

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, deparamos 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 a 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. Murahovschi 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.