

Projeto 5

Estudos sobre saúde mental e qualidade de vida em crianças e adolescentes: subsídios para propostas de políticas públicas de saúde

Coordenadores

Sandra Grisi - Instituto da Criança – Departamento de Pediatria da FMUSP

Maria Cristina Kupfer – Departamento de Psicologia da Aprendizagem e Desenvolvimento da Personalidade - IPUSP

Estado da Arte

Para todas as pessoas e, especialmente para as crianças e adolescentes, a saúde mental, a saúde física e a social, ou seja, a qualidade de vida, constituem fios de vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes. À medida que cresce a compreensão desse relacionamento, torna-se evidente que a saúde mental é indispensável para o bem-estar geral dos indivíduos, sociedades e países.

Historicamente, os serviços públicos voltados para os transtornos mentais do desenvolvimento na infância se mostraram inadequados ou inexistentes. Isto se deve, entre outras razões, ao fato de que os poucos recursos do setor da saúde foram utilizados predominantemente para combater as causas da mortalidade e morbidade infantis, como a diarreia, as doenças imunopreveníveis, a desnutrição, etc. O caráter visível, as imagens drásticas e os efeitos imediatos dessas manifestações patológicas induzem a protelar – equivocadamente – a atenção aos transtornos globais do desenvolvimento e aos problemas psíquicos precoces. Com uma evolução mais lenta, mas igualmente insidiosa, esses transtornos acabam provocando estragos equivalentes aos dessas patologias mais espetaculares.

Atualmente, apesar dos poucos estudos epidemiológicos, já existem evidências suficientes que demonstram uma morbidade significativa advinda dos problemas ditos emocionais, dos comportamentais, dos atrasos no desenvolvimento, das psicoses, do retardo mental e da epilepsia (Nikapota, 1991).

A incidência e a prevalência epidemiológicas dos distúrbios do desenvolvimento e dos transtornos mentais na infância são desconhecidas na maioria dos países em desenvolvimento.

Entretanto, segundo o Relatório da Organização Mundial de Saúde de 2001 sobre a Saúde Mental, os transtornos mentais já representam quatro das dez principais causas de incapacitação em todo mundo e, segundo estimativas, eles respondem por 12% da carga mundial de doenças.

Um estudo multicêntrico conduzido pela Organização Mundial de Saúde - OMS (Giel e outros, 1981) aponta para uma taxa de 12% a 29% de prevalência de transtornos mentais na

infância em países em desenvolvimento. Essa taxa não se mostrou diferente das de outros países. Isso revela que os transtornos mentais na infância não são irrelevantes, mas, sim, menosprezados, deixando um grande número de crianças sem assistência adequada. Outro achado deste estudo é que os profissionais da atenção primária identificam em média apenas 10% a 22% dos casos de transtornos mentais que chegam aos serviços (Giel e outros, 1981). Ou seja, entre 80% e 90% dos problemas de saúde mental infantil são perdidos (não diagnosticados) na atenção básica. Essas duas conclusões do estudo conduzidos pela OMS já apontam para a necessidade de ações que melhorem o funcionamento da atenção básica à saúde da população infantil e capacitem os profissionais dessa área para a detecção e o manejo dos transtornos mentais infantis.

No Brasil, não existem bases de dados confiáveis que possam sustentar estudos epidemiológicos e um planejamento de serviços adequado. As informações do Datasus, base de dados do Sistema Único de Saúde - SUS revelam que, de fato, os profissionais de saúde não sabem diagnosticar adequadamente os transtornos mentais específicos da infância. Observa-se uma melhora na qualidade diagnóstica em serviços universitários, que dedicam maior atenção à formação dos profissionais e à qualidade do atendimento (Assumpção Jr. e Carvalho, 1999).

Além disso, segundo Robert Kohn (citado por Almeida Filho, 1985), somente um estudo no Brasil examina a prevalência dos transtornos mentais na infância. De acordo com esse estudo, 23% das crianças, entre 5 e 14 anos (da amostra de 829 crianças de um bairro de classe média de Salvador) apresentaram algum tipo de transtorno.

Se os problemas de saúde mental acarretam danos em todas as esferas da vida da criança e do adolescente, a qualidade de sua vida também pode estar comprometida. A ciência moderna está mostrando, por exemplo, que a exposição a estressores durante o desenvolvimento inicial está associada com a hiper-reatividade cerebral persistente e o aumento da probabilidade de depressão numa fase posterior da vida. Fatores sociais, como urbanização e pobreza, têm conseqüências para a saúde mental dos indivíduos devido à influência de fatores estressores maiores, de eventos vitais adversos mais numerosos e de ausência de redes de apoio social.

Existe uma relação complexa e multidimensional entre a saúde mental e a qualidade de vida: na especificidade da criança, uma manifestação motora é ao mesmo tempo neuro-maturativa, psicológico-cognitiva, tem valor trófico-fisiológico, e também é – simultaneamente – expressão emocional e significativa da relação com os outros em geral e com o meio; dentre todos esses determinantes, a discriminação daquele predominante no momento mesmo da manifestação é algo bastante difícil. No adolescente, o meio ambiente ainda exerce influências bastante peculiares no seu processo de formação.

Em íntima relação com a área psico-afetiva e qualidade de vida encontram-se os problemas de acidentes e violência. Esses decorrem, entre outros, do processo desordenado de urbanização, das condições precárias de moradias, do confinamento a que as crianças estão submetidas tendo como única alternativa de lazer os programas televisivos de livre acesso.

Na ampla faixa etária dos 5 aos 39 anos de idade, as causas externas ocupam o primeiro lugar como causa de morte. Os acidentes de trânsito e os homicídios – estes em franca ascensão, ultrapassando os primeiros, desde 1990, em termos proporcionais – são os dois subgrupos responsáveis por mais da metade dos óbitos por acidentes e violências (Souza, 1994). Assinale-se que, na população jovem, em 1997, para cada mulher de 20 a 29 anos de idade, morreram 15 homens da mesma faixa etária por projétil de arma de fogo. A população masculina, além de armas de fogo (SIM/MS – 1997), está também mais exposta a outros fatores de risco, como uso de álcool e de drogas.

A concentração dos acidentes e das violências é visivelmente mais clara nas áreas urbanizadas, que acumulam cerca de 75% do total das mortes por causas violentas.

Os acidentes e as violências são uma grave violação dos direitos fundamentais, assim como uma das mais importantes causas de morbimortalidade nesse grupo. Entre crianças e adolescentes até 14 anos de idade, os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior impacto na mortalidade do que os homicídios (Assis e cols., 1994). Os jovens, ao começar a dirigir, passam a constituir população de alto risco desse tipo de acidentes, especialmente pela inexperiência na condução de veículos, pela impulsividade característica da idade, além de outros fatores, como o consumo de álcool e drogas (Bastos e Carlini-Cotrin, 1998), aliados à deficiente fiscalização existente no País.

Os acidentes domésticos que ocorrem principalmente com crianças e idosos são passíveis de prevenção por intermédio da orientação familiar, de alterações físicas do espaço domiciliar e da elaboração e ou cumprimento de leis específicas (por exemplo, as relativas a embalagens de medicamentos, dos frascos de álcool e outras). A violência doméstica representa um grande desafio para o setor de saúde, pois o diagnóstico deste evento é dificultado por fatores de ordem cultural, bem como pela falta de orientação dos usuários e dos profissionais dos serviços, que têm receio em enfrentar os desdobramentos posteriores. A gravidade desse tipo de violência manifesta-se tanto nas conseqüências imediatas quanto tardias, tais como rendimento escolar deficiente e alteração do processo de crescimento e desenvolvimento. A violência contra a criança e o adolescente é potencializadora da violência social, estando presente na gênese de sérios problemas, como população de rua, prostituição infantil e envolvimento em atos infracionais, devendo, portanto, ser alvo prioritário de atenção.

Diante dessas razões, é recomendável que os cuidados com o desenvolvimento psíquico e com a qualidade de vida oferecida às crianças e adolescentes sejam pensados como um problema de saúde pública e sua avaliação e seu acompanhamento incorporados pelos programas de assistência já existentes, que assim possibilitariam oferecer atendimento "integral" à saúde da criança e do adolescente.

Objetivo geral

Assim, essa linha de pesquisa pretende obter conhecimentos sobre a qualidade de vida e sobre os processos iniciais de constituição psicológica de crianças e adolescentes brasileiros visando estabelecer parâmetros para intervenções precoces de modo a prevenir os distúrbios mentais na vida adulta.

Destacamos que as principais questões abordadas nessa linha de pesquisa iniciam-se no processo de construção da subjetividade do recém-nascido de muito baixo peso, condição cada vez mais freqüente de nascimento; passando pelas situações de risco para o desenvolvimento infantil e rompimento da prática de aleitamento materno, abordando também o impacto dos acidentes e violência no processo de crescimento e desenvolvimento, sem perder de vista o conhecimento da qualidade de vida de crianças e de adolescentes.

1. pesquisa multicêntrica de indicadores clínicos de risco para o desenvolvimento infantil

Maria Cristina Machado Kupfer Instituto de Psicologia USP

Sandra J.F.E. Grisi –FMUSP

Elizabeth Batista Pinto Wiese –Psicologia USP

Lina Galletti Martins de Oliveira – Psicologia USP

Mario Eduardo Costa Pereira Ciências da Saúde – UNICAMP

Maria Eugênia Pesaro – Psicologia USP

Rogério Lerner – Psicologia da USP

Flavia Gomes Dutra – UnB

Leda Mariza Fisher Bernardino – PUC do Paraná

Octavio Almeida de Souza – PUC do RJ e Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ

Alfredo Nestor Jerusalinsky – Centro Lydia Coriat de Porto Alegre

Regina Maria Ramos Stelin – Universidade de Fortaleza

Estudo da Arte:

A presente pesquisa parte da concepção psicanalítica do desenvolvimento psíquico da criança de 0 a 36 meses. Visa à elaboração de indicadores clínicos para a detecção precoce de transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil, com fins preventivos, bem como ao aperfeiçoamento de pediatras, e outros profissionais de saúde da atenção básica, para atuar como agentes dessa detecção e prevenção.

O pressuposto que norteia esta pesquisa é o de que as bases da saúde mental se estabelecem nos primeiros anos de vida e são dependentes das relações corporais, afetivas e simbólicas que se estabelecem entre o bebê e sua mãe (ou substituto). Essas relações promovem a inserção do ser humano na cultura e constroem uma subjetividade, eixo organizador do

desenvolvimento em todas as suas vertentes. Falhas nesse processo de constituição da subjetividade ocasionam transtornos psíquicos do desenvolvimento infantil.

Diante da experiência agora acumulada, adquirem especial relevância as pesquisas que possam vir a confirmar o valor preditivo de sinais precoces de risco para o desenvolvimento infantil.

A maior parte das escalas parte do pressuposto de que a criança pode ser avaliada em comportamentos e/ou habilidades sem relação entre si. Essas escalas, além de darem mais ênfase para o que ocorre com a criança, deixam para o segundo plano o adulto ou cuidador. Com exceção da 0-3, as demais escalas não partem de uma concepção da criança como parte de um mundo essencialmente simbólico que requer uma estrutura psíquica para organizar todas as suas funções, como a teoria e a clínica psicanalítica nos permitem pensar após tantos anos de investigação do psiquismo humano.

Desta forma, não existe um instrumento que seja de fácil aplicação e que possa verificar como essa estrutura psíquica está se constituindo, o que permitiria interrelacionar funções e habilidades a partir das quais a criança dá sentido ao mundo e não apenas verificar comportamentos resultantes de habilidades geneticamente programadas.

A partir do exposto, pode-se perceber a importância da criação de instrumentos que, construídos a partir da clínica psicanalítica, permitam a identificação dos sinais precoces de risco para o desenvolvimento. Assim, espera-se, a partir desta pesquisa, converter esses indicadores em instrumento para uso diagnóstico-epidemiológico e sobretudo terapêutico, associando-o a um plano de prevenção de distúrbios na infância. Pretende-se ainda obter uma metodologia de formação de pediatras como agentes de prevenção e detecção de sinais precoces de risco para o desenvolvimento infantil.

Para a concretização desta pesquisa, tornou-se necessária a construção de um instrumento (IRDI) baseado em uma fundamentação teórica, em uma consulta a experts e em dois estudos-piloto realizados previamente à proposição do presente estudo.

Objetivos:

Gerais:

Verificar a capacidade de predição dos indicadores clínicos de risco para distúrbios globais de desenvolvimento infantil.

Específicos:

Capacitar médicos da rede pública para a identificação dos indicadores clínicos de risco para distúrbios de desenvolvimento infantil;

Descrever o perfil epidemiológico dos usuários da rede pública de atenção à criança em relação aos indicadores clínicos de risco para distúrbios de desenvolvimento infantil;

Verificar a associação dos indicadores clínicos de risco para distúrbios de desenvolvimento infantil com as características clínicas de crianças atendidas na rede pública;

Selecionar indicadores de desenvolvimento psíquico para serem incluídos na ficha de acompanhamento do Desenvolvimento de Crianças de 0 a 5 anos proposta pelo Ministério da Saúde.

Metodologia :

Desenho da pesquisa

Estudo de corte transversal seguido de um estudo longitudinal.

Área estudada

O estudo está sendo desenvolvido em serviços de saúde públicos, distribuídos em nove capitais brasileiras: São Paulo, Rio de Janeiro, Curitiba, Porto Alegre, Brasília, Recife, Salvador, Belém do Pará e Fortaleza. Tais centros foram escolhidos para garantir uma boa representatividade dos centros urbanos das diferentes regiões do país.

Amostra

O cálculo da amostra inicial foi baseado em dados do estudo-piloto realizado em dois centros (São Paulo e Brasília) e do levantamento do número de atendimentos por mês em cada serviço envolvido no estudo. Após a realização da primeira fase do estudo, a amostra obtida foi a de 764 crianças.

Para a segunda fase do estudo o número necessário estipulado foi de 308 crianças, das quais 161 deverão apresentar problemas no IRDI (foram acompanhadas ao longo dos 18 meses e apresentaram dois indicadores diferentes ausentes) e 147 será o número das crianças “controle”.

Instrumento

Está sendo utilizado o IRDI. As crianças estão sendo avaliadas por pediatras treinados previamente para fazer uso do IRDI durante a consulta clínica regular no período de 18 meses. Cada um dos indicadores é preenchido para a faixa atual de idade da criança e também para a faixa anterior, e são pontuados como presentes, ausentes ou não verificados.

Variáveis clínicas da criança: Apgar aos 5 minutos, idade gestacional, peso ao nascer, sexo, aleitamento materno, queixa principal durante a consulta, diagnóstico clínico. Variáveis clínicas da mãe: idade, escolaridade, quantos partos e pré-natais. Variáveis demográficas: data de nascimento, posição na família, data da observação, acompanhante. Variáveis de seguimento: história clínica, psicodiagnóstico e diagnóstico psiquiátrico e psicanalítico após três anos de seguimento feitos por meio de exame clínico.

Análise dos dados

A análise estatística dos dados será feita para cada indicador de forma independente. A análise de dados da primeira etapa do estudo será composta de uma descrição epidemiológica para estimar a prevalência dos IRDIs por faixa etária e sua associação com variáveis clínicas e demográficas. Após três anos de seguimento as crianças serão avaliadas para identificação de distúrbios globais de desenvolvimento e verificadas as associações com os IRDIs.

Recursos humanos

Em cada cidade brasileira em que a pesquisa for realizada há um membro/pesquisador coordenador responsável por todas as ações a serem ali desenvolvidas e quatro monitores/pesquisadores para dar apoio às ações da pesquisa.

2. Estudo das causas de desmame no Brasil

Sandra J. F. E. Grisi – Pediatria – FMUSP

Ana Goretti Kalume Maranhão – Pediatra da FEPECS/SES/DF

Estado da Arte:

São inúmeras e inquestionáveis as vantagens da amamentação para a criança, sua mãe, a família e a sociedade. “O aleitamento materno é uma prática geneticamente programada, secularmente praticada, não só com o objetivo de alimentar um bebê, mas também de protegê-lo de doenças e da morte, proporcionar um melhor desenvolvimento infantil e o contato entre mãe e filho que certamente irão gerar segurança e menores chances de abandono e violência” .

O reconhecimento de que o leite humano é o melhor alimento para a criança é antigo. No período bíblico, esse leite já era considerado o alimento de escolha para a alimentação infantil. Os primeiros registros de questionamento sobre as dietas substitutivas do leite materno datam de 100 anos antes de Cristo. Publicações européias do final do período medieval e início da era moderna exaltavam a importância da amamentação para as crianças.

O leite materno é adaptado à fisiologia digestiva e metabólica da criança, além de ser considerado um alimento completo, pois supre todas as necessidades nutricionais dos bebês nos seis primeiros meses de vida, assim como contribui para a construção emocional do ser humano.

As evidências científicas dos benefícios da amamentação foram relatadas em vários estudos já realizados em todo o mundo e muitos deles realizados no Brasil, correlacionando as propriedades bioquímicas e anti-infecciosas do leite humano com a morbidade e mortalidade infantil.

Estudo realizado em Pelotas/RS em 1987 revelou que o risco de morrer no primeiro ano de vida por diarreia foi 14 vezes maior em crianças não amamentadas, e 3,6 vezes maior em criança com aleitamento misto, quando comparadas com crianças amamentadas exclusivamente.

Desde a década de 80, o Brasil vem realizando uma série de atividades voltadas para a promoção, proteção e apoio à amamentação. Empreendeu campanhas nacionais de comunicação, incentivou a formação de grupos interministeriais e interdisciplinares sobre o tema, apoiou a capacitação de recursos humanos em todos os níveis de atenção, apoiou pesquisas e a veiculação de literatura científica. Nos últimos anos tem se destacado pelo incremento da sua política de incentivo à amamentação, conduzindo a implantação de estratégias como a Iniciativa Hospital Amigo da Criança, Rede Nacional de Bancos de Leite Humano, Normas de Comercialização de Alimentos para Lactentes, Projeto Carteiro Amigo, Bombeiros da Vida, têm sido fundamentais para a divulgação da importância da amamentação em todos os estados da Federação.

Entretanto, a despeito de ser sistematicamente enaltecida e recomendada, a amamentação não é uma prática universal. No mundo inteiro, menos da metade das crianças menores de 4 meses recebe leite materno como única fonte de alimento. No Brasil, o desmame precoce especialmente nos grupos sociais menos favorecidos, assume características de importante problema de saúde pública. Pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, em todas as capitais brasileiras e DF, em 2000, revelou que apesar de 53,1% das crianças terem sido amamentadas no primeiro mês de vida, somente 14,7% das crianças até 4 meses estavam em amamentação exclusiva. Até os 6 meses essa taxa caía para 9,7%. Belém foi a capital brasileira que apresentou os maiores índices de amamentação exclusiva até o 4º e o 6º mês de vida (27,6% e 19,8 % respectivamente). O Nordeste foi a Região com os maiores índices de amamentação.

Práticas e rotinas inadequadas como a ausência do alojamento conjunto, a propaganda indiscriminada a distribuição gratuita de fórmulas infantis para pediatras e nutricionistas, a introdução de sucos e outros alimentos após os 30 dias de vida, associada à falta de habilidades dos profissionais de saúde no manejo da lactação, favorecendo a prescrição de fórmulas lácteas, levam, como consequência, ao desmame precoce, com repercussões sobre a saúde da criança, com impacto negativo sobre a morbi-mortalidade infantil.

O trabalho e as características sócio demográficas materna, o estado nutricional das gestantes e nutrízes, o início tardio da primeira sucção, a padronização de horários rígidos para as mamadas e o uso de bicos, chupetas e mamadeiras têm sido também apontado como causa de desmame precoce.

Objetivo:

Geral:

Verificar a associação entre as variáveis: número de consultas pré-natais realizadas pelas mães, escolaridade materna, condições de trabalho e tempo de licença maternidade e uso de bicos, chupetas e mamadeiras na prevalência e duração mediana da amamentação nas capitais e DF, na Pesquisa de Prevalência do Aleitamento Materno nas Capitais e no DF no inquérito nacional sobre Aleitamento Materno - 2000.

Específicos:

- a) Descrever a prevalência e duração mediana do aleitamento materno e suas modalidades nas capitais e DF.
- b) Verificar nos grupos de crianças menores de 1 ano, agrupadas mês a mês e sub-divididos em aleitamento materno exclusivo e complementado:
Número de consultas pré-natais realizadas pelas mães;
Escolaridade materna.
Condições de trabalho, caracterizado como só dentro de casa ou fora de casa.
Uso de bicos, chupetas e mamadeiras.
- c) Comparar os resultados obtidos no item b nos grupos estudados.

Material e Método:

Serão analisados os dados obtidos na Pesquisa de Prevalência de Aleitamento Materno nas Capitais e DF, realizada em 1 de junho de 2000, durante a Campanha Nacional de Vacinação. O método epidemiológico utilizado foi o transversal, com a aplicação de um questionário em amostra representativa de mães de crianças com idade igual ou menor há 364 dias. A população alvo (estimada) da qual se retirou a amostra está constituída de crianças com idade menor que um ano, nascidas no período de 17-10-1999 a 16-10-2000 e levadas aos postos de vacinação da área urbana das localidades investigadas, no Dia da Campanha Nacional de vacinação em 16-10-2000. O plano amostral foi probabilístico e em 2 etapas, a primeira correspondeu à seleção aleatória dos postos de vacinação e a segunda à seleção sistemática das crianças menores de 1 ano nos postos selecionados. O número de crianças por capital foi estabelecido em 3500, com base em um estudo feito previamente no DF. Dos 52.375 questionários respondidos, 48.845(93%) foram utilizados para a análise da prevalência. As perdas foram decorrentes de crianças fora da faixa etária do estudo e de erros e inconsistências no preenchimento das questões relativas ao aleitamento.

Análise dos Dados:

Para análise dos dados será utilizado o total de questionários utilizados na pesquisa de prevalência do aleitamento materno (48.845). O número de visitas durante o seguimento pré-natal, escolaridade materna, condições de trabalho da mãe e tempo de licença maternidade e uso de bicos, chupetas e mamadeiras serão consideradas variáveis regressoras e a variável-resposta será a presença e tipo do aleitamento materno. Também serão considerados os efeitos de estrato (capitais). A técnica estatística será a análise de regressão logística, adotando-se nível de confiança de 95%, empregando-se o Programa SAS, para verificação de associações nas análises uni e multivariadas.

3. Estudo do método mãe-canguru no fortalecimento do desenvolvimento do Recém-Nascido de muito baixo peso

Sandra J. F. E. Grisi – Pediatria – FMUSP

Maria Haydee Augusto Brito – Escola de Saúde Pública do Ceará e Hospital César Carlos

Introdução:

Nos últimos anos, os avanços da obstetrícia, concernentes ao manejo da gravidez e do parto de risco, somados aos progressos científicos e tecnológicos sintetizados no conceito de terapia intensiva neonatal têm possibilitado a sobrevivência, cada vez maior, de recém-nascidos com peso de nascimento inferior a 1.500g, denominados recém-nascidos de muito baixo peso. Atualmente, nos países desenvolvidos, observa-se sobrevida de 85% para aqueles que tiveram peso de nascimento na faixa de 751g a 1000g, 93% para os de 1001g a 1250g e 96% para os de 1251g a 1500g, como afirmam Ramsey e Goldenberg (2002).

No entanto, à medida que tais taxas de sobrevivência são alcançadas, surgem novas situações com implicações de ordem biológica, psicológica, social, espiritual, ecológica, cultural e ética que transformam a busca de melhor qualidade para a sobrevida dessas crianças num grande desafio para a neonatologia devido à sua complexidade.

De acordo com Lemons et al. (2001), o aumento da sobrevivência verificado nos últimos anos não alterou a incidência das principais morbidades que acometem esses recém-nascidos, como doença pulmonar crônica, enterocolite necrosante e hemorragia intracraniana (grau III e IV), mas a busca de melhor qualidade para a sobrevida ainda se configura como um grande problema de saúde pública, pois, mesmo contando com os progressos científicos e tecnológicos adquiridos, os egressos das unidades de terapia intensiva neonatal apresentam condições mórbidas, determinadas pela prematuridade e/ou inerentes ao tratamento intensivo como o déficit de crescimento, por exemplo, que ocorre em 97% dessas crianças.

Esses problemas, de acordo com Schäppi (1987), derivam da desnaturação da complexa interface entre fatores biológicos, psicossociais e ambientais, essencial ao desenvolvimento adequado e indispensável à capacidade de sobrevivência, ou seja, da conjugação entre a imaturidade do organismo do bebê, fatores internos, e os aspectos ambientais, fatores externos que englobam a dificuldade do manuseio nutricional e a inabilidade da medicina neonatal em abordar aspectos psicológicos.

A partir desse modo de ver, impõem-se modificações para tornar o ambiente mais adequado para promover o melhor crescimento e desenvolvimento desse ser imaturo, desprovido de equipamento biológico e psíquico para enfrentar uma fase de vida extra-uterina não prevista pela natureza.

No recém-nascido, a fisiologia e a psicologia estão imbricadas de tal forma que se tornam uma unidade. As condições fisiológicas dos subsistemas autônomo, motor e de organização de estados influenciam a capacidade de interação e auto-regulação, como descreve a teoria síncrono-ativa (ALS, 1986), do mesmo modo que a indefinição da estrutura da personalidade, na medida em que limita a interação, origina dificuldades para os aspectos relacionais e para a saúde do corpo, como pensava Winnicott (1999).

O método que surgiu em Bogotá, na Colômbia, em 1979, para tentar reduzir as elevadas taxas de mortalidade perinatal do Hospital San Juan de Dios - Instituto Materno Infantil (IMI), (GOMEZ, SANABRIA e MARQUETTE, 1992) e se tornou conhecido como Mãe-Canguru, devido à sua natureza, poderia representar um novo paradigma da atenção ao período neonatal.

O método Mãe-Canguru reúne, como afirmam Feldman e Eidelman (1998), todos os programas de intervenção para prematuros preconizados atualmente, integrando auto-regulação, manuseio mínimo e estimulação tátil, sensorial e vestibular. Pode propiciar o melhor desenvolvimento biopsicossocial, pois o contato pele-a-pele atende as necessidades de calor, conforto, contato físico e consolo do bebê e isto possibilita, de acordo com Pedromônico (1998) e Tessier (1998), as condições necessárias à construção da saúde mental.

A característica mais enfatizada do método Mãe-Canguru é ter por base a presença materna e permitir contínuo e intenso contato entre a mãe e o bebê que favorece a interação e possibilita a formação do apego/vínculo, facilitando o crescimento e o desenvolvimento.

O presente estudo pretende observar a assistência neonatal prestada ao recém-nascido de muito baixo-peso ao nascer através do método Mãe-Canguru e da abordagem convencional de forma a contribuir para o desvelamento de algumas questões sobre os problemas que acometem esses recém-nascidos de muito baixo peso.

Objetivos:

Geral:

Comparar o método Mãe-Canguru com o método convencional de assistência neonatal quanto aos efeitos sobre o crescimento, sobre determinados marcos do desenvolvimento, sobre o estabelecimento e prevalência do aleitamento natural exclusivo e sobre a promoção do processo de vínculo entre as mães e os recém-nascidos de muito baixo peso.

Específicos:

Comparar um grupo de recém-nascidos de muito baixo peso assistido pelo método Mãe-Canguru com outro grupo de recém-nascidos de muito baixo peso assistido pelo método convencional de abordagem neonatal, quanto:

- 1 - À evolução do peso, comprimento e perímetro cefálico.
- 2 - À evolução do desenvolvimento neuromotor e comportamental.
- 3 - Ao estabelecimento e prevalência do aleitamento natural exclusivo.
- 4 - Ao sentimento dado por cada mãe a relação com seu filho.

Metodologia:

Será um estudo prospectivo que investigará aspectos quantitativos e qualitativos da evolução de recém-nascidos de muito baixo-peso (RNMBP), ou seja, que nasceram com peso inferior a 1500g, fazendo uma comparação do método Mãe-canguru com o método convencional de assistência neonatal, num hospital público em Fortaleza, Ceará.

Amostra: sessenta duplas de mãe-bebê

Coleta, Processamento e Análise dos Dados

A partir do momento de entrada no estudo, tanto para um grupo como para o outro, serão colhidos dados que caracterizem cada dupla selecionada: idade gestacional, idade corrigida, peso ao nascer, condições ao nascimento como índice de Apgar e necessidade de reanimação, permanência, diagnósticos e intercorrências de cada bebê na UTIN, peso atual, assim como idade da mãe, procedência, paridade, tipo de relação com o parceiro e a história da gravidez e do parto. A obtenção desses dados visará observar se os grupos guardarão entre si um grau de uniformidade que os torne comparáveis.

Cada dupla, independentemente do grupo em que esteja, será seguida desde o momento de sua entrada no estudo até completar trinta dias da alta hospitalar, através da combinação de dois modos de investigação: o método quantitativo para estudar a evolução do crescimento, do desenvolvimento e do estabelecimento e prevalência de amamentação; e o método qualitativo para abordar os aspectos relativos à vinculação afetiva.

4. Avaliação da saúde da criança de 1 a 4 anos de idade residente no distrito de saúde escola Butantã, cidade de São Paulo

Sandra J.F.E. Grisi – Pediatria da Faculdade de Medicina da USP

Ana Maria de Ulhôa Escobar – Pediatria FMUSP

Estado da Arte:

O conceito de saúde tem evoluído consideravelmente. No passado, saúde foi conceituada como ausência de doença, e assim, sua prática tinha o médico como seu agente, atuando no hospital e a patologia era o centro do interesse. A seguir, com o desenvolvimento de novos conhecimentos e de novas áreas de atuação, o conceito de saúde expandiu-se para o bem estar físico, mental e social. As atividades ambulatoriais somaram-se às do hospital e desenvolveu-se a noção de sistema de saúde. A partir da I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá, 1986), as discussões sobre a emergência de novos problemas de saúde que não encontravam resposta no âmbito do setor saúde isoladamente, a noção de saúde como processo dinâmico e continuado e conseqüente das ações do indivíduo e da sociedade, provocaram a ampliação do conceito de saúde para o de preservação da vida com qualidade.

Acompanhando a evolução do conceito de saúde, deve ocorrer como conseqüência, a evolução da prática sanitária. A prática da atenção médica alicerçada no modelo que conceitua saúde como o estado de ausência de doença procura causas para os diversos fenômenos patológicos, objetivando estabelecer terapêuticas racionais, a partir da identificação destas causas. Assim, as intervenções médicas limitam-se a eliminar ou a corrigir as causas que geraram tais problemas. Nesse modelo de atenção à saúde procura-se oferecer à população a maior quantidade possível de serviços de saúde, centrado no atendimento médico, destinado a tratar as enfermidades ou a reabilitar os pacientes portadores de seqüelas, por meio da clínica com a intermediação de tecnologias.

Este modelo de atenção à saúde determina o predomínio do pensamento clínico sobre o processo saúde-doença, o que leva a modelos explicativos restritivos que concentram a atenção às relações causa-efeito, marcadas por uma visão clínica e que se localiza no espaço da atenção à pessoa. A atenção médica limita-se, dentro desta ótica, a procurar diagnósticos com o uso cada vez mais crescente e muitas vezes indiscriminado de tecnologias de imagem e de laboratório e a prescrever medicamentos.

Assim, se por um lado somos testemunhas dos grandes avanços alcançados pela ciência médica, por outro, estamos assistindo a uma profunda crise na prática sanitária, apontada para o descontentamento generalizado com a atenção médica e as instituições de saúde, inacessibilidade aos serviços e insatisfação da população em geral.

Assim, impõe-se a construção de uma nova prática sanitária que venha de encontro ao novo conceito de saúde. Este deve preservar e racionalizar a prática de tratamento das doenças e

ampliar o escopo das ações da saúde. Este novo enfoque foi denominado de VIGILÂNCIA DA SAÚDE .

Esta nova prática constitui uma forma de resposta social organizada aos problemas de saúde atuais, embasada no conceito mais amplo e positivo de saúde, considerando o ser humano como um ser bio-psico inserido num contexto sócio-cultural indissolúvel. E é dentro desta perspectiva que as ações de saúde devem ser estruturadas.

A vigilância da saúde embasa-se em três tipos de ação : promoção da saúde, prevenção das enfermidades e dos acidentes e atenção curativa.

A partir deste novo paradigma desenhou-se um novo modelo de assistência com o objetivo de melhorar o estado de saúde da população. Este modelo foi construído tendo como base a promoção e proteção da saúde, a prevenção de doenças e acidentes e o diagnóstico precoce e tratamento das doenças dirigido aos indivíduos, à família e à comunidade. Procura-se, com isto, incrementar a qualidade de vida valorizando o papel dos indivíduos no cuidado com sua saúde, de sua família e da comunidade.

Diante dessa nova perspectiva de prática sanitária, faz-se necessário o desenvolvimento de técnicas e processos para conhecer as condições de saúde da população alvo e buscar as respostas aos problemas de saúde, além de planejar, junto aos demais setores envolvidos, as ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças da comunidade em questão.

Objetivos:

O objetivo geral desta pesquisa é identificar as condições de saúde das crianças residentes no Distrito de Saúde Escola Butantã, utilizando o Child Health Questionnaire (CHQ).

O CHQ é um instrumento de avaliação da saúde da criança destinado a mensurar dois componentes fundamentais da saúde da criança: a função física -psicossocial e o bem estar. O CHQ foi desenvolvido e padronizado para uso na General Social Survey (GSS), uma pesquisa representativa sobre saúde da população, conduzida nos EEUU, entre 1994 e 1995. A partir daí, tem sido aplicado em diversos países e comunidades.

São os objetivos específicos:

1. Caracterizar as condições de saúde da criança de 1 a 4 anos, utilizando o Child Health Questionnaire (CHQ) avaliando a função física da criança (6 itens); desempenho físico-social (2 itens); percepção geral da saúde (6 itens); dor (2 itens); impacto das ações com saúde no tempo dos pais (3 itens); impacto emocional dos pais (3 itens); desempenho emocional/comportamental das crianças(3 itens); satisfação pessoal (6 itens); saúde mental (5 itens); comportamento geral (6 itens); atividades familiares (6 itens); coesão familiar (1 item) e mudanças na saúde (1 item).

2. Verificar a associação existente entre as condições de saúde identificadas pelo CHQ e as classes sociais obtidas pela aplicação do Critério Brasil.

3. Discutir, de acordo com os resultados obtidos, propostas de ações de intervenção para a promoção da saúde da criança de 1 a 4 anos.

Metodologia:

Será estudada uma amostra estratificada das 29351 crianças de 1 a 4 anos moradoras do Distrito de Saúde Escola Butantã.

O plano de amostragem proposto para este trabalho é o de amostragem estratificada. Os estratos primários são as regiões (Butantã, Morumbi, Raposo Tavares, Rio Pequeno e Vila Sônia) e o número de crianças selecionadas em cada região será proporcional ao número total de crianças da região.

Para atingir a representatividade da amostra, os domicílios serão selecionados de acordo com critérios sócio-econômicos. Este procedimento será adotado dentro de cada região do Distrito de Saúde Escola Butantã.

A localização dos domicílios com crianças na faixa etária prevista para estudo será feita através do cadastro dos agentes comunitários de saúde.

Para realização dos objetivos propostos a pesquisa a ser realizada será do tipo descritiva. Para tanto será utilizado o método de levantamento de informações junto aos elementos amostrais, por meio de instrumento de coleta de dados estruturado e não disfarçado. O instrumento a ser utilizado será o Child Health Questionnaire (CHQ) específico para esta faixa etária e descrito a seguir.

Análise dos dados:

Com as informações coletadas no campo será produzido um banco de dados. Esse banco de dados possibilitará, através de programas especiais estatísticos, a realização de análises univariadas e multivariadas pertinentes, para atingir os objetivos propostos no trabalho.

5. Estudo sobre as condições de educação, saúde e qualidade de vida das crianças nascidas nos anos de 1990-1994, na zona urbana de Sobral, Ceará – Segunda avaliação da coorte, 2005/2006.

Ana Cecília Silveira Lins Sucupira –Pediatria USP, Luiz Odorico Monteiro de Andrade – Universidade Federal do Ceará, José Wellington Lima Universidade Estadual do Ceará, Ana Maria Segall Correia, Heleno Correia Filho – UNICAMP, Cristina de Holanda Cunha Barreto – Mestre Universidade Federal do Ceará

Justificativa:

Em 1999, foi iniciado o estudo epidemiológico intitulado Estudo sobre as Condições de Saúde, Educação e Qualidade de Vida de Crianças de 5 a 9 anos da zona urbana do município de Sobral – CE. Para essa faixa de idade, no Brasil não haviam ainda estudos epidemiológicos de base populacional. A proposta foi de realizar o estudo de uma coorte prospectiva, com uma avaliação inicial, com as crianças na faixa etária de 5 a 9 anos, para depois seguir esta coorte a

intervalos regulares de tempo. A amostra de 4400 crianças foi constituída por sorteio aleatório a partir do cadastro familiar do PSF, elaborado pelos agentes comunitários de saúde e armazenado no Banco de Dados do SIAB. Da amostra sorteada foram entrevistadas e examinadas 3.440 crianças.

Passados 5 anos, este é o momento ideal para a realização da segunda avaliação desta coorte. A população da coorte está com idade entre 10 e 14 anos. Essas idades são especialmente importantes para o acompanhamento de diversos aspectos relacionados aos processos vivenciados durante a adolescência. Além disso, pode fornecer subsídios para a compreensão de agravos que se iniciam ou se exacerbam na adolescência, tais como o sobrepeso, a obesidade. O resultado final esperado é a produção de informações que contribuam para a elaboração de políticas públicas, principalmente na área da saúde, voltadas para o adolescente e o jovem e que tenham como objetivo maior a melhoria da qualidade de vida dessa população.

A realização desse estudo em Sobral justifica-se pelo fato de ser um município representativo das condições de vida da região nordestina, mas que se diferencia por possuir uma rede de unidades de saúde e de unidades escolares bastante ampla e adequada à população e melhores condições de saneamento básico e urbanização. Além disso, as condições locais e o apoio da prefeitura municipal tornam o custo da pesquisa mais acessível.

Objetivos:

Geral:

Realizar a segunda avaliação da população da coorte de indivíduos nascidos nos anos de 1990 a 1994 na zona urbana de Sobral - estudando as condições de saúde, educação e qualidade de vida na adolescência.

Específicos:

1. Estudar as condições sócio-demográficas e ambientais
2. Identificar os adolescentes que já apresentem fatores indicativos de doenças crônico-degenerativas
3. Estudar os fatores associados à produção do sobrepeso e da obesidade
4. Verificar a presença de alterações metabólicas em indivíduos com sobrepeso e obesidade e nos controles de peso normal para a idade.
5. Estudar a morbidade referida nos últimos 15 dias, antes da entrevista domiciliar
6. Estudar as condições nutricionais, descrevendo a evolução pondo-estatural da amostra, a disponibilidade e o consumo alimentar
7. Descrever o perfil de maturação sexual
8. Estudar a prevalência da gravidez e os fatores que contribuem para a gravidez precoce

9. Estudar a prevalência e os fatores que contribuem para o uso do fumo, do álcool e das drogas ilícitas
10. Estudar os adolescentes com problemas psicoafetivos
11. Estudar as condições de escolarização e o fracasso escolar
12. Estudar a prevalência e os fatores associados ao trabalho infantil
13. Identificar os projetos e expectativas de futuro desses adolescentes.

Metodologia:

Trata-se do 2º estudo de corte transversal da coorte prospectiva de adolescentes, com idades entre 10 e 14 anos. O estudo consiste de entrevistas domiciliares com os familiares, entrevistas com os adolescentes e avaliações clínicas e laboratoriais. Esses dois últimos procedimentos serão realizados nas unidades escolares e nas unidades básicas de saúde.

A equipe de médicos e enfermeiros da pesquisa será constituída por profissionais do Programa de Saúde da Família, previamente treinados.

As entrevistas utilizaram questionários semi-estruturados. Os questionários serão pré-testados em população semelhante à da investigação, porém com adolescentes que não estejam incluídos na amostra. Após o pré-teste serão feitos os ajustes necessários.

Nas entrevistas domiciliares realizadas por estudantes universitários da área de ciências humanas, devidamente treinados, serão obtidas informações sobre as condições sócio-demográficas e ambientais, antecedentes escolares, morbidade referida, consumo alimentar e situação vacinal. As entrevistas serão feitas com a mãe e caso esta não seja encontrada no domicílio, após duas visitas, as informações serão obtidas com um adulto responsável pelo adolescente.

Serão realizadas também, entrevistas com os adolescentes sobre aspectos relacionados à sexualidade, escolaridade, uso de drogas lícitas e ilícitas, trabalho infantil, problemas psicoafetivos, os projetos e expectativas de futuro desses adolescentes. Essas entrevistas serão feitas preferencialmente, nas escolas. Serão realizados hemograma e parasitológico de fezes em um quarto da amostra selecionada de forma aleatória. Os adolescentes com sobrepeso ou obesidade, classificados na curva de Índice de Massa Corporal para a altura colheram sangue para dosagem de colesterol total e frações, triglicérides e glicemia.

A avaliação clínica, realizada pelo médico, constará de anamnese e exame físicos padronizados, incluindo avaliação ortopédica específica. Os adolescentes nos quais forem identificadas alterações serão tratados na unidade básica de saúde e, quando necessário, encaminhados para avaliação e tratamento com os especialistas da equipe de referência da pesquisa.

Para facilitar a operacionalização o treinamento dos entrevistadores será feito concomitantemente com o pré-teste.

População do estudo

A população prevista para o estudo são os 3444 adolescentes já estudados na primeira avaliação da coorte. Considerando as perdas por diferentes motivos, estima-se que se possa contar com uma população em torno de 3000 adolescentes.

6. Estudo da morbimortalidade por acidentes na criança e no adolescente para definição de políticas públicas visando à prevenção de acidentes

Ana Cecília Silveira Lins Sucupira, Sandra Josefina Elero Grisi Pediatría USP

Estado da Arte:

A redução da mortalidade por doenças infecciosas evidenciou um aumento proporcional das mortes por acidentes na criança e na adolescência. Ao se pensar na puericultura das crianças que vão viver 100 anos, é preciso desenvolver ações para evitar essas mortes por acidentes. Mas não basta sobreviver, é preciso viver com qualidade. Dessa forma, faz-se necessário pensar também nas seqüelas que podem advir de acidentes não letais.

Na verdade, muitos acidentes, que ocorrem no ambiente domiciliar ou nas escolas, não chegam a ter uma repercussão maior, embora acarretem sofrimento, perda de aulas e algumas vezes lesões definitivas que podem comprometer a qualidade de vida dessas crianças e adolescentes.

Ao se considerar que os acidentes não ocorrem ao acaso e que sua previsibilidade pode ser definida, aumenta a responsabilidade de pais, cuidadores, professores e serviços de saúde sobre a ocorrência dos acidentes. De acordo com GUYER & GALLAGHER (1985), os acidentes que não podem ser prevenidos são, em geral, aqueles que causam danos mais leves e freqüentemente são fruto das experiências vivenciadas pela criança no seu ambiente, aspectos importantes no seu desenvolvimento. Um exemplo disso são as quedas da própria altura em bebês que estão começando a andar.

É preciso, portanto, conhecer a epidemiologia da morbimortalidade por acidentes, analisando os fatores associados a esses acidentes para que seja possível intervir sobre os fatores e situações de risco que levam a ocorrência dos acidentes.

É importante, também, estudar os acidentes no que se refere aos atendimentos nos serviços de saúde e às internações hospitalares. Entre as internações hospitalares, as internações em Unidades de Terapia Intensiva merecem estudo detalhado em função dos custos e da repercussão para o paciente e para a família.

O estudo dos óbitos por acidentes são fundamentais no que se refere à prevenção, pois o conhecimento sobre as características desses acidentes fatais pode levar a elaboração de políticas de prevenção de acidentes com redução efetiva da mortalidade por acidentes.

Estudos que permitam conhecer melhor os fatores, situações e comportamentos de risco para acidentes são fundamentais para que se possam elaborar políticas públicas de prevenção de acidentes nas crianças e adolescentes.

Finalmente, a produção de informação mais detalhada sobre a ocorrência de acidentes nas crianças e adolescentes pode contribuir para estudos posteriores sobre os custos que tais situações geram para as famílias e para o Estado.

Objetivos:

Geral:

Estudar a prevalência da morbimortalidade por acidentes na criança e os fatores associados à sua ocorrência, visando a elaboração de políticas públicas de prevenção de acidentes.

Específicos:

1. Estudar os fatores, situações de risco e comportamentos vulneráveis associados à ocorrência dos acidentes em crianças e adolescentes
2. Estudar as características dos acidentes que ocorrem no ambiente doméstico
3. Estudar as características dos acidentes que ocorrem nas unidades escolares de educação infantil e de ensino fundamental
4. Estudar as características dos acidentes que originam atendimento em serviços de pronto socorro
5. Estudar as características dos acidentes que levam à necessidade de internação hospitalar
6. Estudar as características dos acidentes das crianças e adolescentes internadas nas UTIs
7. Estudar a prevalência das seqüelas determinadas pelos acidentes
8. Estudar a prevalência de acidentes nas crianças e adolescentes portadores de deficiências
9. Estudar a prevalência de doenças crônicas nas crianças e adolescentes, em consequência de acidentes
10. Estudar as características da mortalidade por acidentes nas crianças e adolescentes

Metodologia:

Desenho do Estudo

A pesquisa consta de duas fases. A primeira será um estudo piloto, retrospectivo, de análise dos dados sobre acidentes disponíveis para 2003, em cada uma das subdivisões do projeto, para identificar a frequência de ocorrência dos eventos, visando embasar o cálculo das

amostras para as entrevistas que constam do estudo principal. Estima-se uma amostra probabilística de 3.000 entrevistas.

A segunda fase trata-se um estudo prospectivo, para identificar a epidemiologia da morbimortalidade dos acidentes nas crianças e adolescentes, e as características e fatores associados à ocorrência desses acidentes no município de São Paulo. O estudo envolve três subprojetos que têm um objetivo geral comum e será desenvolvido em situações diferentes, de forma simultânea, com desenho de investigação específicos. O universo da pesquisa é a população do município de São Paulo.

1. Acidentes nos ambientes de convivência das crianças e adolescentes

Serão contratados entrevistadores para realizarem entrevistas domiciliares mensais, com os responsáveis pelas crianças e adolescentes que tiveram acidentes, identificadas a partir das informações obtidas no Banco de Dados do SIAB.

As entrevistas domiciliares deverão colher informações sobre o tipo de acidente, a hora e o local de ocorrência, o tipo de lesão, as providências tomadas, a necessidade de atendimento nos serviços de saúde, as seqüelas e a perda de dias de aula. Além disso, os entrevistadores serão treinados para observarem as situações de risco e os comportamentos vulneráveis para a ocorrência de acidentes.

2. Acidentes nas unidades escolares

Nas unidades escolares predominam os acidentes em crianças maiores, principalmente aqueles entre 05 a 09 anos.

Será implantado nas unidades escolares, um sistema de registro dos acidentes que ocorram nesses ambientes. A amostra será constituída de 20 escolas (públicas ou privadas) por região do município, (norte, sul, leste, oeste e centro).

3. Acidentes atendidos em Serviços Hospitalares

Por meio das AIH será possível identificar o número de internações por acidentes e os diagnósticos efetuados. Será definida então, uma amostra para estudo detalhado do prontuário sobre as características dos acidentes. A coleta desses dados será feita mensalmente.

Também será feito o levantamento mensal das crianças e adolescentes que foram a óbito por acidentes, a partir da base de dados do Programa de Aprimoramento das Informações sobre a Mortalidade no Município de São Paulo - PRO-AIM. e, cujo óbito ocorreu nas UTIs do município de São Paulo. Serão feitas entrevistas com os familiares para se identificar as condições em que ocorreram os acidentes e, análise dos prontuários para obter informações sobre os diagnósticos, tratamentos efetuados e custos. Em uma amostra das 10 principais UTIs do município, serão estudadas, no momento da alta, as crianças e adolescentes que foram internadas nas UTIs por

acidentes, para identificar as características desses acidentes e o grau de seqüelas, e, portanto, do comprometimento da qualidade de vida no futuro dessas crianças e adolescentes.

7. A violência na programação infantil da televisão aberta no Brasil

Gilliatt Hanois Falbo Neto – Instituto Materno-Infantil de Pernambuco

Estado da Arte:

A Assembléia Mundial de Saúde em 1996 declarou a violência como principal problema de Saúde Pública e convocou a Organização Mundial de Saúde – OMS para estudar os tipos de violência, caracterizando os diversos tipos e as possíveis ligações entre eles (WHO, 2002).

A violência na mídia contribui para a violência na vida real. O efeito da violência na mídia sobre crianças foi estudado por pesquisadores de importantes universidades americanas nos anos sessenta. Foi observado que assistir televisão pode ter efeitos benéficos ou nocivos sobre as crianças, dependendo do conteúdo da programação e do tempo gasto assistindo televisão. Após 10 anos de pesquisa, o Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos concluiu: “consenso das pesquisas na comunidade científica é que violência na televisão abre precedentes para o comportamento agressivo por crianças e adolescentes que assistem aos programas.

Cashmora (apud Hough & Erwin 1997) escreveu que o foco de pelo menos 1000 publicações de pesquisas tem sido a possibilidade de uma ligação entre violência causada pela televisão e violência real. Os últimos 20 anos de pesquisa sobre violência na TV forneceram evidências sobre a correlação entre a observação de violência por crianças e comportamento agressivo (Friedrich-Cofer and Huston; Huesman and Malamuth apud Singer et al, 1998). Talvez, o mais forte indicativo de que a violência na mídia é um importante fator contribuinte para um comportamento violento e hostil seja dado pela meta-análise realizada por Paik e Comstock (apud Cantor, 2000). A análise revelou que assistir constantemente violência na mídia está associado com níveis mais altos de comportamento anti-social, que variam desde o trivial (violência imitada contra brinquedos) até a delinqüência (atos criminosos), com vários efeitos resultantes possíveis (aceitação da violência como solução de problemas, aumento do sentimento de hostilidade e a propensão a provocar um estímulo doloroso em outra pessoa).

Outra grande área de pesquisa sugere que crianças que assistem à muita televisão vêem o mundo como um “lugar assustador”, especialmente quando se identificam com vítimas de incidentes maldosos ou assustadores (Rubinstein apud Singer, 1998). Muitas crianças que assistem a grandes doses de violência na TV são propensas a aumentar seus comportamentos de auto-proteção e desconfiança, deixando-as em uma posição de maior risco de problemas psicológicos e sociais (Singer M.I.; Slovak, K. et al, 1998).

Existe um número crescente de evidências que a violência na mídia produz um medo intenso em crianças, de duração bastante variável. Os efeitos incluem pensamentos obsessivos, pesadelos repetitivos e distúrbios do sono. Além disso, as crianças também se tornam hesitantes em participar de atividades de rotina relacionadas com as cenas assustadoras.

É lógico que a violência televisiva não é a única causa de agressividade e violência na sociedade de hoje. Violência é um comportamento determinado multifatorialmente. É um produto de um número de fatores interagentes – genético, perinatal, fisiológico, neurológico, ambiental, social e econômico (Eron apud Eron, 1995).

Objetivos:

Geral:

Determinar a frequência de veiculação de atos de violência na programação infantil das quatro redes nacionais de televisão aberta mais assistidas, nos primeiros sábados do mês, durante seis meses típicos do período letivo.

Específicos:

Validar instrumento de avaliação dos atos de violência na televisão aberta;
Determinar o número de atos de violência veiculados na programação infantil por emissora;
Determinar o número de atos de violência veiculados na programação infantil por filme e por país de origem;
Especificar os tipos de violência veiculados;
Quantificar o grau de violência física observada;
Determinar o horário de veiculação dos atos de violência;
Determinar o número de crianças que assistem aos atos de violência veiculados;
Determinar as classes sociais das crianças que assistem aos atos de violência veiculados;
Determinar o gênero das crianças que assistem aos atos de violência
Avaliar a influência dessas exposições no comportamento dessas crianças

Sujeitos e métodos:

Desenho do estudo: o estudo será observacional, quali-quantitativo, descritivo, de corte transversal.

Amostra: Serão observados os programas de televisão aberta, das quatro mais assistidas redes nacionais na sua programação infantil. O dia de sábado foi escolhido por ser o dia da semana em que as crianças dispõem mais tempo para a televisão, estando portanto, mais expostas. Optou-se por razões operacionais analisar sempre o primeiro sábado do mês por um período de seis meses do semestre letivo. Um formulário estruturado previamente validado,

testado em um piloto, com questões semi-abertas, abertas e fechadas será utilizado para a coleta de dados.

Análise dos dados: a análise dos dados será realizada utilizando o Epi-info 2000.

Caracterização da Rede

Trata-se de articulação pioneira para desenvolver uma linha de pesquisa inovadora entre alguns dos departamentos de Pediatria mais envolvidos com investigação científica e com indiscutível liderança na área em nosso país. Entre os mais envolvidos no projeto, encontram-se os departamentos de Pediatria das duas Faculdades de Medicina da USP (capital e Ribeirão Preto), um dos quais é a sede do programa (Instituto da Criança da FMUSP – S. Paulo), além do Departamento de Obstetrícia e Ginecologia da FMUSP. Ainda no Estado de S. Paulo, o projeto contará com a colaboração da Universidade Federal (UNIFESP-EPM) dentro do projeto 3 (Doenças Respiratórias Crônicas), em que a referida Instituição tem grande tradição e reconhecimento nacional e internacional. O outro grande parceiro será o Instituto Materno-Infantil de Pernambuco (IMIP), sediado na cidade do Recife, e seguramente a principal Instituição na área da saúde materno-infantil do norte e nordeste brasileiros. A referida instituição edita a “Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil”, indexadas no LILACS e SciELO. Pesquisadores do IMIP já vêm desenvolvendo estudo de campo na área da prevenção das doenças crônico-degenerativas do adulto, com ênfase na prevenção da obesidade. Outros departamentos de Pediatria de instituições públicas e privadas participarão do desenvolvimento de alguns dos subprojetos propostos. A rede ainda terá o apoio do Departamento de Epidemiologia da Faculdade de Saúde Pública da USP, e grupos de ciências básicas, em especial na Biologia do Desenvolvimento, Genética, Imunologia. Grupos do Instituto do Coração (INCOR) e do Departamento de Clínica Médica da própria FMUSP estarão envolvidos em programas de prevenção /intervenção em obesidade.

Infraestrutura disponível para a realização do projeto

Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP (Capital)

O Departamento de Pediatria administra alguns serviços pediátricos de relevância para a cidade de São Paulo. Alguns dados estatísticos ilustram bem esta situação:

-número de leitos: 275

-número de internações/ano: 28. 862

-número de atendimentos ambulatoriais /ano: 203.800

O serviço de Diagnóstico por Imagem encontra-se muito bem equipado para a realização dos exames de maior demanda desta área: radiologia convencional, radiologia intervencionista e

terapêutica contrastada, exames ultrassonográficos com ou sem doppler, ecocardiografias, tomografias helicoidais. O número total de procedimentos /ano é estimado em 33.500.

O laboratório clínico realiza cerca de 200 tipos diferentes de exames, com produção anual de 600.000 testes. O setor de urgência oferece, nas 24 horas do dia, exames hematológicos, bioquímicos, gasometria, testes de coagulação e quimiocitológico de líquido. O setor de rotinas automatizadas realiza testes por meio de técnicas de enzima imunoensaio, imunonefelometria e testes imunofluorimétricos. A seção de exames especiais realiza análises enzimáticas quantitativas para a biotinizase e piruvato, testes de triagem para erros inatos do metabolismo, determinação da concentração de aminoácidos por cromatografia líquida, além de testes para a avaliação das vias clássica e alternativa do complemento, subclasses de IgG, dentre outros. A peculiaridade deste laboratório é justamente o fato de ter se especializado na realização de testes com o menor volume de material biológico possível. Há três anos, esta unidade participa do programa de controle de qualidade externo mantido pela Sociedade Brasileira de Patologia Clínica e Medicina Laboratorial, tendo desde o início obtido avaliação excelente.

O departamento de Pediatria mantém dois laboratórios de pesquisa. O LIM/36 é dividido em duas vertentes, sendo que na primeira são desenvolvidos modelos animais em coelhos prematuros para o estudo do surfactante produzido no Instituto Butantan. Atualmente, esta equipe está liderando projeto multicêntrico envolvendo 34 hospitais no país todo, com o objetivo de testar a eficácia do surfactante nacional em recém-nascidos. A outra vertente deste laboratório usa técnicas moleculares, principalmente a Reação em Cadeia da Polimerase (PCR) para o diagnóstico de infecções congênitas e de algumas doenças genéticas prevalentes tais como a fibrose cística e a deficiência de alfa-1-antitripsina. O outro laboratório de pesquisa também utiliza a PCR como instrumento de trabalho na investigação em modelo animal, da expressão de genes associados a apoptose em transplantes de órgãos.

Infraestrutura do Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP)

O IMIP possui área física de 28.000 m² distribuídos da seguinte forma:

- hospital Pediátrico Geral (300 leitos)
- unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (20 leitos)
- unidade Cirúrgica (40 leitos)
- neonatologia (50 leitos)
- projeto canguru (25 leitos)
- oncologia (20 leitos)
- nefrologia (20 leitos)
- cardiologia (20 leitos)
- neurologia (10 leitos)
- departamento de pacientes externos (clínica geral e especialidades)

- serviço pediátrico de urgência
- serviço de assistência a mulher (200 leitos) incluindo as gestações de alto risco
- unidade de tratamento intensivo para parturientes (10 leitos)
- hospital dia (programa HIV)
- centro de nutrição parenteral e enteral
- telemedicina
- banco de leite humano
- diagnóstico por Imagem (radiologia, Ultrassom e Tomografia computadorizada)
- departamento de Patologia e Citologia
- centro prostético
- centro de ortodontia
- laboratório de análises clínicas
- laboratório de biologia molecular
- laboratório de tecnologia da informação (informática)
- departamento de pesquisa
- departamento de ensino
- anfiteatros (8 com capacidade total para 800 pessoas) e salas de aula (9 com capacidade total para 200 alunos), 24 apartamentos que acomodam até 48 pessoas
- biblioteca (6.000 livros, 8 computadores, e assinatura eletrônica MDCONSULT)
- serviço Social
- serviço de documentação médica e estatística
- Fundação Alice Figueira
- administração

Home page: www.imip.org.br

O IMIP realiza 2.200 internações ao mês, cerca de 800 procedimentos cirúrgicos, 120 cirurgias ginecológicas e 620 intervenções obstétricas. Os dados estatísticos do serviço de pacientes externos indica 38.000 consultas realizadas em 142 salas especialmente construídas para o atendimento das crianças e mães, que incluem especialistas médicos e para-médicos. O IMIP foi reconhecido pelo governo brasileiro como centro de referência nos seguintes campos de atuação: estímulo ao aleitamento materno, tratamento do paciente pediátrico portador do HIV, serviço de oncologia pediátrica, e tratamento de fissuras lábio-palatinas.

Desde 1993, o IMIP aumentou sua área de atuação para o atendimento de outras 9 comunidades carentes que contam com 70.000 pessoas por meio da criação do programa de saúde comunitária. Ele está voltado principalmente à imunização, terapia de re-hidratação oral, estímulo ao aleitamento materno, pré-natal, monitoramento de doenças respiratória agudas, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil e prevenção do câncer de colo uterino.

O IMIP é um hospital de ensino credenciado pelo Ministério da Educação e da Saúde e desenvolve atividades na área médica, de enfermagem, nutrição, psicologia, serviço social, fisioterapia e fonoaudiologia, atendendo a cerca de 600 alunos de graduação ao ano. Os programas de pós-graduação incluem a residência médica em pediatria, ginecologia e obstetrícia, cirurgia pediátrica, anesthesiologia, neonatologia, reprodução humana, programa de saúde da família, enfermagem, nutrição, além do mestrado acadêmico em saúde materno-infantil (200 alunos /ano). A experiência de ensino do IMIP foi documentada em seis livros-texto médicos: Pediatria Clínica, Diagnóstico Diferencial, Tratamento Pediátrico, Obstetrícia, Neonatologia, Tratamento Materno Intensivo (Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil).

O Centro de Pesquisa é responsável pela coordenação e distribuição de verbas para o apoio a pesquisa em Medicina, Biologia Ciências Humanas e Sociais. A instituição mantém parceria ativa com a OPAS, WHO, UNICEF, e instituições internacionais: Universidade de Heidelberg, London School, Population council (USA), saint Leopold Institute of Tropical Medicine (Bélgica), Universidade de Trieste (Itália), UNiversidade Poissy de Paris (França), St Jude Hospital (USA). As colaborações nacionais: Universidade Estadual de Pernambuco, Universidade Federal de Pernambuco, Universidade Católica, Universidade Federal de Campina Grande, Universidade Federal de João Pessoa, Universidade Nacional de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. O Centro de Pesquisa do IMIP possui infraestrutura própria e trabalha em rede informatizada. A instituição tem contribuído para o treinamento e especialização de recursos humanos, oferecendo apoio técnico a universidades, escolas de segundo grau, dentre outros. O IMIP possui particular interesse na identificação e promoção de saúde.

Infraestrutura do Departamento de Pediatria da Unifesp - Disciplina De Imunologia, Alergia e Reumatologia

1.Laboratório de Provas de Função Pulmonar

- Espirometria
- Oximetria
- Bronco provocação
- Oximetria
- Rinomanometria

2.Laboratório de Imunofenotipagem

- HLA
- Polimorfismo Genético