



História da psiquiatria infantil: as origens

A história da psiquiatria infantil como ciência médica é recente. Entretanto, raízes históricas poderiam ser encontradas em experiências educativas e pedagógicas que a precederam e permitiram seu surgimento.¹ Os primeiros marcos datariam do século XVI, representados pelos estudos sobre educação de surdos, feitos pelo padre beneditino espanhol Pedro Ponce de Leon (1520-1584).²

Ao longo dos séculos XVIII e XIX, a história das origens do cuidado dirigido às crianças vai ganhar contribuições expressivas, embora ainda não se constitua dentro do campo das ciências médicas. É no terreno da educação e da pedagogia que encontraremos os primeiros trabalhos relevantes. Dentre eles, poderíamos destacar os estudos de Pestalozzi, Down e Seguin, mas, sobretudo, os trabalhos de Pinel e seu discípulo Itard.

Em seu *Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental*, Philippe Pinel (1745-1826) descreve o tratamento moral de um jovem encontrado nos bosques no sul da França em setembro de 1799. Confiado aos cuidados de Jean Marc Gaspard Itard (1774-1838), jovem cirurgião, o menino, que recebe o nome de Vitor, ficaria conhecido como o selvagem de Aveyron.³ O relato do caso, feito por Pinel e Itard, poderia ser identificado como a primeira descrição clínica de um transtorno mental na infância.

Contudo, nesse momento, a conceitualização de quadros psiquiátricos na infância ainda não havia sido estabelecida, sendo necessário um pouco mais que um século para o surgimento de definições dignísticas bem estabelecidas. Além disso, os métodos terapêuticos e os cuidados propostos aproximam-se muito mais da

pedagogia do que de uma prática psiquiátrica propriamente dita, já que voltados basicamente à educação da criança.

Algum tempo depois, em 1805, o pedagogo Johann Heinrich Pestalozzi (1746-1827) inaugura em Yverdon, na Suíça, um instituto para educação de crianças. Suas idéias sobre educação infantil irão influenciar e servir de subsídio para o trabalho de vários médicos da época, sendo expostas em livros como *Leonardo e Gertrudes*, de 1781 e *Como Gertrudes ensina suas crianças*, de 1801.

Em 1837, influenciado pelos trabalhos de Pestalozzi, o pedagogo alemão Friedrich Wilhelm August Fröbel (1782-1852) abre o primeiro jardim da infância da Europa. Para Fröbel, a criança se expressaria por meio das atividades de percepção sensorial, da linguagem e pelo seu brincar. Na França, o educador Édouard Séguin (1812-1880) cria a primeira escola de reeducação para crianças deficientes. Seus métodos para o tratamento e educação de crianças retardadas são expostos no livro *O tratamento moral e clínico dos idiotas*. Desse modo, os trabalhos educativo-pedagógicos sobre deficiência mental terão um importante papel no desenvolvimento da psiquiatria infantil lançando bases importantes sobre as quais se assentarão os desenvolvimentos posteriores.

Em um primeiro momento, os precursores da psiquiatria infantil, médicos ou não, serão, sobretudo, educadores, tratando as deficiências sensoriais e os retardamentos através da utilização de métodos pedagógicos.

Prof. Dr. Antonio Carvalho de Ávila Jacintho
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

NESTA EDIÇÃO:
Treinamento físico e disfunção erétil

VEJA TAMBÉM:
Comunicação suplementar e/ou alternativa: parte 1

Aspectos éticos, legais e morais da autoria na produção científica: parte 2

Carga horária do curso de Enfermagem

Modelos explicativos do processo de saúde-doença e o estilo de vida em saúde

1. Postel, J./Quétel, C. Historia de la psiquiatria. México: Fondo de Cultura Económica, 1987.

2. Ajuriaguerra, J. Manual de psiquiatria infantil. 2.ed. São Paulo: Editora Masson do Brasil Ltda/Atheneu, 1980.

3. Wolff S. The history of autism. Eur Child Adolesc Psychiatry 2004;13: 201-208.

Treinamento físico regular como tratamento não farmacológico da disfunção erétil: parte 1

A maioria dos estudos voltados aos efeitos protetores do treinamento físico tem focado, sobretudo, as desordens cardiovasculares clássicas, mas pouca atenção tem sido dada à disfunção erétil (...)

Estudos epidemiológicos têm comprovado que a atividade física aeróbia diária previne a morbidade e mortalidade de doenças cardiovasculares, incluindo a hipertensão arterial, diabetes *mellitus* e dislipidemias, sendo os exercícios aeróbios regulares (cinco vezes por semana com sessões de 30 minutos) os mais eficientes como terapia alternativa ou concomitante à terapia farmacológica para o tratamento dessas desordens.

Segundo o *National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion*, mais de 60% dos adultos na população em geral são sedentários. No Brasil, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) qualifica o sedentarismo em 80,8% dos indivíduos adultos. Por isso, instituições e organizações de países desenvolvidos têm implementado esforços no setor de saúde pública para combater o sedentarismo em nível mundial, mediante campanhas de adoção de atividade física regular, visando à melhoria da saúde individual e coletiva. De fato, o ano de 2002 foi considerado o ano mundial de combate ao sedentarismo pela Organização Mundial da Saúde.

Os efeitos benéficos da atividade física perante as doenças crônico-degenerativas podem ser tanto preventivos como terapêuticos. Os aspectos preventivos do treinamento físico são voltados para a promoção da saúde, e também para a proteção específica de indivíduos com predisposição para o desenvolvimento de doenças. Os aspectos terapêuticos do exercício físico visam, sobretudo, à redução dos níveis elevados de pressão arterial e melhora no perfil lipídico e índice glicêmico naqueles indivíduos já acometidos por desordens endócrino-metabólicas e cardiovasculares, diminuindo a mortalidade e melhora da qualidade de vida da população.

A maioria dos estudos voltados aos efeitos protetores do treinamento físico tem focado, sobretudo, as desordens cardiovasculares clássicas, mas pouca

atenção tem sido dada à disfunção erétil, cuja etiologia, na grande maioria, está ligada a fatores de risco como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, dislipidemia, tabagismo e envelhecimento.

A disfunção erétil é definida como a incapacidade de alcançar ou manter ereção peniana adequada para a satisfação sexual e ocorre em graus variáveis, prejudicando a qualidade de vida do homem. É considerado um problema sério de saúde pública, fato corroborado pelos estudos populacionais que apontam elevadas taxas de prevalência na população. Estima-se que a disfunção erétil acometa mais de 152 milhões de homens no mundo, e as projeções para 2025 apontam para 322 milhões. Na população brasileira, estudo recente conduzido em três regiões do país revelou que de 40% a 46% dos homens apresentam algum grau de disfunção erétil.

A deficiência de óxido nítrico (NO), um mediador endógeno liberado de fibras nitrérgicas e do endotélio sinusoidal no pênis, tem sido apontada como a principal causa da disfunção erétil. De fato, o NO é reconhecidamente o principal neurotransmissor de um sistema de transdução de sinais intracelulares que atua no tecido erétil (corpos cavernosos e esponjosos) levando à ereção peniana. Quando liberado de fibras nitrérgicas ou do endotélio sinusoidal, o NO se difunde para células musculares lisas ativando a enzima guanilil ciclase solúvel que, por sua vez, leva à conversão de guanosina trifosfato (GTP) no segundo-mensageiro, o GMP cíclico. A elevação dos níveis intracelulares de GMPc desencadeia uma série de sinais bioquímicos como ativação de proteína quinase dependente de GMP cíclico, fosforilação de proteínas e ativação de canais iônicos, que culmina na redução da concentração intracelular de cálcio, causando relaxamento da musculatura lisa levando, conseqüentemente, à ereção peniana.

Dr. Mario Angelo Claudino
Prof. Dr. Edson Antunes
DEPARTAMENTO DE FARMACOLOGIA
FCM, UNICAMP

Comunicação suplementar e/ou alternativa: parte 1

O censo demográfico de 2000 indica que 24,5 milhões de brasileiros apresentam algum tipo de deficiência, seja mental, física, auditiva ou visual, o que corresponde a 14,5% da população; desse contingente, 11,56% têm deficiência mental; 0,44% apresentam tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia; 5,32% apresentam falta de um membro ou de parte dele; 57,16% têm alguma dificuldade para enxergar; 19,05% têm alguma dificuldade de ouvir e 22,7% apresentam alguma dificuldade de caminhar ou subir escadas. Dos sujeitos com dificuldades para enxergar - 9,90% apresentam grande dificuldade e 0,6% são incapazes; dos que apresentam dificuldades para ouvir - 3,59% têm grande dificuldade e 0,68% são incapazes; dos com dificuldades de caminhar ou subir escadas - 7,21% têm grande dificuldade e 2,3% são incapazes.^{1(D)}

Observa-se que não se incluem nesse levantamento pessoas não falantes ou com dificuldades de linguagem verbal (fala e escrita) e/ou gestual decorrentes de lesões ou disfunções neurológicas. Sabe-se que as alterações motoras limitam o desenvolvimento pessoal e podem restringir as experiências interpessoais; sabe-se também que as dificuldades de produção e interpretação verbal são restritivas da interação social, o que reafirma a relevância desta discussão.^{2-5(D)}

As dificuldades de linguagem verbal manifestam-se em diferentes quadros clínicos e decorrem das mais variadas etiologias anóxia neonatal, acidentes vasculares cerebrais (AVC), traumatismos cranioencefálicos, doenças neurodegenerativas, entre outras. Os avanços tecnológicos no campo da saúde possibilitam cada vez mais a sobrevivência de sujeitos com lesões ou disfunções neurológicas, verificando-se, assim, nos diversos equipamentos de saúde (dos hospitais às unidades básicas Unidade Básica de Saúde e Unidades de Saúde da Família), um aumento da demanda para avaliação e atendimento de tais sujeitos que requerem, dentre outros aspectos, meios alternativos para se expressarem, ou seja, necessitam de outras formas para se comunicarem com seus pares. Nesse contexto é que a Comunicação Suple-

mentar e/ou Alternativa (CSA) assume grande importância, fato que justifica a proposição de diretrizes de avaliação e acompanhamento de pessoas sem ou com muita dificuldade para a produção fonoarticulatória.

A CSA pode ser entendida como uma abordagem clínico-educacional elaborada por profissionais dedicados à comunicação humana em condições adversas que visa, de forma temporária ou permanente, apoiar, complementar, suplementar/melhorar ou substituir as formas de produção e interpretação verbal de sujeitos não falantes ou com extremas dificuldades de linguagem.^{5,6(D)} Pode ser usada pelas equipes de profissionais dos diferentes níveis de atenção à saúde, porém, destaca-se a participação do fonoaudiólogo, uma vez que se trata de um profissional especializado para intervir nos múltiplos aspectos envolvidos nos processos lingüístico-cognitivos e de alimentação, os quais não são suficientemente apreendidos em situações de testes padronizados.^{3-4(D),7(D)}

Diversos autores apontam a restrição do uso de testes formais nos casos de sujeitos com alterações neurológicas que comprometem, significativamente, a produção e interpretação verbal; mesmo considerando que algumas provas podem fornecer informações úteis, ressaltam que essas se apresentariam limitadas para possibilitar uma avaliação mais abrangente das condições lingüístico-cognitivas de tais sujeitos.^{3,5,7,8(D)} Destaca-se, ainda, a importância de processos avaliativos dinâmicos, bem como o conhecimento das condições de vida do sujeito avaliado (estado civil, família, profissão/ocupação, escolaridade, lazer, etc.).^{3(D),8(D)}

Nível de evidência:

A, estudos experimentais e observacionais de melhor consistência;
B, estudos experimentais e observacionais de menor consistência;
C, relatos ou séries de casos; D, publicações baseadas em consensos ou opiniões de especialistas.

Prof^a. Dra. Regina Yu Shon Chun

Prof^a. Elenir Fedosse

Prof^a. Dra. Maria Irma Hadler Coudry

CURSO DE FONOAUDIOLOGIA, CEPRE, IEL
FCM, UNICAMP

Os avanços tecnológicos no campo da saúde possibilitam cada vez mais a sobrevivência de sujeitos com lesões ou disfunções neurológicas, verificando-se, assim, nos diversos equipamentos de saúde (...)

1. Neri MC, Soares WL. Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência. R Bras Est Pop, v. 21, n. 2, p.303-321, jul/dez.2004.

2. Tetzchner S von, Martinsen H. Introdução à comunicação aumentativa e alternativa. Portugal: Porto Editora Ltda., 2000.

3. Coudry MIH. Diário de Narciso: Discurso e Afasia: análise de interlocuções com afásicos. Tese (Doutorado Dep. de Linguística). IEL/Unicamp, Campinas, 1986. Publicado em livro em 1988.

4. Fedosse E. Da relação linguagem e praxia: estudo neurolingüístico de um caso de afasia. Dissertação (Mestrado). IEL/Unicamp, Campinas, 2000.

5. Chun RYS. Comunicação suplementar e/ou alternativa: favorecimento da linguagem de um sujeito não falante. Pró-Fono Revista de Atualização Científica. v. 15, n. 1, p. 55-64, jan. abr., 2003.

6. Schlosser R, Rothschild N. Augmentative and Alternative Communication for person with developmental disabilities. Temas sobre Desenvolvimento, v. 10, n. 58-59, p.6CE-17CE, set-dez 2001.

7. Coudry MIH, Possenti S. Avaliar discursos patológicos. Cadernos de Estudos Linguísticos, n. 5, p.99-109, 1983.

8. Snell ME. Using Dynamic Assessment with learners who communicate nonsymbolically. Augmentative and Alternative Communication, v.18, p.163-175, set. 2002.

Aspectos éticos, legais e morais relacionados à autoria na produção científica: parte 2

Essas regras, contudo, têm sido alteradas. Muitos autores, com tradição em pesquisa, cedem o seu lugar para assistentes e bolsistas, com o objetivo de que estes possam tornar-se mais conhecidos e sentirem-se mais comprometidos com o projeto.

Os critérios de autoria são também abordados em vários outros Códigos de Ética de diferentes profissões de saúde.

O Código de Ética Médica, em seu art. 137, propõe que é vedado ao médico "publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado; atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados ou outros profissionais, mesmo quando executados sob sua orientação".

O Código de Ética Profissional do Biólogo, no seu art. 8, estabelece que "nas relações entre biólogos e entre estes e outros profissionais, o biólogo não deverá: IV - Publicar em seu nome trabalho científico do qual não tenha participado ou atribuir-se autoria exclusiva de trabalho realizado por seus subordinados, colaboradores ou outros profissionais, mesmo se executado sob sua orientação".

O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, no art. 55, estabelece a proibição de "publicar, em seu nome, trabalho científico do qual não tenha participado ou omitir em publicações, nomes de colaboradores e/ou orientadores".

O Código de Ética Profissional dos Nutricionistas, no art. 15, diz que "é vedado ao Nutricionista: I - permitir que trabalho por ele executado seja assinado por outro profissional, ou assinar trabalhos que não executou".

O Código de Ética Profissional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, no art. 8, afirma que "É proibido ao fisioterapeuta e ao terapeuta ocupacional, nas suas respectivas áreas de atuação: XV - permitir que trabalho que executou seja assinado por outro profissional, bem como assinar trabalho que não executou, ou do qual não tenha participado".

Não existe qualquer indicação universalmente aceita e utilizada sobre a ordem de citação dos autores. A maneira mais tradicional propõe que o primeiro autor citado é o responsável pela obra, enquanto o último seria o orientador do trabalho como um todo. Essas regras, contudo, têm sido alteradas. Muitos

autores, com tradição em pesquisa, cedem o seu lugar para assistentes e bolsistas, com o objetivo de que estes possam tornar-se mais conhecidos e sentirem-se mais comprometidos com o projeto.

Algumas revistas e agências financiadoras têm orientado que os autores devem ser citados por ordem alfabética do sobrenome. Em muitos programas de pós-graduação ou atividades de iniciação científica, existe a exigência de que o nome do aluno que irá apresentar o trabalho conste em primeiro lugar na inscrição e divulgação do mesmo. Dependendo do projeto, este primeiro autor, em função do evento que irá ser apresentado, pode ter a ordem de autores alterada, como forma de atender a essa exigência, sem que isso configure uma reclassificação por mérito ou participação. A questão da ordem de citação está em aberto, necessitando maiores estudos, discussão e clareza de critérios.

Vale ressaltar que não cabe mais a caracterização indiscriminada de que o primeiro nome citado é o do autor e, que os demais citados, a partir deste, sejam denominados de co-autores, como se tivessem tido uma participação secundária. Com o objetivo de preservar a justiça, o critério utilizado para estabelecer a seqüência deve ser discutido pela equipe de pesquisadores e citado, no próprio trabalho, como nota de rodapé, indicando as atribuições de cada um dos autores na realização do projeto.



José Roberto Goldim

BIÓLOGO E PESQUISADOR RESPONSÁVEL PELO
LABORATÓRIO DE PESQUISA EM BIOÉTICA E ÉTICA NA CIÊNCIA
DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE

Carga horária do curso de graduação em Enfermagem

Tramita nas altas esferas governamentais um projeto que limita a carga horária para formação do enfermeiro a 3 mil horas. É uma proposta temerária, que necessita de ampla discussão, uma vez que esta formação ocorre, atualmente, ocupando cerca de 4 mil horas, considerando diferentes escolas nas diversas regiões do Brasil. No caso da Unicamp, a formação do bacharel se dá em 3.930 horas e a do licenciado em 4.275. Ambos os percursos podem ser completados em quatro anos.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem, estabelecidas pela Resolução CNE/CES No. 3, de 07/II/2001, não definem carga horária e tempo de integralização mínimo ou máximo. Trata-se de legislação elaborada por profissionais da área, em sintonia com as tendências mundiais. Assim, cabem as perguntas: por que, agora, estabelecer um limite máximo? Por que este limite está tão abaixo da carga horária praticada pelas principais escolas brasileiras?

Não cabe o argumento de que é necessário acelerar a formação do profissional por questões de mercado. Se o

raciocínio seguir essa linha, enxergaremos com facilidade o rápido aumento do número de Escolas de Enfermagem ocorrido nos últimos dez anos. O mercado já dá sinais de saturação. Talvez os autores dessa proposta estejam preocupados com a qualidade do profissional que tem sido formado. Se a intenção for esta, parece mais eficiente inspecionar e avaliar adequadamente os cursos existentes, uma vez que a redução da carga horária não garantirá a qualidade buscada.

A Associação Brasileira de Enfermagem já se manifestou e se definiu pela luta a favor da carga horária mínima de 4 mil horas. Encampamos essa proposta não só pelo histórico desta associação, sempre empenhada na luta pelo crescimento da profissão que representa, mas também pela prática atual das principais instituições formadoras brasileiras, fruto de discussões sérias de profissionais envolvidos profundamente com a Enfermagem.

Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

COORDENADOR DO CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
FCM, UNICAMP

Não cabe o argumento de que é necessário acelerar a formação do profissional por questões de mercado. Se o raciocínio seguir essa linha, enxergaremos com facilidade o rápido aumento do número de Escolas de Enfermagem ocorrido nos últimos dez anos. O mercado já dá sinais de saturação.



No entanto, desde a década de 1960 a complexidade das relações internas e externas ao campo da saúde tem apresentado aspectos sociais que nenhum dos modelos anteriores explica separadamente.

Modelos explicativos do processo de saúde-doença e o paradigma do estilo de vida em saúde

A construção de modelos explicativos é uma das tarefas centrais do fazer científico, podendo ser compreendida como a última etapa da produção do conhecimento, após o processo de planejamento, organização, classificação e análise dos dados. Estudos em bioética sugerem que os modelos explicativos devem atender aos seguintes critérios: clareza, coerência, completude, simplicidade, poder explicativo, poder justificativo, poder resolutivo e praticabilidade.¹ Cada um desses critérios tem sido observado pelas diferentes escolas sociológicas que se propuseram a investigar temas do campo da saúde. Assim, o que diferencia o funcionalismo sociológico, a matriz materialista histórica e dialética, e a sociologia compreensiva não é a capacidade técnica, listada acima, de construir modelos, mas a orientação social e política com que geram estruturas explicativas.

A orientação do funcionalismo sociológico é a da construção de consenso na sociedade, de forma que se propõe explicações, em maior parte, de cunho macrossocial. Assim, acredita-se que os grupos sociais operam de modo solidário e que o desvio e a divergência, respectivamente, a desadaptação no plano individual e coletivo, devem ser reorientados para a normalidade, por meio da vigilância e punição. Com esta perspectiva foi construído modelo explicativo do papel do enfermo, com base nas seguintes premissas: "a pessoa doente não é responsável por estar doente; a pessoa doente possui certos direitos e privilégios, incluindo o de se ausentar das responsabilidades normais; e a pessoa doente deve esforçar-se em recuperar a saúde, consultando um médico especialista e aceitando o papel de 'paciente'".²

Diametralmente em oposição foi construído o modelo orientado pelo materialismo histórico e dialético. Sua orientação também é macrossocial, mas sua perspectiva é a do conflito, na medida em que constrói reflexões calcando-se na diferença entre os sujeitos sociais. A arguta observação sobre a desigualdade e iniquidade nos grupos fez com que o modelo explicativo de saúde e doença desta escola sociológica elege-se como princípios explicativos: os contextos históricos e a estratificação social. Assim, trouxeram para o campo da saúde a lógica dos determinantes sociais, como, por exemplo: a classe social, o gênero e a etnia; bem como a história como cenário, em que cada indivíduo opera realizando opções conscientes ou inconscientes. A saúde e doença, portanto, está relacionada com as chances sociais.

A sociologia compreensiva, por sua vez, orientou-se mais pela filosofia fenomenológica, que avança para além do fato, com o fim de identificar a intencionalidade com que se opera no fato, embora, também, tenha explorado aspectos da economia e política. O princípio dos estudos desta escola colocam-se nas ações e interações sociais realizadas pelos indivíduos, as quais podem ser dimensionadas por meio da ferramenta analítica do tipo ideal, forjada teoricamente. No entanto, esta escola não se restringe apenas à dimensão micro-sociológica, construindo explicações, por exemplo, sobre as formas de organização e dominação social. Assim, a sociologia compreensiva desenvolveu o estilo de vida como parte dos determinantes sociais, de forma que saúde e doença podem estar relacionadas com as escolhas sociais.

No entanto, desde a década de 1960 a complexidade das relações internas e externas ao campo da saúde tem apresentado aspectos sociais que nenhum dos modelos anteriores explica separadamente. Algumas propostas teórico-conceituais foram formuladas desde então e para o campo da saúde a

mais recente é a do *paradigma do estilo de vida em saúde*, de William Cockerham, que está representado no Gráfico 1.

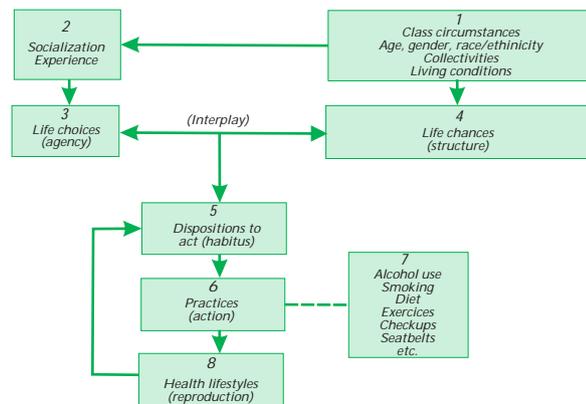


Figure 3.1 Health lifestyles paradigm

Destaca-se que o avanço deste modelo está no fato de considerar as escolhas e as chances sociais como o conjunto de determinantes e não mais um ou outro. Além disso, o modelo avança ao mostrar a relação entre as disposições e as práticas ou ações, deixando o leitor perceber que os determinantes sociais operam quase como o código genético, quando promove reproduções sociais. É fundamental frisar o quase, pois do contrário seriam promovidas reduções sociológicas como as do funcionalismo, além da estigmatização de coletivos sociais que fazem opções diferentes nas sociedades, como as teorias eugenistas.

Para concluir, deve-se observar que os modelos explicativos do processo saúde-doença que pareciam incompatíveis podem ser misturados compondo uma síntese fundamental para explicar elementos da pós-modernidade. Por outro lado, é necessário acrescentar à lista de critérios para a construção de modelos, criada por Beauchamp e Childress (1994), a orientação social e política daqueles que formulam modelos explicativos.

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA E SOCIAL
FCM, UNICAMP

CONCEITOS DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADOS À SAÚDE

1. Beauchamp T.L., Childress J.F. Principles of biomedical ethics. New York: Oxford, 1994:45-47.

2. Cockerham, W.C. Social causes of health and disease. Polity Press. 2007

Mortalidade infantil em Campinas declina nos últimos sete anos

O Centro Colaborador em Análise de Situação de Saúde (CCAS) do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Unicamp, em parceria com a Secretária Municipal de Saúde, divulgaram no mês de agosto dados atualizados e inéditos sobre a mortalidade infantil no município de Campinas verificando algumas tendências dos últimos sete anos. De acordo com os dados do Boletim nº 41, o coeficiente de mortalidade infantil (CMI) caiu 30% no período de 2000 a 2007, atingindo a marca de 10 óbitos para cada mil crianças nascidas. Cerca de 71% dessas mortes ocorreram no período neonatal, antes dos bebês completarem 28 dias de vida. As doenças infecciosas e respiratórias, que no passado eram as principais causas da mortalidade infantil representam, hoje, apenas 8,8% das mortes nesse período de vida. O que surpreendeu os pesquisadores foram as mortes no período pós-neonatal, que compreende dos 28 dias até um ano de idade da criança. Nessa faixa etária, a principal causa de mortalidade em Campinas é ocupada pelas anomalias congênitas, seguidas pelas doenças do aparelho respiratório e pelas doenças do período perinatal.

“Hoje, as crianças com alguns meses de vida, praticamente não morrem mais por sarampo, diarreia ou desidratação, como era freqüente no passado. A vacinação, o saneamento ambiental e os serviços de saúde que dão cobertura para toda a população de Campinas foram fundamentais para a redução das mortes infantis. E os avanços da tecnologia médica permitiram uma sobrevida maior aos recém-nascidos prematuros e aos portadores de anomalias congênitas”, comentou a coordenadora do CCAS, Marilisa Berti A. Barros.

A pesquisa constatou que todos os Distritos de Saúde de Campinas apresentaram redução das taxas de mortalidade infantil, com exceção do Distrito Sudoeste, onde ocorreu aumento da mortalidade neonatal. O maior declínio da mortalidade pós-neonatal foi observado no Distrito Sul, com 53,9%, e a maior redução da neonatal no Distrito Norte, com, 30,1%.

Desigualdades, escolaridade e adolescência

Os pesquisadores também encontraram um dado importante: os recém-nascidos do sexo masculino são 35% mais suscetíveis de morrer no primeiro ano de vida que as meninas. Se a criança for da cor preta, o CMI é de 12,9 por mil, enquanto que nas crianças brancas o CMI é de 9,4 por mil. Filhos de mães adolescentes apresentam risco de mortalidade mais elevado, só superado pelas taxas dos filhos de mães com 40 anos de idade ou mais.

A proporção de mães adolescentes decresceu sensivelmente no município de Campinas de 17,9% para 14% nos período de sete anos. Em 2007, o índice de mães adolescentes atingiu 8,9% no Distrito Leste e 17,7% no Distrito Noroeste. O CMI dos filhos de mães com menos de quatro anos de escolaridade é de 16,3. No caso de mães com 12 anos ou mais de escolaridade, o índice de óbitos é de apenas 5,8.

“Não se sabe exatamente por que os meninos têm uma maior vulnerabilidade

biológica e correm mais risco de morrer. No caso das mulheres com maior escolaridade, o coeficiente é semelhante ao de países do primeiro mundo. O risco de morte infantil é menor para quem mora em bairros como Taquaral, Cambuí, Centro, Sousas, Jardim Aurélia, Barão Geraldo”, explicou.

Cesárias

Embora o parto normal aumente o risco de óbito infantil para os recém-nascidos prematuros, o parto cesária representa um aumento da taxa de mortalidade infantil para os nascimentos a termo no estrato social de menor nível socioeconômico, de acordo com dados do CCAS. A proporção de parto cesária atingiu, em 2007, 62,8% dos partos realizados no município de Campinas e 70,5% dos partos realizados em moradoras do Distrito Leste, enquanto a Organização Mundial de Saúde avalia como aceitável uma taxa de 15%. A prematuridade vem crescendo no município, sendo que o percentual de crianças que nasceram com menos de 37 semanas aumentou de 6,8% em 2000 para 8,5% em 2007. O aumento do percentual de partos cesária é uma das possíveis causas do crescimento da prematuridade

“O percentual de partos cesária aumentou nos últimos sete anos em todos os hospitais do município, com exceção do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Caism) da Unicamp. O percentual de gestações com sete ou mais consultas de pré-natal aumentou de 63% para 80,9% no período de 2000 a 2007. O declínio do CMI observado em Campinas e a mudança no perfil das causas de óbito pós-neonatal apontam que intervenções efetivas vêm sendo implementadas pela rede de serviços de saúde do município”, esclareceu Marilisa

Edimilson Montalti

ASSESSORIA DE RELAÇÕES PÚBLICAS
FCM, UNICAMP

O declínio do CMI observado em Campinas e a mudança no perfil das causas de óbito pós-neonatal apontam que intervenções efetivas vêm sendo implementadas pela rede de serviços de saúde do município.

EVENTOS DE SETEMBRO

Dias 4,5 e 6

* **Jornada de Pediatria e II Encontro de ex-residentes de Pediatria da FCM**

Local:

Horário:

Org.:

Informações:

Programação e inscrições: ww.fcm.unicamp.br

Dia 9

* **Programa de Desenvolvimento Gerencial - PDG**

Local: Auditório da FCM

Horário: das 9 às 17 horas

Org.: PRDU/AFPU

Dia 10

* **Abertura da exposição Atelier**

Local:

Horário:

Período da exposição:

Org.:

Dias 11 a 12

*

Horário:

Local:

Org.:

Depto. de Enfermagem / FCM

Informações: (19) 3521-7041/7956

Dias 12 a 13

* **Unicamp de Portas Abertas (UPA)**

Horário: das 9 às 17 horas

Local: Salas de aula, Auditório e Estacionamento Interno da FCM

Programação e informações:

Org.:

Dias 16 e 17

* **IV Congresso Científico dos Estudantes de Enfermagem (Cocenf)**

Local: Auditório da FCM

Horário: das 8 às 18 horas

Informações: (19) 3521-7443

Org.: Centro Acadêmico de

Enfermagem da FCM

Dia 18

* **Apresentação do Coral do Japão**

Local: Auditório da FCM

Horário: das 16 às 21 horas

Informações: (19) 3521-4718

Org.: Coordenadoria de Relações

Internacionais (Cori) Unicamp

Dias 18 e 19

* **Aprimoramento Profissional de Educadores das Creches da Área da Saúde**

Local: Auditório da FCM

Horário: das 9 às 12 horas

Informações: (19) 3521-7903

Org.: DGRH/DPES/CAS da FCM

Dias 19 e 20

*

Local:

Horário:

Informações:

Inscrições: www.extecamp.unicamp.br

Org.:

Dia 22

*

Local:

Horário:

Org.:

Dia 26

*

Local:

Horário:

Informações:

Org.:

Dia 27

*

Área:

Local:

Horário:

Informações:

Até o fechamento desse *Boletim*, novas teses, dissertações, palestras e eventos poderão ocorrer.

Confira a programação completa no site www.fcm.unicamp.br

EXPEDIENTE

Reitor

Prof. Dr. José Tadeu Jorge

Vice Reitor

Prof. Dr. Fernando Ferreira Costa

Departamentos FCM

Diretor

Prof. Dr. José A. R. Gontijo

Diretor-associado

Prof. Dr. Gil Guerra Júnior

Anatomia Patológica

Profa. Dra. Maria Leticia Cintra

Anestesiologia

Prof. Dr. Franklin S. Silva Braga

Cirurgia

Prof. Dr. Nelson Adami Andreollo

Clínica Médica

Profa. Dra. Sandra C. B. Costa

Enfermagem

Profa. Dra. Izilda Esmênia M. Araújo

Farmacologia

Prof. Dr. Gilberto De Nucci

Genética Médica

Profa. Dra. Carmem Bertuzzo

Medicina Prev. Social

Prof. Dr. Gastão Wagner de S. Campos

Neurologia

Prof. Dr. Benito P. Damasceno

Oftalmo/Otorrino

Ortopedia

Patologia Clínica

Pediatria

Psic. Médica e Psiquiatria

Radiologia

Tocoginecologia

Coord. Comissão de Pós-Graduação

Coord. Comissão Extensão e Ass. Comunitários

Coord. Comissão Ens. Residência Médica

Coord. Comissão Ens. Graduação Medicina

Coord. do Curso de Graduação em Fonoaudiologia

Coord. do Curso de Graduação em Enfermagem

Coord. do Curso de Graduação em Farmácia

Coord. Comissão de Aprimoramento

Coord. Câmara de Pesquisa

Coord. do Centro de Investigação em

Pediatria (CIPED)

Coord. Núcleo de Medicina e Cirurgia

Experimental

Presidente da Comissão do Corpo Docente

Coord. do Centro Estudos Pesquisa em

Reabilitação (CEPRE)

Coord. do Centro de Controle de Intoxicação (CCI)

Assistente Técnico de Unidade (ATU)

Conselho Editorial

História e Saúde

Tema do mês

Bioética e Legislação

Profa. Dra. Carmem Bertuzzo

Prof. Dr. Sebastião Araújo

Diretrizes e Condutas

Profa. Dra. Laura Sterian Ward

Ensino e Saúde

Profa. Dra. Angélica M. B. Zeferino

Profa. Dra. Maria Francisca C. dos Santos

Prof. Dr. José Luiz Tatagiba Lamas

Profa. Dra. Nelci Fenalti Hoehr

Saúde e Sociedade

Prof. Dr. Nelson Filice de Barros

Prof. Dr. Everardo D. Nunes

Responsável: Silvia Motta CONRERP 237

Equipe: Claudia Ap. Reis da Silva, Edmilson

Montalti, Edson Luis Vertu, Fátima Segantin,

Maria de Fátima do Espírito Santo, Marilza

Coelho Borges

Projeto gráfico: Ana Basaglia

Diagramação/ Ilustração: Emilton B. Oliveira

Revisão: Maria Rita Barbosa Frezzarin

Tiragem: 1.500 exemplares

Distribuição gratuita

Sugestões: jornalrp@fcm.unicamp.br

Telefone: (19) 3521-8049

O *Boletim da FCM* é uma publicação mensal da

Assessoria de Relações Públicas da Faculdade de

Ciências Médicas (FCM) da Universidade

Estadual de Campinas (Unicamp)