

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 Bettiol*³

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, conseqüentemente, 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 Filho*⁴

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 enfeitados 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.