta da reunião semanal porque eu tenho o espaço da informalidade com os interessados em ter reunião: os médicos e a enfermagem (aparentemente a entrevistada aqui se refere apenas à enfermeira). Agora quando a gente fala para a auxiliar. “Vamos para a reunião?” Ela diz: “Ah, não, não.” Aí o que eu vou fazer? A reunião foi espaçada por decisão de ex-coordenação. Foi alternativa dela. (MF3- Entrevista em 19/05/05)*

Nesta última fala também é perceptível a existência de uma resistência de alguns profissionais às reuniões de equipe (1 MF), denotando evidentemente uma falta de compreensão sobre a potência das mesmas, situação esta que poderia ter sido enfrentada do ponto de vista da gestão local, caso o Coordenador se fizesse presente nas reuniões, percebesse e valorizasse seus ganhos e ao mesmo tempo seus limites e dificuldades de funcionamento.

Esta e outras aparentes debilidades são apontadas na área da gestão, especialmente no aspecto de gestão de pessoal, como Gestão de pessoal ruim que não responsabiliza ou avalia os trabalhadores (1 MF), e Desânimo dos funcionários por falta de diálogo e reflexão sobre a prática na atual gestão (em 2005) (1 MF).

*Gestão de RH... A cobrança é muito pouca. Eu mudaria a responsabilização das pessoas, cada um tem que ter um papel definido, tem que ter metas e elas tem que ser revistas, porque tem muita gente que não sai do lugar... Elas ainda atrapalham quem quer andar. No fim deram prêmio Paidéia (\*) para todo mundo, quem faz-faz e, quem não faz-não faz. Quem faz é que já tem uma potência, acredita no ser humano, em justiça, quer realmente cumprir seu papel social. (MF3) [O Prêmio “Paidéia”, foi uma gratificação criada pela SMS de Campinas em 2001, como forma de estimular os profissionais a mudarem sua prática de trabalho].*

*Maior dificuldade em fixar os profissionais do que antes. Acho que está tendo uma debandada. Começa a me incomodar a falta de discussão sobre o que a gente está fazendo, não existe mais tanto diálogo. A gente fica menos entusiasmado. O povo está muito desanimado. Ai cada um cuida do seu umbigo, se fecha no consultório (MF8)*

Talvez estas sejam algumas das causas explicativas de outra lista de limites citados:

- Falta de entendimento dos funcionários sobre o modelo (1)
  
- Parte dos agentes de saúde sem clareza sobre seu papel (1)

*Eu não tenho nenhuma dúvida da razão de ser dos agentes de saúde, eu acho que eles são importantes e tudo. Eu acho que eles ainda estão com o papel mal definido, eles mesmos não conseguem definir o papel deles e o limite. Na nossa equipe tem dois que já estão há bastante tempo e já estão trabalhando melhor, num outro nível. Mas a grande maioria ainda não entendeu para que servem. (MF3)*

- Dificuldade de fixação de profissionais (1)

Em relação à sua prática propriamente dita, alguns médicos de família também apontam como limites o pouco investimento em aprimoramento profissional na atual administração (em 2005) e o excesso de demanda administrativa para o Médico de Família (laudos sociais, atestados vários, etc.) (1). Com relação à questão do aprimoramento profissional é importante salientar que vários médicos de família, na questão sobre a formação recebida ser suficiente ou não, elogiam o investimento da SMS em atividades de formação nos primeiros anos do Paidéia, ainda na Administração anterior (2001-2004).

*Muita demanda administrativa, a gente gasta muito tempo preenchendo papel... Preenchimento de CAT, laudos do INSS, laudo para vale transporte da TRANSURC, do medicamento de alto custo... Tudo é coisa que tem que fazer. Tem uma procura muito grande do Centro de Saúde por causa da miserabilidade da população. De encaixe, se eu fosse atender só urgência clínica cairia pela metade ou um terço. (MF2B)*

### 5.3- Questão do Pronto-Atendimento/Acolhimento à demanda espontânea

Este tema aparece como um avanço apenas através de duas falas, de um médico de família que aponta como avanço a forma de realização do Acolhimento à demanda espontânea, acrescido de ofertas programáticas e ainda de um dos pediatras que elogia a participação da sua colega Médica de Família no trabalho de Pronto-Atendimento a crianças.

**Entretanto, a questão do excesso de Pronto-Atendimento/Acolhimento à demanda espontânea foi, sem sombra de dúvidas, o limite mais apontado pelos entrevistados, com nada menos que 15 falas sobre esta questão, por parte de 13 dos médicos.** Apenas 3 dos 11 médicos de família e 4 dos 9 pediatras não tocam explicitamente neste problema. As falas coincidem na queixa em relação a:

- Volume de Pronto-Atendimento (apontado por 6 MF e 4 PED);

*O número de consultas de Pronto Atendimento é bem elevado. E o pessoal se acostuma. Não é incomum o paciente faltar numa consulta de rotina e pegar vaga de Pronto Atendimento. Já temos uma cultura do Pronto Atendimento voltada para o Centro de Saúde. Acho que tinha que ter um pouco de desvinculação: faz um local de Pronto Atendimento e um local de Atenção Primária à Saúde. A longo prazo a população se educa do ponto de vista preventivo e vai diminuindo o acesso ao Pronto Atendimento. Seria ideal. (MF6)*

*O excesso de demanda é outro problema. Sempre tem “encaixe” a mais, que a gente autoriza, uns dois ou três. Quase todos os dias eu tenho demanda reprimida, tenho que orientar a enfermagem para abaixar a febre e perguntar para ela (mãe) se ela tem condições de ir para o PS, porque eu não tenho mais possibilidade de atender. (PED7)*

- Falta de mais ações programáticas e extra-muros pelo excesso de PA (1 MF e 1 PED);

*A agenda não pára e a pressão da demanda é muito grande. E o Pronto Atendimento aqui é muito grande. Mas tem pouca repressão de demanda aqui, todo mundo que chega aqui, uns 90%,*

*são atendidos. Precisava organizar melhor isso para ver se sobra mais tempo para atividades programáticas, que já tivemos melhor. Já foi cogitado pela população, do CS virar Pronto Socorro 24h. (MF7)*

*Reuniões segmentadas, falta de tempo para você fazer grupo, atividades extra-muros e o fato da gente ter muita preocupação com o pronto-atendimento. É aquela história, se chega um paciente lá na porta é mais difícil você falar que não tem médico para atender. Você dá um jeito de atender e acaba com isso às vezes atrapalhando um pouco sua seqüência de acompanhamento e de atenção geral. (MF6)*

Os médicos de família ainda discorrem sobre:

- Tensão no trabalho de Acolhimento e sobrecarga da Enfermagem neste trabalho (1 MF);

*O acolhimento por ser um momento de escuta à demanda da população, de quem precisa. É o momento sim de maior tensão. Ele vem pedir e você vai dar uma resposta do que vai fazer. Muitos médicos deixaram esta tarefa para a enfermagem que fica sobrecarregada* (MF8) (destaque do autor da tese).

A visão deste médico de família pode ser ilustrada por estudos que mostram que, quando da implantação de processos de “acolhimento” em serviços de atenção básica, com avaliação da queixa de todos os usuários que buscam atendimento no serviço e tentativa de resolução das mesmas, com oferta daquilo que de melhor e de possível a equipe de saúde puder fazer por estes usuários (e consulta médica com muita frequência não é possível oferecer), são as consultas e procedimentos de enfermagem (trabalho de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem) que têm um grande aumento, muito maior que o de consultas médicas (Franco et al., 1999).

Em Campinas, durante os primeiros anos do programa PSF-Paidéia isso não foi diferente. Como descreve com precisão o MF8, houve uma grande sobrecarga da equipe de enfermagem, em especial das auxiliares de enfermagem (principalmente com a avaliação

dos pacientes no processo de “acolhimento”), porque o enfermeiro, com freqüência, desempenha um papel mais de supervisão destes profissionais e em Campinas a categoria de técnicos de enfermagem ainda é rara na atenção básica.

Como conseqüência, aconteceram muitas reclamações por parte destes profissionais, ocorrendo inclusive uma série de intervenções por parte do Conselho de exercício profissional dos mesmos, o COREN (Conselho Regional de Enfermagem). Este, apesar de ter detectado e acertadamente apontado, para correções, excessos cometidos por alguns profissionais (por exemplo, auxiliares de enfermagem avaliando e dispensando pacientes sem avaliação por parte de um enfermeiro ou de um médico), por outro lado, portador de uma visão retrógrada sobre o papel desta categoria, acabou provocando um grande retrocesso na prática dos auxiliares de enfermagem como um todo, que em Campinas, desde a década de 80 caracterizavam-se por ser uma categoria muito pró-ativa e autônoma, dentro dos limites legais de seu exercício profissional obviamente.

A partir destas infelizes intervenções que trataram infrações isoladas como regra, foi notória uma intimidação da categoria e um retrocesso na sua disposição para exercitar seu papel profissional em plenitude, por exemplo, colhendo a história da queixa dos usuários no processo de “acolhimento”, para subsequente avaliação de risco dos mesmos em conjunto com enfermeiro ou médico. Na área da saúde da criança e da mulher, por exemplo, há décadas, praticavam a chamada “consulta-conjunta”, para atendimento respectivamente de consultas de puericultura e pré-natal normal, juntamente com enfermeiro e médico (pediatra e ginecologista), ampliando de forma eficaz e humanizada a capacidade de atendimento das unidades básicas e potencializando o trabalho do médico, garantindo-lhe mais tempo para atender as crianças doentes.

Todo esse belo trabalho em equipe, embora aos poucos venha sendo recuperado, em novas bases, ainda hoje apresenta seqüelas daqueles incidentes, o que é inclusive também abordado pelo MF2A, mais a frente, ao criticar a SMS pela falta de um trabalho mais intenso de capacitação/motivação dos auxiliares para o trabalho de acolhimento.

- Conflitos na equipe por conceitos diferentes de “Acolhimento”, pois alguns, principalmente auxiliares de enfermagem entenderiam acolhimento como sinônimo de garantia de consulta médica. (1 MF)

*O que atrapalha muito é o conceito de acolhimento. Para mim é uma coisa para o pessoal da recepção é outra. Para mim, acolher é ter uma resposta, não precisa ser necessariamente o médico, médico-centrado. Para os auxiliares, acolher é atender consulta. Infelizmente nós viramos um pronto-atendimento. Chega a ser frustrante: um PA e um setor de assistência social. Você mais assina atestado para passe transporte e vê “gripe” do que faz sua função. Isso é urgência mudar! (MF3) (destaques do autor da tese)*

Este conflito entre auxiliares e médicos provavelmente não decorre apenas de uma mera divergência de conceitos sobre acolhimento, como entende a médica de família, mas talvez também tenha como pano de fundo as intervenções do COREN, antes relatadas, que ocasionaram em muitas unidades um processo de desresponsabilização dos auxiliares de enfermagem por este papel, passando, em certos momentos no decorrer destas crises, a simplesmente encaminhar para consulta médica os pacientes que chegavam às recepções, sem qualquer avaliação prévia. Esse conflito mostra o nível do prejuízo causado por aquelas danosas intervenções ao trabalho em equipe nas unidades básicas de saúde. Obviamente também mostra, novamente citando a fala do MF2A, a deficiência da gestão da SMS sobre a operacionalização prática do trabalho de “acolhimento”, não apenas de sua “filosofia”, usando o termo do entrevistado.

Um dos pediatras, a seguir, apresenta uma fala em que fica demonstrada a expectativa de que as auxiliares de enfermagem fizessem não apenas seu papel de avaliação de risco/acolhimento, mas fossem além e assumissem o papel dela de encaminhar para o PS aqueles pacientes que está impossibilitada de atender.

*O limite é o PA. Quando a coisa é boa acaba a demanda crescendo muito. A equipe aqui tem perfil de dar conta de tudo. Às vezes não dá. Alguns casos as auxiliares poderiam mandar para PUCC direto lá da frente, casos graves, a distancia é pequena (2-3 km). Têm dificuldade de fazer isso. (PED10)*

Outro aspecto interessante de ser analisado, com relação ao discurso anterior da MF3, é que, apesar da coerência da crítica da profissional com relação a sua agenda de trabalho, excessivamente voltada no sentido do PA e dos atendimentos para fins de concessão de benefícios sociais e em detrimento das ações programáticas, ao comentar que o médico de família “mais vê gripe do que faz sua função”, acaba revelando, quase que num “ato falho”, uma visão, que formalmente não assume em nenhum momento de sua entrevista (talvez por considerá-la politicamente incorreta?), de que atender pequenos agravos agudos, significaria “não fazer a sua função”, função esta que provavelmente seria de fazer ações programáticas.

Outro médico, desta feita pediatra, também ilustra este tipo de pensamento sobre a atenção básica.

*Com relação às consultas de PA acho que o número é bem elevado. E o pessoal se acostuma. Não é incomum o paciente faltar numa consulta de rotina e pegar vaga de pronto-atendimento. Já temos a cultura do pronto-atendimento voltada para o Centro de Saúde. Acho que tinha que ter um pouco de desvinculação: faz um local de PA e faz um local de atenção primária. A longo prazo a população se educa do ponto de vista preventivo e vai diminuindo acesso a pronto-atendimento. Acho que assim seria ideal. (PED6)*

Esta crença, disseminada entre os profissionais da atenção básica (não apenas os médicos!) de que o Centro de Saúde, a atenção básica, existem para “fazer prevenção”, acaba criando um eterno conflito entre o papel idealizado para o seu trabalho e a vida real, em que, muitas vezes as pessoas procuram atendimento médico por pequenas dores e sofrimentos, frequentemente manifestados por sintomas mal definidos. Essa ilusão acaba muitas vezes frustrando o médico da atenção básica, pois, ao contrário do que a colega médica de família clama, isso não é possível “mudar”.

Ora, isso não é gratuito. Conforme relatado no capítulo 1, remete à origem histórica do Centro de Saúde, na década de 20 do século passado, ao qual era reservado apenas o papel de ações médico-sanitárias, de vigilância sanitária, combate a endemias,

havendo atendimento médico individual apenas para problemas específicos. Além disso, no caso da atenção à criança, os CS em geral ofereciam além de distribuição de leite, ações educativas, consultas de puericultura e tratamento de verminoses. A atenção médica individual, a partir daquela época, ficava por conta dos serviços mantidos pelas Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), depois Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's) e finalmente pelo Instituto Nacional de Previdência Social, que unificou os IAP's. Assim, exceto pelas últimas duas décadas, a tradição do CS que vigorava é realmente aquela, de “fazer prevenção”, reivindicada de forma nostálgica por muitos profissionais ainda hoje, mas que faz parte do passado. Esta tradição só começou a ser rompida entre 1982-1984, com o início das AIS, transformando os postos/centros de saúde em porta de entrada do sistema de saúde e trazendo a inclusão das ações básicas de saúde no programa de atenção integral da criança (Zanolli e Merhy, 2001) e mais recentemente, após o advento do SUS, com a implantação nos serviços da diretriz de oferta de atenção integral (prevenção, promoção, ações curativas e de reabilitação).

- No início do programa ter havido muita ênfase no Acolhimento e diminuição das ações programáticas (1 MF);

*Quando cheguei aqui a pediatra reclamava que, quando veio o Paidéia, parou o acompanhamento de crianças, não tinha mais programas. Ela não tinha mais agenda porque tinha que “abrir a porta”. Então, quando cheguei, falei na reunião da equipe que aos poucos a gente tinha que retomar o atendimento programado também, o acompanhamento de crianças, do RN (Recém-nascido)...Foi quando ela começou a abrir de novo o agendamento. [...] A demanda espontânea é o maior problema, sempre, a gente tenta sempre se organizar. (MF4)*

Aparentemente, levando-se em conta o número de falas a respeito, os médicos de família entrevistados estão mais sobrecarregados pela pressão da demanda espontânea que os pediatras, hipótese corroborada pelo fato do médico de família no PSF-Paidéia ter ficado quase que exclusivamente responsável pela saúde do adulto, área de muito maior

demanda, como inclusive comentam vários dos entrevistados. É perceptível assim, um flagrante “protesto” da quase totalidade dos médicos de família e de parte dos pediatras contra o volume de pronto-atendimento a que estão expostos. Alguns dos entrevistados apontam este problema como mais grave no início da implantação do Programa no município, e que aos poucos, com o passar do tempo, estariam conseguindo um maior equilíbrio entre este tipo de trabalho e a oferta de ações programáticas.

*Acho que a maior reclamação dos colegas é que houve uma falsa propaganda no início do Paidéia de que você vai ser atendido na hora que quiser. Esta é a idéia que a população tem. E isso acaba criando um conflito porque você também tem um limite como médico, como ser humano, um limite de agenda. Isso se torna limitante para você fazer uma boa medicina. Isso limita porque a paciente chega e quer ser atendida naquele dia. Agora as coisas estão melhorando, as pessoas entendendo o que é um acolhimento, um agendamento.*  
(PED3)

Como queixas complementares em relação ao excesso de PA, surgem questionamentos dos médicos de família em relação a atividades que, por esta hipertrofia, ficariam prejudicadas em sua prática:

- Médico de Família atende só clínica e faz pouca prevenção (apontado por 2 MF)

*A falta de mais ações programáticas um pouco por desorganização e um pouco por falta de pessoal. Aqui a gente tem recursos, tem a nutrição e a fisioterapia da Universidade aqui, este prédio novo que foi construído. É nisso que tem que investir porque todas as vezes que a gente diminui os programas, a porta aumenta, os pacientes descompensam, aumentam as urgências.* (MF7)

*Atendimento muito baseado na urgência, em consulta, não tem muito atendimento prevenção, a Visita domiciliar às vezes não acontece (depende de transporte, etc).* (MF10)

- Falta de mais trabalho educativo com Grupos (1 MF)

*Trabalho de grupo é uma coisa que funcionaria bem, oferecer condições de autonomia para estes pais, grupos de orientação mesmo, eu acho que a demanda aí está muito relacionada a isso. Se a gente pudesse trabalhar mais a educação, educação em saúde as coisas funcionariam! (MF9)*

- Necessidade de mais trabalho social e intersetorial (1 MF)

*Se houvesse uma interação maior entre secretaria de saúde e de educação seria um negócio tão bom! Porque o professor tem uma visão pedagógica, a gente tem uma visão médica. Cada um tem um conceito... Não é crítica, hein? O professor vê uma criança que tá indo mal na escola já manda para o neurologista fazer um eletroencefalograma. O pediatra já vê de outra maneira. Talvez um trabalho educativo, uma interação saúde-educação, desde a pré-escola, desde a creche com criancinha de 6 meses... (PED3)*

Um dos médicos de família faz uma interessante crítica à SMS com relação à estratégia de enfrentamento da questão do pronto-atendimento.

*Houve pouco investimento no acolhimento, na articulação gerencial e técnica da enfermagem, para dar conta deste acolhimento. Você não tem um esquema de enfermagem azeitado, que acolhe, que faz, tecnicamente bem feito, uma enfermagem que supervisiona...é uma trabalhadora para elas supervisionarem as auxiliares. A prefeitura, proporcionalmente ao que investiu na “filosofia” do acolhimento, não investiu na construção de um corpo de enfermagem disposto e capacitado para fazer isso. (MF2A)*

*...existe um conflito entre o papel da Unidade básica e o acolhimento, que eles chamam. É um dos principais conflitos gerenciais, eu acho. (MF3)*

Assim, na opinião do autor, considerando o grande número de médicos que abordam a problemática do acolhimento, e em especial pelas duas últimas falas, pode-se aventar uma hipótese de que talvez na implantação do PSF-Paidéia tenha havido um erro estratégico da então gestão municipal da saúde (onde repita-se este autor se incluía) em simultaneamente à implantação do PSF na rede básica de saúde, investir numa ampliação do trabalho de Acolhimento nas unidades de saúde. Este, na verdade, já vinha sendo implantado na rede básica de Campinas desde a década de 90, embora de forma bastante heterogênea. Porém seria difícil acreditar que um processo de mudança de modelo tecno-assistencial tão complexo como a implantação do PSF, ainda mais com uma série de exigências novas e expectativas do Modelo Paidéia, que iam além das previstas no modelo nacional, pudesse conviver harmonicamente com esta radicalização do trabalho de Acolhimento. Enquanto a primeira mudança exigia um amplo processo de reflexão, de construção da grupalidade das recém-criadas equipes de saúde da família, e de sistematização dos novos processos de trabalho, o segundo, sabidamente, como já falado, ao “escancarar as portas” da unidade de saúde que o implanta, leva a um grande aumento na produção de consultas e outros atendimentos pela equipe de saúde, com esta “roda-viva” de certa forma “desorganizando” o trabalho da equipe, como falam alguns entrevistados.

Segundo Campos (2003):

[...] a rede básica do SUS, em geral, ainda tem pequena capacidade para implementar ações de promoção e prevenção, além de praticar uma clínica com eficácia baixa, já que oscila entre um modelo centrado em programas restritos, que excluem grande parte da demanda clínica e o modelo do tipo-pronto-atendimento, com acompanhamento inadequado e pontual de episódios mórbidos.

Assim sendo, embora louvável nossa vontade política de buscar simultaneamente desde o início daquela gestão municipal a convivência do melhor destes dois mundos, ou seja um exercício equilibrado de ações programáticas e de pronto-atendimento, do ponto de vista de análise de viabilidade tal seria pouco factível de ser obtido de forma tão rápida, o que aparentemente de fato se verificou.

#### 5.4- Papel do médico pediatra na equipe de PSF

Embora o papel do pediatra seja abordado por todos os entrevistados de maneira mais aprofundada no capítulo 6, a existência de Pediatra nas equipes de PSF foi espontaneamente lembrada como um avanço do Programa Paidéia de Saúde da Família por três dos médicos de família (também a presença do Ginecologista foi citada por dois destes) e um dos pediatras.

Por outro lado, seis dos onze médicos de família apresentam como limites do trabalho no PSF-Paidéia vários tipos de limitações do perfil ou da prática do seu colega pediatra, em relação às suas expectativas quanto ao que o modelo assistencial exigiria deste profissional. São elas:

- Falta de Visão de PSF por parte do Pediatra, e também pelo Ginecologista (apontado por 1 MF)

- Pouca participação do Pediatra na reunião de equipe (2 MF)

*A maioria dos casos de crianças discutidas nas reuniões não foi trazida pelo pediatra, mas por mim ou pela enfermeira. (MF1)*

- Dificuldade da pediatra em lidar com casos relacionados a saúde mental (2 MF)

*Vejo muita coisa de Saúde Mental, porque a gente tem um RH de Saúde Mental pequeno. Então a pediatra teria que acolher os casos de Saúde Mental infantil, cartinha da escola para o psicólogo, dificuldade de aprendizagem... É ainda é um pouco difícil para ela. Ela fala que tem que atender pneumonia, gripe... de repente chega um problema familiar. Ela tem que sentar, conversar com a mãe, perguntar. Ela fica um pouco estressada, porque é um atendimento que demora mais e ela não está acostumada com isso. (MF4)*

A pediatra acima citada pelo MF4 reconhece que esta última tem uma melhor formação do que ela para discutir “os casos mais complicados”, com problemas de relação, de saúde mental, etc.

*As reuniões de equipe, onde os médicos de família colaboram muito na discussão dos casos mais complicados, porque eles têm formação para isso o que não acontecia com a generalista anterior daqui que não tinha formação, não tinha como... A grande maioria dos casos que eu levo para discutir, principalmente os casos de problemas de relação, de saúde mental, eles já acompanham e conhecem as mães, já tem o perfil das mães, então a gente termina casando... (PED4)*

Entretanto, é interessante perceber como esta pediatra, apesar das reconhecidas limitações para exercer uma clínica mais ampliada, parece compensar suas deficiências com uma postura pró-ativa (postura esta reivindicada por vários dos médicos de família em relação a seus parceiros pediatras), levando casos para discussão na reunião de equipe, etc., e no final das contas, no exercício do trabalho de equipe, com uma prática de trocas interdisciplinares, estes médicos parecem mesmo se complementar, “terminam se casando”, como diz a pediatra.

- Pediatra só preocupado em atender, sem visão ou ações de saúde pública (3

MF)

*Em relação à pediatria, (é preciso) uma melhor construção dessa coisa de capacitar ou estimular os pediatras para assumirem mais as coisas além da clínica, **porque o pessoal de pediatria era tecnicamente bom, relativamente disponível para trabalhar na equipe, mas muito centrado na consulta médica. Não sei se tem a ver com a formação deles, com a tradição dos serviços, não sei...** (MF2A) (destaques do autor da tese).*

*O perfil do nosso pediatra, ele não tem uma visão muito de saúde pública. Não que ele seja insensível, pelo contrário, ele é bastante dedicado, o pessoal até reconhece... mas ele não vem como alguém que demanda, propõe projetos para a área de saúde da criança. Ele não tem essa organização do trabalho dele, é uma pessoa que se organiza para atender. (MF2B)*

*A novidade com o Paidéia é que o pediatra, o profissional encarregado de fazer saúde da criança, ele está junto com a gente em uma reunião de equipe de 2h semanais. A gente discute, tem esse*

*espaço de discussão e aí acredito que, para o restante da rede municipal, isso abriu caminhos para mudanças que estavam latentes para quem tem uma visão de saúde pública (diferente do perfil do nosso pediatra), para quando a equipe se organiza para isso. (MF2B)*

- Pediatra não faz visita domiciliar (1 MF)

Deve-se atentar para o fato de que metade destes médicos de família que fazem críticas ao perfil ou à prática do seu colega pediatra, também apontaram como avanço do PSF-Paidéia a existência de Pediatra na equipe. Portanto, uma interpretação possível é que os médicos de família não queiram com as críticas invalidar a importância do trabalho dos colegas, mas justamente, ao contrário, procurem apontar aspectos para potencializá-lo em seu papel dentro da ESF. Alguns deles afirmam que à medida que os pediatras não oferecem um cuidado mais ampliado àquelas suas crianças, cujo projeto terapêutico transcenda os limites do consultório, da intervenção mais diretamente “biomédica”, acabam obrigando que eles assumam a condução destes casos, especialmente no que tange aos complexos e trabalhosos aspectos psicossociais (Guedes et al., 2006). Isso os sobrecarrega ainda mais do que já estão, devido ao grande número de adultos que têm sob sua responsabilidade e do também exagerado contingente de famílias de sua ESF.

Curiosamente, apenas um dos pediatras faz autocríticas em relação a eventuais dificuldades e deficiências suas do ponto de vista de sua atuação neste novo modelo, assumindo uma dificuldade em lidar com situações de violência contra a criança, reconhecendo a necessidade de superar este limite, referindo inclusive que estava propondo para a sua equipe uma discussão sobre o tema, à luz do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), já que, na opinião do mesmo, esta era uma dificuldade da sua equipe como um todo.

*O que a gente não tem conseguido trabalhar, por medo, por dificuldade, por falta de perna, é a questão da violência, dos maus tratos. O médico é responsável, tem que denunciar, é uma coisa muito complicada. A gente vê isso no dia-a-dia. Violência física, psicológica, moral... Nós vamos começar a estudar o ECA (Estatuto*

da Criança e do Adolescente), *vamos nos reunir e ver o que podemos fazer para amenizar o sofrimento destas pessoas porque o agressor também sofre.* (PED3)

## **5.5- Situação profissional do médico de família**

Alguns médicos de família apontaram certos aspectos da sua profissão, sua especialidade da medicina de família, como limites do trabalho no modelo PSF-Paidéia, especificamente em relação à sua Baixa remuneração (1) e à Desvalorização da “especialidade” da medicina de família pelos médicos em geral (1)

*Um limite é a remuneração, a gente ganha mal, isso é muito ruim. Dá uns quatro mil líquidos para trabalhar 36h semanais* (MF2B)

*Quanto à população em si está sendo muito legal, eles estão bem satisfeitos. Quanto a continuar como médica de família não pretendo. A experiência está sendo excelente, todo mundo deveria ter esta experiência. Acho que é muito válida, mas eu pretendo me especializar, mais para frente, talvez dermatologia. Meu objetivo de vir ser médica de família aqui é ter esta experiência, estar em contato com o meu trabalho. Apesar de não querer fazer carreira, por enquanto estou feliz, mas insatisfeita porque para a gente ter um atendimento de qualidade é preciso de tempo com o paciente e isto a gente não tem tido.* (MF5)

*Talvez na Faculdade não descobri, não me mostraram este lado do Centro de Saúde, da Medicina de Família, tão interessante, que me contentaria tanto. Agora, infelizmente, não querendo desvalorizar o papel do médico de família, mas infelizmente não tem tanto valor quanto uma especialidade. Acho que uma das primeiras perguntas que eu escutei quando comecei: “Você fez residência?” Então para mim, eu falar que não fiz residência... para muitos médicos... Já ouvi de colegas meus aqui: “**Você vai ficar nesta vidinha de médico de família, não vai fazer residência?**”* (MF6) (destaques do autor da tese).

As queixas dos médicos de família acima podem constituir algumas pistas para entendermos a falta de médicos de família ainda enfrentada pela ABS do SUS. Neste sentido, a pequena oferta pelas Universidades brasileiras de vagas nos seus Programas de Residência Médica em Medicina de Família e a também insuficiente (embora maior) oferta de Cursos de Especialização, parecem problemas estratégicos a serem enfrentados pelo Estado brasileiro, caso haja real interesse de efetivação do programa de saúde da família nacional. Isso é mais importante ainda se nos lembrarmos que a grande maioria dos médicos que hoje desempenham o papel de médico de família, nas mais de 27.000 equipes de saúde da família hoje cadastradas pelo Ministério da Saúde não tem formação para tal (Ministério da Saúde, 2007).

Muito mais difícil é pensar em medidas para trabalhar, sobre o imaginário dos profissionais médicos, o *status* da medicina de família, resultante obviamente do pensamento da sociedade em que estão inseridos, que culturalmente valoriza muito mais o trabalho do especialista que o do generalista. Neste aspecto, Mendes (1996) ajuda a trazer luz para a questão.

A estratificação dos médicos entre si vai assumir a forma de uma “diferença de autoridade” reconhecida entre os pares, referida ao conteúdo mais complexo das tecnologias necessárias para o trabalho das distintas especialidades, entendidas como dotadas de maior cientificidade. [...] serão socialmente (e medicamente) valorizados os trabalhos (médicos) que incorporam tecnologias materiais, realizam-se o mais próximo possível da forma liberal de inserção e preservem a autonomia técnica do médico. Além dessas características os médicos vão valorizar também o nível sócio-econômico e cultural da clientela, pois a prática médica exige consumidores minimamente capazes de informar adequadamente (para o médico) o que sentem, e de entenderem e seguirem as prescrições médicas... [...] desse ponto de vista, tomados em sua generalidade, os médicos que trabalham como pediatras nos Centros de Saúde públicos estão no fim da escala social do trabalho médico, pois trabalham quase que exclusivamente com a tecnologia não material da prática pediátrica, têm sérias dificuldades com relação ao acesso a serviços especializados e métodos diagnósticos e terapêuticos, além de terem como clientes a população de pior situação sócio-econômica e cultural, o que é percebido também como constrangimento à boa prática médica (Mendes, 1996).

Tomando-se por base esta análise de Mendes, não seria legítimo estendermos a sua conclusão para qualquer médico da atenção básica, não apenas o pediatra? E se um destes médicos, à diferença dos demais, trabalhasse na atenção básica em jornada integral (dificultando outros vínculos profissionais, em especial aquele reconhecido como o “mais próximo possível da forma liberal de inserção”, o consultório particular) e que ainda por cima praticasse uma especialidade relativamente nova, que para muitos médicos nem bem é uma especialidade, a Medicina de Família, qual seria o status deste médico entre os pares?

Compreensível, portanto, que a jovem MF6, com poucos anos de formada e que buscou o emprego como uma transição para a residência médica, apesar de mostrar uma amplamente reconhecida vocação para a função e se dizer feliz com a medicina de família, falar que não imaginava que seria “*tão interessante, que me contentaria tanto*”, afirme que, ainda assim, provavelmente fará residência em outra especialidade, pois tanto os colegas médicos quanto ela própria, acreditam que a medicina de família “*não tem tanto valor quanto uma especialidade*”. (destaque do autor da tese)

## 5.6- Falas não classificadas

Houve algumas falas dos médicos de família e pediatras também concernentes a limites, que não foram classificadas em nenhuma das categorias anteriores por se tratarem de meras constatações a respeito de características da população usuária das unidades básicas de saúde em questão:

- Pobreza da população (3)
- Famílias mudam muito de casa na região (1)
- Exposição da população à violência (1)
- Muita população flutuante (de outras cidades, estados) na região (1)

É importante salientar que aparentemente o “tom” destas afirmações por parte dos médicos em suas entrevistas não foi, o que a primeira vista pode parecer, de lamúria ou queixa por trabalharem com uma população pobre, que com frequência é acrescida de muitos migrantes, que muda muito de casa e está submetida a situações de violência. Pareceu que tentavam muito mais expor ao entrevistador a complexidade do trabalho na atenção básica em grandes centros nos dias de hoje e a dificuldade de estabelecer estratégias para ações de saúde de eficácia diante de tais dificuldades.

## **6- O PEDIATRA NA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

## 6.1- O Pediatra na Equipe de Saúde da Família qualifica a Atenção à criança?

### 6.1.1- Os pediatras falam sobre seu papel na ESF

Os pediatras justificam sua importância para a qualidade da atenção à saúde da criança na ESF do PSF-Paidéia através de uma ampla gama de argumentos.

Afirmam garantir uma “*atenção de melhor qualidade*”, “*mais rica*”, “*mais completa*”, “*ampla*”.

Apenas um dos pediatras (e um dos médicos de família) utiliza-se do argumento, que vem sendo um dos principais da SBP para justificar a presença do pediatra nas equipes de PSF do país, de que não seriam especialistas e sim “*generalistas para esta idade*” (SBP, 2001).

Um grupo de pediatras também faz afirmações na linha da complexidade do atendimento às crianças, da Pediatria enquanto especialidade: “*tem muitas especificidades*”: “*das faixas etárias*”, de doenças, “*do exame físico*”, com muita coisa grave para triar e “*casos cada vez mais graves na Atenção Básica*”.

Entretanto, é na limitação da atuação dos médicos de família para o atendimento a crianças e não em relação a suas qualidades como pediatras, que muitos parecem encontrar as principais justificativas sobre a sua importância para uma atenção de qualidade.

Entre as críticas ao médico de família, a mais citada foi de que este teria “*dificuldades para atender a recém-nascidos, crianças pequenas*”, fazer “*puericultura*”, lembrando da utilização deste termo pelos pediatras entrevistados, em geral, para se referir exclusivamente a crianças de zero a dois anos.

É muito apontada a deficiência de formação dos médicos de família, para atendimento a crianças. Um dos pediatras afirma que “*agora é que existe a Residência em Saúde da Família, mas poucos profissionais fazem. Então você não tem o Médico de Saúde da Família*”. Por consequência, citam que o médico de família não conseguiria “*lidar com determinadas patologias*” e não saberia “*doses de medicamentos*” necessários “*em situações de urgência/emergência*”.

A favor da sua importância para uma atenção básica de qualidade, pediatras também argumentam com outro tipo de dificuldade para a atuação dos generalistas com crianças. É o que chamam de “questão cultural”.

*[...] a população não teve ainda este preparo, de que o generalista atende também pediatria. Tanto é que algumas mães, quando você fala que a criança vai passar com o generalista, elas, na medida do possível, querem direcioná-la para você, pediatra. Elas sentem mais confiança. É a visão que elas têm já de longa data. Para a população isso é importante! Você falar que vai passar pelo generalista elas ficam um pouco assim... ‘Mas quando ele passa com o pediatra?’.*  
(PED2)

Com o objetivo principal de conhecer a opinião de mães, de crianças de 0 a 10 anos, sobre o profissional mais indicado para o atendimento médico de seu filho, a SBP, dentro de sua campanha para inclusão do pediatra na equipe do PSF, encomendou uma Pesquisa de Opinião, em 2006. Entre as entrevistadas, 97% responderam que consideram “muito importante” (69%) ou “importante” (28%) que o atendimento médico a seu filho seja feito pelo pediatra. A pesquisa foi realizada em capitais do país, com perfil de grandes cidades, onde em geral a cobertura de PSF é baixa, com apenas 1% das entrevistadas referindo como *local de atendimento* para consultas de rotina o PSF. Portanto, o estudo não tocou realmente a polêmica em questão, ou seja, verificar se entre mães que têm suas crianças atendidas por médicos de família, ainda assim há a reivindicação por atendimento com pediatra. Da forma como foi elaborada, leva as entrevistadas a comparar o atendimento do pediatra com o de clínicos e outros especialistas. De qualquer forma o citado inquérito tem o mérito de comprovar o que empiricamente já parecia óbvio: que as mães, idealmente, preferem que seus filhos sejam atendidos por pediatra. Isso porque, como já citado pelos pediatras, considerando o quanto recente é o PSF e a especialidade do médico de família generalista no Brasil, a “cultura” da população não incluiria ainda a novidade de que este novo especialista também atende crianças.

Curiosamente, apenas um dos pediatras faz autocríticas em relação a eventuais dificuldades e deficiências suas do ponto de vista de sua atuação neste novo modelo. Assume uma dificuldade em lidar com situações de violência contra a criança, reconhecendo a necessidade de superar este limite, referindo inclusive que estava propondo para a sua equipe uma discussão sobre o tema, à luz do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), já que essa seria uma dificuldade da sua equipe como um todo. Comenta que *“a gente não tem conseguido trabalhar, por medo, por dificuldade, por falta de perna a questão da violência, dos maus tratos. O médico é responsável, tem que denunciar, é uma coisa muito complicada. A gente vê isso no dia-a-dia: violência física, psicológica, moral...”*.

#### 6.1.2- Os médicos de família falam sobre o papel dos pediatras

A existência de Pediatra nas equipes de PSF foi espontaneamente lembrada como um dos avanços do Programa Paidéia de Saúde da Família por médicos de família e pediatras.

A maioria dos médicos de família tece elogios ao papel dos pediatras, também enaltecendo *“a possibilidade de troca”*, de *“parceria”*, de *“discussão de dúvidas com o pediatra na hora”*, com este presente na unidade básica e não como referência à distância.

Apontam a segurança que esta presença lhes dá, em relação ao atendimento às crianças, uma área de atuação em que aparentemente ficam inseguros. Dois deles chegam a externar uma convicção da total impossibilidade de substituição do pediatra pelo médico de família, com uma delas ainda salientando que *“mesmo com uma capacitação do médico de família não dá para o pediatra ficar como referência fora do serviço. Eu não acho o pediatra especialista. [...] é como um clínico geral pra criança”*. (MF5)

Por outro lado, a maioria dos médicos de família apresenta como limites do trabalho no PSF-Paidéia vários problemas do perfil ou da prática do seu colega pediatra, em relação às suas expectativas quanto ao que o modelo assistencial exigiria desse profissional. São elas:

- “É muito centrado só na clínica”, “na consulta médica”, “Atua como num plantão” ou em outro trabalho qualquer; “não faz gestão do cuidado (coordenação do cuidado) da criança”;
- “Falta de visão de PSF por parte do Pediatra”;
- Pouca participação do Pediatra na reunião de equipe, com falas de que a maioria dos casos de crianças discutidos nas reuniões não teria sido trazida pelo pediatra, mas pelo médico de família, pela enfermeira, etc.
- Dificuldade em lidar com casos relacionados a saúde mental.

A fala de uma médica de família sobre sua colega pediatra ilustra bem as queixas acima:

*“a pediatra teria que acolher os casos de Saúde Mental infantil, cartinha da escola para o psicólogo, dificuldade de aprendizagem... É ainda é um pouco difícil para ela. Ela fala que tem que atender pneumonia, gripe... de repente chega um problema familiar. Ela tem que sentar, conversar com a mãe, perguntar. Ela fica um pouco estressada, porque é um atendimento que demora mais e ela não está acostumada com isso”. (MF4)*

Essa pediatra reconhece que a médica de família tem uma melhor formação do que ela para discutir “os casos mais complicados”, com problemas de relação, de saúde mental, etc.

*“Nas reuniões de equipe, os médicos de família colaboram muito na discussão dos casos mais complicados, porque eles têm formação para isso o que não acontecia com a generalista anterior daqui que não tinha formação, não tinha como... A grande maioria dos casos que eu levo para discutir, principalmente os casos de problemas de relação, de saúde mental, eles já acompanham e conhecem as mães, já tem o perfil das mães, então a gente termina casando...”. (PED4)*

Entretanto, é interessante perceber como essa pediatra, apesar das reconhecidas limitações para exercer uma *clínica ampliada* (Campos, 2003; Cunha 2005), parece compensar suas deficiências com uma postura pró-ativa, (postura esta reivindicada por vários dos médicos de família em relação a seus parceiros pediatras), levando casos para discussão na reunião de equipe, etc., e no final das contas, no exercício do trabalho de equipe, com uma prática de trocas interdisciplinares, estes médicos parecem mesmo se complementar, “terminam se casando”, como diz a pediatra.

Outras críticas dos médicos de família à atuação dos pediatras:

- Pediatra *“só preocupado em atender, sem visão ou ações de saúde pública”*, com um médico de família afirmando que seu colega pediatra *“não vem como alguém que demanda, propõe projetos para a área de saúde da criança. Ele não tem essa organização do trabalho dele, é uma pessoa que se organiza para atender”*.
- *“Não tem visão para família”, “para o território”, “não faz visita domiciliar, não quer pisar no barro”*;

Como já discutido no capítulo anterior, metade desses médicos de família que fazem críticas ao perfil ou à prática do seu colega pediatra, também destacaram como avanço do PSF-Paidéia a existência de Pediatra na equipe, aparentando não querer invalidar a importância do trabalho dos colegas, mas sim apontar aspectos para potencializá-los em seu papel dentro da ESF. Em especial, por exemplo, a necessidade destes pediatras os apoiarem efetivamente naqueles casos com complexos e trabalhosos aspectos psicossociais. A falta desta atuação por parte dos pediatras os sobrecarrega ainda mais do que já estão, devido ao grande número de adultos que têm sob sua responsabilidade e do também exagerado contingente de famílias de sua ESF.

De forma semelhante à esta queixa dos médicos de família em relação aos pediatras do PSF-Paidéia, em outros países também tem sido apontado que os novos desafios epidemiológicos da modernidade só poderão ser resolvidos por uma atenção básica com equipes multi- profissionais, especializadas num modelo com enfoque biopsicossocial (Téllez, 2004) do indivíduo, da família e da comunidade, com o pediatra trabalhando em equipe e em parcerias com a sociedade, sob pena de *“passar a ser gradativamente irrelevante para a saúde infantil”*.

## 6.2- O Pediatra poderia ficar como referência à distância?

Com relação à pergunta sobre a necessidade de pediatra na equipe, ou como referência à distância, todos os pediatras e a grande maioria dos médicos de família responderam de forma bastante homogênea, que o mesmo era necessário, embora vários tenham explicitado que o pediatra poderia ser matricial, ou seja, atuar no serviço como retaguarda para mais de uma ESF. Essa convicção de que o pediatra é necessário é expressa com muitos adjetivos: “*indispensável*”, “*imprescindível*”, “*fundamental*”, “*essencial*”, etc. Esse entusiasmo, em relação à existência de um parceiro pediatra na equipe, é maior principalmente entre aqueles médicos de família sem formação nessa especialidade e recém saídos da graduação, como mostra uma profissional com esse perfil:

*“O pediatra é figura fundamental para poder dar qualidade ao atendimento e resolver os problemas. Se eu tenho algum problema, alguma dúvida, eu vou lá na hora e ele me ajuda a resolver. Acaba sendo bem mais rápido discutir com um colega que trabalha na mesma equipe do que ter que encaminhar a coisa pra lá, pra cá... Não concordo com a idéia do pediatra estar à distância. Tem que estar junto, para pegar, por a mão... É aquela coisa, ao sair da minha frente é um paciente, depois quando encaminho, vira um papel, um nome, um número... e agente não consegue prever ...examinar uma criança é completamente diferente... Para eu me sentir mais segura, ter o pediatra na unidade é bárbaro, é lindo, é tudo o que eu quero”(MF6)*

Para entender o anseio por “segurança” por parte da colega médica de família, é elucidativo o discurso de uma pediatra.

*[...] a dificuldade maior justamente é atender criança, todo mundo tem medo de atender criança. Por mais que a pessoa seja clínica geral, todo mundo tem muita dificuldade de atender criança. Não sei se é uma restrição pessoal, como eu peguei de atender idoso, mas depois que começa o atendimento aí vai, ou se realmente tem uma dificuldade.*

Além da evidente importância do aspecto da formação nessa falta de segurança, no “*medo de atender criança*”, dos médicos de família, não deve ser desconsiderada a influência, também nesses profissionais médicos, da mesma “*questão cultural*” citada pelos pediatras que levaria mães e equipe de enfermagem a ver com dúvidas o papel do médico de família no atendimento à infância. Isso não surpreende, porque, como lembra Minayo (2006), “a representatividade do grupo na fala do indivíduo ocorre porque tanto o comportamento social como o individual obedece a modelos culturais interiorizados” (p.208).

Entre a idéia da existência de um pediatra dentro de cada ESF e a proposta de encaminhamento à distância, alguns dos médicos fazem uma proposta intermediária. Um médico de família sugere “*não tirar o pediatra de dentro do Centro de Saúde, mas não necessariamente ter 1 pediatra por equipe. Isso deve ser ajustado conforme a característica da região e da população coberta*”. Assim, segundo uma corrente de médicos de família entrevistados, para definição da composição da ESF como um todo, inclusive no que tange à existência de pediatra ou não, deveriam ser avaliados os aspectos demográficos e epidemiológicos locais. Mais à frente, este profissional complementa sua visão:

*Minha opinião hoje sobre Saúde da Família é que fixar composição de equipe não existe. Hoje acredito que é a partir do cadastro (entrevistas das famílias de cadastramento à equipe) que a composição da equipe deve ser definida, com limites bem móveis na minha opinião. Vai ter região que vai precisar de 4 equipes, com pediatra dentro das equipes e vai ter região que vai ter 2 generalistas com 1 pediatra e 1 ginecologista à distância. (MF01)*

Para a tomada de decisão sobre uma proporção ideal de número de pediatras e número de ESF um outro médico de família afirma:

*“Idealmente, eu colocaria médico de família em quantidade suficiente pra fazer ação no território e fazer assistência clínica. E deixaria o pediatra e o ginecologista como recurso de matriciamento, à*

*disposição pra fazer intervenção clínica quando precisar. (...) dá pra começar sendo um pra cada duas equipes, fazendo matriciamento e retaguarda clínica, basicamente essas duas coisas”. (MF02B)*

Alguns médicos de família reconhecem a possibilidade de, sob determinadas condições, o referenciamento à distância, sem pediatra no local, produzir uma boa qualidade da atenção à criança, pois conta que, em outra experiência como médico de família em outro município, “[...] a gente tinha uma boa cobertura (de saúde da criança), cuidava de puericultura, vacinação, alimentação, conseguia cumprir o programa de atenção básica à saúde da criança, mas com o referenciamento”.

Para que tal se dê, ressalta a importância do trabalho em equipe e dessa contar com “enfermeiras competentes”. Este médico de família, além de experiência anterior na função, é um dos que possui formação para tal, daí talvez a sua segurança em eventualmente atuar sem um pediatra a seu lado. Apesar disso aponta como “importante avanço” do PSF-Paidéia a presença do pediatra e do ginecologista na equipe.

Sobre a hipótese de passarem a trabalhar como referências à distância, há uma clara resistência à idéia pela quase totalidade dos pediatras, justificando que o prazer do pediatra seria o acompanhamento da criança, a puericultura e um trabalho como especialista, em serviços de referência, apenas de avaliação pontual das crianças, de suas intercorrências, não lhes daria satisfação profissional.

### **6.3- O médico de família trocaria o pediatra e o ginecologista por mais um médico de família?**

Como forma de verificar a convicção dos médicos de família em relação a seus discursos em defesa da necessidade do pediatra na ESF, foi pedido que opinassem sobre a possibilidade de substituição do pediatra e ginecologista das suas equipes, por um outro médico de família. Surpreendentemente, a maioria dos médicos de família (seis dos onze) apoiou essa idéia de troca. Aparentemente, quando cotejaram esta “necessidade” com a

possibilidade de terem um outro colega generalista a seu lado, acabam abrindo mão do pediatra, pelo visto em prol do alívio da grande sobrecarga de trabalho a que estão submetidos e a uma convicção de que a presença de mais um médico de família talvez fosse mais vantajosa que a de um pediatra, para o atendimento proposto no PSF. Como justificativas para a substituição de seus colegas pediatras (e ginecologistas), os médicos de família abordam novamente aquelas críticas já citadas à atuação do profissional pediatra e que deixariam esse pediatra em desvantagem em relação ao que poderia oferecer a “*versatilidade do médico de família*”.

Esta “falta de versatilidade”, reclamada pelo médico de família em relação a seu colega pediatra parece encontrar explicação na reflexão que vem sendo feita por vários especialistas de que os novos desafios epidemiológicos da modernidade só poderão ser resolvidos por uma atenção básica com equipes de profissionais, especializados num modelo com enfoque biopsicossocial (Téllez, 2004) do indivíduo, da família e da comunidade, com o pediatra trabalhando em equipe e em parcerias com a sociedade, o que justamente parece estar faltando a estes pediatras.

Mas por outro lado, como explicitam vários dos médicos de família, um dos motivos que tornam atraente a proposta de troca em questão é o desejo de diminuição da população sobre sua responsabilidade, sendo esta queixa de sobrecarga de trabalho, pelo excessivo número de famílias de seu território, recorrente no discurso dos médicos de família, em muitos momentos de suas entrevistas. Assim, ao aceitarem a proposta, mais do que pensando em tese, os médicos de família falam da sua situação concreta de trabalho, como diz um deles ao se referir à sua “*experiência como generalista sobrecarregado*”. Quando outro deles cita que “*na pediatria, especificamente, a gente não tem estrangulamento de demanda*”, fica implícito que é na atenção à saúde do adulto, responsabilidade primeira do médico de família do PSF-Paidéia, que este espera um “*outro parceiro*”, que com ele divida seu território, para, em tendo “*uma área menor, atender as famílias, fazer os programas...*”, isto é conseguir oferecer uma atenção mais integral e familiar, enfim poder ser mais médico de família.

Um dos médicos de família, falando, agora sim, em tese, faz uma proposta geral para a polêmica da existência do pediatra na ESF a nível nacional, na linha da implementada pelo PSF-Paidéia em Campinas (com aproveitamento dos pediatras existentes na rede básica na composição das ESF), propõe:

*[...] o Ministério da Saúde deveria tentar criar mecanismos de gestão, de flexibilização de gestão pra tentar dar conta da multiplicidade das realidades. No lugar onde não tem pediatra, eu acho que tem mais é que colocar PSF, poucas famílias e tentar formar um cara decente, ter um esforço de formação de médico de família, que eu acho que pode ser que funcione. Agora, em uma cidade que tem um mundo de pediatra, tem que colocar esses pediatras pra trabalhar (na unidade básica de saúde). (MF2A).*

Trata-se de uma visão bastante pragmática, que lida com o fato concreto de que os pediatras muitas vezes já existiam, às vezes em grande número, nas redes básicas tradicionais dos municípios (em especial os médios e grandes), quando do advento do PSF no Brasil. O que faz com que estas cidades tenham quase que a obrigação de aproveitá-los. As propostas de como fazê-lo variam muito, passando pela centralização dos pediatras em serviços de referência ou pela sua permanência nas Unidades Básicas de Saúde, seja com vinculação a uma ESF ou atuando de forma matricial como retaguarda/apoio a várias equipes.

Interessante notar que, apesar dessa grande variedade de modelos de apoio matricial existentes, o Ministério da Saúde tem rejeitado a possibilidade de reconhecer formalmente essa realidade e flexibilizar o cadastramento de equipes de saúde da família que fujam ao padrão por ele proposto, deixando assim na informalidade, e portanto sem financiamento, estes múltiplos arranjos organizacionais (Goulart, 2006). Aliás, como disse o sanitarista Néelson Rodrigues dos Santos (2007). “Há tantas atenções básicas quanto as realidades regionais e até micro-regionais do país...”.

#### 6.4- A perspectiva de trabalho integrado Pediatra - Médico de Família

Se isoladamente os médicos de família e pediatras entrevistados são muitas vezes vistos uns pelos outros com reservas, quanto a sua capacidade de responder plenamente às necessidades da saúde da criança no modelo PSF-Paidéia, a situação parece mudar de figura no discurso dos profissionais quando comentam sobre o resultado do trabalho integrado entre ambos e o restante da ESF. Como explica um dos pediatras:

*Temos uma boa integração dentro da equipe. A equipe é muito boa. A médica de família fazendo visita domiciliar acaba localizando problemas que não chegam para a gente. Acaba trazendo uma visão diferente do ambiente, para nós. E às vezes até dos problemas psicossociais que tem ali. Esta integração com ela foi muito legal. (PED4).*

Assim, elogios a essa parceria são frequentes entre os pediatras e médicos de família, bem como aos arranjos do modelo tecno-assistencial do PSF-Paidéia, que favorecem esse trabalho integrado pediatra-médico de família e da ESF como um todo.

Quando perguntados sobre avanços e limites deste modelo, as falas elogiando as “reuniões de equipe” e o “trabalho em equipe” são, de forma gritante, os avanços do modelo PSF-Paidéia mais citados pelos médicos de família e um dos mais frequentes entre os pediatras, como atesta o discurso de um médico de família afirmando:

*[...] as reuniões semanais da ESF, eu acho que são fundamentais. Essa possibilidade de sentar com a equipe e conversar, distribuir tarefas, rever agendas, discutir rotinas, discutir acolhimentos, fazer uma lavagem de roupa suja. É na reunião que converge quase tudo que precisa de organização coletiva para trabalhar. Os projetos terapêuticos singulares... discutidos para os casos muito complicados (MF02A).*

Se o excesso de demanda e a sobrecarga de trabalho a que estão submetidas as equipes “esparrama” os profissionais na unidade, “*acaba separando ainda mais o generalista para o lado da clinica, o ginecologista para o lado da ginecologia e o pediatra para a pediatria*”, o papel fundamental de agregar a equipe em torno do objeto em comum, a família, vai caber, como diz uma pediatra, à “*potência da reunião de equipe... com troca de informações, a gente não fica centrado na criança e acaba trocando mais sobre a dinâmica da família porque é feita a discussão de caso clínico nas 2-3 horas da reunião semanal. Isso é importante...*” (PED4)

## **7- CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Pedro de Alcântara (1979), um dos ícones da pediatria brasileira, conceituava em 1979, a missão do pediatra:

[...] estar atento a problemas orgânicos e psíquicos, em caráter preventivo e curativo, cada um destes quatro aspectos considerado isoladamente e em suas múltiplas interdependências, à luz da constituição da criança, à luz das condições econômicas e das condições espirituais da família, e das condições do ambiente físico (clima, casa e terreno, agasalhos, condições propícias a acidentes), tudo isso em caráter evolutivo conforme o progressivo desenvolvimento da criança, contribuindo para a formação de uma pessoa física e mentalmente sadia e socialmente útil.

Entretanto, já alertava:

[...] problemas orgânicos e psíquicos, em caráter preventivo e curativo, constituem a maior parte das preocupações e tarefas dos médicos em geral. Diga-se, entretanto, que nessas atividades habituais dos médicos há uma grande preferência pelos problemas orgânicos e, nestes, preferência pelos aspectos curativos. Na pediatria, este desequilíbrio não deve existir (Alcântara, 1979).

O PSF brasileiro potencializa essa integração entre a clínica, a prevenção e a promoção que a “doutrina pediátrica” apregoa.

A sociedade brasileira vem passando por drásticas e rápidas mudanças demográficas, sócio-culturais, de estilo de vida e nos fatores de risco à saúde associados. Às antigas e ainda não resolvidas desigualdades sociais, vieram se somar situações de crescente desagregação familiar, *stress*, violência, dependência química, etc. Isso torna o quadro de saúde-doença das famílias e de suas crianças e adolescentes cada vez mais complexo.

É preciso, portanto, se reconhecer a magnitude e a complexidade da missão da atenção básica para um enfrentamento sanitário eficiente a este novo perfil epidemiológico e conseqüentemente a necessidade de se agregar à ESF mínima do país outros profissionais e saberes.

O presente estudo sugere que a presença do pediatra na ESF pode aumentar em muito a resolutividade dessas equipes, especialmente, mas não só, neste momento da construção da rede de atenção básica nacional em que a grande maioria dos profissionais atuando como médicos de família, não o são de fato, por não terem formação para tal.

Entretanto, também fica claro nesta pesquisa, que apesar deste enriquecimento que trazem às suas equipes, o perfil de atuação dos pediatras ainda está muito refém do paradigma biomédico, centrado no consultório, numa clínica tradicional, muito focada, como temia Pedro de Alcântara, nos problemas orgânicos e aspectos curativos. Muito aquém da proposta de *clínica ampliada*, almejada pelo PSF-Paidéia, e demandada pelo modelo de atenção básica pró-ativo, com foco na família, no território e na comunidade, proposto pelo PSF nacional nestes últimos 13 anos, e pelo ideário da Atenção Primária a Saúde, da Carta de Alma-Ata, de 1978.

Assim sendo, se a pediatria brasileira quiser realmente se legitimar para participar das ESF, pelo menos nas grandes e médias cidades, onde a disponibilidade de pediatras é maior, precisa, como diz um dos médicos de família desta pesquisa:

*“[...] capacitar ou estimular os pediatras para assumirem mais as coisas além da clínica, porque o pessoal de pediatria é tecnicamente bom, relativamente disponível para trabalhar na equipe, mas muito centrado na consulta médica. Não sei se tem a ver com a formação deles, com a tradição dos serviços...” (MF2A).*

Em outros países também tem sido apontado que os novos desafios epidemiológicos da modernidade só poderão ser resolvidos por uma atenção básica com equipes de profissionais, especializados num modelo com enfoque biopsicossocial (Téllez, 2004) do indivíduo, da família e da comunidade, com o pediatra trabalhando em

equipe e em parcerias com a sociedade sob pena de “*passar a ser gradativamente irrelevante para a saúde infantil*”.

Segundo crescentes recomendações de especialistas no tema, os pediatras devem assumir o seu papel político de defensores da criança e se engajarem mais efetivamente em parcerias com as forças da comunidade (Satcher, 2005; Rushton FE Jr.–Academia Americana de Pediatria, 2005), além de que se promova o treinamento em pediatria comunitária baseada em evidências (Sanders et al., 2005).

Do ponto de vista de mudanças na formação do pediatra geral para a atuação na atenção primária, parece essencial uma urgente revisão dos atuais conteúdos dos programas de residência médica em pediatria, bem como dos serviços de saúde onde se dá esta formação, que com muita frequência continuam sendo predominantemente hospitalares, o que constitui um contra-senso para a formação deste tipo de profissional (Téllez, 2004; Schonhaut, 2006).

Embora aparentemente, falar da necessidade de um pediatra da atenção primária que cuide da criança e do jovem na sua integralidade, com enfoque em sua família, sua comunidade e cultura, possa parecer algo do senso comum, simplesmente a “responsabilidade de todo pediatra”, o fazer de “uma boa clínica”, “uma boa medicina”, este processo não é natural e espontâneo, exigindo necessariamente um suporte de saberes e, talvez principalmente, habilidades (“ferramentas”), que só uma formação específica pode oferecer.

Talvez daí a explicação para a criação no Chile da especialização em Medicina da Família da criança, preponderantemente ocorrendo em serviços de atenção primária, com oferta de disciplinas que não fazem parte da formação tradicional do pediatra e sim do médico de família (Téllez, 2004).

A pergunta inevitável que fica é: Não seria possível tal reforma da formação do médico responsável pela atenção primária à criança ocorrer dentro da própria pediatria? Os ganhos para a atenção à criança do ponto de vista da resolutividade clínica que o pediatra possui não compensariam este esforço?

E finalmente, não basta termos médicos de família, pediatras e demais profissionais da ESF bem formados, se o modelo tecno-assistencial não favorecer a consecução dos objetivos da atenção básica. Assim, parece ser muito positiva a oferta, para a unidade de atenção básica, de arranjos institucionais, como fórum de gestão participativa e reunião semanal da ESF, para permitir a construção da grupalidade desta equipe e viabilizar a confecção multiprofissional de projetos terapêuticos singulares para os casos mais complexos (Campos, 2000; Carvalho, 2000). Como se viu, estes arranjos foram experimentados no PSF-Paidéia com grande potência, considerando os muitos relatos favoráveis pelos médicos participantes desta pesquisa.

Assim, os avanços mais valorizados pelos entrevistados são o “trabalho em equipe” e as “reuniões de equipe”, para elaboração de projetos terapêuticos singulares. E como limite o excesso de famílias cadastradas por equipe, que aparenta colocar em risco a proposta de atenção integral na atenção básica. A capacitação do médico de família para o cuidado à criança é vista como fundamental.

Finalmente cabe salientar a urgente necessidade de uma melhor definição pelos órgãos gestores do papel do pediatra na ESF do Paidéia, bem como na atenção primária à criança do SUS. A recente portaria do Ministério da Saúde, regulamentando a participação do pediatra nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, é um reconhecimento dessa necessidade e um importante passo para qualificar a atenção básica à criança e ao adolescente no SUS. A potência deste trabalho integrado do médico de família e do pediatra pôde ser experimentada com êxito no PSF-Paidéia.

## **8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

Alcântara P. A Pediatría. Revista Pediatría (São Paulo) 1979; 1: 183-189.

Anais da 7ª Conferência Nacional de Saúde [acessado em 19 nov 2007]. 1980. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/7\\_CNS.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/7_CNS.pdf)

Arouca ASS. Saúde e Democracia: reflexão acadêmica e ação política – depoimento de Sérgio Arouca. In: Lavras C, Prieto S, Contador V, org. Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios - Memórias. Brasília: Conasems, 2007.

Ata da Reunião do Conselho Municipal de Saúde de Campinas. Livro-Ata de Reuniões. Conselho Municipal de Saúde de Campinas, 17 de janeiro de 1996.

Badaró RSC. Campinas: o despontar da modernidade. Campinas: Área de publicações, Centro de Memória/Unicamp, 1996.

Bauer MW. Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Ed. Vozes, 2002.

Beasley JW, Starfield B, Van Weel C, Rosser WW, Haq CL. Global Health and Primary Care Research. J Am Board Fam Med 2007; 20: 518-526.

Behrman RE. Overview of Pediatrics. Nelson textbook of Pediatrics. Saunders Ed., USA, 15ª ed. 1996.

Blank D. Controle de injúrias sob a ótica da pediatria contextual. J Pediatr (Rio J) 2005;81(5 Supl):S123-36.

Bourget M. Um Breve Histórico sobre a Medicina de Família em São Paulo. Associação Paulista de Medicina de Família e Comunidade [acesso em 20 dez 2007]. Disponível em: <http://www.apmfc.org.br/Historico.htm>

Brasil. Ministério da Saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família, volume 4, 2002.

Brasil. Ministério da Saúde. Programa de Saúde da Família – PSF [acesso em 23 ago 2003]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>

Brasil. Ministério da Saúde. Dez anos de saúde da família no Brasil. In: Informe da Atenção Básica, n. 21, p.1, mar.-abr., 2004.

Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: MS, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Situação atual da estratégia saúde da família. Nota técnica do Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2007a.

Brasil. Ministério da Saúde. Histórico da Cobertura da Saúde da Família [acesso em 22 out 2007b]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>

Brasil. Ministério da Saúde. Atenção Básica. Saúde da Família. Diretriz Conceitual. Equipes de saúde [acesso em 22 out 2007c]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/atencaobasica.php#equipes>

Brasil. Ministério da Saúde. Evolução do credenciamento e implantação da estratégia Saúde da Família. MS/SAS/Departamento de Atenção Básica – DAB. Situação do município de Campinas [acesso em 10 jan 2008]. Disponível em: [http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza\\_cadastro\\_ret.php](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/localiza/localiza_cadastro_ret.php)

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Manual de Saúde da Criança, mimeo, 1996.

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto Paidéia de Saúde da Família, mimeo, 2001.

Campinas. Secretaria Municipal de Saúde. Saúde Integrativa [acesso em 08 set 2007]. Disponível em: <http://antigo.campinas.sp.gov.br/saude>.

Campos GWS. Um método para análise e co-gestão de coletivos. São Paulo, Hucitec, 2000.

Campos GWS. Saúde Paidéia. São Paulo, Hucitec, 2003.

Canesqui AM, Queiroz MS. Campinas: População, Situação de saúde e organização do cuidado médico. Núcleo de Estudos de Políticas Públicas. Universidade Estadual de Campinas, 1987.

Capozzolo AA. No olho do furacão. Trabalho médico e o Programa de Saúde da Família [Tese – Doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2003.

Carniel EF. Caracterização dos Recém-nascidos e de suas mães, a partir das declarações de nascidos-vivos de Campinas (SP), no ano de 2001 [Dissertação – Mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 2005.

Carvalho SR; Campos, GWS. Health care models: organization of Reference Teams in the basic health care system in Betim, Minas Gerais State, Brazil. Cad. Saúde Pública 2000 v.16, n.2, [acesso em 02 nov 2007]. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000200021&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000200021&lng=en&nrm=iso)

CFM - Conselho Federal de Medicina, Federação Nacional dos Médicos, Associação Médica Brasileira e Fundação Osvaldo Cruz. Perfil dos Médicos no Brasil: Brasil e grandes regiões. Vol. I - Relatório de Pesquisa. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1996.

Conill EM. Sistemas comparados de saúde. In: Gastão W. S. Campos... [et al.]. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, pp. 563-613, 2006.

Conselho Nacional de Saúde – Resolução nº 196 de 10 de Outubro de 1996 [acesso em 20 jun 2004]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br>

Cunha GT. A construção da clínica ampliada na atenção básica. São Paulo, Hucitec, 2005.

Dawson BE. Relatório Dawson [acesso em 19 jun 2007]. Disponível em: <http://www.med.virginia.edu/hs-library/historical/kerr-white/dawson.htm>

Demo P. Introdução à Metodologia das Ciências. São Paulo, Atlas, 1985.

Demo P. Princípio científico e educativo. São Paulo, Cortez Editora, 1996. 120p.

Demo P. – Pesquisa e informação qualitativa. São Paulo, Papyrus, 2001. 135p.

Ebbeling CB, Pawlak DB, Ludwig DS. Childhood obesity: public-health crisis, common sense cure. Lancet 2002 Aug 10; 360(9331):473-82.

Farr RM. Interviewing: the Social Psychology of the Interview. In: F.FRANSELLA (ed.). Psychology for Occupational Therapists. Londres, Macmillan, 1982.

Fleury S. Introdução. In: A Utopia Revisitada. (Fleury, Org.). Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995, p. 13-18.

Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Saturation sampling in qualitative health research: theoretical contributions. Cad. Saúde Pública. [serial on the Internet]. 2008 [Acessado em 2008 Jan 29]; 24(1):17-27. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.pdf>

Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O Acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. Cad. Saúde Pública 1999; Vol. 15, n. 2 [acesso em 11 set 2007]. Disponível em: [http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=en&nrm=iso).

Girardi SN; Carvalho, CL. Contratação e qualidade do emprego no programa de saúde da família no Brasil. In: FALCÃO, A. et al. (Orgs). Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p. 157-190.

Goulart FAA. Municipalização: Veredas. Caminhos do Movimento Municipalista de Saúde no Brasil. Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde. 1995.

Goulart FAA. Saúde da família: flexibilizar sem perder a compostura. Revista Olho Mágico 2006; Rede Unida. Londrina, v. 13, Nº1, p39-45 Jan/Mar.

Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr. K. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. Rev. C S Col 2006, 11(4):1093-1103.

Haggerty RJ. Child health 2000: new pediatrics in the changing environment of children's needs in the 21st century. Pediatrics. 1995; 96:804 – 812.

Hall D, Sowden D. Primary care for children in the 21<sup>st</sup> century. BMJ. 2005;330:430-1.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Contagem da População 2007 [acesso em 21 jan 2008]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/contagem2007/contagem.pdf>

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. População das *Capitais* dos Estados do *Brazil* segundos os recenseamentos de 1872, 1890 e 1900 [acesso em 22 jan 2008]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/seculoxx/arquivos/populacao.xls>

Jacobi A. The best means of combating infant mortality. JAMA. 1912; 58:1735–1744.

Kuhn T. Reconsiderações acerca dos paradigmas. In: Kuhn, T. A tensão essencial. Lisboa: Edições 70; 1989 p. 353-382.

L'Abatte S. O direito à saúde: da reivindicação à realização. Projetos de Política de Saúde em Campinas – São Paulo [Tese – Doutorado]. São Paulo (SP): Universidade de São Paulo; 1990.

Lancet. Time to be serious about children's health care [editorial]. The Lancet 2001; 358:431.

Lavras CC, Garcia AC. A experiência de Campinas. In: Lavras CC, Prieto S, Contador V, org. Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das Universidades e dos Municípios - Memórias. Brasília: Conasems, 2007.

Lee ML. Lian Gong em 18 Terapias - Forjando um Corpo Saudável. São Paulo: Ed. Pensamento, 2ª Ed., 2001.

Lima CR. Reforma do Estado e política de saúde: discussão da agenda do Banco Mundial e da crítica de Laurell. Saúde em Debate – revista do Cebes, nº 40/50; Londrina (PR), 1995/96.

Lopes CF. A população de Campinas segundo os processos de divórcio e desquite do Tribunal de Justiça de Campinas durante a Primeira República (1890-1938) [acesso em 20 jan 08]. Disponível em: [http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT\\_His\\_ST28\\_Lopes\\_texto.pdf](http://www.abep.nepo.unicamp.br/docs/anais/pdf/2002/GT_His_ST28_Lopes_texto.pdf)

Machado MH, coord. Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 146p.

Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within organization for economic cooperation and development (OECD) countries, 1970–1998. *Health Serv Res* 2003; 38: 831-65.

Macinko J, Guanais FC, Souza MFM. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60:13-9.

Masuy-Stroobant G. La mortalité infantile en Belgique. Histoire et prévention. 1984 [acesso em 12 out 2007]. Disponível em: <http://www.one.be/docs/DOSSIERS/mortalite.htm>

Mays N, Pope CA. Qualitative research in health care: Assessing quality in qualitative research. *BMJ* 2000; v.320, jan..

Mello GA. A integralidade do cuidado à criança na rede pública de Campinas sob a perspectiva da atenção básica [dissertação-mestrado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas, 2005.

Mendes RT. Trabalho e doutrina: os caminhos da prática pediátrica nos centros de saúde [Tese – doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1996.

Mendes Gonçalves RB. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. Editora Hucitec. São Paulo, 1994.

Merhy EE, Queiroz MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cad. Saúde Pública* 1993; Jun 9 (2): 177-184.

Merhy EE, Franco TB. Programa de Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: *O Trabalho em Saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo, Editora Hucitec, 2003.

Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006. 269p.

Minayo MCS, org. Pesquisa social. Teoria, método e criatividade. São Paulo/Rio de Janeiro, Ed. Vozes, 1993. 80p.

Miranda AS. Programa de Saúde da Família: entre a panacéia e o preconceito. Disponível em [http://www.saude/csonline/temas em debate/psf](http://www.saude/csonline/temas_em_debate/psf), 1997 Acesso em 20 junho 2000.

Moysés MAA. A Institucionalização Invisível: crianças que não aprendem na escola. [Tese-Livre-Docência]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1998.

Nascimento, A. História da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Contexto Histórico. A pré-Constituinte da Saúde. 1986 [Acesso em 14 jul 2006]. Disponível em: [http://www.fameca.br/caer/esq\\_artigos/04.htm](http://www.fameca.br/caer/esq_artigos/04.htm)

Oliveira GN. O Projeto Terapêutico como Contribuição para a Mudança das Práticas de Saúde [dissertação]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 2006.

Oliveira J, Fleury S. Crise e Reformas. In: (Im) Previdência Social. 60 anos da Previdência Social no Brasil. Rio de Janeiro: Vozes – Abrasco 1986. p.235-272.

Organização Pan-Americana da Saúde. Renovação da Atenção Primária em Saúde nas Américas. Documento de Posicionamento da Organização Pan-Americana da Saúde/OMS. OPAS, 2005.

Organização Pan-Americana da Saúde. Declaração de Alma-Ata [acesso em 5 abr 2006]. 1978. Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>

Paim JS. A formação de recursos humanos em saúde coletiva. In: Saúde, Crise e Reforma. Salvador: Centro Editorial e Didático da Universidade Federal da Bahia, 1986. p.107-129.

Paim JS. Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994. p.1-80.

Palfrey JS, Tonniges TF, Green M, Richmond J. Introduction: Addressing the Millennial Morbidity-The Context of Community Pediatrics Pediatrics 2005; Apr 115: 1121 - 1123.

Patton MQ. Qualitative Research & Evaluation Methods. Londres, Sage, 2002.

Pearson HA. The history of Pediatrics in United States. In: Oski FA: Principles and Practice of Pediatrics. Philadelphia, J. B. Lippincot Company, 2<sup>nd</sup> ed, 1994.

Pope C, Mays N. Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde. 2a.ed. 2005. p.65-66.

Rushton FE Jr. American Academy of Pediatrics Committee on Community Health Services. The pediatrician's role in community pediatrics. Pediatrics 2005;115:1092-4.

Sanders LM, Robinson TN, Forster LQ, Plax K, Brosco JP, Brito A. Evidence-based community pediatrics: building a bridge from bedside to neighborhood. Pediatrics 2005;115(4 Supl):1142-7.

Santos NR. Retomada do Movimento Sanitário: Novos atores sociais com a Estratégia da Saúde da Família [acesso em 07 out 2007]. Disponível em: [www.ensp.fiocruz.br/eventos\\_novo/dados/arg5466.wma](http://www.ensp.fiocruz.br/eventos_novo/dados/arg5466.wma)

Santos RCN. A história do Projeto Montes Claros. In: Fleury, org. A Utopia Revisitada. Rio de Janeiro: Abrasco 1995. p. 21-79.

Satcher D, Kaczorowski J, Topa D. The expanding role of the pediatrician in improving child health in the 21st century. Pediatrics 2005;115(4 Suppl):1124-8.

Schönhaut L. Programa de pediatria ambulatoria: Desarrollo de competencias para atender integralmente al niño y su proceso de salud - enfermedad [acesso em 7 dez 2007]. Disponível em: <http://www.revistapediatria.cl/vol3num2/3.htm> 2006.

Semeghini UC. Campinas (1860 a 1980): agricultura, industrialização e urbanização. [Dissertação – Mestrado]. Campinas (SP): Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas; 1988.

Shi L, Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health policy* 2002; 60: 201-18.

Silva KP. A cidade, uma região, o sistema de saúde: para uma história da saúde e da urbanização em Campinas-SP. Campinas: Área de Publicações Centro de Memória/Unicamp, 1996. 123p.

Sociedade Brasileira de Pediatria. A assistência à saúde da criança e adolescente no contexto do programa de saúde da família. Rio de Janeiro, mimeo, 2001.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Resgate do Pediatra Geral. Consenso do Departamento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria. 2004.

Sociedade Brasileira de Pediatria. Mães querem pediatra atendendo seus filhos. Pesquisa Instituto Datafolha. Boletim SBP [acesso em 10 out 2006]. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=65&id\\_detalhe=2294&tipo\\_detalhe=s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=65&id_detalhe=2294&tipo_detalhe=s)

Sociedade Brasileira de Pediatria. SBP conquista reconhecimento da Adolescência como Área exclusiva da pediatria. SBP Notícias 2002 Mar-Mai [acesso em 13 nov 2007]. Disponível em: [http://www.sbp.com.br/show\\_item2.cfm?id\\_categoria=65&id\\_detalhe=879&tipo\\_detalhe=s](http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=65&id_detalhe=879&tipo_detalhe=s)

Sociedade Brasileira de Pediatria. Os patronos da Sociedade Brasileira de Pediatria: perfis biográficos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria. Academia Brasileira de Pediatria, 2006.

Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 8930, p.1129-33, 1994.

Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

Tanaka OY, Oliveira VE. Reforma(s) e Estruturação do Sistema de Saúde Britânico: lições para o SUS. *Saúde e Sociedade* 2007; v. 16, p. 7-17.

Teixeira CF. Educação em Saúde: Contribuição ao Estudo da Formação dos Agentes da Prática de Saúde no Brasil [Dissertação-Mestrado]. Salvador: Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia; 1982.

Téllez A, Bustamante C, Pérez MP: ¿Médico familiar del niño o pediatra? *Pediatría al Día* 2004; 20(4):32-5.

Trad LAB, Bastos ACS. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. *Cad. Saúde Pública* 1998; abr./jun. vol.14, n.2, p.429-435.

Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis, Vozes, 2003, 685 p.

Valle JR. Título de Especialista em Pediatria. In: Aguiar A e Martins EM. História da Pediatria Brasileira. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria/Nestlé, 1996.

Viana ALD, Dal Poz MR. The reorganization of the brazilian health system, and the Family Health Program. [acesso em 11 nov 2007]. *Physis*, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312005000300011&lng=en&nrm=iso)

Zanolli ML. A atenção à saúde da criança em Paulínia: um campo de prática da pediatria social [Tese-doutorado]. Campinas (SP): Universidade Estadual de Campinas; 1999.

Zanolli ML, Merhy EE. A pediatria social e as suas apostas reformistas. *Cad. Saúde Pública* 2001; 17(4): 977-987.

## **9- ANEXOS**

## ROTEIRO DE CAMPO E ENTREVISTA

Entrevista N° \_\_\_\_\_

Local da Entrevista (Instituição): \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Início: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_h. Término: \_\_\_\_\_:\_\_\_\_\_h. Duração em minutos: \_\_\_\_\_

### **A - Dados de Identificação Pessoal do Entrevistado:**

NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ FUNÇÃO: \_\_\_\_\_

NATURALIDADE: \_\_\_\_\_

### FORMAÇÃO:

	<b>INSTITUIÇÃO</b>	<b>CIDADE</b>	<b>ANO</b>
GRADUAÇÃO			

	<b>AREA</b>	<b>INSTIT.</b>	<b>CIDADE</b>	<b>ANO</b>
RESIDÊNCIA				
RESIDÊNCIA				

	<b>AREA</b>	<b>INSTIT</b>	<b>CIDADE</b>	<b>ANO</b>
ESPECIALIZAÇÃO				
ESPECIALIZAÇÃO				

**EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:**

	<b>CARGO</b>	<b>INSTIT.</b>	<b>CIDADE</b>
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

**TEMPO DE SERVIÇO** Na Prefeitura de Campinas \_\_\_\_\_

Naquela unidade de saúde específica \_\_\_\_\_

Naquela equipe de saúde da família \_\_\_\_\_

**B - Questões da Entrevista propriamente dita:**

1. Visão do entrevistado sobre a experiência de trabalhar numa Equipe de Saúde da Família na S.M.Saúde de Campinas.
2. Descrição das ações desenvolvidas pela equipe em relação à saúde da criança e do adolescente e de como as mesmas se dividem entre os vários profissionais, em especial o pediatra e o médico de família.
3. (apenas para o médico de família) Sente falta de atender mais crianças e adolescentes? Acha que a formação recebida para fazê-lo foi suficiente?
4. Opinião do entrevistado sobre a qualidade da atenção primária à saúde prestada por ele e sua equipe em relação à criança e adolescente.
5. Visão do entrevistado sobre avanços e limites do trabalho no modelo PAIDEIA de saúde da família, quanto a esta atenção prestada à infância e adolescência.

6. Visão sobre a influência do médico de família sobre a qualidade desta atenção. Sua presença acrescenta algo em termos desta qualificação?
7. Visão sobre a existência de pediatra na equipe, com relação à qualidade da atenção. É necessário na equipe? Poderia ser referencia à distância?
8. Está feliz com o trabalho? Fale sobre seus sentimentos.

**C- Dados da observação e auto-observação do entrevistador:**

9. Em relação ao entrevistado, seu comportamento global, expressões corporais, gesticulações, mímica facial, expressões do olhar, estilo e alterações na fala (silêncios, fala embargada, lapsos de língua e outros atos falhos, colocações inibidas e desinibidas, alterações no timbre e volume da voz), risos, sorrisos, choros e manifestações afins:

---

---

---

---

---

Reações/manifestações do tipo contra-transferencial:

---

---

---

---

## **MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

### **Termo de Consentimento Pós-Infirmação para Participação de Profissionais de saúde em Pesquisa qualitativa**

**Instituição:** UNICAMP - Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente.

**Projeto:** O PAPEL DO PEDIATRA NO PROGRAMA PAIDÉIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS-SP

**Pesquisador:** PAULO VICENTE BONILHA ALMEIDA

- MÉDICO CANDIDATO AO MESTRADO EM SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE-

O propósito desta pesquisa científica é conhecer a visão dos médicos pediatra e generalista de algumas equipes de saúde da família de como, na prática, vem funcionando o Programa Paidéia de Saúde da Família de Campinas, no que tange à atenção primária à saúde da criança e adolescente, buscando em especial entender os limites e potencialidades destes profissionais para um atendimento tecnicamente adequado aos problemas de saúde mais prevalentes nesta população em uma equipe de saúde da família.

Para tanto, serão realizadas entrevistas com estes profissionais de saúde, que podem durar aproximadamente de uma a duas horas. Durante as entrevistas serão feitas perguntas ao informante para se alcançar os objetivos da pesquisa. Poderá haver a necessidade de um eventual segundo contato entrevistador-entrevistado para dirimir dúvidas, checar interpretações de conceitos e complementar falas da entrevista

Os registros feitos não serão divulgados aos demais profissionais que trabalham nesta Instituição, mas o relatório final, contendo citações anônimas, estará disponível para os interessados, inclusive para apresentação em encontros científicos e publicação em revistas especializadas.

Poderá não haver benefícios diretos ou imediatos para os entrevistados deste estudo, além da oportunidade de poderem conversar sobre seu trabalho, mas poderá haver eventualmente mudanças futuras na forma de organização do processo de trabalho de equipes de saúde da família, depois de os profissionais de saúde tomarem conhecimento das conclusões.

Este TERMO DE CONSENTIMENTO é para certificar que eu, \_\_\_\_\_, concordo em participar voluntariamente do projeto científico acima mencionado. Por meio deste, dou permissão para ser entrevistado e para estas entrevistas serem gravadas em fitas cassetes.

Estou CIENTE de que, ao término da pesquisa, as fitas serão apagadas e que os resultados serão divulgados, porém sem que meu nome apareça associado à pesquisa.

Estou CIENTE de que um técnico fará a transcrição da fala gravada para um texto em computador e que alguns colegas pesquisadores poderão conhecer o conteúdo, tal como for por mim relatado, para discutirem os resultados, mas estas pessoas estarão sempre submetidas às normas do sigilo profissional.

Estou CIENTE de que sou livre para recusar a dar resposta a determinadas questões durante as entrevistas, bem como para retirar meu consentimento e terminar minha participação a qualquer tempo.

Estou CIENTE de que terei a oportunidade para perguntar sobre qualquer questão que eu desejar, e que todas deverão ser respondidas a meu contento depois de encerrada a entrevista.

Estou CIENTE de que o produto final desta pesquisa poderá ser apresentado em encontros científicos e publicado em revistas especializadas.

**Nome:**

**Assinatura:**

Pesquisador: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entrevistado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Entrevista N<sup>o</sup> \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

**Telefones para eventuais dúvidas, reclamações ou esclarecimentos:**

- **Pesquisador: 3242-5870**
- **Departamento de Pediatria: 3788-7193**
- **Comitê de Ética em Pesquisa da FCM-Unicamp: 3788-8936**

**CARTA DE AUTORIZAÇÃO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE  
CAMPINAS PARA A REALIZAÇÃO DA PESQUISA**

Venho, por meio desta carta, autorizar o desenvolvimento, na Rede Básica de Saúde de Campinas, da pesquisa intitulada “o Papel do Pediatra no Programa Paidéia de Saúde da Família do Município de Campinas”, que consiste em Projeto de Pesquisa de Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente, do Pós-Graduando Paulo Vicente Bonilha Almeida, junto à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Campinas, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

---

MARIA DO CARMO C. CARPINTÉRO  
Secretária Municipal de Saúde de Campinas

**MODELO DO OFICIO ENVIADO AOS DIRETORES DOS DISTRITOS DE  
SAÚDE DE CAMPINAS SOLICITANDO A INDICAÇÃO DE MÉDICOS  
PARA SEREM ENTREVISTADOS NA PESQUISA**

Campinas, 10 de novembro de 2004.

ILMO. (A) SR. (SRA.) \_\_\_\_\_

DD. DIRETOR DO DISTRITO DE SAÚDE DA REGIÃO \_\_\_\_\_

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CAMPINAS

Venho por meio desta carta, solicitar autorização para o desenvolvimento, neste Distrito de Saúde de Campinas, da pesquisa sob minha responsabilidade intitulada “O PAPEL DO PEDIATRA NO PROGRAMA PAIDÉIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS”, que consiste em projeto de pesquisa de mestrado em Saúde da criança e do adolescente, junto à Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Os objetivos desta pesquisa são:

- a) Conhecer, através da fala dos médicos pediatra e generalista, como na prática vem funcionando o PSF Paidéia de Campinas, no que tange à atenção primária à saúde da criança e adolescente por eles prestada e como avaliam esta sua atuação.
- b) Conhecer e interpretar como o médico de família e o próprio pediatra pensam o papel do pediatra na equipe de saúde da família.

Para tal serão entrevistados os médicos pediatra e generalista de 10 equipes de saúde da família do PSF-Paidéia, sendo 2 de cada Distrito de saúde.

Neste sentido, em caso de concordância com a realização da pesquisa, solicitaria que este Distrito indicasse as duas equipes a serem estudadas, tendo como critério serem aquelas que segundo a equipe gestora do Distrito estão mais consolidadas, ou seja, há mais tempo trabalhando conjuntamente, com maior adesão às diretrizes do PSF-Paidéia e melhores resultados no trabalho.

Desde já agradeço a atenção e aguardo sua resposta.

---

Paulo Vicente Bonilha Almeida

## **PROGRAMA PAIDÉIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - CAMPINAS/2001**

As Diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde - Gestão 2001 - 2004

*Colegiado de Gestão da SMS/Campinas*

*Diretrizes para Atenção Básica à Saúde*

*3ª versão - outubro/2001*

### **1- Por que SAÚDE PAIDÉIA?**

O objetivo que justifica a existência do Sistema Único de Saúde é a produção de saúde. E a saúde é um atributo das pessoas, dos sujeitos. Não há, portanto, como se falar em saúde desconsiderando os sujeitos concretos, ainda quando a produção de saúde dependa do contexto. A cidade, ou o ambiente, ou o território saudável, somente podem ser assim classificados por referência a pessoas reais. A saúde das pessoas, portanto.

Por esse motivo acrescenta-se o adjetivo paidéia à força substantiva da saúde. Paidéia é um conceito antigo, clássico, e que significa desenvolvimento integral do ser humano. Foi criado na época em que os gregos sonhavam com cidades democráticas. A construção destas cidades dependeria de um método novo de governar e de viver. Para fundar um governo democrático eles se valiam da *Ágora*, que era uma assembleia do povo: as pessoas reunidas para traçar o próprio destino: hoje, falamos em co-gestão, orçamento participativo, conselhos, etc. No entanto, eles sabiam também necessário um trabalho sobre eles mesmos para que fossem capazes de gerir a própria vida: para isto imaginaram um sistema de formação integral dos cidadãos: uma educação para a vida: e daí a palavra Paidéia. A formação integral do ser humano: cuidar da saúde, da educação, das relações sociais, do ambiente, de tudo. E fazê-lo respeitando as diferenças entre as pessoas e os grupos. Paidéia, o desenvolvimento integral do ser humano, considerando tanto as necessidades da coletividade quanto dos indivíduos. Fator Paidéia: uma idéia síntese: pensar instituições que cumpram tanto funções pedagógicas, quando de reconstrução da subjetividade das pessoas.

Projeto de Saúde Paidéia: saúde e cidadania de braços dados, todo o tempo, ainda que combinados em distintas e variadas proporções.

E fazer tudo isto reconstruindo o modo com que pensamos e trabalhamos em saúde. Reformular a clínica tomando não apenas a doença, mas o sujeito enfermo (o biológico, o subjetivo e o social do processo saúde e doença), ampliar as práticas de promoção a saúde, articular-se em equipe interdisciplinares, ampliar os espaços em que se atende: além do consultório e da sala de procedimentos, o domicílio, a escola, o bairro, a rua, etc. Mas, sobretudo, cuidar das pessoas, pensando-as inseridas em redes sociais: o território, a Família, as instituições, etc.

Projeto Paidéia de Saúde da Família: trabalhar com um conceito ampliado de Família: grupo que co-habita um mesmo espaço; ampliar as redes de apoio e de solidariedade entre as equipes, as famílias e outras organizações. As pessoas, as famílias e o contexto.

## **2- Reforma e Ampliação da Rede Básica de Atenção à Saúde:**

O sucesso e a viabilidade do SUS dependem da instalação de uma rede básica eficaz que tanto promova saúde, quanto previna riscos e cuide de doenças e da reabilitação de pessoas com problemas crônicos.

A Atenção básica é um direito universal: todo brasileiro deveria ter livre acesso às Equipes Locais de Saúde; a equidade seria assegurada pelo encaminhamento discriminado aos outros níveis de assistência: o princípio da hierarquização. Em Campinas trabalhamos com a meta de instalar uma rede de Equipes Locais de Referência suficiente para garantir atenção básica aos 70% da população considerados dependentes do SUS. Cadastrar e matricular a todos. Ao mesmo tempo, contudo, estabelecer diferenças de atenção conforme o risco biológico, subjetivo e social de cada pessoa ou de cada família.

O Ministério da Saúde tem dado ênfase ao Programa de Saúde da Família como estratégia para a implantação de uma rede básica. Em Campinas, entretanto, já há 46 Centros de Saúde, que há anos vem cumprindo parte deste papel. Desde a década de setenta, sob a direção pioneira de Sebastião de Moraes, há em Campinas programas

comunitários de atenção em saúde. Posteriormente, construíram-se Centros de Saúde, contrataram-se técnicos e, com isto, ampliou-se a capacidade de atendimento da rede. Hoje, a rede básica da cidade oferece atenção ao adulto, à criança e à mulher, bem como conta com programas em saúde mental e bucal. Instalou-se razoável apoio na área de diagnóstico por imagens e laboratório. Há ampla distribuição de medicamentos.

Diagnósticos realizados indicam que ainda há falta de recursos em regiões específicas ou em determinadas áreas de atendimento (particularmente, há carência em relação ao adulto). No entanto, há também evidências de que o modo com que se organizou a atenção não vem cumprindo com os objetivos da atenção primária. Há filas, espera, sobrecarga de trabalho e dados que indicam a incapacidade desse sistema absorver a demanda ou mesmo atender às necessidades básicas de saúde. A maior parte da demanda ambulatorial ainda é atendida em PSs ou PAs e não pelas Equipes Locais; há pouco trabalho de promoção à saúde e baixa capacidade de atenção no domicílio ou na comunidade. O acesso está burocratizado em grande parte da rede, praticando-se uma clínica com baixa capacidade de resolver problemas de saúde. Há pouca educação em saúde e investe-se pouco em ampliar a autonomia e capacidade de autocuidado dos pacientes e comunidades. As Equipes Locais são multiprofissionais, mas trabalha-se de maneira isolada, vertical, havendo grande dificuldade em se criar processo de trabalho interdisciplinar.

Além disto, cometeu-se um sério equívoco durante os últimos oito anos: quase metade dos recursos investidos na atenção primária destinou-se a Prontos Atendimentos, que nem fazem clínica ampliada, nem prevenção, nem cumprem plenamente com a função de atender urgências e emergências. A mudança do modelo de atenção implica, portanto, em inversão desta tendência. Transformar, gradualmente, os Prontos Atendimentos existentes em Prontos Socorros e ampliar a capacidade das Equipes Locais de atender intercorrências clínicas, de resolver problemas individuais e coletivos de saúde, e de intervir sobre os mecanismos de produção de doenças. Para isto se faz urgente a implementação das seguintes diretrizes:

### **a- Clínica ampliada e ampliação das ações de saúde coletiva no nível local:**

Para aumentar a capacidade da rede básica resolver problemas de saúde (individuais ou coletivos) há que se proceder a uma reformulação do processo de trabalho nestas unidades em dois sentidos:

- Clínica ampliada: Considera-se que todo profissional de saúde que atende ou cuida de pessoas realiza clínica, havendo, portanto, várias modalidades de clínica: a do enfermeiro, do psicólogo, do médico, etc.

Clínica ampliada é a redefinição (ampliada) do “objeto, do objetivo e dos meios de trabalho da assistência individual, familiar ou a grupos”. Considerar que o “objeto de trabalho” da assistência à saúde é uma pessoa, ou um grupo, ou uma família, ou um coletivo institucional, com doença ou risco de adoecer. O novo modelo de trabalho visa superar a clínica tradicional que toma como objeto somente a doença. Construir, portanto, um objeto ampliado para o trabalho da clínica: tomar o sujeito enfermo ou com possibilidade de adoecer e não somente a doença. E ainda outra ampliação: considerar não somente um paciente, mas também o grupo de sujeitos (a família e outros coletivos, uma classe, um agrupamento institucional) como objeto da clínica ampliada. De qualquer forma, no horizonte, não há como fugir da evidência de que o objeto de trabalho inclui a doença, ainda quando como uma possibilidade remota; a saúde é o objetivo, o resultado almejado.

Assim, tanto no diagnóstico quanto na terapêutica, tomar elementos orgânicos (biológicos), subjetivos e sociais do processo saúde e doença. Isto implica em ampliar os meios de trabalho: modificar a escuta, a entrevista, a intervenção terapêutica, descentrando-a do uso quase que exclusivo de medicamentos ou de procedimentos cirúrgicos. Valer-se com maior frequência de técnicas de prevenção, de educação em saúde e de reconstrução da subjetividade. Tudo isto sem negar o espaço singular dos vários tipos de clínica. Sem, portanto, fundi-las todas em um tipo comum. A combinação destes elementos deverá ser variável conforme a problema em foco e a área de atenção envolvida.

Este tipo de clínica depende da existência de vínculo continuado (relação horizontal no tempo) entre profissionais e pacientes, famílias ou comunidades. Interação e personalização das relações entre equipe e usuário. Não há como realizar clínica

ampliada em um PS (no PS há que se fazer clínica de urgência) ou em um PA. Neste sentido, o importante não é completar o diagnóstico em um primeiro atendimento quilométrico, mas ir construindo uma avaliação processual dos casos.

- Ampliação do objetivo: a finalidade da assistência individual é a produção de saúde por meio da cura ou da reabilitação, ou até mesmo de alívio do sofrimento. No entanto, a ampliação inclui também o esforço simultâneo para aumentar o coeficiente de autonomia e de autocuidado dos pacientes, famílias e comunidades. Uma linha de combate à medicalização, à institucionalização e a dependência excessiva das pessoas dos profissionais ou serviços de saúde.

Esta ampliação nunca poderá ser levada a cabo por um profissional isolado; é um desafio concreto para a equipe interdisciplinar e será uma tarefa da Equipe Local de Referência (Equipe de Saúde da Família) e das Equipes de Apoio.

- Ampliação das ações da saúde coletiva no nível local: Sem dúvida, a própria ampliação da clínica é um recurso poderoso para tornar realidade essa diretriz.

Entretanto, com objetivo de ampliar as ações de promoção e de prevenção sugere-se também a organização de Núcleos de Saúde Coletiva em todas as UBS. Funcionarão em apoio às Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família). Serão compostos por profissionais com formação em Saúde Pública, com tempo reservado para este tipo de trabalho, e pelos Agentes de Saúde.

A função destes núcleos será dupla: tanto apoio as Equipes de Referência, quanto desenvolver ações diretas sobre grupos, instituições, ambiente, etc. Faz-se necessário uma definição mais precisa de suas atribuições, tanto levando em conta problemas específicos da região, quanto o projeto de descentralização da Vigilância à Saúde em curso.

## **b- cadastro de saúde da população e vinculação de famílias a Equipe Local de Referência:**

Realizar Cadastro Familiar conforme metodologia sugerida pelo Programa de Saúde do Ministério, acrescida com dados de nosso interesse. Construir cadastros domiciliares com classificação de risco familiar e individual, bem como proceder à matrícula de famílias às Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família).

Este trabalho deverá ser realizado por Agentes de Saúde com apoio das equipes dos CSs e dos Distritos. Em regiões em que estiverem se instalando novos serviços ou de pequena cobertura assistencial, o cadastramento será realizado da forma clássica, de domicílio em domicílio. Em Centros de Saúde que já contem com clientela regular, o cadastramento poderá obedecer a critérios estabelecidos pela equipe local e basear-se nos prontuários familiares existentes.

Os Centros de Saúde serão reorganizados em Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família), responsáveis pelo atendimento básico integral às famílias, e Equipes de Apoio (Equipe Matricial), encarregadas de cooperar com as primeiras em áreas específicas, como saúde mental, saúde coletiva, reabilitação, etc.

Estas equipes deverão constituir-se em Unidades de Produção, ou seja, são equipes interdisciplinares e multiprofissionais, com objeto e objetivo de trabalho comum – um determinado número de famílias sob responsabilidade integral, e com poder gerencial próprio – autonomia relativa para pensar e organizar o processo de trabalho e projetos terapêuticos. O colegiado do Centro de Saúde será composto pelos componentes (ou representantes) das várias equipes organizadas em cada local. O coordenador do Centro deve trabalhar para apoiar a ação das Equipes Locais e de Apoio, articulando-as com os outros níveis do sistema.

Em vários Centros de Saúde há organização por áreas especializadas (programas) – saúde da criança, do adulto, da mulher, bucal, mental, etc -, estas áreas poderão ser mantidas, servindo como apoio às Equipes de Saúde da Família. Este apoio efetivar-se-á por meio da elaboração de protocolos específicos, da sugestão de prioridades e de projetos, bem como encarregando-se de processos de educação continuada da equipe e de usuários.

As Equipes Locais de Referência (Equipes de Saúde da Família) serão compostas por médico de família, enfermeiro, auxiliares de enfermagem, agentes de saúde, dentista e ACD ou THD. Respeitando as características de Campinas (epidemiológicas e da própria rede) estimula-se que médicos pediatras, gineco-obstetras e clínicos (em meio período) integrem a Equipe Local de Saúde da Família.

Este projeto introduz dois novos profissionais na rede básica: o médico de família e o agente comunitário de saúde. Espera-se que sirvam como anteparo a tendência progressiva à especialização que se verifica nos serviços de saúde de todo o mundo. Reforçar a Equipe Local com profissionais contratados e treinados para responsabilizar-se integralmente pela atenção à saúde de pessoas e de famílias. A própria SMS/Campinas organizará cursos de capacitação para estes profissionais, visto que não são formados com este perfil pelo sistema tradicional de educação.

O Médico de família para Campinas terá como núcleo de competência e de responsabilidade exercer a clínica ampliada em relação aos adultos. E como campo de responsabilidade a atenção a intercorrências e a problemas mais frequentes em relação à criança (apoio à puericultura, infecções respiratórias, dinâmica familiar, etc) e à saúde da mulher (anti-concepção, patologias ginecológicas básicas, apoio ao pré-natal). Isto porque em todos os Centros de Saúde ele contará com pediatras e ginecologistas na própria equipe ou em apoio. Na eventualidade de algum pediatra oferecer-se como médico de família, poder-se-á organizar Equipes Locais com um ginecologista e um clínico como apoiadores.

O Agente de Saúde serão preparados e contratados como profissionais técnicos em Saúde Pública (não como auxiliares de enfermagem), ampliando a capacidade das UBS agirem na comunidade e nos domicílios. Sua qualificação não será avaliada apenas por saberes clássicos ao modelo médico, mas pela capacidade de interação e de proteção às pessoas, famílias e comunidade. A crítica extremada de alguns técnicos à função nuclear do Agente, no fundo, é uma reação contra a socialização de saberes e de práticas sanitárias. Os Agentes serão capacitados para a educação Paidéia: contribuir para que o paciente e familiares se apropriem de conhecimentos e de práticas que lhes foram progressivamente retirados pelo poder das corporações e pelo discurso técnico. Além disto, espera-se que eles apoiem o desenvolvimento integral das pessoas e comunidades, mobilizando o potencial destes agrupamentos, bem como estimulando o trabalho intersetorial.

Eles trabalharão ligados às Equipes de Referência e sob a supervisão do Núcleo de Saúde Coletiva. O seu papel é o de expandir a capacidade de ação dos Centros de Saúde: acompanhando o dia-a-dia das famílias e pessoas que necessitem de apoio; realizando visitas em função de eventos sentinela, mortalidade materna, nascimentos, tratamento supervisionado, etc. Os agentes de saúde serão um recurso para ampliar a autonomia e capacidade de autocuidado de pacientes e das famílias; bem como para abrir o Centro de Saúde para demandas e necessidades emergentes na comunidade. O Agente de Saúde participará da construção de agendas para as Equipes, por exemplo. (ver documento da Coordenadoria de RH da SMS/Campinas).

Trabalhar-se-á com dois modelos básicos de Equipe Local de Referência:

- Clássica: composta por médico de família e enfermeiro, 1 dentista 36 horas ou 2 dentistas de 20 horas, 2 ACD + 1 THD (onde houver), auxiliares de enfermagem e agentes de saúde (em turno completo) – com cobertura de 700 famílias ou 3500 pessoas.
- Ampliada: médico generalista e enfermeiro (em turno completo), pediatra e gineco-obstetra (ambos meio período), 1 dentista 36 horas ou 2 dentistas 20 horas, 2 ACD + 1 THD (onde houver), auxiliares de enfermagem e agentes de saúde – com cobertura de 1400 famílias ou 7000 pessoas. Nota: para fim de cálculo, cada Equipe de família Ampliada corresponde a 02 das clássicas.

Para 04 ou 05 Equipes de Saúde da Família haverá apoio matricial da Equipe Local de Saúde Mental, do núcleo de Saúde Coletiva, e de profissionais da Reabilitação.

### **c- Acolhimento e Responsabilização:**

São conceitos amplos e que exigem mudança de postura em todo o sistema de saúde, no sentido de receber os casos e de responsabilizar-se de modo integral por eles. Acolher é receber bem, ouvir a demanda, buscar formar de compreendê-la e solidarizar-se com ela. Desenvolver maneiras adequadas de receber os distintos modos com que a população busca ajuda nos serviços de saúde, respeitando o momento existencial de cada um sem abrir mão de colocar limites necessários.

Além desta concepção ampliada e que deve orientar a gestão de todo o SUS, o tomaremos também em sentido restrito: no de garantir Acesso, qualificando a recepção nos Centros de Saúde. Assim:

- A recepção nas UBS deverá ser técnica e não administrativa, permitindo a avaliação clínica dos casos durante todo o horário de funcionamento do serviço. A ordem de chegada não deve ser o principal critério para o atendimento de casos, mas a sua gravidade ou o sofrimento do paciente.

- Tarefas do Acolhimento em relação ao Acesso: avaliar o risco e necessidades de saúde caso a caso; resolver os casos conforme complexidade e capacidade do técnico em serviço; encaminhar os examinados conforme gravidade e disponibilidade para atendimento na própria UBS, ou Pronto Socorro ou Serviço de Referência, responsabilizando-se pelo sucesso do encaminhamento; cadastramento de pacientes ainda não matriculados e que pertençam à região de cobertura da UBS; desenvolver ações preventivas e de educação em saúde (Tb, prevenção Ca, Vacinas, etc).

- Portas de Entrada: as UBS devem funcionar com várias Portas de entrada: todo paciente com retorno para qualquer atividade deve se dirigir direto para o setor sem passar pelo Acolhimento. O Acolhimento será porta de entrada para casos novos e para intercorrências (Imprevistos). As Equipes de Referência serão responsáveis pelo atendimento de suas próprias intercorrências, apoiando-se eventualmente na Equipe de Acolhimento.

- Agendamento: somente haverá agenda futura para indicações terapêuticas (retorno), ninguém deve ser agendado sem avaliação de risco. Há que se terminar com a prática de abrir agendamento em alguns dias do mês sem avaliação prévia dos casos.

- Funcionamento: O local para funcionamento de um Acolhimento de casos imprevistos deverá respeitar a privacidade (balcão não serve). Os profissionais devem valer-se de protocolos para avaliação do risco à criança, mulher e adulto em geral. O pessoal designado para o Acolhimento deverá passar por capacitação e contar com apoio do tipo educação

continuada. Poderão trabalhar no Acolhimento, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, etc, contanto sempre com pelo menos um médico na retaguarda de maneira a solicitar-se a imediata avaliação conjunta do caso. (Ver documento sobre Acolhimento da SMS/Campinas).

#### **d- Sistema de co-gestão:**

A gestão participativa é um instrumento poderoso para construir eficácia e eficiência, bem como uma diretriz ético-política fundamental. A gestão é um modo de racionalizar os meios para atingir um fim (função administrativa clássica), mas é também uma forma de democratizar o poder (controlar o estado e o governo, ou os excessos dos distintos corporativismos), bem como de motivar e de educar os trabalhadores.

Consideramos que o SUS tem três objetivos básicos: a produção de saúde; a realização profissional e pessoal de seus trabalhadores; e a sua própria reprodução enquanto política democrática e sistema solidário. A gestão participativa reconhece que não há combinação ideal pré-fixada destes distintos interesses, e que é no exercício da co-gestão que se irão construindo contratos e compromissos entre os sujeitos envolvidos com o sistema.

Operamos com a idéia de um sistema de co-governo: conselhos locais de saúde - coordenação, equipe e usuários compartilhando o poder; colegiados de gestão – o poder centrado na equipe interdisciplinar e não nas corporações; dispositivos variados – oficinas, reuniões por categoria profissional, sala de espera, assembléia com usuários, etc; e, finalmente, gestão cotidiana democrática – com análise de temas e tomada de decisão envolvendo os interessados. Cada um destes Espaços Coletivos deve ser considerado deliberativo e tomar decisões no seu âmbito de governo e em conformidade aos contratos e diretrizes definidas.

Trabalharemos com a construção progressiva de projetos, envolvendo todo este sistema. O governo tem diretrizes, que são Ofertadas como temas a serem reconstruídos pelas Equipes. A gestão deve completar também temas oriundos de Demanda destes vários segmentos: usuários, famílias, equipes, etc.

As equipes dos Distritos e dos Departamentos da SMS passarão a funcionar como Apoiadores Institucionais, somando-se ao esforço das Equipes Locais e de segmentos de usuários para mudança de modelo e dos processos de trabalho.

Todos os Centros de Saúde devem montar ou, em caso de existência, reforçar os Conselhos Locais de Saúde e os Colegiados de Gestão. Sugerimos que se reserve pelo menos duas horas a cada quinze dias para reunião dos Colegiados (Equipes).

#### **e - Capacitação:**

Com apoio das Universidades, dos Pólos de Capacitação de Saúde da Família, a SMS deverá desencadear um amplo e progressivo processo de educação continuada tomando como foco a Equipe de Referência e de Apoio, objetivando ampliar a clínica e modificar o processo de trabalho nas UBS. O modelo pedagógico adotado será construtivo, com concentração e dispersão, possibilitando discussão de casos e de elementos teóricos e assegurando a circulação de informação e de outras experiências entre os profissionais.

Parte do curso será comum para toda a Equipe de referência e outra específica conforme o núcleo profissional. O conteúdo básico do Curso será: Política de Saúde e o SUS; Clínica Ampliada e Promoção à Saúde; Gestão participativa e o trabalho em equipe; O trabalho com famílias; Temas saúde/doença prevalentes: dependência química, violência, hipertensão, diabetes, etc.

#### **TEXTOS DE APOIO PARA CONSTRUÇÃO DAS DIRETRIZES:**

- 1- Relatório final da V Conferência Municipal de Saúde de Campinas/SP – “SUS: Construção de Todos” – fevereiro/março de 2000.
- 2- Secretaria Municipal de Saúde de Campinas/SP – Relatório de Seminário sobre reorganização do modelo de atenção em saúde do Distrito Sul – setembro/2000.
- 3- Secretaria de Municipal de Saúde - Distrito Sudoeste e Equipe do CS Vida Nova – Relatório sobre Equipes de Referência: Modelo de Atenção à saúde na rede básica – janeiro 2001.

4- Ministério da Saúde – Saúde da Família – dezembro/2000

5- Gastão Wagner de Sousa Campos:

- a- “Um Método para análise e co-gestão de coletivos: o Método da Roda”. São Paulo, Hucitec, 2000.
- b- “Equipes de Referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde”. Revista Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO, 4(2): 303-404; 1999.
- c- “Saúde Pública e saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas”. Revista de Ciência e Saúde Coletiva, ABRASCO, 5(2):219-230
- d- “Clínica Ampliada e Acolhimento”. DMPS/FCM/UNICAP, mimeo, 1997.