

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 Gomes*²

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@ifff.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 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