

A prática pediátrica no SUS: reflexões sobre o papel dos pediatras na Estratégia de Saúde da Família.

Pediatric care in Brazil's Unified Health System: reflections on the role of pediatricians in Family Healthcare Strategy.

Carlos Roberto Soares Freire de Rivorêdo ¹

Gustavo Nunes Oliveira ²

Roberto Teixeira Mendes ¹

Abstract *This essay seeks to contribute to the elucidation of the potential activities of pediatricians in the Family Healthcare Strategy. The origins, types of care and inherent implications to the process of change in the Healthcare Model that are being implemented in the Brazilian Unified Health System (SUS) since the Basic Operational Norms were instituted in 1996 are duly presented.*
Key words *Pediatric practice, Family health, Healthcare models*

Resumo *Este ensaio pretende contribuir para aclarar as possibilidades de atuação dos pediatras na Estratégia de Saúde da Família. Apresentam-se as origens, as modalidades de atuação e as implicações inerentes aos processos de mudança do Modelo de Atenção que, desde a Norma Operacional Básica (NOB) de 1996 vem sendo implantado no Sistema Único de Saúde Brasileiro – SUS.*
Palavras-chaves *Prática pediátrica, Saúde da família, Modelos de atenção*

¹Departamento de Pediatria, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp. Rodovia Nilo Máximo 5752, Santo Antônio da Boa Vista. 12315-010 Jacarei SP. carrivo@uol.com.br

²Departamento de Medicina Preventiva e Social, Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp

Introdução

A reflexão aqui apresentada pretende contribuir para aclarar alguns pontos e estimular o debate sobre a prática da Pediatria na rede pública de serviços diante das mudanças a ela infringidas nos últimos quatorze anos¹.

O Sistema Único de Saúde Brasileiro apresenta peculiaridades diante do panorama mundial dos Sistemas Nacionais de Saúde. Resultou de uma história de lutas político-ideológicas das mais intensas do movimento social brasileiro de redemocratização da década de 80. Uma história única de participação da sociedade e de contribuições ascendentes que resultaram em um arcabouço legal que compreende a Constituição Federal², incluindo pela primeira vez um capítulo específico sobre a Saúde como parte integrante da Seguridade Social, as duas Leis de 1990 (8080³ e 8142⁴) e as diversas tentativas de normatização do Sistema através de Normas Operacionais⁵⁻⁷ e, mais recentemente, do Pacto pela Saúde^{6,8}.

De uma dessas Normas Operacionais⁷ se origina a assunção pelo Sistema de uma maneira de organizar o conjunto das práticas em Saúde no setor público brasileiro a partir do nível de densidade tecnológica da Atenção Básica, compreendida como grau específico de complexidade desse nível. A Norma Operacional Básica de 1996 assumiu a Saúde da Família como estratégia de reorganização do SUS.

Inspirado nos modelos canadense, cubano e inglês o Programa de Saúde da Família (PSF) brasileiro tem sua origem em 1994, a partir de proposição do Ministério da Saúde, por meio de uma parceria firmada com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), buscando cumprir os princípios inerentes ao SUS. Naquele momento, o PSF inicia sua tentativa de mudança institucional com uma forma de organização transitória denominada de Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Neste formato, a atenção à Saúde traz um novo personagem ao sistema: o Agente Comunitário de Saúde, responsável por um conjunto de atividades de cunho vinculado à Vigilância, à Promoção e à Proteção e, indiretamente, à Assistência.

O PSF tem como princípios básicos a vinculação, a responsabilização, a adscrição da clientela e o conhecimento profundo dos indivíduos e das coletividades de um determinado território, compreendido não como mero espaço geográfico, mas como uma forma dinâmica de organização sócio-cultural que inclui a vida concreta de um determinado grupo social. Deve ser compreendido

como estratégia para “a reorganização das práticas de Atenção à Saúde em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional, orientado para a cura de doenças no hospital”¹. Assim estão expressos os princípios do programa:

1 - Caráter Substitutivo: substituição das práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde;

2 - Integralidade e Hierarquização: a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de saúde;

3 - Territorialização e adscrição da clientela: trabalha com território de abrangência definido e população conhecida;

4 - Equipe multiprofissional: a equipe de Saúde da Família é composta por um médico generalista ou médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis Agentes Comunitários de Saúde (ACS)¹.

Esse modelo mostrou certa eficácia em cidades de pequeno porte e com Índices de Desenvolvimento Humano desfavorável, apesar da velocidade de efetiva implantação algo tímida.

Contudo, a realidade brasileira de pronto foi reconhecida como suficientemente complexa para sugerir modificações no modelo proposto (extremamente rígido, enquanto programa) que iam desde a composição da equipe até a sua articulação com demais níveis da Atenção à Saúde. Em outras palavras, compreendeu-se que a ação de mudança apenas na Atenção Básica não era capaz de impactar a qualidade de vida das pessoas e das populações^{8,9}. Na própria Atenção Básica a ampliação do número e da variedade de profissões de saúde parte de um entendimento da necessidade de potencializar e ampliar as suas ações, visando o aumento de sua capacidade resolutiva e o aprofundamento da inclusão ao mesmo tempo das ações de assistência e de saúde coletiva no seu âmbito, desconstruindo o modelo previdenciário que colocava a assistência individual à saúde no hospital e as ações de saúde coletiva nas unidades comunitárias de cunho higienista. Isto equivale dizer que os novos profissionais inseridos na atenção básica reconfiguram algumas ações, antes entendidas como ações de atenção secundária, que passam progressivamente a integrar as ações da atenção básica.

Em 2007¹⁰, Gastão WS Campos, em sua reflexão sobre a sustentabilidade do SUS, aponta como um dos impasses a ser equacionado o fato da AB (Atenção Básica) estar se ampliando com problemas de velocidade e de qualidade. Concordamos com Gastão e tentamos colaborar com suas reflexões.

Diríamos que essa ampliação se dá em duas dimensões que se iluminam e se problematizam mutuamente: uma, a da extensão inquestionável de cobertura de ações e atividades e outra, a do aumento da densidade tecnológica até então remetida para outros níveis da Atenção à Saúde, particularmente para a Assistência.

No mesmo artigo, o autor aponta como critério de recuperação a coibição de práticas que refreiam o desenvolvimento concreto do sistema para melhorar a vida das pessoas, entre elas a baixa capacidade de gestão e a politicagem.

No primeiro aspecto acrescentamos que, nesse processo, dada a ampliação experimentada, há que se determinar o lugar das diversas práticas incluindo-as nas estratégias e arranjos adotados, com diretrizes nacionais com progressão simultânea nos diversos níveis do sistema.

Na verdade, tais diretrizes já estão dadas: funcionamento em rede, hierarquização com prioridade para a AB, redefinindo os papéis dos demais níveis do sistema com densidade tecnológica maior, a busca pelo trabalho interdisciplinar, planejamento ascendente a partir das necessidades, regionalização, integralidade e gestão participativa.

Gastão afirma textualmente que “haveria que trabalhar com várias alternativas de composição para as equipes [...] desde que fossem asseguradas as funções essenciais da rede básica”¹⁰.

Pensamos que esse processo deve ser cuidado com carinho em cada nível, em cada etapa, em cada arranjo. Incorporar a ideia de responsabilização por cada ator e em cada coletivo. Exercitar a interdisciplinaridade de maneira solidária em todos os níveis decodificando as necessidades segundo os saberes específicos de cada ator e de cada coletivo. Estabelecer processos de comunicação frequentes e racionais de maneira horizontal (nas equipes) e vertical (com os demais níveis da Atenção), incluindo sempre o controle social.

Esses princípios, estratégias e arranjos podem impactar a reestruturação do sistema reorganizando os processos de trabalho que já estão em curso na medida em que o próprio PSF passou a ser compreendido como Estratégia, propondo-se inclusive sua expansão para municípios de mais de 100 mil habitantes e criando-se mecanismos de articulação com outros níveis do sistema, através de diversas iniciativas, dentre elas a da participação de outros atores nas equipes.

Incorporaram-se odontólogos, auxiliares de consultório dental, técnicos de enfermagem, técnicos de higiene dental, aumentando a complexidade do processo de trabalho em equipe próprio da estratégia de Saúde da Família.

Mais especificamente, essa reorganização estabeleceu uma discussão por vezes acalorada sobre o papel de especialistas médicos nas Equipes de Saúde da Família.

As modalidades de organização daí oriundas passam a mostrar uma gama razoável de formatos que incluem mais ou menos as diversas práticas da medicina nas equipes de Saúde da Família.

Não pretendemos de forma alguma estabelecer arranjos uniformes de inclusão das práticas das especialidades médicas nas Equipes de Saúde da Família. Isto por que:

1) Partimos do pressuposto de que tais composições dependem do tipo de território para o qual se deseja implantar a Estratégia em pauta. Ou seja, as composições e sua organização devem partir do conjunto de necessidades sentidas e reconhecidas dos indivíduos e das coletividades nos territórios.

2) Por princípio, a Estratégia de Saúde da Família, embora reconheça a importância do papel da prática médica no conjunto das práticas de saúde, pretende expandir tais práticas apostando na ação de equipes multiprofissionais, na busca do ideal da interdisciplinaridade. Ou seja, reconhece que os fenômenos próprios do processo saúde-doença são decodificáveis por diversas experiências e saberes que, de maneira solidária, podem contribuir para complementar e resolver problemas e atender às necessidades dos indivíduos e das coletividades.

Assim, o papel do pediatra num determinado serviço de saúde tomará sua forma final de organização e alcance, numa coprodução em que devem participar o pediatra, a equipe, os usuários, a gestão e a rede de serviços, no encontro desses vários atores. Essa definição será tanto mais avançada e resolutive quanto maior for a capacidade desses sujeitos em fazer falar e se fazer ouvir, de forma legítima, suas necessidades concretas e defensáveis, em se tratando dos princípios ético-políticos do SUS e do público.

3) Já há algumas décadas o ato médico se impregna de uma autonomia relativa⁹, na medida em que depende de outros setores do sistema para cumprir seus fins.

4) A prática médica deve se aproximar dos seus objetos de maneira ampliada, incorporando a realidade concreta na qual os cidadãos vivem, ultrapassando a visão puramente corporal que tradicionalmente opera.

A rede de serviços públicos de saúde no Brasil vem, há algumas décadas, passando por modificações bastante profundas, seguindo os passos

da organização social brasileira, mas nem sempre no mesmo sentido que alguns setores. Assim, o SUS pode ser compreendido como um sistema contra-hegemônico, por referência a maré de retração do Estado consequente ao ideário neoliberal contemporâneo, na medida em que propõe a universalidade do acesso, a equidade na atenção, a descentralização, a participação popular, a hierarquização dos serviços e, tensão maior, o comando único realizado pelo Estado sobre todas as ações afeitas à saúde de todos os brasileiros.

Em outro setor, o da Educação, a Universidade apenas recentemente começa a incorporar de maneira heterogênea em seu conjunto, uma certa articulação com o Sistema de Saúde com iniciativas ainda tímidas de reformas do ensino que pretendem aproximar precocemente os futuros médicos de sua prática.

No caso da Medicina ainda persiste o ideário liberal/privatista da prática médica e dos modelos de atenção. Dizendo de outra forma, as escolas médicas continuam a formar médicos para consultórios privados e hospitais de alta complexidade apontando, na maioria das vezes, para uma certa cegueira relativamente aos caminhos que o SUS assumiu.

Na tensão provocada pela desconexão predominante entre aparelho formador e práticas em saúde organizadas por um sistema nacional emerge a dificuldade de dar significado e lugar para as especialidades médicas.

É nossa convicção também que a Estratégia de Saúde da Família como modo de reestruturação do sistema e como modelo de atenção só se viabilizará na medida em que “contamine” com seus princípios os níveis do sistema para além da Atenção Básica.

Sobre a Prática Pediátrica, a Estratégia de Saúde da Família e a Atenção Básica de Saúde

A prática pediátrica não poderia ficar de fora dessas tensões.

A Medicina deve ser compreendida como uma prática a um só tempo técnico, científica e social. Dessa forma, depende do avanço do conhecimento científico, da sua tradução em tecnologias, mas também das formas de organização social e das culturas diversas.

No primeiro aspecto, todo o aparato de investigação produziu uma infinidade de descobertas que podem, analisadas historicamente, melhorar as condições e a expectativa de vida de uma extensa parcela da população mundial.

Exemplos desse fenômeno são os adventos da anestesia, das imunizações e da terapêutica antimicrobiana e outros. Merece ressalva o fato de que o acesso a tais avanços não se distribuiu de maneira homogênea para todos os humanos. Ainda há populações inteiras sem acesso a esses benefícios.

Este trajeto inclui a adoção da Clínica e de seu raciocínio paradigmático que foi transferido da Clínica em geral e para adultos, para a Clínica Pediátrica e para as crianças¹¹.

O sentido que a Medicina e a Pediatria assumiram trouxe ganhos, mas também perdas. O caminho mencionado se, por um lado, foi extremamente benéfico, de outro provocou uma escalada fenomenal no desenvolvimento de tecnologias de equipamentos, denominadas de duras por Mehry¹², aumentando gastos e a probabilidade de iatrogenia acompanhada da radicalização na especialização. Tais elementos como que se alimentam mutuamente e tornam superlativas as suas consequências.

Pensamos que não se pode imaginar que esse caminho seja fortuito ou natural. Ele está diretamente ligado às formas de organização da sociedade e do desenvolvimento do sistema econômico a que estamos submetidos, ou seja, está diretamente ligado à história das práticas em saúde.

Um outro aspecto que importa comentar é o do surgimento de uma cultura médica que perpassa a vida de todos e percorre toda a textura social configurando o que Michel Foucault denominou de medicalização da sociedade¹³.

Esse fenômeno nos nossos dias tem sua manifestação no aumento, por vezes estarrecedor, do grau de dependência das pessoas e das coletividades da intervenção/opinião médica. Daí a centralidade do médico no conjunto das práticas de saúde.

Muitas vezes nos deparamos com solicitações que nos parecem extremamente inadequadas para o momento, a magnitude e a gravidade do caso.

A nosso ver isto se dá por uma diferença enorme e tensionada que existe entre o raciocínio técnico-científico do médico e as necessidades sentidas pelo senso comum dos familiares daquela criança.

A medicalização também trouxe consigo a delegação de certas responsabilidades para os pediatras e os demais médicos. Neste sentido a família traz para o pediatra a responsabilidade de decidir-se por uma solução “mágica” que resolva problemas complexos e com baixo impacto da ação médica, como a obesidade. No mesmo sentido, as escolas nos encaminham casos de

baixo rendimento escolar, sem questionar as opções pedagógicas e o sistema educacional¹⁴, entre muitos exemplos possíveis.

Em meio a toda essa tensão uma reflexão se coloca. Qual o papel que o pediatra teria para desenvolver uma prática que respondesse a um só tempo às necessidades de saúde das pessoas e das coletividades; ao avanço célere do conhecimento científico; às solicitações dos diversos setores da sociedade; às demandas do SUS (maior empregador médico de nosso país); às necessidades conjunturais colocadas em pauta pela adoção de um modelo de atenção à saúde que implica o redimensionamento da prática dos pediatras nos diversos lugares de atuação?

As respostas a tais questionamentos não estão prontas. Os próprios pediatras necessitam, sob pena de serem aliados dos momentos de decisão, refletir e colocar em pauta, de maneira solidária e flexível, com o SUS e suas instâncias e com o aparelho formador, apresentando propostas concretas e sistematizadas com sua participação, de modalidades de atuação dentro do modelo adotado pelo sistema com todas as suas nuances.

Já há experiências em curso que incorporam tais modalidades.

Tentamos enumerar alguns de seus formatos e também (quem sabe?) aduzir alguma proposta original. Esta enumeração, contudo, necessita de pressupostos. Apresentamos três. Um primeiro, qual seja a decisão do nível de gestão do sistema, mais ou menos radical, dependendo do momento concreto de sua evolução, de compreender a necessidade e adotar a Estratégia de Saúde da Família como fundamental para mudar o Modelo de Atenção à Saúde. Outro pressuposto é o de que está na realidade concreta dos territórios, incluindo aí os próprios aparelhos do SUS, a definição do papel do pediatra na estratégia na coprodução legítima e solidária anteriormente mencionada. Um terceiro seria que o cuidado com a saúde das crianças não é propriedade de nenhum setor e de nenhuma categoria profissional. É, segundo a Declaração dos direitos da Criança e o Estatuto da Criança e do Adolescente, dever de todos (Estado, Governo, cidadãos e Sociedade)¹⁵.

Uma primeira modalidade seria a participação do pediatra como membro presente das equipes de saúde da família.

Esta opção implica que os programas formativos de pediatras (Residência, Estágios, etc.) sejam adaptados imediatamente para sua atuação efetiva, tornando-os competentes para o trabalho em equipe, para as tecnologias próprias

da ESF (p. ex. a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares Individuais e Coletivos), o conhecimento profundo do território e sua realidade concreta. Implica também responder a uma questão polêmica: até que ponto a responsabilidade pela atenção à saúde da criança sadia é específica da atuação do pediatra?

Confessamos não ter resposta única para esta questão. Contudo, pensamos poder contribuir com algumas reflexões.

Principiamos com um caso a mim relatado por uma colega de trabalho nos idos dos 80. Na época éramos o que se chamava de Inspectores de Higiene Materna e Infantil da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. Conta a colega que em um momento de supervisão em um Centro de Saúde a funcionária quando questionada de como estava correndo o Programa de Saúde da Criança, responde algo como: “Ah, doutora! O Programa está uma gracinha. Pena que venham aqui essas crianças doentes para atrapalhar”.

O relato não foi aqui colocado para julgamento da funcionária, mas para assinalar um problema de um determinado modelo de atenção (programático) que, organizando em demasia a demanda do ponto de partida epidemiológico, fechava as portas para as crianças que mais necessitavam de atenção preenchendo as agendas dos pediatras com crianças saudias que necessitariam de ações mais ligadas à Promoção e à Proteção da Saúde. A adoção de cronogramas rígidos de consultas pode se transformar em um potente repressor de demanda. Essas crianças doentes iam (e ainda vão) parar nos Prontos Atendimentos com uma assistência muitas vezes precária e com possibilidade de serem submetidas a iatrogenias.

Assim pensando, a presença do pediatra em uma equipe de saúde da família não pode ser encarada como uma instância de encaminhamento, mas como parte efetiva de todo o processo de trabalho da equipe. Ele seria referência da equipe para atender as crianças que necessitem de seus dois anos de residência, em comum acordo com a equipe e de modo a implementar suas opções de qualificação e organização da demanda. Consideramos que qualificar a demanda seja uma tarefa da equipe que inclua o conhecimento do território e suas necessidades, a capacidade operacional da unidade, por conseguinte, a organização do processo de trabalho que permita acolher o maior número de pessoas possível.

Não queremos com isto afirmar que o atendimento às crianças saudias não deva ou não possa ser realizado pelo pediatra. Pensamos sim que

o que deve ser evitado é a plethora da agenda do pediatra com essas crianças sem deixar espaço para aquelas que mais precisam de seu saber específico. Esta pode ser compreendida como uma estratégia de melhorar os níveis de resolutividade da Atenção Básica.

Uma vantagem do trabalho em ESF consiste no conjunto de técnicos preocupados com a saúde da pessoa permitindo acolhimento e a consequente qualificação de suas necessidades de saúde.

Uma segunda contribuição poderia ser o pediatra, também, fazendo parte de uma equipe de referência (apoio) e se responsabilizando pelo matriciamento de duas ou mais equipes, discutindo casos, participando da elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares em conjunto e solidariamente engajado com essas equipes e seu domínio dos territórios implicados. Neste caso, o pediatra teria momentos com sua clientela de crianças que exigiriam seu saber específico e momentos de interação com as equipes de Saúde da Família. Formato que implica necessariamente a sua responsabilização não apenas com as crianças que acompanha em consultas individuais, mas com todas as de suas áreas e micro-áreas vinculadas às equipes das quais faz parte.

Outra forma de atuação pode ocorrer na qualificação da equipe. Tanto para melhor observar as demandas, visando seu acolhimento, como na constituição de grupos de atendimento para gestantes, obesos, etc.

Contudo, há implicações para essas maneiras de organizar a prática.

Primeiramente há sempre o perigo do pediatra se tornar instância de encaminhamento e, neste caso, o Modelo de Atenção não muda.

Há, também, o perigo de fragmentação da atenção à Saúde da Criança no complexo jogo da organização das Unidades de Saúde da Família.

Outra implicação seria para a articulação da Estratégia de Saúde da Família na AB com os demais níveis do Sistema. Neste sentido, muitos pediatras tem formação em áreas de atuação que podem ser organizadas como níveis secundários de atenção.

Proposições para a reflexão e o debate.

Para solucionar estes e outros problemas presentes no complexo Sistema de Saúde Brasileiro o que se propõe é o que se segue:

No que se refere à gestão:

1) Os princípios da Estratégia de Saúde da Família não são específicos de unidades de saúde

organizadas com a composição clássica das equipes com Agentes Comunitários de Saúde. As Unidades Básicas tradicionais podem adotá-los em sua dinâmica orgânica. A opção de adotar o modelo mais rígido de equipes com ACSs em uma ou outra unidade deveria partir da análise detida dos territórios e da decisão técnico-política da gestão do nível local.

2) A decisão de adotar a Estratégia não é da competência direta dos trabalhadores de saúde, em que pese sua adesão ser fundamental. Ela passa pelo apoio político, financeiro e pelo controle social. Este último também crucial, pois a adoção do Modelo passa por redirecionamento da cultura dos funcionários, mas também dos usuários do sistema.

Por referência à atuação do pediatra:

1) Os próprios pediatras estariam presentes nos momentos de decisão e organização das práticas para a Atenção Saúde das Crianças, trabalhando na compreensão dos problemas, dispondo-os no plano de abordagem possível às tecnologias disponíveis, atuando na interlocução dos elementos constitutivos dos problemas de saúde das crianças.

2) No atendimento direto às crianças, com a eventualidade de auxílio de especialistas para encaminhamentos e estabelecimento de interlocução com espaços e instituições de assistência à criança (públicas ou privadas, tais como: creches, escolas, núcleos de assistência social, de esportes, espaços de expressão etc.), sempre com a sua atuação mediada pelas discussões das equipes, descolando a prática de um formato decidido a priori ou idealizado, fora do âmbito concreto de cada unidade e seu território.

3) Os pediatras precisam estar capacitados nas tecnologias próprias da Estratégia de Saúde da Família, principalmente no que se refere à abordagem do território e na compreensão do que venha a ser trabalhar com equipes multiprofissionais, podendo contribuir com seu saber específico para o aperfeiçoamento do sistema, assumindo quando necessário a interlocução da sua equipe com instituições e especialistas.

4) A ação dos pediatras deveria estar mais qualificada para compreender o SUS e acompanhar ativamente o seu desenvolvimento, participando de sua elaboração, estruturação e implantação, e propondo e atuando em programas específicos (tais como ações e atividades de controle da asma brônquica e da obesidade), inclusive auxiliando na definição de prioridades assessorando gestores e grupos gestores, incluindo as atividades de Educação Permanente.

Nesse mister, uma compreensão mais adequada e aprofundada sobre o SUS poderia contar com o saber dos pediatras na sua divulgação e no enfrentamento do relativo desencanto presente na opinião pública sobre o Sistema.

5) O SUS deveria desenvolver equipes de referência¹⁶ nas quais os pediatras assumissem o papel de protagonistas solidários no enfrentamento dos problemas de saúde em geral e das crianças, em particular, sejam coletivos ou individuais. Aqui poderia estar incluída uma sistemática de comunicação qualificada entre os níveis de complexidade, não perdendo de vista o caráter primário da Atenção Básica e a responsabilidade de todos os atores pelos problemas independentemente do nível hierárquico de atuação.

6) Os programas de Saúde da Criança deveriam ter seus elementos organizativos flexibilizados (p. ex., cronogramas de consultas médicas menos rígidos) para qualificar as demandas por atenção médica pediátrica, desenvolvendo as formas de ações integradas ou específicas das equipes tanto nas unidades quanto nos NASFs¹⁷.

7) O Ministério da Saúde já tomou a iniciativa de criar e apoiar a formação de equipes de

referência e apoio matricial, incluindo pediatras, com a criação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF¹⁷.

Cada um desses pontos elencados deveria, à nossa percepção, estar incluídos nas reflexões das equipes dos diversos níveis do SUS e dos aparelhos afins, especialmente no aparato formador. Hoje, o que percebemos é que tal discussão ou fica no plano informal ou está confinada nos espaços mais formalmente preocupados com a Saúde Pública e a Saúde Coletiva de maneira pouco articulada com a Pediatria e suas formas de organização.

Entendemos que para atuar nesses distintos arranjos possíveis, os pediatras deverão reestruturar seus objetos de trabalho, incorporando a dimensão coletiva da saúde das crianças, superando seus limites orgânico-funcionais e, finalmente, trazendo uma nova amplitude para a própria pediatria como campo de saberes e práticas.

Enfatizamos que a tensão aqui explicitada não se constitui em temática fechada, final. Mas que se configura em um processo de mudança que pode ser de grande valia para uma melhor qualificação do pediatra brasileiro à luz dos princípios constitucionais² relativos à saúde.

Colaboradores

CRSF Rivorêdo contribuiu na concepção e na redação do artigo; e GN Oliveira e RT Mendes na revisão crítica.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde (MS). **Programa de Saúde de da Família**. Brasília: Ministério da Saúde; 1994.
2. Brasil. CRFB. Tit. III, Cap. II. Seção II, art. 196-200. Da Seguridade Social – Da Saúde. Brasília; 1988.
3. Brasil. Lei Federal 8080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990; 19 set.
4. Brasil. Lei Federal 8142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intragovernamentais e recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União** 1990, 28 dez.
5. Goulart FA. Esculpindo o SUS a golpes de portaria – considerações sobre o processo de formulação das NOBs. **Cien Saude Colet** 2001; (6):292-318.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Série Pactos pela Saúde** 2006. 2ª. Ed. 7 v.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Norma Operacional Básica do Sistema único de Saúde/NOB-SUS 96. **Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão** 1997. Brasília.
8. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do Sus e de Gestão/Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação Geral de Apoio à Gestão Descentralizada 2006. Brasília.v. I a VII.
9. Schreiber LB. **O Médico e seu Trabalho. Limites da Liberdade**. 1ª. ed. São Paulo: Hucitec; 1993.
10. Campos GW. Reforma Política e Sanitária: a Sustentabilidade do SUS em Questão? **Cien Saude Colet** 2007; 12(2):301-306.
11. Rivorêdo CRSF. **Por uma história de uma dor: mentalidades médicas e a dor em recém-nascidos** [tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Unicamp; 1996.
12. Mehry EE. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: Reis AT, organizador. **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte**. Reescrevendo o público. São Paulo: Xamã; 1998.
13. Foucault M. **O Nascimento da Clínica**. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Forense-Universitária; 1997.
14. Collares CAL, Moysés MAA. Construindo o sucesso na escola. Uma experiência de parceria entre a universidade e a escola pública. **Cad Cedes** 1995; 36(95):95-111.
15. Brasil. CRFB. **Declaração dos Direitos das Crianças** Adotada pela Assembléia das Nações Unidas de 20 de novembro de 1959 e ratificada pelo Brasil. [acessado 2011 set 05]. Disponível em: <http://www.culturabrasil.org/direitosdacrianca.htm>
16. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria Executiva. Humaniza SUS. **Equipes de Referência e Apoio Matricial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
17. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº. 154 de 24 de janeiro de 2008. **Diário Oficial da União** 2008; 6 fev.

Artigo apresentado em 09/04/2009

Aprovado em 08/06/2009

Versão final apresentada em 25/06/2009