



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação em
Saúde Coletiva
Brasil

Moura da Silva, Antonio Augusto; Souza Mendes Gomes, Maria Auxiliadora de; Bettiol, Heloisa;
Azevedo Barros Filho, Antonio de

A pesquisa na área da saúde da criança e as coortes brasileiras
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 15, núm. 2, marzo, 2010, pp. 328-336
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63012321003>

- 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

A pesquisa na área da saúde da criança e as coortes brasileiras

The research in child health and the Brazilian cohorts

Antonio Augusto Moura da Silva¹

O texto de Moreira e Goldani nos alerta para mudanças profundas na epidemiologia em saúde da criança e para a necessidade de implementação de novas respostas sociais e sanitárias aos novos desafios impostos pelo novo padrão de morbimortalidade infantil.

As mudanças radicais na morbimortalidade infantil, caracterizadas pela redução acentuada da mortalidade infantil associada às doenças infectocontagiosas e desnutrição e aumento na obesidade infantil, têm sido muito rápidas em nosso país. A mortalidade infantil no Brasil se reduziu de 162,4 por mil em 1930, para 48,3 mil em 1990¹ e, mais ainda, para 22 por mil em 2006². A prevalência de desnutrição em menores de cinco anos, pelo critério altura/idade, se reduziu de 13,5% em 1996 para 6,8% em 2006/7³. Por outro lado, nas regiões Sudeste e Nordeste, a prevalência de sobrepeso em crianças e adolescentes de seis a dezoito anos aumentou de 4,1% em 1974/75 para 13,9% em 1996/97⁴.

Várias pesquisas conduzidas no Brasil têm demonstrado que muitas doenças e agravos não transmissíveis do adulto têm origem na vida fetal ou na infância. Estudos de coortes de nascimentos realizados em Pelotas, Ribeirão Preto e São Luís têm demonstrado isso de forma bastante convincente. Em Ribeirão Preto, fatores atuando na gravidez e na infância foram associados a maior índice de massa corporal em escolares⁵, adolescentes⁶ e adultos⁷ e a maior nível de lipídios séricos na vida adulta⁸. Em Pelotas, desnutrição fetal ou no início da vida, seguida de crescimento acelerado na infância, foi associada a maiores níveis de proteína C-reativa, um marcador de doenças cardiovasculares do adulto⁹, e a maiores níveis de pressão arterial na vida adulta¹⁰. Em São Luís, baixo nível de escolaridade materna ao nascimento foi associado à maior prevalência de problemas de saúde mental e depressão infantil¹¹.

Uma evidência básica dos estudos contemporâneos é que as doenças das crianças e adolescentes estão mais semelhantes às doenças dos adultos, talvez porque as doenças dos adultos estejam se originando na infância, isto é, surgindo mais precocemente. Outra conclusão é que as

doenças e agravos não transmissíveis não são mais apenas doenças de adultos. Por isso, Moreira e Goldani falam da nova pediatria. O que seria a nova pediatria? É a pediatria na qual o pediatra vai lidar também com doenças do adulto já manifestas na infância ou com a prevenção das doenças e agravos não transmissíveis do adulto. Desta forma, a própria formação do pediatra precisa ser repensada e modernizada para lidar com estes novos desafios.

A resposta social aos novos problemas de saúde da criança também precisa mudar. A ênfase nos programas de saúde pública até hoje colocada na prevenção de doenças e agravos transmissíveis e nas doenças preveníveis por imunização precisa andar lado a lado com novas estratégias precoces de prevenção das doenças e agravos não transmissíveis. Estas estratégias precisam começar ainda no período preconcepcional e ocorrer durante o período gestacional e durante a infância e adolescência. Como alertam Moreira e Goldani, o combate à epidemia de obesidade que se antevê para o nosso país precisa começar cedo.

Infelizmente, embora o conhecimento atual sugira que a prevenção das doenças e agravos não transmissíveis deva começar na infância, ou antes, evidências de estratégias eficazes de prevenção são escassas ou desapontadoras. Talvez seja a hora dos pesquisadores darem mais ênfase a ensaios clínicos e populacionais que testem novas abordagens de prevenção das doenças e agravos não transmissíveis. Arregacemos as mangas!

Referências

1. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Departamento da População e Indicadores Sociais. *Evolução e perspectivas da mortalidade infantil no Brasil*. Rio de Janeiro: IBGE; 1999.
2. Brasil. Ministério da Saúde. CEBRAP. Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher PNDS 2006. *Dimensões do Processo Reprodutivo e da Saúde da Criança*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009.
3. Monteiro CA, Benicio MH, Konno SC, Silva AC, Lima AL, Conde WL. Causes for the decline in child under-nutrition in Brazil, 1996-2007. *Rev. Saude Publica* 2009; 43:35-43.

¹ Departamento de Saúde Pública, Universidade Federal do Maranhão. aasilva@elo.com.br

4. Wang Y, Monteiro C, Popkin BM. Trends of obesity and underweight in older children and adolescents in the United States, Brazil, China, and Russia. *Am J Clin Nutr* 2002; 75:971-977.
5. Tome FS, Cardoso VC, Barbieri MA, Silva AA, Simões VM, Garcia CA, Bettiol H. Are birth weight and maternal smoking during pregnancy associated with malnutrition and excess weight among school age children? *Braz J Med Biol Res* 2007; 40:1221-1230.
6. Goldani MZ, Haefner LS, Agranonik M, Barbieri MA, Bettiol H, Silva AA. Do early life factors influence body mass index in adolescents? *Braz J Med Biol Res* 2007; 40:1231-1236.
7. Bettiol H, Sabbag Filho D, Haefner LS, Barbieri MA, Silva AA, Portela A, Silveira P, Goldani MZ. Do intrauterine growth restriction and overweight at primary school age increase the risk of elevated body mass index in young adults? *Braz J Med Biol Res* 2007; 40:1237-1243.
8. Figueiredo FP, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA, Batista RF, Lamy Filho F, Silva R, A; Aragão VMF. Early life, current socioeconomic position and serum lipids in young adulthood of participants in a cohort study initiated in 1978/1979. *Braz J Med Biol Res* 2007; 40:1267-1276.
9. Nazmi A, Gonzalez DC, Oliveira IO, Horta BL, Gigante DP, Victora CG. Life course weight gain and C-reactive protein levels in young adults: findings from a Brazilian birth cohort. *Am J Hum Biol* 2009; 21:192-199.
10. Adair LS, Martorell R, Stein AD, Hallal PC, Sachdev HS, Prabhakaran D, Wills AK, Norris SA, Dahly DL, Lee NR, Victora CG. Size at birth, weight gain in infancy and childhood, and adult blood pressure in 5 low- and middle-income-country cohorts: when does weight gain matter? *Am J Clin Nutr* 2009; 89:1383-1392.
11. Rodriguez JDM. *Fatores perinatais e problemas de saúde mental em crianças* [dissertação]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2008.

As políticas públicas na área da saúde da criança

Public policies at child health area

Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes²

As mudanças observadas no perfil de adoecimento, na demanda por cuidados de saúde e na mortalidade de crianças e adolescentes não têm recebido o destaque necessário nos espaços acadêmicos e de gestão das políticas públicas de saúde. É importante registrar que os movimentos estratégicos, a experiência acumulada e as pesquisas realizadas estiveram até bem pouco tempo focados no objetivo de alterar um quadro sanitário marcado por elevados índices de desnutrição e morbimortalidade por causas infecciosas.

Esse objetivo moldou a formação dos quadros para a saúde, o perfil das equipes técnicas nas diferentes instâncias de gestão do nosso sistema de saúde e a produção de conhecimento para esses grupos etários.

Especificamente, em relação às ações desenvolvidas pelos serviços de saúde, tem sido bem reconhecido que o Programa Nacional de Imunização, a disseminação da terapia de reidratação oral e a condução adequada dos casos de infecções respiratórias agudas foram decisivas para a redução das internações e óbitos por doenças infecciosas e contribuíram para romper o círculo vicioso de doença e desnutrição. Ainda no campo nutricional, merece ser mencionado o aumento da prevalência do aleitamento materno em menores de um ano, identificado nas capitais brasileiras em pesquisas do Ministério da Saúde^{1,2}.

Entretanto, de forma desafiadora, o risco nutricional causado pela doença associada à dificuldade no acesso ao aporte alimentar adequado vem sendo substituído progressivamente pelo risco nutricional associado ao sobrepeso e obesidade. Padrões alimentares, instalados desde os primeiros meses de vida, e o estilo de vida predominante nos ambientes urbanos contribuem para a identificação do sobrepeso em populações cada vez mais jovens.

Na dinâmica urbana brasileira desse final da primeira década do século XXI, encontramos também os elementos responsáveis por um padrão de morbimortalidade por causas externas que se concentra em adolescentes do sexo masculino, com evidente predomínio entre meninos negros e pobres. Nesse mesmo grupo social, encontramos o perfil demográfico predominante em nosso país: a redução na fecundidade, com a maternidade e a paternidade ocorrendo ainda na adolescência.

Na outra ponta do ciclo de vida, o desafio de garantir acesso a um cuidado neonatal adequado e oportuno vem mobilizando gestores, profissionais e pesquisadores. Aqui, os que atuam nos serviços que atendem recém-nascidos e crianças necessariamente dependem da atuação dos responsáveis pelo cuidado materno e, mesmo, de outras unidades nas quais os diferentes elos da cadeia de eventos perinatais acontecem. Esta-

² Instituto Fernandes Figueira, Fiocruz. maria@iff.fiocruz.br

mos falando de ambientes ambulatoriais tanto da rede básica de saúde quanto da de maior complexidade (gestações de risco). Estamos falando de setores ainda fragmentados no planejamento e gestão dos serviços para a mulher, criança e adolescente e mesmo nos equipamentos hospitalares responsáveis pela maciça maioria dos partos e nascimentos em nosso país³.

A necessidade dos responsáveis pelo cuidado perinatal olharem para além desse período é também um elemento de grande importância. As doenças e agravos da vida adulta têm sido bem relacionadas com o ambiente intrauterino e os primeiros meses de vida.

O impacto da maior sobrevivência de recém-nascidos prematuros está associado também ao impacto da maior sobrevivência de neonatos portadores de malformações congênitas ou doenças graves, gerando demandas por serviços e tecnologias que não se limitam ao período de internação neonatal. Encontramos essa situação nas diferentes regiões brasileiras e não apenas naquelas que superaram mais precocemente os agravos infecciosos e nutricionais como causas de morbimortalidade.

O alerta de Moreira e Goldani merece ser acolhido por todos os envolvidos e comprometidos com a saúde das crianças e dos adolescentes. Profissionais que têm a responsabilidade de deles cuidarem devem refletir cuidadosamente sobre a provocação em relação à “nova pediatria”.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. *Pesquisa Nacional de Demografia em Saúde da Criança e da Mulher – 2006*. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
2. Castro IR, Engstrom EM, Cardoso LO, Damião JD, Rito RV, Gomes MA. Time trend in breast-feeding in the city of Rio de Janeiro, Southeastern Brazil:1996-2006. *Rev. Saude Publica* 2009; 43(6): 1021-1029.
3. Carvalho M, Gomes MA. A mortalidade do prematuro extremo em nosso meio: realidade e desafios. *J Pediatr (Rio J)*. 2005; 81(Suppl.1):S111-118.

A demanda por um novo pediatra

The demand for a new pediatrician

Heloisa Bettiol³

As questões levantadas por Moreira e Goldani em relação às profundas e rápidas mudanças que têm ocorrido no cenário da saúde infantil no Brasil, com drástica redução da morbimortalidade por doenças infecciosas e aumento das doenças semelhantes às dos adultos, nos remete para as questões relacionadas à escassez de recursos financeiros para investigação científica na área, à aplicação dos conhecimentos gerados nas políticas de atenção à criança e, consequentemente, à formação do profissional médico (o pediatra) que vai atuar junto à população infantil.

Em nosso país, a formação do profissional médico que atende crianças se faz por meio dos programas de residência médica em pediatria, instituídos juntamente com os demais programas nas diversas especialidades médicas conforme disposto na Lei nº 6.932 de 7 de julho de 1981. Essa lei instituiu a residência médica como modalidade de ensino de pós-graduação destinada a médicos, sob a forma de cursos de especialização, caracterizada por treinamento em serviço, funcionando sob a responsabilidade de instituições de saúde, universitárias ou não, sob a orientação de profissionais médicos de elevada qualificação ética e profissional¹. A Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005 instituiu o Programa de Bolsas para Educação pelo Trabalho em Saúde² e a Lei nº 11.381 de 1º de dezembro de 2006 dispõe sobre o valor da bolsa do médico residente em treinamento em serviço de 60 (sessenta) horas semanais³. A formação do residente de pediatria se dá em dois anos, mas existe proposta da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)⁴, entidade de classe que representa os pediatras brasileiros, de que passe para três anos. O argumento é de que dois anos não são mais suficientes para formar um pediatra em vista da ampliação nos conteúdos científicos e na extensão da prática profissional que a especialidade incorpora graças à evolução da ciência em relação ao crescimento e desenvolvimento do ser humano, que é a essência da

³ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. hbettiol@fmrp.usp.br

pediatria; leva ainda em conta que essa duração de três anos já é realidade na maioria dos países⁴. Esse projeto ainda se encontra em tramitação no Ministério da Saúde.

Mas essa seria mesmo a solução para a pediatria brasileira? Recentemente, acompanhamos pela imprensa escrita e falada e pelos documentos divulgados pela SBP o embate entre os pediatras e os serviços públicos e privados de saúde sobre as dificuldades que a prática pediátrica vem enfrentando. Ocorreu fechamento de unidades de saúde que atendem crianças em vários estados, principalmente por escassez de profissionais. A rede pública alega dificuldades na contratação de pediatras; já a privada tem preferido investir em outras especialidades. As vagas em concursos públicos não têm sido preenchidas em locais como o Distrito Federal (DF), e mesmo parte dos médicos aprovados não assumem seus postos. Além disso, os índices de demissão entre os pediatras estão entre os mais altos no DF - entre 5% e 10% saem a cada ano, segundo a SBP. Mesmo a ampliação de vagas para a residência médica em pediatria nos hospitais ligados ao governo do DF não minimizou o problema, pois na última seleção menos de um terço das vagas foi ocupado.

Outro aspecto importante na definição do interesse na manutenção dos serviços é o alto custo para manter os atendimentos e o baixo retorno financeiro que os estabelecimentos obtêm com a pediatria, levando os hospitais particulares a investir em outras áreas. O pediatra não realiza procedimentos durante uma consulta e por isso não dá maior retorno aos hospitais. O atendimento em pediatria costuma ser demorado e raramente conta com valores adicionais de exames, à maneira que acontece com outros especialistas, como os cardiologistas.

Outro problema sentido no setor é a queda no número de médicos que procuram pela especialização, que seria consequência da baixa remuneração. Os planos de saúde pagam cerca de quarenta reais por consulta médica, segundo a SBP. Para atender recém-nascidos na sala de parto, os pediatras recebem R\$ 54 e os obstetras, R\$ 120. No setor público, geralmente não há planos de carreira e, conseqüentemente, valorização salarial e do trabalho. Em São Paulo, de acordo com a Sociedade de Pediatria de São Paulo⁵, a desvalorização do pediatra provocou redução na procura dos residentes pela especialidade, porém a demanda pelo atendimento se manteve e houve aumento de mais de 100% no valor do plantão do profissional, na tentativa de minimizar o problema.

Para a SBP, o problema se deve ao modelo de saúde adotado no Brasil. Embora tenhamos número de pediatras semelhante ao encontrado nos países europeus, a distribuição no território brasileiro é desigual. A distribuição de médicos se dá de acordo com a distribuição de riqueza, e se esta não mudar, não haverá redistribuição de profissionais.

Recentemente, em outubro do corrente ano, considerando os resultados do trabalho realizado pela Subcomissão de Estudos e Avaliação das Necessidades de Médicos Especialistas no Brasil, os Ministérios da Saúde e da Educação decidiram, em conjunto, instituir o Programa Nacional de Apoio à Formação de Médicos Especialistas em Áreas Estratégicas - Pro-Residência⁶ - que tem como objetivo favorecer a formação de especialistas na modalidade residência médica em especialidades e regiões prioritárias, observadas as demandas locais e regionais apresentadas pelos gestores do SUS, por meio de ampliação do número de vagas e instituição de novos programas de residência médica nos hospitais universitários federais, hospitais de ensino, secretarias estaduais e municipais de saúde. Ainda, resolveu conceder bolsas para educação pelo trabalho em saúde para apoiar programas de residência médica (PRM); favorecer a cooperação técnica e apoio matricial por parte de instituições de reconhecida excelência e destaque na implementação de políticas públicas a PRM selecionadas pelos Ministérios para participar como parceiras do programa Pró-Residência. A pediatria, como especialidade básica, a neonatologia e a psiquiatria infantil e da adolescência, como áreas de atuação, foram incluídas nesse programa. Foram adotados os seguintes critérios de prioridade com base no desenvolvimento pelo programa de temas relevantes na implementação das políticas públicas na área de Saúde da Criança: incluir, em sua programação, conteúdos e atividades relacionadas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento; atenção à saúde do recém-nascido; promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno; prevenção de violências; vigilância da mortalidade infantil e fetal e temas relacionados à saúde mental da criança; desenvolver atividades regulares com os residentes voltadas para a reflexão sobre a relação médico-paciente, ética profissional e trabalho em equipe.

Resta agora que os gestores desses programas de residência médica em pediatria, em conjunto com os gestores municipais e estaduais da área da saúde, trabalhem para a adequação desses programas aos novos desafios da epidemio-

logia da saúde da criança no país. Como enfatizam Moreira e Goldani, os pediatras deverão ser formados para dar conta de um cuidado amplo visando à prevenção e tratamento das doenças infantis e também das doenças do adulto. Isso porque as doenças crônicas não transmissíveis dos adultos se originam na infância, e o melhor controle das doenças ditas “infantis”, como as diarreias, infecções respiratórias e as preveníveis por vacinas, favorece o aparecimento nas crianças de doenças cada vez mais semelhantes às dos adultos. Moreira e Goldani lembram que estudos atuais demonstram que algumas doenças crônicas do adulto têm origem em alterações do crescimento ainda na fase fetal, com repercussões mais tardias, ao longo da infância até a vida adulta. É urgente o preparo dos pediatras para o que Moreira e Goldani chamam de “nova pediatria”, o campo de cuidado da saúde de um ser em crescimento e desenvolvimento para garantir prevenção e tratamento para injúrias ao longo da vida, buscando garantir a manutenção e até o prolongamento da expectativa de vida conquistada ao longo das últimas décadas. Assim será possível resgatar a importância da pediatria e a valorização profissional dos pediatras, recuperando o interesse dos médicos recém-formados pela especialidade e garantindo atendimento de qualidade para as crianças em nosso meio.

Referências

1. Brasil. Lei nº 6.932 de 7 de julho de 1981. [acessado 2009 dez 29]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/SISLEX/paginas/42/1981/6932.htm>
2. Brasil. Lei nº 11.129 de 30 de junho de 2005. [acessado 2009 dez 29]. Disponível em: <https://www.defesa.gov.br/saude/L11129.pdf>
3. Brasil. Lei nº 11.381 de 1º de dezembro de 2006. [acessado 2009 dez 29]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2006/Lei/L11381.htm
4. Sociedade Brasileira de Pediatria. [acessado 2009 dez 29]. Disponível em <http://www.sbp.com.br>
5. Sociedade de Pediatria de São Paulo. [acessado 2009 dez 29]. Disponível em: http://www.spsp.org.br/spsp_2008/index.asp
6. Brasil. Portaria interministerial nº 1.001, de 22 de outubro de 2009. [acessado 2009 dez 29]. Disponível em: <http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?data=23/10/2009&jornal=1&pagina=9&totalArquivos=184>

A visibilidade da criança ao longo da história

The visibility of the child throughout history

Antonio de Azevedo Barros Filho⁴

A visibilidade das crianças no mundo adulto, ou melhor, a falta de visibilidade dela não é atual e a história tem nos mostrado esta realidade. Os recém-nascidos no mundo romano só eram recebidos por decisão do chefe de família. Caso não fossem aceitos (ou seja, tolerados), eram enjeitados e abandonados ou diante da casa ou em algum lugar público. Se tivessem sorte, alguém os recolheria ou eram deixados a morte¹.

Impressionado com o número de bebês encontrados no rio Tibre, o papa Inocêncio III criou o Hospital de Santa Maria in Saxia (1201-1204) com o objetivo de acolher as crianças abandonadas e prover-lhes cuidados².

Ao chegarem ao Brasil, os portugueses ficaram impressionados com a higiene dos indígenas e principalmente com o cuidado que dispensavam às crianças. Além de serem amamentados pelas mães, as crianças eram transportadas em tecidos pendurados no pescoço (tipóia). Esse era um comportamento abandonado pelos portugueses que transferiam a amamentação para amas e com frequência abandonavam as crianças. Prática muito comum era se usarem crianças e adolescentes como grumetes ou pagens^{3,4}. Com estas condições extremamente precárias, o destino dessas crianças era bem tenebroso.

Essas são algumas situações pinçadas para ilustrar como a criança era vista através da história. A prática do infanticídio foi sempre comum entre diferentes culturas (embora houvesse exceções), assim como o uso de crianças em alianças comerciais ou políticas, por meio de compromissos de casamento entre famílias, logo após o nascimento e às vezes até antes das crianças nascerem.

A criança é o pai do adulto, como propõem Moreira e Goldani? Ou um adulto em miniatura? Na verdade, na cultura ocidental, a criança era pensada como um adulto imperfeito⁵.

⁴ Departamento de Pediatria, Universidade Estadual de Campinas. abarros@fcm.unicamp.br

A partir do Renascimento e mais acentuadamente com o advento do Iluminismo, foi-se desenvolvendo uma visão da criança e se discutindo meios de criá-las visando a sua conservação. Com Erasmo (*De Pueris*), John Locke (*Pensamentos sobre la Educacion*) e Jean-Jacques Rousseau (*Emilio*), começou-se a discutir a importância da atenção à criança para que ela se desenvolvesse de maneira mais saudável e com formação mais sólida. Com o advento da revolução industrial, mudou o papel da família e passou-se a valorizar a mulher como enfermeira, como cuidadora e como amante, e a criança como responsabilidade do pai. No início do século XIX, surgiram os primeiros hospitais para tratar crianças. Aos poucos, a pediatria começou a se desenvolver, e se iniciaram investigações sobre a fisiologia da criança.

Os resultados estão aí. Várias doenças que acometiam as crianças desapareceram ou estão sob controle. A mortalidade infantil caiu drasticamente ou vem caindo em praticamente todas as partes do mundo. A prevalência de desnutrição caiu e hoje já existem mais pessoas sobrepesadas do que desnutridas. No entanto, parece que, ao se controlar um problema, outros aparecem. Estamos enfrentando uma epidemia de obesidade e as doenças infecciosas comuns estão sendo substituídas pelas alérgicas.

Embora hoje protegida por lei, significa que a criança esteja sendo adequadamente valorizada ou entendida? O que se vê atualmente é que as pessoas não têm paciência com as crianças. Hoje, as crianças e os adolescentes são considerados hiperativos, ansiosos, deprimidos, com distúrbios de comportamento, com dificuldades escolares e, para isto, são excessivamente medicalizados. Não seriam estas, na verdade, reações saudáveis a um mundo definido exclusivamente no interesse do adulto? Justifica-se quantidade de medicamentos correspondentes a cada "problema" que estão sendo prescritos para eles?

Com a atividade de atendimento a crianças e adolescentes com obesidade, tenho comentado com colegas que o crescimento deste problema entre eles é uma manifestação clínica de uma forma de abandono.

Em um mundo regido pelo adulto (e não estou aqui sugerindo que seja regido pelas crianças, mas que o adulto as considere em suas especificidades), este se coloca em primeiro lugar, com os mais diferentes argumentos e cuidando da criança no tempo (pouco) disponível ou pagando alguém para cuidar dela (o que alguns vêm chamando de terceirização do cuidado à infância⁶).

Assim não se ensina a criança a comer. É mais fácil colocá-la para receber a alimentação em mamadeira e deixada presa em um chiqueirinho em frente à televisão. Estabelece-se, assim, uma situação de sedentarismo, hiperalimentação e excesso de informação, com frequência inapropriada. Vêm-se hoje crianças com sete ou oito anos de idade que ainda chupam chupeta, tomam mamadeira e se alimentam com comidas que derretem na boca. Isso traz outros problemas: alterações da arcada dentária, constipação intestinal, obesidade e carência de micronutrientes.

Negligenciada dessa forma, não deve causar surpresa uma adolescência com envolvimento com drogas e alcoolismo e inclusive violência.

A criança pode ser o pai do adulto nas perspectivas da biologia humana, do desenvolvimento em suas diferentes facetas, mas não tem sido nas perspectivas histórica e social. Isso se reflete nas decisões políticas sociais e até de políticas científicas. Reflete inclusive na valorização dos profissionais que se encarregam delas como os professores do ensino fundamental ou pediatras, por exemplo. Apesar das mudanças que ocorreram na sociedade nos últimos 150 anos, a criança ainda é vista de forma marginal. Quais serão as consequências? Teremos que pagar para ver. Ou não.

Referências

1. Veyne P. O Império Romano. In: Áries P, Duby G, organizadores. *História da Vida Privada. I Do Império Romano ao ano mil*. São Paulo: Schwarcz Ltda.; 1990. p. 23.
2. Marcilio ML. A roda dos expostos e a criança abandonada na História do Brasil. 1726-1950. In: Freitas MC, organizador. *História Social da Infância no Brasil*. São Paulo: Cortez; 1997. p. 51-76.
3. Rocha JM. *Introdução à história da puericultura e pediatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Edições Nestlé; 1947.
4. Ramos FP. A história trágico-marítima nas embarcações portuguesas do século XVI. In: Priore MD, organizador. *História das crianças no Brasil*. São Paulo: Contexto; 2000. p. 19-54.
5. Heywood C. *A History of Childhood*. Cambridge: Polity Press; 2001. p. 2.
6. Martins FJ. *A criança terceirizada*. Campinas: Papius; 2008.

Os autores respondem

The authors reply

A pediatria mudou e com ela o campo de ação do pediatra. Um novo entendimento de que é necessário um atendimento integral e ampliado à criança para garantir não só sua saúde, mas também sua qualidade de vida como adulto, envolve outros grupos profissionais como os professores, os psicólogos, nutricionistas, fonoaudiologistas, dentistas, fisioterapeutas, entre outros. As crianças continuam a ser uma população vulnerável a velhas e novas doenças, como a dengue e a gripe H1N1, mas além da doença aguda que exige um tratamento diferenciado e precoce, novas estratégias se impõem para que elas possam se tornar adultos saudáveis.

Vários são os fatos descritos pelos debatedores e por meio dos artigos publicados neste volume que têm contribuído para que um novo cenário se tenha constituído na área da atenção à criança: a mudança do padrão alimentar, a mudança do perfil ambiental, a violência das grandes cidades, o caráter sedentário imposto às crianças e a própria formação dos cuidadores que vêm sendo desviados da atenção à criança para outros setores da saúde por vários motivos mas, principalmente pelo fator econômico.

Os debatedores trazem estas perspectivas para o cenário atual: Silva discute as coortes brasileiras que confirmam que estamos diante de um novo paradigma para a atenção à saúde da criança, Gomes traz as implicações das políticas públicas de saúde para esta nova criança, Bettiol aponta para o fato de que é necessário um novo pediatra para esta nova criança e Barros Filho introduz conceitualmente a criança na história, trazendo uma dimensão de que a sua visibilidade dentro da atenção à saúde não está ausente nos tempos atuais. Na verdade, ela sempre foi uma atenção fragmentada e dirigida a interesses outros que não a própria criança.

Atualmente, como Gomes cita, deparamo-nos também com o fato de que o componente perinatal tornou-se o principal componente da mortalidade infantil em quase todos os estados brasileiros, com fortes diferenças regionais entre estas taxas de óbito na primeira semana de vida. As três maiores causas de óbito neonatal são, globalmente, asfixia, afecções relacionadas à prematuridade e infecção¹, e este fato não é diferente no Brasil. Uma outra situação ainda pouco investigada em nosso meio é a questão da morbidade que pode gerar sequelas a longo prazo com

importantes impactos sociais e econômicos para a sociedade. As elevadas taxas de cesárea são também um outro grave problema de saúde a ser enfrentado, não somente pelo seu papel nos aspectos relacionados à saúde reprodutiva da mulher, mas também pela sua contribuição para o aumento da prematuridade tardia e consequente morbidade neonatal².

Esta “nova pediatria” traz estes desafios: a necessidade imediata de um olhar mais atento para o período perinatal, não somente pelo seu papel nas taxas de mortalidade infantil atuais, mas também pelo seu agora, reconhecido, papel na saúde a longo prazo. As coortes brasileiras, conforme citado por Silva, também apontam para a necessidade de se olhar para este período da vida de forma diferenciada. Pesquisas conduzidas no Brasil têm demonstrado que muitas doenças e agravos não transmissíveis do adulto têm origem na vida fetal ou na infância. As coortes citadas por Silva, de nascimentos realizados em Pelotas, Ribeirão Preto e São Luís, têm contribuído para tornar visível a necessidade de investimentos diferenciados em saúde e pesquisas neste período da vida. Em Ribeirão Preto, fatores atuando na gravidez e na infância foram associados a maior nível de lipídios séricos na vida adulta³; em Pelotas, a desnutrição fetal ou no início da vida, seguida de crescimento acelerado na infância, foi associada a maiores níveis de pressão arterial na vida adulta⁴, e em São Luís, o baixo nível de escolaridade materna foi associado à maior prevalência de problemas de saúde mental e depressão infantil⁵.

Enfim, a existência de um novo cenário para a abordagem a saúde da criança é real e a assistência prestada pelos profissionais de saúde voltados aos cuidados de crianças e adolescentes apresenta diferenças quando comparada à dos profissionais dedicados a pacientes adultos. Os pediatras, por exemplo, apresentariam um nível de cuidados mais compreensivo e amplo, caracterizado por uma personalidade mais afetiva e de um foco ampliado para todo o núcleo familiar. Por outro lado, os cuidadores de adultos seriam mais indivíduos focados e mais restritos a uma visão técnica de sua intervenção. Nessa situação, é comum o surgimento de conflitos durante a transferência de adolescentes portadores de doenças crônicas para a clínica de adultos. Todavia, estudos sugerem que a existência dessas novas demandas junto ao clínico dedicado à saúde de adulto venha produzindo mudanças positivas, no sentido de torná-lo mais suscetível a questões de ordem emocional e social de seus pacientes. Por

outro lado, não é incomum que pediatras sigam oferecendo cuidados aos seus pacientes mesmo depois de adultos, mas esta questão está sendo prejudicada pelo êxodo dos pediatras para outras especialidades, como cita Bettiol.

Amplia-se, também atualmente, a necessidade de oferta de cuidados especializados relacionados às doenças crônicas degenerativas desde a infância e não temos profissionais na área suficientes para dar conta desta nova realidade. O cuidado continua fragmentado, exigindo dos pais e muitas vezes dos profissionais peregrinações diversas pelos serviços de saúde. Nota-se, como exemplo, o significativo aumento da prevalência de doença mental entre jovens e a concomitante necessidade de ampliar centros de assistência psiquiátrica no nível secundário. Nesse sentido, no momento de implementação do programa de saúde da família com objetivo de ampliar o acesso à assistência básica, surge a demanda por centros de assistência especializada dedicada aos cuidados de moléstias complexas. O sistema de saúde brasileiro, mais afeito e direcionado para prestar assistência a pacientes portadores de moléstias agudas, depara-se com um novo desafio, o de redirecionar recursos para áreas específicas de assistência a pacientes portadores de moléstias crônicas⁶. Programas já consagrados dedicados a esse tipo de usuário, tais como portadores do vírus HIV ou insuficiência renal crônica, apresentam-se como referência para essas mudanças, tanto por suas virtudes como por suas mazelas.

Enfim, torna-se imperativo um remodelamento de sistema de saúde compreensivo capacitado a oferecer respostas às novas demandas em saúde advindas do intenso processo de transição epidemiológica e demográfica. Por outro lado, a compreensão da existência de complexas diferenças entre profissionais de acordo com a idade de seus clientes torna-se fundamental para a implantação de estratégias de processo de transição do cuidado focado na criança para o cuidado dedicado ao adulto. Esses desafios estão presentes em uma nova pediatria fortemente comprometida com bem-estar da criança, do futuro adulto e das próximas gerações.

A questão da produção de novos conhecimentos, principalmente em relação à inclusão das crianças em ensaios clínicos randomizados direcionados a novos medicamentos, ganhou uma nova dimensão após a publicação em 2002 do *Best Pharmaceuticals for Children Act of 2002*, que teve como papel encorajar as indústrias a incluir crianças em estudos para o desenvolvimento de novas drogas, e do *Pediatric Research*

Equity Act (PREA) em 2003, ambos renovados em 2007⁸.

Além disto, a criação de redes colaborativas de pesquisas entre instituições tem melhorado a questão do recrutamento de crianças em doenças de baixa prevalência que necessitam de desenvolvimento de novas propostas terapêuticas⁹.

Portanto, existe luz no fim do túnel. Conhecimentos novos, principalmente baseados nos conceitos da epigenética, têm trazido informações importantes, centrando atenção na importância da atuação na infância para a garantia de uma adultice saudável, e as autoridades regulatórias e a indústria farmacêutica têm reconhecido a necessidade de investimentos na área pediátrica^{8,10-13}.

Assim sendo, é hora de agirmos como advogados das crianças para que futuras gerações possam continuar a ultrapassar a expectativa de seus pais e quem sabe viver cem anos¹⁴.

Referências

1. Lawn JE, Rudan I, Rubens C. Four million newborn deaths: Is it global research agenda evidence-based? *Early Human Development* 2008; 84:809-814.
2. Hansen AK, Wisborg K, Uldbjerg N, Henriksen TB. Elective caesarean section and respiratory morbidity in the term and near-term neonate. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007; 86(4):389-394.
3. Figueiredo FP, Silva AA, Bettiol H, Barbieri MA, Batista RF, Lamy Filho F, Silva RA, Aragão VM. Early life, current socioeconomic position and serum lipids in young adulthood of participants in a cohort study initiated in 1978/1979. *Braz J Med Biol Res* 2007; 40:1267-1276.
4. Adair LS, Martorell R, Stein AD, Hallal PC, Sachdev HS, Prabhakaran D, Wills AK, Norris SA, Dahly DL, Lee NR, Victora CG. Size at birth, weight gain in infancy and childhood, and adult blood pressure in 5 low- and middle-income-country cohorts: when does weight gain matter? *Am J Clin Nutr* 2009; 89:1383-1392.
5. Rodriguez JDM. *Fatores perinatais e problemas de saúde mental em crianças* [dissertação]. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2008.
6. Veras R. Population aging today: demands, challenges and innovations. *Rev. Saude Publica* 2009; 43(3):548-554.
7. Reiss J, Gibson R. Health Care Transition: Destinations Unknown. *Pediatrics* 2002; 110:1307-1314.
8. MacLeod SM. Improving drug treatment for children: are we making an impact? *Paediatr Drugs*. 2009; 11(1):1-3.
9. Martinez-Castaldi C, Silverstein M, Bauchner H. Child versus adult research: the gap in high quality study design. *Pediatrics* 2008; 122:52-57.
10. Sinclair KD, Lea RG, Rees WD, Young LE. The developmental origins of health and disease: current theories and epigenetic mechanisms. *Soc Reprod Fert Suppl*. 2007; 64:425-443.

11. Gluckman PD, Hanson MA, Buklijas T, Low FM, Beedle AS. Epigenetic mechanisms that underpin metabolic and cardiovascular diseases. *Nat Rev Endocrinol*. 2009; 5(7):401-408.
12. Auby P. Pharmaceutical research in paediatric populations and the new EU Paediatric Legislation: an industry perspective. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2008; 8(2):38-45.
13. Dunne J. The European Regulation on medicines for paediatric use. *Paediatr Respir Rev*. 2007; 8:177-183.
14. Murahovski J. Uma nova pediatria para crianças que vão viver 100 anos ou mais: a puericultura como ciência e arte em transição. *Pediatria (São Paulo)* 2006; 28:286-288.