

## Perspectivas de médicos do Programa Saúde da Família acerca das linhas de cuidado propostas pela Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil

Opinions by physicians from the Family Health Program on four health care priorities proposed by the Agenda for Commitment to Comprehensive Child Health and Reduction of Infant Mortality

Ana Caroline de Medina Alves e Silva <sup>1</sup>

Maria Auxiliadora Monteiro Villar <sup>2</sup>

Susana Maciel Wuillaume <sup>2</sup>

Maria Helena Cabral de Almeida Cardoso <sup>2</sup>

### Abstract

*The aim of this study was to understand how physicians from a team in the Brazilian Family Health Program perceive their work in child health, as compared to the program's principles outlined in the Agenda for Commitment to Comprehensive Child Health and Reduction of Infant Mortality, under the Ministry of Health. The backdrop was the strategy for implementation of primary care under the Unified National Health System (SUS). Semi-structured interviews were held, and the material was submitted to content analysis. According to the findings, in general the Agenda is being met. However, there are difficulties with referral and counter-referral; the measures proposed by the Family Health Program require medical and sociological competence and face problems inherent to biomedical training; the infrastructure and inputs are precarious; and the training provided does not prepare physicians sufficiently for a more comprehensive approach. In conclusion, the primary care model in Brazil requires adjustments to the country's reality, and partnerships that transcend the system are necessary.*

*Child Health; Primary Health Care; Family Health Program; Single Health System*

### Introdução

Em 2004, o Ministério da Saúde lançou a *Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil* (doravante chamada Agenda) <sup>1</sup>, onde ressalta a importância de um cuidado integral e multiprofissional que compreenda as necessidades e direitos da população infantil. Este cuidado é entendido como responsabilidade em disponibilizar a atenção em todos os níveis, da promoção à saúde àquele mais complexo da assistência, do *locus* próprio da atenção à saúde aos demais setores que têm interface estreita com ela, tais como: moradia, saneamento básico, educação e lazer.

A organização da assistência foi proposta através de quatro linhas de cuidado definidas como prioritárias: nascimento saudável, crescimento e desenvolvimento, distúrbios nutricionais e doenças prevalentes na infância.

A integralidade pontuada na Agenda <sup>1</sup> concilia-se com o trabalho da atenção primária, pois esse nível do sistema aborda os problemas gerais das comunidades, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação, maximizando a saúde e o bem-estar, organizando e racionalizando o uso dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde <sup>2</sup>.

Mendes <sup>3</sup> propõe três interpretações de atenção básica. A primeira é considerá-la como estratégia de re-ordenamento do setor saúde, o que

<sup>1</sup> Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

<sup>2</sup> Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil.

#### Correspondência

S. M. Wuillaume  
Instituto Fernandes Figueira,  
Fundação Oswaldo Cruz,  
Av. Rui Barbosa 716,  
Rio de Janeiro, RJ  
22250-020, Brasil.  
susanamaciel@iff.fiocruz.br

significa afetar e compreender todo o sistema de saúde e toda a população a que este sistema supõe servir. A segunda é encará-la como um programa com objetivos específicos para satisfazer algumas necessidades elementares e previamente determinadas de grupos humanos em extrema pobreza e marginalidade, com recursos diferenciados, incorporando baixa densidade tecnológica e custos mínimos. A terceira se limitaria apenas à organização do primeiro nível de atenção do sistema de saúde.

Dentro da proposta estratégica de sua constituição, o Programa Saúde da Família (PSF) tem por objetivo priorizar as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde, nos níveis pessoal, familiar e comunitário integral e continuamente, incluindo atividades que extrapolam a consulta clínica individual. Seria, dentre outras, uma ferramenta importante, nos marcos da política pública brasileira, à consecução das quatro linhas, assim como uma estratégia a mais de integração de ações programáticas dotadas de uma racionalidade de intervenção e ações de saúde coletiva que se organizam num programa estruturado <sup>4</sup>.

O PSF, sob esse ponto de vista, implantado em 1994, vem sendo proposto pelo Ministério da Saúde como uma estratégia de reorganização da atenção básica. Ele incorpora os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade – e estrutura-se a partir da unidade básica de saúde da família <sup>5</sup>.

Mattos <sup>6</sup>, Giovanella et al. <sup>7</sup> e Teixeira (2002, *apud* Heimann & Mendonça <sup>8</sup>) associam inclusive a concepção teórica do PSF à orientação da atenção básica pela diretriz da integralidade. Esta diretriz seria trabalhada no PSF, partindo da adoção de uma perspectiva de saúde e seu reconhecimento como direito de cidadania; da eleição da família e de seu espaço social como núcleo básico de abordagem na atenção à saúde e da identificação do risco social e epidemiológico das populações. Seria trabalhada uma noção de atenção básica que reconhece a “*complexidade dos processos de atenção à saúde em todos os níveis*” <sup>8</sup> (p. 490), garantindo a integralidade via articulação de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. O destaque recairia na promoção à saúde e nos mecanismos de referência para garantir a universalidade e a equidade.

Por outro lado, a chamada Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), lançada oficialmente pelo Ministério da Saúde em 2006 <sup>9</sup>, no âmbito de suas postulações, dentro dos diversos modelos assistenciais do SUS, reforça a concepção teórica do PSF, pois apresenta as atribuições dos médi-

cos de cada equipe que o compõe. Dentre elas acentua uma assistência integral e determina às equipes do PSF realizar consultas clínicas e procedimentos na unidade de saúde da família e, quando preciso, no domicílio e/ou nos espaços comunitários, efetuando atividades clínicas de demanda espontânea e programada.

A PNBA, ao traçar tais atribuições, aponta para uma maior abrangência de atuação das equipes integrantes do PSF, caminhando rumo à proposta de concretização de uma clínica ampliada <sup>10</sup>, que afirma a necessidade de re-constituição do trabalho de produção da saúde, sublinhando que no tangente à clínica há a necessidade de ir além da semiologia tradicional para agregar as histórias peculiares de cada vida, identificando os fatores de risco e de proteção que seu contexto determina.

Diante deste panorama e das questões que enseja, o presente estudo objetivou analisar como médicos integrantes do PSF percebem sua atuação na área da saúde da criança, em contraponto aos postulados da Agenda.

## Fontes e métodos

O estudo baseou-se na abordagem qualitativa. Aliada à pesquisa de fontes primárias oficiais emitidas pelo Ministério da Saúde entrevistaram-se médicos das equipes do PSF do Município de Duque de Caxias integrante da Região Metropolitana I do Estado do Rio de Janeiro, Brasil. Entre os motivos da escolha desse município destacam-se a existência de equipes de PSF há oito anos, e a contratação dos médicos realizada prioritariamente por meio de concurso público, diminuindo a rotatividade.

O PSF foi implantado no município em junho de 1998 com sete equipes, permanecendo com este número até o ano 2000, quando deu um salto para 23 equipes. No ano de 2002, o município aderiu ao Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família (PROESF) realizando um novo projeto onde foram contemplados vários itens que consideravam tanto a situação atual quanto a almejada.

No que diz respeito à atenção básica, Duque de Caxias apresenta programas de saúde pública implantados seguindo diferentes modelos de atuação. A atenção básica se estrutura no município distribuindo-se por cerca de 53 tipos de unidades de saúde, sendo que dentre elas 32 são de saúde da família <sup>4</sup>.

Segundo dados fornecidos pela Coordenação Municipal do PSF de Duque de Caxias <sup>11</sup>, 42 médicos estavam em atividade, em 2006, quando da efetivação do trabalho de campo.

Deste total foi selecionada uma amostra de acordo com os seguintes critérios: trabalhar no PSF há mais de três anos, independente da forma de contratação e grau de especialização; estar cadastrado na listagem do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) fornecida pela Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) no mês de janeiro de 2006 e estar trabalhando nas unidades do PSF no período da realização das entrevistas. Preencheram estes critérios 16 médicos, mas um recusou-se a participar da pesquisa.

A técnica utilizada foi a da entrevista semi-estruturada que seguiu um roteiro abordando três grandes temas: a participação nas quatro linhas de cuidado prioritárias da Agenda, as dificuldades encontradas e os meios de capacitação para atuar no cumprimento destas.

A análise dos dados foi realizada através da análise de conteúdo, na modalidade temática, adaptada do proposto por Bardin<sup>12</sup>.

O projeto que embasou o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do Instituto Fernandes Figueira da Fundação Oswaldo Cruz, sob parecer nº. 050/05 de 7 de dezembro de 2005.

## Resultados e discussão

Procurou-se estabelecer a percepção dos médicos sobre como as linhas de cuidado prioritárias estão sendo trabalhadas no âmbito das unidades de saúde da família. Não foi objetivo, em nenhum instante, avaliar a qualidade da atenção prestada, nem discutir como estão sendo conduzidas as propostas da Agenda nas demais unidades componentes da atenção básica em Duque de Caxias. A seguir, é apresentada a opinião da equipe médica seguindo cada uma das linhas traçadas pela Agenda.

### Nascimento saudável

A Agenda<sup>1</sup> estabelece que a atenção à mulher que deseja engravidar constitui um item importante no nascimento saudável, sendo necessário orientar sobre a importância do intervalo entre partos e oferecer meios necessários à anticoncepção quando estes forem demandados.

Durante as entrevistas, tornou-se patente que os médicos realizam as atividades educativas relativas à exposição e esclarecimento dos métodos contraceptivos, mas a oferta dos insumos parece pedir um melhor planejamento em relação à demanda. Conforme declaram dois entrevistados, porém espelhando a posição geral:

*“Temos recebido uma cota, mas ela não atinge a demanda tanto do preservativo, quanto do con-*

*traceptivo oral. O DIU e o diafragma são colocados na rede pública e não nessa unidade. Tem a opção da laqueadura e da vasectomia, que também são fornecidas pela rede pública. Algumas optam pelos contraceptivos injetáveis. Isso não é fornecido, mas orientamos como utilizar” (E9).*

*“A gente tem que fazer planejamento familiar sem ter a camisinha, sem ter a pílula, sem ter nada. Vai fazer laqueadura e é tanto problema! São tantas as vezes que a pessoa vai e vem que desiste” (E13).*

Em relação à organização da rede de referência para a garantia dos métodos definitivos, os depoimentos mencionaram que para a obtenção de um deles há um trâmite demorado e burocrático por várias instâncias, antes de sua realização, com várias etapas a serem cumpridas, inclusive a obediência de um prazo legal pré-determinado e o enfrentamento de filas de espera para procedimentos cirúrgicos. Esta posição é a mesma registrada por Mendonça et al.<sup>4</sup> em relatório sobre PROESF em Duque de Caxias e, de uma certa maneira, chama a atenção para a afirmação feita por Machado et al.<sup>13</sup>. Esses autores lembram que ao se considerar o conceito de integralidade revela-se o imperativo de se mudar o curso de uma ação em saúde voltada unicamente para a atenção básica, por força da baixa capacidade dos municípios de prover os investimentos que os serviços especializados e hospitalares requerem.

No que tange ao pré-natal, a Agenda<sup>1</sup> enfatiza uma série de ações que deveriam ser realizadas. Destacam-se, entre elas: a captação precoce da gestante (até o 4º mês); o conhecimento do número de gestantes na área de abrangência; a orientação para que se siga o protocolo de pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde; a oferta dos medicamentos necessários; o diagnóstico e tratamento ou controle das intercorrências clínicas na gestação e/ou das doenças crônicas; a identificação das gestantes de risco e garantia do atendimento no pré-natal de alto risco; a realização de práticas educativas; a manutenção do vínculo com a maternidade para o parto e complicações; a busca ativa da gestante faltosa ao pré-natal e, por último, mas não de menor importância, a qualificação e humanização da assistência.

Todos os médicos entrevistados afirmaram que exercem ou já exerceram o acompanhamento pré-natal na unidade do PSF onde trabalham e fizeram, pelo menos, um curso sobre pré-natal. O pré-natal de baixo risco foi o treinamento mais frequentemente citado e muitos declararam já terem feito mais de um curso de pré-natal proporcionado pelo município.

Um dos entrevistados, entretanto, sem formação em obstetrícia, gostaria que esse treina-

mento fosse mais longo e mais prático: “*Na prática, eu acho que tinha que fazer uns dois meses de pré-natal. Você tem um protocolo a seguir. Mas, paciente não é um protocolo*” (E5).

Todos os demais, todavia, acusam o fato de na unidade existir o Manual de Pré-Natal de Baixo Risco, a que chamam de protocolo. Apesar de um protocolo não abranger as diversas situações vivenciadas no atendimento, ele parece, nas palavras da maioria, ter trazido mais segurança para o profissional não obstetra, orientando e norteando sua atuação: “*Procuro seguir aquilo [protocolo], principalmente com o pré-natal: o que você faz no primeiro, no segundo, no terceiro trimestre, porque senão você fica muito solta, muito perdida. Eu acho que esses protocolos ajudam bastante*” (E7).

Durante as entrevistas evidenciou-se que o pré-natal de baixo risco é freqüentemente feito por médicos e enfermeiros. Mas, em algumas unidades, cabia mais ao enfermeiro esse acompanhamento, ficando o médico com uma participação mais pontual, como o trecho abaixo referenda: “*Dentro do pré-natal do PSF, elas [gestantes] têm que passar por duas consultas com o médico. Então a gente só faz isso. Vejo no início e no final. O resto é a X [enfermeira] que faz. Porque eu não tenho tempo para fazer tudo*” (E1).

O pré-natal de baixo risco é aquele a ser realizado nas unidades de saúde da família. Em relação ao alto risco, as gestantes devem ser identificadas e encaminhadas para a referência. A garantia do pré-natal de alto risco nos serviços de referência, segundo alguns relatos, ainda não é alcançada, como exemplificado no depoimento a seguir: “*A gente tem problema com as referências, principalmente quando se trata de gravidez de risco. Caxias, em termos de gravidez de risco, está deixando muito a desejar*” (E12).

Diante disso, alguns profissionais médicos do PSF acabam realizando o pré-natal de alto risco. São dois os problemas apontados como mais freqüentes: as dificuldades tanto com relação à referência como financeira para locomover-se até as unidades de referência. Um dos médicos entrevistados descreve esta situação: “*Adoro fazer pré-natal. Faço pré-natal até de alto risco, que não deveria fazer. Deveria referenciar, mas elas não vão, então eu acabo acompanhando*” (E13).

Tais posicionamentos refletem a forma como a atenção básica municipal está formatada. Parece que mesmo com a ampliação do PSF, o município pretende manter modelos diferenciados de atenção, denotando falta de perspectiva quanto à organização do sistema de referência, incorporação de pronto-atendimento ou de novas práticas em saúde <sup>4</sup>.

O compromisso com relação ao acompanhamento das gestantes da área adstrita que fizeram pré-natal na referência é efetuado, em consonância com o proposto pela PNAB emitida pelo Ministério da Saúde em 2006 <sup>9</sup>. O dito por E6 representa a posição geral e corrobora essa assertiva: “*As adolescentes, eu encaminho para fazerem junto com o ginecologista, mas eu também as acompanho, para ter certeza de que estão realmente indo à consulta do pré-natal na outra unidade*”.

O aleitamento materno, segundo os dados analisados, parece ser estimulado durante o pré-natal e um profissional, em particular, atribui a isso uma maior prevalência de aleitamento materno exclusivo nos filhos de mulheres que realizaram pré-natal no PSF: “*Eu não sei como são orientados. O ginecologista de fora tem que ter a mesma orientação que a gente tem, porque tem que ser no pré-natal. Obstetra tem que estar orientado para manter a amamentação, porque aqui a gente fica batalhando a gravidez inteira. Conversamos o tempo todo e todos falam a mesma linguagem. Quando nasce, já nasce no peito e não chupa chupeta. Então a gente consegue*” (E14).

Mais de 90% (14/15) dos entrevistados realizaram cursos de aleitamento materno enquanto 73% disseram promover ou terem promovido encontros com grupo de gestantes na unidade.

Em relação às atividades educativas, a Agenda <sup>1</sup> pontua a relevância do incentivo ao aleitamento materno e ao parto normal; orienta sobre hábitos saudáveis de vida, sinais de alerta na gravidez, cuidados com o recém-nascido, a importância da consulta no puerpério, o planejamento familiar e os direitos da gestante e do pai.

Entretanto, é preocupante, do ponto de vista da saúde da mulher e da criança, a persistente problemática da referência e da contra-referência dentro do SUS <sup>14</sup>, particularmente no que tange ao pré-natal de alto risco, conforme apontado nos diversos depoimentos.

### **Crescimento e desenvolvimento**

Esta linha de cuidado compreende várias ações. Dentre elas, distinguem-se: conhecer a população infantil da área de atuação; garantir a execução do calendário de acompanhamento do crescimento/desenvolvimento; manter continuamente a prática de acolhimento e escuta da criança que procura o serviço; detectar os sinais de risco de doenças nas crianças que chegam à unidade, no domicílio ou em instituição infantil; avaliar integralmente a criança; checar e atualizar o cartão da criança em todas as oportuni-



des, visando garantir a imunização e a vigilância nutricional.

A partir da consulta de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é possível estabelecer condutas curativas dirigidas às doenças detectadas e traçar as preventivas para cada idade, sobre vacinação, alimentação, estimulação e cuidados gerais, num processo contínuo de educação para a saúde. Dessa forma, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado o eixo central da atenção à criança <sup>15</sup>.

O crescimento é avaliado através de medidas antropométricas (peso, estatura, perímetro cefálico e perímetro braquial). Ao relacioná-las à idade, sexo ou a outra variável antropométrica, estas medidas permitem que se situe a criança dentro de uma faixa aceita como normal, de acordo com a referência de crescimento utilizada <sup>15</sup>.

Por outro lado, o desenvolvimento deve ser entendido como um processo de transformação complexo, dinâmico e progressivo, que além do crescimento, considera a maturação, a aprendizagem e os aspectos psíquicos e sociais <sup>15</sup>.

Sendo assim, a puericultura tem papel de destaque na promoção e prevenção da saúde infantil e faz parte do trabalho do PSF

As entrevistas evidenciaram que em algumas unidades cabe ao enfermeiro a realização desta atividade. Nesses casos, o médico participa apenas quando a criança está doente: *“Não vou dizer que eu atendo muita criança, porque eu fico mais com os adultos. O W [enfermeiro] fica com a puericultura. Quando ele precisa, vem e tira alguma dúvida. Estamos sempre conversando”* (E10).

Em várias unidades, médicos e enfermeiros praticam a puericultura, mas os relatos mostram que nas unidades onde os médicos são pediatras há uma tendência de que a puericultura seja realizada por eles.

*“Eu faço mais [atendimento de criança] porque sou pediatra. Então você nota isso: no PSF que a médica é ginecologista, a enfermeira faz menos ginecologia. Quando tem clínico, os dois lá se dividem para fazer puericultura”* (E14).

Dos médicos entrevistados, apenas 33% (5/15) disseram ter realizado treinamento específico em crescimento/desenvolvimento e puericultura.

Em relação às atividades comunitárias com crianças, o trabalho intersetorial foi relatado por 40% (6/15) dos entrevistados, pautados principalmente em palestras nas escolas e junto à Pastoral da Criança.

A Pastoral da Criança é apontada como uma das mais importantes organizações mundiais a atuar nas áreas de saúde, nutrição e educação da criança <sup>16</sup>. A base de seu trabalho é a família e a comunidade. A dinâmica consiste em capa-

cular líderes comunitários para mobilização das famílias nos cuidados com os filhos. Esta metodologia conta com três grandes momentos de intercâmbio de informações, que ajudam no fortalecimento da solidariedade: visitas domiciliares, dia do peso e reuniões mensais entre os líderes de uma mesma comunidade para refletir e avaliar o trabalho realizado <sup>17</sup>.

Os entrevistados declararam que várias equipes realizam parceria com a Pastoral da Criança, seja através do encaminhamento, utilização do espaço da igreja ou participação durante o dia da pesagem, como afirma E5: *“Todo mês tem a pesagem. Nós ajudamos a pesar as crianças, para ver seu desenvolvimento e crescimento, se saiu ou não da desnutrição. É um trabalho associado e tem um retorno bom. Eles trabalham direto com a gente”*.

Reconhece-se, a partir dos depoimentos que, de um modo geral, a linha do crescimento e desenvolvimento é cumprida. Ressalta-se, todavia, uma certa disparidade dentro das especialidades integrantes da equipe, fazendo com que as atividades de puericultura sejam efetuadas por pediatras e/ou enfermeiros, e em vários casos na dependência da aliança com uma organização não governamental e religiosa.

Pode-se apontar, no que tange ao crescimento e desenvolvimento, eixo central da atenção à criança, que a estruturação da rede de referência aliada à intersetorialidade é fundamental para que o PSF atue de forma mais próxima dos princípios da atenção primária, inclusive, se configurando como uma estratégia alternativa para reorientação do sistema de saúde. Trata-se também de ressaltar a precisão de repensar a prática clínica para facilitar a *“construção explícita da responsabilidade macro e microssanitária”* <sup>10</sup> (p. 852).

### Distúrbios nutricionais

A Agenda <sup>1</sup> coloca várias ações relacionadas ao acompanhamento do estado nutricional das gestantes e das crianças, não só nas unidades, mas também nas visitas domiciliares.

As ações citadas pela Agenda <sup>1</sup> para essa linha de cuidado abrangem: identificação dos fatores de risco nutricionais em crianças e desnutrição em gestantes; ações educativas, como o estímulo ao aleitamento materno e alimentação saudável.

Os profissionais entrevistados, consensualmente, identificaram os aspectos relacionados à nutrição como fundamentais, por isso reforçaram a puericultura como essencial ao desempenho de ações de atenção básica. Em geral, mostraram-se mobilizados frente aos casos de desnutrição grave que atenderam e salientam o

envolvimento de toda a equipe para solucioná-los. E14, mostrando fotografias, ilustra o fato: “Essa aqui é a técnica [de enfermagem] dando comidinha para ele. O Y [dentista] tem uma foto da criança bem desnutrida. (...) Aqui é o agente de saúde dando comida”.

Mais uma vez torna-se claro que as alianças para além do SUS são imprescindíveis, pois este por si só ainda é insuficiente. Exemplo disso é que muitos depoentes citaram a creche Portal do Crescimento, no Município de Duque de Caxias, como uma instituição de apoio. Esclareceram que esta creche ao receber crianças em risco nutricional contribui para a recuperação de seus pacientes. Conforme declara E5, na creche: “A criança entra de manhã e sai de noite, então tem alimento: ela come. Mas, fica sem comer sábado e domingo quando volta para casa. Então é complicado”.

O trabalho da Pastoral da Criança, novamente, é referido como imprescindível para a recuperação nutricional das crianças, como explicitado também por E5: “Tinha criança que não saía da desnutrição. Aí começamos a mandar para a Pastoral. Lá é fornecida a multimistura e, assim, chega a um ponto em que [a criança] consegue sair da desnutrição”.

Conforme argumenta Rocha<sup>18</sup>, a pobreza absoluta no Brasil persiste transpassando as determinações da ordem do crescimento econômico para inscrever a realidade de existência de “padrões precários de solidariedade e noções frouxas de igualdade” (p. 13). Nesse sentido, apesar da referência somente ao papel da Pastoral da Criança e da creche Portal do Crescimento no combate à desnutrição, os depoimentos permitem inferir que dentre as ações do PSF, aquelas educativas são instrumentais para promover a auto-estima e o auto-cuidado da família, ensinando refletir de modo a produzir mudanças nos estilos de vida<sup>13</sup>.

### Doenças prevalentes na infância

Nessa linha de cuidado, a Agenda<sup>1</sup>, dentre as variadas ações estatuídas, salienta: manter a prática de acolhimento das crianças que procuram o serviço, com intercorrências agudas ou de outra natureza, disponibilizando a resposta mais qualificada; identificar na criança sinais de risco e priorizar o atendimento, referenciando quando necessário; manter a continuidade da assistência, agendando retorno e visita domiciliar; efetuar busca ativa da criança faltosa; fazer visitas domiciliares esporádicas para aquilatar as condições de vida da criança; acompanhar as crianças encaminhadas para a atenção secundária e promover grupos educativos mensais, abertos à

comunidade, tendo como participantes as mães ou responsáveis.

A estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) é uma capacitação proposta pelo Ministério da Saúde para profissionais de saúde que atendem crianças nos serviços de atenção básica no Brasil. O Ministério da Saúde espera que a estratégia AIDPI, associada aos ajustes na organização dos serviços e a um processo de educação permanente, desenvolvido com a família e a comunidade, propicie uma melhoria significativa dos indicadores de saúde no país.

“No Brasil, a estratégia AIDPI foi adaptada às características epidemiológicas da criança e às normas nacionais. As condutas preconizadas pela AIDPI incorporam todas as normas do Ministério da Saúde relativas à promoção, prevenção e tratamento dos problemas infantis mais frequentes. (...) A operacionalização dessa estratégia vem sendo efetivada principalmente pelas equipes de saúde da família e capilarizada em todo território nacional”<sup>19</sup> (p. 7).

Dentre os médicos entrevistados, 86,66% (13/15) fizeram o curso AIDPI. As opiniões sobre este treinamento não foram unânimes. Houve muitos que o consideraram um treinamento essencial para iniciar um atendimento com crianças. Conforme diz um deles: “Eu acho que tinham que investir bastante nesse curso, para quem não é pediatra. O clínico que entra para atender pediatria, eu acho que é pior que o pediatra que entra para atender clínica médica. Porque o pessoal tem medo de pediatria. E esse treinamento de AIDPI dá um pouquinho de segurança” (E5).

De fato, apesar de 66,66% (10/15) dos médicos entrevistados já terem trabalhado com pediatria anteriormente, apenas três deles eram pediatras.

Na maior parte dos relatos, os médicos consideraram que o AIDPI foi um treinamento válido, mas alguns também o criticam. No depoimento abaixo, assinala-se uma ressalva feita a esta capacitação: “Bom, objetivo, rápido, mas não é completo. Resolve os problemas básicos, mas engana também os problemas mais sérios. Por enquanto, eu vejo o AIDPI, para o médico como uma cola; para a enfermeira, como um ensinamento dos medicamentos; para o dentista – o dentista vai chegar e medicar também –, pelo AIDPI, ele medica. Vai direto. É só saber ler” (E2).

O que preocupa esse profissional é que ele pode estar se deparando com uma doença na qual o diagnóstico é fundamental, o que requer uma formação sólida aliada à experiência. A imprecisão diagnóstica junto ao “enquadramento” proposto pelo AIDPI foi salientada e os trechos abaixo retratam as críticas.

“O AIDPI cairia naquela história: a criança chegou, está com febre há tantos dias e tal. (...) Examinou, tal dia, mandou tomar dipirona e ir embora para voltar em uma semana. Aí, ele vem com rigidez de nuca – Ah! Mas tem lá falando sobre rigidez de nuca, mas no dia não estava. Então: ‘Examinou a fontanela?’. ‘Não, não examinei’ ou ‘Examinei, não achei alto’. Eu acho que em pediatria você tem que ter um cuidado muito maior” (E2).

Alguns profissionais consideraram esse treinamento mais adequado ao enfermeiro, talvez, em parte, pela simplificação da conduta. Então: “Para o enfermeiro, eu acho muito legal, mas para o médico acho que deixa um pouco a desejar” (E13).

Um profissional, entretanto, apontou a utilidade da abordagem no que diz respeito à avaliação do risco, afirmando: “Eu sei que não é uma receita de bolo. Mas dentro disso, a gente consegue se localizar. Consegue referir uma criança quando acha que tem de internar. Eu acho que é uma coisa boa. Eu acho que, para quem não é pediatra, é legal, apesar de não ser uma coisa muito extensa” (E13).

Alguns também reconheceram o mérito do AIDPI na medida em que ele possibilitaria propor tratamentos quando não se dispõem de recursos. Nessas situações, nota-se certa nostalgia da medicina hipocrática conjugada a uma noção bastante situada das disparidades regionais brasileiras.

“Eu adorei o AIDPI. Porém acho que ele [serve] em lugares na roça, onde não tem nada. Lá no Nordeste, eu acho que é show” (E13).

“No AIDPI você não usa nada para examinar o paciente. Só o olha vendo os sinais e sintomas. Você não pega um estetoscópio para avaliar uma pneumonia. Então isso é bom. Até porque você pode trabalhar em algum lugar do interior que não tem raio-X, não tem nada. Você não precisa de estetoscópio para diagnosticar pneumonia” (E1).

A visão de alguns médicos, de valorização do AIDPI quando se trabalha num local sem recursos técnicos e de suporte diagnóstico, faz pensar que a dificuldade de referências dá margem a se realizar uma medicina simplificada, mas que carrega perigos iatrogênicos, como, por exemplo, o uso abusivo de antibióticos e a realização de diagnósticos equivocados. Nesse sentido, os depoentes apontam para uma clínica “trabalho humano concentrado”, mas, por outro lado valorizam aquela centrada em “procedimentos tecnológicos”<sup>20</sup> (p. 189).

Um profissional, em particular, ao declarar como se ressentia da falta de um pediatra mais próximo da unidade, de certa forma corrobora

as lacunas não passíveis de serem preenchidas pelo treinamento AIDPI: “O apoio de um médico especialista ali ou um acesso fácil a esse especialista é melhor do que qualquer AIDPI do mundo. Você pode fazer um AIDPI com os melhores do mundo, mas o apoio de um especialista no local para te dar segurança numa área em que você não se especializou...” (E2).

Considerando outros treinamentos na área de saúde da criança, 53,33% (8/15) dos médicos entrevistados realizaram o de infecções respiratórias agudas, 40% (6/15) o de diarreia e 66,66% (10/15) o de atividades educativas em saúde.

Os relatos consideraram a necessidade de treinamento como o fator mais importante, mas unanimemente também enfatizaram a infra-estrutura precária para os atendimentos de emergência, como impedindo o cumprimento das ações propostas e até sua implantação. Ficou demonstrado, inclusive, que há unidades com condições incipientes para atendimentos de emergência, como os depoimentos referendam: “O meu nebulizador é igual ao caseiro. Não tenho O2, não tenho nada. Mas, como é um nebulizador caseiro, é um nebulizador que falha” (E13). “Por vezes, não chega o produto para a gente poder trabalhar, a gente não recebe Berotec, não recebe Atrovent. A gente até pede, mas, até hoje, eu não consegui receber isso da farmácia da secretaria” (E6).

Um dos profissionais entrevistados foi até bastante incisivo, contando que, ao encaminhar uma criança que não saía da crise de asma apesar das nebulizações já realizadas na unidade do PSF, foi questionado pelo profissional da referência sobre o fato de o problema não ter sido solucionado na atenção básica.

Vários podem ser os motivos para que alguns atendimentos de emergência não sejam realizados dentro de unidades do PSF. Entre os expostos nas entrevistas, os que mais apareceram foram falta de insumos, infra-estrutura pobre, excesso de famílias gerando um número desmedido de consultas e o fato de o trabalho no PSF contemplar a realização de várias outras atividades, como visitas domiciliares, atividades educativas e comunitárias.

## Considerações finais

Duque de Caxias vem progressivamente ampliando o acesso ao atendimento no PSF. O município também estimula seus profissionais, ingressos por concurso, a integrar as equipes do PSF, através da criação de gratificação e oferta de treinamentos. Com isso, os médicos permanecem por vários anos no programa permitindo

a criação de vínculos sólidos com a população que atendem.

Em relação à saúde da criança, foco desse trabalho, ficou evidente que as quatro linhas de cuidado prioritárias da Agenda <sup>1</sup> vêm sendo seguidas nas unidades do PSF, mas, talvez pela própria formação, os médicos pareçam estar mais envolvidos no atendimento à doença, sendo as ações de promoção e prevenção mais exercidas pelos enfermeiros.

Esse fato direciona para a necessidade de reformulação proposta por Campos & Amaral <sup>10</sup> no sentido de reconstruir-se ampliadamente o modelo biomédico, trazendo para o exercício clínico saberes como os produzidos por áreas como a da Saúde Coletiva, Saúde Mental, Planejamento e Gestão, e Ciências Sociais e Políticas.

A mesma linha de raciocínio serve para as práticas de educação em saúde que, quando realizadas, se limitam a um trabalho através de grupos temáticos de doenças, tendo como base o referencial biomédico.

Os vários treinamentos oferecidos parecem ter sido instrumentais para que os médicos exercessem suas atividades contemplando as mais variadas faixas etárias. Tais treinamentos, contudo, tendem a ser teóricos e a focalizar os aspectos orgânicos das doenças.

De toda forma, os depoimentos implícita e explicitamente sugerem a idéia de que capacitação e treinamento são chaves mágicas e, muitas vezes, se confundem com a idéia de educação permanente, no sentido de manter a atualização diante da multiplicidade de avanços na área do conhecimento biomédico. Entretanto, cabe questionar a extensão na qual treinamentos como AIDPI, sem dúvida importante instrumento num país de dimensões continentais como o Brasil, no qual por razões históricas a maioria da população carece de acesso aos meios de diagnóstico e tratamento, podem realmente funcionar em substituição a uma educação médica sólida e voltada para prática clínica centrada na unidade familiar e na comunidade.

Se a inserção dos profissionais nas comunidades, inclusive, realizando visitas domicilia-

res, propicia a criação de vínculos estreitos e a compreensão dos determinantes sociais no adoecimento, por outro lado, também é indiscutível que o atendimento proposto por programas como o PSF, demandando uma formação que exige competência médica e sociológica, amplia a consciência da desigualdade que atravessa a sociedade brasileira. Por isso há, por parte dos entrevistados, a ênfase em parcerias como as feitas com a Pastoral da Criança e a Creche Portal do Crescimento, demonstrando que a solidariedade entre todos os níveis sociais e entre o público e o privado precisa ser considerada para a resolução de problemas que transcendem o campo da atuação médica.

Os depoimentos, sem qualquer margem de dúvida, revelam um comprometimento muito grande dos médicos com a população, mas, também clarificam que, em muitos momentos, eles só estão conseguindo ser porta de entrada para a unidade, e não para o SUS. O isolamento organizacional e físico em relação à rede de referência desestimula e desilude, deslocando para mais longe a tão sonhada integralidade da assistência. É preocupante, por exemplo, que o pré-natal de alto risco algumas vezes seja realizado no PSF por não ser absorvido na referência, podendo acarretar graves conseqüências à saúde materno-infantil.

Por fim, pode-se afirmar que, inequivocamente, muitos entrevistados já rumam para o que Simões <sup>21</sup> considerou como um elemento constituinte de um novo paradigma médico: a visão global do sujeito e do seu adoecimento. Nela, o paciente está inserido dentro de uma realidade histórica onde o caráter “biologizante” da teoria das doenças não é negado, mas acrescido e superado pela inclusão das variáveis psicológicas e sócio-econômicas na elucidação de cada processo singular de sofrimento. Talvez essa visão mais abrangente proporcione, no decorrer da consulta, o que o autor considerou um espaço onde a particularidade seja ouvida, compreendida e utilizada, tanto para o entendimento do processo de adoecer quanto para restaurar a autonomia daquele que demandou cuidados de saúde.



## Resumo

*Objetivou-se compreender como médicos de uma equipe do Programa Saúde da Família (PSF) percebem sua atuação na área da saúde da criança, em contraponto com os princípios norteadores do programa aliados ao da Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil, do Ministério da Saúde. Considerou-se como pano de fundo a estratégia de implementação da atenção primária no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas. O material obtido foi analisado via análise de conteúdo. Os resultados evidenciaram que, de um modo geral, a Agenda está sendo cumprida. Entretanto há dificuldades para a referência e contra-referência; as ações propostas pelo PSF exigem competência médica e sociológica esbarrando com problemas inerentes à formação biomédica; a infra-estrutura é precária, assim como os insumos, e o treinamento oferecido não capacita suficientemente os médicos para uma abordagem mais global. Conclui-se que o modelo de assistência básica no Brasil precisa de ajustes para se adequar à realidade do país e que parcerias, transcendentais ao sistema, necessitam ser feitas.*

*Saúde da Criança; Atenção Primária à Saúde; Programa Saúde da Família; Sistema Único de Saúde*

## Colaboradores

A. C. M. A. Silva fez a pesquisa de campo, analisou as fontes e redigiu o artigo. M. A. M. Villar realizou pesquisa bibliográfica, redigiu e revisou o artigo. S. M. Wuillaume concebeu a pesquisa, redigiu e revisou o artigo. M. H. C. A. Cardoso participou da pesquisa bibliográfica, concebeu e redigiu o artigo.

## Referências

1. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
2. Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura/Ministério da Saúde; 2002.
3. Mendes EV. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Editora Hucitec; 1999.
4. Mendonça MHM, Najar A, Giovanella L, Tavares MFL, Vasconcellos MM, coordenadores. Relatório Estudo de Linha de Base – Projeto de Expansão da Estratégia de Saúde da Família no Município de Duque de Caxias, Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 2006.
5. Coordenação de Atenção Básica, Secretaria de Assistência à Saúde, Ministério da Saúde. Avaliação da implantação e funcionamento do Programa Saúde da Família – PSF (relatório preliminar). Brasília: Ministério da Saúde; 1999.
6. Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Mattos RA, Pinheiro R, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO; 2001. p. 39-64.
7. Giovanella L, Lobato LVC, Carvalho AI, Conill EM, Cunha EM. Sistemas municipais de saúde e a diretriz da integralidade da atenção: critérios para a avaliação. Saúde Debate 2002; 26:37-61.

8. Heimann LS, Mendonça MH. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. In: Lima NT, Gerschman S, Edler FC, organizadores. Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005, p. 481-502.
9. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648/GM que aprova a Política Nacional de Atenção Básica estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para o Programa Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Diário Oficial da União 2006; 28 mar.
10. Campos GWS, Amaral MA. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. Ciênc Saúde Coletiva 2007; 12:849-59.
11. Coordenadoria de Saúde da Família, Secretaria Municipal de Saúde, Prefeitura Municipal de Duque de Caxias. Projeto municipal de expansão do saúde da família. Duque de Caxias: Prefeitura Municipal de Duque de Caxias; 2002.
12. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
13. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS: uma revisão conceitual. Ciênc Saúde Coletiva 2007; 12:335-42.
14. Mendes EV. O SUS e a atenção primária à saúde. Rev APS 2005; 8:218-9.
15. Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde. Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
16. Pastoral da Criança. Reconhecimento. [http://www.pastoraldacrianca.com.br/htmltonuke.php?filnavn=pastr.dev/arquivos\\_genericos/portal/redes](http://www.pastoraldacrianca.com.br/htmltonuke.php?filnavn=pastr.dev/arquivos_genericos/portal/redes) (acessado em 20/Jun/2006).
17. Pastoral da Criança. Promovendo a vida para todas as crianças. <http://www.pastoraldacrianca.org.br> (acessado em 18/Jun/2006).
18. Rocha S. Pobreza no Brasil: afinal de que se trata? Rio de Janeiro: Editora FGV; 2003.
19. Ministério da Saúde/Organização Mundial da Saúde/Organização Pan-Americana da Saúde. AIDPI – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: cursos de capacitação: introdução. Módulo 1. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
20. Campos GWS. Educação médica, hospitais universitários e o Sistema Único de Saúde. Cad Saúde Pública 1999; 15:187-94.
21. Simões OLM. Saúde da família: limites e potencialidades de uma estratégia [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2000.

---

Recebido em 28/Set/2007

Versão final reapresentada em 09/Jun/2008

Aprovado em 01/Jul/2008