

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO INSTITUTO DE PSIQUIATRIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A FORMAÇÃO DO PEDIATRA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SUS: O
CUIDADO COLABORATIVO NA ATENÇÃO E VIGILÂNCIA DO CRESCIMENTO
E DESENVOLVIMENTO INTEGRAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Antonio Luiz Gonçalves Albernaz

Rio de Janeiro

2020



UFRJ

A FORMAÇÃO DO PEDIATRA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SUS: O
CUIDADO COLABORATIVO NA ATENÇÃO E VIGILÂNCIA DO CRESCIMENTO
E DESENVOLVIMENTO INTEGRAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA

Antonio Luiz Gonçalves Albernaz

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, do Instituto de Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto

Rio de Janeiro

2020

CIP - Catalogação na Publicação

AA331f Albernaz, Antonio Luiz Gonçalves
 A formação do pediatra e a atenção psicossocial no SUS:
o cuidado colaborativo na atenção e vigilância do
crescimento e desenvolvimento integral na primeira infância
/ Antonio Luiz GonçalvesAlbernaz.
- Rio de Janeiro, 2020.
137 f.

Orientadora: Maria Cristina Ventura Couto.
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal do
Rio de Janeiro, Instituto de Psiquiatria, Programa de
Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, 2020.

1. puericultura. 2. cuidado da criança . 3. pediatria.
4. educação médica. 5. atenção psicossocial. I. Couto,
Maria Cristina Ventura , orient. II. Título.

A FORMAÇÃO DO PEDIATRA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO SUS: O
CUIDADO COLABORATIVO NA ATENÇÃO E VIGILÂNCIA DO CRESCIMENTO E
DESENVOLVIMENTO INTEGRAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA

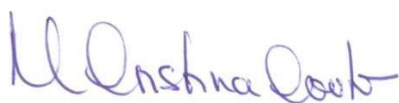
Antonio Luiz Gonçalves Albernaz

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial, do Instituto de Psiquiatria, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Atenção Psicossocial.

Aprovada por:

Rio de Janeiro, 18/12/2020.



Profa. Dra. Maria Cristina Ventura Couto (IPUB/UFRJ) – Orientadora
Presidente

Participação por videoconferência

Profa. Dra. Maria Virgínia Marques Peixoto (IFF/FIOCRUZ)
Examinadora

Participação por videoconferência

Profa. Dra. Maria Paula Cerqueira Gomes (IPUB/UFRJ)
Examinadora

Rio de Janeiro
Dezembro de 2020

DEDICATÓRIA

A minha grande e amada família, representada pelas crianças, meus queridos sobrinhos e afilhados. Em ordem de chegada: Rafael Gomes, Rafael e Isabelle Melo, Bernardo, Luiz Guilherme, Maria Fernanda, Rafael e Artur José. Como numa aldeia, gosto de pensar que também cuido de vocês ao olhar, orar e contribuir com o melhor de mim, para suas infâncias e vidas suficientemente maravilhosas!

Ao casal Edson e Márcia, mentores do meu resgate à espiritualidade. Meus pais de consideração, sempre presentes nos momentos bons e nos péssimos.

Aos amigos Andre Marcelo e Sonia Passos, mentores intelectuais. Exemplos de dedicação aos estudos com propósitos humanitários.

A Minha Vovó Celina e Minha Tia Lucia, sempre presentes na minha vida, ainda estão comigo, pois fazem parte do que eu sou. *Perder alguém querido é aprender a viver de saudade.* Muitas saudades!

Aos meus Pais Marilu e Luiz, e meus irmãos Leonardo e Gabriela que fizeram parte da minha infância suficientemente maravilhosa e fazem parte da minha vida! E assim, nunca conseguirei dimensionar com palavras, como foi importante ter nascido e crescido com vocês.

A minha esposa Patricia e minhas filhas Julia e Leticia. Vivo feliz na certeza de que habito vossos corações. Assim, tento expressar como me sinto acolhido e de como sou grato a vida. O Amor, é o que traduz meus sentimentos por vocês. Foi assim que vocês participaram e me ajudaram! Tem como explicar? *É uma ideia que existe na cabeça, e não; Tem a menor pretensão de convencer...*

AGRADECIMENTOS

A minha orientadora Cristina Ventura, que radicaliza ao fazer do seu discurso a sua prática, como disse Paulo Freire. Acolhedora, atenciosa e sempre disponível desde o primeiro encontro e, ao mesmo tempo, exigente. A sua postura transmite, constantemente, a mensagem *eu acredito em você, você pode fazer* melhor! E assim, estive sempre orientado e consegui me superar. Hoje, a minha visão e compreensão da criança, é a partir da integralidade. Obrigado por tudo!

Ao NUPPSAM (IPUB/UFRJ). Ambiente agradável e acolhedor que promove o livre pensar a partir do reconhecimento da pluralidade como princípio democrático. Tanto nos cursos proporcionados pelo mestrado, quanto nos momentos de conversas, debates de ideias e no apoio para atender as demandas teóricas e práticas.

Aos companheiros de jornada do mestrado, representados pelo Leandro, sempre disponível como nosso representante e com o seu tema também orientado pela Cristina, que consta como referência na minha bibliografia e pelo Jonas, colega de profissão, proporcionou com nossas conversas uma aproximação da experiência do território, a partir da Estratégia de Saúde da Família, na visão do médico de família. Uma singela homenagem ao colega de turma e de profissão Danilo, que se forma junto com cada um nós e sempre estará em nossas boas lembranças.

A Professora Virgínia Peixoto e sua postura em busca de superar a fragmentação do cuidado. Coordenadora da atual Caderneta de Saúde da Criança, nossas conversas foram fundamentais para que eu pudesse ressignificar este incompreendido instrumento, que carrega o potencial para disseminar políticas públicas e contribuir para concretizar a continuidade do cuidado colaborativo e intersetorial.

A Professora Paula Cerqueira e sua habilidade para apontar e articular outros caminhos para a aproximação do modelo de atenção à saúde e a formação para o SUS. Seus apontamentos, contribuíram para que eu percebesse a dimensão deste desafio, ao mesmo tempo que a sua postura ética e serena, nos transmite coragem e a mensagem de que “já estamos no caminho”!

Aos residentes e preceptores que participaram da pesquisa, muito obrigado pelo empenho e doação corajosa. Todo o trabalho está fundamentado em vossas preciosas e inestimáveis narrativas. A partir delas, foi possível fazer a análise que subsidiou a compreensão do contexto da formação do pediatra. Vocês foram a pedra fundamental. Fico eternamente agradecido.

Aos colegas de trabalho e amigos do ambulatório, que representam aqui todos os colegas e amigos do IFF/Fiocruz. O convívio com vocês é estímulo constante para revisão da minha prática.

Construímos uma atitude coletiva, sempre em busca da atenção integral à saúde da criança e do adolescente. Ao mesmo tempo, optamos conscientemente pela formação como ponto de partida de nossas reflexões. Ousamos pensar que aprendemos mais do que ensinamos e estamos conscientes de que, o exemplo do cotidiano, é o melhor que podemos oferecer para a formação em saúde. É um orgulho e uma satisfação trabalhar com vocês!

A todas as crianças que são centro das nossas ações e que representam o passado, o presente e serão o futuro de cada um de nós. Como costuma dizer a minha orientadora Cristina: *É preciso uma aldeia para se educar uma criança, e também para cuidar e formar!* As crianças devem ser a prioridade no processo civilizatório de uma nação que pretende ser desenvolvida.

Minha Senhora Dona: um menino nasceu, o mundo tornou a começar!

Riobaldo, ao presenciar um nascimento.

Grandes Sertões: Veredas

(Guimarães Rosa)

O fato de o homem ser capaz de agir significa que se pode esperar dele o inesperado, que ele é capaz de realizar o infinitamente improvável. E isso, mais uma vez, só é possível porque cada homem é único, de sorte que, a cada nascimento, vem ao mundo algo singularmente novo. Desse alguém que é único pode-se dizer verdadeiramente que antes dele não havia ninguém. Se a ação, como início, corresponde ao fato do nascimento, se é a efetivação da condição humana da natalidade, o discurso corresponde ao fato da distinção e é a efetivação da condição humana da pluralidade, isto é, do viver como um ser distinto e único entre iguais.

A Condição Humana

(Hannah Arendt)

RESUMO

ALBERNAZ, Antonio Luiz Gonçalves. **A formação do pediatra e a atenção psicossocial no SUS: o cuidado colaborativo na atenção e vigilância do crescimento e desenvolvimento integral na primeira infância.** Rio de Janeiro, 2020. Dissertação (Mestrado em Atenção Psicossocial) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

Os aspectos subjetivos do crescimento e desenvolvimento na primeira infância são parte integrante da proposta de atenção integral à saúde. O objetivo principal desta pesquisa é de compreender e analisar como são abordados os aspectos subjetivos do crescimento e desenvolvimento na formação do pediatra em um hospital tradicional. A hipótese é de que existe uma lacuna na habilidade dos pediatras para a atenção e vigilância dos aspectos subjetivos do crescimento e desenvolvimento. Para o estudo, foram convidados médicos residentes em pediatria, com experiência na puericultura do hospital tradicional e dois preceptores. A metodologia foi de um estudo exploratório, qualitativo, orientado pela perspectiva da pesquisa social em saúde, onde procura-se perceber a complexidade do processo saúde/doença, representada pelas instituições, serviços, profissionais e usuários. A técnica utilizada foi a de Grupo Focal. Os resultados preliminares foram apresentados no Grupo da Devolutiva, composto pelos participantes do Grupo Focal. Confirmaram-se as dificuldades com as dimensões subjetivas do crescimento e desenvolvimento. Outro aspecto de destaque, que se mostrou muito importante na análise e discussão das narrativas, foi a pouca compreensão sobre as diretrizes e dinâmicas de operacionalização do Sistema Único de Saúde. No entanto, ficou clara a importância do Sistema Único de Saúde como fundamental para a oferta de serviços de qualidade e a promoção da atenção integral. Os médicos residentes de pediatria compreendem a importância da Caderneta de Saúde da Criança, mas não relacionam o instrumento com a disseminação de políticas públicas para o cuidado da criança ou sua utilidade para a garantia da continuidade do cuidado. A Atenção Psicossocial, que se baseia no ideário da Reforma Psiquiátrica e comunga dos conceitos da Reforma Sanitária e, ambas, dialogam com o conceito de Promoção da Saúde, pode contribuir na formação do especialista em pediatria, quando prima pelo cuidado colaborativo e intersetorial como operador da integralidade com foco nos aspectos subjetivos da constituição humana.

Palavras-chave: puericultura, cuidado da criança, pediatria, educação médica, atenção psicossocial.

ABSTRACT

ALBERNAZ, Antonio Luiz Gonçalves. **A formação do pediatra e a atenção psicossocial no SUS: o cuidado colaborativo na atenção e vigilância do crescimento e desenvolvimento integral na primeira infância.** Rio de Janeiro, 2020. Dissertação (Mestrado em Atenção Psicossocial) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2020.

The subjective aspects of growth and development in early childhood are an integral part of the proposal for comprehensive health care. The main objective of this research is to understand and analyze how the subjective aspects of growth and development are approached in the training of pediatricians in a traditional hospital. The hypothesis is that there is a gap in the ability of pediatricians to care and monitor subjective aspects of growth and development. For the study, pediatric residents with experience in childcare at the traditional hospital and two tutors were invited. The methodology was an exploratory, qualitative study, guided by the perspective of social research in health, where one seeks to understand the complexity of the health / illness process, represented by institutions, services, professionals and users. The technique used was the Focus Group. The preliminary results were presented in the Devolutive Group, composed of the participants in the Focus Group. Difficulties with the subjective dimensions of growth and development were confirmed. Another important aspect, which proved to be very important in the analysis and discussion of the narratives, was the lack of understanding of the guidelines and dynamics of the operationalization of the Unified Health System. However, the importance of the Unified Health System as fundamental for the offering quality services and promoting comprehensive care. Pediatric resident physicians understand the importance of the Child Health Handbook, but they do not relate the instrument to the dissemination of public policies for child care or its usefulness to guarantee continuity of care. Psychosocial Care, which is based on the Psychiatric Reform idea and shares the concepts of Health Reform and, both, dialogue with the concept of Health Promotion, can contribute to the training of pediatric specialists, when it strives for collaborative and intersectoral care as an operator integrality with a focus on the subjective aspects of the human constitution.

Keywords: well-child care, child care, pediatrics, medical education, psychosocial care.

QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1- Histórico comparativo da evolução dos cuidados da criança e conquistas sociais no contexto nacional e internacional. _____ | 38 |
| Quadro 2 - Evolução histórica das políticas públicas para o cuidado integral da criança. _____ | 59 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|-----------|--|
| AB | Atenção Básica |
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| APIA | Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência |
| APS | Atenção Psicossocial |
| CAPS | Centro de Atenção Psicossocial |
| CAPSi | Centro de Atenção Psicossocial infantojuvenil |
| CC | Cartão da Criança |
| CEP | Comitê de Ética em Pesquisa |
| CORSAMI | Coordenação de Saúde Materno-Infantil |
| CSC | Caderneta de Saúde da Criança |
| DGSP | Diretoria Geral de Saúde Pública |
| DINSAMI | Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil |
| DNCr | Departamento Nacional da Criança |
| DNSP | Departamento Nacional de Saúde Pública Diretoria de |
| DPMI | Proteção à Maternidade e à Infância |
| EBBS | Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis |
| ECA | Estatuto da Criança e do Adolescente |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| FMRJ | Faculdade Nacional de Medicina |
| GD | Grupo da Devolutiva |
| GF | Grupo Focal |
| GPEC | Global Pediatric Education Consortium |
| IPUB/UFRJ | Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| NASF | Núcleos de Apoio à Saúde da Família |
| NHS | National Health Service |
| MES | Ministério da Educação e Saúde |

| | |
|---------|---|
| MI | Mortalidade Infantil |
| MLPI | Marco Legal da Primeira Infância |
| MRP | Médico Residente em Pediatria |
| MS | Ministério da Saúde |
| MTSM | Movimento de Trabalhadores da Saúde Mental |
| NUPPSAM | Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas de Saúde Mental |
| NASF | Núcleos de Apoio à Saúde da Família |
| NHS | National Health Service |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| OS | Organizações Sociais |
| PACS | Programa de Agentes Comunitários de Saúde |
| PAISC | Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança |
| PAISM | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher |
| PAISMC | Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança |
| PL | Projeto de Lei |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PNAISC | Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança |
| PS | Promoção da Saúde |
| PSF | Programa de Saúde da Família |
| RAS | Rede de Atenção à Saúde |
| RNPI | Rede Nacional da Primeira Infância |
| SBP | Sociedade Brasileira de Pediatria |
| SMCA | Saúde Mental de Crianças e Adolescentes |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |
| UFRJ | Universidade Federal do Rio de Janeiro |
| UNICEF | Fundo das Nações Unidas para a Infância |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 16 |
| 2 A HISTÓRIA DA PUERICULTURA: DO RECONHECIMENTO DA INFÂNCIA ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO DA CRIANÇA..... | 22 |
| 2.1 A PUERICULTURA E A PEDIATRIA NO BRASIL | 26 |
| 2.2 A PUERICULTURA E A PEDIATRIA NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX | 29 |
| 2.3 A APROXIMAÇÃO DA PUERICULTURA E DA PEDIATRIA COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO DA CRIANÇA..... | 31 |
| 2.4 A CONSTITUIÇÃO CIDADÃ DE 1988: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO DA CRIANÇA | 33 |
| 2.5 A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA, A PUERICULTURA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS | 35 |
| 3 MARCOS CONCEITUAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL..... | 40 |
| 3.1 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL - O SUS | 41 |
| 3.2 A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA | 45 |
| 3.3 O CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE..... | 48 |
| 3.4 A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL E O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA | 50 |
| 3.5 A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA INSERÇÃO NO CONTEXTO DO SUS | 53 |
| 3.6 A PROPOSTA DE INTEGRALIDADE DO CUIDADO DA CRIANÇA. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL SAÚDE DA CRIANÇA E O MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA | 55 |
| 4 METODOLOGIA, DESENHO E CAMPO DA PESQUISA | 61 |
| 4.1 DESENHO DO ESTUDO E SUAS ATUALIZAÇÕES..... | 61 |
| 4.2 A BANCA DE QUALIFICAÇÃO E O DESENHO FINAL DO ESTUDO | 62 |
| 4.3 METODOLOGIA | 62 |
| 4.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO..... | 63 |
| 4.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO..... | 63 |

| | |
|--|------------|
| 4.6 METODOLOGIA DE ANÁLISE DAS NARRATIVAS | 63 |
| 4.7 OBJETIVO PRINCIPAL | 66 |
| 4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS | 66 |
| 4.9 O CAMPO..... | 66 |
| 4.10 O GRUPO FOCAL | 67 |
| 4.11 O GRUPO DA DEVOLUTIVA..... | 69 |
| 5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO..... | 72 |
| 5.1 ANÁLISE DO GF..... | 72 |
| 5.1.1 Puericultura e o modelo de atenção à saúde..... | 72 |
| 5.1.2 Puericultura e o perfil clínico de atenção à saúde..... | 78 |
| 5.1.3 Puericultura e a atenção psicossocial..... | 81 |
| 5.2 O GRUPO DA DEVOLUTIVA..... | 87 |
| 5.2.1 O material coletado e a análise de conteúdo do GD | 89 |
| 5.3 DISCUSSÃO..... | 100 |
| 5.3.1 Contextualização: o ensino médico e a especialidade de pediatria | 101 |
| 5.3.2 A puericultura contemporânea..... | 105 |
| 5.3.3 A Atenção Psicossocial para a infância e adolescência | 107 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS | 109 |
| REFERÊNCIAS..... | 114 |
| APÊNDICES..... | 124 |
| ANEXO..... | 131 |

1 INTRODUÇÃO

Ao ingressar na graduação de medicina, em 1989, pude notar a carência no currículo mínimo do curso em relação a Atenção Básica. A primeira proposta concreta neste sentido, aconteceu somente em nosso segundo ano, como *matéria eletiva*. Durante a graduação, cursei outra matéria eletiva denominada *Reflexões Sobre as Práticas Médicas*, já no final do quarto ano. Nesta, abordávamos as questões subjetivas da prática médica e pôde-se perceber, com mais clareza, que havia uma falta de propostas neste sentido no projeto político pedagógico da graduação. Durante o internato, com maior aproximação das práticas em pediatria, faltava também uma proposta para integrar e definir o capítulo *crescimento e desenvolvimento*. A abordagem das questões subjetivas da criança e da família, estavam aquém das minhas expectativas. *Algo estava faltando*.

A simples tentativa em definir, separadamente, crescimento ou desenvolvimento, denuncia as diversas interseções e interações existentes, impedindo uma definição com clareza. Ter uma visão integrada da criança é intuitivo, porém não encontra orientação teórica definida, uma nomeação para além da dicotomia crescimento e desenvolvimento, ou ao menos para uma compreensão do sistema de saúde, a interação com o ambiente físico no contexto socio-político-econômico. Em outras palavras, não esteve claro na graduação qual seria a proposta teórica para uma visão integral do cuidado da criança.

Durante a minha trajetória profissional atuei como pediatra na Atenção Básica e no campo da saúde mental. Neste, especificamente, com crianças, adolescentes e seus familiares e seus responsáveis que declaravam problemas com o uso de substâncias psicoativas ilícitas. Particpei de processos de trabalho típicos da saúde mental, compondo equipes multiprofissionais, com propostas psicodinâmicas e que buscavam a integração, considerando a dimensão biológica do ser humano.

Em 2008, ingresso no Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz), onde passei a atuar como preceptor na formação dos médicos residentes em pediatria (MRP). Percebi que a lacuna na graduação se mantinha na formação do especialista em pediatria. Os valores e avanços científicos e tecnológicos duros tinham flagrantes destaques no dia a dia em relação aos aspectos subjetivos. Todos nós, usuários e profissionais da saúde, imersos neste mesmo contexto, imaginamos as respostas às demandas de saúde, com estes mesmos limites. Ao menos nos permitimos discutir as tecnologias leves,

relacionais, para considerar uma abordagem integral do crescimento e desenvolvimento (MERHY, 2000). Ainda hoje, a valorização desproporcional de tudo que carrega o termo *científico e tecnológico* continua a avançar. O paradigma hegemônico biomédico povoa o imaginário das sociedades ocidentais contemporâneas (SOARES, 2011), o que inclui os profissionais da saúde e as expectativas dos usuários perante o sistema de saúde (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016).

A outra pergunta que surge é a respeito da precária vinculação dos objetivos da formação médica com a operacionalização do nosso sistema de saúde. O SUS (Sistema Único de Saúde), não é reconhecido e é subestimado pelo nosso modelo médico de formação para atenção à saúde. A nossa Atenção Básica (AB), fundamentada no conceito de Promoção da Saúde (PS), não povoa o imaginário dos profissionais de saúde como um potente recurso para integrar os avanços das tecnologias leve, leve/dura e dura (MERHY, 2000). As questões denominadas *não médicas*, são sistematicamente menosprezadas ou até negligenciadas. A formação é médico centrada e hospitalocêntrica, o que é um importante limite a ser superado nas discussões das propostas político pedagógicas para a formação dos Médicos Residentes em Pediatria (MRP).

Tomar como premissa a hipótese de que há uma lacuna na formação do pediatra para a abordagem das questões subjetivas continua válida, e se amplia. A hegemonia do paradigma biomédico e hospitalocêntrico e sua indiscutível influência na formação de todos os profissionais da saúde, limita o universo das possibilidades para alcançar um cuidado integral em resposta às demandas trazidas pelos usuários.

A partir destas inquietações, nascidas da experiência clínica e do valor que atribuo à formação profissional como um momento privilegiado para mudar realidades, ingressei no Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial do IPUB/UFRJ. Neste percurso, tenho a expectativa de poder me qualificar para contribuir no debate sobre a formação do pediatra, como especialista em crianças e adolescentes e sua inserção e atuação no SUS. A inclusão da dimensão subjetiva para o cuidado integral é uma proposta clara da APS e pode estar integrada ao projeto político pedagógico da residência médica em pediatria.

O desenho inicial do projeto de pesquisa baseava-se na hipótese de que a formação de MRP, de um hospital tradicional do Rio de Janeiro, é fragmentada e não contempla as dimensões subjetivas do cuidado. O projeto pretendia compreender e analisar a acuidade dos MRP

(mínimo 6 meses na puericultura do hospital tradicional) e dos preceptores, na vigilância do desenvolvimento psíquico das crianças na primeira infância. Propunha um Grupo Focal (GF), com a participação de 4 MRP e 2 preceptores, que seria realizado em janeiro de 2020, com o objetivo de compreender e analisar a atual percepção dos participantes em relação a puericultura, realizada em um hospital tradicional. A segunda etapa seria uma experiência de campo, com o mesmo grupo e por quatro meses, inseridos na puericultura de equipes da Estratégia de Saúde da Família (ESF), em uma Clínica da Família na cidade do Rio de Janeiro, que tem aproximação e articulação regular com a equipe da APS. A terceira etapa seria um segundo GF, numa perspectiva de continuidade com o primeiro GF, considerando a experiência na AB e as reflexões provocadas acerca das eventuais mudanças na acuidade dos MPR, e preceptores, na vigilância dos aspectos subjetivos do crescimento e desenvolvimento. Estas, seriam cotejadas com as experiências prévias na puericultura do hospital tradicional.

Fatos relevantes e fatores subjetivos, que serão descritos e explicados mais a frente, obrigaram a uma revisão no projeto inicial de pesquisa. Posteriormente, estes fatores foram discutidos com a orientadora. A banca de qualificação, que aconteceu no dia 8 de maio de 2020, aprovou as mudanças propostas ao projeto de pesquisa entendendo que estas não prejudicariam o objetivo geral do projeto inicial. O primeiro deles, foi a crise crônica na AB do município do Rio de Janeiro, que teve o seu ápice no final de 2019. Esta crise provocou alterações substanciais na organização da rede básica de saúde com demissões, atrasos de salário, greves, insegurança trabalhista, diminuição do número de profissionais e a conseqüente desconstrução da proposta integrada com a APS. O segundo, segue-se cronologicamente ao primeiro, foi o início da pandemia de Covid-19 em março/2020. Estas dificuldades impostas ao sistema de saúde, que prejudicaram o seu gerenciamento, impossibilitaram a execução do seu planejamento. Sem qualquer previsibilidade, associado a uma política nacional e local de desfinanciamento pelo Estado, a AB foi rapidamente levada à sobrecarga e ao colapso em um curto espaço de tempo.

Os fatores de ordem subjetiva, foram as reflexões provocadas pelo acúmulo das informações decorrentes dos estudos do próprio mestrado, pelas construções através do debate de ideias com a orientadora e com as contribuições da banca de qualificação. Após a análise das narrativas do primeiro GF, percebi que minha hipótese inicial sobre a lacuna na vigilância dos aspectos subjetivos do crescimento e desenvolvimento, estava ainda capturada pelo mesmo viés paradigmático. Ou seja, olhei para o problema de forma fragmentada e capturado pela visão do médico, iluminando um recorte que se limitou às questões pertinentes ao médico, a

especialização do pediatra e ao momento do encontro deste especialista com a criança e a família. Percebi que reincidia no paradigma da abordagem que prescindia das questões ditas *não médicas*. Ainda não incluía as possibilidades não exploradas das abordagens da clínica ampliada, colaborativa na relação das equipes multiprofissionais e entre as equipes inseridas nas esferas da RAS. Muito menos associei as potencialidades da intersetorialidade. Outrossim, isso não significa desvalorizar o pediatra e sua expertise de especialista, mas, perceber que a questão estava justamente nesta insistência em prescindir da visão de integralidade.

A contribuição para o debate de uma nova proposta político-pedagógica de formação do MRP, orientada para promover a atenção integral à criança, precisa ver que o cuidado da criança deve ser pensado, obrigatoriamente, inserido na RAS, ordenado e coordenado a partir da AB de forma contínua, colaborativa, intersetorial e na perspectiva do conceito ampliado da PS.

A partir deste ponto, surgiram duas novas necessidades para subsidiar a dissertação. Uma foi de compreender a trajetória da puericultura e da pediatria, cotejando com a evolução histórica das ofertas em saúde, que foram propostas a partir das discussões no Brasil e no mundo, para atender a estas influências mútuas e para responder as demandas específicas da nossa população. E uma segunda, que foi a de traçar uma linha que ilumine o processo histórico de construção das diretrizes nas quais o Brasil se fundamenta, para as propostas de saúde e de políticas públicas mais recentemente. Revisitar as influências nascidas nos fóruns nacionais e internacionais e de como estas influências estão inseridas nesta construção, até a conformação atual do modelo de atenção à saúde.

O problema da pesquisa continua o mesmo, ou seja, aumentar a acuidade para a vigilância dos aspectos subjetivos do desenvolvimento na primeira infância. No entanto, mostrou-se necessário uma inflexão na questão paradigmática. Ao invés de aprofundar a fragmentação, ao recortar o olhar nos aspectos subjetivos do crescimento e desenvolvimento para a formação médica, seria preciso ampliar o olhar em busca de uma visão integral do ambiente onde a criança, e a sua família, estão imersas. Agora, a discussão se volta para a inclusão das questões não médicas. O pediatra deve ser capaz de incluir na sua vigilância, os aspectos subjetivos do crescimento e desenvolvimento, a partir do reconhecimento da singularidade de cada criança. Para isso, é necessário considerar todas as questões envolvidas no seu crescimento e desenvolvimento, deste o seu ambiente socioeconômico e cultural, até o seu micro ambiente com a mãe, incluindo a gestação e, antes disso, o planejamento da gestação. A integralidade de uma criança começa na integralidade do nosso olhar, com a atenção integral ao crescimento e desenvolvimento.

Considerando o que foi dito, o objetivo desta pesquisa é de contribuir para a qualificação da formação do pediatra para a atenção integral e vigilância do crescimento e desenvolvimento na primeira infância, com ênfase em seus aspectos subjetivos.

Para cumprir estes objetivos, foi proposto um estudo exploratório, de metodologia qualitativa, orientado pela perspectiva da Pesquisa Social em Saúde. As narrativas de MRP em formação e seus preceptores, de um hospital tradicional, foram analisadas através da técnica de GF e fundamentadas teoricamente conforme descrito a seguir.

No Capítulo, *a história da puericultura: do reconhecimento da infância às políticas públicas para o cuidado da criança*, faço um estudo do percurso histórico do reconhecimento da infância, com suas peculiaridades, que as diferenciam de *um adulto que ainda não está formado*. A evolução dos cuidados destinados às crianças e a criação do conceito de infância, de família moderna, assim como a evolução da sociedade e suas demandas para a solução das questões de saúde. Descrevo o processo de aproximação das ações voltadas para a infância, com a puericultura como cuidados médicos voltados para as crianças, das ações de saúde através da caridade e da filantropia e o caminho até os dias de hoje, onde as ações de saúde são coordenadas pelo Estado, através de políticas públicas, aprimoradas e implantadas por um sistema de saúde universal. No Brasil, o reconhecimento da criança como sujeito de direito está institucionalizado, por lei, pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, que ainda busca ser integralmente contemplado nas ações práticas do SUS.

Mais a frente, identifico o importante fenômeno da sociedade de introjeção do conceito do *amor pelas crianças* como um valor coletivo e incondicional (BADINTER, 1985), o que contribuiu significativamente para o movimento de *retorno da criança para o interior da família*. Antes, a sua formação se realizava através de uma tutela total, de outra família. Observa-se o fortalecimento das relações intersubjetivas e o fortalecimento de um núcleo de privacidade no interior das famílias. A valorização da escola e do professor, acontecem neste mesmo processo, quando estes passam a ser responsáveis pela formação das crianças junto com as suas famílias, que a esta altura já apresentavam a configuração de *família moderna* (ARIÈS, 1981). A criança, então, passa a ser uma preocupação e responsabilidade de toda a sociedade, de forma incondicional (PEREIRA, 2006).

Cabe, neste momento, uma defesa da Caderneta de Saúde da Criança (CSC) como um importante e fundamental instrumento que reúne, concretamente e simbolicamente, toda a trajetória da atenção à criança, desde o seu reconhecimento como fase da vida diferente do adulto até as políticas públicas operacionalizadas pelo SUS, através da ESF. Discorro sobre as

dificuldades para a sua implantação e sobre a sua desvalorização, cotejando com a desvalorização da própria AB e procuro analisar algumas das prováveis explicações para tal fato.

O Quadro 01, pretende dar visibilidade, de forma comparada, a evolução no tempo dos cuidados voltados para as crianças. Neste, faço um paralelo da evolução da puericultura e da pediatria em paralelo com os fatos históricos, nacionais e internacionais, que convergem para a nossa proposta atual de atenção integral a saúde no SUS.

No capítulo, *marcos conceituais do sistema único de saúde: a estratégia de saúde da família e a atenção psicossocial*, aprofundo os marcos conceituais que julgo fundamentais para entender como evoluíram as construções de sentido, que hoje permeiam as propostas de integralidade da atenção à saúde, da equidade na abordagem socioeconômica, a partir dos determinantes sociais e da universalidade do acesso totalmente subsidiado pelo Estado. Começo iluminando os fóruns internacionais, dos quais o Brasil participou ativamente, que convergem para a ideia de que a Atenção Primária à saúde é a base fundamental para a eficiência dos sistemas de saúde. No Brasil, definimos a Atenção Primária à Saúde como Atenção Básica, o que faz diferença em relação a nossa proposta, pois radicaliza o conceito de saúde para além de *ausência de doença* e inclui a PS, assim como todas as questões denominadas *não médicas*, além de reconhecer e fortalecer os determinantes sociais como parte integrante do conceito e saúde. O Brasil aperfeiçoa e qualifica a operacionalidade do cuidado à saúde no SUS, com os Agentes Comunitários de Saúde e depois com a Estratégia de Saúde da Família. Por fim, um destaque para o conceito de *Promoção da Saúde Mental* e de como ele se insere na integralidade, mesmo que tardiamente, especialmente na questão da saúde mental infantojuvenil.

No capítulo *metodologia, desenho e campo da pesquisa*, apresento a metodologia inicialmente proposta e descrevo os detalhes das mudanças que se fizeram necessárias no projeto, para atender as limitações impostas pela crise do sistema de saúde no Rio de Janeiro, agravada pela pandemia de covid-19.

No capítulo, *apresentação dos resultados, análise e discussão*, estão transcritas as narrativas dos participantes do GF e GD e suas análises. Na sua conclusão, faço a discussão que pretende integrar a evolução das narrativas do GF até o GD, e de como eu entendo que elas podem contribuir para o debate na formação dos MRP.

Nas *considerações finais*, procuro destacar o que surgiu com mais clareza para atender ao objetivo principal do projeto de pesquisa.

2 A HISTÓRIA DA PUERICULTURA: DO RECONHECIMENTO DA INFÂNCIA ÀS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO DA CRIANÇA

Na história recente das civilizações ocidentais, os cuidados especificamente voltados para a infância não tinham um lugar de importância, não havia o conceito de *infância*. A construção deste conceito e sua evolução até a forma como o concebemos hoje, se consolidou na virada do século XIX para o XX, quando as crianças passaram a ser reconhecidas nas suas necessidades específicas. Em períodos anteriores, a indiferenciação entre a condição de adulto e de criança estava baseada na ideia de que a criança seria um adulto incompleto que necessitava de formação. Portanto, não havia um lugar na família e na sociedade para a infância e sim para um *aprendiz de adulto* (ARIÈS, 1981).

Rappaport, Fiore e Davis (1981), nos informam que as crianças só recebiam cuidados em idades tenras. Quando adquiriam alguma capacidade cognitiva e laboral, iniciavam-se as suas atividades junto aos adultos, nos campos e nas cidades. No mesmo ambiente dos adultos, sofriam também as mesmas consequências do trabalho, além de uma interação interpessoal com os próprios adultos sem qualquer preocupação com proteção.

Entre os séculos XVI e XVII, a família começou a passar por um processo de transformação. A escola se consolidou como instituição responsável pela formação, paradigma que rivalizou com o do aprendizado pela prática, longe da família. Os filhos passaram a ser acompanhados pelos próprios pais e têm sua educação, e formação, em parceria com as escolas (ARIÈS, 1981).

No século XVII, as sociedades passaram a atribuir mais valor à ciência como fonte de conhecimento e a igreja manteve a sua influência na formação do *caráter* e da *moral* o que afastou, progressivamente, as crianças dos assuntos considerados inadequados para sua formação moral e constituição de caráter. Os educadores e religiosos passaram a ter mais influência e a formação estava voltada, fundamentalmente, para a moralização e a disciplina. A preocupação era em transformar as crianças em adultos mais adequados às necessidades da sociedade moderna (RAPPAPORT; FIORE; DAVIS, 1981; ARIÈS, 1981).

Na primeira metade do século XVIII, *o amor* enquanto conceito, não carregava um significado de valor para as sociedades europeias, tampouco era importante nas relações intersubjetivas. As crianças não ocupavam uma posição de centralidade na família ou na sociedade. Existia, contudo, *o amor* dos pais pelos filhos, mas o tema era considerado de menor importância e não ocupava uma posição central entre os valores universais (BADINTER, 1985). Ariès (1981) fundamentou, principalmente neste aspecto da cultura, a

fragilidade do vínculo afetivo da criança com a família, o que permitia que os filhos fossem enviados para outras famílias, a fim de serem educadas e formados. Na cultura medieval, as crianças eram confiadas a um *mestre* a quem passavam a servir, o que fazia parte integrante da formação habitual para a época.

Segundo Costa (2018), Jean-Jacques Rousseau foi um dos precursores na interpretação da infância como possuidora de um valor em si, ao contrário da ideia do *pequeno adulto*. Advogava que a criança deveria ser respeitada em suas características próprias e na sua espontaneidade. Portanto, deveriam receber uma educação com liberdade para manifestar as suas capacidades de forma espontânea. O seu livro *Emílio ou, da Educação* (1762), é considerado um marco na concepção da criança moderna ocidental.

A partir do momento que a criança passa a ter um lugar central na *família moderna*, aumenta a preocupação com a sua higiene e saúde física. A intimidade e a privacidade que se desenvolveram no interior das famílias, aumentou a identidade entre seus membros e as suas influências nas práticas de saúde, capitaneadas diretamente pela interrelação dinâmica com os costumes difundidos na sociedade. As políticas socioeconômicas que orientavam a organização dos serviços de saúde passaram a atender as demandas das famílias (ARIÈS, 1981).

Apesar desta trajetória histórica, somente no início do século XX passou-se a estudar as questões mais específicas do cuidado e do desenvolvimento infantil. O uso de escalas para acompanhar o crescimento infantil, por exemplo, permitiu o início de uma abordagem baseada na intenção de uma visão comparativa das transformações, decorrentes do amadurecimento infantil, seguindo os padrões das faixas etárias até a vida adulta (RAPPAPORT; FIORE; DAVIS, 1981).

A pediatria teria surgido no ocidente como uma proposta de Paidéia¹ moderna. As demandas sociais, sobretudo em regiões urbanizadas, exigiam novas soluções. Ao mesmo tempo, vislumbrava-se a consolidação e o fortalecimento do conceito de infância. O movimento de inserção da criança dentro da família e a construção do conceito de *família moderna*, aumentou e qualificou a interação entre seus membros e valorizou este núcleo como interlocutor da sociedade com o Estado. A valorização da escola como instituição preferencial para instrução e formação, está relacionada à qualificação das demandas da *família moderna*.

¹ Segundo Costa (2018), Paideia é um conceito nascido na Grécia com ideais para a formação do homem. Este conceito é constantemente ressignificado por diversos autores de acordo com o momento histórico. No entanto, sempre está atrelado a uma ideia de constituição do sujeito de acordo com o processo histórico e espiritual. Ideais de humanidade nas dimensões da educação, cultura e política, baseados na ciência como fonte para um saber crítico histórico-filosófico e emancipatório.

A pediatria nasce e se estabelece neste contexto e traduz as demandas específicas das crianças para as ações do Estado, assim como, exerce o papel de interlocutor privilegiado dos processos de controle social através das ações de saúde do Estado para o cuidado da criança na privacidade do núcleo familiar (ARIÈS, 1981; RIVOREDO, 1998). A intervenção do Estado atendeu aos interesses ligados ao processo de industrialização em curso no Brasil. O modelo de produção capitalista, demanda mão de obra qualificada, em maior número e saudável e vislumbra os incrementos na sua capacidade produtiva (ARAÚJO, 2014).

Ainda buscando na filosofia e história da educação os fundamentos das mesmas para vida em comunidade e uma evolução/formação do homem, considerando as paideias modernas, encontramos as análises de Marx ao fazer suas críticas ao Estado. Para ele, o homem é fruto de suas condições materiais de sobrevivência e são essas condições de existência que determinam a consciência do homem. Assim, aqueles que têm propriedades/bens, são organizadores do mercado de trabalho e têm uma inserção diferente nos meios de produção, enquanto que os outros, que têm apenas a força física e mental, precisam se submeter ao trabalho para o outro, se vendendo por um salário e deixando de ser sujeito para ser objeto nesse sistema capitalista (COSTA, 2018, p.7)

A puericultura, etimologicamente, é um termo composto por duas partes, sendo *puer* ou *infans* originário de textos antigos, de cunho religioso, que significa alguém que não pode falar ou expor seus sentimento e desejos. O termo transparece inocência, humildade e pureza. A segunda parte, *cultura*, pode significar habilidade e conhecimento científico em alguma atividade, disciplina ou técnica no sentido de cultivar, trazer à vida, cuidar do desenvolvimento em um determinado meio ambiente (MEYER, 2017).

As ações da puericultura, têm as suas definições influenciadas pela contemporaneidade dos contextos sociais que atravessam, ou seja, se modifica de acordo com o conjunto de ações necessárias para responder as demandas de saúde das crianças de cada época. A proposta assim nomeada, surge pela primeira vez em 1762, no tratado do suíço Jaques Ballexser. Mais à frente, em 1865, o médico francês Alfred Caron, reafirma o termo em seu estudo *La puériculture ou la science d'élever hygieniquement et physiologiquement les enfants* e fortalece este significado de conjunto de ações voltadas para a PS e prevenção de doenças, para o bom desenvolvimento da criança. Com estas ideias disseminadas até o final do século XIX, considera-se que Caron encerrou o período pré-científico da puericultura e colocou o médico como detentor do saber sobre o corpo da criança (BONILHA; RIVORÊDO, 2005).

A partir da década de 1880, observa-se nos textos uma importante modificação do tom da transmissão das orientações, que passam a ser ordens, dirigidas não mais a

amigos, mas a alunos, e revelando um único caminho a ser seguido: aquele revelado através da ciência pelo médico, o único dono do conhecimento sobre o corpo, que não assume ignorância ou dúvidas. Ele deve ser o único guia da mãe, e ninguém mais deve ser ouvido, nem mesmo a natureza, pois o bebê não tem a mesma capacidade dos animais selvagens para sobreviver, e necessita de uma série de cuidados específicos. Essas obras já são denominadas tratados ou manuais de Puericultura e não são dirigidas apenas às mães da elite, mas a toda sociedade (BONILHA, 2004. p. 53).

No Brasil, a pediatria constitui-se formalmente como especialidade em 1882, quando Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo Filho, propõe o primeiro curso de especialização e cria a *Clínica de Moléstias de Crianças*, na Escola de Medicina do Rio de Janeiro. Os médicos brasileiros passaram a fazer a sua formação aqui, com complementação na Europa, que baseava as suas práticas na higiene e no controle das ações para o bom desenvolvimento da criança (SANGLARD; FERREIRA, 2010; FREIRE; LEONY, 2011; KHUN-SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012).

O século XX, presenciou muitas mudanças políticas, econômicas e sociais. A revolução industrial provocou um forte movimento de urbanização da população, com ampliação do acesso à saúde, redução do analfabetismo, das taxas de natalidade e aumento da expectativa de vida, com consequente queda na mortalidade infantil. A assistência à saúde, era centrada em hospitais de cunho filantrópico e instituições governamentais que passaram a substituir, progressivamente, as ações de caridade. As grandes indústrias sustentavam seus hospitais próprios, somente para a atenção à saúde de seus trabalhadores, com o objetivo de diminuir o absenteísmo (PINTO; GIOVANELLA, 2018). O processo de industrialização ainda estava em seus primórdios, basicamente concentrado na região sudeste. A indústria têxtil, a agricultura do café e algodão, eram as principais atividades para o trabalhador assalariado. A Primeira Guerra Mundial (1914 - 1918), impulsionou o processo de industrialização e acelerou o movimento de urbanização da população, agravando as aglomerações e seus problemas (CUNHA et al., 2017).

Na década de 1910, os discípulos de Moncorvo de Figueiredo, considerados os primeiros especialistas em pediatria no Brasil, ensinavam em cursos que funcionavam nos moldes alemães de vínculo, como professores livres-docentes. Até o final da década de 1930, houve uma transição da assistência das casas de misericórdia para as instituições de saúde criadas pelo Estado. A pediatria se institucionalizava através de um modelo filantrópico, implantado pioneiramente na Policlínica Geral do Rio de Janeiro. (SANGLARD; FERREIRA, 2010).

As epidemias e as condições insalubres de vida e trabalho nas cidades obrigaram a intensificação das ações reguladoras do Estado (KUNH-SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012). A evolução na qualidade da oferta do cuidado em saúde, com base nas técnicas da epidemiologia e na análise das mudanças de padrões demográficos, imbricados com os avanços sociais e o processo de industrialização, permeou e influenciou a vida de todas as classes sociais (BONILHA; RIVORÊDO, 2005; MOREIRA; GOLDANI, 2010).

O Estado finalmente assume a coordenação nacional das ações em saúde, período político denominado de Estado Novo (1937-1945). O avanço político da puericultura e da pediatria, aconteceu enquanto se presenciava um avanço científico das técnicas clínicas e epidemiológicas. As políticas públicas foram influenciadas pelos pediatras e suas práticas, que contribuíram para a assistência materno-infantil (FREIRE; LEONY, 2011).

2.1 A PUERICULTURA E A PEDIATRIA NO BRASIL

Pode-se afirmar que quase a totalidade da história da pediatria no Brasil, como especialidade institucionalizada, foi registrada a partir das vivências de dois médicos, considerados como os seus precursores. Um deles é Moncorvo Filho, com a sua obra *Histórico da Proteção à Infância no Brasil*, publicada em 1926. O outro, foi José Martinho da Rocha, com sua obra *Introdução à História da Puericultura e da Pediatria no Brasil*, publicada em 1947. Ambos influenciaram praticamente todas as obras que se seguiram (PEREIRA, 2006).

Segundo Pereira (2006), Moncorvo Filho percebe a pediatria pela ótica da infância desassistida e privilegia as ações voltadas para as carências socioeconômicas. Entende que existiram três períodos distintos. O primeiro de 1500 até 1874, onde a criança estaria em situação de abandono total pelas autoridades públicas, com seus cuidados providos por instituições religiosas e ações isoladas de caridade. O segundo período, de 1874 a 1889, considerado como o início das ações médicas voltadas para as crianças, primórdios da institucionalização da especialidade pediátrica. E o terceiro período, de 1889 a 1922, quando o Estado começou a responder aos anseios da sociedade, início do processo de institucionalização do cuidado, com a promoção da higiene infantil e interesse da sociedade pelas questões da infância, principalmente nos temas da *mortalidade infantil e delinquência juvenil*.

A obra do pediatra José Martinho da Rocha, *Introdução à História da Puericultura e da Pediatria no Brasil*, publicada em 1947, pouco mais de 20 anos depois de Moncorvo Filho,

teve uma percepção semelhante. Também dividiu a história da pediatria em três partes, sendo a primeira denominada *Da tipóia ao berço*, uma alusão aos cuidados da criança realizados pela cultura indígena. Considerou, de forma pejorativa, como um momento primitivo e de abandono das crianças pelas autoridades no período colonial. A segunda parte foi referente ao início das contribuições do saber técnico do médico. A terceira, representada pelo *Curso Livre de Pediatria*, ministrado por Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, considerado como o início da especialidade pediátrica no Brasil e que também encerrou o período denominado pré-científico. Descrito, portanto, como *O Período Científico da Pediatria*, o terceiro período já carregava uma narrativa de desqualificação das práticas dos períodos anteriores. Moncorvo de Figueiredo, fazia críticas a falta de ações públicas e de conhecimentos higiênicos das famílias referindo-se, principalmente, as mães indígenas (SANGLARD, 2016; PEREIRA, 2006).

(...) nascido no Rio de Janeiro em 31 de agosto de 1846 e falecido em 25 de julho de 1901, após fecunda existência como clínico, autor de numerosos trabalhos científicos e sócio das mais dignificantes associações de medicina, nacionais e estrangeiras. (...) os dois marcos mais importantes, entretanto, da existência de Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, (...) são a fundação da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, em 1881, onde também deu o primeiro curso da especialidade em 1882, mantido até pouco antes da sua morte, e sua proposta de criação, ao ministro Rodolfo Dantas, em 25 de fevereiro de 1882, nas Faculdades de Medicina Brasileiras, de uma cadeira de Clínica de Moléstias de Crianças, fato que, porém, só se realizou em 30 de outubro do mesmo ano. (ROCHA, 1947apudPEREIRA, 2006, p. 53).

Na primeira metade do século XX, a pediatria no Brasil recebeu influências de Moncorvo Filho e José Martinho da Rocha, ambos alunos de Moncorvo de Figueiredo. Outras influências importantes foram registradas em seguida, representadas por Orlando Orlandi e sua obra *Teoria e prática do amor à criança; introdução à pediatria social no Brasil* e Carlos R.S. Rivoredo com a obra *Cuidar e tratar de criança; breve história de uma prática*. Ambos fundamentaram suas práticas nas ciências médicas e nas suas relações com a população, baseados em dados epidemiológicos e com foco na *mortalidade infantil* (PEREIRA, 2006).

Segundo Pereira (2006), Orlando Orlandi buscou uma narrativa da pediatria social e ressaltava a questão do *amor* como valor central para lidar com as crianças. Defendia que as crianças deveriam ter os seus cuidados proporcionados pela sociedade, baseados na ideia do *amor* incondicional, independente da condição socioeconômica, origem étnica ou religiosa. Este contexto, impulsionou um maior interesse pela saúde e bem estar infantil. Na sua obra, propôs definir a puericultura como *ações para a promoção da saúde* e a pediatria como *ações*

dedicadas ao tratamento das doenças da infância. Para Orlandi, no campo da promoção da saúde, a amamentação era fundamental para o enfrentamento da mortalidade infantil.

No entanto, apesar do aumento da importância da criança para a nossa sociedade, os pediatras não deixaram de sofrer influências de interesses político-econômicos em suas práticas profissionais, causando uma importante discussão em torno da questão dos *conflitos de interesses*, o que se mantém até os dias de hoje.

Vista como campo de disputas, a pediatria figura, na narrativa, a partir de suas finas e por vezes perigosas relações com o mundo dos produtos industrializados (leites, farinhas, papas... brinquedos, roupas, revistas) e com o mundo dos interesses políticos que contribuíram para consolidar práticas profissionais nem sempre consideradas, sob olhar crítico, como as mais convenientes para as famílias. A narrativa é tecida de modo a desmontar o argumento da neutralidade da pediatria e da puericultura, trazendo à baila as opções e preferências profissionais (PEREIRA, 2006, p.47).

Carlos Rivoredo, em sua publicação *Cuidar e tratar de criança*, analisou a história da pediatria pelas narrativas de pediatras em formação e o fenômeno da *família moderna* e suas interações com a sociedade, atuando como instrumento de controle da sociedade. Apoiado nas contribuições de George Rosen e no conceito de *polícia médica*², entende que a interação do saber do pediatra na interface da família e sociedade, difundiu conhecimentos técnico-científicos com influências das escolas francesas, alemãs e norte-americanas, como se fossem políticas públicas (PEREIRA, 2006).

Rivoredo (1998), ao considerar o discurso técnico-científico da medicina como base para analisar as práticas pediátricas, reafirma o saber médico como o mais autorizado para promover cuidados voltados para a criança e foca em sua dimensão curativa. Baseia-se nos avanços tecnológicos, sem dar peso a outros fatores do cuidado integral, como os afetivos, ambientais e socioeconômicos, para o aumento da resolutividade das ações em saúde.

Na história da puericultura e da pediatria, pode-se identificar dois grandes eixos. O primeiro, fundamentado na ideia de que a pediatria salvaria as crianças de uma sociedade inculta e incapaz de prover cuidados adequados. O segundo, mostra uma pediatria que se autoafirma da mesma forma que as outras áreas da medicina (RIVOREDO, 1998). Neste período, a imagem do pediatra era de um profissional com formação construída de maneira isolada, com esforço

² Para se compreender o conceito, é necessário entender o que significava “polícia” até meados do século XIX. A ideia se aproximava ao que hoje se pensa a respeito de administração pelo Estado. No século XVIII, difunde-se entre os próprios agentes históricos envolvidos com tarefas de Estado, a noção de polícia que são as nossas atuais políticas públicas. Portanto, a sequência histórica dessa concepção setecentista de polícia não é a atual polícia, mas sim, a ideia de *políticas públicas* (MANTOVANI, 2018).

individual, legitimada pelas influências das escolas estrangeiras e reforçada pela ideia de que poucos médicos se dedicavam ao cuidado da criança (PEREIRA, 2006).

2.2 A PUERICULTURA E A PEDIATRIA NA PRIMEIRA METADE DO SÉCULO XX

A filantropia foi o modelo de atenção à saúde predominante no Brasil na primeira metade do século XX. Ocupava o espaço que o Estado não reconhecia como de sua responsabilidade. O modelo liberal de *Estado Mínimo*, predominava como pensamento político-ideológico no período da Primeira República. Importante pontuar, que vivíamos uma hegemonia do Rio de Janeiro em relação as outras cidades do Brasil, pelo fato de sermos a capital federal (SANGLARD; FERREIRA, 2014).

Entre 1899 e 1924, o campo dos cuidados da criança se define pelo surgimento de instituições filantrópicas e governamentais. As mais importantes e representativas foram, em 1899, o IPAI, criado por Moncorvo Filho e a Policlínica Botafogo, criada por Luiz Torres Barbosa, ambas filantrópicas. Em 1909, a Policlínica das Crianças e, em 1914, o Hospital São Zaccharias, ambos da Santa Casa da Misericórdia do Rio de Janeiro. Em 1924, vinculado a Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), foi criado o Hospital Abrigo Arthur Bernardes, dirigido por Figueira, que em 1946, transformou-se no Instituto Fernandes Figueira. Este, em 2010, torna-se o atual Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz (SANGLARD; FERREIRA, 2014).

A prática pediátrica começou a se definir junto com a criação das ofertas assistenciais das Santas Casas de Misericórdia. As denominadas *Casas dos Expostos*, recebiam as crianças para o cuidado e aleitamento enquanto suas mães eram assistidas no Hospital Geral da Irmandade. No curto período entre o final do século XIX até a primeira metade do século XX, o Brasil vivenciou importantes acontecimentos que influenciaram, de forma contundente, todo o nosso contexto social. Entre os mais importantes podemos citar, em 1871, a lei do ventre livre, em 1888, a abolição da escravatura e em 1889, a Proclamação da República. Além disso, o Brasil passava por um crescente processo de industrialização, que estimulou a imigração e o êxodo rural em busca de oportunidades de trabalho. Sucedeu-se um intenso processo de urbanização da população e um novo perfil epidemiológico instala-se rapidamente, aumentando rapidamente o número de desassistidos. As Santas Casas, transformam-se em abrigos e hospitais infantis em resposta às novas demandas (SANGLARD, 2016).

O Rio de Janeiro da virada do século XIX para XX, principal centro da produção industrial e, portanto, do processo de urbanização, precisava de respostas mais específicas, institucionais e qualificadas. A sociedade passava por mudanças políticas, econômicas e sociais importantes, com ampliação do acesso à saúde, redução do analfabetismo e das taxas de natalidade.

As demandas foram fortalecidas pela convergência dos interesses das novas classes organizadas do operariado, da burguesa crescente e da elite. Esta se viu ameaçada pelas consequências das precárias condições urbanas com o aumento das epidemias, condições insalubres de trabalho, violência e a baixa qualidade de vida (KUNH-SANTOS; RESEGUE; PUCCINI, 2012).

Ao mesmo tempo, os avanços da ciência proporcionaram um novo saber médico. Profissionais formados no Brasil, comumente complementavam a sua formação na Europa. Neste período foram criadas as organizações específicas de assistência à infância, assim como foram implementadas instituições de ensino para formação dos nossos profissionais, comentadas mais a frente (SANGLARD, 2016). A esta altura, as escolas europeias já incluíam em suas práticas de cuidado as ações baseadas na higiene para o desenvolvimento da criança. A puericultura estava claramente voltada para o cuidado através de medidas de proteção (MEYER, 2017).

Os debates mais importantes neste período, giravam em torno dos aspectos subjetivos da *delinquência infantil*, objetivos da *mortalidade infantil* e das propostas para o seu enfrentamento. A aproximação do saber médico com o saber jurídico, foi a tônica da época, o que desviou o foco dos debates em saúde das questões da *alma*, sociais, e das condições de vida, encobrando as más condições de trabalho e de moradia (SANGLARD, 2016).

Antonio Fernandes Figueira e Juliano Moreira defenderam o modelo filantrópico como *um mal necessário* por se ressentirem da falta de rigor técnico científico, que dificultava a implementação das políticas de aleitamento materno exclusivo até um ano de idade e o enfrentamento da cultura das amas de leite. Figueira propôs a institucionalização dos *consultórios de lactantes*, como forma de difundir orientações técnicas às mães que amamentavam, no encontro direto com os médicos (SANGLARD; FERREIRA, 2014).

Figueira gozava de reconhecida experiência clínica, sendo responsável pelas enfermarias de alguns dos mais importantes hospitais da época. O seu livro, *Elementos de semiologia infantil*, foi publicado em Paris (1902), aumentando o seu prestígio. Destaca-se, entre 1900 a 1910, a sua atuação como chefe da enfermaria pediátrica do Hospital São Sebastião (doenças infecciosas), indicado por Oswaldo Cruz, então diretor na Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP). Figueira, foi vanguardista ao permitir o acompanhamento das mães durante as internações, o que somente foi regulamentado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1991. Em 1909, Juliano Moreira contratou Figueira para cuidar do Pavilhão Bourneville, enfermaria para crianças do Hospício Nacional dos Alienados e assumiu também a Policlínica das Crianças Pobres da Santa Casa de Misericórdia. Figueira, através da sua gestão no Inspetoria de Higiene Infantil (IHI) até 1924, órgão assessor do DNSP criado em 1919, instituiu políticas

sociais de proteção à maternidade e à infância pobres, mediadas consideradas como precursoras das políticas públicas sobre higiene infantil (SANGLARD; FERREIRA, 2014).

Figueira tem o seu nome historicamente vinculado a institucionalização da intervenção do Estado, no cuidado da criança, na esfera privada da *família moderna*. Entre outras ações, participou da institucionalização da obrigatoriedade de registro de nascimento e óbito, do sepultamento e da criminalização do abandono e, principalmente, da proibição das *Rodas de Expostos* (SANGLARD, 2016).

2.3 A APROXIMAÇÃO DA PUERICULTURA E DA PEDIATRIA COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO DA CRIANÇA

Entre 1930 e 1940, as propostas voltadas para o cuidado da gravidez, puerpério, crianças e adolescentes, tinham um perfil educativo e de vigilância limitados a dimensão individual e curativa. A atenção à saúde seguia o modelo hospitalocêntrico privado, ou mantido pelas grandes indústrias para seus trabalhadores, estas com os interesses voltados para a diminuição do absenteísmo das mães operárias. No entanto, as ações mudaram progressivamente o seu foco e se desvirtuaram em dispositivos de controle, atreladas as entidades patronais, articuladas com o poder público (ARAÚJO, 2014).

O período político do Estado Novo (1937-1945), foi marcado na saúde pela gestão de Gustavo Capanema e suas reformas a partir da Lei nº 378/01/1937, quando foram criadas as Delegacias Federais de Saúde e a proposta das Conferências Nacionais de Saúde. O primeiro programa estatal para a proteção à maternidade, à infância e à adolescência foi protagonizado pelo DNSP, do Ministério da Educação e Saúde (MES), através da criação, em 1937, da Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância, substituída, em 1940, pelo Departamento Nacional da Criança (DNCr). Contemporânea a gestão de Capanema, nasceu a especialidade do médico-sanitarista, que ocuparia os principais postos do MES e, após 1953, do próprio Ministério da Saúde. Apesar de não ter conseguido o desejado alcance nacional, a sua gestão implantou uma coordenação nacional, profissionalizou e construiu um ideário de saúde pública para a lidar com a complexidade da questão sanitária no Brasil (HOCHMAN, 2005).

A pediatria e a puericultura, na mesma época, experimentavam um avanço político em paralelo ao avanço dos conhecimentos científicos no cuidado da criança, tendo influenciado a criação da Diretoria de Proteção à Maternidade e à Infância (DPMI) e da primeira cadeira de puericultura, na Faculdade Nacional de Medicina, ocupada por Martagão Gesteira, em 1937 (FREIRE; LEONY, 2011).

Ainda em 1940, inspirado no modelo do IPAI proposto por Moncorvo Filho, foi criado o DNCr pelo decreto Lei nº 2.024 de 17 de fevereiro, integrado ao Ministério da Educação e Saúde. Contou com o apoio técnico do Instituto Fernandes Figueira e financeiro dos estados e municípios, para coordenar a implantação de políticas públicas nacionais e exerceu esta função por trinta anos. As suas ações fundamentaram-se nos eixos do Programa Alimentar, Programa Educativo, Programa de Formação de Pessoal e Programa de Imunização (PEREIRA, 1999; BRASIL, 2011).

Em 1953, os Ministérios da Educação e da Saúde foram separados. O Ministério da Saúde (MS), assumiu o DNCr e o extinguiu em 1969. Criou, em 1970, a Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI), vinculada à Secretaria de Assistência Médica, responsável por planejar, orientar, coordenar, controlar, auxiliar e fiscalizar as ações voltadas para a maternidade, à infância e à adolescência. A mortalidade infantil encontrava-se com índices muito elevados, em torno de 120,7/1000 Nascidos Vivos (NV) (BRASIL, 2011; ARAÚJO, 2014).

Em 1975, foi criado o Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil, que propõe ações com características preventivas, no entanto, pautadas em métodos centralizadores que desconsideraram as diversidades regionais do Brasil. A estratégia era de convergir recursos para investir em melhorias na qualidade da informação, infraestrutura e ampliação da cobertura do atendimento à mulher e a criança. Os objetivos continuavam a ser o enfrentamento da morbimortalidade da mulher e da criança, com foco no aleitamento materno e desnutrição (BRASIL, 2011).

Em 1976, a CPMI muda de nome para Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil (DINSAMI) e se vincula a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, tornando-se central na coordenação das ações voltadas para a atenção da mulher, criança e adolescente. No entanto, não houve alterações significativas nos índices de mortalidade infantil que, no final dos anos 70, ainda se encontravam muito elevados, em torno de 113/1000 NV (BRASIL, 2011; ARAÚJO, 2014).

Em 1983, o MS elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC). Em 1984, se desmembra em dois para atender as especificidades de cada campo. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), passa a cuidar das questões voltadas para o crescimento e desenvolvimento (CD); controle das diarreias e desidratação; controle das infecções respiratórias agudas (IRA); prevenção e manejo do recém-nascido de baixo peso; prevenção de acidentes e intoxicações e da assistência ao recém-nascido. O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), fica responsável pela assistência pré-natal; prevenção da mortalidade materna; doenças sexualmente transmissíveis; assistência ao parto e puerpério; planejamento familiar; controle de câncer ginecológico e mamário; promoção ao parto normal (BRASIL, 2011; ARAÚJO, 2014).

No entanto, mesmo após todos os esforços institucionais e dos registros históricos das intenções do MS em promover a vigilância do CD infantil integral esta ação, efetivamente, só teve o seu início formalizado com o PAISC, em 1984 (BRASIL, 1984). Mesmo assim, ficou subvalorizada diante da persistência dos altos índices de mortalidade infantil, o que não permitiu avanços significativos para além dos cuidados na dimensão biológica. As ações foram intensificadas nas imunizações, no acompanhamento do crescimento somático, no aleitamento materno, na terapia de reidratação oral (TRO) e nas ações voltadas para prevenção e tratamento de doenças prevalentes na infância (ARAÚJO, 2014; CAMINHA et al., 2017).

2.4 A CONSTITUIÇÃO CIDADÃ DE 1988: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, O ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE E AS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA O CUIDADO DA CRIANÇA

No cenário internacional, na década de 1980, as nações priorizavam o tema da criança e convergiam esforços para a promoção de condições para a proteção, desenvolvimento e, principalmente, o enfrentamento da mortalidade infantil. A Convenção sobre os Direitos da Criança de 1989 (UNICEF, 1989), que contou com amplo apoio da comunidade internacional, foi chancelada no mesmo ano pela Assembleia Geral das Nações Unidas e entrou em vigor a partir de 1990. Tornou-se uma das bases para propor a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, Proteção e Desenvolvimento da Criança em 1990. O Brasil foi signatário de

ambos os tratados junto com mais 159 países, o que ocorreu durante a Reunião da Cúpula Mundial em Favor da Infância, que celebra o compromisso de prover meios necessários para o cumprimento de 26 metas até o ano 2000, sendo 19 diretamente ligadas a área da saúde (BRASIL, 2018).

Ao mesmo tempo, no Brasil das décadas de 1980 e 1990, muitas conquistas e avanços sociais aconteciam, enquanto vivíamos um processo de redemocratização. A Constituição Federal de 1988, as Leis Orgânicas Municipais e as Leis Orgânicas 8.080 e 8.142 de 1990 (BRASIL, 2003), significaram a criação e formalização do nosso Sistema Único de Saúde (SUS). As nossas participações nas discussões internacionais, em prol da proteção da criança, culminaram no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) de 13 de julho de 1990, formalizado na Lei nº 8.069 (BRASIL, 1990). O Brasil consolida e garante a ampliação dos direitos de proteção à integridade física e psicológica, lazer e bem-estar de crianças e adolescentes, amparados pela sociedade e pelo Estado (ARAÚJO, 2014).

Estes acontecimentos foram cruciais para promover e operar mudanças profundas, que transformaram completamente a proposta de modelo de saúde no Brasil. A atuação dos Agentes Comunitários de Saúde, importante estratégia para aproximação, acolhimento e comunicação entre a comunidade e as equipes de saúde, teve o seu início em algumas áreas do nordeste, ainda no final da década de 1980. Foi oficializado pelo MS em 1991 e o Agente de Saúde teve a sua profissão regulamentada pela Lei 10.507 de 2002. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) é considerado o precursor do Programa de Saúde da Família (PSF). É uma estratégia que tem em seu cerne a promoção de uma comunicação efetiva entre a comunidade e as demandas do território para os serviços de saúde. Suas atribuições foram descritas na Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) 2011 (BRASIL, 2012, p. 48). Em 1994, o PSF, potencializa as ações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e as políticas públicas em saúde, com impactos positivos quando promovem uma reorientação das ofertas dos serviços de saúde, a partir das demandas comunitárias. Posteriormente, o PSF institucionaliza-se como Estratégia de Saúde da Família (ESF), que passa a ser a responsável pelo ordenamento das ofertas de serviços de saúde nos territórios de cada município (BRASIL, 1997; ARAÚJO, 2014).

Em 2004, o MS lançou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. Apesar da queda importante deste indicador nos últimos 10 anos, ainda se encontrava muito aquém do aceitável, principalmente na faixa da neonatologia (0 a 27 dias). O MS reafirma o ECA e o seu compromisso com a criança, promovendo a vigilância do desenvolvimento integral, através da organização do cuidado a partir da AB e

através da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Recomenda, formalmente, a observação da integralidade do cuidado, observando as políticas públicas e as dimensões subjetivas do desenvolvimento, com legítima preocupação com a continuidade do cuidado e as influências biopsicossociais do ambiente (BRASIL, 2004a).

Em 1984, o PAISC, apesar de ter sido idealizado como política pública para contemplar o crescimento e desenvolvimento (CD) na sua integralidade, tem nas suas ações uma forte ênfase nas questões biológicas para o enfrentamento da mortalidade infantil, em detrimento das questões subjetivas do desenvolvimento integral. Foi somente em 2004, que o MS se reposicionou claramente em relação a vigilância do desenvolvimento infantil e, em 2005, o Cartão da Criança (CC), implantado desde 1984, é substituído pela Caderneta de Saúde da Criança (CSC), tornando-se o principal instrumento para o acompanhamento da saúde integral da criança e seus registros na Atenção Básica (AB) (CAMINHA et al., 2017).

A Portaria Ministerial nº 4.279/2010, estabelece as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS (BRASIL, 2010c). O MS pretendeu integrar todas as ações presentes na RAS, num esforço para superar a fragmentação e estabeleceu que a AB passaria a ter o papel de coordenadora de assistência e ordenadora dos pontos de atenção à saúde na RAS. Entendeu que, para garantir a continuidade do cuidado com qualidade, responsável e humanizado, precisávamos de uma estrutura capaz de assegurar a equidade no acesso, uma equidade multidisciplinar com eficiência clínica, sanitária e na sustentabilidade econômica, com resolutividade. Este esforço rendeu resultados significativos e, dentre as metas pactuadas para 2015 nos *Objetivos de Desenvolvimento do Milênio* na Organização das Nações Unidas (ONU), atingimos antecipadamente a meta da mortalidade infantil (ALMEIDA et al., 2015).

2.5 A CADERNETA DE SAÚDE DA CRIANÇA, A PUERICULTURA E AS POLÍTICAS PÚBLICAS

A história das políticas públicas de saúde voltadas para o cuidado da criança tem o seu foco na vigilância do CD, desde os anos 80, com o PAISC (BRASIL, 2018). A CSC, desde o início da sua implantação, é um documento obrigatório para acompanhar toda criança. Em suas páginas, constam informações e orientações direcionadas tanto para os profissionais da equipe de saúde, quanto para as famílias, de como lidar com os aspectos subjetivos e objetivos do desenvolvimento integral (PACHECO, 2020).

A CSC, fortalece o vínculo da criança e da família com os serviços de saúde, propiciando oportunidades para a promoção da saúde integral e orienta, de forma objetiva, as ações

programáticas como vacinação e prevenção de problemas de saúde e seus agravos. Dialoga com a família e com os diversos profissionais de saúde que integram o cuidado da criança, especialmente quando a criança necessita frequentar diferentes serviços e níveis de atenção, tornando-se um importante instrumento de referência, facilitador da continuidade e integralidade do cuidado. A qualidade do seu preenchimento é um bom indicador de qualidade da atenção à saúde recebida pela criança (ALVES et al., 2009). É um ponto estratégico de convergência de informações acerca dos processos de trabalho, das políticas públicas e do cuidado recebido pela criança. Importante para o cumprimento da agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2004a; RATIS; BATISTA FILHO, 2004).

A CSC é um instrumento se tornando cada vez mais central e importante na medida em que tem sua importância reconhecida na rede. Começa a superar as suas fronteiras do biológico, do crescimento somático. Celebra o contrato social para um cuidado continuado e integral da criança com sua família, com a equipe de saúde e orienta a observação das políticas públicas voltadas para criança. Seguindo a estratégia de ampliar e intensificar a vigilância do CD e sua inserção como instrumento no cuidado da criança, passa a acompanhar formalmente a criança até os 10 anos de idade (ALMEIDA et al., 2015; ALVES et al., 2009; PEIXOTO, 2017).

O acompanhamento do CD da criança é o fundamento conceitual da atenção integral que melhor representa a ideia relacionada com o seu processo ativo, dinâmico e contínuo, de crescimento somático biológico, imbricado com sua evolução cognitiva e dos aspectos subjetivos mentais e emocionais. Estes padrões, estão representados por marcos que foram determinados de forma comparativa e nos apresentam parâmetros que devem ser sistematicamente verificados. As interpretações destes parâmetros, no entanto, devem ser realizadas de forma muito cuidadosa e individualizada (CAMINHA et al., 2017).

A vigilância em saúde é uma estratégia fundamentada nas concepções de PS, prevenção de doenças e controle dos agravos. Identificar e atuar precocemente para evitar *a doença*, assim como promover autonomia para o cuidado em saúde, são diretrizes para uma atenção integral à saúde. Algumas questões, antes não consideradas, passam a entrar na pauta como fundamentais para a vigilância do CD. Desta forma, passou-se a valorizar as questões relacionados as dificuldades de aprendizado, alterações do comportamento, identificação de violência familiar e abusos domésticos, assim como a prevenção de acidentes, para uma abordagem cada vez mais integral da criança (ALMEIDA et al., 2015).

As dificuldades de utilização da CSC e de sua valorização como instrumento de trabalho, traduzem as próprias dificuldades de integração da RAS. A desvalorização da AB, assim como da própria CSC como instrumento de valor, são realidades que precisam ser enfrentadas. Pensar em conceder um espaço maior à CSC na formação de profissionais da saúde, reconhecendo a história da sua construção como instrumento importante para promover o cuidado continuado, colaborativo e intersetorial, pode contribuir para ressignificar o seu valor no processo de trabalho das equipes de saúde. A CSC, foi idealizada com o objetivo de convergir informações sobre políticas públicas voltadas para as crianças (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016). A CSC é o instrumento provedor das informações para apoiar a dinâmica para a promoção da atenção integral à criança (RAMOS et al., 2018).

O Quadro 01 mostra, de forma comparada e temporal, três linhas de evolução que se integram no SUS. Pontua fatos que considero fundamentais para visualizar a evolução da construção do conceito de infância, associado ao *amor* como valor social e a criança como responsabilidade incondicional da sociedade. Passamos pela formação e consolidação da família moderna, o cuidado da criança com bases na ciência e o surgimento da especialidade médica da pediatria no Brasil. A aproximação gradual da puericultura, até a sua integração com a ideia de políticas públicas voltadas para o cuidado da criança e com a responsabilidade do Estado. A atenção primária como base para os sistemas públicos e universais, atravessados pelo conceito de PS, até a constituição cidadã de 1988 e as leis que criam o SUS.

Quadro 1- Histórico comparativo da evolução dos cuidados da criança e conquistas sociais no contexto nacional e internacional.

| Período de Referência | Cuidados da Infância | Contexto Nacional | Contexto Internacional |
|-----------------------|--|---|---|
| 1500 – 1600 | Surgimento e consolidação da infância, reconhecida nas suas especificidades, da família moderna e da escola. | Brasil colônia. Cuidado baseado na cultura popular/ indígena. Cuidados caridade/Igreja Católica. Desassistência do Estado. | O <i>amor</i> como valor social e o cuidado da infância independente da família e condições socioeconômicas. |
| | Formação e cuidado da criança sob a responsabilidade da instituição Família e Escola. | | |
| 1700 – 1800 | Cuidados baseados na sabedoria popular e caridade religiosa e na atenção médica não especializada. | Período pré-científico. Moncorvo de Figueiredo, 1846. Primeiro curso livre de puericultura e pediatria. Caridade e filantropia. | Caron, 1863 na França. Higiene da primeira infância (puericultura). Influências de Pasteur (influências da ciência). |
| | Fim do período Pré-Científico. Início das ações em saúde com as influências da ciência. | | |
| 1900 – 1920 | Consolidação da especialidade pediátrica no mundo com forte influência no Brasil. Morbimortalidade materno-infantil alta. | Consolidação da filantropia. Cuidados da caridade, ambulatórios ligados a fábricas/trabalho e consultórios privados. | Especialidade pediátrica consolidada. Influências das escolas EUA e Europa, formavam muitos especialistas. |
| 1930 – 1988 | Ações de saúde orientadas para políticas públicas para a alta morbimortalidade materno-infantil, coordenadas pelo Estado. Iniquidades socioeconômicas e entre as regiões do Brasil. Implantação do Cartão da Criança (1984). | Capanema, reformas no MESP. Delegacias Federais de Saúde (iniquidades regionais) e Conferências Nacionais de Saúde. Criação MS (1953). <i>Reforma Sanitária e Psiquiátrica</i> . VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). | Declaração Universal dos Direitos Humanos (1949). Declaração de Alma-Ata: Atenção Primária à Saúde (1978). Carta de Ottawa: Promoção da Saúde e determinantes sociais (1986). |
| | A <i>Cobertura Universal de Saúde</i> , Atenção Primária e a Promoção da Saúde. | | |
| Após 1988 | Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA (1990). A Caderneta de Saúde da Criança (2005) substituiu o Cartão da Criança - políticas públicas. | Constituição Cidadã de (1988). Sistema Único de Saúde - SUS (Lei 8.080 e 8.142). Atenção Básica, Promoção da Saúde, PSF (1992) e ESF (1998). | Disputa entre o Modelo liberal: <i>coberturas universais</i> e o Modelo social-democrata: <i>sistemas universais</i> . |

Fonte: elaborado pelo pesquisador.

A puericultura, em toda a sua história, sempre representou o conjunto de ações em saúde e a postura voltada para o *cuidado da criança*. No final do século XIX, começa a se aproximar e a se integrar com as práticas baseadas nos avanços da ciência. No decorrer do século XX, formaliza-se esta aproximação através da formação dos especialistas em pediatria no Brasil, complementada pela influência das escolas dos EUA e Europa. A partir dos anos de 1930, mais especificamente na *Era Vargas*, integram-se às políticas públicas através de uma coordenação central exercida pelo Estado. Esta integração avançou, na medida que as políticas públicas se consolidavam com o aumento da participação do Estado, como responsável pela saúde da população. A partir dos anos de 1980, principalmente após a promulgação da constituição cidadã de 1988 e das leis que criaram o SUS, em 1990, a puericultura passa a significar, formalmente, políticas públicas voltadas para o cuidado da criança. As políticas públicas passam a ser coordenadas pela AB, através da equipe multidisciplinar da ESF, que atua na perspectiva da PS e baseada no ECA, que reconhece a criança como sujeito de direito.

No capítulo *marcos conceituais do sistema único de saúde: a estratégia de saúde da família e a atenção psicossocial*, vamos dar continuidade ao percurso da puericultura e da pediatria a partir do SUS. Neste, pretendo aprofundar discussões que já se apresentaram em muitos momentos do capítulo *a história da puericultura: do reconhecimento da infância às políticas públicas para o cuidado da criança*, mas, por questões didáticas, precisei tratá-las separadamente, o que permitiu um maior aprofundamento.

Conforme adiantado no Quadro 01, a construção das propostas dos sistemas de saúde no mundo, foram baseadas em experiências e debates internacionais entre nações amigas. Estas, na intenção de resolverem os seus problemas com a questão da saúde, conseguiram chegar a consensos importantes como a universalidade, a estrutura em rede com centralidade na Atenção Primária e a PS como conceito ampliado de saúde. O Brasil esteve presente nestas discussões e a sua proposta de sistema de saúde está claramente baseada nestes consensos. Os marcos conceituais que passaremos a discutir no capítulo *marcos conceituais do sistema único de saúde*, são fundamentais para aprofundar as ideias do capítulo anterior e apresentar uma linha de raciocínio para a segunda fase da pesquisa onde, junto com os MRP e preceptores, vamos tentar compreender e analisar se as discussões podem nos oferecer pistas para o debate de superação da dicotomia crescimento/desenvolvimento em direção a uma visão integral da criança.

3 MARCOS CONCEITUAIS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE: A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A questão da saúde é reconhecida na carta de fundação da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1949, agência especializada da ONU e destinada às questões relativas à saúde, como um direito fundamental do ser humano (MATTA, 2005). A OMS segue o compromisso mundial da *Declaração Universal dos Direitos Humanos* (ONU, 1949), da qual o Brasil é signatário, em seu artigo 25, no qual reconhece que:

Todo o homem tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda de meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle. II) A maternidade e a infância têm direito a cuidados e assistência especiais. Todas as crianças, nascidas dentro ou fora do matrimônio, gozarão da mesma proteção social (ONU, 1949, p.13).

A OMS promove o debate internacional em torno do conceito de saúde que converge em ideias para o nascimento de um novo paradigma com o lema de *Saúde Para Todos* até o ano de 2000. Em 1978, a OMS e a Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) promovem, em Alma-Ata no Kazaquistão, a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde. As resoluções desta conferência foram divulgadas na *Declaração de Alma-Ata* (ALMA-ATA, 1978), que reafirmou a questão da saúde como um direito fundamental do ser humano e declarou, como premissa indissociável para a melhoria da qualidade de vida, a participação do Estado no enfrentamento das iniquidades socioeconômicas de cada país. Reconhece que as iniquidades têm consequências diretas sobre a saúde e o bem estar dos seus cidadãos e almeja uma meta, a ser alcançada até o ano de 2000 (BRASIL, 2002a; MENDES, 2004). No item VI da declaração, prioriza a *Atenção Primária à Saúde* como coordenadora do cuidado e articuladora principal e fundamental das demandas de saúde das pessoas, suas famílias, comunidades e locais de trabalho com o Estado.

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual

os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (ALMA-ATA, 1978, p.1).

Na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986, que aconteceu em Ottawa, Canadá, discutiu-se o conceito de PS como proposta para ampliar o conceito de saúde. O resultado foi registrado e divulgado na *Carta de Ottawa* (OMS, 1986), que define as diretrizes para as propostas de sistemas de saúde pública dos países signatários (CASTRO, 2016). O conceito de PS, tornou-se fundamental para a concepção de saúde no Brasil e no mundo. A conferência teve como objetivo responder às demandas de saúde, principalmente em países industrializados, considerando os novos desafios a serem equacionados. A exemplo da Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde com a *Declaração de Alma-Ata*, da ONU com a sua proposta de *Saúde para Todos*, a *Carta de Ottawa* também adotou o ano de 2000 como meta para os resultados pretendidos (OMS, 1986). A *Carta de Ottawa*, listou condições e recursos fundamentais, convergentes com a *Declaração de Alma-Ata* e enfatizou o enfrentamento prioritário às iniquidades socioeconômicas (MENDES, 2004; PIRES-ALVES, 2017).

O debate sobre um modelo de promoção da saúde que integre os determinantes sociais da saúde e as cinco estratégias listadas na *Carta de Ottawa* - políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde - vêm se desenvolvendo no mundo deste então. O destaque para as conexões entre saúde e cuidado de saúde, resultam fundamentais para a sustentabilidade dos enfoques não-médicos como meios primários de melhorar a condição de saúde. A possibilidade de uma real articulação em toda a amplitude do processo de atenção, vai permitir a superação de problemas críticos do passado e poderá dar lugar a uma melhor apreciação dos benefícios dessa *nova saúde pública*. A proposta do Brasil para qualificar a operacionalização do SUS é a Estratégia de Saúde da Família, com potencial para integrar as diretrizes da Atenção Primária à Saúde (Declaração de Alma-Ata) e do conceito de Promoção da Saúde (Carta de Ottawa).

3.1 A CONSTRUÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL - O SUS

Durante todo o século XX, o Brasil e a sociedade brasileira evoluíram no seu processo civilizatório e passaram a injetar a saúde como direito do cidadão e dever do Estado (DALLARI, 1988). Nas décadas de 1980/90, a sociedade estava imersa em movimentos

sociais pela redemocratização. Na esfera da saúde, vivíamos um momento de convergências de importantes ideias gestadas em fóruns internacionais, dos quais o Brasil participou ativamente. Assim, a Declaração de Alma-Ata e a Carta de Ottawa, anunciam estes pontos de convergência que pretendem ser as bases para a construção de sistemas de saúde mais eficientes e de cobertura universal. No Brasil, o movimento da *Reforma Sanitária* foi o principal articulador para a inclusão destas convergências, que estiveram presentes na VIII Conferência Nacional de Saúde. Logo após, entramos nas discussões para a nova Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Em seu *Artigo 196* e na *Lei Orgânica da Saúde*, descreve-se as diretrizes para organização e operacionalização do nosso Sistema de Saúde - SUS. Assim, no seu Caput do Artigo 3º da Lei 8.080/1990:

Artigo 196/1988: A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2016a; pg.118).

Artigo 3º/1990: A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social (BRASIL, 2003, p.22).

A revisão da estrutura para a oferta de serviços de saúde, que perdura até os dias de hoje, transmutou-se de um modelo de estrutura básica bismarckiano³, de seguro social e cobertura parcial da população, para um modelo beveridgeano⁴, nos moldes do *National Health Service (NHS)*⁵ na Inglaterra. Este, pioneiro e referência internacional para sistemas de acesso universal, com estrutura centralizada, ofertas regionalizadas e financiamento estatal por impostos e contribuições sociais. A esta altura, o direito à assistência à saúde no Brasil ainda estava vinculado ao mercado de trabalho, com contribuições compulsórias para a previdência social, o que causava a exclusão de praticamente a metade da população, que se via obrigada a recorrer aos serviços filantrópicos de saúde (PINTO; GIOVANELLA,2018).

Apesar das disputas políticas e ideológicas em torno das duas principais estruturas básicas para se pensar em modalidades de sistemas de saúde para a oferta de cuidado, em 2015, o debate internacional converge para a o modelo de *cobertura universal de saúde*. No

³ No modelo Bismarkiano, o Estado atua fundamentalmente como uma referência e os atores chaves seriam os sindicatos e as corporações (PAULA; IBIAPINA; MOSSÉ, 2018).

⁴ No chamado desenho Beveridgiano, o Estado é um ator chave no financiamento, na elaboração de políticas, regulação, organização e governança (PAULA; IBIAPINA; MOSSÉ, 2018).

⁵ National Health Service (NHS). Serviço Nacional de Saúde da Inglaterra.

entanto, mesmo no modelo de *cobertura universal de saúde*, existem pontos importantes que resultam em diferenças fundamentais na oferta do modelo de saúde e que ainda não estão pacificados. Estas diferenças podem impactar de forma contundente e muita diferença na qualidade de vida do cidadão. Elas estão representadas, basicamente, por dois grandes campos, a saber: a) o campo das *coberturas universais* (UHC – Universal Health Coverage)e; b) o campo dos *sistemas universais* (UHS – Universal Health System) (GIOVANELLA, 2018).

As propostas sistemas de saúde com base no campo das *coberturas universais*, têm o seu financiamento por combinação de fundos, afiliação por modalidade de asseguração e definição das ofertas de saúde limitadas a serviços básicos e visa a redução do papel do Estado (Estado mínimo), limitando-o a um papel de regulador. Este modelo têm sido o preferencialmente incorporado às reformas dos sistemas de saúde dos países em desenvolvimento, como na América Latina, incentivados por organizações como o Banco Mundial. O Brasil é a única exceção desta região e o único país do mundo, com mais de 100 milhões de habitantes, que tem um sistema de saúde público, universal, integral e gratuito (BRASIL, 2012).

A proposta do SUS, está fundamentada no campo dos *sistemas universais* e propõe um financiamento por fundos públicos, a partir das receitas de impostos e contribuições sociais. As tributações são distribuídas de forma progressiva, onde a carga deve ser proporcionalmente maior para as maiores rendas e patrimônios e consagra a garantia do acesso universal, como uma das condições básicas de cidadania. Os *sistemas universais de saúde* integram os cuidados individuais e ações coletivas de prevenção e promoção da saúde, através de políticas públicas transversais e intersetoriais, para o enfrentamento das inequidades dos provocadas pelos determinantes sociais de saúde (GIOVANELLA, 2018).

Em 1984, as forças da sociedade civil organizada elaboraram propostas para o V Simpósio de Política Nacional de Saúde. Em seu relatório final, afirma a importância da estratégia das Ações Integradas de Saúde (AIS) como eixo fundamental na condução na direção de um *Sistema Unificado de Saúde*. As seguintes diretrizes para uma nova Política de Saúde são propostas:

Implantação de um Sistema Unificado de Saúde Federalizado e Democrático. Este processo deve ser constituído a partir do aprofundamento das experiências das Ações Integradas de Saúde — AIS, que coordenam os diversos serviços, no sentido de se intensificar a integração das diferentes instituições de saúde (PAIM, 1986).

O debate atravessou o ano de 1985, mas já estava fortalecida a tendência a uma proposta de um *Sistema Único de Saúde (SUS)*. A perspectiva era de construção de um *SUS* regionalizado, descentralizado e democrático. A VIII CNS, balizou as mudanças qualitativas necessárias ao setor de saúde e consolidou a proposta, através da Assembleia Nacional Constituinte, com representantes do povo eleitos e executada pelo Congresso Nacional que promulga a Constituição Federal de 1988 (PAIM, 1986).

O nosso Sistema Único de Saúde, o SUS, é o resultado da articulação de forças políticas sociais e nasce da premissa de saúde como um bem público que deve ser garantido pelo Estado. O Estado brasileiro, passa ser o responsável por organizar e efetivar as políticas de saúde com esta compreensão ampliada, superando a ideia de *saúde como ausência de doença*. A inclusão da análise dos efeitos dos condicionantes sociais, culturais, econômicos e bioecológicos, incorporados nos objetivos da Agenda 2030 no item 3 dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis (ODS) (ONU, 2015) e a colaboração intersetorial entre as instituições, fora do âmbito dos serviços propriamente de saúde, para a redução das vulnerabilidades e riscos, passam a ser indissociáveis do conceito de PS (MALTA et al., 2016).

Ao mesmo tempo, deve-se cuidar para que o Estado não tenda a uma situação de provedor único, a ponto de anular as capacidades dos sujeitos de cuidar de si, conforme seus modos próprios de viver, valorizando as singularidades culturais no contexto do seu território (CASTRO, 2016).

No Brasil, o sistema político federativo é constituído por três esferas de governo: União, Estados e Municípios que passam a ser considerados como entes com autonomia administrativa, sem vinculação hierárquica. O processo de descentralização dos estados e municípios foi deflagrado através dos convênios do Sistema Descentralizado e Unificado de Saúde (SUDS) e formalizados com a aprovação da Lei nº 8.080, complementada pela Lei nº 8.142, ambas em 1990 (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

É fundamental entender as características do federalismo no Brasil, suas instabilidades e seu processo de formação e evolução histórica, para entender o funcionamento do SUS. Aos municípios, como entes federativos, são conferidos um importante destaque com autonomia e responsabilidades diferenciadas, para a implantação de políticas públicas. Esta interdependência, torna o nosso sistema de saúde tão sensível e instável quanto os períodos históricos de instabilidade institucional e política (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Estas características, contudo, fazem parte da pretensão de incluir a busca da equidade socioeconômica, a universalidade do alcance e a integralidade no nosso conceito de saúde.

Percebe-se que, na verdade, o que é preciso superar são as instabilidades dos governos legitimados pela nossa sociedade. O SUS nasceu imerso em disputas sociais, políticas e econômicas. O Brasil participava ativamente das discussões globais para garantir direitos humanitários universais. Malgrado suas dificuldades de implantação, principalmente na gestão macro, micro e subfinanciamento, o SUS sempre cresceu. No momento, ainda vivemos as consequências do golpe parlamentar de 2016 e o SUS, mais uma vez, é questionado e sofre ataques em vários pontos, principalmente na AB através das revisões da PNAB 2017 (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Desde então, acrescentam-se as suas dificuldades históricas um agressivo processo político-ideológico de desmonte e desfinanciamento. No entanto, paradoxalmente, o SUS mostrou-se fundamental e indispensável para o enfrentamento da pandemia de coronavírus de 2020 e pode estar vivendo o seu melhor momento de aproximação com a sociedade. A sua dimensão concreta ganha mais espaço na produção de sentido no imaginário da população, o que já se traduz em resgates e vai se desdobrar em avanços e maior consolidação a médio e longo prazos.

3.2 A ATENÇÃO BÁSICA E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

A AB caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde. O objetivo é desenvolver uma atenção integral que seja capaz de impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas, assim como influenciar nos determinantes e condicionantes da saúde. As ações em saúde são desenvolvidas por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações adscritas de acordo com o conceito de territórios, pelos quais a equipe de saúde assume a responsabilidade sanitária. Utiliza tecnologias de cuidado complexas que devem auxiliar no manejo das demandas de saúde, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que todas as demandas, necessidades de saúde ou sofrimentos devem ser acolhidos. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A AB considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural e busca a atenção integral (BRASIL, 2012).

O PSF foi criado em 1994 e tornou-se, progressivamente, uma importante proposta para operacionalizar o modelo de atenção à saúde do SUS. É considerado a *porta de entrada* preferencial para o sistema. Após dez anos, em 2006, foi enunciada como ESF pela PNAB. Através da Portaria nº GM/648 o MS, na gestão do Ministro José Gomes Temporão, publicou-se a expansão da ESF visando a reorganização da AB no Brasil, o que é considerado um marco na história da consolidação nacional da AB e da ESF. Em 2008, com a intenção de aumentar a oferta de serviços e a resolutividade da AB, foram implementados os Núcleos de Apoio à Saúde da Família⁶ (NASF), que pode ser composto por profissionais de saúde das mais diferentes áreas e especialidades de acordo com as necessidades da população que atende (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A PNAB, de 2006 (BRASIL, 2007), ao assumir a ESF, fortaleceu a mudança do modelo assistencial que estabeleceu a equipe multiprofissional como porta de entrada preferencial e coordenadora da atenção à saúde na rede. Os sistemas de saúde que organizam uma *porta de entrada* em uma rede, consolidam e fortalecem a AB e apresentam melhores resultados (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

A PNAB de 2011, atualizou os conceitos na política e introduziu elementos ligados ao papel desejado da AB na ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS). Avançou na afirmação de uma AB acolhedora, resolutiva e que evolui na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais Redes de Atenção. Avançou, ainda, no reconhecimento de um leque maior de modelagens para as equipes da ESF, reconhecendo as diferentes populações e as realidades regionais do Brasil. Incluiu a população de rua com a proposta dos *consultórios na rua*, ampliou o número de municípios que podem ter NASF, simplificou e facilitou as condições para que sejam criadas UBS Fluviais, ESF para as Populações Ribeirinhas (BRASIL, 2012).

A nova política articula a AB com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006), com a universalização do Programa Saúde na Escola - e expansão dele às creches (BRASIL, 2012). A Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, aprova a PNAB e estabelece a revisão das diretrizes e normas para a organização da AB, para a ESF e o PACS (BRASIL, 2012).

⁶ Núcleo de Apoio a Saúde da Família - NASF. “O Nasf é uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento e atua com os profissionais das equipes de Saúde da Família, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das equipes de AB. Tal composição deve ser definida pelos próprios gestores municipais e as equipes de AB, mediante critérios de prioridades identificadas a partir das necessidades locais e da disponibilidade de profissionais de cada uma das diferentes ocupações.” (BRASIL, 2014)

O desenvolvimento da ESF marca um progresso indiscutível da política do SUS. As equipes de AB, através de sua proximidade com as famílias e com as comunidades, se apresentam como um recurso estratégico para o enfrentamento de importantes problemas de saúde pública. Neste novo espectro da ESF e com a afirmativa de que todo problema de saúde é também de saúde mental, as questões subjetivas das pessoas passam a ser incluídas. Todas as pessoas com transtornos mentais leves e grande parte das pessoas com transtornos mentais severos, podem ser atendidas e acompanhadas pelas equipes da AB. Assumir este compromisso, é uma forma de responsabilização em relação à produção da saúde e a busca da eficácia e eficiência nas práticas para a promoção de equidade, integralidade e cidadania de forma mais ampliada (BRASIL, 2005).

A ESF reorganiza, qualifica e consolida a AB no país por favorecer uma mudança nos processos de trabalho, o que amplia a sua resolutividade, causando impacto positivo na relação custo-efetividade (RODRIGUES; ANDERSON, 2011; BRASIL, 2012) e um significativo impacto na mortalidade infantil. Ceccon et al. (2014), estuda a relação entre mortalidade infantil e cobertura populacional da ESF no Brasil entre 1998 e 2008. O autor observou uma ampliação na cobertura da ESF de 43%, assim como a diminuição da mortalidade infantil em 58%. O aumento da cobertura da ESF pode ser associado à redução das taxas de mortalidade infantil em 73% dos Estados.

Com a descentralização do sistema de saúde, os municípios brasileiros passaram a se responsabilizar pela atenção à saúde de seus habitantes, importante mudança do ponto de vista institucional, gerencial, político e financeiro. Os municípios precisaram criar uma estrutura gerencial e implantar serviços de saúde, além de participar no financiamento da atenção à saúde (PINTO; GIOVANELLA, 2018).

Conforme já discutido no item 2.1, após o golpe parlamentar de 2016, o governo do Brasil altera as bases das suas propostas, passando de uma orientação social-democrata (Estado social) para uma orientação liberal/neoliberal (Estado mínimo). No campo da saúde, promove o desfinanciamento do SUS, com a Emenda Constitucional 95 (PEC 55/2016), que limita gastos públicos. A PNAB 2017 (BRASIL, 2017), impõe uma série de alterações nas bases de funcionamento do SUS e promove mudanças que relativizam a centralidade das ações na AB. Entre as mais importantes, podemos citar as alterações das funções e responsabilidades dos Agentes Comunitários de Saúde e a retirada da necessidade de cobertura integral do território. Fragiliza a coordenação nacional dos entes federativos e enfraquece a descentralização para a atuação dos municípios, que ficam prejudicados em sua autonomia na aplicação dos recursos para implantação de políticas públicas de saúde em seus territórios. O termo *básico* deixa de

ter uma conotação de primeiro nível de acesso a um sistema universal e integrado, passando a significar um conjunto de serviços básicos ambulatoriais, incentivando a ampliação da participação do setor privado. Assim, a ESF perde a institucionalidade de seu protagonismo na organização da AB. (MOROSINI; FONSECA; LIMA, 2018). Estão, portanto, neste momento, comprometidas as diretrizes da equidade, universalidade e integralidade do SUS, asseguradas na constituição de 1988.

3.3 O CONCEITO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O conceito de PS altera e amplia as dimensões do significado de saúde, quando inclui o meio ambiente e transcende o alcance tradicional das ofertas objetivas de serviços de saúde. Entende que é necessário para o estado de bem-estar social estimular o protagonismo da comunidade, a autonomia do indivíduo para formular as demandas e o exercício organizado do controle social. Outrossim, entende como fundamental promover autonomia para o autocuidado, coparticipação e corresponsabilidade nas ações de saúde propostas de forma integrada e continuada (BUSS, 2000). Os recursos sociais e pessoais, aptidões e capacidades biológicas, são as bases fundamentais para ressignificar a saúde como recurso para a vida. Muito além de um esforço individual orientado tecnicamente para mudanças de atitudes e estilos, inclui as questões subjetivas, ambientais locais e globais, e a comunidade, indissociáveis do bem estar social e da qualidade de vida. Na *Carta de Ottawa*, os pré-requisitos gerais, considerados fundamentais para a saúde, são assim definidos:

As condições e os recursos fundamentais para a saúde são: Paz – Habitação – Educação – Alimentação – Renda - ecossistema estável – recursos sustentáveis - justiça social e equidade. O incremento nas condições de saúde requer uma base sólida nestes pré-requisitos básicos (OMS, 1986).

As propostas para a organização de sistemas de saúde devem considerar uma conscientização da relação da população com os profissionais da saúde, assim como perseguir a equidade sanitária entendendo-a como fator crucial para o bem estar social. Desta forma, com boas condições ambientais e equânimes, cada indivíduo pode ter mais chances de alcançar e manter o *máximo de seu potencial de saúde*. Pretende-se que cada pessoa adquira uma progressiva capacidade/habilidade de interagir e construir as propostas do setor da saúde, no controle social e na sua eficiência para atender as demandas individuais e da comunidade. As noções de equidade, integração, cooperação, interdependência, interdisciplinaridade,

intersectorialidade e participação social passam a orientar os debates para a tomada de decisão de acordo com as condições epidemiológicas e demográficas. O envelhecimento da população, com o aumento da expectativa de vida e queda da mortalidade geral, principalmente em pessoas com condições crônicas complexas de saúde, apesar de muito aquém do ideal, aumenta o valor da busca pela qualidade de vida (MOREIRA; GOLDANI, 2010; MENDES, 2011; CASTRO, 2016).

O projeto sanitário no Brasil para a construção de políticas públicas esbarra, invariavelmente, nas limitações impostas pelos determinantes sociais de saúde e suas iniquidades. No relatório final da VIII CNS (1986) afirma-se que, a saúde, é resultado dos modelos de organização social da produção e define-se no contexto histórico. As conquistas sociais devem considerar a saúde e o bem estar. O Estado precisa assumir suas responsabilidades para uma política de saúde integrada às demais políticas sociais e econômicas, assim como coordenar as ações intersetoriais. A sua efetivação se reflete na constatação do acesso da população as condições mínimas de vida digna e a percepção do aumento do bem-estar social (BRASIL, 2010a; CASTRO, 2016).

Os países que apresentam distribuição de riqueza extremamente injusta, baixo grau de escolaridade, problemas de habitação, ambiente de vida e recursos de saúde igualmente precários, devem incluir estas dívidas sociais como base nos debates para definir ofertas de saúde. Demonstra-se a interdependência das questões de saúde com as questões econômicas e de como estas retroagem sobre a saúde. Embora a pobreza, e suas repercussões na qualidade de vida, seja um fator importante e fundamental, não é o único desafio. Existem ainda muitas incertezas relacionadas às intervenções necessárias e eficazes, que podem influenciar positivamente a qualidade de vida (BUSS, 2000). Paulo Buss, na sua fala na entrevista concedida ao Centro de Estudos Estratégicos da Fiocruz, afirma:

Essas condições sociais que afetam diretamente a saúde das pessoas são expressões do modelo de produção, consumo e distribuição de bens, riquezas e poder, que é extremamente desigual no Brasil. Então, ao olhar para uma situação de saúde em especial – como a desnutrição, por exemplo – não podemos nos esquecer que ela está inserida na estrutura de nossa sociedade e é moldada pelos grandes determinantes sociais: renda, acesso a trabalho e emprego, à educação, à moradia. Esses, sim, são os verdadeiros determinantes da situação de saúde da população. São variáveis que podem e devem ser previstas, no sentido de antecipar cenários e minimizar problemas. E, para realizar a prospecção de futuro do sistema de saúde, é estratégico acompanhar e prever tanto as necessidades que surgirão quanto a capacidade de responder a essas demandas (BUSS, 2017, n.p).

Enquanto ocorria a já mencionada I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Ottawa, em 1986, realizou-se no Brasil a VIII CNS. Em um contexto de mobilização social

e importantes conflitos político-ideológicos para o resgate da democracia, houve uma grande participação de profissionais de saúde e gestores, assim como cidadãos e representantes da sociedade organizada. Nesta ocasião, foram definidas as bases para as discussões e elaboração do que viria a ser denominado como *Reforma Sanitária*. Os seus fundamentos e diretrizes foram claramente influenciados pelos conceitos da PS e incorporados a Constituição Federal de 1988 (BUSS, 2009).

Com a Constituição Cidadã de 1988 e a Lei Orgânica da Saúde, o MS, através da Secretaria de Políticas de Saúde, iniciou uma revisão do modelo de atenção à saúde e elaborou um projeto para uma política nacional, com base nos conceitos da PS. Estas iniciativas, operam uma disseminação de outros olhares no modo de conceber políticas públicas, com interlocução de setores até então considerados *fora da saúde* e incluem os determinantes sociais na discussão (BRASIL, 2010a; MALTA et al., 2016).

3.4 A QUESTÃO DA SAÚDE MENTAL E O MOVIMENTO DA REFORMA PSIQUIÁTRICA

O início do processo de *Reforma Psiquiátrica* no Brasil tem relação direta com a conjuntura dos movimentos sociais pela redemocratização, e é contemporâneo com o movimento da *Reforma Sanitária* nos anos 1970 (AMARANTE; NUNES, 2018). Neste período, ocorreram mudanças importantes nos modelos de atenção e gestão nas práticas de saúde, defesa da saúde coletiva, equidade na oferta dos serviços e protagonismo dos trabalhadores e usuários dos serviços de saúde nos processos de gestão e produção de tecnologias do cuidado (BRASIL, 2005).

O ideário da *Reforma Psiquiátrica* proporcionou discussões em torno do modelo de internação hospitalar, como base para as propostas em saúde mental. Avanços nas políticas públicas para a saúde mental têm sido percebidas desde então. A desinstitucionalização foi, e ainda é, uma bandeira dos trabalhadores da saúde mental, em conjunto com os familiares dos usuários dos serviços comunitários de saúde mental e com o apoio das comunidades. Denunciou-se o esgotamento do modelo asilar, suas limitações e os sofrimentos impostos aos usuários e estava claro que as mudanças eram urgentes (AMARANTE, 1995; JORGE et al., 2011).

Em 1978, o movimento social pelos direitos dos pacientes psiquiátricos ficou mais organizado e culminou no Movimento plural dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), considerado um dos marcos da organização social em busca de melhores condições para a

atenção psiquiátrica. Reuniu integrantes do movimento sanitário, das associações de familiares, os sindicalistas, membros de associações de profissionais e pessoas com longo histórico de internações psiquiátricas. As primeiras propostas e ações para a reorientação da assistência surgem em 1987, no II Congresso Nacional do MTSM, realizado em Bauru, São Paulo, com o lema *por uma sociedade sem manicômios*. No mesmo ano, aconteceu a I Conferência Nacional de Saúde Mental no Rio de Janeiro e, em 1989, as primeiras experiências de atenção fora do ambiente de internação hospitalar, os Núcleos de Atenção Psicossocial (NAPS) em Santos, e o CAPS Itapeva, em São Paulo. A partir destes movimentos e experiências, surge o projeto de Lei Paulo Delgado, que propõe a extinção progressiva do modelo asilar da psiquiatria. A saúde mental infanto-juvenil, não aparece como tema desta conferência (AMARANTE, 1995; BRASIL, 2005; BRAGA; D' OLIVEIRA, 2019).

Somente em 1992, na II Conferência Nacional de Saúde Mental, a situação das crianças e adolescentes institucionalizadas foi abordada, mas não houve uma proposta formal para uma política de saúde mental. Finalmente, na III Conferência Nacional de Saúde Mental em 2001, foi proposto a estratégia dos Centros de Atenção Psicossociais Infanto-juvenis (CAPSi), regulamentados e implantados a partir de 2002. Neste interim, fatos importantes impulsionaram a inclusão da criança na agenda institucional, como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em 1990, e a aprovação da Lei da Saúde Mental (Lei 10.216), em 2001. Os CAPSi têm os mesmos princípios que regem os CAPS, ou seja, a missão de ordenar nos seus territórios as demandas relacionadas a saúde mental de crianças e adolescentes e promover atenção em saúde mental com base na integralidade do cuidado (COUTO; DUARTE; DELGADO, 2008; BRAGA; D' OLIVEIRA, 2019; JUCÁ, 2019).

A saúde mental infanto-juvenil não foi objeto específico da lei, mas pode ser inscrita na agenda da saúde mental pública na esteira da institucionalidade proporcionada por ela, tendo sido incluída, por exemplo, no redirecionamento da verba, antes destinada a hospitais psiquiátricos, para a criação de uma rede que incluiu os CAPSi. O ECA, assegura em seu capítulo 1, artigo 11º, o atendimento igualitário e integral à saúde da criança e do adolescente no SUS, assim como a promoção, proteção e recuperação da saúde (JUCÁ, 2019).

Há uma importante complexidade nas propostas de políticas públicas de saúde, na perspectiva do conceito de PS, incorporadas às propostas do SUS, para contemplar os seus referenciais filosóficos de universalidade, equidade e integralidade. A PS, em última análise, constitui-se como um paradigma rival à hegemonia biomédica e hospitalocêntrica da saúde que é pensada de forma reducionista como *ausência de doença*. As articulações entre as estratégias

das políticas públicas, os ambientes saudáveis, as ações comunitárias, o estímulo ao desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde, são fundamentais para a ampliação do conceito de PS e integralidade do cuidado (HEIDMANN, 2006).

A Política Nacional de Saúde Mental, formalizada pela Lei nº 10.216/2001, objetivou-se em eixos fundamentais. São eles: 1) adoção de uma diretriz não asilar para o financiamento público; 2) proposta de elaboração de uma política que inclua alta planejada e reabilitação psicossocial; 3) implementação, nas emergências psiquiátricas, da obrigatoriedade de notificar ao Ministério Público os casos de internações involuntárias e 4) desvinculação da incapacidade laborativa, que pode ser transitória, da incapacidade civil. Consolidou o modelo de atenção de base comunitária, na lógica da desinstitucionalização, conforme o ideário da *Reforma Psiquiátrica* (BRASIL, 2001). Além disso, a importância do conceito de PS e de integralidade, bases que constituem o SUS, são indissociáveis da questão da saúde mental (BRASIL, 2001; BRASIL, 2005).

Em 2002, a OMS publica o Relatório Mundial da Saúde com o título, Saúde mental: nova concepção, nova esperança. Em sua introdução, a sua diretora geral Gro Harlem Brundtland, chama a atenção para as dificuldades de inclusão na comunidade das pessoas com transtornos mentais e chama de *nova esperança* a reversão deste cenário. A dicotomia que insiste em atravessar a questão da saúde, o que dificulta uma visão integral do humano, aparece tensionando o conceito de PS na fala:

O tema deste relatório é *Nova Concepção, Nova Esperança*. Ele mostra como a ciência e a sensibilidade se combinam para derrubar as barreiras reais à prestação de cuidados e à cura em saúde mental. Isso porque existe uma nova compreensão que oferece uma esperança real aos doentes mentais: a compreensão de como factores genéticos, biológicos, sociais e ambientais se juntam para causar doenças da mente e do cérebro; a compreensão de como são realmente inseparáveis a saúde mental e a física, e de como é complexa e profunda a influência de uma sobre a outra (OMS, 2002, p.8).

Apesar da insuspeita intenção em promover uma abordagem integral das pessoas e sua inclusão na comunidade, Brundtland fala de “cura” e não de reabilitação. Pode-se identificar ênfase nas questões individuais, em detrimento dos determinantes sociais e o *tratamento das perturbações com base física no cérebro* quando fala que “A nossa compreensão da relação entre saúde mental e física vem aumentando rapidamente. Sabemos que as perturbações mentais resultam de muitos fatores e que têm a sua base física no cérebro” (OMS, 2002, p.9). E mais a frente, completa:

Em diferentes contextos, fazemos esta simples afirmação: dispomos dos meios e do conhecimento científico para ajudar os portadores de perturbações mentais e cerebrais. Os governos têm-se mostrado descuidados, tanto como a comunidade da saúde pública (OMS, 2002, p.10).

O relatório segue no mesmo viés e explica a *nova concepção de saúde mental*, baseada numa narrativa das evidências científicas e as alterações de comportamento, reduzidas as alterações focadas no corpo biológico. Faz menção a saúde mental das crianças, como o resultado da sua interação com os adultos e os efeitos que podem provocar no seu desenvolvimento.

Nestas afirmações, pode-se notar as diferenças das narrativas e de como os sistemas de saúde, e suas concepções, estão diretamente relacionados com as posições político- ideológicas de cada nação.

Em 2013, a OMS, durante a Assembleia Mundial da Saúde, baseando-se em dados epidemiológicos e novas evidências, propõe aos Estados membros o Plano Global de Saúde Mental. No *Comprehensive Mental Health Action Plan for 2013-2020*, os Estados-membros se comprometem a uma maior atuação no campo da *promoção da saúde mental*, com foco na prevenção, reabilitação e diminuição dos índices de morbimortalidade. Baseia-se, principalmente, no reforçar às lideranças e a gestão para fornecer serviços abrangentes e integrados. Promover os serviços de assistência social comunitários, através de sistemas de saúde de cobertura universal e fortalecer os sistemas de registros, facilitando a pesquisa em saúde mental. O plano enfatizou também a questão dos direitos humanos e do empoderamento e protagonismo do paciente. Pretendia também aumentar o acesso aos serviços de saúde mental e assistência social, assim como a qualificação dos profissionais, e organizar os serviços para os cuidados da saúde geral, além de aumentar e facilitar o acesso aos benefícios institucionais (OMS, 2013).

3.5 A ATENÇÃO PSICOSSOCIAL E SUA INSERÇÃO NO CONTEXTO DO SUS

Até aqui, foi possível rever os principais fatos para o avanço das propostas de cuidados voltados para as crianças e dos debates que contribuiram na construção do ideário dos movimentos da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. Os consensos consolidados na Constituição Cidadã de 1988, como o SUS e o ECA, alteram profundamente a forma como o Estado passa a considerar a criança e o adolescente, agora como sujeito de direitos. Apesar disso, a questão da saúde mental de crianças e adolescentes entrou na pauta da saúde mental somente no início do

século XXI. Couto e Delgado (2015), analisam os possíveis determinantes que levaram a este atraso da inserção da Saúde Mental de Criança e Adolescente (SMCA) na agenda da saúde pública e na pauta do movimento da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Entendem que a Lei 10.2016/2001 (Lei da Saúde Mental), torna a saúde mental uma política de Estado e permite novas expectativas, ao considerar o modelo de atenção à saúde mental de base comunitária. As questões relacionadas as crianças e adolescentes, passam a ficar mais evidentes a partir de uma visão psicossocial do território.

Em dezembro de 2001, acontece a III Conferência Nacional de Saúde Mental (CNSM). Ao contrário das duas conferências anteriores, apoiada no ECA e na Lei da Saúde Mental, esta convoca o Estado a assumir definitivamente a sua responsabilidade pela atenção à saúde mental das crianças e adolescentes. Em fevereiro de 2002, foi publicada a portaria 336/2002 (BRASIL, 2002b)⁷, a primeira na história do SUS com diretrizes para SMCA, onde constava o capítulo sobre os CAPSi. Os CAPSi passaram a existir como dispositivos do SUS a partir dessa Portaria. Em 2004, foi criado o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes (BRASIL, 2004b), que se propunha intersetorial e democrático, com a participação de representações de usuários para as suas deliberações a respeito das políticas para SMCA. As noções de sujeito de direitos e de sujeito psíquico, amparado na proposta do cuidado em liberdade, a base comunitária da atenção e o cuidado em rede, colaborativo e intersetorial como diretrizes fundamentais, estavam institucionalizados dentro do significado da Reforma Psiquiátrica, consolidando os seus princípios (COUTO; DELGADO, 2015; BRAGA; D'OLIVEIRA, 2019).

Após o reconhecimento do campo da SMCA pelo Estado, superou-se a lacuna institucional da dimensão subjetiva do desenvolvimento integral. Identifica-se duas diretrizes como fundamentais para a proposta de construção da APS para crianças e adolescentes. São os CAPSi, com o seu mandato terapêutico e o seu mandato de ordenador das ofertas dos serviços para a SMCA nos territórios, para a articulação dos fluxos assistenciais de forma intersetorial, junto com a ESF. No entanto, o seu mandato terapêutico, tampouco é de um *centro de atenção especializada*, na lógica fragmentada da referência e contra referência. Outrossim, integra e reforça a estratégia de formação de rede para o cuidado continuado, colaborativo e intersetorial, ao disseminar conhecimentos clínicos e epidemiológicos, na perspectiva do matriciamento, relativos às dimensões subjetivas do desenvolvimento integral de crianças e adolescentes (COUTO; DELGADO, 2015).

⁷ A Portaria 336/2002 estabelece cinco tipologias de CAPS, de acordo com a população-alvo e o porte populacional das cidades: CAPS I, II, III, i, AD. Além disso, cria uma tipologia para a complexidade das situações clínicas atendidas, com as categorias: atendimento “intensivo, semi-intensivo e não-intensivo”.

No processo de desenvolvimento e consolidação das políticas públicas para o cuidado da criança na dimensão do desenvolvimento subjetivo, importantes desafios têm se colocado para os trabalhadores e gestores. Para que a proposta de intersetorialidade possa se concretizar, é necessário a aproximação de diferentes saberes. Desta forma, torna-se possível o reconhecimento mútuo e a posterior revisão dos processos de trabalho, assim como a superação da lógica fragmentada baseada na referência e contra referência. A articulação entre o CAPSi e a ESF, facilita a proximidade com as demandas da população em seu território e acolhe, de forma precoce, os casos mais complexos e graves. Além disso, reduz-se os encaminhamentos desnecessários e aumenta-se a adesão de usuários e familiares ao tratamento. Em 2008, os NASF, passam a integrar a ESF com o objetivo de diminuir as lacunas de acesso ao parecer especializado, através do conceito de matriciamento, o que poderia se constituir em mais um elemento articulador da continuidade do cuidado (TEIXEIRA, COUTO; DELGADO, 2017).

A proposta da Atenção Psicossocial da Infância e Adolescência (APIA) é consciente da responsabilidade em inscrever no tecido social, a partir do território, baseada nas premissas do SUS, a colaboração com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência como a justiça e a assistência social. Além disso, deve reafirmar as crianças e adolescentes como sujeitos de direitos e psíquicos, com suas histórias e experiências singulares. Como política pública, reconhece o valor nas próprias palavras das crianças para manifestar o sofrimento e as outras formas que estas encontram para transmitir seus padecimentos subjetivos, assim como as estratégias que criam para se haver com suas próprias histórias. (COUTO; DELGADO, 2016).

3.6 A PROPOSTA DE INTEGRALIDADE DO CUIDADO DA CRIANÇA. A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL SAÚDE DA CRIANÇA E O MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080, de 19/09/1990), detalhou o significado da integralidade na assistência, descrevendo-a como um conjunto de serviços oferecidos de forma articulada e contínua, individuais e coletivos, incluindo as três esferas de complexidade. As premissas filosóficas do SUS, integralidade, equidade e universalidade, carregam em si as possibilidades de uma atenção integral. Esta, sem dúvida, a mais complexa de se alcançar, até porque elas se integram entre si e são interdependentes para uma oferta de serviços de saúde (SOUZA; VIEIRA; LIMA JÚNIOR, 2019).

Em 2015, o MS publicou a portaria da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (BRASIL, 2015). Para a construção da PNAISC, contou-se com a contribuição de especialistas, representantes das Coordenações de Saúde da Criança das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde das Capitais, do Conselho Nacional dos Secretários de Saúde Estaduais (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS), além do envolvimento da Rede Nacional da Primeira Infância (RNPI), Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), Pastoral da Criança e consultores do MS, entre outras representações da sociedade organizada. O documento base foi discutido e aprovado no CONANDA e no Conselho Nacional de Saúde (CNS). As pactuações para a sua operacionalização, aconteceram na Comissão Intergestores Tripartite (CIT) (BRASIL, 2018).

A PNAISC pretende convergir, de forma articulada, as estratégias que traduzem as políticas públicas voltadas para o cuidado da criança, através de mudanças na forma de fazer, para alcançar a atenção integral à criança, como agenda central. Apoiar-se em três grandes eixos: formação, gestão e pesquisa. Consolidou-se com o programa *Mais Saúde: Direito de Todos* (BRASIL, 2010b).

Composta por oito eixos estratégicos orientadores, com a pretensão de influenciar gestores e trabalhadores em serviços de saúde para crianças no seu território. São eles:

Eixo I – Atenção Humanizada e Qualificada à Gestação, ao Parto, ao Nascimento e ao Recém-Nascido.

Eixo II – Aleitamento Materno e Alimentação Complementar Saudável.

Eixo III – Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral.

Eixo IV – Atenção Integral a Crianças com Agravos Prevalentes na Infância e com Doenças Crônicas.

Eixo V – Atenção Integral à Criança em Situação de Violências, Prevenção de Acidentes e Promoção da Cultura de Paz.

Eixo VI – Atenção à Saúde de Crianças com Deficiência ou em Situações Específicas e de Vulnerabilidade.

Eixo VII – Vigilância e Prevenção do Óbito Infantil, Fetal e Materno.

É uma política pública na perspectiva do conceito de PS (BRASIL, 2006) que, por sua vez, é influenciada pelos determinantes sociais de saúde e doença, para garantir o direito à vida. As suas ações são organizadas a partir da RAS, com atenção especial a Saúde Materna e Infantil na AB. A ideia central é de promover integralidade das ações para o cuidado da criança, no

território, com ações estratégicas, organizadas em linhas de cuidado (PENELLO; ROSARIO, 2016; BRASIL, 2018).

Anteriormente, em 2009, pela Portaria Ministerial nº 2.395/2009 (BRASIL, 2009), o MS havia instituído a iniciativa Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS). Trata-se de uma proposta para operacionalizar a atenção integral à criança e tem como missão fortalecer as políticas públicas de proteção a primeira infância. A estratégia procurava mobilizar os gestores do SUS nas três esferas governamentais, nas demais políticas públicas e na academia, além de outros setores da sociedade organizada. O foco era a inclusão dos aspectos subjetivos na atenção integral a criança - ambiente afetivo - para além da sedimentada vigilância do desenvolvimento somático (PENELLO, 2013; ARAÚJO, 2014; PENELLO; ROSARIO, 2016).

A EBBS, trabalha na perspectiva da PS ao ampliar a preocupação com o ambiente e seus determinantes sociais de saúde e doença (BUSS; PELEGRINI FILHO, 2007), toma como um dos seus principais referenciais o psicanalista Donald Woods Winnicott, que considera a mãe o primeiro ambiente do bebê. A mãe, portanto, para poder prover um ambiente facilitador do desenvolvimento integral, vai acessar as suas próprias vivências para ser *suficientemente boa*⁸. Sendo assim, vai depender de um campo social pré-existente, como a história de um povo, família, expectativas de vida, fantasias e amadurecimento emocional do ambiente – mãe/família. Em uma perspectiva também de PS, para se cuidar de uma criança na primeira infância, devemos cuidar do cuidador (PENELLO, 2013).

Creio que aqui se encontra o primeiro ganho clínico que o pediatra obtém através do contato psiquiátrico. Se for verdadeiro, ou mesmo possível, que a saúde mental de todo indivíduo é fundada pela mãe em sua experiência viva com seu Bebê, a não-interferência deve ser o primeiro dever do médico ou da enfermeira. Em vez de tentar ensinar às mães como fazer algo que na verdade não pode ser ensinado, o pediatra deve tornar-se capaz de reconhecer uma boa mãe, certificando-se então de que lhe é dada a oportunidade de continuar se desenvolvendo no exercício de sua tarefa; os erros são possíveis e certamente ocorrerão mas serão proveitosos se, através deles, a mãe for capaz de ter uma atuação mais adequada em tentativas subsequentes (WINNICOTT, 1978, p.293).

Em 2016, um ano após a PNAISC, foi sancionada a Lei 13.257, conhecida como Marco Legal da Primeira Infância (MLPI) (BRASIL, 2016b), que estabeleceu princípios e diretrizes para propostas de políticas públicas voltadas para o cuidado da criança na primeira

⁸A utilização do termo *suficientemente boa* diz respeito à adaptação da mãe às necessidades do bebê recém-nascido. Seu emprego remonta ao início da década de 50, quando Winnicott pretendia estabelecer uma distinção entre a terminologia kleiniana e a sua (ABRAM, 2000, p.144).

infância (zero a seis anos). Reafirma a prioridade absoluta para as crianças e adolescentes e a intersetorialidade das ações, assim como determina que os investimentos devem priorizar formação profissional, monitoramento e coleta de dados, participação social e fomento à educação e cultura. Garante a convivência familiar e comunitária da criança e ressaltou a necessidade de articulação entre poderes públicos e sociedade civil. Institui uma cultura do cuidado e dá visibilidade às dimensões subjetivas do desenvolvimento com foco nos aspectos emocionais (PACHECO, 2020).

O Eixo III da PNAISC é a *Promoção e Acompanhamento do Crescimento e do Desenvolvimento Integral*. A história das políticas públicas de saúde voltadas para o cuidado da criança tem o seu foco na vigilância do CD, desde os anos 80, com o PAISC. Outros países adotam políticas no mesmo sentido, tendo um olhar especial para a primeira infância. Trata-se de um período de grande potencialidade, mas também de grandes ameaças. No Brasil a mortalidade infantil ainda é a nossa maior e mais grave ameaça a ser enfrentada (BRASIL, 2018).

Quadro 2 - Evolução histórica das políticas públicas para o cuidado integral da criança.

| Período | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|
| 1500 – 1600 | Amor como valor social. O reconhecimento da infância. | A criança entra na família. | O conceito de <i>Família Moderna</i> . |
| | Formação e cuidado com referência na Família Moderna. Escola e Igreja (ética e moral). | | |
| 1700 – 1800 | O cuidado - sabedoria popular, caridade religiosa e atenção não especializada. | Puericultura são as ações em saúde para o cuidado da criança. | Puericultura - Higiene da infância com influências da ciência, Pasteur. |
| | Fim do período Pré-Científico. Revolução Industrial e especialização pediatria. | | |
| 1900 – 1920 | Demandas sociais - Família Moderna. Mortalidade infantil, delinquência juvenil e epidemias. | Atenção à saúde através da Filantropia, caridade, ambulatórios e hospitais das fábricas para trabalhadores. | Especialidade pediátrica. Atuavam principalmente em consultórios privados e poucos pela caridade. |
| | Sociedade exige atuação do Estado na saúde – Política públicas, institucionalização do cuidado. Registro de nascimento e óbito, sepultamento e criminalização do abandono. | | |
| 1930 – 1988 | Coordenação nacional das ações em saúde pelo Estado. Iniquidades sociais e econômicas regionais. | Reformas de Capanema. Delegacias Federais (regionais), sanitaristas. Instituições públicas. | Criação MS (1953) com atuação dos sanitaristas. Conferências Nacionais de Saúde. |
| | Atenção Primária, Promoção da Saúde - determinantes sociais, Reforma Sanitária e Psiquiátrica. VIII CNS. Necessidade de um sistema de saúde universal. | | |
| Após ano de 1988. | Constituição Cidadã de (1988). SUS (Lei 8.080 e 8.142). Saúde direito de todos e dever do Estado. | Políticas Públicas. ECA (1990). AB/ESF (1998). CSC (2005). Protagonismo dos municípios. | AB/ESF. Equipes de Saúde. Coordenadores do cuidado. Ordenadores dos serviços na RAS. |
| Após ano 2000. Século XXI. | Lei Saúde Mental, PAISC (2015) e MLPI (2016). Puericultura - cuidado da criança e políticas públicas. | | |
| | Intersetorialidade. SUS com a educação, cultura, esportes, assistência social, justiça entre outros. | Cuidado continuado e colaborativo nas três esferas do SUS ordenados pela AB/ESF. | Cuidado continuado e colaborativo da Equipe Multiprofissional coordenados pela AB/ESF. |
| | SUS/RAS/CSC e políticas públicas. Cuidado continuado, colaborativo e intersetorial da criança. Ideário da Reforma Sanitária e Psiquiátrica. | | |
| | Atenção integral Vigilância e promoção do crescimento e desenvolvimento | | |

As políticas públicas a partir do SUS, com base na AB, com a coordenação do cuidado e ordenação dos serviços de saúde na RAS de responsabilidade da ESF e amparadas pela Lei do ECA, a Lei da Saúde Mental e o Marco Legal da Primeira Infância, subsidiam a construção do cuidado integral. No entanto, a despeito de sua importância e relevância, ainda não se chegou ao consenso para uma proposta de formação profissional centrada no usuário (AGRELI; PEDUZZI; SILVA, 2016) e ancorada na integralidade do cuidado. É preciso construir um projeto com diretrizes nacionais, mas capaz de atender as peculiaridades regionais. A indissociabilidade atenção/ensino é fundamental para se pensar uma proposta político pedagógica de formação para o SUS. A formação do pediatra está imersa nas mesmas questões, ou seja, não reconhece o potencial da associação dos avanços tecnológicos para a clínica individual, articulados com a garantia da continuidade do cuidado colaborativo e intersetorial, proporcionados pela RAS para se alcançar a integralidade.

4 METODOLOGIA, DESENHO E CAMPO DA PESQUISA

O estudo proposto tem como objetivo principal compreender e analisar a formação na pós-graduação, modalidade residência em pediatria (MRP), de um hospital tradicional. O recorte é a habilidade para a vigilância do crescimento e desenvolvimento integral na primeira infância, com foco na promoção da saúde mental. O projeto inicial previa três momentos. O primeiro momento com Grupo Focal (GF), o segundo momento de experiência dos participantes nos processos de trabalho da puericultura das equipes de ESF, em territórios com parceria estabelecida com a APIA, e um terceiro momento com um segundo GF. Neste, buscaríamos entender se houve, ou não, aumento na acuidade da vigilância do crescimento e desenvolvimento integral, principalmente na sua dimensão subjetiva.

No entanto, a cidade do Rio de Janeiro passou por problemas importantes no decorrer do ano de 2019, com a crise das Organizações Sociais⁹ (OS) na AB. No final de 2019, as equipes foram trocadas e diminuídas, o que causou a desarticulação das ESF com a RAS e uma contundente perda de conhecimento acumulado. Em março de 2020, começou a pandemia de Covid-19¹⁰, aprofundando a descaracterização dos fluxos do sistema de saúde. Estes fatos inviabilizaram a proposta da segunda etapa, como estava previsto. A questão foi submetida a Banca de Qualificação, que analisou novas possibilidades para a continuidade da pesquisa, sem prejudicar o objetivo principal. Após a apresentação dos resultados preliminares pelo pesquisador e discussão, a banca aprovou um novo desenho. Foram mantidos os resultados do primeiro GF, realizado em janeiro de 2020. As fases dois e três previstas no projeto inicial, foram substituídas por um Grupo de Devolutiva (GD). A proposta do GD é de validar os achados do GF e obter interpretações, por parte dos participantes, sobre as reflexões provocadas pelo GF.

4.1 DESENHO DO ESTUDO E SUAS ATUALIZAÇÕES

Foram selecionados para a pesquisa quatro MRP da turma do primeiro ano do curso de Residência Médica (RM) de 2019 e dois preceptores do corpo clínico do ambulatório geral de puericultura, todos do mesmo hospital tradicional. Os MRP participantes da pesquisa, realizam

⁹ Lei Nº 9.637, de 15 de maio de 1998.

¹⁰ Coronavírus é uma família de vírus que causam infecções respiratórias. O novo agente do coronavírus (nCoV-2019) foi descoberto em 31/12/19 após casos registrados na China.

a sua formação em puericultura restritos ao ambulatório geral de crianças e adolescentes do próprio hospital tradicional em questão.

A objetivo principal da pesquisa foi de compreender e analisar a percepção dos médicos residentes em pediatria (MRP), em sua formação em pediatria geral, e dos preceptores, a partir da prática da puericultura, em relação a dimensão subjetiva do crescimento e desenvolvimento integral na primeira infância. A pesquisa foi direcionada à pós-graduação, na modalidade residência médica, de um hospital tradicional em formação médica do Rio de Janeiro. O recorte é na vigilância do crescimento e desenvolvimento integral na primeira infância (zero a seis anos) (BRASIL, 2017).

4.2 A BANCA DE QUALIFICAÇÃO E O DESENHO FINAL DO ESTUDO

Após a banca de qualificação, as fases 2 e 3 já referidas, foram substituídas por duas atividades: a) um GD, onde o pesquisador convidou os 4 MRP e os dois preceptores que participaram do primeiro GF. Em seguida, apresentou os resultados das análises realizadas a luz dos conhecimentos adquiridos durante o curso e das reflexões feitas com a orientadora; b) a identificação de pontos relevantes para a proposição de uma atividade para a qualificação da formação do pediatra em relação ao desenvolvimento integral da primeira infância, com ênfase na dimensão subjetiva. Com os resultados desta atividade, pretende-se um desdobramento para a construção de um documento guia, para discussão da inserção no projeto político pedagógico para a formação em três anos, como parte integrante das atividades no ambulatório de geral e na atual puericultura.

4.3 METODOLOGIA

Trata-se de uma proposta de estudo exploratório, de metodologia qualitativa, orientado pela perspectiva da Pesquisa Social em Saúde. É uma modalidade de investigação do ser humano em sociedade, pela concepção da complexidade do processo saúde/adoecimento, representada pelas instituições, serviços, profissionais e usuários (MINAYO, 2014). Engloba um componente de levantamento para produção de informações e outro de compartilhamento de conhecimento (JACOBSON, 2007), na lógica da PS, sustentada pela noção de Educação em Saúde (MOROSINI, 2008).

As estratégias metodológicas a serem utilizadas no presente estudo, após as alterações pactuadas e aprovadas na Banca de Qualificação, foram as de GF, análise de resultados e um GD. Os resultados foram analisados e posteriormente discutidos a luz dos três eixos temáticos base, identificados após a análise do GF, quais sejam: a) Puericultura e a atenção psicossocial; b) Ensino e a atenção psicossocial; c) Rede e a atenção psicossocial.

A técnica de *grupo focal* (MINAYO, 2014), foi orientada por um roteiro de entrevista de perguntas abertas (APÊNDICE A), realizado com os residentes e preceptores do Hospital Tradicional em janeiro de 2020. O segundo momento, conforme descrito anteriormente, foi composto de um GD apresentado aos participantes do GF.

O GF e o GD foram áudio-gravados e integralmente transcritos. Todo o material da pesquisa será arquivado pelo período de cinco anos, sob a responsabilidade do pesquisador. Artigos científicos e a participação em eventos acadêmicos servirão para divulgar os resultados encontrados.

4.4 CRITÉRIO DE INCLUSÃO

Médicos e médicas em formação na pós-graduação, modalidade residência médica em pediatria geral de um Hospital tradicional, que tenham experimentado a proposta atual de formação em puericultura por, no mínimo, 6 meses.

4.5 CRITÉRIO DE EXCLUSÃO

Médicos e médicas em formação na pós-graduação, modalidade residência em pediatria geral do IFF/Fiocruz, que não ainda tenham experimentado a proposta atual de formação em puericultura por, pelo menos, 6 meses.

4.6 METODOLOGIA DE ANÁLISE DAS NARRATIVAS

Segundo Minayo (2012), a análise das narrativas deve deixar transparecer o percurso do pesquisador para ficar claro que não pretende ser uma obra acabada. Suas conclusões devem instigar novas perguntas. É importante que o pesquisador inclua suas condições e dificuldades de coleta de dados, assim como as suas dificuldades para a análise dos dados. As dificuldades fazem parte do esforço de compreensão para a objetivação da realidade e de seu próprio

esforço de compreensão e objetivação. A análise deve ser fiel, a ponto de ser reconhecida pelos entrevistados e que estes possam compartilhar dos resultados, reconhecendo os seus discursos no texto produzido. Mais ainda, a análise deve superar as expectativas e ir além da compreensão dos entrevistados. No esforço de compreensão e análise, para a construção de uma realidade objetiva, baseada nas narrativas das entrevistas, mostrar que é possível um aprofundamento na compreensão dos próprios fatos do cotidiano dos entrevistados, que eles mesmos não tinham consciência, mas que estavam presentes e passam a fazer sentido no que diz respeito ao seu tempo e sobre o contexto específico e a sociedade em que vivem.

Existe, contudo, a necessidade de reconhecimento da complementariedade entre o sujeito e o objeto, na construção científica de um estudo qualitativo. É imperativo um esforço metodológico, que garanta a produção de uma análise sistemática e aprofundada. A ideia é minimizar o subjetivismo, achismo e espontaneísmo. Buscamos, assim, a elaboração de uma narrativa sobre o objeto, que supere a preparação realizada cuidadosamente e que seja capaz de trazer novas descobertas e relevâncias; organizar, categorizar, contextualizar e construir o produto suficiente para suscitar novas perguntas, agora em outro patamar e fundamentado em novas compreensões (MINAYO, 2012).

Nesta perspectiva, o material das duas atividades propostas - GF e GD - foi submetido a análise de conteúdo, sendo o GF com ênfase na temática ou categorias e o GD, procurando validar, complementar e superar por consenso, as análises do GF (BARDIN, 2011). São operações de desmembramentos do texto em unidades, em categorias, segundo reagrupamentos analógicos, que possibilitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção do objeto investigado. A análise temática do material foi orientada pelos dois temas-eixo estabelecidos na organização dos encontros: 1) percepção do MRP sobre a formação em relação as questões do crescimento e desenvolvimento integral, no cuidado longitudinal em um hospital tradicional; 2) a percepção do MRP sobre as relações com a RAS, assim como sobre a sua operacionalização para a continuidade do cuidado integral.

O áudio da entrevista foi integralmente transcrito pelo Pesquisador e analisou-se os temas mais abordados nos discursos para identificar categorias analíticas conforme Carlomagno e Rocha (2016). Procurou-se perceber, através da análise das reflexões, o que os participantes pensavam a respeito da acuidade na vigilância do crescimento e desenvolvimento integral na primeira infância, com ênfase na dimensão subjetiva, sobre a dinâmica de operacionalidade na

RAS e sobre a oferta de cuidado integral para o crescimento e desenvolvimento na primeira infância.

Foram identificados 15 temas, que aparecem de forma recorrente nas narrativas dos entrevistados. São eles:

- 1) A relação médico/instituição (de saúde)/família.
- 2) A relação médico/criança/família.
- 3) O desenvolvimento psíquico na primeira infância.
- 4) O desenvolvimento somático na primeira infância.
- 5) A definição de puericultura.
- 6) A competência do pediatra para fazer puericultura.
- 7) A competência de outros profissionais para fazer puericultura.
- 8) A caderneta de saúde da criança (CSC).
- 9) A *ficha complementar* da CSC, proposta pela puericultura do IFF/Fiocruz.
- 10) Avaliação e manejo das questões do comportamento.
- 11) As questões relacionadas ao ambiente/comportamento/psicossociais.
- 12) O desenvolvimento psíquico/comportamental e o território.
- 13) O psíquico/comportamental e a dicotomia causal intrínsecas (biológicas) ou psicossociais/ambientais (subjetivas).
- 14) Limites morais e éticos da intervenção/interação do profissional e a criança/família nas questões psicossociais, culturais e socioeconômicas.
- 15) A questão das iniquidades socioeconômicas e as influências no desenvolvimento integral da criança.

Estes 15 temas gerais puderam ser agrupados em *Categorias Analíticas*. Segundo Carlomagno e Rocha (2016), existem regras fundamentais para uma pesquisa que utiliza análise de conteúdo. Estas regras devem ser observadas para a proposição das categorias analíticas para a análise das narrativas. As categorias analíticas que pretendem representar os temas de uma narrativa, devem ser anunciadas com clareza. A seguir, serão apresentados os critérios básicos para o agrupamento dos temas elencados anteriormente e que foram utilizados nesta análise. Estes critérios, estão baseados nos criadores da metodologia de Harold Lasswell e seus colegas, bem como em metodólogos contemporâneos, ressaltando sua contribuição central para o campo.

Descreve-se, a seguir, as cinco regras observadas para a criação das categorias analíticas:

- 1) é preciso existir regras claras sobre os limites e definição de cada categoria;

2) as categorias devem ser mutuamente excludentes, ou seja, uma narrativa não pode caber em mais de uma categoria; 3) as categorias devem ser homogêneas, de forma que sejam nem muito abrangentes, nem muito restritivas e que os conteúdos tenham relações claras entre si; 4) é preciso que as categorias incluam a maior parte do conteúdo em análise. 5) é preciso que a classificação seja objetiva, possibilitando a replicação do estudo. Na análise de uma narrativa, também podem aparecer conteúdos que não se encaixarão em qualquer categoria. Estes serão listados nas categorias *outros* ou *ininteligíveis* e, por definição, devem aparecer e pequena quantidade o que valida as categorias analíticas escolhidas.

4.7 OBJETIVO PRINCIPAL

Contribuir para a qualificação da formação do pediatra para a atenção integral e vigilância do crescimento e desenvolvimento na primeira infância, com ênfase em seus aspectos subjetivos.

4.8 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A pesquisa foi proposta formalmente através da Plataforma Brasil, pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Instituição proponente, cito: o Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro (IPUB/UFRJ). Este foi o primeiro a emitir parecer de favorável sob o número CAAE 12865019.7.0000.5263. O projeto de pesquisa foi enviado aos CEP das instituições coparticipantes. O IFF/Fiocruz, emitiu parecer favorável sob o número CAAE 12865019.7.3001.5269. Em razão das alterações pactuadas após a banca de qualificação, CEP da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS) não foi mais consultado. Os convites aos MRP e aos Preceptores só foram realizados após as devidas aprovações dos CEP do IPUB/UFRJ e do IFF/Fiocruz. A submissão foi realizada com as devidas exigências documentais, incluindo a carta de anuência das unidades e, no caso do IFF/Fiocruz, a carta de anuência dos responsáveis pelos ambulatórios e pelo programa de RM.

4.9 O CAMPO

Conforme previsto no projeto inicial, foram convidados quatro MRP e dois preceptores da puericultura de um hospital tradicional do Rio de Janeiro. Em uma turma de doze MRP,

somente 9 receberam o convite. Os outros três estavam *rodando fora* do IFF/Fiocruz, por isso impossibilitados de participar. Os convites à participação foram realizados na forma de encontros após o fim das atividades ambulatoriais de puericultura e de uma reunião geral, previamente marcada, em horário regular de suas atividades teóricas. Para estes encontros, o pesquisador preparou uma apresentação em lâminas, baseada no TCLE, como estratégia facilitadora dos esclarecimentos necessários. Durante duas semanas, foi possível apresentar o projeto a todos os 9 MRP. O GF foi realizado no mês de janeiro de 2020 e quando todos os MRP convidados já completavam cerca de 9 meses de formação na puericultura do hospital tradicional.

Somente seis, dos nove MRP formalmente convidados, aceitaram a participação na pesquisa. É importante pontuar que esta turma de MRP, que ingressou em 2019, é a primeira a cursar a pós graduação no novo modelo de três anos. Neste período do GF, vivam um momento de muita apreensão, pois encontravam-se sem uma coordenação de programa formalizada, e aguardavam a definição das próximas atividades relativas ao segundo ano de formação.

4.10 O GRUPO FOCAL

O GF aconteceu no dia 23 de janeiro de 2020 e teve a duração aproximada de 1h e 15 minutos – 8h às 9:15h. Participaram do GF quatro MRP, dois preceptores, 1 observadora e o pesquisador. Uma das 6 MRP que aceitaram o convite não pode comparecer por motivo de saúde e outra por questões pessoais não chegou a tempo no hospital. O local escolhido foi a sala C do Centro de Estudos do Hospital Tradicional, onde os MRP estão cursando a pós graduação. Não houve interrupções significativas, além da chegada da preceptora 1 com 5 minutos após o início e da saída antecipada por 10 minutos do preceptor 2, por necessidade de serviço.

Esclareço, para fins da apresentação do GF e de seus resultados, que cada MRP e os Preceptores foram grafados com um numeral, com finalidade de terem suas identidades preservadas. Desta forma, os quatro MRP serão registrados como, MRP A, MRP B, MRP C e MRP D, assim como os preceptores, médicos do corpo clínico do IFF/Fiocruz, preceptores da puericultura, serão registrados como Preceptor 1 e Preceptor 2.

O GF baseou-se no roteiro de entrevista previamente elaborado, de acordo com a fundamentação teórica do tema da pesquisa (APÊNDICE A).

A função de observadora foi realizada por uma psicóloga doutora do corpo clínico do IFF/Fiocruz, familiarizada com a técnica de grupos focais. O projeto, assim como o roteiro da entrevista, foi previamente disponibilizado para a observadora, conforme inserido na Plataforma Brasil. O objetivo principal da observadora foi de pontuar passagens que, porventura, pudessem fugir a áudio-gravação e que considerasse relevante para a pesquisa.

Os MRP e os Preceptores formalizaram a sua participação ao assinar os respectivos TCLE em duas vias. Uma via permaneceu com o sujeito da pesquisa e a outra está sob os cuidados do pesquisador. Os modelos de TCLE (APÊNDICE C) foram modificados para contemplar as mudanças realizadas no projeto após a banca de qualificação. Os anonimatos foram mantidos nos registros e o serão nas publicações.

Conforme consta em TCLE, os MRP e os Preceptores estavam cientes que poderiam se retirar do GF a qualquer momento. Os MRP foram informados que a sua participação no GF não os obrigava a participar das próximas fases do projeto de pesquisa, assim como a sua ausência não os impediria de contribuir nas próximas fases.

Apesar de existir uma compreensão das tensões históricas das relações de poder entre MRP, instituição e seus Preceptores, optou-se por fazer o GF com a inclusão de todos. O entendimento foi de que as duas categorias juntas de acordo com o método proposto, poderia aumentar as possibilidades de novas produções de sentido, assim como a percepção e revisão de velhas práticas. Esta opção de arranjo para o GF foi considerada como um dos riscos da pesquisa para os MRP.

Em relação aos benefícios aos participantes, considera-se que houve uma oportunidade diferenciada de interação de MRP e Preceptores, em um ambiente protegido, onde as falas ocorreram livremente, de forma respeitosa e proporcionando um maior alcance das narrativas para a produção de sentido. Acredita-se que o GF pode ter contribuído de forma significativa para promover desdobramentos no sentido de rever, de forma crítica, as atividades da atenção na puericultura do IFF/Fiocruz. Considero que o tema crescimento e desenvolvimento integral, com foco nas suas dimensões subjetivas e suas possibilidades de abordagem, mostrou-se como valioso para a formação dos MRP e para a educação permanente dos preceptores e esta impressão encontra respaldo significativo na literatura.

Os participantes do GF, os quatro MRP, os dois Preceptores, a observadora e o pesquisador, estiveram na mesma sala, em cadeiras razoavelmente confortáveis, dispostas em roda, incluindo o pesquisador. A exceção foi da observadora, que ficou numa posição externa a roda, coerente a função que exerceu. Esteve disponível água e tínhamos banheiro perto em caso de necessidade.

Antes do início da entrevista, que teve a duração aproximada de 1:15 horas, todos os participantes se apresentaram formalmente e o pesquisador fez um resumo do projeto e da técnica de GF. Realizamos juntos a leitura do TCLE e solicitou-se permissão a todos para acionar o gravador de áudio.

Nos primeiros 15 minutos da entrevista, notou-se discreto constrangimento, previsível e considerado dentro da normalidade para este tipo de proposta. A interação foi gradativamente aumentando, o que se fazia notar pelas narrativas mais seguras e detalhadas. A presença dos Preceptores, junto com os MRP, foi um dilema inicialmente. Esta interação envolveria questões práticas de poder, hierarquia e governabilidade com risco de prejudicar as narrativas de forma significativa. No entanto, apostou-se na proposta do método e a pode-se perceber que a influência intersubjetiva das narrativas contribuiu para uma construção integrada das falas. Em outras palavras, os interlocutores foram progressivamente construindo as próprias narrativas, de forma integrada com as narrativas anteriores ao que permitiu a construção de uma linha de pensamento coerente. As falas passaram a evoluir com naturalidade, com uma percepção crescente de grupalidade, o que influenciou positivamente no debate de ideias. O maior volume de falas foi dos MRP, comparado com as intervenções dos Preceptores. A primeira intervenção mais significativa de um dos Preceptores só ocorreu aos 31:33 minutos e mostrou-se integrada as narrativas desenvolvidas entre os MRP. A partir deste momento, os Preceptores fizeram intervenções com mais regularidade.

Ao final da atividade, e após a saída de todos, o pesquisador e a observadora conversaram por 40 minutos. A observadora informa que não precisou fazer registros para além do áudio. No entanto, fez importantes comentários que contribuiu para as análises posteriores das narrativas, assim como confirmou as impressões do pesquisador a respeito da interação entre os participantes durante o GF.

4.11 O GRUPO DA DEVOLUTIVA

O Grupo da Devolutiva (GD), aconteceu no dia 05 de novembro de 2020 e teve a duração aproximada de 1 hora – 8:30 h às 9:30h. Participaram do GD somente dois MRP dos quatro que participaram do GF e os dois preceptores. Duas MRP não puderam comparecer. Uma porque estava rodando fora do IFF e não foi liberada, apesar de ter justificado a participação em uma pesquisa e, a outra, informou imprevisto por motivo de saúde na família.

O local foi o Anfiteatro A do Centro de Estudos do Hospital Tradicional, onde os MRP estão cursando a pós graduação. Não houve interrupções significativas, além da chegada de um dos preceptores com 20 minutos após o início, ou seja, não pode assistir a exposição inicial do pesquisador e participou somente do debate posteriormente.

Para a composição do grupo foram convidados, além dos participantes do GF, uma MRP do segundo ano que não pode participar do GF e 4 MRP do primeiro ano. Os MRP do primeiro não viveram a experiência da fora do contexto da pandemia de covid-19. No entanto, somente uma das 4 convidadas pôde participar e as outras três não justificaram a ausência. A participação de outros MRP, mesmo que não tenham participado do GF, está prevista na proposta metodológica e pode contribuir na produção de sentido partindo-se da premissa que vivem o mesmo contexto.

A participação de novos integrantes, mesmo que não tenham participado do GF, está baseado em Minayo (2012). Esta, postula que a produção de sentido pode mostrar-se convergente, caso a análise de conteúdo esteja de acordo com o senso comum daquele grupo, que vive o mesmo contexto. Sendo assim, o grupo pode concordar, ou discordar, das análises apresentadas pelo pesquisador no GD. Em caso positivo, ou seja, havendo convergência na percepção do senso comum do grupo, sem que haja estranhamento na introdução de novos atores. Podemos considerar como uma validação das análises realizadas pelo pesquisador. A discussão metodológica deste ponto já foi realizada no item 3.7 desta dissertação. Reafirmo que, quando se coloca as análises das narrativas a prova, o grupo precisa aprovar percebendo que a análise realmente faz sentido.

Os MRP que ainda não haviam participado, formalizaram a sua participação assinando os respectivos TCLE em duas vias após a sua leitura. Uma via permaneceu com o sujeito da pesquisa e a outra está sob os cuidados do pesquisador. Reafirmo os anonimatos nos registros e em todas as publicações.

Todos os participantes do GD, os quatro MRP, os dois Preceptores e o pesquisador, estiveram na mesma sala, em cadeiras confortáveis, porém sem a possibilidade de dispor em roda. As medidas de segurança e afastamento foram as mesmas preconizadas pelo plano de contingenciamento do Covid-19. Esteve disponível água e banheiro anexo. Antes do início da devolutiva (GD), solicitou-se a permissão para acionar o gravador de áudio.

O pesquisador apresentou as análises em aproximadamente 20 minutos e seguiu-se um debate de aproximadamente 40 minutos. Não houve observador nesta atividade.

A apresentação baseou-se em 15 pontos principais. Estes pontos foram propostos como resultado da análise e compreensão das narrativas do GF. O conteúdo foi cotejado com os

estudos realizados pelo pesquisador, articulados com as reflexões com a sua orientadora, assim como as análises e reflexões com a Banca de Qualificação. Os detalhes do GD serão apresentados no próximo capítulo.

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS, ANÁLISE E DISCUSSÃO

A transcrição das narrativas do GF e do GD serão apresentadas a seguir, assim como as respectivas análises. Posteriormente, no sub item discussão, as análises serão cotejadas com as questões político-pedagógicas para uma discussão focada no tema ensino médico e formação. O objetivo principal é de contribuir para a revisão das propostas para a pós graduação em pediatria considerando o novo formato, agora com três anos, em todas as pós graduações no Brasil, a partir de 2019.

5.1 ANÁLISE DO GF

Após a análise do material coletado pelo pesquisador, conforme descrito mais detalhadamente na metodologia, foram propostas três categorias analíticas que pretendem contemplar conteúdo das narrativas do GF. Entende-se que as três categorias propostas estão intrinsecamente alicerçadas pelo contexto da formação médica. São elas. 1) Puericultura e o modelo de atenção à saúde; 2) Puericultura e o perfil clínico de atenção à saúde; 3) Puericultura e a atenção psicossocial. Passamos, a seguir, a análise das narrativas do GF segundo as categorias propostas.

5.1.1 Puericultura e o modelo de atenção à saúde

O pesquisador inicia a entrevista com a seguinte pergunta: “Qual é a percepção que vocês têm da formação da puericultura realizada na residência do Fernandes Figueira?” A entrevista foi planejada para começar direcionada para temas mais amplos, com perguntas mais abertas, estimulando respostas mais livres e caminhou para os temas mais específicos. Sendo assim, os temas tratados no final da entrevista foram relativos às questões subjetivas do crescimento e desenvolvimento.

As primeiras falas apontaram para os benefícios do suposto *convênio com Copacabana*. O que significa tão somente que, na prática, o hospital passou a receber mães gestantes do projeto *Rede Cegonha Carioca* e passou a ofertar a sua capacidade instalada ociosa para o parto de risco habitual. Como o projeto prevê uma proximidade geográfica, e o Centro Municipal de Saúde – João Barros Barreto (CMS/JBB) é a unidade da Atenção Básica (AB) mais próxima, passamos a ter um maior número de bebês pertencentes a estes territórios acompanhados no

IFF/Fiocruz. A puericultura do hospital passou a ter bebês nascidos de parto de risco habitual sem morbidades.

Os MRP entendem que houve uma iniciativa, intencional, com o objetivo específico de qualificar a sua formação e não como uma consequência de uma política pública voltada para a qualificação da atenção materno infantil na RAS. Apesar deste equívoco imaginário, oriundo do isolamento causado pelo hospitalocentrismo em relação a rede, o resultado foi de uma avaliação positiva. Reforçam e elogiam a iniciativa do *convênio com Copacabana*, como importante para *complementar a formação*.

Não estranham, nem entendem como uma falta, o fato de o programa não dispor de um local adequado para se ter a experiência de atuar na AB, experienciando o contexto do território. Ao contrário, desejam manter-se o máximo de tempo possível dentro do hospital, por julgarem o melhor para a sua formação. Naturaliza-se a visão médico-centrada e reforça-se o imaginário de que *o convênio* foi realizado, especificamente, para atender a falta da puericultura na RAS para a formação deles. Há uma forte e convicta imagem, que se apoia na ideia de que não há puericultura de boa qualidade na AB para a formação de pediatras. Por este motivo então, precisam *fazer uma puericultura* de boa qualidade no hospital, para completar a sua formação.

“(...) com esta rede de Copacabana (...), tem mais bebês assim... com o desenvolvimento normal. Pelo que eu conhecia daqui mudou este perfil, né? Antes eram assim, bebês só mais crônicos. Vamos dizer assim, uma puericultura mais...mais... mais complicada.” (MRP D)

“Mas eu acho que a família também pede (...), muitas vezes não confia na atenção básica. (...) as mães não querem fazer acompanhamento lá porque lá é médico de família, eu acho que falta essa percepção também que o médico de família é capaz de fazer o que a gente faz, entendeu? (...) a questão de não ser pediatra é um problema ainda pra muitas mães!” (MRP D)

A MRP D chama a atenção para a questão das dificuldades estruturais da AB, o que pode justificar uma provável preferência das mães pelo hospital tradicional. Há uma percepção de que se trata tão somente de uma questão de opção, ou seja, realizar a puericultura com pediatra, no hospital tradicional, ou na AB com médico de família e enfermeiro. A ideia de modelo de atenção à saúde não existe entre os usuários e sendo frágil entre os residentes, se reforçam

mutuamente. Não uma clareza político pedagógica de formação para o SUS. Acrescenta-se como justificativa, por parte dos MRP, que a puericultura no hospital é realizada por pediatras e que falta médicos e enfermeiros na AB. Quando existem, não dispõem de tempo suficiente para se dedicar a uma consulta e comparam com a disponibilidade de tempo no hospital.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), advoga a necessidade do pediatra na composição básica da ESF desde 16 de junho de 2006, quando o então presidente Dioclécio Campos Jr., foi recebido pelo assessor especial da Presidência da República, a quem entregou um documento com esta reivindicação. A SBP, entende que o médico generalista não tem o conhecimento suficiente para atender as necessidades específicas da criança (SBP, 2006; ALMEIDA, 2008, p.350; ALMEIDA; ZANOLLI, 2011). Além disso, entende que o médico de família não tem como acolher a toda demanda e cita suas atribuições além da puericultura. Percebe-se, claramente, a influência do discurso da SBP entre os pediatras, assim como a forte influência do modelo de atenção da iniciativa privada. Esta, com modelo médico-centrado e hospitalocêntrico, reforça a ideia do pediatra na AB.

“Não, também acho que não..., (...) por exemplo: a enfermeira faz puericultura assim como o pediatra. Acho que assim a formação é diferente, é diferente! (...) Se for pesar, medir, orientações gerais, aí sim! Mas eu acho que tem coisas da pediatria muito específicas as vezes, que a gente mesmo pediatra, muitas vezes vai recorrer a preceptoria e a gente não faz ideia.”
(MRP C)

Nesta fala, percebe-se que a MRP C demonstra que tem a mesma percepção a respeito da puericultura, ou seja, a puericultura como uma prática específica, privativa do pediatra. Faz uma diferenciação qualitativa e não considera a possibilidade de práticas complementares e integradas.

“É porque eu acho que na verdade..., não seria bem uma puericultura, ele faria uma avaliação da criança, né? Porque a puericultura em si ele não vai fazer, até porque ele não é médico! Mas ele vai fazer uma visão geral daquela criança, de repente como uma questão que ele necessite de um clínico de um médico, solicitar uma avaliação do médico da equipe, né? E se isso fugir também do que aquele médico tá capaz de solucionar, ou até de iniciar uma investigação ele ter o recurso do pediatra!” (MRP C)

Percebe-se dois conflitos básicos na fala de MRP C, que estão na dimensão do modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS. O primeiro, é o questionamento da capacidade do enfermeiro, por não ser médico, de fazer puericultura. O segundo, é o questionamento da capacidade do próprio clínico de família de fazer uma puericultura de qualidade. No entanto, entende que o clínico da família deve ter acesso a atenção complementar do pediatra, caso julgue necessário. Nesta observação, há uma aproximação com o modelo de atenção à saúde proposto pelo SUS. Em outras palavras, ela pode estar se referindo ao NASF e o apoio matricial. Mas expõe a lacuna na formação em relação as propostas de modelo de atenção à saúde do SUS e a operacionalidade da RAS.

A questão também pode estar influenciada pela recente discussão, patrocinada pela corporação médica, sobre a *Lei do ato médico*¹¹. Há uma dificuldade para se pensar puericultura dentro da lógica de ações de saúde por causa de tensionamentos ainda no campo da sua definição. No imaginário do pediatra, a puericultura é um *ato médico* e não se aventa a possibilidade de que seja uma proposta de ação de saúde colaborativa e voltada para o cuidado da criança, para o seu desenvolvimento integral, portanto executada em equipe multidisciplinar (ACIOLE, 2006).

Pode-se acrescentar, como pano de fundo, a hegemonia da dimensão biológica na atenção à saúde. A MRP C, conclui sua fala com a preocupação de que outros profissionais (leia-se ‘não médicos’), encontrariam dificuldades para *iniciar uma investigação*, podemos concluir que ela se refere a uma investigação clínica de uma queixa biológica. A confusão em torno da definição das ações que cabem a puericultura, está fundamentada na própria falta de consenso para a definir o que é puericultura. A puericultura, enquanto *ato médico*, de fato não poderia ser exercida por outro profissional não médico, e esta dificuldade impede que o MRP tenha um outro ponto de vista. A fragmentação dos processos de trabalho da atenção à saúde, não permite pensar uma definição para puericultura do ponto de vista da atenção integral, como um conjunto de ações de saúde para execução de políticas públicas voltadas para o cuidado da criança. Esta resignificação da puericultura, a partir do processo de trabalho em equipe, colaborativo e integral, poderia abrir novas possibilidades para pacificar estes conflitos que ora se desdobram na formação dos MRP.

“Um tem uma abordagem mais profunda com certeza e outro mais superficial, e aí quando a mãe, eu percebo isso, tem mãe que acompanha aqui com a gente e acompanha no

¹¹ Lei nº 12.842/13

posto. Elas nitidamente falam que é diferente a abordagem da consulta, então a mãe sente e não quer sair daqui muitas vezes!” (MRP D)

Estes tensionamentos, no entanto, são potencializados pelo desconhecimento das propostas de modelo de atenção à saúde do SUS, o que impossibilita o debate mais amplo. A população, naturalmente reproduz estes conflitos e “prefere” o atendimento feito por pediatra no hospital, ao invés da puericultura realizada por enfermeiro e médico da família na AB. A narrativa traduz um discurso de modelo de atenção à saúde vertical, onde a diferença é qualitativa, ou seja, é melhor ser atendido por um pediatra em um hospital terciário que “tem tudo”, do que por um médico de família ou enfermeiro na AB onde “onde não tem nada”.

A noção teórica do modelo de atenção à saúde em rede, preconizado pelo SUS, existe e está documentada. No entanto, quando a pós graduação não é capaz de reafirmar em seu treinamento um processo de trabalho em equipe, colaborativo e considerando a RAS, tampouco vai promover reflexões críticas acerca dos paradigmas que sustentam o modelo médico-centrado e hospitalocêntrico. Onde a atenção e o ensino não se integram, a prática da atenção à saúde desfaz qualquer teoria para o cuidado integral em rede e, ao contrário, consolida o modelo de atenção fragmentado.

“Eu acho que o Ministério da Saúde preconiza que algumas consultas são realizadas pelo médico da família e outras pelo enfermeiro.” (MRP A)

“E aí sim, realmente um problema. Não que a enfermeira não possa fazer puericultura, mas deveria ser complementar, não é?” (MRP C)

Na medida em que as narrativas vão se sucedendo, fica cada vez mais claro que o modelo de atenção à saúde na formação desenvolvida em hospital tradicional ainda é o de um modelo fragmentado, com a valorização da dimensão biológica, voltado para atender as demandas representadas pela lógica da queixa-conduta.

“Ah, eu acho que é assim..., acaba sendo deficiente a puericultura quando não é finalizada, né, pelo médico, porque é exatamente, puericultura eu acho que não é só botar no gráfico, ver se a criança está ganhando peso, eu acho que são um conjunto de ação e promoção. (...)” (MRP B)

Apesar da percepção teórica de uma ação que deveria ser complementar, horizontal, de acordo com a necessidade do paciente, a ideia da verticalidade e de comparação qualitativa da atenção recrudescer. A pressão do modelo de atenção à saúde hegemônico, prevalece pela prática. Está cristalizada a ideia de uma puericultura que pertence ao médico e, portanto, é melhor que seja feita pelo médico.

Foram mencionadas dificuldades de acesso à rede a partir do hospital terciário, como, por exemplo, para inserção em especialidades que não existem no IFF/Fiocruz. A AB e o sistema de regulação recebem críticas veladas, por vezes abertas, e são *responsabilizados* pelas dificuldades dos profissionais do IFF/Fiocruz. Os cuidadores são, invariavelmente, envolvidos na tarefa de buscar os recursos necessários a continuidade do cuidado, coordenado pela puericultura do IFF/Fiocruz. A crença que *a rede não ajuda versus a resolutividade* do IFF/Fiocruz, é uma fonte constante de tensões e conflitos entre profissionais e usuários, mas também entre os próprios profissionais “com opiniões diferentes” a respeito da dinâmica da RAS. Não há um consenso para a busca do cuidado continuado e a cultura que predomina é de busca individual, através dos esforços próprios da família apoiados pelo profissional assistente médico que ajuda.

“(...) Qualquer intercorrência você tem um hospital que consegue, suprir aquilo né, as necessidades (...). Ah! Vou na atenção básica, mas é só pra ver peso, e aí as vezes a criança chega com uma lesão de pele, ou então uma coisa que já está há muito, passou por várias consultas e não resolveu, entendeu? Então eu acho que isso tudo conta para que elas queiram ficar aqui!” (MRP D)

Percebe-se nas narrativas uma dupla mensagem em relação a proposta do modelo de atenção à saúde. Na teoria, os MRP em formação recebem uma mensagem dos Preceptores que não encontra coerência com a prática. Não há espaço para uma reflexão teórica sobre as inadequações das práticas fragmentadas atuais, tampouco há espaço para uma reflexão crítica incluindo a RAS, para um cuidado integral. Reconhece-se, teoricamente, a indissociabilidade da atenção/ensino como eixo fundamental para o aprendizado na modalidade residência médica, no entanto, inexistente uma proposta para discussão e consolidação de um projeto político pedagógico pertinente. Esta lacuna da formação é preenchida por mais tempo de aprendizado na prática, subsidiado pelas influências da cultura do serviço de cada setor, do hospital e dos médicos do corpo clínico envolvidos.

“(...) a gente não substitui a atenção básica. A atenção terciária jamais substitui a atenção básica. Então quem quer fazer a puericultura aqui, a puericultura aqui é opcional, vai..., para todos os pacientes. Quem quer fazer a puericultura aqui, vai fazer duas. A gente nunca diz que é para não ir lá! (...)” (Preceptor 1)

“É a porta de entrada do usuário do SUS e é a coordenadora do cuidado do usuário no seu território. É, no ambulatório a gente tem essa visão. Na verdade, o nosso grande objetivo é formar as futuras gerações para o SUS, para que um dia a gente consiga mudar essa realidade do SUS. (...) a realidade que a gente vive hoje, é fruto de como era a lógica da formação no passado.” (Preceptor 1)

Parece haver alguma discussão acumulada no discurso do Preceptor 1. Percebe-se uma compreensão de que algo está errado e que deve mudar. No entanto, de forma também fragmentada, *o hospital faz a sua parte* e oferece a sua proposta, mas não tem governabilidade sobre as ações em outras esferas da RAS.

5.1.2 Puericultura e o perfil clínico de atenção à saúde

A queda progressiva nos indicadores de mortalidade infantil e o aumento da expectativa de vida, no Brasil e no mundo, têm apresentado novos desafios para as ofertas de cuidados voltados para as crianças. Neste cenário, a importância da promoção e prevenção da saúde ganha mais importância. A consciência da longevidade, com qualidade de vida, depende fundamentalmente da primeira infância. Segundo Moreira e Goldani (2010), a transição demográfica e epidemiológica desafia, mais uma vez, o modelo de atenção oferecido para a primeira infância. A puericultura, como um conjunto de propostas para o cuidado da criança, tem em seu cerne a vigilância do crescimento e desenvolvimento integral e precisa incluir nas suas ações as crianças com condições crônicas complexas.

“Achei que isso foi bom... não tinha nada, acho que isso foi bom para a nossa formação sem a gente perder o olhar destas crianças também crônicas.”

“(...) acho que..., acaba sendo uma puericultura bem completa, que a gente conseguia não só... ver o desenvolvimento normal, a gente conseguia ver os crônicos” (MRP A, C e D)

A narrativa de que há a necessidade de uma puericultura dentro do IFF/Fiocruz, para atender a formação por falta de um local adequado na AB, antes convicta, passa a transitar para a um discurso sobre a questão teórica do escopo da puericultura. A definição de puericultura como uma ação de saúde, que pode estar em qualquer esfera da RAS, passa a fazer mais sentido. A puericultura, afinal, não é de um lugar e sim um conjunto de ações em atenção à saúde, voltadas para as peculiaridades da criança. Neste ponto de vista, existir uma puericultura dentro de um hospital terciário pode fazer sentido, mas entendendo que está não estaria numa situação rival com a puericultura na AB, muito menos para substituí-la.

Nota-se, mais uma vez, as dificuldades em formular propostas para a formação dos MRP por falta de uma definição mais clara de puericultura. Para os MRP e para os Preceptores, a discussão que faz sentido é a de definir onde deve estar a localização da puericultura na RAS. Ao contrário, numa perspectiva centrada no paciente, o que deve ser discutido é o local onde os pacientes devem receber os cuidados que demandam no momento. Passamos a ter um deslocamento de sentido para pensar nas formulações de propostas para atender as necessidades do paciente. Numa RAS, que oferta cuidado continuado, deve haver uma *puericultura em todos os níveis* que vá atender as necessidades de cuidado do paciente, onde ele estiver. É o cuidado centrado no paciente. A necessidade de *ter uma puericultura no hospital terciário para complementar a formação* não é coerente com a proposta do SUS, pois reforça o discurso do modelo hegemônico e está baseada numa perspectiva qualitativa, individualizada centrada no pediatra e de localização.

“Eu acho que quando a gente se dispõe a participar da formação de profissionais, a gente tem que entender pra quem que a gente está formando, né? Eu tou formando esse indivíduo pra que e para quem?” (Preceptor 1)

Esta fala do Preceptor 1, se aproxima da pergunta certa, em relação a puericultura quando a preocupação é com a formação. Para a discussão do projeto político pedagógico, deve-se ter em mente os objetivos pactuados e adequados à formação para o SUS.

“(...) nós estamos formando o especialista (...). (...) a gente tá formando o indivíduo que vai avaliar a criança que tá fora da curva. (...) O médico do NASF, o médico da atenção secundária, o médico da atenção terciária que vai ser o olhar diferenciado. (...) a gente acha que o pediatra tem que saber ver, tem que saber além da caderneta, tem que entender, conhecer a caderneta, mas tem que saber além da caderneta!” (Preceptor 1)

Percebe-se na continuidade da fala do Preceptor 1, que existe uma intencionalidade de *formar para o SUS*. É o ponto de partida e o rumo adequado para se pensar na construção de um projeto político pedagógico. No entanto, fica claro também que ainda não existem bases sólidas para este debate, para que ele seja coerente, consciente da indissociabilidade da atenção e do ensino e de que precisamos da RAS para construir a integralidade do cuidado. O que acontece, na prática, é justamente o contrário. O treinamento em serviço subverte a oferta teórica, tornando-a inconsistente, sem credibilidade e coerência, antes de ser experimentada.

A preceptoria do ambulatório reconhece e resgata a Caderneta de Saúde da Criança (CSC). Entende que a nossa CSC é muito boa e cumpre sua função de acordo com as necessidades das nossas crianças. No entanto, apesar da qualidade da CSC, o seu uso adequado está atrelado a operacionalidade do sistema de saúde, para cumprir a sua função de instrumento de apoio ao cuidado colaborativo e intersetorial para uma atenção integral. A vigilância do crescimento e desenvolvimento, com foco nas dimensões subjetivas, tem fragilidades baseadas na falta de formação e treinamento adequado, objeto principal desta pesquisa (BRASIL, 2017).

A puericultura do IFF/Fiocruz, utiliza como proposta de complemento da CSC, o instrumento The Survey of Well-being of Young Children (SWYC). Trata-se de uma proposta de instrumento para a vigilância do comportamento, que é oferecido de forma aberta e validado em português pelo Tufts Medical Center (TUFTS MEDICAL CENTER, 2010). Esta avaliação complementar a CSC, passa a fazer parte de uma proposta de coorte de puericultura e está em avaliação através de projeto de pesquisa, comparada com o instrumento padrão ouro para o desenvolvimento integral da criança até 2 anos. Falamos da Escala de Desenvolvimento Infantil de Bayley (CARDOSO, 2017).

“Não, a gente tem, a gente vai, a gente vai marcando mas é, eu acho que vale como roteiro também!” (MRP C)

A orientação dos Preceptores aos MRP é para que o uso do SWYC, seja o roteiro da entrevista na consulta de puericultura. As perguntas podem ser feitas diretamente aos cuidadores, ou são podem ser percebidas de forma natural, no decorrer da consulta. Indagando-se sobre a forma como a *ficha complementar* era usada na puericultura, os MRP foram unânimes em rejeitar a ideia de *checklist*.

5.1.3 Puericultura e a atenção psicossocial

Na virada do século XIX para o XX, a criança começou a entrar na agenda institucional, quando são percebidas tentativas de definição para a ação puericultura para atender as peculiaridades da infância. Estas peculiaridades estão diretamente relacionadas ao fato de que as crianças se tornam adolescentes e depois adultos, ou seja, acompanhar o crescimento e o desenvolvimento. Nota-se que sempre houve dificuldades em definir com alguma precisão de quais são as ações que compõem a puericultura.

As narrativas desta categoria podem contribuir para reflexões, a partir dos paradigmas contemporâneos já comentados, para se caminhar em direção a uma atenção integral da criança. Trata-se aqui, além do paradigma biologizante, do paradigma das dicotomias, que começa com o da mente e corpo. Sempre presente, atravessou de várias formas, e em vários momentos, as narrativas dos MRP. As dificuldades de se pensar e propor ações numa perspectiva integral, podem ter alguma influência das bases dicotômicas dos raciocínios. Há de se considerar, que os MRP transparecem este sentimento, ainda que intuitivamente, de que têm dificuldades para nomear. Não conseguem *falar sobre isso* com clareza, mas percebem que *algo está faltando* e que tem relação com as dificuldades para uma visão integral da criança.

Exemplos de como estes de sentimentos foram descritos e tratados na especialidade da pediatria, que se constituiu principalmente em suas ações através da puericultura, já estavam no centro do debate na virada do século XIX para o XX. Estes sentimentos foram representados no início do século XX, pela preocupação com a *mortalidade infantil* (corpo) versus a *delinquência juvenil* (mente). Seguem-se a este padrão dicotômico, várias representações até chegarmos aos dias de hoje com o clássico, e insuspeito, capítulo teórico do *crescimento e desenvolvimento*. Desta forma, para ilustrar, cito várias denominações que podem ser facilmente reconhecidas dentro deste padrão paradigmático dicotômico. Desta forma:

- 1) objetivo e subjetivo
- 2) somático e psíquico
- 3) biológico e mental
- 4) orgânico e saúde mental
- 5) saber e sentir
- 6) biomédico e integralidade

- 7) crescimento e desenvolvimento
- 8) estratégia de saúde da família e atenção psicossocial

Podemos perceber, que as dificuldades para se pensar em uma proposta de formação, que avance numa perspectiva para um olhar da pessoa na sua integralidade, está presente no discurso de todos nós, o tempo todo. É desejável para a criança, que tenhamos todos, desde a primeira vez que é imaginado, começando ainda antes da gestação e no transcorrer do seu crescimento e desenvolvimento, que ela possa receber cuidados sob o olhar da integralidade. À formação, seria necessário que esta compreensão se tornasse mais clara, contribuindo para superar as dicotomias em prol da construção da integralidade.

Nesta última categoria analítica, vamos analisar as narrativas que demonstraram dificuldades nesta contextualização dos aspectos subjetivos do corpo, do ambiente e o contexto psicossocial para uma visão integral.

Logo na primeira fala, pode-se notar a forte influência da hegemonia contemporânea em classificar o comportamento humano. Quando se fala em *preencher critérios para*, pode-se afirmar que é o discurso sob forte influência dos manuais de classificação do comportamento, que se pretendem a-teóricos como se o comportamento não dependesse de uma contextualização da vida, dos momentos da vida recente da história da pessoa, assim como do seu processo de amadurecimento, crescimento e desenvolvimento, que é o mesmo que devemos acompanhar na puericultura.

“Dos papéis que a gente tem pra puericultura, tem várias questões que te abordam, sobre a criança sobre o desenvolvimento, comportamento, aí tem como caracterizar pra ver se a criança..., preenche critérios para excitabilidade, ou então para irritabilidade. (...)” (MRP A)

No campo da avaliação do comportamento na primeira infância temos vivido a época do *autismo*. Há não muito tempo vivíamos a época dos *transtornos de déficit de atenção e hiperatividade* (TDAH). Ambas as *classificações* com fortes tendências a patologização e medicalização. A extensa maioria das crianças *agitadas* tem sido enquadradas como suspeitas de TDAH de forma descontextualizadas. A necessidade de um encaminhamento para a avaliação de um especialista em comportamento, tem sido decisão da escola junto com os cuidadores. São as crianças que preenchem *os critérios para*; TDAH; autismo; TOD e muitos outros.

A medicação mais prescrita, para cada caso é pensada de forma cartesiana. A patologização do comportamento elevou sobremaneira a medicalização (LIMA, 2004).

“E a agente vai e pergunta sobre o comportamento, ai sempre tem queixa! Ou que a criança é muito agitada ou que a criança é muito agressiva ou que a criança é muito tímida! Sempre tem alguma queixa em relação ao comportamento.” (MRP D)

Para além do diagnóstico, pode-se afirmar que aumentou o nível de suspeição para as questões subjetivas do comportamento. Esta parte é positiva, mas vem associada ao risco da patologização e medicalização. Podemos afirmar que aumentou a preocupação e a suspeição das questões subjetivas do desenvolvimento e do comportamento (LIMA, 2010).

“Um das perguntas que você vai fazer pra mãe marcando, vai variando de acordo com a idade da criança, que você poderia ter uma avaliação mais geral do comportamento daquela criança. Não excluindo a caderneta, mas ela é uma coisa complementar.” (MRP A)

A CSC é muito valiosa e está no nível de qualidade das melhores propostas de instrumento de rastreamento e vigilância do mundo. No entanto, justamente na questão da avaliação das dimensões subjetivas do desenvolvimento, tem suas limitações e tem sido revista neste sentido. No entanto, talvez o problema não seja de superar as limitações, mas sim respeitar os limites do instrumento. Ele nunca poderá atender as expectativas para a avaliação de aspectos subjetivos. Foi nesta esteira que foi proposta no IFF/Fiocruz a utilização de uma ficha complementar de avaliação do comportamento para ser usada durante a consulta de pediatria. No entanto, na visão da integralidade, não é acrescentando ou mudando os instrumentos de avaliação que vamos resolver esta lacuna. O que precisamos é de uma visão integral da criança que venha a partir do olhar dos profissionais, e de todos que convivem com a criança. Em outras palavras, não devemos exigir do instrumento o que ele não poder atender.

Percebe-se que as MRP intuem a necessidade de uma perspectiva integral da avaliação do comportamento. Esforçam-se para explicar que utilizam o instrumento proposto, *mais como um roteiro de entrevista do que uma lista objetiva de triagem do comportamento*. No entanto, em diversos momentos, concluem dizendo que *tem que interagir com a criança*. Existe um sentimento que percebe, e intenciona, uma avaliação do todo, do desenvolvimento integral e, ao mesmo tempo, demonstram insegurança e demandam formação para desenvolver esta habilidade.

Nas passagens a seguir, ficam bem claras estas contradições e inseguranças.

“Muitas vezes você observa..., na consulta você consegue observar já o que é pra checar e o que não é, entendeu? Então eu acho que é o todo ali.”

“Exatamente, eu me interajo com a criança, vê se ela faz determinada coisa...,” (MRP D)

“Ou se já é uma criança que você conhece ou uma mãe, você já até sabe uma maneira de perguntar que você vai englobar algumas questões ali, entendeu?” (MRP A)

“Mas uma coisa, uma dificuldade que eu tenho, não sei se é a de vocês também? É que geralmente quando eu percebo alguma criança com alguma dificuldade de comportamento e a mãe fazendo queixa ou de irritabilidade ou de hiperatividade ou alguma coisa desse tipo, aí tenho uma certa dificuldade de como manejar. Como orientar a família, eu sinto esse déficit, não sei vocês! Então geralmente o que a gente faz é encaminhar para a psicologia.” (MRP C)

Aparece com clareza que eles têm consciência de que o *encaminhamento ao especialista é precoce*, e demonstram frustração.

As *lacunas* da formação são claras, afinal. Quando a MRP comenta: *não sei se é a dificuldade de vocês também...*, podemos interpretar que o tema não tem espaço para discussão no dia a dia. O tema é recalcado e pressiona o tempo todo para aparecer, mas só aparece quando é abordado, tem permissão. Na entrevista e no projeto de pesquisa, fica claro que o tema principal é este. Este contexto pode ter facilitado este debate. Como vimos notando, existe a sensibilidade para perceber as necessidades da vigilância dos aspectos subjetivos do crescimento e desenvolvimento e suas vicissitudes e, ao mesmo tempo, existe a consciência da lacuna na formação.

“E eu acho que uma abordagem..., (...) das queixas psíquicas que eu mais tenho dificuldade é quando tá diretamente atrelada ao contexto social e familiar que aquela criança vive. E eu acho que é difícil a gente abordar isso numa lógica hospitalar! Eu acho que dentro da atenção básica, o contexto da família e social que aquela criança vive, é mais fácil de ser abordado. (...)” (MRPA)

Nesta fala da MRP A, está claro que existe a noção da existência de causa e efeito. Está claro que existe a influência dos fatores socioeconômicos que podem interferir nos aspectos subjetivos do crescimento e desenvolvimento e no comportamento da criança. As influências do contexto ambiental, a família que a criança vive, aparecem como relevantes e fundamentais. Embora não esteja registrado exatamente assim, pode-se dizer que a os MRP consideram a influência do ambiente como importante para o comportamento, quando falam do *contexto da família e social*. Há uma noção intuitiva da atenção psicossocial como uma proposta possível para estas abordagens na família, em seu território. A insegurança não é somente pela lacuna na formação para abordagem das dimensões subjetivas, mas também por estar *numa lógica hospitalar*, longe do local onde a criança habita.

“Porque a gente não tem como mudar a família toda! A gente tenta orientar, minimamente, mas não tem como mudar a questão social da família, onde ela mora, né? (...)Pelas limitações do contexto social da pessoa.” (MRP C)

Além das dificuldades do manejo clínico fora do contexto do território, muito objetivamente colocado pela MRP A, existem outras limitações. A MRP C, complementa de forma convicta e fala das limitações no próprio território. Outrossim, as questões socioeconômicas e de saúde pública, estão no imaginário dos MRP como fatores importantes e limitantes para uma boa assistência à saúde.

(...) “E aí é uma própria negação por parte dos pais que o comportamento da criança é assim, por conta de um comportamento da família, e aí na atenção básica como a gente teria essa oportunidade de frequentar a casa, visita, eu acho que a gente poderia mostrar mais ativamente pros pais como que as coisas acontecem, porque as vezes eles negam e não percebem mesmo! (...)” (MRP B)

Nesta fala, a MRP B demonstra que tem consciência das limitações de uma intervenção dentro de um ambulatório de um hospital terciário. Admite, com naturalidade, que uma intervenção integral deve ser no território, com a possibilidade de complementação pela visita domiciliar (VD). Mais uma vez aparece a noção da atenção psicossocial, quando a narrativa a inclui no manejo clínico das questões subjetivas e contextuais das ações em saúde. Em geral, estas ações são consideradas extra-clínicas ou nem são consideradas. Ela valoriza a VD como

ação que ressignifica as interações intersubjetivas e ajudam a superar as dificuldades de comunicação com os cuidadores da criança.

“Eu acho que o difícil é você identificar se aquilo é uma questão do..., da maneira como que a criança é criada, ou é dentro do contexto da família, ou se é uma coisa intrínseca dela, do psicológico dela, ou se é uma questão comportamental.” (MRP A)

A MRP A complementa e reforça a necessidade de considerar a dimensão psicossocial da família, que representa o ambiente que a criança vive. Inclui, com uma certa clareza, a narrativa que traduz a divisão que existe no imaginário do senso comum, em relação as causas das *alterações de comportamento*. Aventa hipóteses que podem ser interpretadas como possibilidades distintas, e não integradas, para as causas das alterações de comportamento. Fala em causa *intrínseca dela, do psicológico* (origem no biológico), ou de causas relativas a interação da criança com o seu ambiente familiar *da maneira como que a criança é criada*, a psicodinâmica do ambiente/família e sua cultura. A dicotomia entre causa biológica e causa não biológica, vai se tornando cada vez mais clara nas narrativas do grupo, na medida que o GF evolui.

“Eu não sei se, todo mundo sente um déficit nessa questão de abordagem, manejo. E eu não vou falar nem que é da residência, ainda mais da residência do Fernandes Figueira. Eu acho que, da faculdade, de forma geral, que a gente nunca teve essa orientação de como orientar outra família.” (MRP C)

A MRP C segue o mesmo raciocínio da MRP A e aprofunda o debate com este tema, ou seja, a percepção de que as dificuldades de manejo transcendem o IFF/Fiocruz. Solicita a conferência dos outros MRP presentes, quando pergunta sobre as impressões deles e dúvida das próprias conclusões. Suspeita também que esta lacuna na formação já começa na graduação.

“Acho que é tudo das nossas experiências, do que a gente sabe como indivíduo, o que a gente acha o que é certo e errado. E essa é nossa dificuldade, porque a gente não pode simplesmente, dar um conselho baseado no que a gente acha! Entendeu?”

“A gente tem que entender o contexto da pessoa, do indivíduo, pra poder ver qual a melhor forma, como a gente poderia conseguir ajudar eles, né? De acordo com o contexto que

eles vivem, com a percepção deles do que é certo o que errado também! Respeitando os próprios limites.” (MRP C)

A MRP C continua e refina ainda mais o debate, quando na sua fala demonstra angústia e preocupação ética com o conteúdo das relações intersubjetivas com os pacientes. Entende-se que a sua queixa vai ainda mais a frente, além da falta de habilidade para as questões subjetivas. Agora ela percebe a inabilidade em lidar com o conteúdo das falas, quando chamada a opinar sobre o desenvolvimento do sujeito psíquico. Percebe a falta de formação para sustentar uma relação intersubjetiva horizontal, com legítima preocupação em relação ao conteúdo de suas *opiniões*. Incomoda-se em pensar que as suas opiniões podem estar, inexoravelmente, baseadas em suas próprias escolhas, em seus próprios valores éticos e morais. Esta fala traduz uma percepção de que atuamos segundo um modelo inadequado de interação, verticalizado e produtor de dependência. Pode-se extrapolar que com esta fala, emerge uma demanda de formação específica no campo da ética, suficiente para ser capaz de sustentar um modelo de relação intersubjetiva horizontal, produtor de autonomia. Há, portanto, uma consciência de poder, baseada no próprio poder, do mandato social que o médico carrega.

5.2 O GRUPO DA DEVOLUTIVA

Conforme previsto no novo desenho da pesquisa e pactuado com a banca de qualificação, reconheceu-se a impossibilidade da experiência na AB com forte ligação coma a APS. Como já comentado, as equipes de ESF foram desarticuladas e vivemos a pandemia de covid-19, o que mudou totalmente as características das demandas na AB.

O Grupo da Devolutiva (GD) foi proposto para substituir as fases inicialmente propostas após o GF. Com isso, o pesquisador apresentou as reflexões discutidas com a orientadora e com a banca de qualificação, que estão baseadas nos estudos subsidiados pela análise dos discursos do GF. Vale pontuar, que a análise do GF proporcionou informações de alto valor e riqueza de detalhes que, por si só, foi considerado suficiente pela orientadora e pela banca de qualificação, para a continuidade da pesquisa.

A proposta do GD nasce neste contexto, ou seja, inicialmente com a única pretensão de ser uma intervenção que pretende promover reflexões nos MRP e preceptores, a partir das próprias narrativas e suas análises, cotejadas com a revisão teórica. No entanto, como desdobramentos das reflexões dos encontros do pesquisador com a orientadora, acrescentou-se

um período logo após a apresentação do pesquisador que permitisse comentários e debate do grupo.

Para o GD, o pesquisador preparou uma apresentação em lâminas, onde explicou as principais dificuldades e as alterações que foram necessárias no projeto inicial e de como foram pactuadas na banca de qualificação. Seguiu com a análise das narrativas do GF, cotejadas com a fundamentação teórica e as reflexões pertinentes, conforme já foi detalhado no Capítulo *metodologia, desenho e campo da pesquisa*.

Assim, o pesquisador apresentou os ajustes incorporados a pesquisa, que se fizeram necessários para o seu novo rumo a partir das análises do GF. Os resultados encontrados, podem ser discutidos a partir dos seguintes referenciais:

- 1) A invenção da infância e da família moderna.
- 2) A puericultura como cuidado médico voltados para criança (1863).
- 3) O fim do período pré-científico e a formação da especialidade da pediatria no Brasil (virada do século XIX/XX).
- 4) Atenção à saúde baseada nas ações de caridade e filantropia através das Santas Casas. Os mais favorecidos socioeconomicamente custeavam consultas particulares (início do século XX).
- 5) A Revolução Industrial, o êxodo rural e o agravamento das questões de saúde nas cidades – epidemias, mortalidade infantil e delinquência juvenil (Primeira metade do século XX).
- 6) A resposta do Estado às demandas sociais (1934): Gustavo Capanema e as políticas públicas, a coordenação nacional das unidades da federação para o enfrentamento das iniquidades socioeconômicas regionais, para as ações em saúde, médico sanitário e a separação do ministério da educação do Ministério da Saúde (1953).
- 7) Os debates internacionais e seus consensos para subsidiar a criação de sistemas de saúde em resposta às demandas de saúde dos países membros. O foco na Atenção Primária à Saúde (Alma-Ata 1978) e o conceito ampliado de saúde, incluindo as iniquidades socioeconômicas e os determinantes sociais da saúde – a Promoção da Saúde (Ottawa 1986).
- 8) A Reforma Sanitária/Psiquiátrica e a VIII Conferência Nacional de Saúde (1986).
- 9) A constituição cidadã de 1988, o SUS e o ECA (1990).
- 10) O sistema de saúde e a potencialização das ações em saúde (individuais ou em equipes multiprofissionais) na implantação das políticas públicas.

- 11) Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a interlocução com a comunidade observando as características socioeconômicas e culturais - o território. A Estratégia de Saúde da Família.
- 12) A Caderneta de Saúde da Criança (CSC) como instrumento para apoiar a implantação das políticas públicas e garantir a continuidade do cuidado.
- 13) A Lei da Saúde Mental (2001) e a entrada tardia da criança na agenda, a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Criança (PNAISC - 2015) e o Marco Legal da Primeira Infância (MLPI - 2016).
- 14) O crescimento e desenvolvimento com a Atenção Psicossocial - a perspectiva da continuidade do cuidado colaborativo e intersetorial para promover a atenção integral à criança na primeira infância.

5.2.1 O material coletado e a análise de conteúdo do GD

O áudio do debate, após a apresentação, foi integralmente transcrito pelo pesquisador. Os MRP e os preceptores que já participaram do GF, continuam com a mesma identificação. As novas participações do MRP do primeiro ano e do segundo ano, serão identificadas com as letras E e F, respectivamente. Portanto:

Os MRP A e B participaram do GF, mas puderam participar do GD.

MRP C (participou do GF)

MRP D (participou do GF)

MRP E (não participou do GF- MRP do primeiro ano)

MRP F (não participou do GF – MRP do segundo ano)

Preceptor 1 (participou do GF)

Preceptor 2 (participou do GF)

A pergunta realizada pelo pesquisador para iniciar o GD, após a apresentação, foi: “Considerando a apresentação baseada na compreensão e a análise das narrativas do GF, como vocês percebem a importância do sistema de saúde para o cuidado integral da criança?”

“Na verdade, eu acho que o que você falou hoje, dá muito mais luz as coisas que a gente já tinha discutido inicialmente, né. Realmente a gente acha que tem este gapping e no sistema

único de saúde o pediatra faria grande diferença, até pra limitar os encaminhamentos incorretos que algumas especialidades recebem, o que sobrecarrega alguns serviços de uma forma indevida, talvez. E eu acho que faz falta esse cuidado para o desenvolvimento da criança de ter alguém orientando, que seja além de um médico da família. Não que o médico da família não tenha essa capacidade, mas talvez ele não tenha esse foco. Talvez precisaria de um foco maior na criança no seu ambiente e tudo o que você falou do contexto histórico, só reafirma isso. Ou seja, temos um olhar para o todo, mas não olha naquele longo prazo...” (MRP C)

O pesquisador faz um comentário a partir da fala da MRP C e relembra: o objetivo principal da pesquisa é de compreender e analisar as dificuldades de vigilância do crescimento e desenvolvimento dos MRP e preceptores, com foco nas questões subjetivas, através das análises das narrativas do grupo de MRP e preceptores. No entanto, acrescenta que a questão subjetiva, para que seja bem avaliada, conforme a apresentação da devolutiva, deve estar incluída no contexto da ideia do cuidado integral. Ao contrário, corre-se o risco de aprofundar a fragmentação do cuidado. Ressalta que estas discussões a respeito do cuidado integral acontecem, pelo menos, desde 1978, considerando a declaração de Alma-Ata como um importante marco no debate internacional sobre sistemas de saúde.

O Pesquisador então, complementa a primeira pergunta, e acrescenta que: se estas ideias fazem sentido para contribuir na formação do MRP, como seriam as propostas de inclusão no projeto político pedagógico da pós-graduação?

“Você viu que teve uma discussão sobre isso no congresso de pediatria? Eles discutiram sobre a introdução de um pediatra na clínica da família. Teve uma roda de discussão exatamente sobre isso.” (MRP C)

“Mas é que já existe né? O NASF é uma forma de inclusão do pediatra, eu acho! É porque nem todas as equipes têm, mas é uma forma de inclusão do pediatra!” (MRP D)

“Eles meio que acabam sendo como pareceristas. Atendem junto com o médico de família, mas não tem uma consulta só dele.” (MRP C)

“Acho que ele avalia se a criança precisa ou não do acompanhamento do pediatra em si. Acho que quando ultrapassa o limite dele.” (MRP D)

“É então...ele não faz um acompanhamento como um pediatra entendeu? Acho que ele só dá um norte! Não atende a criança cem por cento, ele só faz uma interconsulta e ajuda o outro profissional (médico de família)... pelo menos o que a gente vivenciou era isso!” (MRP C)

“Mas é como ele fala o tempo todo, né? Como as redes têm que trabalhar em conjunto em prol da criança.” (MRP D)

As MRP C e D, debatem a respeito da inserção, ou não, do pediatra na ESF. A MRP C pontua que a SBP, em seu congresso, realizou uma mesa de debate sobre o tema, mas não menciona se houve um consenso. Ela ainda parece estar em dúvida a respeito desta questão. A MRP D, no entanto, parece estar mais segura da configuração proposta pelo SUS e menciona o NASF como *a presença do pediatra* na AB. Este tema surgiu no GF e foi comentado pelo pesquisador a influência que a SBP sobre os discursos dos pediatras. A realização da mesa no congresso pode significar que a SBP está revendo o tema.

O pesquisador faz um comentário a partir das falas das MRP C e D, e comenta sobre o posicionamento da SBP em relação ao pediatra na ESF. Chama a atenção de que ainda existe um reducionismo que impede o debate. É necessário incluir a questão da viabilidade financeira, cotejada com a factibilidade da proposta da operacionalização dos NASF para o apoio matricial nas RAS, assim como a eficiência das propostas. Os recursos do SUS são escassos e finitos. Uma das discussões importantes em relação a formação dos MRP, seria a de incluir propostas para habilitar o especialista em pediatria para atuar no apoio matricial através dos NASF. Atualmente, na proposta do SUS, o lugar do especialista em pediatria, na AB, é no NASF e não na ESF, mesmo que em treinamento.

“Eu acho que assim, dentro da lógica do que é a ESF não faz o menor sentido você ter qualquer especialista. O pediatra é um especialista, assim como o ginecologista é um especialista, como um cirurgião geral é um especialista, como o clínico geral é um especialista. Então a lógica da ESF, não só no Brasil, que a gente se espelha em outros modelos, é você ter um médico, generalista, que consiga ter um olhar geral, sobre a população. E que, quando bem treinado, é capaz de resolver em torno de 80% das questões daquele território sobre o qual ele é responsável. Essa é a lógica teórica. Do ponto de vista econômico, isso é o mais viável. Pode não ser o mais bonito, mas é o viável! Nós temos uma população muito grande, né? Você

colocar especialistas na ponta, em cada unidade de saúde da família, não é factível, não há dinheiro. Nem aqui, nem nos países ricos. Isso que a MRP D falou...O NASF é um núcleo que concentra as grandes especialidades e que dá suporte. A rigor, a rigor, você não precisa nem que seja médico para ter as estratégias básicas da puericultura. A equipe treinada não é só o médico! Não precisa ser médico pra saber se a criança tá sentando, está andando, está falando e se está comendo direito!” (Preceptor 1)

O Preceptor 1, reafirma a necessidade de incluir no debate a questão da operacionalização do SUS, considerando os recursos financeiros a ele destinado. Comenta sobre as dificuldades financeiras que os países ricos também enfrentam para a manutenção de seus respectivos sistemas de saúde. Ratifica a fala da MRP D, sobre NASF e matriciamento, e acrescenta os membros da equipe da ESF não médicos, que podem ser incluídos na vigilância do crescimento e desenvolvimento. Demonstra mais familiaridade com a proposta do SUS.

“Até com a caderneta que é um documento que permite isso, né? Pra quem tá acompanhando.” (MRP D)

“Exatamente! A caderneta, ela é feita para ser usada pela equipe da saúde, não só pelo Médico. Ela é perfeita? Claro que não! Ela é um instrumento de triagem. Pra isso você tem depois o especialista! A gente, aqui no Rio de Janeiro, talvez tenha um pouco de dificuldade de enxergar estas coisas, um ceticismo com estas coisas, porque a nossa saúde da família (Rio de Janeiro - município), nunca foi das melhores do país e, no momento, está destruída! Pelo governo atual. Mas quem, por acaso, conhece outras realidades, existem lugares no Brasil onde funciona muito bem! Em Santa Catarina, cidades do interior de São Paulo por exemplo. Então, eu acho que a gente não pode desacreditar da política, do processo, porque nós estamos num lugar onde, no momento, os governantes não acreditam, não investem, têm prioridades diferentes. Entendeu? E assim, só um parêntese uma curiosidade! Do ponto de vista histórico, o SUS foi gestado, foi pensado dentro da ENSP (Escola Nacional de Saúde Pública). A Fiocruz é a mãe do SUS.” (Preceptor 1)

Nesta fala, o Preceptor 1, estimulado pelo comentário da MRP D sobre a CSC, complementa o seu raciocínio. Chama a atenção para a atual condição da AB do Rio de Janeiro e a sua influência sobre a nossa percepção distorcida e pessimista de funcionamento da RAS.

“E as vezes até esquecemos que a gente tá dentro do SUS!” (Preceptor 2)

“É verdade, é verdade! Tanto que tem, ou pelo menos tinha, uma faixa dentro do campus de Manguinhos: A Fiocruz também é SUS! Porque nós somos! Nós somos uma das muitas unidades terciárias do SUS e ponto. Nada além disso.” (Preceptor 1)

O pesquisador faz uma intervenção e ressalta que a ESF tem o seu êxito reconhecido em municípios com menos de 100.000 habitantes, mas, por outro lado, é muito problemática nos grandes centros urbanos do Brasil. E conclui mencionando que o SUS é o maior sistema de saúde do mundo e o único que atende a mais de 200 milhões de pessoas.

“Eu quero pegar dois ganchos desta discussão. Um é que eu já pensei como a SBP, que tínhamos que ter um pediatra na ESF. Mas, com a experiência que eu tive no Centro de Saúde da ENSP, eu vi que seria absolutamente inviável! A quantidade de pediatras que você precisaria, é como a Preceptora 1 colocou bem, não tem recursos para bancar tantos! O coitado ia ficar como um pediatra, né? Para atender a três mil famílias, o cara ia ficar louco! E a gente tem um detalhe, que a agente acha que o generalista da ESF tem medo de criança, não sabe pediatria...eu discordo disso assim. Se ele pegar aquela cartilha (CSC), qualquer um de nós, inclusive nós que não usamos aquela cartilha, né? Eu garanto que se eu fizer algumas perguntas daquela cartilha, não se sabe que ali dentro tem esse conteúdo. Um deles, é o da anemia por exemplo. Não anota no prontuário. Se você olhar dentro da caderneta, tem exatamente quando você tem que marcar, a dose que mudou. E esse médico, né? Esse profissional de saúde. Porque eu já trabalhei e postos que tinha enfermeira fazendo puericultura, escutando pulmão e tudo! Tudo depende de treinamento. Então se a gente, vou falar a gente incluindo principalmente nós aqui, usássemos os documentos informativos, que o ministério da saúde, pelo SUS produz. Como que eu trato dengue, como que eu trato leptospirose. Cada doença que você imaginar tem lá um manual! A gente fica querendo pegar como é que o americano tá tratando leptospirose, o melhor livro de doença infecciosa americano. E a gente tem tudo isso prontinho dentro do ministério da saúde, que a gente desconsidera. Então eu acho assim, o que falta pra mim um pouquinho é incentivar o treinamento do médico de família. Hoje, como a saúde da família paga bem, tem muito recém formado ou médicos aposentados. Faltam ainda especialistas suficientes, então tem que treinar em serviço. E assim, só uma correção da Preceptora 1! O que a caderneta da criança faz não é triagem, é uma avaliação. O médico, a

enfermeira, que percebeu que a criança está com um atraso na fala, de andar...que principalmente vem pela família. Eu estou fazendo um estudo de neurodesenvolvimento de criança, a gente ignora a impressão da família sobre o filho. A gente chega e diz que a criança não fala, tá com atraso de linguagem. É até recomendado que se fizesse o Bayley (teste de avaliação do desenvolvimento) na casa da criança, onde ela fica a vontade. A criança é tímida reage mal aquele estímulo e pronto! Já fica taxada como atraso de linguagem. O que a gente tem capacidade de fazer na caderneta (CSC) é uma avaliação legal! Marcando aquela tabelinha, junto com o que a gente aplica, que é um pouco adiante, a gente aqui, a gente consegue. Então eu imagino que se, o serviço público usasse os instrumentos oficiais a gente ia bem melhor. E tem um artigo que eu recomendo que vocês leiam, que é sobre os mil dias da criança. Que trabalha a nutrição e o desenvolvimento. É tudo que a gente precisa ver numa criança, considerando que as vacinas e outras rotinas estão razoavelmente resolvidas. Eu acho que a ideia de fazê-los conhecer o SUS, essa integralidade, essa integração, é muito legal! Vocês fatalmente vão ter que lidar com esta situação. Uma última coisa, o Rio de Janeiro já foi capital, tem muito hospital e a população acha que tudo se resolve somente em hospitais. Prefere ir num hospital de Bonsucesso, num Fernandes Figueira do que ir na saúde da família perto de casa.”

(Preceptor 2)

O preceptor 2 faz um consolidado e procura ratificar as falas anteriores com passagens da sua experiência como profissional, que já atuou na atenção básica. Reitera a importância da CSC, mas pontua que os profissionais não sabem o que tem nela e não a usam. Elogia, valoriza e estimula a consulta às publicações técnicas do MS e tece alguns comentários sobre o que acredita justificar as dificuldades e a desvalorização da AB no Rio de Janeiro, em relação aos hospitais.

O pesquisador pontua que chama a atenção a quantidade e a qualidade das publicações do MS, ou estimuladas por ele. Relata que usou muitas destas publicações para as suas fundamentações teóricas.

“Esta questão cultural é fundamental. A ilusão de que só o hospital resolve não é só da população, é nossa também! A gente tem que mudar nossa cultura. A gente profissional de saúde, tem que entender que não é só o hospital que resolve. O hospital, ele tem, funções. Que são completamente diferentes das funções das policlínicas, que são completamente diferentes das funções da Atenção Básica (AB). A gente tem que entender em que ponto o hospital entra

e não achar que o hospital é a solução de todos os problemas e o resto não existe. Até porque, se você tem essa visão, você acaba destruindo o sistema de saúde inteiro. Porque nenhum hospital tem pernas para resolver tudo, e se ele é desviado pra resolver o que não é função dele, ele acaba não exercendo a função dele. Ele faz o mais simples de uma forma bem mais cara, porque a estrutura de um hospital tem uma manutenção bem mais cara, desvia esse dinheiro para o que ele não deveria estar fazendo e ele não consegue fazer o que ele deveria fazer, porque não sobra tempo, não sobra dinheiro, não sobra equipe. Então a gente tem que entender a lógica, a função de cada um, para que a coisa funcione, senão você acaba tendo o mal uso do dinheiro público, se você está usando o dinheiro público de um hospital que deveria fazer x, para fazer y, que poderia ser feito no posto de saúde. E outra coisa histórica que a gente tem que lembrar, no Reino Unido, o NHS, que é o sistema de saúde público deles, é de 1948. Então eles têm 40 anos a mais de vivência, de adaptação, de compreensão. Todos os profissionais de saúde que hoje estão em atividade lá, nasceram e cresceram sendo cuidados pelo NHS. Então pra eles, é natural! O NHS sempre existiu. Pra nós não! A nossa geração, dos preceptores, nós nascemos antes do SUS. A gente cresceu, com o pediatra do consultório. Vocês são a primeira geração que nasceu quando o SUS já existia. E estava começando. Então, culturalmente, é muito difícil e é um processo de adaptação muito longo. Não é assim! Escreveu no papel, escreveu a lei tudo se resolve, mas a gente tem que trabalhar pra que a coisa funcione.”

(Preceptor 1)

O preceptor 1 continua a sua fala sobre a importância do sistema de saúde e de sua factibilidade, assim como da importância da sua dinâmica operacional. Reafirma que é preciso que nossa cultura mude, para que seja mais afinada com o sistema, para que ele possa se tornar mais eficiente. Compreende que estamos indo bem e, para fundamentar, nos compara com o NHS. Chama a atenção que o NHS é 40 anos mais antigo que o SUS e que nem sempre foi tão eficiente como é considerado hoje.

O pesquisador faz uma intervenção e sugere que as MRP C e D, que participaram do GF, fizessem uma fala com as suas considerações finais, para depois franquear a palavra para as MRP E e F. Lembra que a MRP E é do segundo ano e que não participou do GF e que a MRP F é do primeiro ano, portanto, não participou nem do GF e nem teve ainda a oportunidade de fazer puericultura na sua pós graduação, fora do contexto da pandemia de covid-19.

“Comentando a partir da fala da Preceptora 1, a gente que está se formando agora como pediatra, a gente acaba não crendo na AB pelos entraves, mesmo porque, muitas vezes, quando a gente precisa do hospital, fica agarrado na AB, e o próprio profissional dali se sente amedrontado de não saber lidar com aquela situação, sabe? Então acho que, por isso que a gente acaba achando que no hospital a gente resolve tudo, mas com certeza, não é isso, né? Bom, de tudo que foi falado aqui, eu acho que todos os níveis de atenção têm a sua responsabilidade. Eles integrados e com profissionais bem qualificados, com certeza, seria o mundo ideal de funcionamento dos SUS. Pra parte de pediatria e puericultura, eu acho que a gente tem que realmente valorizar mais o instrumento que a gente tem, que é a caderneta da criança. E, é isso!” (MPR D)

“É, eu acho que talvez se tivesse um treinamento para a clínica de família toda, a equipe, né? Com relação ao cuidado com a criança, já iria melhorar bastante a atenção de forma mais integral, né? Mas acho que, hoje em dia, realmente é difícil até a gente falar de SUS, né? E de clínica da família, porque no Rio de Janeiro está num estado bem precário. Muitos sem médico, ou quando tem médico é por um curto período, com falta de medicamento. Então realmente é difícil a gente falar, mas, antes no início quando tudo funcionava, realmente se tivesse um treinamento já seria suficiente. O NASF, se tivesse em todas as clínicas, ou pelo menos na maioria, há essa possibilidade pelo menos de troca, né? De uma pessoa poder ir e ajudar, já seria uma boa! Talvez o que eu falei foi de uma experiência ruim minha com o NASF, mas também não signifique isso de forma geral. E uma coisa que eu percebi nesse mês lá na rodada fora, é de muitas demandas dos adolescentes, que muitos não estavam acompanhando na clínica da família, mas, de novo! Agora por uma questão momentânea, da saúde, tinham muitas demandas de saúde mental, mas que todas as vezes que a gente conseguiu encaminhar pro CAPSi, foram super bem atendidos e a gente conseguiu com a Assistente Social, realmente um ótimo retorno. Acho que se talvez a gente conseguisse voltar ao que era antes, já iria resolver grande parte dos problemas.” (MRPC)

Os discursos finais das MRP C e D privilegiam falas sobre o nosso sistema de saúde. Refletem uma construção de consenso, parece que as narrativas fazem sentido em relação, principalmente, a três pontos: 1) fica claro que é imprescindível que tenhamos um sistema de saúde para garantir o cuidado; 2) há uma percepção de que o sistema tem dificuldades operacionais e que percebem a diferença quando o sistema funciona e; 3) há a percepção da necessidade de treinamento para atuar no sistema. O debate convergiu para o eixo da dinâmica

de funcionamento do SUS, para que ele possa ser mais eficiente no cuidado da criança.

O pesquisador faz uma intervenção, a partir da última fala do Preceptor 1 e acrescenta que, em nenhum lugar do mundo, o sistema de saúde é ideal. No entanto, ter em mente a ideia clara do sistema de saúde ideal e do rumo que ele deve perseguir, já se configura como um sistema de saúde funcionando bem, dentro das possibilidades vigentes, a cada momento.

“Eu acho que há uma diferença entre a gente e as gerações mais antigas de médicos, que se formaram antes da clínica da família. E que acaba que a nossa geração, foi inserida nela durante a faculdade, todo mundo, eu imagino aqui, passou em clínicas da família na faculdade. Pelo menos na minha, grande parte da formação é em clínica da família, inclusive de especialidades. Então, a gente acaba tendo uma visão melhor, que vocês até têm, porque, acabam trabalhando com isso, mas muitos médicos mais velhos não têm essa experiência, de como funciona o SUS e de como seria o ideal. Pelo menos nas clínicas que a gente roda na faculdade, o intuito é que sejam clínicas modelo. Então a gente tem uma ideia de clínicas que realmente funcionam. Mas quando a gente chega aqui, acaba que, pelo menos eu, fico um pouco perdida porque, por exemplo. Quando a gente pega um paciente de lugares mais zona norte, zona oeste. Muitos relatam que a clínica da família do lugar deles não funcionam. E aí você fica, encaminhado ou não encaminhado, você acredita nele ou não acredita? Então eu fico meio perdida de qual clínica realmente funciona, qual clínica não funciona. Eles relatam que não vão conseguir o que a gente encaminhava lá! Enfim, eu fico um pouco perdida nisso. Vai funcionar, não vai funcionar? Eu estou encaminhando para uma coisa que não vai dar continuidade? Ele vai ficar perdido no SUS! Faria diferença entender em quais regiões as clínicas funcionam ou não funciona e quais são as falhas que a gente tem no Rio de Janeiro. Porque eu acho que muitas vezes o acompanhamento se perde. É pelo menos o que eu vejo nos retornos dos pacientes. E aí, eu encaminhei e ele não foi, e aí depois a MRP D, pega ele e, aí...o discurso se repete, entendeu?” (MRP F)

A MRP F, confirma o conflito de gerações e as diferenças nas formações deles e dos médicos mais antigos. Relata que há dificuldades geradas por estes conflitos e que acabam por refletir em dificuldades na sua formação. Além disso, no seu relato, percebe-se que acredita na AB e ESF pois sabe que funciona. Na faculdade participou de clínicas modelo. No entanto, na prática, aqui no Rio de Janeiro, sabe que tem lugares que funciona e outros que não e tem preocupação com os encaminhamentos. Não gosta da ideia de saber que o paciente não conseguiu

o que precisava. Estas dúvidas geram conflitos angústias e frustrações no seu dia a dia.

O pesquisador faz uma intervenção chama a atenção das MRP C e D, que participaram do GF, de como há semelhanças nas narrativas da MRP F, que não participou da GF.

“Eu achei a discussão muito legal, muito interessante! A minha visão como pós graduanda do primeiro ano é muito menor do que todo mundo aqui, até por causa da pandemia também, o ambulatório, eu tive pouquíssima experiência. Foram somente dois meses. A experiência que eu tenho é da faculdade. Pelo menos cinco meses da minha faculdade eu fiz internato eletivo na Inglaterra, eu vi muito isso. Eu tive uma experiência lá de pediatria, até mais do que aqui no Brasil. Eu entendo muito bem isso que foi falado sobre o NHS, sobre eles não considerarem médico, não precisar de especialista nessas questões dentro da clínica da família, talvez só pelo NASF. Eles já têm uma experiência de muito mais tempo do que a gente. Lá eles têm ambulatórios... é um exemplo, ambulatórios geridos somente por enfermeiras. Tem um ambulatório de constipação é gerido por enfermeira, os médicos não entram lá. Os partos mesmos, comuns, são as midwives (uma espécie de doula) que fazem. Não são os médicos. Só se tiver alguma complicação, algum fator de risco que os pediatras são chamados. Então isso é uma coisa muito comum! Quem faz a puericultura são os GP (general practitioners) mesmo, que são os médicos de família nossos, né? Então é uma coisa muito comum pra eles! Eu acho que aqui, o nosso SUS, que é teoricamente baseado no deles. Eu acho que faz muito sentido, a gente tentar seguir a linha deles, que eles tiveram uma experiência muito maior que o nossa. Eles têm muitos problemas, claro que têm! Muito parecidos com os nossos, mas muito menores! Há meu ver, pelo menos. Eles reclamam muito de muitos fatores com relação a isso, a saúde pública em si. A própria população já quis que acabasse, por muito tempo lá! Mesmo funcionando da forma que a gente acha que é maravilhoso, em comparação. Mas, é uma coisa que eles acreditam muito! É questão de saúde pública, de dinheiro público e não é viável você ter um pediatra, realmente, em todos os setores da clínica da família. Principalmente na nossa realidade, que isso tudo tem que ser muito mais medido, considerando muitos fatores como no Rio de Janeiro, em outros Estados, que tem questões próprias de corrupção, de gestão, enfim, e outras coisas em relação ao SUS. A experiência que eu tenho, seria mais nesse sentido. A questão do NASF, eu também não tenho nenhuma experiência, não tive na faculdade. Não sei dizer se seria viável, mas pra mim, parece fazer muito sentido o pediatra ir lá pra dar um parecer, participar da consulta. Eles (NHS) fazem muita consulta multidisciplinar também, com várias especialidades. Eu não vejo acontecer muito aqui. Pra mim é muito produtivo. E lá,

as que eu vi, funcionavam muito bem! Fazer multidisciplinaridade pra eles é uma coisa muito comum. Discutir casos, eles têm consultórios compartilhados, tipo um consultório de gastro e imuno toda semana, pra doenças que eles acham que precisam. Os staffs atendem ao mesmo tempo. Eu achei maravilhoso, eles fazem coisas multidisciplinares o tempo todo, inclusive com outros profissionais não médicos. Isso acontece o tempo inteiro e funciona muito bem. Uma coisa que eu sinto falta aqui, que eu acho que a gente tá caminhando pra isso e eu acho que é uma ideia que faz muito sentido, pelo menos na nossa realidade.” (MRP E)

Neste ponto, somos surpreendidos pela fala da MRP E que relata ter vivido uma experiência no NHS. Não sabíamos e ela confirma as falas anteriores em relação ao NHS. Relata as dificuldades do sistema, como opera e que já houve um tempo que a população quis mesmo terminar com a experiência. No entanto, afirma que hoje é muito bem aceito pela população. Fala dos atendimentos multidisciplinares e de como são corriqueiros os cuidados compartilhados. Por ter vivido esta experiência, parece mais segura em discutir custos versus eficiência e de como poderíamos nos espelhar. Conclui concordando que funciona e é muito bom, e que deveríamos nos espelhar mais na experiência do NHS.

“Eu não sabia que você tinha tido esta experiência. Eu gostaria de fazer uma sugestão de que, no canal teórico, podíamos contar esta experiência e fazer um paralelo com o que existe aqui. É incomum a gente ter uma residente com esta experiência.” (Preceptor 2)

O pesquisador faz uma intervenção, concordando com o valor da experiência relatada pela MRP E, que vivenciou um internato no NHS. Ressalta o trecho no qual é relatado que é um sistema que ainda apresenta muitos problemas e recebe críticas da população, chegando a ser questionado a sua continuidade. Mesmo sendo o sistema de saúde mais bem avaliado no mundo pela sua eficiência, continua a receber críticas sistemáticas da população. Esta ideia nos ajuda a entender que tipo de cobranças e tensões e demandas a que nós, profissionais da saúde, estamos submetidos.

“O NHS é um dos orgulhos nacionais na Inglaterra. Esteve representado na abertura das olimpíadas em Londres.” (Preceptor 1)

“Mas por isso mesmo que está sempre melhor, por causas das cobranças que a população faz, é que o sistema sempre melhora!” MRP E

“Nós não temos os mesmos problemas que eles. Eles estão bem à frente de nós, sem dúvida. Mas eles também não são perfeitos, mas sempre buscam melhorar!” (Preceptor 1)

O pesquisador faz uma intervenção, e pontua que é importante fazer parte da formação de um especialista em pediatria, que vai lidar com o sistema de saúde, com a população e vai matriciar a AB, saber se posicionar para entender este tipo de cobrança da população. Não se deixar capturar, facilmente, pelas narrativas que desvalorizam o nosso sistema de saúde e seus profissionais e, ao mesmo tempo, reconhecer os problemas apontados e propor soluções para satisfazer as demandas. Fazer críticas amadurecidas e construtivas é importante para superar dificuldades e esta prática deve constar dos objetivos para a formação para que fique naturalizada. É importante a inclusão do debate e enfrentamento destas críticas na formação dos MRP. O amadurecimento no sentido de aprimorar o debate para as críticas construtivas ao sistema, é fundamental para se desvencilhar do reducionismo maniqueístas em relação a iniciativa privada ou com as investidas de sabotar ou extinguir o SUS.

5.3 DISCUSSÃO

O projeto de pesquisa está, todo ele, imerso em um contexto maior da formação na pós graduação modalidade residência médica. No entanto, não houve ainda uma oportunidade de se discutir, com mais propriedade, o tema ensino médico. A residência em pediatria, não por acaso, é o pano de fundo de todo o projeto desta pesquisa. Até aqui a compreensão e a análise das narrativas integradas do GF e do GD, nos permitiu navegar no mundo dos MRP e seus preceptores. Pudemos ter uma ideia do seu atual contexto e das demandas de formação. Apesar de se confirmar a proximidade do hospital e a centralidade no médico, as notícias são alvissareiras. Existe uma consciência da necessidade e da potência da integração do sistema de saúde para a qualidade e continuidade do cuidado. Existe também, a noção de que a equipe precisa encontrar uma forma de trabalhar em conjunto, malgrado não tenha encontrado muitas referências a questão da intersectorialidade do cuidado. Considero, no entanto, que podemos perceber com clareza, aproximações importantes a respeito da necessidade de integração saúde e ensino e, mais ainda, que estes encontros puderam proporcionar discussões articuladas com a fundamentação teórica, que realmente fizeram sentido para o grupo em questão. Passaremos

agora, a uma breve e recente história dos caminhos que levaram a importante consolidação da formação em três anos.

5.3.1 Contextualização: o ensino médico e a especialidade de pediatria

Na especialização do MRP, vive-se, atualmente, o momento de apresentação de propostas para a revisão curricular e concretização da extensão para três anos da formação. Aprovada para o seu início, em todos os programas do Brasil, a partir do ano de 2019, a demanda foi oficializada pela primeira vez em 2006 pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Revisada e reapresentada na Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), em 2007, pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Adiada pelo Ministério da Saúde (MS), que solicitou vistas do processo, a proposta foi reencaminhada pela própria SBP em 2009. A SBP se fundamentou nos avanços científicos percebidos e novos conteúdos disponíveis e advogou a necessidade de ampliação do tempo de formação da especialidade, para melhor cumprir a missão de *promover o crescimento e desenvolvimento do ser humano*. A proposta está em sintonia com o currículo elaborado pelo Global Pediatric Education Consortium (GPEC)¹² – entidade que conta com as representações de associações pediátricas de cerca de 50 países, entre as quais a SBP, que representa o Brasil (SBP, 2009, 2013).

A nova proposta de formação da SBP foi novamente revisada, em 2010. Continuou a receber contribuições até a sua aprovação, em 2013, na CNRM. No documento da CNRM¹³ (ANEXO), constam as mudanças que devem ser instituídas e operacionalizadas pelos programas de residência em pediatria a partir do ano de 2019. Neste documento, foram elencados os pontos essenciais para o aperfeiçoamento do treinamento em serviço, com as alterações das proporcionalidades em relação aos períodos que o médico em formação, deve frequentar e vivenciar os setores e serviços que compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) (CNRM, 2016).

¹² The GPEC is a group of committed educators who are also the leaders of over 20 national, regional and international education, training, and accreditation organizations. These organizations are individually responsible for setting the standards for training and accreditation in more than 50 nations around the world. Members of GPEC are from five continents and represent developing as well as developed countries. There are currently no formal agreements among the organizations that are represented. As the initiative matures, we will seek a formal alliance among these organizations and its members (GPEC,2019).

¹³ RESOLUÇÃO Nº 1, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2016. Dispõe sobre os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Pediatria e dá outras providências.

A partir da aprovação pela CNRM, a preocupação passou a ser de como seria a sua implantação. É necessária uma adaptação dos conteúdos às características de cada região do Brasil e as peculiaridades locais do SUS, em cada região. Além disso, há a preocupação com a questão do financiamento das novas bolsas acrescentadas e com a quantidade e capacitação dos preceptores. Percebe-se, portanto, que ainda existe um caminho a percorrer até a sua implantação completa. Tampouco, avançaram as discussões sobre a operacionalização desta nova proposta. Na prática, apesar do documento oficial citar os aspectos e setores do SUS que precisam ser atendidos, não existe um consenso a respeito de como fazer acontecer estas mudanças (SBP, 2016).

No Fórum de Pediatria, que aconteceu no Conselho Federal de Medicina CNRM/CFM/SBP, em junho de 2018, o tema foi *O Programa de Residência Médica com duração de três anos: uma realidade a ser construída por todos*. As conclusões finais do fórum, contribuem de forma importante para a contextualização do problema. Há de ser necessária a continuidade das discussões em novos fóruns. Todas as regiões do Brasil estiveram representadas e, cada uma, apontou o que considerava como *suas maiores dificuldades* para a implantação. Entre as maiores dificuldades apontadas, podemos destacar a Saúde Mental, a Genética Médica, a Hebiatria, os Serviços de Imagem e a inserção dos programas na AB. Na Região Sudeste, a questão da Saúde Mental foi apontada como o tema de maior dificuldade. Contextualizou-se as dificuldades da RAS e a demanda da SBP de inserir o pediatra, junto com o Clínico da Família, em todas as equipes da ESF (BRASILIA, 2018).

O diagnóstico das dificuldades do SUS, está fundamentado nas suas limitações de financiamento e nas suas necessidades de qualificação da gestão. A gestão precisa ser capaz de promover um modelo de atenção à saúde que supere a fragmentação em direção a integralidade, para a oferta de serviços ao usuário. No entanto, ainda não está claro o modelo para a operacionalização do SUS, o que seria de fundamental importância para a discussão das propostas para a formação em serviço. Considerar a mútua influência *modelo de atenção à saúde/formação de profissionais de saúde*, assim como a indissociabilidade *atenção/ensino/gestão* (RIVORÊDO; OLIVEIRA; MENDES, 2011).

O modelo de atenção à saúde é um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs [Redes de Atenção à Saúde], articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica

e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2011, p. 209).

O modelo de atenção à saúde propõe mudanças no paradigma de determinantes de saúde, enfatizando as iniquidades sociais e pretende ser um sistema de Redes de Atenção à Saúde (RASs) que garanta a continuidade do cuidado, coordenado pela AB e a partir do seu território. Mendes, resume bem esta proposta como:

(...) os conteúdos básicos das RASs: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS¹⁴; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população. (MENDES, 2011, p.82)

A realidade atual do SUS não é esta. A formação do MRP está isolada desta discussão e a formação em serviço da pós-graduação, modalidade residência médica, segue o modelo centrado no médico e no hospital. A equipe multiprofissional, segue o mesmo modelo e tem dificuldades de atuar de forma interdisciplinar. O médico ainda é visto como quem lida com as condições agudas ou para as agudizações das condições crônicas, no modelo *queixa- conduta*. Nas práticas de saúde na RAS, assim como na formação, as consequências da transição epidemiológica e demográfica, assim como a tripla carga em sua organização, ainda não recebem a devida atenção para influenciarem as mudanças necessárias para responder a estas novas demandas (MOREIRA; GOLDANI, 2010; MENDES, 2011).

O SUS foi idealizado como uma proposta contra hegemônica ao ideário neoliberal, atestam os fundamentos filosóficos da universalidade, equidade do acesso e a integralidade na atenção à saúde. Preconiza a participação popular, a descentralização e o comando único do Estado através das três esferas de gestão. Na discussão da formação médica, há uma intenção consciente de formação para o SUS, mais ainda de forma insipiente, tímida e não homogênea. As reformas na graduação, que pretendem aproximar os futuros médicos da prática no SUS, são diluídas pela forte influência do ideário liberal e privatista (RIVORÊDO; OLIVEIRA; MENDES, 2011) que ora recrudescer no Brasil.

¹⁴ Esta referência, tratando-se de citação, a sigla APS significa Atenção Primária a Saúde.

A revisão na formação do pediatra, precisa caminhar em consonância com as necessidades do SUS, que refletem, a rigor, as necessidades de saúde da população. Neste sentido, o pediatra deve ser capaz de atuar como interlocutor de elementos constitutivos dos problemas de saúde das crianças nas três dimensões do SUS, para garantir a continuidade do cuidado e a eficiência da vigilância do crescimento e desenvolvimento integral. Para completar a formação, deve ter ainda a habilidade para atuar intersetorialmente, como articulador entre a saúde e de outros setores que atuam na assistência à criança, públicos ou privados, como: creches, escolas, núcleos de assistência social, de esportes, conselhos tutelares entre outros setores que dialogam com a RAS. Para tal, é necessário que a formação possua, com muito mais peso, as tecnologias da Estratégia da Saúde da Família (ESF), incluindo questões da abordagem no território e considerando os determinantes sociais de saúde, que integram fortemente na formação dos médicos de família e comunidade. O pediatra contribuiria com o seu saber específico para aproximação com instituições, subespecialidades e com experiências práticas vivenciadas diretamente com os diferentes territórios vivos e complexos onde as crianças e famílias habitam. Perceber o contexto do qual nascem as complexidades, quando reconhece a AB como coordenadora preferencial do cuidado (RIVORÊDO; OLIVEIRA; MENDES, 2011).

Uma proposta de revisão na formação do pediatra, deve contemplar uma redistribuição para que haja uma vivência mais equilibrada com a AB. A *porta de entrada* da pós graduação ainda é o hospital, ou seja, há uma ênfase histórico-cultural na formação hospitalocêntrica e biomédica. Naturalmente, a formação fica mais concentrada nestas atividades de nível terciário, de alta densidade tecnológica e as vivências de contextos de alta complexidade da AB ficam prejudicadas, relegadas ao segundo plano, até dispensáveis. Esta ênfase nas vivências fragmentadas do hospital, reproduz um modelo de atenção que dificulta o cuidado colaborativo, em equipe multiprofissional e, conseqüentemente, a articulação destas equipes com a AB (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011).

Considerando a mútua influência entre o modelo de formação e o modelo de atenção à saúde, é imprescindível incluir na formação conhecimentos sólidos sobre o modelo de dinâmicas de operacionalização do SUS. Igualmente, deve-se assegurar o reconhecimento que a AB é a coordenadora preferencial e privilegiada do cuidado, assim como o foco da atenção é no usuário (ALMEIDA; ZANOLLI, 2011).

A formação do Pediatra e a Atenção Psicossocial no SUS propõem a inclusão dos aspectos mais amplos e subjetivos do crescimento e desenvolvimento integral, assim como uma proposta de enfatizar o cuidado colaborativo intersetorial. A formação do especialista em

pediatria, que segue o padrão geral da formação de especialista em toda área médica, ainda tem sua base fundamentada no paradigma da biologia (BONET, 1999; MOREIRA et al., 2015).

5.3.2 A puericultura contemporânea

A formação do Pediatra segue a cultura ocidental moderna, onde os saberes biológicos são hegemônicos para a compreensão dos processos de saúde e doença. Tomando como exemplo a discussão sobre a complexidade dos processos de formação dos médicos de família de Octavio Bonet, chega-se às bases epistemológicas que constituem a sua prática. Os médicos de família, se debatem nesta dimensão, quando tentam propor uma prática cotidiana numa base epistemológica integral. No seu estudo sobre a formação e as práticas dos médicos de família no Brasil e na Argentina, Bonet entende que estes propõem uma oferta de abordagem integral, holística, para responder as complexidades das demandas dos pacientes da atenção básica. Percebem que o modelo biomédico, não atende a todas as demandas que recebem. A dificuldade ocorre na impossibilidade de diálogo entre linguagens diferentes, pois são propostas que diferem em suas bases epistemológicas. As discussões ficam presas no tensionamento da hegemonia da biomedicina, baseada numa epistemologia dualista. Os esforços para construir uma proposta para incluir às complexidades da atenção básica, soam como marginais, pois, estão alicerçadas na epistemologia da integralidade. Há uma relação entre a prática médica e a epistemologia que a sustenta, o que gera um processo de aprendizado, que extrapola as esferas da cognição e do intelectual. O médico de família desenvolve suas habilidades e práticas e se afasta da epistemologia da biomedicina. A sua postura frente ao paciente novamente soa como ilegítima, pois encontra também no imaginário deste paciente a mesma hegemonia da construção do pensamento biomédico (BONET, 2014, p.162).

Os pacientes que se beneficiam de uma epistemologia da integralidade são os que apresentam uma demanda mais inserida no campo das complexas, os que envolvem as dimensões que não são unicamente biológicas ou anatômicas e que possuem um importante componente psicossocial. A epistemologia da integralidade dialoga com o contexto social, comunitário, cultural e psíquico. Acrescenta ao modelo biopsicossocial as esferas emocionais e dos envolvimento afetivos presentes nos encontros terapêuticos. O adoecimento adquire significados que estão intimamente submetidos a subjetividade de cada pessoa. Quando se

aplica uma epistemologia da integralidade, percebe-se que o *mesmo sintoma* pode significar *doença* para uns e *questões normais da vida* para outros (BONET, 2014 p.164).

As racionalidades biomédicas e psicossociais se entrecruzam, rivalizam e se hierarquizam nas ofertas de atenção médica, mas não conseguem se integrar. A medicina de família deseja oferecer as duas racionalidades em uma abordagem centrada no paciente. Oferece o modelo epistemológico da integralidade, para responder à complexidade que o modelo biomédico não alcança. O modelo da medicina de família, não consegue integrar ou fugir da dicotomia, mas inverte a hierarquia da complexidade em relação ao biológico. Apesar de manter a dicotomia, a medicina de família consegue avançar um pouco mais, quando pratica uma espécie de sincretismo, para não cometer o erro de desvalorizar a biomedicina, apesar da inversão hierárquica. Malgrado, persiste a ideia dicotômica das duas dimensões epistemológicas (BONET, 2014 p.170).

A medicina centrada no paciente enfatiza e valoriza o que o paciente verbaliza e propõe um método clínico baseado na epistemologia da prática. A integralidade aparece como um conceito que pretende superar os problemas causados pelo reducionismo biomédico, sem negligenciar sua necessidade, mas ressignificando a sua posição hierárquica. Acrescente-se a proposta da integralidade, o valor inestimável da perspectiva de um continuum, a continuidade do cuidado, que um valor diferenciado na AB. O paciente e o médico já se conhecem de momentos terapêuticos anteriores e vão ter momentos de reencontros posteriores, após cada encontro terapêutico (BONET, 2014, p. 171).

Pode-se afirmar que a questão da pediatria e da puericultura contemporâneas estão imersas neste mesmo contexto dicotômico das epistemologias da integralidade e biomédica e enfrenta dificuldades muito semelhantes na sua prática. A formação dos MRP, que acontece basicamente dentro do hospital, está fortemente baseada na epistemologia biomédica. Os MRP adquirem na prática em serviço o *habitus*¹⁵ do trabalho médico e seguem com *zelo apostólico*¹⁶ (DICKSTEIN, 2015) estes preceitos de formação, com a supervalorização dos marcadores biológicos, num esforço inglório de se afastar das incertezas da complexidade (BONET, 1999).

¹⁵ Pensar a relação entre indivíduo e sociedade com base na categoria *habitus* implica afirmar que o individual, o pessoal e o subjetivo são simultaneamente sociais e coletivamente orquestrados. O *habitus* é uma subjetividade socializada (BOURDIEU, 1992apudSETTON, 2002, p. 101).

¹⁶ Expressão criada por Balint para definir um padrão inconsciente de postura do médico perante seu paciente. Esta postura atenderia compromissos corporativos, além de pretensão de proteger o médico dos sofrimentos do paciente através de um distanciamento afetivo.

5.3.3 A Atenção Psicossocial para a infância e adolescência

No início do século XXI, o campo da saúde mental inseriu em sua pauta de proposições e ações os desafios inerentes ao cuidado de crianças e adolescentes com necessidades em saúde mental, que, até aquele momento, estavam alijados do debate neste campo (COUTO; DELGADO, 2015).

No processo de desenvolvimento dessas ações, além do cuidado dos casos de maior gravidade e complexidade, a APIA tem se debruçado sobre a importância de estratégias de promoção de saúde mental. Como ponto de destaque, procura estabelecer parcerias efetivas com a AB, especificamente com as ações de puericultura. O objetivo maior é de contribuir para o aumento da acuidade destes profissionais para a vigilância das dimensões subjetivas do crescimento e desenvolvimento integral na primeira infância. Uma das modalidades para esta parceria AB e SMCA tem sido o incremento do cuidado colaborativo (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017), que propicia um cotidiano parceiro no território. Experiências desta ordem, têm sido desenvolvidas em um bairro da cidade do Rio Janeiro (TEIXEIRA; COUTO; DELGADO, 2017), articulando a APIA com Clínicas da Família (designação da ESF na cidade do RJ), através da presença regular de um profissional da SMCA no âmbito da AB.

As propostas da APIA, que estão baseadas nas premissas do SUS, são conscientes a respeito da responsabilidade de inscrever no tecido social, a partir do território, a colaboração com setores historicamente envolvidos na assistência à infância e adolescência, para afirmar as crianças e adolescentes como sujeitos psíquicos e de direitos, com histórias e experiências próprias. A APIA, como política pública, reconhece o valor nas próprias palavras das crianças, para manifestar o sofrimento e as outras formas que encontram para transmitir seus padecimentos subjetivos e as estratégias que criam para se haver com suas próprias histórias (COUTO e DELGADO, 2016).

As dificuldades no desenvolvimento de habilidades para a percepção e reconhecimento de alterações nas dimensões subjetivas do crescimento e desenvolvimento integral, têm a sua base na hegemonia do paradigma biológico. As questões subjetivas ficam relegadas ao segundo plano ou são precocemente encaminhadas para os especialistas da saúde mental ou do comportamento. O aumento da abordagem especializada na avaliação de casos corriqueiros, pode aumentar a patologização através das padronizações difundidas pelos manuais de comportamento e protocolos de rastreio, o que pode gerar risco adicional de medicalização. Ainda é necessário percorrer um longo caminho na promoção da saúde mental da primeira infância, para se chegar a um modelo de atenção à saúde que queremos para o SUS. Por outro

lado, avançamos nas suspeições em relação as questões subjetivas e hoje é mais comum perceber que *algo não está bem* e de que a criança e sua família precisam de ajuda. O problema que vem junto da suspeição é a precipitação em diagnosticar, antes de ampliar a abordagem envolvendo a família e o seu contexto sócio econômico no território.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo desenvolvido, assim como as reflexões que se produziram ao longo do processo de pesquisa, foram capazes de ampliar a compreensão sobre diversos aspectos da pós graduação em pediatria, na modalidade residência médica, de um hospital tradicional. Ao final, podemos considerar que os resultados apontam caminhos importantes, que podem contribuir de forma significativa para qualificar o debate e as ações para a formação de pediatras no SUS.

A análise das narrativas do GF superou as expectativas em fornecer informações ao mostrar as concepções que existem entre MRP e preceptores, em relação a puericultura e a RAS. Quando cotejadas com a evolução dos estudos durante o curso e acrescidas das reflexões com a orientadora e a banca de qualificação, permitiram uma construção inicial capaz de contornar o pano de fundo da crise da AB no Rio de Janeiro, sem prejudicar o objetivo principal da pesquisa.

O tema que dominou as narrativas do GD foi a organização e operacionalidade do sistema de saúde e de como a implementação das políticas públicas para o cuidado da criança podem ser potencializadas através dele. Abordou-se a questão da CSC, como um dispositivo importante para a difusão das políticas públicas voltadas para o cuidado da criança, assim como para promover a interdisciplinaridade das equipes multiprofissionais. Entendeu-se também que a CSC pode ser um importante instrumento para a comunicação na RAS e intersetores. Outro ponto forte das narrativas do GD, foi a discussão a respeito da necessidade de inserção de um pediatra em todas as equipes de ESF.

O debate se ampliou com o relato de uma das MRP, que esteve na Inglaterra em seu internato eletivo. Esta pôde compartilhar informações importantes a respeito do cotidiano do NHS. Em seu relato, chamou a atenção para as dificuldades que o sistema enfrenta, suas limitações de financiamento e pontuou que é recorrente questionamentos da população a respeito da sua continuidade, assim como é comum propostas de mudanças estruturais. Por outro lado, relata a experiência de um modelo de atenção onde é habitual a postura de discussões interdisciplinares para tomada de decisões para as condutas clínicas e projetos terapêuticos.

As narrativas do GD se mostraram integradas e complementares às narrativas do GF e capazes de produzir sentido no grupo, mesmo entre os que não haviam participado do GF. Contribuiu para aumentar o a compreensão da proposta do SUS como modelo de sistema de saúde e de como o seu bom funcionamento é fundamental para a oferta de cuidado com

qualidade e continuada. Muito além dos avanços técnicos e científicos da clínica individual, a inclusão do conceito de integralidade ficou mais claro para o grupo, assim como a percepção da sua importância para ampliar o debate restrito as questões biológicas.

As conclusões consideradas mais relevantes, giram em torno de dois eixos principais. O primeiro trata da atualização da definição de puericultura e o segundo trata da inserção do sistema de saúde pública como fundamental na ideia de atenção integral ao crescimento e desenvolvimento da criança. Estes eixos, também integrados entre si, constituem a linha de raciocínio básica defendida nesta dissertação para repensar o projeto político pedagógico da formação dos MRP. O objetivo passa a ser o de perseguir a integralidade na atenção e vigilância do crescimento e desenvolvimento da primeira infância, destacando sua importância no processo de formação do pediatra.

Outra importante ressignificação, tratada aqui como uma consequência natural da integralidade, foi a inclusão das dimensões subjetivas no crescimento e desenvolvimento. Nos primeiros esforços para delimitar o problema, ficou a impressão de que o problema se resolveria caso encontrássemos uma forma de inserir no capítulo crescimento e desenvolvimento mais um item, inicialmente denominado de *desenvolvimento psíquico*. No decorrer do mestrado, percebi que a aparente simplicidade, na verdade, tinha sua origem na captura do meu olhar pelo paradigma da fragmentação das subespecialidades. Portanto, para contribuir no debate da formação, as propostas não poderiam partir do olhar enviesado do *especialismo*, correndo o risco de defendermos a criação de mais uma peça no complexo *mosaico de subespecialidades* que se tornou a formação do pediatra. Considerando que as dimensões subjetivas da pessoa estão incluídas na epistemologia da integralidade, o que o pediatra precisa é de uma formação para a atenção integral e não se transformar em mais um *subespecialista do desenvolvimento psíquico*.

O termo puericultura nasce com o significado de *cuidados médicos voltados para a criança*. Verificamos que, depois do fim do período pré-científico, somente os médicos com formação em pediatria estavam autorizados a cuidar da criança. No entanto, com o início da responsabilização do Estado com a saúde pública nos anos de 1930, nascem as políticas públicas e a coordenação nacional das ações em saúde, com o objetivo de equacionar as iniquidades regionais no Brasil. A puericultura, naturalmente, passou a significar *políticas públicas para o cuidado da criança*. A esta altura, ainda sob a responsabilidade única do pediatra. Porém, a partir da institucionalização de um sistema de saúde no Brasil – o SUS – pela Constituição Cidadã de 1988, as políticas públicas passam a ser responsabilidade das equipes multiprofissionais de saúde. A partir deste momento, descentralizadas do médico, a puericultura se atualiza para

políticas públicas para o cuidado da criança, pelas equipes multiprofissionais de saúde, através do SUS. As equipes multidisciplinares de saúde cuidam da criança e o médico deixa de ser solitário nesta tarefa complexa.

O sistema de saúde é fundamental para a promoção da atenção integral à saúde, mas é preciso desconstruir a visão hospitalocêntrica. Outra importante ressignificação é a da inclusão das questões *não médicas*, traduzidas principalmente pelos determinantes sociais da saúde, o que faz parte do conceito ampliado de PS. Até aqui, podemos concluir que, para pensarmos na atenção integral do crescimento e desenvolvimento, devemos implantar políticas públicas para o cuidado da criança (puericultura), através do sistema de saúde (SUS) e pensando a saúde de forma ampliada (conceito de PS).

Neste momento, faço um destaque especial para a CSC. Esta, em sua evolução desde o cartão da criança, tornou-se instrumento fundamental para a implantação das políticas públicas de atenção a criança, assim como é um instrumento de apoio concreto e simbólico para a garantia da continuidade do cuidado. Ainda muito pouco compreendida, tem seu valor subestimado, mas se valoriza progressivamente entre os profissionais da equipe multiprofissional e nas famílias. A CSC se integra como difusora de conhecimentos em saúde entre os cuidadores e como suporte fundamental para a garantia da continuidade do cuidado colaborativo e intersetorial.

Na construção do SUS, é ponto pacífico que a coordenação do cuidado e a ordenação das ofertas de saúde na RAS é responsabilidade da AB. Neste sentido, o SUS se diferencia em dois pontos importantes. O primeiro, é o Agente Comunitário de Saúde, interlocutor privilegiado das demandas da comunidade com a equipe de saúde. O segundo, é a Estratégia de Saúde da Família, interlocutora privilegiada das demandas dos territórios com as outras esferas da RAS e com os outros setores além da saúde que cuidam e participam da formação integral da criança.

As análises das narrativas dos MRP e preceptores, deixa claro que eles sentem a necessidade de atuar com mais propriedade, quando falamos dos aspectos subjetivos do crescimento e desenvolvimento, mas também deixa claro que não têm, em sua formação, uma proposta que inclua esta habilitação. Por outro lado, este estudo mostra que existe no Brasil o acúmulo mais que suficiente para avançarmos na construção de uma proposta de formação centrada no paciente para a integralidade.

A Atenção Psicossocial é uma proposta da saúde mental, nascida do ideário da Reforma Psiquiátrica. Comunga dos conceitos da Reforma Sanitária e ambas dialogam com os conceitos de PS. Preza pelo trabalho colaborativo e intersetorial, quando se aproxima da ESF e contribui

para a inserção dos conceitos da clínica ampliada. Faz este movimento, aproximando os CAPSi das ESF para a atenção integral do crescimento e desenvolvimento conforme discutido neste trabalho.

Consideramos que existem bases suficientemente boas para a construção de ofertas de cuidado integral, mas esbarramos sempre na velha questão: sabemos *o que* deve ser feito, mas não sabemos *como* deve ser feito. Considerando esta dificuldade e com a pretensão de contribuir no debate para construção de um novo projeto político-pedagógica para a formação médica, entendemos que é necessário retornar um pouco no tempo e fazer um resgate do passado recente. É necessário incluir na formação a discussão da evolução histórica da construção do nosso sistema de saúde no Brasil.

É especificamente neste ponto a maior contribuição que o movimento da Atenção Psicossocial pode proporcionar. Em outras palavras, a atenção integral não está, e nem nunca vai estar, no profissional isolado. O máximo de integralidade só será alcançado com a consciência de cada um, para adotar uma postura de trabalho consciente na universalidade de acesso ao SUS, assim como na sua proposta de equidade e na intenção de integralidade. A melhor versão da atenção integral está no exercício do cuidado colaborativo e intersetorial.

A criança já nasce intersetorial, cuidada pela família e inserida na creche/escola. Tem assegurado sua condição de sujeito de direito, garantido pelo ECA e de sujeito psíquico, garantido pela Lei da Saúde Mental. Esta última, permitiu, ainda que tardiamente, a inclusão da criança na pauta da saúde mental, situação que pode ser equacionada pela atenção integral a saúde. A formação do pediatra, precisa se desvencilhar da captura da tendência a caminhar em direção a fragmentação, provocada pela valorização desigual das subespecialidades. O olhar adequado ao crescimento e desenvolvimento da criança só será possível quando a formação do pediatra for capaz de compreender e garantir a condição humana inerente à criança, atento e sensível às vicissitudes da subjetividade na integralidade.

REFERÊNCIAS

ABRAM, Jan. **A linguagem de Winnicott**: Dicionário das palavras e expressões utilizadas por Donald W. Winnicott. Rio de Janeiro: Ed. Revinter, 2000.

ACIOLE, Giovanni Gurgel. A Lei do Ato Médico: notas sobre suas influências para a educação médica. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 1, p. 47-54, abr. 2006.

AGRELI, Heloíse Fernandes; PEDUZZI, Marina; SILVA, Marina Charantola. Atenção centrada no paciente na prática interprofissional colaborativa. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v. 20, n. 59, p. 905-916, maio 2016.

ALMA-ATA. **Declaração de Alma-Ata de 1978**. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracaoalmaata.pdf> Acesso em: 11 ago. 2020

ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha. Atenção Primária à Criança e ao Adolescente do Século XXI: análise de situação e perspectivas. In: GUERRERO, Gastão Wagner de Sousa Campos; André Vinicius Pires (Org.). **Manual de Práticas em Atenção Básica**: Saúde Ampliada e Compartilhada. São Paulo: Hucitec, 2008. p. 346-367. (Saúde em Debate).

ALMEIDA, Paulo Vicente Bonilha; ZANOLLI, Maria de Lurdes. O papel do pediatra no PSF-Paidéia de Campinas (SP). **Ciência & Saúde Coletiva**, Campinas, v. 16, p.1479-1488, 2011.

ALMEIDA, Ana Claudia de. et al. Uso de instrumento de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança no Brasil - Revisão sistemática de literatura. **Rev. Paul Pediatría**, São Paulo, v. 34, n. 1, p. 122-131, 2015.

ALVES, Cláudia Regina Lindgren. et al. Qualidade do preenchimento da Caderneta de Saúde da Criança e fatores associados. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 583-595, 2009.

AMARANTE, Paulo. Novos sujeitos, novos direitos: o debate em torno da reforma psiquiátrica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 491-494, 1995.

AMARANTE, Paulo; NUNES, Mônica de Oliveira. A reforma psiquiátrica no SUS e a luta por uma sociedade sem manicômios. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2067-2074, jun. 2018.

ARAÚJO, Juliane Pagliari et al. História da saúde da criança: conquistas, políticas e perspectivas. **Rev Bras Enferm.**, Brasília, v. 67, n. 6, p. 1000-1007, 2014.

ARENDETT, Hannah. **A Condição Humana**. 13. ed. Rio de Janeiro. Forense Universitária. 2020.

ARIÈS, Philippe. **História social da criança e da família**. Tradução Dora Flaksman. 2. ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.

- BADINTER, Elisabeth. **Um Amor conquistado**: o mito do amor materno. Tradução Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BONET, Octavio. Saber e Sentir: Uma Etnografia da Aprendizagem da Biomedicina. **Physis: Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, 123-150, 1999.
- BONET, Octavio. **Os médicos da pessoa**: Um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina. 1. ed. Rio de Janeiro: 7 letras, 2014.
- BONILHA, Luís Roberto de Castro Martins. **Puericultura**: olhares e discursos no tempo. Campinas, SP: (s.n.), 2004.
- BONILHA, Luís Roberto, RIVORÊDO, Carlos R. Puericultura: duas concepções distintas. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 81 n.1, p. 7-13, 2005.
- BRAGA, Claudia Pellegrini; D'OLIVEIRA, Ana Flávia Pires Lucas. Políticas públicas na atenção à saúde mental de crianças e adolescentes: percurso histórico e caminhos de participação. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 401-410, fev. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da criança**: ações básicas. Brasília: Ministério da Saúde; 1984.
- BRASIL. Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos. Secretaria Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente. **Estatuto da Criança e do Adolescente** – ECA, 1990. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-e-adolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf> Acesso em: 24 de ago. de 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- BRASIL. Lei nº 10.216/2001 de 6 de abril de 2001. Política Nacional da Saúde Mental. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: DF, 2002a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/2002 Dispõe sobre as normas e diretrizes para organização dos CAPS. Brasília, DF. **Diário Oficial da União** de 19 de fevereiro de 2002. 2002b.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde, Brasília: CONASS, 2003. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf em: 21 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 1608, de 3 de agosto de 2004. Constitui o Fórum Nacional sobre Saúde Mental de Crianças e Adolescentes. Brasília, DF. **Diário Oficial da União**, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. DAPE. Coordenação Geral de Saúde Mental. **Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil**. Documento apresentado à Conferência Regional de Reforma dos Serviços de Saúde Mental: 15 anos depois de Caracas. OPAS. Brasília, novembro de 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 687 MS/GM, de 30 de março de 2006. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**, 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM n. 2395 de 07 outubro de 2009. **Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis**, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais saúde: direito de todos: 2008 – 2011**. 5. ed. Brasília, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização para da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**. 2010c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestões e gestores de políticas públicas de atenção à saúde da criança: 70 anos de história**. Brasília: DF, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)**. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano. **Cadernos de Atenção Básica**, Brasília, n. 39, p.116, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.130/GM, de 5 de agosto de 2015. **Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: DOU, 2015.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 2016a. Disponível em: https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf em 21 jul. 2020.

BRASIL. Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016. Marco Legal da Primeira Infância. **Diário Oficial da União**: seção 01, Brasília, DF, ano 153, n. 46, 09 março de 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. **Aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança: orientações para implementação**. Brasília, 2018.

BUSS, Paulo Marchiori. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A Saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

BUSS Paulo Marchiori, Carvalho AI. Desenvolvimento da Promoção da Saúde no Brasil últimos vinte anos (1988-2008). **Ciencia Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p.2305-2316, 2009.

BUSS, Paulo Marchiori. **Para promover saúde, é preciso enfrentar a pobreza**. Centro de Estudos Estratégicos-Fiocruz, 2017. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=node/530>. Acesso em: 17 mar. 2020.

CAMINHA, Maria de Fátima Costa et al. Vigilância do desenvolvimento Infantil: análise da situação brasileira. **Rev. Paulista Pediatria**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 102-109, Mar. 2017.

CARDOSO, Fernanda Guimarães Campos et al. Validade Concorrente da Escala Brunet-Lézine com a Escala Bayley para Avaliação do Desenvolvimento de Bebês Pré-Termo até dois anos. **Revista Paulista de Pediatria**, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 144-150, jun. 2017.

CARLOMAGNO, Márcio C.; ROCHA, Leonardo Caetano da. Como Criar e Classificar Categorias para Fazer Análises de Conteúdo: uma questão metodológica. **Revista Eletrônica de Ciência Política**, [S.l.], v.7, n.1, July 2016.

CASTRO, Adriana Miranda de. Promoção da Saúde: controvérsias e apostas. In: MELO, Walter et al.. **Mobilização, Cidadania e Participação Comunitária**. Rio de Janeiro; Espaço Artaud, 2016.

CECCON, Roger Flores. et al. Mortalidade infantil e Saúde da Família nas unidades da Federação brasileira, 1998–2008. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 22, n.2, p. 177-183, 2014.

COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA (CNRM). Resolução nº 1, de 29 de dezembro de 2016.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Fórum de Pediatria CNRM/CFM/SBP: **O programa de Residência Médica com duração de três anos: uma realidade a ser construída por todos.** Brasília, 2018. Disponível em: http://www.eventos.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=21141:201_8-05-21-18-52-16&catid=46:artigos Acesso em: 16 fev. 2020.

COSTA, Juliana Cristina. A Paideia: a arte de educar para a vida toda diante dos desafios de uma Pedagogia da Infância. **Filos. e Educ.**, Campinas, SP, v.10, n.1, p.121-135, jan./abr. 2018.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DUARTE, Cristiane S; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. A saúde mental infantil na Saúde Pública brasileira: situação atual e desafios. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, São Paulo, v. 30, n. 4, p. 384-389, dez. 2008.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Crianças e adolescentes na agenda política da saúde mental brasileira: inclusão tardia, desafios atuais. **Psicol. clin.**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 17-40, jul. 2015.

COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Paulo Gabriel Godinho. Presença viva da saúde mental no território: construção da rede pública ampliada de atenção para crianças e adolescentes In: LAURIDSEN-RIBEIRO, E; LYKOUROPOULOS, CA (Org.). **O Capsi e o desafio da gestão em rede.** 1. ed. São Paulo: Hucitec, 2016.

COUTO, Maria Cristina Ventura; TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. **Rede, território e a atenção psicossocial para crianças e adolescentes: compartilhamento e colaboração intersetorial - Projeto Cuidado Colaborativo: relatório das atividades desenvolvidas em 2017.** Universidade Federal do Rio de Janeiro - Instituto de Psiquiatria, Rio de Janeiro: Nuppsam, 2017. Disponível em: <http://nuppsam.org/> Acesso em: 15 jun. 2018.

CUNHA, George Henrique de Moura et al. A Industrialização Brasileira entre 1900 e 1930 em uma perspectiva histórica. **Hegemonia – Revista Eletrônica de Relações Internacionais do Centro Universitário Unieuro.** UNIEURO, Brasília, n. 21, p. 82-106 jul./dez. 2017.

DALLARI, Sueli Gandolfi. O Direito à Saúde. **Rev Saude Publica**, v. 22, n.1, p.57-63, 1988.

DICKSTEIN, Paulo Jorge. **Subjetividade dos Médicos em Formação e a Prática Pediátrica.** 2015. Tese (Doutorado) - Curso de Instituto de Estudos em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2015.

FREIRE, Maria Martha de Luna; LEONY, Vinícius Silva. A Caridade Científica: Moncorvo Filho e o Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro (1889-1930). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.18, p. 199-225, dez. 2011.

GIOVANELLA, Ligia et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1763-1776, jun. 2018.

GLOBAL PEDIATRIC EDUCATION CONSORTIUM (Estados Unidos) GPEC. **Training and Sustaining a Global Pediatric Workforce.** 2019. Disponível em: <https://www.globalpediatrics.org/home.html>. Acesso em: 29 mar. 2020.

- HEIDMANN, Ivonete T.S. Buss et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto contexto – enfermagem**. Florianópolis, v.15, n.2, p.352-358, 2006.
- HOCHMAN, Gilberto. **Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945)**. Educ. rev., Curitiba, nº. 25, p. 127-141, junho de 2005.
- JACOBSON, Nora. Social Epistemology: Theory for the “fourth wave” of knowledge transfer and Exchange research. **Sci Commun**; v.29, n.1, p. 116-127, 2007.
- JORGE, Maria Salete Bessa et al. Promoção da Saúde Mental - Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, co-responsabilização e autonomia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, p. 3051-3060, jul. 2011.
- JUCÁ, Vlória. As políticas de saúde mental infanto juvenil no Brasil: a construção de uma rede de atenção psicossocial sensível às especificidades da infância e da adolescência. **Revista da Associação Nacional de História - Seção Ceará**. Fortaleza, vol. 10, n. 19, jan./jun. 2019.
- KHUN-SANTOS, Renata Cavalcante; RESEGUE, Rosa; PUCCINI, Rosana Fiorini. Puericultura e a Atenção à Saúde da Criança: aspectos históricos e desafios. **Journal of Human Growth and Development**, v. 22, n.2, p.160-165, 2012.
- LIMA, Rossano Cabral. **A construção contemporânea de bioidentidade**: um estudo sobre o transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDA/H). Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.
- LIMA, Rossano Cabral. **Autismo como transtorno da memória pragmática**: teses cognitivistas e fenomenológicas à luz da filosofia de Henri Bergson. Brasil. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- MALTA, Deborah Carvalho et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 1683-1694, jun. 2016.
- MANTOVANI, Rafael. O que foi a polícia médica? História, Ciências, Saúde. Manguinhos, Rio de Janeiro, v.25, n.2, abr./jun. p.409-427, 2018.
- MATTA, Gustavo Corrêa. A organização mundial da saúde: do controle de epidemias à luta pela hegemonia. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 371-396, set. 2005.
- MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 447-448, maio 2004.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v.4, n.6, p.109-116, fev. 2000.

MEYER, Arlette Dubocage. La Puériculture Scientifique. Faces de Eva. **Estudos sobre a Mulher**, Lisboa, n. 38, p. 115-132, dez. 2017.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.3, p.621-626, mar. 2012.

MOREIRA, Andréia de Santana Silva et al. Reflexões acerca do Ensino de Pediatria no Século XXI: o cenário brasileiro. **Revista brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 3, p. 339-343, set. 2015.

MOREIRA, Maria Elizabeth Lopes; GOLDANI Marcelo Zubaran. A Criança é o Pai do Homem: novos desafios para a área de saúde da criança. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 321-327, 2010.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA Angélica Ferreira, PEREIRA Isabel Brasil. Educação em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil, LIMA, Júlio César França (ed.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, p. 155-162. 2008.

MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães Cardoso; FONSECA, Angélica Ferreira; LIMA, Luciana Dias de. Política Nacional de Atenção Básica 2017: retrocessos e riscos para o Sistema Único de Saúde. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 11-24, jan. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Carta de Ottawa** – Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá, novembro de 1986. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf Acesso em: 21 de jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial da Saúde: Saúde mental: nova concepção, nova esperança**. 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS).. **Mental Health Action Plan 2013-2020**, 2013. Disponível em: https://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/en/ Acesso em: 21 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Declaração Universal dos direitos humanos**, 1949. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2018/10/DUDH.pdf> Acesso em: 21 jul. 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**, 2015. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf> Acesso em: 03 ago. 2020.

PACHECO, Leandro França. **Articulação entre atenção psicossocial e atenção básica para o cuidado integral de bebês: a importância do acompanhamento do desenvolvimento psíquico**, 2020. Dissertação (Mestrado Profissional em Atenção Psicossocial), Instituto de Psiquiatria. Rio de Janeiro, 2020.

PAIM, Jairnilson Silva. Ações integradas de saúde (AIS): por que não dois passos atrás. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 167-183, jun. 1986.

PAULA, Juliana Braga de; IBIAPINA, Flávio Lúcio Pontes; MOSSÉ, Philippe. Um olhar sobre sistemas de saúde locais e nacionais. Fundação Edson Queiroz. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, Fortaleza, v. 31, n. 4, p. 1-3, 21 dez. 2018.

PEIXOTO, Maria Virgínia Marques. (Coord.). **Relatório integrado das pesquisas: Utilização da caderneta de saúde na vigilância do crescimento e do desenvolvimento de crianças brasileiras na primeira infância & Compreensão do discurso profissional sobre a prática da vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança na estratégia de saúde da família.** (IFF)/Fiocruz - Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira, 2017.

PENELLO, Liliane Mendes. Introdução. In: PENELLO, Liliane Mendes; LUGARINHO, Liliana Planel. (Orgs.). **Estratégia brasileiras e brasileirinhos saudáveis: a contribuição da estratégia brasileiras e brasileirinhos saudáveis à construção de uma política de atenção integral à saúde da criança.** Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, 2013, p. 15-24.

PENELLO, Liliane Mendes; ROSARIO, Selma Eschenazi. E. Estratégia Brasileirinhas e Brasileirinhos Saudáveis (EBBS): sobre as razões e os afetos deste percurso estratégico em defesa de uma Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, v. 53, p. 39-56, 2016.

PEREIRA, André Ricardo. A criança no Estado Novo: uma leitura na longa duração. **Rev. bras. Hist.**, São Paulo, v. 19, n. 38, p. 165-198, 1999.

PEREIRA, Júnia Sales. **História da Pediatria no Brasil de Final do Século XIX a Meados do Século XX**, 2006. Tese (Doutorado) - Curso de Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, História, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, jun. 2018.

PIRES-ALVES, Fernando Antônio; CUETO, Marcos. A década de Alma-Ata: a crise do desenvolvimento e a saúde internacional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 7, p. 2135-2144, jul. 2017.

RAMOS, Júlia Florêncio Carvalho et al. Pesquisa participativa e as estratégias de promoção da saúde integral da criança no Sistema Único de Saúde (SUS). **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 22, n. 67, p. 1077-1089, dez. 2018.

RAPPAPORT, Clara Regina; FIORE, Wagner da Rocha; DAVIS, Cláudia. Psicologia do Desenvolvimento. **Teorias do desenvolvimento: conceitos fundamentais.** São Paulo: 1 ed., v.1, 1981.

RATIS, Cristiane de Albuquerque Silva; BATISTA FILHO, Malaquias. Aspectos estruturais e processuais da vigilância do crescimento de menores de cinco anos em serviços públicos de saúde do Estado de Pernambuco. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 44-53, Mar. 2004.

RIVOREDO, Carlos Roberto Soares Freire de. *Pediatria: medicina para crianças?* **Saúde e Sociedade**, v. 7, n. 2, p. 33-45, 1998.

RIVORÊDO, Carlos Roberto Soares Freire de.; OLIVEIRA, Gustavo Nunes; MENDES, Roberto Teixeira. **A prática pediátrica no SUS: Reflexões sobre o papel dos pediatras na Estratégia de Saúde da Família.** Instituto de Pediatria Unicamp. São Paulo: Campinas, 2011.

RODRIGUES, Ricardo Donato; ANDERSON, Maria Inez Padula. Saúde da família: uma estratégia necessária. **Rev bras med fam comunidade.** Florianópolis, v. 6, n.18, p. 21-24, 2011.

ROSA, João Guimarães. **Grande Sertão: Veredas.** Primeira Edição. Rio de Janeiro. Nova Fronteira, 2006.

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Médicos e filantropos: a institucionalização do ensino da pediatria e da assistência à infância no rio de janeiro da primeira república. **Varia História**, Belo Horizonte, v. 26, n. 44, p. 437-459, jul. 2010.

SANGLARD, Gisele; FERREIRA, Luiz Otávio. Pobreza e filantropia: Fernandes Figueira e a assistência à infância no Rio de Janeiro (1900-1920). **Estudos históricos**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 53, p. 71-91, jun. 2014.

SANGLARD, Gisele. Entre o Hospital Geral e a Casa dos Expostos: assistência à infância e transformação dos espaços da Misericórdia carioca (Rio de Janeiro, 1870-1920). **Revista Portuguesa de História**, v. 47, p. 337-358, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP) (ed.). **Ato público realizado em Brasília, pediatria no PSF já!** 2006. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/ato-publico-realizado-em-brasilia-pediatria-no-psf-ja/> Acesso em: 19 jun. 2006.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP) (ed.). **Três anos de residência médica em pediatria.** 2009. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/tres-anos-de-residencia-medica-em-pediatria/> Acesso em: 15 jan. 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP) (ed.). **Aprovada a residência de 3 anos!** 2013. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/aprovada-a-residencia-de-3-anos/>. Acesso em: 24 jul. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA (SBP) (ed.). **Ampliação da Residência em Pediatria para três anos tem aval da SBP, que se preocupa com a forma de execução da proposta.** 2016. Disponível em: <https://www.sbp.com.br/imprensa/detalhe/nid/ampliacao-da-residencia-em-pediatria-para-tres-anos-tem-aval-da-sbp-que-se-preocupa-com-a-forma-de-execucao-da-proposta/> Acesso em: 25 out. 2016.

SETTON, Maria da Graça Jacintho. A teoria do habitus em Pierre Bourdieu: uma leitura contemporânea. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 20, p. 60-70, ago. 2002.

SOARES, André Marcelo Machado. Outro discurso sobre o método: o significado contemporâneo da cientificidade e a reflexão bioética. In: SOARES, A.M.M. et al.

Conhecimento e sociedade: a memória do presente na construção do futuro. Rio de Janeiro: Editora Real Engenho, 2011, p. 11-32.

SOUZA, Thiago Moreira de Oliveira e (Org.). **Mobilização, Cidadania e Participação Comunitária**. Rio de Janeiro: Espaço Artaud, 2016. (Coleção Saúde e Educação, n. 5).

SOUZA, Renilson Rehem de; VIEIRA, Martha Gonçalves; LIMA JUNIOR, Cláudio José Ferreira. A rede de atenção integral à saúde da criança no Distrito Federal, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 6, p. 2075-2084, jun. 2019.

TEIXEIRA, Melissa Ribeiro; COUTO, Maria Cristina Ventura; DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Atenção básica e cuidado colaborativo na atenção psicossocial de crianças e adolescentes: facilitadores e barreiras. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1933-1942, jun. 2017.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (UNICEF). Organização das Nações Unidas – ONU. **Convenção sobre os Direitos da Criança 1989**. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca> Acesso em: 24 de agosto de 2020.

WINNICOTT, Donald Woods. **Pediatria e psiquiatria (1948)**. In: WINNICOTT, Donald Woods Textos Selecionados. Da pediatria à psicanálise. Ed. Francisco Alves. Rio de Janeiro 1978.

APÊNDICES

APÊNDICE A- ROTEIRO DO GRUPO FOCAL

Grupo Focal

- 1) Como está organizado o cuidado longitudinal em puericultura para a primeira infância (zero a 72 meses), no IFF/Fiocruz?
- 2) Existe um eixo teórico-clínico claro que embasa as consultas de puericultura?
- 3) Quais são as suas principais preocupações numa consulta de puericultura?
- 4) Vocês consideram o ambiente familiar da criança? E o ambiente socioeconômico do cuidador e da família?
- 5) Quais são as principais queixas trazidas pelos cuidadores no IFF/Fiocruz?
- 6) Existem queixas espontâneas em relação ao desenvolvimento psíquico? Quais são as queixas mais comuns? O que vocês acham delas?
- 7) O que vocês entendem como desenvolvimento psíquico, como vocês acompanham este desenvolvimento e como fazem para lidar com os problemas que vocês detectam ou suspeitam?
- 8) Como vocês fazem para lidar com os problemas psíquicos que os acompanhantes detectam ou suspeitam em relação a criança? E sobre questões relacionadas ao comportamento do cuidador ou outro membro da família da criança?
- 9) A Caderneta de Saúde da Criança é um instrumento importante no cuidado longitudinal de puericultura no IFF/Fiocruz? Por quê?
- 10) Você acredita que uma criança acompanhada de forma integral na puericultura, apesar dos determinantes sociais, pode desenvolver o seu potencial máximo na vida adulta? Por quê?

**APÊNCICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Médico Residente)**

Título do estudo: A formação do pediatra e a atenção psicossocial no SUS: colaboração entre áreas para o acompanhamento e cuidado do desenvolvimento psíquico na primeira infância.

Pesquisador: Antonio Luiz Gonçalves Albernaz

E-mail: antonio.albernaz@iff.fiocruz.br **Telefone:** 9 96138588 ou 2554-1891.

Orientadora: Maria Cristina Ventura Couto

E-mail: cris.ventura13@yahoo.com.br **Telefone:** (21) 3938-5516.

Endereço: Av. Venceslau Brás, 71 – Campus da Praia Vermelha – Botafogo – Rio de Janeiro, RJ. Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas em Saúde Mental (NUPPSAM), no IPUB/UFRJ (Prédio de Gabinete de Direção). Aberto de segunda a sexta-feira das 9h às 17h.

Prezado(a) _____,

you are being invited to participate in a research titled “A formação do pediatra e a atenção psicossocial no SUS: colaboração entre áreas para o acompanhamento e cuidado do desenvolvimento psíquico na primeira infância”, due to the fact of being **Médico Residente em Pediatria** (MRP) of Instituto Nacional de Saúde da Mulher Criança e Adolescente Fernandes Figueira - IFF/Fiocruz and for having already started the module of puericulture for more than 6 months.

The responsible researcher, Antonio Luiz Gonçalves Albernaz, is a master's student in the Program of Professional Master's in Psychosocial Attention, of the Institute of Psychiatry at UFRJ, under the guidance of Professor Maria Cristina Ventura Couto, and the results of the study will be presented as a dissertation for the conclusion of the course.

The research, with emphasis on psychosocial development in the first childhood, aims to understand and analyze the perception of MRP in relation to their formation, when they come into contact with the experience of puericulture carried out in a Family Health Strategy (ESF), when it works in direct articulation with the APIA.

The research has as a premise the fact that there is a tendency in the formation of MRP to a greater valuation of biological aspects in relation to subjective aspects of integral development in the first childhood, more specifically the psychosocial development. The APIA field, articulated with the ESF, can contribute to the formation of MRP for

uma melhor acuidade na vigilância de eventuais vicissitudes do desenvolvimento psíquico.

Serão convidados a participar quatro MRP e um preceptor, todos do IFF/Fiocruz. O estudo tem caráter qualitativo e utilizará estratégias de um Grupo Focal e um Grupo de devolutiva seguido de debate. Sua participação se dará em 2 momentos: a) uma primeira participação num Grupo Focal; c) uma segunda participação em Grupo de devolutiva seguido de debate.

Os benefícios potenciais da pesquisa se referem a possibilidade de aprofundamento das ações de cuidado integral da primeira infância, com ênfase no desenvolvimento psíquico, ampliando as dimensões do cuidado com repercussões positivas para o bebê/criança, família e na formação de MRP.

Os possíveis riscos decorrentes da sua participação na pesquisa são referentes a quebra de sigilo e confidencialidade em relação aos dados coletados. Para minimizar estes riscos, os dados serão codificados com os participantes registrados através de letras. Somente o pesquisador e a orientadora terão conhecimento da totalidade das informações na apresentação dos resultados da pesquisa.

Os encontros para a realização do Grupo Focal e do Grupo de Devolutiva serão gravados e, posteriormente, transcritos e armazenados pelo pesquisador. Todos os dados da pesquisa, sob a responsabilidade do pesquisador, estarão a sua disposição a qualquer momento para que possam ser consultados sem restrições.

A sua participação é voluntária e você poderá se recusar a participar do estudo ou se retirar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo; sendo também facultado ao pesquisador retirá-lo da pesquisa, caso julgue necessário para o seu bem-estar.

Não estão previstas quaisquer formas de pagamento ou benefícios materiais por sua participação. Custos adicionais decorrentes de sua participação na pesquisa poderão ser ressarcidos se solicitados.

Você receberá uma via idêntica do TCLE assinada e rubricada em todas as páginas pelo pesquisador.

O Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) envolvidos se encontram a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias.

CEP do Instituto de Psiquiatria da UFRJ/IPUB. Endereço: Av. Venceslau Brás, 71

– Campus da Praia Vermelha – Botafogo – Rio de Janeiro, RJ (e-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br Telefone: (21) 3938-5510).

CEP Instituto Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz. Endereço: Av. Rui Barbosa 716, Flamengo. Rio de Janeiro – RJ (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491).

Caso seja do seu desejo participar deste estudo, assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e devolva-o ao pesquisador. Você deve guardar a sua via destas informações e do TCLE para seu próprio registro.

Eu, _____, autorizo, voluntariamente, que as informações fornecidas por mim sejam utilizadas nessa pesquisa.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

Pesquisador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

Assinatura _____

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Preceptor)

Título do estudo: A formação do pediatra e a atenção psicossocial no SUS:

colaboração entre áreas para o acompanhamento e cuidado do desenvolvimento psíquico na primeira infância.

Pesquisador: Antonio Luiz Gonçalves Albernaz

E-mail: antonio.albernaz@iff.fiocruz.br **Telefone:** 9 96138588 ou 2554-1891.

Orientadora: Maria Cristina Ventura Couto

E-mail: cris.ventura13@yahoo.com.br **Telefone:** (21) 3938-5516.

Endereço: Av. Venceslau Brás, 71 – Campus da Praia Vermelha – Botafogo – Rio de Janeiro, RJ. Núcleo de Pesquisa em Políticas Públicas em Saúde Mental (NUPPSAM), no IPUB/UFRJ (Prédio de Gabinete de Direção). Aberto de segunda a sexta-feira das 9h às 17h.

Prezado(a) _____,

you are being invited to participate in a research called "The formation of the pediatrician and psychosocial attention in the SUS: collaboration between areas for the follow-up and care of the psychosocial development in the first childhood", due to the fact of being **Preceptor** of the Medical Residency in Pediatrics of the Instituto Nacional de Saúde da Mulher Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF/Fiocruz).

The researcher responsible, Antonio Luiz Gonçalves Albernaz, is a master's student of the Professional Master's Program in Psychosocial Attention, of the Instituto de Psiquiatria da UFRJ, under the guidance of Professor Maria Cristina Ventura Couto, and the results of the study will be presented as a dissertation for the conclusion of the course.

The research, with emphasis on psychosocial development in the first childhood, aims to understand and analyze the perception of the Preceptor and the Resident Medical Officers in Pediatrics (MRP) in relation to their formation.

The research has as a premise the fact that there is a tendency in the formation of the MRP to a greater valuation of biological aspects in relation to subjective aspects of development in the first childhood, more specifically the psychosocial development. The field of the APIA, articulated with the ESF, can contribute to the formation of the MRP for a better acuity in

vigilância de eventuais vicissitudes do desenvolvimento psíquico.

Serão convidados a participar quatro MRP e um preceptor, todos do IFF/Fiocruz. O estudo tem caráter qualitativo e utilizará estratégias de um Grupo Focal e um Grupo de Devolutiva seguido de debate. Sua participação se dará em 2 momentos: a) uma primeira participação num Grupo Focal; c) uma segunda participação em Grupo de Devolutiva seguido de debate.

Os benefícios potenciais da pesquisa se referem a possibilidade de aprofundamento das ações de cuidado integral da primeira infância, com ênfase no desenvolvimento psíquico, ampliando as dimensões do cuidado com repercussões positivas para o bebê/criança, família e na formação de MRP.

Os possíveis riscos decorrentes da sua participação na pesquisa são referentes a quebra de sigilo e confidencialidade em relação aos dados coletados. Para minimizar estes riscos, os dados serão codificados com os participantes registrados através de letras. Somente o pesquisador e a orientadora terão conhecimento da totalidade das informações na apresentação dos resultados da pesquisa.

Os encontros para a realização dos Grupo Focal e do Grupo de Devolutiva serão gravados e, posteriormente, transcritos e armazenados pelo pesquisador. Todos os dados da pesquisa, sob a responsabilidade do pesquisador, estarão a sua disposição a qualquer momento para que possam ser consultados sem restrições.

A sua participação é voluntária e você poderá se recusar a participar do estudo ou se retirar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo; sendo também facultado ao pesquisador retirá-lo da pesquisa, caso julgue necessário para o seu bem-estar.

Não estão previstas quaisquer formas de pagamento ou benefícios materiais por sua participação. Custos adicionais decorrentes de sua participação na pesquisa poderão ser ressarcidos se solicitados.

Você receberá uma via idêntica do TCLE assinada e rubricada em todas as páginas pelo pesquisador.

O Comitês de Ética em Pesquisa (CEP) envolvidos se encontram a disposição para eventuais esclarecimentos éticos e outras providências que se façam necessárias.

CEP do Instituto de Psiquiatria da UFRJ/IPUB. Endereço: Av. Venceslau Brás, 71

– Campus da Praia Vermelha – Botafogo – Rio de Janeiro, RJ (e-mail: comite.etica@ipub.ufrj.br Telefone: (21) 3938-5510).

CEP Instituto Fernandes Figueira – IFF/Fiocruz. Endereço: Av. Rui Barbosa 716, Flamengo. Rio de Janeiro – RJ (e-mail: cepiff@iff.fiocruz.br Telefones: 2554-1730/fax: 2552-8491).

Caso seja do seu desejo participar deste estudo, assine o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e devolva-o ao pesquisador. Você deve guardar a sua via destas informações e do TCLE para seu próprio registro.

Eu, _____, autorizo, voluntariamente, que as informações fornecidas por mim sejam utilizadas nessa pesquisa.

Declaro que li e entendi todo o conteúdo deste documento.

Assinatura _____

Data _____

Telefone _____

Pesquisador que obteve o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome _____

Assinatura _____

ANEXO**COMISSÃO NACIONAL DE RESIDÊNCIA MÉDICA
RESOLUÇÃO Nº 1, DE 29 DE DEZEMBRO DE 2016.**

Dispõe sobre os requisitos mínimos do Programa de Residência Médica em Pediatria e dá outras providências.

O Presidente da Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), no uso de suas atribuições e tendo em vista o disposto no Decreto nº 80.281, de 05 de setembro de 1977, na Lei nº 6.932, de 07 de julho de 1981 e no Decreto nº 7.562, de 15 de setembro de 2011, e considerando a necessidade de atualização das Resoluções da CNRM e, especialmente, a necessidade de reestruturação integral do Programa de Residência Médica em Pediatria, resolve:

Art. 1º. Os Programas de Residência Médica de Pediatria credenciáveis pela CNRM Médica passarão a ter a duração de 03 (três) anos.

§ 1º Os Programas de Residência Médica em Pediatria credenciados pela CNRM em data anterior à publicação da presente Resolução deverão se adaptar aos seus termos até o início do ano letivo de 2019, mediante novo Pedido de Credenciamento de Programa (PCP), não constituindo o 3º ano mero acréscimo aos Programas pré-existentes.

§ 2º Somente serão credenciados pela CNRM os Programas de Residência Médica em Pediatria que cumprirem as exigências estabelecidas na presente Resolução.

Art. 2º. Ficam estabelecidos na forma do Anexo I a esta Resolução os requisitos mínimos para o 1º, 2º e 3º anos do Programa de Residência Médica em Pediatria.

Art. 3º. O estágio opcional referente ao 3º ano do PRM em Pediatria poderá ser cumprido na própria instituição ministradora ou em instituição formalmente conveniada, no Brasil ou no exterior. Parágrafo único. O médico residente que optar por cumprir o estágio fora da instituição ministradora do PRM deverá apresentar à COREME, após o término do estágio, documentação comprobatória de frequência e aproveitamento, sob pena de não reconhecimento do estágio e, conseqüentemente, da carga horária correspondente para o cálculo da carga horária anual total prescrita pela CNRM.

Art. 4º. Os locais de treinamento e cenários de prática dos PRM em Pediatria são os mencionados no Anexo II a esta Resolução.

Art. 5º. Revoga-se o item 48 da Resolução CNRM nº 02, de 17 de maio de 2006, e as demais disposições em contrário.

Art. 6º. Esta Resolução entra em vigor na data de sua publicação.

MAURO LUIZ RABELO

Em exercício

ANEXO I

PRIMEIRO ANO (R1)

A. Conhecimento e competências:

1. Promover a integração dos conhecimentos básicos e clínicos para avaliar e orientar o processo normal do crescimento e desenvolvimento na infância e adolescência;
2. Reconhecer a importância das condições ambientais, psicológicas e socioculturais no atendimento de crianças e adolescentes;
3. Valorizar o aleitamento materno e o vínculo mãe-filho para o crescimento e desenvolvimento;
4. Compreender os conceitos de atenção primária, atenção secundária e atenção terciária nos sistemas de saúde e o sistema de referência e contra-referência;
5. Atender o recém-nascido e acompanhá-lo no alojamento conjunto e berçários;
6. Diagnosticar e tratar completamente as doenças mais frequentes na infância e adolescência, sabendo distinguir sua gravidade para indicar o nível de complexidade adequado ao seu atendimento;
7. Reconhecer as causas mais comuns dos acidentes na infância e a sua prevenção;
8. Atuar na promoção da saúde e prevenção de doenças, valorizando o Programa Nacional de Imunizações;
9. Valorizar o trabalho em equipe multidisciplinar para a abordagem adequada dos casos mais complexos;
10. Desenvolver plano de tratamento levando em conta o custo/efetividade;
11. Desenvolver habilidade para comunicar e aconselhar pacientes/ responsáveis sobre indicações, contraindicações e complicações de procedimentos propostos no plano terapêutico;
12. Conhecer o código de ética;

B. Habilidades e atitudes:

1. Executar anamnese pediátrica, exame clínico completo, incluindo medidas antropométricas e psicomotoras;
2. Executar orientação alimentar adequada para a criança e o adolescente normais, levando em consideração as suas condições de vida;
3. Orientar as vacinas de acordo com o calendário do Programa Nacional de Imunizações, levando em conta suas indicações, contraindicações e eventos adversos;
4. Orientar adequadamente a prevenção de acidentes na infância, de acordo com cada faixa etária;
5. Executar o atendimento ao recém-nascido de baixo risco;
6. Orientar as mães puérperas para os cuidados ao recém-nascido de baixo risco no ambiente hospitalar e após alta;

7. Realizar o atendimento das doenças mais prevalentes na infância e adolescência, e abordar com a família suas alternativas de tratamento;
 8. Identificar as situações pediátricas que requeiram atendimento de urgência e suporte avançado de vida;
 9. Reconhecer situações que necessitem de encaminhamento para outras especialidades médicas ou para atendimento pediátrico especializado;
 10. Identificar e criar oportunidades para a promoção da saúde e prevenção de doenças do indivíduo e da comunidade em que presta serviço, e responder apropriadamente;
 11. Demonstrar responsabilidade no cuidado dos pacientes a si designados, dedicando a eles o tempo e esforço necessários;
 12. Demonstrar respeito à autonomia e privacidade dos pacientes e seus familiares;
 13. Fomentar uma relação de respeito e empatia com os pacientes e seus familiares, sem perder a postura profissional;
 14. Interagir de forma adequada com os demais profissionais de saúde: outros residentes, médicos assistentes, médicos de outras especialidades, outros profissionais de equipe multidisciplinar e funcionários dos outros serviços de saúde;
 15. Interagir com outros recursos da comunidade, como escolas e creches para promover orientações de saúde;
 16. Participar das questões desafiadoras da atenção, em situações difíceis como comunicação de más notícias/morte;
 17. Participar ativamente das discussões em visitas clínicas, apresentar verbalmente, de maneira efetiva, relatórios de um atendimento clínico ou plano de conduta;
 18. Administrar o tempo para equilibrar suas atividades educacionais e assistenciais;
 19. Priorizar adequadamente as tarefas diárias de muitos pacientes e problemas;
 20. Acessar e interpretar as evidências científicas relevantes à prática clínica;
 21. Preencher, de forma organizada e compreensível, o prontuário médico; 22. Ser capaz de realizar:
 - Punção venosa periférica para acesso e coleta de exames;
 - Punção arterial para coleta de exames;
 - Sondagem vesical;
 - Sondagem nasogástrica;
 - Punção lombar para coleta de líquido;
 - Punção torácica;
 - Reanimação em sala de parto para recém-nascidos de baixo risco;
 - Técnicas inalatórias.
- C. Distribuição da carga horária (R1):
- Conteúdo programático-prático: corresponde a 80-90% da carga horária total (60 horas semanais).

1. Atenção básica - 20 a 30% (preferencialmente 2 a 3 vezes por semana, durante todo o ano);
2. Treinamento nos cuidados a pacientes internados (enfermaria pediátrica) - 15 a 20%;
3. Atenção neonatal básica (assistência ao recém-nascido em sala de parto, alojamento conjunto) - 15 a 20%;
4. Treinamento em urgência e emergência - 20 a 25%.

Conteúdo Programático-teórico: corresponde a 10-20% da carga horária total (60 horas semanais)

1. Será ministrado sob a forma de reuniões clínicas, seminários, cursos de atualização e discussões clínicas.

SEGUNDO ANO (R2)

A. Conhecimento e competências:

1. Integrar os conhecimentos necessários para avaliar o processo de crescimento e desenvolvimento de crianças e adolescentes, com especial atenção aos grupos vulneráveis;
2. Integrar os conhecimentos para a adequada compreensão dos determinantes biológicos, psicológicos e sociais dos distúrbios nutricionais;
3. Valorizar a saúde materna como um determinante da saúde do feto e do recém-nascido;
4. Integrar os conhecimentos para a utilização racional dos métodos laboratoriais para diagnóstico e acompanhamento de tratamento das doenças mais prevalentes em pediatria;
5. Integrar os conhecimentos para a utilização racional dos métodos de imagem para diagnóstico e acompanhamento de tratamento das doenças mais prevalentes em pediatria;
6. Compreender a importância da biologia molecular e da genética aplicadas à pediatria, integrando os conhecimentos para a determinação de doenças na faixa etária pediátrica;
7. Compreender a importância da prevenção na infância das doenças prevalentes no adulto;
8. Desenvolver conhecimentos para diagnosticar e tratar os problemas mais frequentes de saúde mental na infância e adolescência;
9. Integrar conhecimentos e habilidades no manejo de cuidados paliativos e final de vida (morte encefálica, dependência de VM, atestado de óbito...);
10. Reconhecer situações que requeiram encaminhamento ao Serviço Social e/ou Conselho Tutelar e/ou Vara da Infância e da Juventude;
11. Reconhecer situações em que seja necessário recorrer ao Comitê de Ética da instituição;

B. Habilidades e atitudes:

1. Prestar atendimento global ao recém-nascido normal e de risco, em sala de parto e berçário;
2. Executar o atendimento de crianças e adolescentes em unidades de urgência e emergência;
3. Acompanhar e conduzir o tratamento clínico no pré e pós-operatório de pequeno e médio porte em crianças e adolescentes;
4. Acompanhar e avaliar pacientes internados em enfermarias com doenças de média e alta complexidade, e em unidades de emergência;

5. Realizar o atendimento de crianças internadas em Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica;
6. Prestar atendimento integral à saúde do adolescente;
7. Estar capacitado a fornecer orientação e aconselhamento ao paciente e seus familiares relativamente aos diagnósticos, opções de tratamento, complicações e prognóstico das doenças mais prevalentes em pediatria, incluindo cuidados paliativos;
8. Expor à criança e aos seus familiares, de forma verdadeira e compreensível, as indicações dos procedimentos necessários ao atendimento, explicitando seus riscos e benefícios, e discutindo as eventuais evoluções desfavoráveis;
9. Participar dos processos educativos dos pacientes e de seus familiares em relação às questões de saúde mais prevalentes;
10. Demonstrar interesse, compaixão, respeito e responsabilidade pelo cuidado do seu paciente e cuidadores, acima de seus interesses próprios;
11. Garantir cuidados apropriados ao paciente terminal;
12. Reconhecer a comunicação como habilidade clínica essencial para o profissional de saúde;
13. Respeitar privacidade e autonomia do paciente, assim como a confidencialidade das informações compartilhadas;
14. Estar atento e responsivo a sinais não verbais;
15. Transmitir informações ao paciente, aos seus familiares e demais profissionais, de maneira humana, compreensível e que estimule a discussão e a participação no processo de decisão;
16. Reconhecer suas próprias limitações quanto à expertise clínica através da autoavaliação.
17. Executar os seguintes procedimentos:

Obtenção de acesso venoso central por técnica de Seldinger em veia jugular interna, veia subclávia e veia femoral;

Intubações oro e nasotraqueal;

Passagem de agulha intraóssea; Manobra completa de reanimação cardiorrespiratória;

Punção supra-púbica;

Cateterização de artéria e veia umbilicais;

Habilidades nos cuidados com ostomia (traqueostomia, gastrostomia);

Instalar Ventilação Não Invasiva (VNI).

C. Distribuição da carga horária (R2):

Conteúdo programático-prático: corresponde a 80-90% da carga horária total (60 horas semanais).

1. Atendimento ambulatorial de pediatria, acrescido de atendimento a crianças e adolescentes em situação de vulnerabilidade, e saúde mental básica - 15 a 25%;
2. Treinamento nos cuidados a pacientes em regime de internação hospitalar - 20 a 30%;
3. Atenção neonatal - (assistência ao recém-nascido em sala de parto, em situação de médio e alto risco, e acompanhamento de cuidados intensivos neonatais) - 15 a 20%;
4. Treinamento em urgência e emergência - 10 a 15%;

5. Treinamento em terapia intensiva pediátrica - 10 a 15%.

Conteúdo Programático-teórico: corresponde a 10-20% da carga horária total (60 horas semanais)

1. A carga horária entre 10% e 20% da carga horária total se dará sob a forma de reuniões clínicas, seminários, cursos de atualização e discussões clínicas.

TERCEIRO ANO (R3)

A. Conhecimento e competências:

1. Liderar a equipe de saúde no atendimento ao recém-nascido, à criança e ao adolescente;
2. Integrar os conhecimentos necessários para compor, com os dados obtidos pela anamnese, exame físico, exames subsidiários e condições de vida do paciente, um raciocínio clínico e uma programação terapêutica e de orientação, com base na melhor evidência disponível, para as doenças do recém-nascido, criança e adolescente, atuando com resolutividade na atenção primária e secundária;
3. Reconhecer crianças e adolescentes com doenças complexas e encaminhá-las corretamente através do sistema de referência disponível na região;
4. Acompanhar crianças e adolescentes com doenças crônicas, segundo plano terapêutico pré-estabelecido, mantendo diálogo com o especialista;
5. Integrar os conhecimentos para compreender os determinantes sociais da violência contra crianças e adolescentes;
6. Promover a integração dos conhecimentos para compreender os determinantes sociais do uso de drogas na adolescência;
7. Integrar equipe e participar do atendimento em Hospital Dia;
8. Integrar equipe e participar do atendimento ao trauma;
9. Desenvolver a capacidade de manter-se atualizado, buscando material adequado para aprendizagem constante;
10. Ler criticamente um artigo científico;

B. Habilidades e atitudes:

1. Interpretar adequadamente os exames laboratoriais e de imagem nas crianças e adolescentes;
2. Acompanhar e conduzir o tratamento clínico no pré o pós operatório em recém-nascidos, crianças e adolescentes;
3. Reconhecer, notificar e acompanhar a evolução dos casos de vitimização de crianças e adolescentes;
4. Reconhecer, acompanhar e, se for o caso, dar encaminhamento os adolescentes em uso de drogas lícitas e ilícitas;
5. Atender plenamente as situações de urgência e emergência e indicar criteriosamente internação em Unidade de Terapia Intensiva para todas as faixas etárias pediátricas;
6. Realizar e monitorar sedação e analgesia em procedimento;

7. Reconhecer e tratar os problemas mais prevalentes de saúde mental e distúrbios do comportamento;
8. Correlacionar seu raciocínio clínico com as características psicológicas, ambientais e sociais dos casos sob seu cuidado;
9. Reconhecer as crianças e adolescentes em situação de risco e conduzir o encaminhamento necessário;
10. Coordenar e liderar situações em que seja adequado discutir a introdução de cuidados paliativos e terminais;
11. Participar, junto com a família e o restante da equipe multidisciplinar, da discussão de eventual morte de um paciente e oferecer apoio ao luto da família;
12. Participar, quando necessário, do encaminhamento de pacientes e seus familiares a grupos de suporte multidisciplinar e entidades de apoio, como associação de pais.
13. Estar capacitado a:
 - Instalar Ventilação Mecânica Invasiva;
 - Liderar o grupo de reanimação;
 - Estar habilitado em sedação e analgesia para pequenos procedimentos.

C. Distribuição da carga horária (R3):

Conteúdo programático-prático: corresponde a 80-90% da carga horária total (60 horas semanais)

1. Atendimento ambulatorial nos campos das áreas de atuação pediátricas
2. Cuidados a pacientes portadores de doenças pertinentes ao domínio das distintas áreas de atuação pediátrica, em regime de internação - 20 a 25%;
3. Treinamento em urgência, emergência, trauma e atendimento de crianças e adolescentes vitimizados - 10%;
4. Treinamento clínico em pré e pós-operatório de cirurgias, sedação e analgesia - 10%;
5. Treinamento em terapia intensiva pediátrica - 10%;
6. Treinamento em terapia intensiva neonatal - 10%;
7. Estágio opcional - 10%.

Conteúdo Programático-teórico: corresponde a 10-20% da carga horária total (60 horas semanais)

1. A carga horária entre 10% e 20% da carga horária total se dará sob a forma de reuniões clínicas, seminários, cursos de atualização e discussões clínicas.

ANEXO II

1. Atendimento pediátrico em Unidades Básicas de Saúde, Ambulatórios de Crescimento e Desenvolvimento e Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs);
2. Ambulatório de Pediatria;
3. Ambulatórios de áreas de atuação em pediatria;
4. Enfermarias de pediatria;
5. Enfermarias de áreas de atuação em pediatria;

6. Unidades de pronto socorro ou unidades de urgência e emergência pediátricas;
7. Unidades de alojamento conjunto (ALCON);
8. Unidades neonatais de médio e alto risco;
9. Unidades de tratamento intensivo neonatal;
10. Unidades de tratamento intensivo pediátrico;
11. Quando disponíveis, o treinamento poderá se estender a creches, escolas, orfanatos e núcleos de atendimento ao adolescente.