



Revista Paulista de Pediatria

ISSN: 0103-0582

rpp@spsp.org.br

Sociedade de Pediatria de São Paulo  
Brasil

Gusson, Antônio Carlos T.; Lopes, José Carlos  
Pediatria no século 21: uma especialidade em perigo  
Revista Paulista de Pediatria, vol. 28, núm. 1, marzo, 2010, pp. 115-120  
Sociedade de Pediatria de São Paulo  
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406038932018>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal  
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

# Pediatria no século 21: uma especialidade em perigo

*Pediatrics in the 21<sup>st</sup> century: a specialty in danger*

Antônio Carlos T. Gusson<sup>1</sup>, José Carlos Lopes<sup>2</sup>

## RESUMO

**Objetivo:** Revisar a literatura sobre trabalho médico, formas de remuneração, avanço tecnológico e sua influência na Pediatria.

**Fontes de dados:** Artigos publicados em inglês e português nas bases de dados Medline, Lilacs e SciELO no período de 1990 a 2007. Foram utilizadas as palavras-chave “Puericultura”, “Pediatria”, “trabalho médico”, “honorários médicos”, “mercado de trabalho” e “desenvolvimento tecnológico”.

**Síntese dos dados:** Diante do estado atual de avanço tecnológico em todas as áreas do conhecimento, especialmente na Medicina, é necessário resgatar o papel do pediatra apesar das mudanças nas relações de trabalho, formas de remuneração, formação cada vez mais especializada e condições de trabalho aviltantes. Se, de um lado, as novas tecnologias são benéficas para a Medicina, para o médico e para o paciente, do outro o atendimento médico do clínico, principalmente do pediatra, não está sendo devidamente valorizado.

**Conclusões:** É preciso que a classe pediátrica assuma a responsabilidade pela situação na qual essa especialidade se encontra, pois o pediatra se submete a condições de trabalho indignas do ponto de vista pessoal e social, obrigado à quantidade em detrimento da qualidade, tornando-se suscetível ao erro médico.

**Palavras-chave:** Pediatria; honorários médicos; mercado de trabalho; desenvolvimento tecnológico.

## ABSTRACT

**Objective:** To review the literature about medical work, payment for medical labor, technological advances and its influence in Pediatrics.

**Data sources:** Articles from 1990 to 2007 in English and Portuguese were retrieved in the Medline, Lilacs and SciELO databases using the following key-words: “well baby clinic”, “Pediatrics”, “physician working conditions”, “medical fees”, “labor market” and “technological development”.

**Data synthesis:** Considering the technological advance in all areas of knowledge, especially in Medicine, and despite changes in work relationships, forms of payment, higher levels of specialization and improper working conditions, the role of pediatricians must be recovered. New technologies are beneficial for Medicine, physicians and patients; on the other hand, clinical care offered by pediatrician, is not properly valued. These facts discourage the Pediatrics practice, which has an undisputed relevance for Brazilian society.

**Conclusions:** It is necessary that pediatricians fight against their current situation, since they are submitted to improper personal and social conditions at work, forced to focus on quantity over quality, and becoming susceptible to medical errors.

**Key-words:** Pediatrics; fees, medical; job market; technological development.

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (Famerp), São José do Rio Preto, SP, Brasil

<sup>1</sup>Pediatra; Mestre em Educação Médica pela Escuela Nacional de Salud Pública de Havana; responsável pelo Serviço de Nutrologia Infantil do Departamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica da Famerp; Doutor em Ciências da Saúde da Famerp, São José do Rio Preto, SP, Brasil

<sup>2</sup>Médico; Doutor em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas; Especialista em Medicina Preventiva e Social pela Unicamp; professor do Departamento de Epidemiologia e Saúde Coletiva da Famerp; coordenador do curso de Especialização em Medicina do Trabalho da Famerp, São José do Rio Preto, SP, Brasil

Endereço para correspondência:

Antônio Carlos T. Gusson  
Rua Saldanha Marinho, 3.216, apto. 72  
CEP 15010-100 – São José do Rio Preto/SP  
E-mail: acgusson@terra.com.br

Conflito de interesse: nada a declarar

Recebido em: 28/11/2008

Aprovado em: 13/4/2009

## Introdução

A Medicina conseguiu incorporar todos os avanços da tecnologia, com melhoria da assistência prestada à sociedade, o que pode ser constatado pelo aumento de vida média da população. Até o século 18, exercia-se a Medicina de forma individual e o Estado não estava presente na oferta de serviços à população. Com a Revolução Francesa, no final do século 18, houve a primeira transformação importante nas características do trabalho do médico: o Estado passou a tentar oferecer o serviço a toda população<sup>(1)</sup>. A Medicina passou, então, a ser um instrumento de justiça social; ou seja, por meio dela procurava-se redistribuir renda e fazer justiça dentro da sociedade. Foi talvez a primeira tentativa de mudar a característica do exercício da profissão.

No final da primeira guerra mundial, várias constituições de diferentes países começaram a incorporar itens relativos à prestação de serviços de saúde. Esses itens foram progressivamente incorporados e, a partir daí, surgiu o médico como um administrador em saúde e a especialidade de saúde pública.

Na década de 1970 surgiu um novo fator na ordem econômica mundial. Isto é, uma corrente política ideológica que desenvolveu uma estratégia de soberania no mercado, com consequente enfraquecimento do poder do Estado<sup>(1)</sup>. Começou, então, uma era de privatização, com a transferência para a iniciativa privada dos setores estratégicos e, para o Estado, dos setores de importância social.

No Brasil, a Constituição de 1988 sabiamente definiu que a saúde deveria ser um direito de todos e um dever do Estado<sup>(2)</sup>. Trata-se de uma constituição bastante avançada, que procura proporcionar à população assistência médica e, ao mesmo tempo, utiliza-se da Medicina como instrumento de justiça social. Entretanto, apesar desse avanço, associado ao desenvolvimento tecnológico, houve desvalorização do trabalho médico, especialmente do pediatra, essencial tanto ao sistema de saúde quanto à população.

O objetivo desta revisão é fazer uma análise crítica do trabalho médico, das formas de remuneração, do avanço tecnológico e de sua influência na Pediatría. Esta pesquisa foi efetuada por meio de levantamento bibliográfico nas áreas de Medicina, Administração e Economia, em artigos publicados no período de 1990 a 2007, em inglês e português, nas bases de dados Medline, Lilacs e SciELO. Foram utilizadas as seguintes palavras-chave: “Puericultura”, “Pediatria”, “trabalho médico”, “remuneração do trabalho médico” e “avanço tecnológico”.

## Trabalho médico

A política salarial *lato sensu* teve origem a partir da década de 1940. Em 1960, esse tipo de regulamentação foi estendido também para o setor médico, quando foi aprovada a lei 3999/62, que institui o valor do salário profissional mínimo para o médico e sua carga horária. A característica do médico, não somente na década passada como na atual, é contar com uma relação flexibilizada de trabalho. Sempre foi aquele profissional que tinha consultório; que, eventualmente, trabalhava no setor público ou dava algumas horas de si para as Santas Casas ou outros hospitais filantrópicos para fazer atendimento aos indigentes, pessoas excluídas da Previdência Social. Isso até a década dos 1970; a partir de 1976, essa relação começou a mudar, pois o governo, visando implementar políticas de saúde pública, permitiu a abertura de novas escolas de Medicina<sup>(1)</sup>.

Os médicos eram contratados por meio da Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), como estatutários e funcionários públicos, pelo cooperativismo não-ético, por meio de prestação de serviços com suas empresas, e como autônomos. No Brasil, segundo pesquisa realizada pelo Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (Cremesp), o número de médicos não-registrados supera o número de registrados, exceto no Estado de São Paulo. Esse tipo de contratação sempre vigorou com um único objetivo: fugir dos encargos sociais<sup>(1)</sup>.

Uma nova forma de prestação de serviço exigida por hospitais e planos de saúde é a terceirização<sup>(3)</sup>, que força os médicos a deixarem de ser autônomos, ou seja, pequenos produtores privados e isolados do consultório particular (modalidade liberal de trabalho) e constituam firmas ou microempresas (medicina institucionalizada e empresarial) para fazer prestação de serviços<sup>(4-7)</sup>. Trata-se de outra forma de exercício profissional e de satisfação das necessidades da população, modificando a posição do médico na sociedade e no trabalho: seu desempenho técnico, estatuto social e ação política são refeitos, bem como são reconstruídas as bases de sua relação com os pacientes.

## Remuneração do trabalho médico

Segundo Lee *et al*<sup>(8)</sup>, as formas de remuneração do trabalho médico, na perspectiva de controle dos custos, podem ser divididas em: remuneração pelo ato médico ou procedimento por paciente ou diagnóstico, por captação de pacientes e por tempo. As formas de remuneração com unidades mais

agregadas (por paciente e captação) possuem incentivo financeiro para diminuir os serviços oferecidos ao paciente<sup>(9)</sup>. De acordo com Cherchiglia<sup>(10)</sup>, por um lado a remuneração por procedimento pode incentivar o supertratamento e, por outro, o pagamento por paciente ou por captação pode incentivar o subtratamento.

Em termos econômicos, os médicos pagos por procedimento têm um incentivo para aumentar o número de consultas, mas também para limitar o tempo gasto com cada uma delas; aqueles que são pagos por caso têm um incentivo para diagnosticar e tratar mais casos, mas também para reduzir o número de consultas por caso; e os médicos reembolsados por captação podem ser motivados a aumentar o número de inscrição para poderem acumular muitos casos de pessoas doentes<sup>(10)</sup>. A remuneração por tempo não tem um real incentivo financeiro para trabalhar em determinado nível, exceto o tempo. Por isso, estratégias têm sido utilizadas para aumentar o rendimento do médico, tais como a indexação de bônus por resultado ou o controle burocrático direto<sup>(8)</sup>.

A clínica privada foi, por outro lado, assaltada por estruturas atípicas, os planos de saúde, que se disseminaram rapidamente e foram destruindo a dignidade da atividade médica profissional<sup>(11,12)</sup>. Esses planos, de modo geral, privilegiam a quantidade pela qualidade. Oferecem honorários espúrios e aceitam qualquer tipo de atendimento, desde que as necessidades de seus clientes sejam esvaziadas<sup>(13)</sup>.

A situação imposta pelos planos de saúde, que, ao longo da última década, não reajustaram os honorários médicos, prejudicou as especialidades que não têm procedimentos no seu atuar médico. Além disso, o tempo gasto com preenchimento de formulários, guias e justificativas é maior do que aquele dedicado aos pacientes.

## **Avanço tecnológico**

O avanço tecnológico, a par do aprofundamento do conhecimento científico dos diferentes segmentos biológicos humanos, terminou por conduzir a Medicina ao deslumbrante caminho das especialidades e de suas subdivisões. Esse universo expandido de conhecimentos capacita o aluno de Medicina, coloca-o em contato com a intimidade dos fenômenos científicos, torna-o conhecedor profundo de fatos pontuais de áreas médicas específicas. Leva, porém, à especialização anacrônica. É o predomínio da parte em detrimento de todo. Proliferam os especialistas e desaparecem os generalistas, antes conhecidos como “médicos da família”. Por sua vez, o profissional formado necessita, desde que atuante e

responsável, de aprendizagem e treinamento, a fim de suprir suas deficiências de formação e também para acompanhar as inovações que se aglomeram ininterruptamente.

Além disso, a evolução científica e tecnológica dos serviços de saúde não tem sido acompanhada por um avanço correspondente na qualidade do contato humano<sup>(14)</sup>. De acordo com Gallian<sup>(15)</sup>, em diversos ambientes hospitalares, o diagnóstico e os procedimentos de tratamento, assim como a autoridade do médico e de alguns profissionais da área, parecem dispensar definitivamente qualquer iniciativa para melhorar o contacto interpessoal, o conforto e a qualidade de vida do paciente.

Atualmente, observa-se crescente insatisfação com os atendimentos e progressivo aumento dos processos contra médicos. De acordo com as entidades de classe, essas querelas ocorrem devido a problemas de relacionamento entre médicos e pacientes. Segundo De Marco<sup>(16)</sup>, tal relação tem sido cada vez mais dificultada pela presença de um intermediário, no caso da Medicina de grupo, e pelo tipo de sociedade em que vivemos, na qual mais valem as aparências, a velocidade e o lucro, do que o cuidado às pessoas. Vale salientar que, embora o avanço tecnológico na Medicina e o culto às especializações tenham aumentado os recursos diagnósticos e terapêuticos, contribuíram para criar a ilusão de que seria possível “curar doentes” sem o contato mais próximo com a pessoa que adoece.

Esse modelo de médico, com tempo exíguo e formação reducionista, começou a delegar tarefas consideradas “menos importantes”, criando espaço para outros profissionais (psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, etc.), de tal forma que, atualmente, torna-se necessário recorrer à lei para estabelecer o que é “ato médico”. Esses profissionais ocuparam o espaço e, em um caminho inverso, estreitaram e aperfeiçoaram o cuidado humano com o paciente. Tanto é que esse paciente muitas vezes encontra neles o que procura na figura do médico.

O médico de hoje está transformado, cada vez mais, em um pesquisador, um técnico, um “especialista” que sabe de tudo um pouco e sabe nada de gente<sup>(17)</sup>. Obrigado a uma competição constante por novos avanços e equipamentos tecnológicos melhores que os de seus colegas, encarados como “concorrentes”, busca espaço na mídia leiga a qualquer preço. Não importa saber se esses avanços são realmente benéficos para seus pacientes, quando comparados a práticas tradicionalmente aceitas. Para Gallian<sup>(15)</sup>, o médico se tornou profundo conhecedor de exames complexos, precisos e espe-

cializados – porém, em muitos casos, ignorante dos aspectos humanos presentes no paciente que assiste.

## Pediatria

Considerando-se as transformações sociais, econômicas, políticas e tecnológicas ocorridas na Medicina, principalmente no século 20, a Pediatria foi uma das especialidades mais atingidas por essas mudanças<sup>(18)</sup>.

A Pediatria no Brasil teve grande impulso a partir de 27 de julho de 1910, quando foi criada a Sociedade Brasileira de Pediatria, uma associação científica voltada para o estudo dos problemas e doenças infantis<sup>(19)</sup>. Fixou sede na Sociedade de Medicina e Cirurgia em 1929, onde funcionou por muitos anos. Atualmente, existem cerca de 30 mil pediatras no Brasil<sup>(1)</sup>.

Essa especialidade atende os problemas das crianças por meio de duas formas: a Puericultura, que cuida de prevenção e manutenção das condições de normalidade, e a Clínica pediátrica ou Pediatria curativa, que cuida de sua restauração, quando alterada. Dentre os cinco setores da Pediatria (preventiva ou Puericultura, clínica, cirúrgica, neonatal e social), Marcondes<sup>(20)</sup> afirmou que a Puericultura e a Pediatria social são as que mais traduzem os aspectos doutrinários da Pediatria.

Pediatria, do grego *pais*, *paidos*, “criança”, e *iatreia*, “Medicina”, é a Medicina da criança. Puericultura vem do latim *puer*, “criança”, e *cultura*, “criação”<sup>(21)</sup>. De acordo com o Novo Dicionário Houaiss, Puericultura é a ciência que reúne todas as noções (fisiologia, higiene, sociologia) suscetíveis de favorecer o desenvolvimento físico e psíquico das crianças desde o período da gestação até a puberdade<sup>(22)</sup>. Para a Sociedade Brasileira de Pediatria, e de acordo com os principais protocolos internacionais, o acompanhamento de Puericultura se estende até o final da adolescência<sup>(23-28)</sup>.

O trabalho do pediatra, além do cotidiano médico de aliviar, confortar e curar, traz encravado em sua prática, com forte cooperação da Puericultura, uma perspectiva de esperança para a criança que está se desenvolvendo na direção de vir a ser, estando o nível final desse desenvolvimento estreitamente ligado às condições de vida e cuidados que receber. Nesse ponto, o pediatra (indissociavelmente ligado à Puericultura) investe todo o seu papel e significado<sup>(29)</sup>.

Os pediatras, essenciais tanto ao sistema de saúde quanto à população, são precursores do médico de família, ouvindo, discutindo, aconselhando e acompanhando seus pacientes no contexto familiar<sup>(30)</sup>. Não se pode pensar em um paciente

pediátrico sem pensar na família<sup>(31)</sup>. Assim se comportam pensamento e ação do pediatra, prevenindo doenças, acidentes e violência, preparando o jovem para o exercício pleno da cidadania<sup>(32-34)</sup>.

Para a dedicação à Puericultura, o pediatra necessita de tempo mínimo para falar de alimentação, monitorização do crescimento, psiquismo, função imunitária, ambiente físico, acidentes, debilidades constitucionais ou congênitas, “novas morbidades” (problemas familiares e sociais, problemas escolares e de comportamento, violência e maus-tratos, agressões físicas, risco de suicídio, obesidade, influências da mídia, abuso de drogas, riscos da atividade sexual, etc.). Esse tempo é cada vez mais restrito pela necessidade de produzir financeiramente os mesmos resultados que há dez anos<sup>(35-37)</sup>.

Atualmente, estima-se que o pediatra devote até 40% de sua atividade clínica do dia a dia aos chamados “serviços preventivos”, desde consultas pré-natais e se estendendo ao longo da infância até o final da adolescência<sup>(38-42)</sup>. A identificação do pediatra com esses serviços é tão grande que a transcendência da promoção da saúde é uma daquelas percepções de caráter formativo sem as quais não se é pediatra<sup>(43)</sup>.

No Brasil, os poucos levantamentos realizados revelam uma média de 7,5 consultas de Puericultura no primeiro ano de vida<sup>(40)</sup>, também com maior incidência em classes mais altas – o que seria mais do que suficiente, de acordo com o consenso atual. A entidade norte-americana *Institute for Clinical Systems Improvement* preconiza de dez a 12 consultas, dependendo de necessidades específicas da família<sup>(44)</sup>. O *Rourke Baby Record*, desenvolvido no Canadá<sup>(45)</sup>, abrange apenas a faixa etária do nascimento até os cinco anos e sugere oito a dez consultas, em comparação com as 14 do consenso norte-americano.

A recomendação mais radical em termos de racionalização de recursos e embasamento científico é a do programa *Health for All Children*, do Reino Unido, que sugere apenas duas consultas médicas de Puericultura – uma ao nascimento e outra entre quatro e oito semanas –, com possibilidade de consultas opcionais, a critério da família, aos oito meses, aos dois e aos quatro anos<sup>(46,47)</sup>. Esse programa prevê, evidentemente, uma grande e bem preparada equipe multiprofissional (enfermeiros, visitadores domiciliares, ortoptistas, professores, etc.), responsáveis pelos testes de triagem metabólica, imunização, monitorização do crescimento, testes de visão e orientação preventiva. Essa realidade não reflete a existente em nosso país, pois além da ausência de equipe multidisciplinar, a maior parte da população brasileira é de baixo nível

socioeconômico e cultural, necessitando atenção especial e constante do pediatra puericultor.

Atualmente, observa-se que a maior parte dos profissionais depende dos planos de saúde, sem aumento de honorários há dez anos<sup>(48)</sup>, levando como um dos meios de adaptação a tendência de aumentar o número de atendimento por mês para se aproximar do rendimento anterior. Em 1995, essa dependência já havia sido constatada por pesquisa realizada na Escola Nacional de Saúde Pública, mostrando que 75 a 90% dos médicos dependiam diretamente dos convênios para manter suas atividades em consultório<sup>(49)</sup>.

Segundo pesquisa realizada pela Associação Brasileira de Autogestão em Saúde Patrocinadas pelas Empresas (Abraspe), todo o custo médio paciente/dia desde 1996 até 2000, o reajuste hospitalar *per capita* dos planos, as consultas usuários/anos e o valor dos honorários médicos se mantêm inalterados<sup>(1)</sup>. De acordo com essa pesquisa, honorários médicos oscilam entre 8 e 10% de todo o gasto que os convênios têm com os médicos. Essas informações demonstram claramente a falta de valorização do médico, especialmente do pediatra puericultor, fundamental tanto ao sistema de saúde quanto à população.

## Considerações finais

É necessário que a classe pediátrica assuma a responsabilidade pela situação na qual essa especialidade se encontra, por meio de fiscalização de serviços de atendimento pediátrico em centros médicos, valorização do honorário do pediatra, separando a remuneração das consultas pediátrica e de Puericultura; acompanhamento de cursos de graduação em Medicina e residência médica em Pediatria, e elaboração de políticas públicas visando à melhor assistência pediátrica à população.

## Referências bibliográficas

1. Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, Cremesp. Remuneração e trabalho médico [monograph on the Internet]. São Paulo: Cremesp; 2001 [cited 2008 Nov 15]. Available from: [http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes\\_capitulos&cod\\_capitulo=8/](http://www.cremesp.com.br/?siteAcao=Publicacoes&acao=detalhes_capitulos&cod_capitulo=8/).
2. Brasil - Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
3. Cherchiglia ML. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: Santana JP, Castro JL, editores. Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde: CADRHU. Natal: UFRN; 1999. p. 361-85.
4. Schraiber LB. O trabalho médico: questões acerca da autonomia profissional. Cad Saude Publica 1995;11:57-64.
5. Schraiber LB. Profissão médica: representação, trabalho e mudança. Educ Med Salud 1991;25:58-71.
6. Schraiber LB. O médico e o seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: Hucitec; 1993.
7. Sobrinho CLN, Nascimento MA, Carvalho FM. Transformações no trabalho médico. Rev Bras Educ Med 2005;29:129-35.
8. Lee PR, Grumbach K, Jamenson WJ. Physician payment in the 1990s: factors that will shape the future. Annu Rev Public Health 1990;1:297-318.
9. Geiger WJ, Krol RA. Physician attitudes and behavior in response to changes in Medicare reimbursement policies. J Fam Pract 1991;33:244-8.
10. Cherchiglia ML. Remuneração do trabalho médico: um estudo sobre seus sistemas e formas em hospitais gerais de Belo Horizonte. Cad Saude Publica 1994;10:67-79.

11. Constantino CF. O pediatra, o ato médico, a remuneração. In: Lopez FA, Campos Jr D, editores. Tratado de Pediatria. Barueri: Manole; 2007. p. 35-7.
12. Pessoa JHL. O exercício da pediatria nos dias atuais. Rev Paul Pediatr 2004;22:188-9.
13. Freire LMS, Campos Jr D, Vaz ES, Rocha ML, Jesus MM. Mercado de trabalho. In: Lopez FA, Campos Jr D, editores. Tratado de Pediatria. Barueri: Manole; 2007, p. 43-53.
14. Schraiber LB. No encontro da técnica com a ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em medicina. Interface - Comunic Saude Educ 1997;1:123-38.
15. Gallian DMC. A (re)humanização da medicina. Psiquiatria na Prática Médica [serial on the Internet]. 2001/2002;34(4) [cited 2008 Nov 2008]. Available from: <http://www.unifesp.br/dpsiq/polbr/ppm/especial02a.htm>.
16. De Marco MA. A face humana da medicina: do modelo biomédico ao modelo biopsicosocial. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
17. Muccioli C, Campos MSQ, Dantas PEC, Goldchmit M, Bechara SJ, Costa VP et al. A humanização da medicina. Arq Bras Oftalmol 2007;70:897.
18. Leone C. O pediatra, a puericultura e a criança "normal" (essa desaparecida). Pediatria (Sao Paulo) 1994;16:141.
19. Aguiar A, Martins RM. História da pediatria brasileira: coletânea de textos e depoimentos. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria; 1996.
20. Marcondes E. Pediatria: doutrina e ação. São Paulo: Sarvier; 1973.
21. Crespin J. Puericultura: ciência, arte e amor. São Paulo: Fundação Byk; 1996.
22. Houaiss A, Villar MS. Dicionário Houaiss da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva; 2001.
23. Hagan Jr JF, Shaw JS, Duncan P. Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents [monograph on the Internet]. Arlington: National Center for Education in Maternal and Child Health; 2008 [cited 2008 Nov 15]. Available from: <https://www.nfaap.org/netFORUM/eweb/>.
24. American Academy of Family Physicians. Introduction to AAFP Summary of Recommendations for Periodic Health Examinations. Am Fam Physician [serial on the Internet]. 2002 [cited 2002 Apr 15]. Available from: <http://www.aafp.org/afp/20020401/practice.html>.
25. Canadian Task Force on Preventive Health Care [homepage on the Internet]. Evidence-based clinical prevention. 2005 [cited 2005 Aug 17]. Available from: <http://www.ctfphc.org/index2.htm>.
26. Green M, Palfrey JS. Bright Futures: Guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents [monograph on the Internet]. 2<sup>nd</sup> ed. Arlington: National Center for Education in Maternal and Child Health; 2002. [cited 2003 Feb 23]. Available from: [www.brightfutures.org/bf2/index.html](http://www.brightfutures.org/bf2/index.html).
27. U.S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services [monograph on the Internet]. 3<sup>rd</sup> ed. 2000-2003. Rockville: US Department of Health and Human Services [cited 2003 Jan 28]. Available from: [www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm](http://www.ahrq.gov/clinic/cps3dix.htm).
28. [No authors listed]. Recommendations for preventive pediatric health care. Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Pediatrics 2000;105:645-6.
29. Ricco RG, Ricco RC, Santoro JR, Almeida CAN, Del Ciampo LA. Puericultura e atenção a saúde da criança e do adolescente. In: Del Ciampo LA, De Almeida CAN, editores. Puericultura princípios e práticas: atenção integral à saúde da criança e do adolescente. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atheneu; 2008. p. 1-6.
30. Santiago LB, Bettoli H, Barbieri MA, Gutierrez MRP, Del Ciampo LA. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. J Pediatr (Rio J) 2003;79:504-12.
31. Schor EL, American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. Pediatrics 2003;111: 1541-71.
32. Viegas D. Pediatra educador. Sinopse de Pediatr (Sao Paulo) 1999;2:46-8.
33. Leão E. Os desafios atuais da nutrição. Rev Med Minas Gerais 2002;12:64.
34. Wilson-Brewer R, Spivak H. Violence prevention in schools and other community settings: the pediatrician as initiator, educator, collaborator, and advocate. Pediatrics 1994;94:623-30.
35. Osborn LM. Effective well-child care. Current Probl Pediatr 1994;24:306-26.
36. Zuckerman B, Parker S. Preventive pediatrics: new models of providing needed health services. Pediatrics 1995;95:758-62.
37. Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health. The new morbidity revisited: a renewed commitment to the psychosocial aspects of pediatric care. Pediatrics 2001;108:1227-30.
38. Hoekelman RA. Well-child visits revisited. Am J Dis Child 1983;137:17-20.
39. Rocha SMM. O processo de trabalho em saúde e a enfermagem pediátrica: socialidade e historicidade do conhecimento [tese de livre docência]. Ribeirão Preto (SP): USP; 1990.
40. Silva AAM, Gomes UA, Tonial SR, Silva RA. Cobertura de puericultura e fatores associados em São Luís (Maranhão), Brasil. Rev Panam Salud Publica 1999;6:266-72.
41. Brasil - Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família [homepage na Internet]. 2002 [cited 2004 Feb 14]. Available from: <http://portal.saude.gov.br/saud.PDF>.
42. Leite GB, Bercini LO. Caracterização das crianças atendidas na puericultura do Programa Saúde da Família do município de Campo Mourão, Paraná, em 2003. Cienc Cuid Saude 2005;4:224-30.
43. Marcondes E. Diretrizes para o ensino da pediatria. J Pediatr (Rio J) 1993;69:349-52.
44. Institute for Clinical Systems Improvement [homepage on the Internet]. Health care guidelines: preventive services for children and adolescents [cited 2008 Oct 10]. Available from: [http://www.icsi.org/guidelines\\_and\\_more/gl\\_os\\_prot/preventive\\_health\\_maintenance/preventive\\_services\\_for\\_children\\_guideline\\_](http://www.icsi.org/guidelines_and_more/gl_os_prot/preventive_health_maintenance/preventive_services_for_children_guideline_/).
45. Rourke LL, Leduc DG, Rourke JTB. Rourke Baby Record 2000: collaboration in action. Can Fam Physician 2001;47:333-4.
46. Hall D. Promoting the health of children. Practitioner 2001;245:614-18.
47. Blair M. The need for and the role of a coordinator in child health surveillance/promotion. Arch Dis Child 2001;84:1-5.
48. Constantino CF. Classe médica movimenta-se para esclarecer a população sobre sua relação com planos de saúde. J Cremesp 2004;Set 1:3.
49. Machado MH. Perfil dos médicos no Brasil. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 1995.
50. Spadari MJ. Procurando o lado humano da medicina: existe outro. Rev AMRIGS 2004;48:39-42.