

FÓRUM DE POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA A INFÂNCIA

1º EDIÇÃO - 2018

Sabará HOSPITAL INFANTIL

Instituto PENSI
PESQUISA E ENSINO EM SAÚDE INFANTIL

INSTITUIÇÕES DA
FUNDAÇÃO José Luiz Egydio Setúbal

APRESENTAÇÃO

A Fundação José Luiz Egydio Setúbal (FJLES) tem como propósito assegurar uma infância saudável e, assim, contribuir para uma sociedade melhor. Mas esse propósito só pode ser plenamente alcançado se trabalharmos também num sentido inverso: assegurar uma sociedade melhor para contribuir com uma infância saudável. É com esse duplo objetivo que a Fundação desenvolve ações de advocacy.

As iniciativas nessa área envolvem relacionamento, comunicação, mobilização e engajamento com interlocutores relevantes. A FJLES colabora com o setor público e privado, e também com outras organizações da sociedade civil, para gerar conhecimento científico. E difunde esse conhecimento com o objetivo de respaldar normas e políticas públicas que tenham efetividade e impacto relevante na promoção da saúde de crianças e adolescentes.

Isso se dá sobretudo por meio de três iniciativas. O canal Saúde na Infância, no YouTube, o Prêmio de Comunicação Saúde da Criança e do Adolescente, lançado em 2021, e o Fórum de Políticas Públicas em Saúde na Infância.

A primeira edição do fórum foi realizada em 12 de setembro de 2018, no Teatro Maksoud Plaza (São Paulo). A organização foi da FJLES, com apoio técnico do Instituto Pensi e curadoria das revistas Veja e Saúde. O evento teve dois eixos. Em um, mais conjuntural, representantes de candidatos à Presidência da República apresentaram suas propostas para a infância e a adolescência. Em outro, mais estrutural, especialistas abordaram os principais desafios da área. Esta publicação reúne conteúdos apresentados no segundo eixo.

Nas páginas a seguir, você lerá uma transcrição (com adaptações para o texto escrito) das apresentações feitas pelos estudiosos na ocasião, envolvendo temas como políticas públicas para a infância, a mortalidade infantil e suas discrepâncias nacionais, obesidade infantil e o impacto da violência sobre as crianças e adolescentes.

Esta publicação dá início a uma série que registrará os debates conduzidos pela Fundação. Ao trazer especialistas para discutir temas cruciais de nossa área de atuação, pretendemos reforçar nosso propósito, colaborando para a melhoria da infância e, portanto, da sociedade.

Boa leitura!

Sobre a Fundação José Luiz Egydio Setúbal:

a FJLES trabalha pela melhoria da qualidade de vida da infância e da adolescência. Atua em pesquisa e ensino com foco em saúde infantil (por meio do Instituto Pensi), na assistência médica infantojuvenil (por meio do Hospital Sabará) e advocacy.

SOBRE ESTA PUBLICAÇÃO

Coordenação:
Fundação José Luiz Egydio Setúbal

Redação, edição e revisão:
PrimaPagina

Projeto gráfico e diagramação:
Naru Design

Ilustrações:
© Good Studio/Adobe Stock

ÍNDICE

1

OS DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A INFÂNCIA PARA OS PRÓXIMOS ANOS

SANDRA GRISI, doutora e professora titular de pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

pág. 04

2

COMO REDUZIR AS DISCREPÂNCIAS REGIONAIS NAS TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL

LUCIANA RODRIGUES SILVA, professora doutora e presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria

pág. 13

3

OBESIDADE INFANTIL: PROJETOS E CAMPANHAS PARA ENFRENTAR ESSE NOVO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

MAURO FISBERG, coordenador do Centro de Dificuldades Alimentares do Instituto Pensi, professor da Unifesp

pág. 21

4

CRIANÇAS E ADOLESCENTES: VÍTIMAS DA FALTA DE PROTEÇÃO SOCIAL

EVELYN EISENSTEIN, professora da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

pág. 33

1

OS DESAFIOS DAS POLÍTICAS PÚBLICAS PARA A INFÂNCIA PARA OS PRÓXIMOS ANOS

SANDRA GRISI,
doutora e professora titular de pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Bom dia a todos. Eu gostaria de agradecer ao José Luiz, à Fundação, pelo convite, por estar aqui e pela oportunidade de falar com vocês sobre esse assunto que, com certeza, preocupa a todos nós e que é um assunto relevante para o futuro do Brasil.

Minha apresentação inicial era muito extensa, tive que reduzir para 40 minutos. Então, optei mais por chamar atenção para os principais problemas do que por trazer alguma proposta – porque, com certeza, veremos as propostas na atividade seguinte.

Quando se pergunta sobre projetos para a prosperidade de um país, como no último relatório da Organização Mundial da Saúde, do Unicef e do Banco Mundial, quando se pergunta sobre as melhores maneiras de um país impulsionar a prosperidade, promover o crescimento da economia e reduzir a pobreza extrema, a resposta é muito simples: invista na primeira infância. Não sou eu que estou dizendo, é um consenso mundial. É isto que nós devemos ter em mente se quisermos construir um país próspero.

Nós temos que reconhecer que muito foi feito nas últimas décadas. Realmente, nos últimos 30 anos tivemos importantes progressos na saúde da criança. Eles se devem aos avanços nas condições socioeconômica do país, mas se devem muito também aos programas de saúde da mulher e da criança. Não há como falar da saúde da criança sem considerar a saúde da mulher. Elas são interdependentes – na verdade, a saúde da criança se decorre da saúde da mulher. Por isso, esses dois programas devem ser tratados de uma maneira integrada.

Só para não deixar de valorizar nossa história: nós fizemos muito nos últimos 30 anos no que diz respeito à saúde da mulher. Cito apenas alguns dos principais programas implantados no país, todos eles com um bom impacto.

SAÚDE DA MULHER

- **Programa Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**
- **Programa Nacional de Humanização do Parto e Nascimento**
- **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**
- **Lei da Vinculação à Maternidade**
- **Plano de qualificação das Maternidades do NE e Amazônia Legal**
- **Rede Cegonha – Atenção Materna e Infantil**
- **Diretriz Nacional de Atenção à Gestante**
- **Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**

Também fizemos muito em relação à saúde da criança. Não podemos dizer que nossa história não foi uma história de sucesso. Ela é, sim, uma história de sucesso. Temos feito bastante, particularmente no campo da saúde pública em prol da mulher e da criança.

SAÚDE DA CRIANÇA

- **Programa Nacional de Imunização (PNI)**
- **Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC)**
- **Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Promoção do AM)**
- **Projeto para Redução de Mortalidade na Infância (AIDPI)**
- **Política Nacional de Atenção ao RN**
- **Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal**
- **Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no NE e Amazônia Legal**
- **Rede Cegonha – Atenção Materna e Infantil**
- **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC)**

O resultado desse esforço pôde ser visto no indicador da mortalidade infantil, que reflete as condições socioeconômicas e de saúde. Nos últimos 30 anos, tivemos um progresso enorme. A curva da mortalidade vai de cerca de 90 por 1 mil nascidos vivos para cerca de 14 por 1 mil. Tudo o que nós fizemos teve, sim, um bom efeito.

No período de 2007 a 2016, nós tivemos uma queda da mortalidade infantil na casa de 30%. E a queda anual estava na casa dos 2,5% e 3,5%. Vale a pena, no entanto, prestar atenção em que de 2015 para 2016 houve um aumento da mortalidade infantil em todas as regiões, exceto na região Sul.

MORTALIDADE INFANTIL SEGUNDO REGIÕES, 2007 A 2016

Região	Var% anual média no período de 07-16	Var% anual total no período de 07-16	Var% 15-16
Norte	- 3,7%	- 29%	8,1%
Nordeste	- 3,8%	- 29%	7,3%
Sudeste	- 2,1%	- 17%	3,6%
Sul	- 2,9%	- 23%	- 4,2%
Centro-Oeste	- 2,3%	- 19%	5,3%
Brasil	- 3,2%	- 25%	4,8%

Fonte: MS/SVS/DANTPS – SIM/Sinasc

De imediato, a resposta de todos os epidemiologistas foi: "espera um pouco, não foi bem assim. O que nós tivemos em 2016 foi uma queda expressiva da natalidade por causa da epidemia de Zika". Realmente, isso aconteceu. O Brasil tem, normalmente, de 3 milhões a 3,2 milhões de nascimentos por ano. Em 2016, nasceram por volta de 2,8 milhões. Como esse índice é uma proporção, ao cair o denominador, a proporção aumentou. Então, imediatamente, todos relativizaram esse aumento da mortalidade, dizendo que não se tratou de aumento da mortalidade, mas de queda da natalidade.

Vamos ver se foi isso mesmo – não é um assunto que possa ser tratado superficialmente, é tão sério que nós devemos aprofundar essa questão.

Dentro da mortalidade infantil, separamos a mortalidade neonatal da mortalidade acima de um mês de vida (e ainda nós, pediatras, dividimos a mortalidade neonatal precoce da neonatal tardia). Mas aqui vamos falar da mortalidade neonatal. Ela espelha muito as condições de saúde da mulher e o cuidado durante a gestação, o parto e o atendimento ao recém-nascido. Diferente da mortalidade de um mês para frente, que espelha não só as condições dos serviços de saúde, mas também as condições de vida dessas crianças.

A taxa de mortalidade neonatal caía de 2007 para 2015. Quando chega de 2015 para 2016, ela aumenta. Olhando por causas, entre 2015 e 2016 há um aumento na mortalidade neonatal por afecções respiratórias perinatais (50,5%) e problemas de distúrbios nutricionais (32,3%). Essas são causas ligadas ao tratamento no serviço de saúde e podem, sim, refletir uma queda na qualidade da atenção à saúde do recém-nascido.

TAXA DE MORTALIDADE NEONATAL
VARIAÇÃO PERCENTUAL POR GRUPO DE CAUSAS, COMPARANDO VARIAÇÃO ANUAL MÉDIA 2015/2007 E VARIAÇÃO 2016/2015

Causas neonatal	2007	2015	2016	Var% anual média no período 07-15	Var% total no período 07-15	Var% 15-16
Malformações congênitas	2,012	1,876	1,967	- 0,9%	- 6,8%	4,9%
Prematuridade	3,363	1,876	1,887	- 7,0%	- 44,2%	0,6%
Fatores maternos	1,241	1,547	1,632	2,8%	24,7%	5,5%
Infecções perinatais	2,094	1,370	1,366	- 5,2%	- 34,6%	- 0,3%
Asfixia/Hipóxia	1,908	1,293	1,303	- 4,8%	- 32,3%	0,8%
Transtornos CV orig. período perinatal	0,414	0,226	0,207	- 7,3%	- 45,4%	- 8,5%
Causas externas na criança	0,081	0,087	0,091	1,0%	7,9%	3,8%
Infecções da criança	0,103	0,057	0,055	- 7,2%	- 44,9%	- 3,3%
Afecções respiratórias perinatais	0,086	0,044	0,067	- 7,9%	- 48,3%	50,5%
Desnutrição e anemia nutricionais	0,010	0,003	0,004	- 13,1%	- 67,6%	32,2%

Fonte: MS/SVS/DANTPS – SIM/Sinasc

Agora vamos ver o que aconteceu com a mortalidade de um mês a quatro anos. A taxa vinha caindo de 2007 a 2015. Mas de 2015 para 2016, elevou-se.

O que chama a atenção é: na mortalidade entre um mês a quatro anos, nós tivemos um aumento, o dobro da mortalidade, por doenças imunopreve-

níveis (111,1%) e também por infecções (89,0%). São causas que também podem indicar que, nesse período, nós tivemos uma redução da qualidade da atenção à saúde da criança ou até falta de acesso ao atendimento.

TAXA DE MORTALIDADE DE UM MÊS A QUATRO ANOS VARIAÇÃO PERCENTUAL POR GRUPO DE CAUSAS, COMPARANDO VARIAÇÃO ANUAL MÉDIA 2015/2007 E VARIAÇÃO 2016/2015

Causas 1 mês - 4 anos	2007	2015	2016	Var% anual média no período 07-15	Var% total no período 07-15	Var% 15-16
Infecções da criança	0,486	0,343	0,647	- 4,3%	- 29,5%	89,0%
Causas externas na criança	0,468	0,407	0,646	- 1,7%	- 13,1%	58,7%
Malformações congênitas	0,211	0,237	0,371	1,5%	12,4%	56,6%
Desnutrição e anemia nutricionais	0,055	0,033	0,055	- 6,2%	- 39,8%	67,0%
Asma	0,030	0,017	0,020	- 7,1%	- 44,6%	18,2%
Doenças imunizáveis	0,023	0,007	0,015	- 13,6%	- 68,9%	111,1%
Prematuridade	0,004	0,004	0,010	2,2%	19,2%	123,8%
Infecções perinatais	0,014	0,007	0,009	- 9,4%	- 54,5%	34,3%
Asfixia/Hipóxia	0,004	0,004	0,008	- 1,4%	- 10,6%	108,8%

Fonte: MS/SVS/DANTPS – SIM/Sinasc

Agora vamos analisar as mortes evitáveis, segundo a classificação do Ministério da Saúde. De 2007 a 2017, cerca de 75% das mortes no período neonatal são por causas evitáveis. Ou seja, nós temos condições tecnológicas e assistenciais para evitar essas mortes; no entanto, elas ainda ocorrem. O mesmo acontece entre as crianças de um mês a quatro anos: cerca de 50% da mortalidade nesse período, no Brasil, é por causas evitáveis.

Em 2016, mais da metade dos óbitos neonatais foi por causas evitáveis. No mesmo ano, mas em crianças de um mês a quatro anos, metade dos óbitos que aconteceram também foi por causas evitáveis. Que causas são essas? Quais políticas de saúde deveremos implementar para impactar essas mortes? No período neonatal, 48,4% das mortes evitáveis seriam reduzíveis pela atenção à mulher na gestação. Decorrem, sim, da qualidade do pré-natal. Em número de consultas durante o pré-natal, o indicador é até razoável para o Brasil inteiro, em todas as regiões. Mas qual é a qualidade dessa consulta? É isto que nós temos que analisar.

Ainda vendo a mortalidade neonatal, em 2017, 31,2% das mortes evitáveis decorreram de atenção ao recém-nascido. De novo: qualidade da atenção. Eu volto a insistir que nós temos sérios problemas.

Nas mortes em crianças de 28 dias a quatro anos, 40% decorrem de problemas de diagnóstico e tratamento. É melhoria da atenção à saúde à criança doente. Já 33,1% foram mortes que seriam evitadas se essas crianças tivessem sido alvo de ações de promoção da saúde.

Disso tudo, podemos tirar quais são as principais ações que devem estar previstas numa política nacional de saúde da criança. A primeira delas é: sobreviver, adotar ações que reduzam as mortes evitáveis.

Apesar de já termos feito muito – e não podemos negar isso, porque saímos, há 30 anos, de uma mortalidade de 90 por mil nascidos para, em 2017, uma mortalidade na casa dos 14 por mil nascidos –, apesar de termos trilhado um caminho de sucesso, ainda temos muito a fazer. E são coisas básicas.

Então, vamos aos pontos que norteiam uma política de saúde da criança. Cuidado da saúde da criança e do adolescente se faz em cinco componentes. São eles: boa saúde; nutrição adequada; cuidado responsável; segurança e proteção; e oportunidades para aprender. A Organização Mundial de Saúde, o Unicef e o Banco Mundial adotam essa configuração. Com esses cinco fatores, é possível abranger as necessidades básicas para que uma criança possa crescer e se tornar um cidadão saudável e produtivo.

COMPONENTE 1: BOA SAÚDE

- **Garantir pré-natal e atenção ao parto de qualidade;**
- **Prevenção da prematuridade e de baixo peso ao nascer;**
- **Promoção ao crescimento e ao desenvolvimento saudável;**
- **Respostas às necessidades de saúde, incluindo a atenção às emergências e urgências, levando em conta as especificidades dessa faixa etária;**
- **Detecção precoce de problemas de desenvolvimento e deficiências.**

Neste componente, é preciso garantir um pré-natal e um parto de qualidade. Todos os nossos indicadores acabam apontando para números, e todos os gestores ficam satisfeitos quando dizem que estão tendo de seis a oito consultas de pré-natal. Mas precisa ter qualidade nesse atendimento e na atenção ao parto.

Temos que ter política de prevenção da prematuridade e de baixo peso, porque são fatores que levam à morte. As taxas de mortalidade mostram que o principal componente é perinatal.

Além disso, temos de fazer a promoção do crescimento e desenvolvimento. São ações simples de seguimento dessa criança, mas dando a ela condições para crescer com vistas a uma vida saudável. Porque é durante a infância, nos primeiros seis anos, que criamos todas as janelas de oportunidade para

atuar na prevenção das doenças crônicas e degenerativas que vão afetar o adulto. É na primeira infância também que ocorre a organização da arquitetura cerebral e das sinapses, das ligações entre as diversas áreas do cérebro. Desta forma, nós podemos dar a essa criança as condições de ser um indivíduo capaz de atingir suas potencialidades no aprendizado.

A promoção de crescimento e desenvolvimento, que acontece na atenção primária à saúde, deve ser de qualidade. Não é só pesar, medir e dar vacina. A atenção primária diz respeito a muito mais.

Além disso, respostas às necessidades de saúde. Aqui, devemos ter uma atenção expressiva, porque há muita morte por diagnóstico e tratamento incorretos. E também é necessária a detecção precoce de problemas de desenvolvimento.

Enfim, são várias ações que devem estar previstas no sistema de atenção à saúde, com ênfase na atenção primária. Essas ações todas são, com certeza, as que poderiam colaborar para reduzir as mortes evitáveis, que, como vimos, são componentes fortes da mortalidade infantil.

COMPONENTE 2: NUTRIÇÃO ADEQUADA

- **Promoção do aleitamento materno;**
- **Promoção da alimentação saudável;**
- **Controle da obesidade infantil;**
- **Controle das deficiências nutricionais;**
- **Segurança alimentar;**
- **Programa Hospital Amigo da Criança.**

Nutrição adequada inclui a importância da promoção do aleitamento materno; a alimentação saudável; o controle da obesidade infantil, as deficiências nutricionais, principalmente as de micronutrientes que ainda são muito prevalentes na nossa sociedade; segurança alimentar e o programa de Hospital Amigo da Criança. São ações que devem constar em políticas de saúde voltadas à criança. Isso está no campo da atenção básica e no das políticas para controle de produtos alimentares para criança.

COMPONENTE 3: CUIDADO RESPONSÁVEL

- **Promoção da parentalidade responsável é a base para proteger as crianças:**
- **Contra os efeitos negativos da adversidade;**
- **Reconhecer e responder a doenças;**
- **Desenvolver as condições necessárias para aprendizagem;**
- **Construção da confiança e das relações sociais.**

Não há nenhuma outra forma de uma criança nascer, crescer e se desenvolver de modo seguro se nós não tivermos uma parentalidade responsável. Na nossa sociedade, que tem certas peculiaridades, vale, sim – e tem um impacto muito grande na saúde da criança –, desenvolver programas voltados para a promoção da parentalidade responsável. Só por meio dela se consegue fazer com que a criança possa enfrentar as adversidades; por meio dela é que se vai reconhecer a doença e levar para o serviço de saúde, desenvolver as condições necessárias de aprendizagem e realizar uma construção de confiança e de relações sociais. Isso é importantíssimo para que esse indivíduo possa ser produtivo na comunidade. Tudo isso está no campo de ações da área de desenvolvimento infantil e da área de desenvolvimento social.

COMPONENTE 4: OPORTUNIDADES PARA APRENDIZAGEM

- **Promoção do vínculo mãe-filho;**
- **Promoção do desenvolvimento infantil;**
- **Expansão da cobertura de creches.**

Nós temos de oferecer oportunidades para o aprendizado das crianças. Sem isso, elas não poderão ser indivíduos, adultos, que possam viver e contribuir com a sociedade no século do conhecimento.

Essas oportunidades, inclusive, começam lá atrás, no vínculo mãe-filho, depois em todas as ações para o desenvolvimento infantil e, principalmente, na expansão da cobertura de creches. Este componente envolve as políticas de desenvolvimento infantil e também todas as políticas de desenvolvimento sociais e as da área de educação.

COMPONENTE 5: PROTEÇÃO E SEGURANÇA

- **Acesso à água e saneamento básico**
- **Programas de prevenção a acidentes e proteção contra violência**
- **Programa de renda mínima**

O último componente nos lembra que a criança não vai sobreviver se não tiver proteção e segurança. Ele abrange desde o acesso saneamento básico, ações de proteção contra acidentes até programas de renda mínima.

Esses cinco componentes estão previstos nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (2016-2030) – aliás, o vídeo de apresentação da Fundação José Luiz Egydio Setúbal, que vimos aqui, mostra que um dos objetivos da fundação é construir uma sociedade digna até 2030.

Nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a saúde das mulheres, crianças e adolescentes ocupa um papel central. Afinal, mulheres, crianças e adolescentes só terão as oportunidades sociais e econômicas se realmente conseguirem ser o motivo de políticas públicas. E esse grupo, com certeza, contribuirá para a prosperidade e a formação de sociedades sustentáveis. A prosperidade não é possível se não for garantido o direito fundamental das crianças e adolescentes de sobreviverem e prosperarem.

Por último, queria chamar a atenção para uma pesquisa do Datafolha, que vi ontem na TV – aliás, com a Mônica apresentando –, sobre quais são as prioridades para o próximo governo. A preocupação com saúde variou entre 26 e 40 pontos, dependendo da região e do sexo. É a principal prioridade da população para o próximo governo – e isso num momento em que a Operação Lava Jato ocupa tanto espaço, em que a violência explode, em que a taxa de desemprego alcança níveis altos.

Na discussão na TV, mostrava-se a diferença entre as prioridades no grupo masculino e no grupo feminino. No masculino, a preocupação com a segurança aparecia com números muito maiores, mas, no feminino, aparecia muito, muito alta a preocupação com saúde.

A saúde diz respeito a todos, de zero a 100 anos. Mas a saúde da criança e do adolescente não diz respeito só às condições desses indivíduos, mas principalmente ao Brasil que teremos em 20, 30 anos.

Muito obrigada a todos.

2

COMO REDUZIR AS DISCREPÂNCIAS REGIONAIS NAS TAXAS DE MORTALIDADE INFANTIL

LUCIANA RODRIGUES SILVA,
professora doutora e
presidente da Sociedade
Brasileira de Pediatria

Boa tarde a todos. Inicialmente, eu quero agradecer, em nome dos pediatras brasileiros, o convite para estar aqui. A Fundação José Luiz Egydio Setúbal está construindo este fórum com discussões extremamente importantes sobre a saúde da criança e do adolescente.

Quando pensamos na mortalidade infantil, pensamos no desenvolvimento do país. Temos que nos perguntar: O que dizem os números? O que dizem as entrelinhas dessas cifras? Nós sabemos que são sempre os mais vulneráveis que pagam o maior tributo a essa situação.

Nós também temos noção de urgência: já está mais do que na hora de serem adotadas medidas que de fato possam modificar o panorama. E nós sabemos que os gestores públicos precisam tomar atitudes.

Os senhores sabem que a mortalidade infantil aumentou nos últimos dois anos. Hoje o menor índice se encontra em Santa Catarina, por volta de 8 óbitos por mil nascidos vivos, e o maior índice, por volta de 18, em Roraima. Isso reflete as grandes diferenças que existem no Brasil.

Nós sabemos as principais causas – e, como já citado hoje de manhã, existem causas evitáveis. Então, eu diria seguramente que os gestores políticos do nosso país precisam se debruçar de maneira consistente sobre a saúde das crianças e dos adolescentes, desse grupo que representa o futuro do nosso país.

O único profissional habilitado e capacitado para assistir esses indivíduos são os pediatras. O pediatra tem a função primordial de assistir a mãe durante a gestação; de assistir a criança na hora do parto; de acompanhar a criança de maneira sistemática. Seguramente, a falta de pediatras também tem contribuído para o declínio nos índices de vacinação e para o aumento da mortalidade, junto com outros fatores.

Outros dados de mortalidade muito me preocupam, e não foram citados pela manhã. São os óbitos por violência ou causas externas: agressões, acidentes automobilísticos e lesões acidentais. São números que vêm crescendo em 2015, em 2016.

ÓBITOS DE 0 A 19 ANOS POR CAUSAS EXTERNAS — BRASIL, 2016

	Quantidade	% do total
Agressões	11.179	52
Acidentes de transportes	4.349	20
Lesões acidentais	3.613	18
Outras causas	2.432	10
Total	21.573	100

Fonte: SIM/SVS/MS

Nós não podemos nos esquecer desses índices quando falamos da mortalidade de crianças e adolescentes. Vinte estados registraram um aumento nesse indicador, com destaque para o Acre, para o Amapá – estados em que houve aumento de 20% até 84%. Esses números são alarmantes. Olhando não a variação no tempo, mas as taxas de óbito por causas externas, a maior taxa é no Sergipe, a menor, em São Paulo.

Quais são as possíveis causas indutoras da violência contra crianças, adolescentes e jovens? A fragilidade dos mecanismos de proteção. Há menores em situação de vulnerabilidade social. Faltam programas de prevenção à violência em áreas periféricas. Há vulnerabilidade de crianças e adolescentes em ambientes de conflito. Acesso reduzido aos serviços de saúde, aos equipamentos públicos – especialmente a falta de serviços de saúde, educação, esporte, lazer e cultura.

Outro dado que não podemos deixar de mencionar é a demografia médica, número de médicos por 100 mil habitantes. Existe uma diferença gritante entre capitais e interior.

Então, há várias questões sobre pediatras e aqueles que cuidam da criança. Quem são os pediatras brasileiros? Como eles se distribuem? Quais são os contextos adversos para a oferta dos cuidados a crianças? Temos um declínio, nos últimos anos, bastante significativo. Como a crise que estamos vivendo se materializa nos indicadores epidemiológicos? Qual a percepção dos pediatras sobre esse cenário? Quais os pontos de defesa das crianças e adolescentes? Qual futuro nós queremos e podemos ter para a saúde no Brasil? E qual o papel da nossa sociedade médica de pediatria para os pediatras brasileiros?

Existem hoje cerca de 37 mil pediatras no Brasil, 2 mil com registro em dois estados; são sobretudo do sexo feminino.

RETRATO DEMOGRÁFICO DA PEDIATRIA NO BRASIL

36.993
Número de especialistas

18,89
Razão especialista por 100 mil habitantes

10,30%
Percentual sobre o total de especialidades

Distribuição por sexo

73,9
Feminino

26,1
Masculino

0,35
Razão masculino/ feminino

Fonte: Scheffer M. et al., Demografia Médica no Brasil 2018.

Mas há grande discrepância de pediatras por região. Claramente, se o pediatra é o profissional habilitado e capacitado para orientar a mãe, o pai e a criança em medidas de prevenção e tratamento, há que haver uma política de redistribuição e de salário para que esses pediatras possam ser distribuídos de maneira mais equânime. A distribuição do número de pediatras é muito diferente da distribuição de crianças e adolescentes

DISTRIBUIÇÃO POR REGIÃO

	Pediatras	População de 0 a 19 anos
Norte	4,0%	10,7%
Nordeste	16,2%	30,5%
Sudeste	55,0%	38,1%
Sul	16,2%	13,0%
Centro-Oeste	8,6%	7,6%

Fonte: Demografia Médica no Brasil 2018 - CFM/Cremesp e Projeção da População do Brasil e UF por idade para 2017 - IBGE

São 65 milhões de crianças e adolescentes, um número bastante significativo. É por isso que nós esperamos que o próximo governo possa olhar de maneira diferente para esses indivíduos. Só assim nós vamos mudar o país.

Quais os contextos adversos para a oferta de cuidados? Aqui entra um ponto de extrema importância, que impacta a mortalidade infantil e a assistência a crianças: a falta de estrutura de insumos e profissionais. Há uma campanha de uma das filiadas da Sociedade Brasileira de Pediatria que diz que toda criança tem que ter um pediatra para chamar de seu. E isso é verdade, porque esse indivíduo é que vai conversar com a mãe, conhecer a criança, detectar alterações comportamentais e adotar medidas preventivas.

Mas nada disso é possível em uma emergência. Existem problemas graves de infraestrutura e um déficit significativo no número de leitos. Foram fechados 10 mil leitos nos últimos nove anos no país. Isso acarreta claramente uma falta significativa no número de leitos para atender as crianças. Em muitos estados, a quantidade de leitos pediátricos está absolutamente aquém do ideal. Há cidades onde faltam cerca de 10% de leitos, outras 20%, outras até 28%, de acordo com o número da população pediátrica.

Outro dado significativo é a falta de unidades de terapia intensiva. O SUS possui 20 mil dos 40 mil leitos de unidade de terapia intensiva do país. No entanto, há leitos de terapia intensiva em apenas 10% dos 5.570 municípios. Quando se fala de UTI neonatal, o dado é mais grave ainda: nós sabemos que a mortalidade neonatal ainda é uma questão muito importante no nosso meio (existem dados recentes na literatura vinculando essa prematuridade aos partos cesáreos).

De todos os estados, apenas dois têm número de unidades de terapia intensiva neonatal suficiente para o número de recém-nascidos. Então, o problema de infraestrutura no SUS, a falta de equipamentos em postos de saúde e as filas estão relacionados à assistência inadequada e até com agressão e violência contra médicos. Isso precisa ser enxergado para melhorar a assistência. Em um levantamento envolvendo 1.266 unidades básicas de saúde, em muitas delas verificou-se a inexistência de negatoscópio, de oftalmoscópio, de otoscópio, de esfigmomanômetro.

Aqui, novamente, nós temos que enfatizar a necessidade da presença do pediatra na atenção primária, secundária e terciária. Muitas vezes, o médico que está atendendo uma emergência não tem qualificação e formação para assistir pacientes da faixa etária pediátrica.

E há um subfinanciamento – algo que foi falado pela manhã. A participação do Estado no Brasil para a saúde é 48,2%, diferente do que ocorre em países desenvolvidos, segundo a OMS.

Participação do Estado no financiamento da saúde (em %)	
Reino Unido	83,5
França	77,5
Alemanha	76,8
Espanha	70,4
Canadá	69,8
Austrália	67
Argentina	67
Brasil	48,2

Fonte: OMS, 2013 Fonte: OMS, 2013

A saúde, de fato, é muito importante. Mas, entre 2003 e 2017, o Ministério da Saúde deixou de aplicar cerca de R$ 174 bilhões no SUS. De cada R$ 10 previstos para a melhoria da infraestrutura em saúde, R$ 6 deixaram de ser gastos.

Como essa crise se materializa nos indicadores epidemiológicos? Está claro que ela vai se materializar exatamente nos óbitos dos recém-nascidos, nos óbitos das crianças. Vai traduzir o desmantelamento que tem ocorrido nas unidades de saúde básica, nas unidades de terapia intensiva, nas unidades hospitalares – enfim, nas estruturas para assistência das crianças.

E a percepção dos pediatras? Eles precisam ser ouvidos também. Nós tentamos fazer isso percorrendo todas as regiões do país, ouvindo seus anseios e suas dificuldades.

Outro ponto muito importante e recente, sobre o qual não podemos deixar de falar, é a queda da cobertura vacinal de crianças – e, com ela, o surto de sarampo que ocorreu no Norte e em outras cidades, até no Rio Grande do Sul.

COBERTURA VACINAL (EM %)

Tipo de vacina	Meta	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017
BCG	90	107,9	105,7	107,4	106,9	105,1	95,5	91,4
Rotavírus Humano	90	87,1	86,4	93,5	92,0	94,2	88,9	75,2
Pneumococos	95	81,7	88,4	93,6	92,9	94,2	95,0	82,5
Meningococos	90	105,7	96,2	99,7	95,8	98,2	91,7	78,7
Tetra/Penta	95	99,6	93,8	95,9	94,2	96,3	89,3	76,4
Poliomielite	95	101,3	96,6	100,7	96,2	98,3	84,4	77,0
Tríplice Viral D1	95	102,4	99,5	107,5	112,1	96,1	95,4	81,8
Tríplice Viral D2	95			68,9	92,4	79,9	76,7	69,0
Hepatite A					120,3	97,1	71,6	76,1

Fonte: SI-PNI, MS

Nos últimos dois anos, a cobertura vem caindo em todas as vacinas. Isso é muito grave: nós podemos, com isso, ter a reincidência de determinadas doenças. A queda nessa cobertura para doenças já eliminadas, como sarampo, rubéola, poliomielite, vai expor a população.

Existem várias tentativas de explicação para esse fenômeno: o movimento contra vacina, a mudança da rede de notificação de informática dos postos; o horário em que esses postos de saúde ficam abertos; a falta da extensão do horário, atrapalhando a mãe que trabalha; e a falta de vacinas. Mas, para nós, é nítido que falta o pediatra que acompanha criança, porque é ele – ou outro profissional que seja treinado para isso – que vai poder conversar com a mãe sobre a importância do calendário vacinal. É muito importante para essa mãe ter vínculo com um profissional que possa lhe aconselhar e informar.

Outro ponto importante também, para nós bastante grave, é a fila de espera para cirurgia pediátrica no SUS: as filas das cirurgias ortopédicas e eletivas são, de fato, muito grandes e têm demorado meses. Isso novamente mostra a falta de compromisso com a assistência de nossas crianças e adolescentes.

Outro aspecto que nos parece fundamental é o tamanho do desafio do nascimento seguro. Neste ano nós fizemos uma campanha na sociedade chamada de Nascimento Seguro, enfatizando a presença do pediatra no

pré-natal e na sala de parto (em todos os partos o pediatra deveria estar presente). De 184 nações analisadas pelo Unicef, o Brasil figura no 108º lugar pior para recém-nascidos. Por isso, nós fizemos essa campanha: não admitimos que o recém-nascido não tenha um pediatra na sala de parto. Sabemos a importância do pediatra para a reanimação no primeiro minuto de vida e para a assistência integral nessa fase.

No ano passado, no Congresso Brasileiro de Pediatria, confeccionamos um documento chamado Manifesto em Defesa da Infância e da Adolescência no Brasil. Está disponível no nosso site e foi enviado ao Ministério da Saúde e ao da Educação. Mais recentemente, começamos a discutir na sociedade qual o futuro que nós queremos e podemos ter no Brasil para as nossas crianças. Com isso, há um mês, confeccionamos um novo documento, enviado a todos os candidatos à Presidência da República, aos governos estaduais, ao Senado e aos candidatos ao Congresso Nacional. É uma contribuição da Sociedade Brasileira de Pediatria para promoção de ações com foco nessa população de 0 a 19 anos.

Nesse documento, chamamos atenção para alguns aspectos, porque nós vamos ter eleições em outubro, temos mais de 60 milhões de crianças e adolescentes, e a Sociedade Brasileira de Pediatria, como a maior sociedade médica do país e a segunda do mundo, está preocupada com o futuro da nação. Então, conclamamos a todos os candidatos a assegurar, para a criança e o adolescente, estratégias e investimentos que lhes garantam educação, segurança, alimentação, cultura, esporte, bem-estar e saúde. O que os políticos parecem não entender é que assistência à criança não é custo, é investimento, tem que ser vista como investimento.

Além disso, enfatizamos a necessidade de sanear as deficiências existentes na infraestrutura da rede de atendimento – falta de leitos, aparelhos, equipamentos, medicamentos e insumos. Os leitos de internação na rede pública precisam ser oferecidos em número adequado. O programa nacional de imunização precisa ser fortalecido. O programa para mudança nos hábitos de vida precisa ser protagonizado pelo pediatra: alimentação saudável, atividade física e uma série de orientações sobre o comportamento das famílias das crianças precisam ser dadas pelo pediatra. A consulta a gestantes precisa ser feita também pelo pediatra durante o pré-natal. A criança e o adolescente precisam ser atendidos pelo pediatra, e a precarização do trabalho médico deve ser combatida pelos gestores públicos.

No campo dos direitos humanos e sociais, nós acreditamos que toda criança e adolescente precisa ter direito a um ensino de qualidade, para desenvolver seu potencial e princípios que sejam calcados no respeito, na ética, na solidariedade e na dignidade da pessoa humana – com o objetivo de estimular o potencial de cada um. Além disso, o acesso à creche em tempo integral precisa ser assegurado. E as mulheres precisam ter todo suporte para o aleitamento.

No campo da segurança pública, nós acreditamos que a segurança das crianças e adolescentes, bem como dos seus espaços preferenciais de frequência (escolas, centros esportivos, núcleos comunitários) precisa ser objeto de atenção especial das autoridades. As medidas para combater a violência no trânsito precisam estar voltadas para o bem-estar do jovem. É necessária uma política ampla e eficaz para proteção das crianças e adolescentes no ambiente digital. Medidas para prevenir o desaparecimento de crianças e adolescentes devem ser tomadas de maneira efetiva. A violência física, verbal, emocional e psicológica, que tem se tornado rotineira nos estabelecimentos de saúde, implica, necessariamente, ações que precisam ser tomadas para aumentar a percepção de segurança nas unidades de atendimento.

No campo das relações humanas e familiares, toda criança e todo adolescente devem contar com a proteção da sociedade. A criança e o adolescente precisam ser protegidos da exposição a elementos com conteúdo sexual e violento e que promovam comportamentos impróprios, como o consumo de álcool e outras drogas. A família, com todo apoio possível por parte das instituições, deve ser fortalecida como centro das relações com a criança e o adolescente, ajudando-os a serem formados para a vida em sociedade. O Estado deve promover ações contra abusos de qualquer natureza cometidos contra crianças e adolescentes. Deve elaborar programas de prevenção à gravidez na adolescência; proibir e punir os exploradores do trabalho infantil; desenvolver projetos voltados ao empoderamento da população pediátrica, incentivando sua autoestima, seu crescimento intelectual e cognitivo e suas relações e vínculos calcados na solidariedade, não na competição.

Como peças-chave desse processo, os pediatras brasileiros ressaltam o protagonismo nesse importante debate público sobre temas que, se não forem devidamente contemplados, penalizarão o Brasil de amanhã. As políticas públicas, então, devem ser ampliadas e cumpridas de fato, saindo do papel.

Muito obrigada pela atenção.

OBESIDADE INFANTIL: PROJETOS E CAMPANHAS PARA ENFRENTAR ESSE NOVO PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA

MAURO FISBERG,
coordenador do Centro de Dificuldades Alimentares do Instituto Pensi, professor da Unifesp

Boa tarde a todos. Vamos falar um pouquinho de obesidade, então vocês esqueçam o que comeram no almoço! Tenho uma tarefa muito difícil: falar rapidamente sobre vários projetos e programas relativamente bem-sucedidos na prevenção da obesidade infantil. Inicialmente, gostaria de fazer minha abertura de interesses: sou palestrante e recebo apoio para projetos de pesquisa de grupos públicos, privados e não governamentais; mas, para esta aula, não tenho nenhum conflito de interesse.

Obesidade é um assunto relativamente novo. Praticamente nos últimos 50 anos é que começamos a trabalhar com isso. Sabemos que a grande questão da obesidade é a transição deste problema, vindo de países mais desenvolvidos para a população mais carente.

Sabemos que a obesidade não é uma única doença: são várias doenças que têm como característica final o excesso de peso. Não podemos tratar igualmente uma criança que nasceu pesada- um adolescente que se transformou em obeso- uma mulher que, depois de vários partos com ganho de peso gestacional excessivo, fica com superávit de peso ou um adulto que, depois de mais velho, começa a ganhar mais peso. São doenças diferentes com uma resultante parecida. Mas sabemos que, quase sempre, o excesso de peso vem de uma mudança no estilo de vida, da modificação do padrão alimentar e da inatividade física.

Saímos deste padrão que é típico do ser humano, e uso o pintor Botero como exemplo: o excesso de peso era uma forma de proteção do ser humano, tanto para o sexo masculino, cuja força era resultante do excesso de peso, como para a mulher, quando ela se prepara para o parto e para lactação. Ou seja, o excesso de peso era uma forma de sobrevivência da espécie. Mas qual seria a nossa perspectiva hoje, principalmente porque estamos entrando em um padrão em que toda a população está começando a ganhar peso excessivo?

O maior problema é que isso nos traz uma bagagem de doenças secundárias, que aumentam nosso risco e a mortalidade. Outro grande aspecto é que a obesidade começa cada vez mais cedo. E, se começa cada vez mais cedo, carrega-se a obesidade por mais tempo, tem-se maior incidência de doenças mais precocemente e maior chance de mortalidade mais precoce. Nós temos, ao mesmo tempo, a possibilidade de uma criança viver 100 anos e o risco de as crianças da geração atual viverem menos do que a geração anterior por causa da antecipação das doenças crônicas. É um paradoxo com que temos que trabalhar.

A obesidade é uma doença universal. Atinge um público jovem: entre os maiores de 18 anos, já estamos com quase 2 bilhões de pessoas com excesso de peso e quase 700 milhões de obesos; e, entre os menores de 5 anos, são 41 milhões de crianças acima do peso ou obesas; e entre as crianças em idade mais ativa, temos um número que também é muito grande.

≥ 18 ANOS
1,9 bilhão (39%) com excesso de peso e 650 milhões (13%) obesos

< 5 ANOS
41 milhões acima do peso ou obesas

≥ 5 – 19 ANOS
340 milhões de crianças e adolescentes com sobrepeso ou obesos
(OMS 2018)

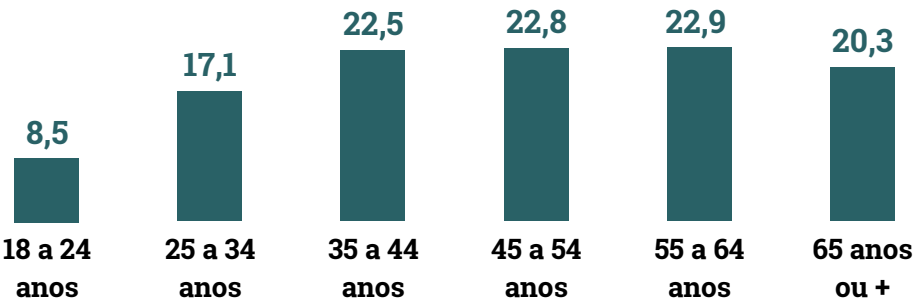
Temos mudanças também na população brasileira, como indicam dados dos grandes estudos feitos no Brasil nos últimos anos. Diminuímos a deficiência de estatura, o déficit de peso foi diminuindo – apesar de ainda termos, nos últimos anos, uma volta do excesso de desnutrição. Mas o excesso de peso, tanto para o sexo masculino quanto para o feminino, é muito grande. Temos números gigantescos de obesidade. Isso não é restrito à população infantil. Do ponto de vista nutricional, a obesidade é a doença que mais cresce em todo o mundo – com exceção da desnutrição em alguns bolsões de pobreza, onde a guerra, principalmente, levou à fome. Mas, do ponto de vista de distribuição universal, a obesidade aumenta muito, e passamos por um aumento muito rápido em período muito curto, para ambos os sexos aqui no Brasil.

Estes são os dados da pesquisa Vigitel publicados em 2018:

Obesidade cresceu 60% em dez anos
de 11,8% em 2006 para 18,9% em 2016
Frequência é semelhante entre os sexos

O que sabemos também é que a obesidade vai duplicando a partir dos 25 anos e também está relacionada ao número de anos de estudo: quanto menos anos de estudo, maior a chance de ter excesso de peso. Isso mostra que a educação é fundamental na prevenção do excesso de peso e que a faixa etária também é muito importante – exatamente a população mais ativa do país é aquela mais afetada.

PREVALÊNCIA DE OBESIDADE DUPLICA A PARTIR DOS 25 ANOS



OBESIDADE É MAIOR ENTRE OS QUE TÊM MENOR ESCOLARIDADE



No estudo ISA (Inquérito de Saúde de São Paulo) há dados sobre o estado nutricional da população da capital de São Paulo – estes estudos começaram em 1998 e estão agora avaliando os dados em 2015. Na população como um todo, foi aumentando o excesso de peso; o sobrepeso aumentou nos adolescentes de até 19 anos. A obesidade chega a índices bastante importantes, especialmente nas meninas dos últimos anos. Não se vê uma estabilização da prevalência de excesso de peso, como se diz que houve para o Brasil como um todo. Na população de São Paulo, os números continuam aumentando.

Nos grandes grupos de programas para trabalhar com excesso de peso, estão a mudança do estilo de vida, a mudança da alimentação e a mudança da atividade física. A atividade física é interessante: o Brasil, depois do Estados Unidos, tem a população com o maior número de adultos inscritos em academias de qualquer tipo de esporte, mas nosso número de pessoas sedentárias é muito grande. Atividade física não é apenas esporte: é o padrão de movimentação que temos no dia a dia – que depende um pouco dos esportes, mas depende muito da locomoção: como me movimento em meu trabalho, meu lazer, qual meu tipo de exercício, quais as atividades de vida diária e qual a forma como estou desenvolvendo a minha ocupação.

Entre as crianças, um dos grandes problemas é o aumento gigantesco do tempo de tela. A Academia Americana de Pediatria propõe para as crianças menos de duas horas de tempo de tela por dia. Infelizmente, o Brasil é campeão mundial de utilização de tempo de tela, e isso sem contar o telefone: estamos falando de televisão, videogames, *tablets* e computadores. São mais de quatro horas e meia de tempo de tela, repito, sem contar o uso do telefone. Infelizmente, algumas de nossas crianças dizem que estão estudando durante o tempo de tela, mas sabemos que a maior parte desse tempo é dedicada ao ócio.

Somos muito sedentários. O mundo está ficando sedentário. E os dados mostram que vários países, como China, Portugal, Finlândia e Estados Unidos, são muito parecidos. Há um número enorme de crianças, em todo o mundo, sedentárias.

Num trabalho de nosso grupo, avaliamos, por acelerometria, crianças que atendiam à recomendação de 60 minutos por dia de atividade física moderada ou vigorosa, de acordo com o tempo de utilização de tela de TV. Se as crianças têm menos de uma hora de tempo de TV, no geral conseguem atingir o nível de não sedentarismo; mas, a medida em que aumenta o tempo de tela, vai aumentando o número de crianças com comportamento sedentário.

Amanhã vamos apresentar, aqui no congresso, os dados de adolescentes do estudo EBANS, um estudo feito junto com o Instituto Pensi: sete em cada dez adolescentes não fazem absolutamente nada de atividade física, números muito parecidos com os do estudo ERICA, que abrangeu mais de 100 mil adolescentes no Brasil e mostrou esse mesmo padrão de sedentarismo.

Por que falar sobre o sedentarismo é importante? Ele leva a um grande risco de morbidade e mortalidade. Mas a alimentação também leva a um grande número de mortes de forma associada. Não comer, por exemplo, elementos que podem ser origem de vitaminas e minerais tem tanto impacto quanto a inatividade física

NUTROCIÊNCIA | Obesidade e inatividade física

Em termos globais:
2,7 milhões de mortes são atribuíveis à baixa ingestão de frutas, legumes e verduras
1,9 milhão de mortes são atribuíveis à inatividade física

Dados da OMS 2016.

O que nós podemos fazer para tentar prevenir esse grande problema da obesidade? Sabemos que, primeiro, a prevenção é muito mais viável do que o tratamento. Todos que já tiveram algum problema de peso sabem o quão complexo é mudar o estilo de vida – não é mudar uma única coisa, é mudar todo o nosso modo de ser. Parece simples: modificamos a alimentação e nossa atividade física. É muito fácil de falar, mas não é tão simples de resolver.

É muito fácil, provavelmente, intensificar a atividade física para a criança, porque já é algo inato; mas modificar a alimentação das crianças, tentando fazer com que elas tenham uma distribuição correta de determinados alimentos, especialmente um volume menor de gordura, açúcar e sal, não é tão simples. Se seguíssemos as recomendações internacionais, provavelmente teríamos facilidade maior de evitar o excesso de peso. O que estamos vendo é uma mudança do patamar da pirâmide alimentar: estamos comendo mais o que deveria ser evitado e menos o que deveria ser rotineiro.

Ao mesmo tempo, nossa atividade física, que deveria ser natural, hoje passa a ser institucionalizada e muito baixa. Nesta semana, demos uma entrevista para a Veja sobre uma discussão da Academia Americana de Pediatria sobre pediatras prescreverem brincadeiras para as crianças. Se nós chegamos a esse ponto, é porque a coisa está realmente catastrófica. Falar para a criança se mexer, que a criança deveria brincar, que ela deveria ter tempo livre... Isso deveria ser uma coisa natural, não forçada.

O que é mais adequado para a criança? O emagrecimento ou a prevenção do ganho de peso? É muito complexo modificar a dieta e não é simples fazer uma criança sedentária sair da inércia, principalmente porque a família geralmente também tem esse padrão. Fizemos uma análise da literatura sobre a atividade física, revisando mais de 600 trabalhos para avaliar o que acontecia com a atividade física das crianças.

METANÁLISE COM REVISÃO SISTEMÁTICA

Mais de 600 trabalhos

14 selecionados com exercícios supervisionados

- **4 compararam atividade aeróbia com controles**
- **9 compararam os efeitos dos tratamentos dietoterápicos e comportamentais com e sem exercícios aeróbios e de resistência**

2,7 kg

- **Favorável à intervenção combinada**

até 4 kg com maior intensidade e duração da intervenção

Ferrari, 2015

Os trabalhos mostram que uma intervenção combinada de atividade física com modificação da alimentação realmente é muito favorável para as crianças e, quanto mais intensos e contínuos, maior a chance de a criança ter um resultado rápido e perene. Mas, mesmo que façam pouca atividade física; por exemplo em torno de 30 a 40 minutos três vezes por semana, já conseguem modificar o condicionamento cardiovascular e as alterações metabólicas; e mudam uma coisa muito importante, a autoestima. Então, é muito importante esse processo.

Quando verificamos quais são os programas de atividade física e nutrição bem-sucedidos, temos modelos próprios ou importados. Um modelo que ficou muito famoso na Alemanha é uma escola de internação de crianças obesas. Elas ficavam de dois a três anos internadas nessa escola, em período integral, com contato muito pequeno com a família, e trabalhavam e estudavam como se fosse em um centro de recuperação, um pseudo- in-

ternato de obesos. Claro que funciona, mas, depois que as crianças saíam de lá, voltavam rapidamente a ter excesso de peso. Imaginem o custo para a sociedade de um programa como esse.

A maior parte dos programas que nós temos são muito restritivos. Alguns são incentivadores, outros são mistos, outros trabalham diretamente com o efeito, outros trabalham com resultados secundários; eles podem ter curta, média ou larga duração. Vou resumir alguns programas que demonstram como podemos ter criatividade para lidar com esse tema.

O primeiro chama-se PAPO, Programa de Atendimento para o Paciente Obeso da Escola Paulista de Medicina. Tentamos trabalhar com adolescentes dos dois sexos e, depois de alguns anos, vimos que só era possível com as meninas, porque elas eram as únicas assíduas. O programa trabalhava com adolescentes já com excesso de peso, duas vezes por semana durante 30 semanas, com reuniões de pais. Era feita uma triagem nas escolas da região. Trabalhava-se uma série de aspectos conjuntos: nutrição, psicologia, fonoaudiologia, artes marciais, odontologia, sexologia, pedagogia, educação física, teatro, dança (dança de salão, hip hop e dança do ventre), QI mental e outros aspectos. Esse projeto foi idealizado por um grupo multidisciplinar completo e envolvia sensibilização para alimentação, questões motoras e comportamentais. A ideia era melhorar a autoestima e a capacidade de resiliência desses adolescentes. Fazíamos coisas muito simples, como ensinar maquiagem; atividades lúdicas em grupo na rua, para que elas não tivessem vergonha de se expor – e, como estavam em grupo, elas se fortaleciam. Ao mesmo tempo, os pais trabalhavam muito intensamente para entender o que acontecia com suas famílias – e essas crianças tinham pais também obesos. Funcionava? Sim. As crianças chegavam a perder de 5 a 6 kg em um período de quatro meses de intervenção e chegavam a mudar, e muito, sua autoestima. Mas o interessante é que elas passavam a se mover mais, tinham uma atividade mais intensa, conseguiam resolver testes abdominais e tinham maior tempo de resistência (calculado pelo tempo do teste dos 9 minutos).

Em outro projeto parecido, que fizemos com o grupo do setor de fisiologia do Instituto do Sono da Escola Paulista de Medicina, com Ana Dâmaso e Marco Túlio Mello, dividimos as intervenções em quatro grupos, em 12 semanas de treinamento: dieta com exercício aeróbio (atividades em bicicleta ergométrica); dieta com exercício anaeróbio (treinamentos intervalados, mesclando principalmente exercícios anaeróbios); dieta e recreação (só jogos); e um grupo-controle só com dieta (orientação nutricional). O que aconteceu com esses grupos? Todos conseguiam perder peso. Havia uma diminuição muito importante da massa muscular e uma modificação importante do índice de massa corporal. Mas o interessante é que o único grupo que realmente tinha um aumento da massa magra era o grupo anaeróbio. O grupo aeróbio perdia peso, mas perdia massa magra. E o grupo recreativo era o que conseguia manter mais equilíbrio nesse ponto,

e o mais importante: era o único grupo que mantinha a adesão, porque a criança não consegue manter resultados em nenhum projeto que é muito intenso e chato para ela.

Outro projeto que mostra a possível integração com outros grupos, foi um que fizemos com o Instituto Cooper, dos Estados Unidos, na cidade de Criciuma-SC. Desenvolvemos um programa conjunto de atividades lúdicas dentro do horário escolar e com uma hora de atividade física depois do horário escolar, para todas as crianças que queriam. Fazíamos uma atividade física baseada no programa *FitnessGram*, do Instituto Cooper, com exercícios intervalados, que não precisa de material algum – só de um professor treinado dentro das escolas. Nas atividades, a criança brincava, fazia alongamento. É um programa cardiovascular, com bolas, elásticos, apitos e música. As crianças tinham aulas contínuas de nutrição dentro da escola, bem como atividades na escola, nos parques e nas ruas. Chegamos, inclusive, a ficar um pouco famosos: até o Globo Repórter fez uma atividade com a gente nesse período. Víamos que o grupo de intervenção conseguia manter peso, continuava bem. Mas no grupo-controle, que não recebia nenhuma intervenção, aumentava muito o excesso de peso, mostrando a importância de um trabalho de prevenção. Ao mesmo tempo, o grupo de intervenção aumentava a atividade física leve e moderada e diminuía o tempo de TV (características secundárias que podiam ajudar as crianças).

Outro projeto que avaliamos foi o do Instituto Movere- da Profa. Vera Perino, que começou como um projeto privado e hoje é governamental. Atende crianças da periferia com excesso de peso com uma série de atividades físicas e nutricionais- muito eficaz, mas precisa de ajuda para estendê-lo para o restante do país.

Para terminar, vamos discutir os programas governamentais. Do ponto de vista teórico, são muito interessantes. Primeiro é o incentivo a importância do leite materno: a prevenção da obesidade começa antes de a criança nascer, no período gestacional. Infelizmente, estamos vendo um aumento gigantesco do excesso de peso na gestação. Em consultórios de nosso grupo, em São Paulo, fizemos uma análise: o ganho de peso médio nos consultórios obstétricos de São Paulo é de 20 kg. E uma coisa que chamou muita atenção é que nossos colegas nem sempre estão examinando as mamas nem preparando para o aleitamento materno. Os trabalhos de intervenção no aleitamento materno são essenciais. No Brasil, ainda temos uma média de aleitamento materno exclusivo muito baixa e desmame precoce, com a introdução de alimentos muito antes do terceiro mês, o que acaba interferindo muito no excesso de peso. Teríamos que ter campanhas primeiro nesse aspecto.

Seguimos os programas determinados pelo Plano Global de Prevenção de Doenças Cardiovasculares, da Organização Mundial da Saúde, que trabalha com a tentativa de reduzir a ingestão de sódio; promover a amamentação;

implementar a comercialização adequada de alimentos e bebidas não alcoólicas, especialmente as bebidas adoçadas; aumentar a disponibilidade de frutas, verduras e legumes; reduzir o conteúdo de açúcares adicionados a alimentos e bebidas; diminuir o consumo geral de calorias; e promover a disponibilidade de alimentos saudáveis em todas as instituições públicas. São metas excepcionalmente válidas. Cumpri-las é uma coisa totalmente diferente. Mas vou mostrar que existem algumas possibilidades.

A primeira possibilidade é redução de açúcar. O mundo inteiro está propondo a redução da ingestão do açúcar livre para menos de 10% das calorias ingeridas (50 gramas). A Organização Mundial da Saúde propõe uma meta muito mais rigorosa: em torno de 5 gramas de açúcar. Não estamos conseguindo fazer isso: estamos comendo de duas a três vezes mais açúcar do que a meta inicial de 10%. A coisa está muito complicada. O adolescente brasileiro, em média, está consumindo em torno de 14% de açúcar natural, de adição – é o açúcar que vem das bebidas, das infusões, de sucos e refrigerantes (dados EBANS 2018).

Em relação a outras medidas possíveis, temos a PNAN, Política Nacional de Alimentação e Nutrição, que trata principalmente de insegurança alimentar e nutricional. A questão primeira é, obviamente, trabalhar com as medidas inclusivas, redução da pobreza e inclusão social para garantir alimentação adequada e saudável. Mas como transportamos uma linguagem tão linda para a prática? A ideia é disponibilizar e acessar alimentos adequados e saudáveis. Qual foi a resposta governamental? Foi um guia determinando um tipo de alimentação específico, muito globalizado, politicamente e ideologicamente dirigido, que não orienta absolutamente nada para a população. Propõe-se a volta da mulher à cozinha, para que ela prepare alimentação para sua família e use alimentação apenas natural. Em que lugar do mundo isso é possível e com que condições essa mulher pode se preparar? Então, temos projetos que acabam sendo absolutamente inócuos.

Uma das metas específicas do programa é deter o crescimento da obesidade por meio de políticas intersetoriais de saúde, segurança alimentar e nutricional. Que políticas, que projetos temos? Temos uma meta e acabamos extrapolando, e muito, essa meta. A segunda meta específica do projeto é reduzir o consumo de refrigerantes e sucos artificiais. Como? Vamos fazer o quê para reduzir? Vamos proibir a compra? Vamos taxar, como alguns países fizeram? Vamos fazer uma propaganda terrorista, como foi feita com o cigarro? Precisamos entender se realmente isso funciona com alimentos – não adianta querer compará-los com uma droga. Esse tipo de alimento é feito para uso esporádico, a população precisa entender que é possível ter prazer, desde que seja com uso não frequente ou responsável. A terceira meta é aumentar o consumo de frutas e hortaliças. Isso depende, obviamente, de educação e de custo. A criança vai receber se tiver aquele produto em casa; se a família não compra, não estabelece um

padrão de consumo, não existe possibilidade de aumento desses produtos dentro da casa.

Alguns outros planos envolvem trabalhar com as escolas. As escolas saudáveis, ou as escolas promotoras de saúde, são normalmente muito interessantes. Mas o que eu vejo é que as medidas nas escolas saudáveis são sempre restritivas, de proibição – não de educação. Na verdade, estamos proibindo o acesso a algumas coisas que acabam entrando nas escolas por meio de mercado negro. Por exemplo: em Florianópolis, a primeira cidade a restringir o consumo de refrigerantes, salgados e frituras nas cantinas escolares, no segundo ano de restrição surgiu um mercado negro nas portas das escolas, em que se vendia muito mais do que antes. Em São Paulo, fizemos uma avaliação em uma escola de Heliópolis e vimos que a cantina era sensacional, bem montada, tinha uma merenda espetacular, mas o refeitório estava vazio. Por quê? No pátio havia uma fila, que terminava em uma janela no fundo da quadra, que dava para uma casa contígua. Estavam vendendo pastel, e essa fila era gigantesca, muito maior do que a fila da cantina.

Outras medidas possíveis, na redução do excesso de peso, são os acordos com as indústrias para tentar reduzir o consumo de alimentos com grande quantidade de gordura, açúcares e sódio. Isso aconteceu voluntariamente após acordos entre as indústrias e o governo. Verificamos que houve, realmente, uma eliminação muito grande de gordura com a restrição dos alimentos com gorduras *trans*; redução do consumo de sódio, principalmente utilizando alguns alimentos que tinham uma grande quantidade específica; e redução do abuso da publicidade para crianças e adolescentes. Mas eu fico sempre pensando: conseguimos ter a redução de algumas coisas para criança e continuamos veiculando anúncios de cerveja durante o dia inteiro na programação de televisão, como se fosse uma coisa absolutamente corriqueira e saudável, como se não fosse também um problema bastante complexo. Agora, controlar publicidade nos lactentes? Que publicidade o lactente vê? É a mãe que precisa ser controlada.

O que podemos pensar do ponto de vista governamental é que, sim, caberia ao governo propor:

- **um ambiente saudável;**
- **um sistema alimentar e mudanças comportamentais de longo prazo, com restrição do marketing direcionado ao público infantil – eu diria restrição do marketing direcionado ao público adulto, não às crianças;**
- **a fiscalização dos alimentos oferecidos na escola – mas não a proibição pura e simples, e sim a proibição com educação;**
- **um controle de rotulagem – existem medidas de taxação sobre bebidas açucaradas. Por exemplo, o México desenvolveu isso há**

alguns anos, e o que aconteceu foi uma diminuição no consumo das bebidas açucaradas nos três primeiros anos de taxação. Depois houve uma volta ao consumo, porque a população se acostumou e acabou absorvendo os preços. Não houve uma campanha adequada para utilização de outros produtos no lugar dessas bebidas;

- **e o incentivo fiscal para comercialização de alimentação saudável.**

Como vocês veem, não se propõem grandes possibilidades de modificação. Propõem-se regras, como os passos para a alimentação saudável e adequada, que na verdade são restritivas demais. Por exemplo, "evitar o consumo de alimentos ultraprocessados". Primeiro temos que discutir o que é o alimento ultraprocessado. Podemos ultraprocessar um alimento em casa: quando fazemos uma receita gastronômica, estamos processando o alimento de uma forma, às vezes, muito ruim. Temos alimentos industrializados péssimos, e temos alimentos industrializados que são parte do nosso dia a dia, de uso corriqueiro e que nos salvam a vida em muitas ocasiões. O equilíbrio é fundamental. Temos que tomar cuidado, por exemplo, com alimentação fora de casa; podemos ter opções tanto saudáveis como absolutamente inadequadas. Temos uma invenção excepcional, a alimentação a quilo: um bufê completo de alimentos saudáveis e não saudáveis, e cabe a nós escolher. Temos que trabalhar para que realmente exista uma adequação do prato feito nesses lugares e para que a escolha da porção seja correta. Mas, para isso, é preciso ter educação de longo prazo.

Em suma, temos que treinar educadores, trabalhar com os profissionais de saúde, estimular a prática de atividade física e a alimentação saudável e, outra vez, educação. E incentivar uma escolha mais adequada, desde o início da primeira consulta de saúde.

Concluo, então, que não temos fórmulas mágicas para a resolução da obesidade, mas sabemos que todos os projetos multiprofissionais, multidisciplinares, favorecem mais a adesão. Temos que pensar não em dieta, porque é uma restrição, e sim orientação nutricional. Da mesma forma, temos que lembrar que a atividade física institucionalizada nem sempre é a mais adequada. As aulas de judô, por exemplo, têm de 30 a 40 minutos. No começo, há um período de aquecimento de 5 a 10 minutos, depois rolamentos e algumas atividades em que a criança espera para fazer exercício (uma atividade nada vigorosa, muito lenta); depois ela treina um, dois, três golpes; fica esperando para chegar a hora da *lutinha*; ela luta, perde e senta novamente; aí faz um relaxamento. Acabaram os 40 minutos e ela não fez quatro minutos de atividade moderada e vigorosa. Temos que pensar que a recreação é o grande segredo para voltar à vida adequada.

Existem mil possibilidades, mas a coisa que eu mais gostaria que acontecesse é que houvesse uma única política pública de orientação, de pre-

venção, uma política adequada de tratamento para a obesidade da criança. O tratamento da obesidade nessa fase é muito complexo, porque a criança está em crescimento. Então, os programas de emagrecimento não são adequados para ela: temos que trabalhar com uma dinâmica que faça com que a criança cresça, ganhe peso e, ao mesmo tempo, perca massa gorda e ganhe massa muscular. É uma equação que os físicos ainda não conseguiram resolver de forma adequada. Obrigado.

4

CRIANÇAS E ADOLESCENTES: VÍTIMAS DA FALTA DE PROTEÇÃO SOCIAL

EVELYN EISENSTEIN,
professora da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Muito obrigada pelo convite, ao grupo do Instituto PENSI e ao Hospital Sabará. Estou aqui representando a Rede Nacional da Primeira Infância, da qual faço parte; a Academia de Medicina do Rio de Janeiro; a Uerj, onde trabalho há 40 anos (e a Uerj resiste); a Sociedade Brasileira de Pediatria; a Rede Esse Mundo Digital – temos praticamente 30 hospitais universitários trabalhando conosco–; e o Centro de Estudos da Infância e Adolescência.

Vamos começar do começo. Qual é o começo? A Constituição Federal, que todos nós temos que obedecer. Especificamente, seu artigo 227.

Art. 227 É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Todo mundo sabe que a criança e o adolescente são uma prioridade absoluta. Estamos falando de 65 milhões de pessoas, 32% da população brasileira. Não estamos falando só dos menininhos ali da rua, não estamos falando só de menininhos da escola, não estamos falando só de menininhos de um município. São 5.570 municípios brasileiros. Estamos falando de uma população para a qual temos que ter uma política pública abrangente.

Temos o Estatuto de Criança e do Adolescente há 28 anos. E cadê esse estatuto? Por que não é implementado no dia a dia? Quais são os problemas com nosso Estatuto? Temos oito artigos específicos que falam sobre saúde, fora a interação de todos os artigos sobre saúde. Os professores que me antecederam já falaram sobre isso.

Temos a Convenção dos Direitos da Criança, que o Brasil assinou, com seus artigos e os comentários gerais. Fiz parte de um dos comentários gerais sobre violência, como representante do Brasil.

CONVENÇÃO DOS DIREITOS DA CRIANÇA

- ***Convention of the Rights of the Child* – CRC das Nações Unidas (1989)**
- **Ratificado pelo Brasil em 24 de setembro de 1990**
- **Com 54 artigos e Comentários Gerais**
- **"A criança, devido à sua imaturidade física e mental, necessita de condições especiais de cuidados e segurança, incluindo proteção legal e social antes, assim como depois do nascimento"**

Então, não estou inventando nada. Proteção social deveria ser parte do nosso dicionário, da nossa bíblia no dia a dia.

Quais são as premissas básicas da Convenção dos Direitos da Criança? Universalidade, diversidade, indivisibilidade, independência, intersetorialidade e um compromisso inalienável de um país e de todos nós. Vamos repetir bem alto, a cada momento: não à discriminação contra a criança. Ela não pode ser discriminada pela cor, ela não pode ser discriminada pela religião, ela não pode ser discriminada pela condição socioeconômica e muito menos pelo gênero.

A gente tem que dizer, em alto e bom som: existe abandono das políticas públicas por vários governantes deste país... Negligência, exploração física, violência... Todos representantes políticos aqui, e ninguém falou sobre violência. Como assim? Temos que falar da prevenção da violência porque, a cada 23 minutos, uma criança, um adolescente morre assassinado neste país. E de quem é a culpa? Da falta de políticas públicas.

Vamos conversar um pouquinho sobre o que falta. Falta compromisso público, faltam recursos prioritários, como investimento. Mais cedo a dra. Luciana falou aqui no Fórum: criança não é custo, criança é investimento. E lugar de criança é no orçamento. Se me disserem que não tem dinheiro, vou falar que é mentira. O Brasil é muito rico: a gente constrói estádios, a gente constrói pontes, a gente constrói uma porção de coisas. Como não constrói o básico, que é saúde de crianças e adolescentes? Faltam campanhas de promoção da saúde – doutor Mauro Fisberg acabou de falar sobre uma campanha importante. A responsabilidade é de todos nós, e é por isso que precisa haver uma continuidade de programas e políticas públicas. Acabou um governo, parece que todos aqueles documentos são jogados fora, saem de gaveta e vão para outra. Acaba. Mas como acaba? Não se pode acabar. Não pode ser a cada governo um programa, uma política pública.

Quero falar um pouquinho coisas que talvez vão doer no coração de vocês, mas eu, como médica, pediatra, investigadora, pesquisadora, mãe, mulher e agora avó, tenho que falar. O que nós somos? Nós somos o que nós fomos. E temos que ajudar aquele que ainda está sendo, aquele que ainda está crescendo, aquele que ainda depende de nós para fazer a vida. Isso é continuidade da cultura e das gerações. Temos um dever não só com aqueles de onde viemos, mas com aqueles que seguirão nosso caminho. O crescimento e o desenvolvimento de criança e adolescente levam 20 anos. Política pública não acaba a cada governo.

Quais são os marcos fundamentais de tudo isso? Eu poderia falar sobre as necessidades físicas, emocionais e ambientais, mas quero falar dos problemas. Quando não protegemos a criança e o adolescente, a criança e o adolescente sofrem: sofrem violência, sofrem trauma, sofrem abandono. Existem, no desenvolvimento mental, tempos de maturação. Nenhuma criança anda com dois meses: todo mundo sabe que a criança vai andar com um ano – ela precisa desenvolver essa habilidade. Há o que chama-

mos de períodos ótimos, os períodos críticos desse desenvolvimento e, principalmente, os períodos sensíveis, em que qualquer influência modifica o tempo de maturação. Quero chamar atenção para o que chamamos de período vulnerável; a criança que já está em um período de grandes transformações sofre uma dupla vulnerabilidade quando sofre uma condição externa desfavorável a esse crescimento.

Infelizmente os representantes dos candidatos já pularam fora. Mas vamos falar: por que proteção social? Porque existe algo importante chamado trauma. Todo mundo sabe o que é trauma, todo mundo já quebrou um braço, já escorregou, já teve uma cirurgia, uma cicatriz. O trauma é a angústia da desesperança, está causando dor e é uma ameaça à vida. Quais são os eventos traumáticos? Todos eles são inesperados. É a sensação de uma captura numa armadilha, como um animal ameaçado. É a dissociação mental e emocional da realidade – e poderíamos falar sobre crianças refugiadas, imigrantes... Mas eu quero falar agora sobre o Brasil: quis são as causas mais frequentes do transtorno traumático? Morte de pai e mãe, testemunhar assassinatos, separações e viagens inesperadas, violência, castigo, doença mental, uso de álcool e drogas, cenas de violência, humilhações e tudo mais. Tudo isso é agravado pela pobreza. Como é que você vai sair de uma determinada situação, se está numa favela, se tem tiroteio entre polícia e milícia e você acha que vai morrer? É disso que estamos falando: do abandono, do desapego, das situações crônicas e das armas – porque no Rio de Janeiro, pelo menos, crianças de 9 a 10 anos usam armas.

Eu quero também chamar atenção para uma coisa muito importante: a diferença entre dor e trauma. Trauma é uma dor emocional, é aquela dor que dói dentro, dói muito, e todos os psicólogos e psiquiatras que estão aqui sabem do que estou falando. Não é a dor da injeçãozinha, "isso já vai passar". Não, é aquela dor constante daquele trauma constante, durante cinco, 10, 20 anos de uma criança ou de um adolescente. Quais são os alvos? Os alvos são alvos cerebrais. Depois podemos falar sobre isso e posso explicar a parte neurobiológica do trauma, principalmente da diferença entre o que é dor e o que é prazer. E como se confunde, de repente, na cabeça da criança, o que que é dor e o que é prazer, algo que vai fazer parte de um outro ciclo vicioso depois de a criança ou de o adolescente usar droga ou bebida alcoólica ou outras coisas mais que são oferecidas pela sociedade.

Quem quiser ler um pouquinho mais sobre isso, recomendo Eric Kandel, ganhador do Prêmio Nobel. Ele estudou memórias implícitas e memórias explícitas. Quem trabalha com uma criança que sofreu, por exemplo, um abuso sexual sabe como é difícil ela verbalizar isso. Aquela memória vai ficando lá no trauma, vai marcando para sempre. Ela é indelével e se perpetua não só no comportamento reativo da criança, mas também em comportamentos reativos de populações. E nós vemos isso no Brasil. É o que chamamos de memória epigenética e memória comunal.

Por que estou falando tudo isso? Porque algo que acontece lá no início da vida da criança tem efeito crônico, não só imediato. Já sabemos que as lesões traumáticas são permanentes no cérebro e na memória da criança, e vai ser assim também em seu comportamento. Faz parte de todo esse ciclo social da violência coletiva (milícia, polícia etc.).

Isso tudo já foi provado cientificamente. O Adverse Child Experiences – o ACE Study – mostra que todo comportamento traumático na infância tem uma repercussão na saúde da criança e do adolescente até a vida adulta. É um comportamento longitudinal, e por isso estamos falando sobre proteção social. Porque, para cada real gasto na saúde, R$ 15 poderiam ter sido gastos em doenças preveníveis da infância. É, principalmente, um custo social e um custo político para o país, com a banalização do abandono, o ciclo da violência, da corrupção, da impunidade...

Agora, eu gostaria que vocês visualizassem um cubo mágico. Como se tivéssemos um cubo mágico e tivéssemos que trabalhar políticas de saúde. Prioridade número 1, "umzíssimo": direito à saúde. Eu não quero matar a criança, eu não quero destruir, eu quero que ela tenha saúde, eu quero vida. Então, tenho que dar a essa criança direito à vida. Também proteção social, educação e saúde – campanhas de promoção de saúde (não só campanhas de vacinação). E prevenção de riscos.

Como poderíamos influenciar isso tudo?

Moradia: é fundamental, como aprenderam os Três Porquinhos. Estamos tratando de coisas básicas – saneamento, água, coleta de lixo, energia elétrica. Estamos falando de tudo isso e das redes de sustentabilidade.

Pré-natal: a dra. Sandra já falou da importância do pré-natal – vale mencionar que de 20% a 23% de todos os nascidos vivos no Brasil são de meninas adolescentes. Cadê as políticas públicas? Há quem diga, como numa reunião a que eu fui: "Todo lugar é obrigado a atender adolescente gestante". Sim, mas a adolescente gestante não pode ter só seis a oito visitas pré-natais; pelo menos 10 a 12. Ela tem que ter todo um acompanhamento multidisciplinar, inclusive nutricional.

Nutrição: nem vou falar mais, porque o dr. Mauro já falou. Mas político barganhando merenda escolar, como aconteceu no Rio de Janeiro, é inimaginável.

Vacinação, já falamos. Não temos por que ter de novo campanha vacinal. Nós temos que ter vacinas no posto de saúde, ter orientação.

Cuidados hospitalares e medicamentos. Não ter fila – a cardiologia não tem tanta fila quanto a pediatria, nem os serviços de tráumato-ortopedia. Na pediatria sempre tem fila. Todo mundo que é mãe aqui sabe disso.

E falar sobre bala perdida? Eu não venho até o Maksoud Plaza para falar "bala perdida". A cada 23 minutos morre uma criança assassinada de uma bala perdida, e quando eu vou para as conferências internacionais tenho que explicar o que é bala perdida. Para quem quiser, podemos conversar depois sobre o Projeto Uerê, no Rio, na Favela da Maré. Sou médica colaboradora. O Projeto Uerê teve que fazer uma placa que diz "aqui é uma escola, não atire", porque, na troca de tiro entre traficante e policial de helicóptero, esquecem que existe uma escola. Olha a que ponto chegamos.

Violência: estamos falando de todas elas. E uma é intrincada na outra. Estamos falando de violência sexual, estresse pós-traumático, exploração comercial e de como tudo isso faz parte do ciclo do abandono, da violência, da impunidade, da corrupção.

Terceiro setor: a importância de várias fundações. A Childhood Foundation é uma delas, que trabalha em campanhas contra a exploração sexual. Ontem recebi dados de um programa novo do Sesi mostrando justamente como, durante competições no Rio de Janeiro (Olimpíadas, Copa do Mundo etc.), aumentaram as redes de violência sexual.

Prevenção de acidentes: básico, né? Não estamos falando só sobre afogamento e balas perdidas. Estamos falando em atravessar uma rua – coloca um quebra-molas. Por que não tem um policial naquela esquina? Ou mesmo uma mãe – em vários locais do mundo, uma das mães serve de policial e de segurança, e é respeitada no trânsito. Lugar para criança andar de bicicleta. É um absurdo haver crianças que são deixadas, perdidas, em estacionamento de shopping center.

Lazer sadio: Mauro acabou de falar sobre isso. Não é tempo de tela; é tempo de recreação, é tempo de convivência, é segurança num jardim. Aqui em São Paulo, Ibirapuera. No Rio, Jardim Botânico. Hoje em dia não se tem mais lugar, não tem a pracinha. O que aconteceu com a pracinha? Tudo isso é importante, a criança merece esse respeito.

Deficiências e inclusão social: o Brasil não pode abandonar as crianças que nascem com algum problema ou alguma necessidade especial. Uma jornalista com quem eu também colaboro, Claudia Werneck, tem um projeto de inclusão na cultura. Ela mantém um teatro acessível para crianças com deficiência.

E oportunidades e riscos na era digital, e classificação indicativa: a Sociedade Brasileira de Pediatria me colocou como representante no Ministério da Justiça sobre classificação indicativa. O horário, a idade com que essa criança pode ver um conteúdo, e a divisão dos conteúdos – sexo (incluindo nudez), drogas, violência... E esquece, por exemplo, de vídeos como o da baleia-azul, o da Momo e outras coisas que temos por aí. Todo cuidado é muito pouco. Não vou entrar em muitos detalhes sobre os de-

safios da internet, podemos discutir isso na hora de perguntas. O Comitê Gestor da Internet publicou recentemente a pesquisa TIC Kids On-line, mostrando que 52% dos pais nada ou pouco sabem do que seus filhos estão acessando nas redes sociais. Prestem atenção, porque não é só informação ou tempo de tela vendo musiquinha ou fazendo dever da escola. É muita pornografia, redes de todos os tipos. O cyberbullying é um problema atual, as redes de ódio, os videogames com os desafios perigosos, a dependência digital... Mas principalmente a dissociação entre real e virtual. O Brasil ainda não tem políticas públicas sobre isso. Temos o artigo 29 do Marco Civil da Internet, mostrando a importância de as escolas trabalharem isso; temos a Lei n. 13.185 contra o cyberbullying nas escolas. Quantas escolas vocês conhecem que têm realmente atividades de prevenção de riscos de cyberbullying?

Por fim, eu não esqueço, nunca, das crianças que sofreram traumas, violência, abuso e são colocadas na rede de adoção. Eu estive com uma rede chamada Abraminj, de juízes da primeira infância, numa discussão sobre o tempo que as crianças ficam em abrigos. Qual é o tempo saudável? Uma criança traumatizada não pode passar mais de três, quatro meses no abrigo. Mas é muito pior: o tempo médio no Brasil é de dois anos a dois anos e meio, período em que a criança é revitimizada e retraumatizada no abrigo, à espera de uma adoção, de uma família definitiva (estamos falando das famílias acolhedoras).

Como resolver isso? Todos nós somos responsáveis. Lógico, há os candidatos a governo, mas nós, como sociedade, temos que exercer nossa pressão. Está na Constituição: dever da família, da sociedade e do Estado. Temos que exercer nossa forma de pressão: médicos, assistentes sociais, psicólogos, temos que trabalhar com toda essa rede de profissionais. Trabalhar no que a gente chama de rede intersetorial, numa escuta qualificada. Saber sair da sua caixinha e dividir o conhecimento entre todos.

Temos que trabalhar numa política pública, não só em Brasília, mas nos 5.570 municípios. Política pública voltada às necessidades complexas das crianças, às necessidades das crianças que têm deficiência, crianças vulneráveis. Políticas universais, para todas as crianças.

Concluindo, a criança e o adolescente são prioridades absolutas. Os direitos de saúde têm que ser protegidos em lei e no orçamento. As intervenções, quanto mais precoces, mais importantes são – inclusive as visitas domiciliares, o apoio emocional, o trabalho intersetorial. Nós temos de buscar novas alternativas para um país tão desigual como o Brasil. Temos que construir, mas principalmente continuar políticas públicas – e não refazer a cada quatro anos, a cada mandato, como se tudo desaparecesse. A criança é um investimento. A dor, a dor do trauma, a dor emocional, a dor do sofrimento – não só da criança, mas de uma família inteira quando há uma criança doente – tem que ser transferida e modificada para a paz.

Uma paz que possa ajudar a criança no seu crescimento e desenvolvimento durante 20 anos.

Repetindo: criança é prioridade, sim. A infância é o principal indicador da qualidade de vida em cada bairro, cada município, cada país. É importante termos de volta a redução da mortalidade neonatal, de menores de 5 anos e, principalmente, de adolescentes assassinados – estamos aí com o Mapa da Violência mostrando que adolescente pobre, preto, de 15 a 19 anos, principalmente meninos, são assassinados.

Já falei sobre investimentos de saúde e de políticas públicas como responsabilidade de todos, e queria terminar mostrando a Árvore da Vida, que não é só um símbolo da cabala. A Árvore da Vida é um poema de Thiago de Mello, poeta lá do Amazonas que, com as bordadeiras, desenvolveu todo um poema maravilhoso. Depois procurem no Google. A criança tem que frutificar nossa flor; tanto o menino quanto a menina são a flor do fruto de uma árvore de vida, que tem raízes profundas; as raízes profundas são nossas políticas públicas de um país tão complexo chamado Brasil.

Muito obrigada.

Sabará HOSPITAL INFANTIL

Instituto PENSI
PESQUISA E ENSINO EM SAÚDE INFANTIL

INSTITUIÇÕES DA
FUNDAÇÃO José Luiz Egydio Setúbal