

O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP)

The pediatrician's role in the Paidéia-Family Health Program in Campinas, São Paulo State, Brazil

Paulo Vicente Bonilha Almeida¹
 Maria de Lurdes Zanolli¹

Abstract *Brazil is developing a Family Health Program in the Primary Health Care. The Family Health Program's team composition has been criticized as insufficient. One of the criticisms has been about the absence of the pediatrician. This study analyzed the experience of the city of Campinas, São Paulo State, which implemented this program with adaptations specifically with the presence of the pediatrician in its 140 teams. Using qualitative methodology and semi-structured interviews, pediatricians and ten family physicians teams were interviewed. The objective was to know their visions about their practice with children's primary health care, the role of each one and about the pediatrician's presence in the team. It was almost an unanimity about the importance of the pediatrician's participation in Primary Health Care, not as a specialty, but because of the improvement of the team's resolubility. Though, the pediatrician's work was considered too focused in the biomedical paradigm and in the office. There is a need for the pediatrician to have more engagement with the psychosocial aspects, the family and territory. It is essential the improvement of the training of pediatricians and family physicians to deal with the complex mission of the primary health care of nowadays.*

Key words *Family health program, Primary health care, Pediatrician, Family physician, Child and adolescent health care*

Resumo *O Brasil vem implantando o Programa de Saúde da Família, em sua atenção básica à saúde. A composição das equipes do programa tem sido questionada como insuficiente, sendo uma das críticas a ausência do pediatra. Este trabalho analisou parte da experiência do município de Campinas (SP), que implantou o programa com adaptações, entre as quais a existência de pediatra em suas 140 equipes. Utilizando metodologia qualitativa e entrevistas semi-estruturadas, foram entrevistados pediatras e médicos de família de dez equipes, indicadas pelos gestores como as de melhores resultados. O objetivo foi conhecer a visão dos mesmos sobre a atenção à saúde da criança por eles praticada, o papel de cada um e a existência do pediatra no programa. Há uma quase unanimidade de defesa da importância do pediatra na atenção básica por aumentar a resolubidade da equipe. Porém, são 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. É essencial uma melhor capacitação do médico de família e do pediatra frente à complexidade da missão da atenção básica atual.*

Palavras-chave *Programa de Saúde da Família, Atenção primária à saúde, Atenção básica à saúde, Pediatra, Médico de família, Saúde da criança e do adolescente*

¹ Departamento de
 Pediatria, Faculdade de
 Ciências Médicas,
 Universidade Estadual de
 Campinas. Rua Tessália
 Vieira de Camargo 126,
 Cidade Universitária
 "Zeferino Vaz". 13083-887
 Campinas SP.
 paulobonilha@hotmail.com

Questões introdutórias

Países que têm a atenção básica à saúde (ABS) como eixo de seus sistemas de saúde alcançam melhores resultados a um custo mais baixo¹. A capacidade da ABS afetar positivamente a maioria dos indicadores de saúde populacional tem sido demonstrada de forma consistente por várias pesquisas comparativas internacionais nas últimas duas décadas¹⁻³.

Embora a história da saúde pública brasileira registre muitas iniciativas localizadas de estruturação de redes de atenção básica^{4,5}, isto nunca havia se efetivado enquanto uma prioridade federal que repercutisse na criação de uma política de abrangência nacional. Porém, a partir de 1994, o Brasil passa a implantar o Programa de Saúde da Família (PSF)⁶ como estratégia de atenção básica à saúde, com grande ampliação do acesso e impacto em indicadores de saúde^{7,8}.

Em 2008, já não mais entendida como uma estratégia ou programa, mas como uma política nacional⁹, a Saúde da Família atinge a marca de 29.200 equipes, espalhadas por 5.232 municípios. Apesar do grande crescimento do número de equipes, isso significa ainda uma cobertura de apenas 49% da população brasileira (93 milhões de pessoas)^{7,10}.

Quanto ao seu impacto sobre as condições de saúde da população, Macinko *et al*⁸, estudando a redução da taxa de mortalidade infantil brasileira, entre 1990 e 2002, de 49,7 para 28,9 óbitos por mil nascidos vivos, verificaram que a cada 10% de aumento de cobertura da Saúde da Família, houve uma redução de 4,6% da mortalidade infantil.

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

Uma destas polêmicas diz respeito à existência ou não do médico pediatra na ABS^{11,12}. Na maioria dos países industrializados, os serviços de atenção básica são prestados por médicos de família, que funcionam como porta de entrada (*gatekeepers*) do sistema de saúde, acompanhados ou não por outros profissionais de saúde². Entretanto, na atenção básica à infância e adolescência de muitos países, como Espanha e Itália, por exemplo, os pediatras são os médicos para crianças abaixo de catorze anos de idade^{2,11}.

No Brasil, há questionamentos sobre a insuficiência da composição da equipe de saúde da

família (ESF) padrão do Ministério da Saúde, para dar conta da variedade e complexidade das situações sanitárias. A ausência do pediatra na equipe tem sido uma das críticas^{13,14}. Para a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a presença do pediatra seria necessária tendo em vista uma “limitação do conhecimento do médico generalista” e o fato do trabalho do pediatra ser generalista¹⁵.

A partir de 2001, o município de Campinas (SP), cidade de cerca de um milhão de habitantes, implanta seu PSF, denominado de PSF-Paidéia, com adaptações à realidade local, entre as quais a existência de pediatra em suas mais de 140 equipes^{15,16}. Em seu início, foi desenvolvida maciça capacitação em PSF-Paidéia (territorialização, trabalho em equipe, clínica ampliada, projeto terapêutico singular, etc.)¹⁶ para a grande maioria dos trabalhadores da rede básica de saúde. O médico generalista teria 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. O pediatra continuaria com a atenção à saúde da criança e adolescente de uma forma geral.

O objetivo desse estudo foi analisar a visão de pediatras e médicos de família, de algumas equipes selecionadas do PSF-Paidéia, sobre a atenção por eles praticada, o papel de cada um nesse trabalho e, em especial, como pensam idealmente a existência do pediatra no programa, se ele é realmente necessário dentro das equipes.

Método

Utilizando metodologia qualitativa^{17,18} e entrevistas semi-estruturadas, foram entrevistados pediatras e médicos de família de dez ESF, da rede básica de saúde de Campinas.

Pesquisas qualitativas utilizando entrevistas com profissionais de saúde, inclusive médicos, também versando sobre a sua prática de trabalho, ilustram a potência do método^{19,20}.

O número final de entrevistados foi definido pelo conceito de saturação¹⁸, mas como parâmetro inicial foi usado como critério a indicação de duas equipes de cada um dos cinco distritos de saúde do município, pelos respectivos gestores, como aquelas com trabalho mais consolidado, ou seja, com mais tempo de trabalho conjunto, com maior adesão às diretrizes do PSF-Paidéia e melhores resultados no trabalho. O que se alme-

jou, portanto, foi estudar equipes idealmente, na melhor potência possível do PSF-Paidéia.

As entrevistas, depois de transcritas, foram tratadas através da análise de conteúdo, na modalidade análise temática¹⁸.

O trabalho de campo, com a aplicação das entrevistas, foi iniciado em 03 de fevereiro de 2005 e concluído em 03 de março de 2006.

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

Resultados e discussão

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 1), a caracterização dos mesmos tem por função apontar tais diferenças, pois estas podem ter influenciado o padrão de respostas encontrado nas entrevistas. Uma das diferenças de maior potencial de influência é certamente o aspecto da formação, já que a maioria dos médicos de família tem 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 Brasil²¹. Já entre os pediatras, todos têm residência médica em pediatria, mas só um possui também especialização em saúde pública. Também a grande diferença de faixa etária de pediatras em relação aos médicos de família implica terem vivenciado momentos históricos da formação médica muito diferentes,

o que por sua vez também muito deve ter repercutido nas práticas e nos discursos destes dois grupos nesta pesquisa.

Que médico faz o que em relação à atenção à saúde da criança

Para verificar na prática como se deu a atenção à saúde da criança e adolescente nas ESF dos médicos entrevistados, foi-lhes pedido que descrevessem as ações desenvolvidas nessa área.

Ações desenvolvidas pelo médico de família

Observou-se que a saúde da criança continuou mesmo sob responsabilidade do pediatra, com o médico de família fazendo, quase sempre, apenas o pronto atendimento (PA) à demanda espontânea em momentos de ausência do pediatra ou, excepcionalmente, em situações de sobrecarga da agenda desse.

Dois dos onze médicos de família, não por acaso ambos do grupo com formação em saúde da família ou saúde pública, relataram, com pesar, que só por curto espaço de tempo “conseguiram” fazer consultas de acompanhamento de puericultura e, ao mesmo tempo, dar conta da sempre grande demanda de atendimento de adultos.

O atendimento a adolescentes, seja programático ou de PA, foi outra área em que os médicos de família estiveram presentes, muito mais que os pediatras. Curiosamente uma área de atuação em que a SBP muito lutou para que, em 2002, fosse aprovada, pelo Conselho Federal de Medicina, como exclusiva do pediatra. Vários médicos de família relataram que se sentiam mais à vontade atendendo crianças maiores e adolescentes e percebiam maior segurança até da equipe de enfermagem e de mães nessas situações, do que quando atendiam recém-nascidos e lacten-

Tabela 1. Características do perfil dos médicos de família e pediatras.

	Médicos de família (n=11)	Pediatras (n=9)
Sexo		
Feminino	7	5
Masculino	4	4
Idade (média anos)	37,7	49,2
Tempo de prefeitura (média anos)	6,2	15,1
Especialização Medicina de família/ Saúde pública	7/11	1/9
Residência médica Pediatria	1/11	9/9
Outros vínculos	5/11	7/9

tes. Uma das pediatras relaciona o maior interesse/disponibilidade de alguns médicos de família em atender a população pediátrica como um todo, ao fato destes terem formação em medicina de família.

Ações desenvolvidas pelo pediatra

As consultas de acompanhamento de puericultura foram citadas, de forma unânime, pelos pediatras como uma das suas principais atividades. Vários explicitam tratar-se de atividade que prezam muito, sendo motivo de “orgulho” nos seus discursos. Ainda em relação à puericultura, há uma preocupação da maioria dos pediatras em garantir acompanhamento quase que exclusivamente para crianças menores de dois anos, apesar do crescimento atual das problemáticas de saúde das faixas etárias escolar e adolescente.

Sobre as ações programáticas efetuadas, vários citam a realização de ações direcionadas à desnutrição, mas é notável uma quase ausência de falas sobre atividades específicas para prevenção e tratamento da obesidade (apenas uma pediatra cita ação), distúrbio nutricional que hoje já é mais prevalente que o primeiro em nosso meio.

Outra atividade muito realizada é o pronto atendimento à demanda espontânea. Praticamente todos referiram garantir espaço para esse tipo de consultas na agenda diária e não apenas para aquelas programadas. Porém, ao contrário da puericultura, essa atividade mostrou-se com frequência desvalorizada pelos pediatras e médicos de família, sendo, via de regra, motivo de queixa, pela sobrecarga com um excesso de PA, que inclusive prejudicaria o desenvolvimento das atividades programáticas. 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 acolhimento²², 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. A fala de uma médica de família ilustra bem este pensamento: **“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”**.

Em relação ao trabalho em escolas, creches e outras instituições envolvidas com crianças/adolescentes, todos os médicos entrevistados relatam que suas unidades de saúde desenvolvem algum tipo de ação, em geral de educação em saúde e prevenção de agravos, e mais eventualmente, de vigilância em saúde. Entretanto, esse trabalho, na maioria desses centros de saúde, é pontual, sob demanda das unidades educacionais, sendo minoria trabalhos programados e inexistente uma atuação permanente e sistemática. Chama a atenção o envolvimento de uma grande variedade de profissionais da equipe nessas ações, enquanto a maioria dos pediatras refere não participar das mesmas. Trata-se de situação surpreendente, pois seria esperada uma atuação mais proativa e mesmo de liderança do pediatra, em relação ao tema.

Nenhum dos pediatras realiza visitas domiciliares (VD) relacionadas a questões de saúde da criança ou do adolescente. Alguns médicos de família o fazem e queixam-se dessa falta de participação, chegando a explicitar que os pediatras não têm interesse, não gostam deste tipo de atividade. Vários dos pediatras aparentam não captar a potência deste tipo de atendimento, pois alegam não haver demanda pelo mesmo, talvez influenciados pelo fato de que um dos principais critérios usados para visita domiciliar de adultos é a impossibilidade/dificuldade de deambulação.

O desenvolvimento de atividades grupais com crianças ou pais mostrou-se muito heterogêneo entre os pediatras. A maioria diz que suas equipes realizam essas atividades, sendo variável sua participação. Alguns, justificando-se pela sobrecarga de atendimento clínico e falta de adesão dos pacientes, não praticam qualquer trabalho desse tipo.

A reunião semanal da equipe de saúde da família é um espaço amplamente reconhecido como importante para troca de informações, aprendizado e complementação de saberes na discussão de projetos terapêuticos singulares^{23,24} de casos complexos. Grande parte dos casos de crianças levados para discussão na reunião da equipe (com frequência por outros profissionais e não pelos pediatras), consiste em situações de problemas com fortes componentes psicossociais, tais como suspeitas de maus tratos, violência doméstica, etc. A participação pouco ativa dos pediatras nessas reuniões e o baixo envolvimento em relação a esses tipos de casos, que transcendem a atuação dentro do consultório, são criticados por vários médicos de família.

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 país¹⁴, de que não seriam especialistas e sim “generalistas para esta idade”.

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”.

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 em situações de urgência/emergência”.

A favor da sua importância para uma atenção básica de qualidade, pediatras também argumentam com o que chamam de “questão cultural”. Segundo um deles, “*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. Você falar que vai passar pelo generalista, elas ficam um pouco assim ... ‘Mas quando ele passa com o pediatra?’*”.

A título de ilustração, em pesquisa de 2006 da SBP²⁵ sobre a opinião das mães quanto ao pro-

fissional mais indicado para o atendimento médico de seus filhos, 69% consideraram “muito importante” e 28% “importante” que o atendimento médico a seu filho seja feito pelo pediatra. Como apenas 1% das entrevistadas tinha como “local de atendimento” o PSF, a pesquisa não tocou realmente a polêmica em questão, ou seja, verificar se entre mães que têm suas crianças atendidas por médicos de família, há a reivindicação por atendimento com pediatra. De qualquer forma, o citado inquerito tem o mérito de comprovar o que empiricamente parecia óbvio: que as mães, idealmente, preferem que seus filhos sejam atendidos por pediatra. Isso porque, como já citado pelos pediatras, considerando o quão 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 suas dificuldades e limitações para atuar neste novo modelo. Assume uma deficiência para 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). 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*”.

Os médicos de família falam sobre o papel dos pediatras

A existência de pediatra nas equipes de PSF foi 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, com estes presentes 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*”.

Por outro lado, a maioria dos médicos de família aponta como “limites” do trabalho no PSF-Paidéia vários problemas do perfil ou da prática do seu colega pediatra, considerando suas expectativas quanto ao que o modelo assistencial exigiria desse profissional: “É muito centrado só na clínica”, “na consulta médica”, “atua como num plantão”, “não faz gestão do cuidado (coordenação do cuidado) da criança”; “só preocupado em atender, sem visão ou ações de saúde pública”; “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”.

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. E 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”***. Essa pediatra reconhece que a médica de família tem uma melhor formação do que ela para discutir “os casos mais complicados”, como 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”***.

Entretanto, é interessante perceber como essa pediatra, apesar de reconhecer suas limitações para exercitar uma clínica ampliada^{23,26}, parece compensá-las com uma postura proativa (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.

Deve-se atentar para o fato de que metade desses médicos de família que fazem críticas ao perfil ou à prática do seu colega pediatra tam-

bém apontaram como avanço do PSF-Paidéia a existência de pediatra na equipe. Aparentemente os médicos de família não pretendem com as críticas invalidar a importância do trabalho do pediatra, mas apontar aspectos para potencializá-lo em seu papel dentro da ESF. Vários deles afirmam que, na medida em que os pediatras não oferecem um cuidado mais ampliado àquelas suas crianças, cujo projeto terapêutico transcenda os limites do consultório, da intervenção mais diretamente dentro do modelo biomédico²⁷, acabam obrigando que eles, médicos de família, assumam a condução desses casos, especialmente no que tange aos complexos e trabalhosos aspectos psicossociais. 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.

O pediatra poderia ficar como referência à distância?

Sobre a hipótese de passarem a trabalhar como referências à distância, e não dentro das equipes, 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.

Todos os pediatras e a grande maioria dos médicos de família responderam, de forma bastante homogênea, que o mesmo era necessário na equipe, 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 a gente 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”.

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

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 Minayo¹⁸, “a representatividade do grupo na fala do indivíduo ocorre porque tanto o comportamento social como o individual obedece a modelos culturais interiorizados”.

Entre a idéia da existência de um pediatra dentro de cada ESF e a proposta de referenciamento 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 um 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 a 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 (cadastramento das famílias à equipe) que a composição da equipe deve ser definida, com limites bem móveis, na minha opinião. Vai ter região que vai precisar de quatro equipes, com pediatra dentro das equipes, e vai ter região que vai ter dois generalistas com um pediatra e um ginecologista à distância”.*

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 crian-

ça, pois, conta o médico acima, 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.

Um dos médicos de família faz uma proposta 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 que *“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)”.*

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 fez com que estas cidades ficassem quase com uma obrigação de aproveitá-los. As propostas de como fazê-lo variaram 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.

Apesar dessa grande variedade de modelos de apoio matricial existentes, com objetivo de ampliar a resolubilidade das ESF, só recentemente o Ministério da Saúde reconhece formalmente essa realidade, ao publicar, no início de 2008, portaria criando os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), possibilitando o apoio às ESF por outros especialistas médicos (como o pediatra) e profissionais de saúde.

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 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”**.

Assim, elogios a essa parceria são frequentes entre os pediatras e médicos de família, bem como aos arranjos do modelo tecnoassistencial 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: **“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”**.

Se o excesso de demanda e a sobrecarga de trabalho a que estão submetidas as equipes tendem a separar o generalista para o lado da clínica, 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”**.

Considerações finais

Pedro de Alcântara, um dos ícones da pediatria brasileira, conceituava, em 1979, a missão do pediatra em **“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 [...] 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”**⁸.

Entretanto, já alertava 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”.

O PSF brasileiro potencializa essa integração entre a clínica, a prevenção e a promoção que a “doutrina pediátrica” apregoa. Porém, a sociedade brasileira vem passando por drásticas e rápidas mudanças demográficas, socioculturais, 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, estresse emocional, 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 muito a resolubilidade 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 tal²⁸.

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 biomédi-

co, 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 proativo, com foco na família, no território e na comunidade, proposto pelo PSF nacional nestes últimos treze anos, e pelo ideário da atenção primária à 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**”.

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 biopsicossocial²⁹ 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”³⁰.

Quanto à 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 contrassenso para a formação deste tipo de profissional²⁹.

Em relação aos médicos de família, é quase geral entre os entrevistados o clamor por uma melhor formação dos mesmos, inclusive no que tange à atenção à criança. Se lembrarmos que a infinita maioria dos médicos de família das quase 30.000 ESF do país não tem formação em medicina de família e não possui um pediatra a seu lado, fica clara a urgência de um imenso investimento do SUS na especialização destes profissionais.

Também seria premente uma melhor definição, pelos órgãos gestores, do papel do pediatra na ESF do Paidéia, bem como na atenção básica à criança e do adolescente do SUS. A recente portaria do Ministério da Saúde, regulamentando a participação também do pediatra nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, pode se constituir num importante passo para qualificar a atenção básica à criança e ao adolescente no SUS. Os resultados da experiência de um trabalho integrado de médico de família e pediatra no PSF de Campinas apontam neste sentido, conforme esta pesquisa.

Por outro lado, não basta termos médicos de família, pediatras e demais profissionais da ESF bem formados, se o modelo tecnoassistencial³¹ não favorecer a consecução dos objetivos da atenção básica, viabilizando, por exemplo, a responsabilização das ESF por um menor número de famílias, principal reivindicação dos médicos deste estudo e condição essencial para possibilitar a oferta de uma atenção básica integral. Também parece ser muito positiva a oferta, para a unidade de atenção básica, de arranjos institucionais, como fórum de gestão participativa¹⁶ 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. Como se verifica pelos relatos dos entrevistados, estes arranjos foram experimentados no PSF-Paidéia com grande potência.

Colaboradores

PV Bonilha Almeida e ML Zanolli participaram igualmente de todas as etapas de elaboração do artigo.

Referências

1. Shi L, Starfield B. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy* 2002; 60:201-218.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde; 2004.
3. 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; 38:831-865.
4. Merhy EE, Queiroz MS. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. *Cad Saude Publica* 1993; 9(2):177-184.
5. Zanolli ML, Merhy EE. A pediatria social e as suas apostas reformistas. *Cad Saude Publica* 2001; 17(4):103-109.
6. Viana ALD, Dal Poz MR. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis* 2005; 15:225-264.
7. Brasil. Ministério da Saúde. *Histórico da Cobertura da Saúde da Família*. [site da Internet] [acessado 2008 nov 22]. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/abnumeros.php#historico>
8. 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; 60:13-19.
9. Brasil. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
10. Capozzollo AA. *No olho do furacão. Trabalho médico e o PSF* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas. Unicamp; 2003.
11. Katz M, Rubino A, Collier J, Rosen J, Ehrlich JHH. Demography of Pediatric Primary Care in Europe: Delivery of Care and Training. *Pediatrics* 2002; 109:788-796.
12. Time to be serious about children's health care [editorial]. *Lancet* 2001; 358(9280):431.
13. Goulart F. Saúde da família: flexibilizar sem perder a compostura. *Revista Olho Mágico* 2006; 13(1):39-45.
14. Sociedade Brasileira de Pediatria. *A assistência à saúde da criança e adolescente no contexto do PSF*. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 2001. [Mimeo]
15. Campos GWS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec; 2000.
16. Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. *Projeto Paidéia. Diretrizes da Secretaria de Saúde*. [site da Internet] [acessado 2008 nov 10]. Disponível em: <http://antigo.campinas.sp.gov.br/saude>
17. Pope C, Mays N. *Pesquisa Qualitativa na atenção à saúde*. 2ª ed. São Paulo: Artmed; 2005.
18. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; 2006.
19. 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*. São Paulo: Hucitec; 1994.
20. Mendes RT. *Trabalho e doutrina: os caminhos da prática pediátrica nos centros de saúde* [tese]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; 1996.
21. Machado MH, organizador. *Perfil dos médicos e enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.
22. Franco TB, Bueno WS, Merhy EE. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica* 1999; 15(2):345-353.
23. Cunha GT. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. São Paulo: Hucitec; 2005.
24. Oliveira GN. *O projeto terapêutico como contribuição para a mudança das práticas de saúde* [dissertação]. Campinas (SP): Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; 2006.
25. Sociedade Brasileira de Pediatria. Mães querem pediatra atendendo seus filhos. *SBP Notícias* [periódico na Internet] 2006 [acessado 2007 nov 13]. Disponível em: http://www.sbp.com.br/show_item2.cfm?id_categoria=65&id_detalhe=2294&tipo_detalhe=s
26. Campos GWS. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec; 2003.
27. Guedes CR, Nogueira MI, Camargo Jr. K. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Cien Saude Colet* 2006; 11(4):1093-1103.
28. Alcântara P. A Pediatria. *Revista Pediatria (São Paulo)* 1979; 1:183-189.
29. Téllez A, Bustamante C, Pérez MP. ¿Médico familiar del niño o pediatra? *Pediatría al Día* 2004; 20(4):32-35.
30. Rushton FE Jr., American Academy of Pediatrics Committee on Community Health Services. The pediatrician's role in community pediatrics. *Pediatrics* 2005; 115:1092-1094.
31. Carvalho SR, Campos GWS. Health care models: organization of Reference Teams in the basic health care system in Betim, Minas Gerais State, Brazil. *Cad Saude Publica* 2000; 16(2):507-515.

Artigo apresentado em 22/01/2008

Aprovado em 29/10/2008

Versão final apresentada em 29/11/2008