

WERNECK, G. L., 1992. **Fatores de Risco para Queimaduras Severas na Infância** (Michael Eduardo Reichenheim, orientador). Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

A investigação epidemiológica dos traumatismos tem privilegiado a descrição de agravos agregados. O desenvolvimento de estratégias efetivas de intervenção deve, entretanto, considerar a especificidade de cada traumatismo e uma abordagem mais analítica. Neste estudo, elegeu-se a queimadura como agravo a ser investigado.

Em 1985, no Brasil, observou-se 486 óbitos por queimaduras em menores de dez anos. Salienta-se a não inclusão neste grupo das queimaduras por líquidos quentes, eletricidade, material explosivo e homicídios com fogo. As queimaduras são a segunda ou terceira causa de traumatismos em menores de cinco anos e a terceira ou quarta até 19 anos, segundo dados populacionais.

São reconhecidamente um dos traumatismos mais incapacitantes e desfigurantes. Estima-se que cerca de 15% dos traumatismos com queimaduras evoluem para seqüela e que cerca de um quinto das crianças internadas necessitam de enxerto de pele. São traumas que incorrem em um longo período de cuidado médico. Na rede pública do Rio de Janeiro estima-se uma média de 11 dias de internação.

Os gastos estimados com queimaduras também são altos. Em 1991, no estado do Rio de Janeiro, estima-se gastos de cerca de 500 mil dólares com cerca de 950 internações em menores de 15 anos de idade na rede de hospitais públicos, filantrópicos e conveniados do Ministério da Saúde. Estima-se em 389 milhões de dólares o custo das mortes por queimaduras em menores de 19 anos nos EUA em 1985.

O objetivo geral deste trabalho é o de estudar o papel do estresse familiar, traços do comportamento da criança, perfil sócio-econômico e organização do ambiente familiar como fatores de risco para a ocorrência das queimaduras graves na infância.

O estudo tem um delineamento caso-controle. Os casos foram selecionados nos dois principais centros de referência do setor público para tratamento de crianças queimadas (Hospital Municipal Souza Aguiar e do Hospital do Andaraí) do município do Rio de Janeiro. Os critérios de inclusão foram ter 12 anos incompletos e apresentar queimadura severa definida como lesão de 2º ou 3º graus especificada para diferentes espectros de extensão e localização.

Os controles foram selecionados de duas diferentes fontes. O primeiro grupo foi composto por crianças até doze anos incompletos internadas nos hospitais de captação dos casos, portadores de patologias cirúrgicas agudas não-traumáticas (p.ex., apendicite e hérnias encarceradas). O segundo grupo foi composto por crianças na mesma faixa etária com meningoencefalite viral ou bacteriana não-especificada internadas em um hospital público de referência (Instituto Estadual de Infectologia São Sebastião). Foi possível selecionar 1,5 controles para caso, sendo a amostra final composta por 94 casos e 148 controles.

A análise foi realizada em quatro estágios. Primeiro, análise simples e estratificada exploratória. Segundo, avaliação da associações entre variáveis sócio-econômicas e o desenlace dentro de estratos específicos (sexo e idade) através de regressão logística. Terceiro, as variáveis selecionadas no primeiro estágio foram incluídas em modelos com a presença das variáveis sexo, idade e condições de moradia (variável sócio-econômica selecionada no estágio anterior). Por fim, regressão logística do tipo stepwise com variáveis selecionadas no estágio anterior.

Foram utilizados a Razão de Produtos Cruzados (RPC) como medida de efeito para estimar o Risco Relativo, calculados os intervalos de confiança, os valores de p (á) referentes ao coeficiente da variável e ao ajuste do modelo.

Os fatores de risco identificados até a terceira etapa da análise foram más condições de moradia, multiparidade, aglomeração, ausência ou excesso de supervisão, não ser o primogênito, ausência de história prévia de traumatismos, temperamento hiperativo, estresse psicossocial familiar e condições ambientais de risco.

Sexo e idade não se associaram à ocorrência de queimaduras nesta etapa. Viver sob más condições de moradia incorreu num risco cerca de 2,5 vezes maior de ocorrência de queimaduras severas.

Pertencer a famílias na quais a mãe tinha dado à luz a mais de três filhos esteve associado a um risco quase duas vezes maior de queimaduras. A maior concentração de indivíduos por cômodo da casa (aglomeração) esteve associado a um risco equivalente. Pode-se supor que este efeito seja devido à competição pela supervisão e/ou supervisão ineficiente em famílias numerosas.

O grau de supervisão semanal ao qual a criança está submetida esteve associado à queimaduras. Ausência física da mãe por mais de dois períodos do dia (manhã, tarde ou noite), durante no mínimo cinco dias da semana, implicou em um risco quase três vezes maior. A ausência da mãe em, no máximo, cinco períodos por semana também mostrou efeito de risco. A ausência da mãe pode significar má supervisão e sua presença intensa pode expressar estresse e/ou envolvimento com afazeres domésticos sem o necessário suporte social.

Não ser o primeiro a nascer esteve associado a um risco duas vezes maior de ocorrência de queimaduras. Isto pode indicar perfis psíquicos diferentes em crianças nascidas de uma mesma prole. Talvez o primogênito tenha a oportunidade de interagir mais com os pais e isto contribuir para uma conduta preventiva individual.

Ausência de história prévia de traumatismo esteve associada a um risco 2,5 maior para as crianças do sexo masculino e não apresentou nenhum efeito significativo entre as meninas. O papel protetor do trauma prévio dar-se-ia pelo seu papel educativo.

Temperamento hiperativo esteve associado a um risco quase três vezes maior de queimaduras entre aqueles com boas condições de moradia e nenhum efeito entre os que viviam em más condições. Isto sugere que o efeito do temperamento hiperativo só torna importante quando não existem condições sociais desfavoráveis.

A avaliação do estresse psicossocial familiar como fator de risco para queimaduras severas utilizou grupos de eventos de vida referentes a diferentes aspectos/esferas da vida cotidiana.

A ocorrência de eventos de vida como gravidez, nascimento de um filho e/ou presença de uma nova pessoa dentro de casa esteve associada a efeitos em estratos específicos. Um efeito protetor existiu entre as crianças do sexo masculino e mais jovens, enquanto um risco 18 vezes maior foi observado entre as crianças do sexo feminino acima de cinco anos de idade. A atuação destes eventos poderia se dar pela diminuição da supervisão na presença de novos elementos na dinâmica familiar, ou pela atribuição de responsabilidades às crianças. Neste caso as meninas mais velhas seriam responsáveis, por exemplo, por preparar e servir a alimentação.

Os eventos de vida da esfera da ausência da mãe, ou seja, mudança e ou realização de provas pela mãe, implicaram um risco aumentado de queimaduras apenas entre as crianças menores de cinco anos (RPC = 11,5). Este efeito seria decorrente do envolvimento físico e/ou psíquico da mãe com outras situações implicando um maior risco entre os que dependem mais do cuidado direto da mãe.

A presença de eventos de vida da esfera monetária, ou seja, dívidas contraídas não pagas ou a pagar, estiveram associados à proteção de queimaduras em crianças que viviam em melhores condições de moradia (RPC = 0,19), e nenhum efeito identificou-se entre as do outro estrato. É possível que entre as famílias com melhor condição sócio-econômica contrair dívida seja reflexo de ascensão social e não um estressor. Por outro lado, dívidas não são importantes quando já existe uma situação social desfavorável.

Condição ambiental de risco, ou seja, presença de garrafas de álcool ou desinfetantes ao alcance de crianças e/ou instalação elétrica inadequada, esteve associada (RPC=5,6) a ocorrência de queimaduras apenas entre as que vivem em más condições sociais.

Após análise multivariada do tipo stepwise (4ª etapa) os fatores de risco remanescentes foram sexo masculino, más condições de moradia, não ser o primogênito e estresse psicossocial.

Este estudo pode contribuir para a prevenção das queimaduras. Identificou-se situações que devem ser observadas na implementação de medidas preventivas em grupos específicos. As queimaduras não devem ser vistas como eventos casuais ou acidentais, mas efeito de múltiplos e dinâmicos fatores. Por isso, necessita de abordagem ampla que passa pelo indivíduo, família e relações sociais.

LEI, D. L. M., 1994. **Retardo do Crescimento na Idade Pré-Escolar: Fatores Sócio-Econômicos, Associação com o Estado Nutricional na Idade Escolar e Prognóstico do Aproveitamento Discente no Município de Osasco (Área Metropolitana de São Paulo)** (Prof. Dr. Carlos Augusto Monteiro, orientador). Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 129 p., anexos.

O trabalho teve por objetivo estudar determinantes e significado do retardo do crescimento na idade pré-escolar.

Em uma primeira etapa do trabalho, a partir de um Censo de Estaturas, envolvendo ingressantes de todas as escolas (públicas e particulares) no Município de Osasco, realizado no início do ano letivo de 1989, foram selecionados casos e controles para a investigação retrospectiva dos determinantes sociais do retardo do crescimento. Os **Casos**, totalizando 192 ingressantes, foram caracterizados pelo índice altura/idade inferior a menos dois escore Z da população de referência do NCHS/OMS. Os **Controles**, totalizando 219 ingressantes, foram caracterizados pelo índice altura/idade superior a menos um escore Z. Em uma segunda etapa, avaliou-se o estado nutricional atual dos **Casos** e **Controles**, através da relação peso/altura e de medidas derivadas do perímetro braquial e prega cutânea tricipital. Em uma terceira etapa, utilizando-se um delineamento prospectivo, avaliou-se o aproveitamento escolar ao longo do ano letivo dos **Casos** e **Controles**.

Classe social, renda per capita, escolaridade do chefe da casa e da mãe, condições de habitação e saneamento foram fatores que se associaram significativamente com o risco de retardo do crescimento.

Os índices antropométricos indicativos do estado nutricional atual mostraram-se inferiorizados nos ingressantes com retardo do crescimento, seja com relação aos ingressantes sem retardo do crescimento seja com relação ao padrão esperado para as crianças com bom estado nutricional.

O aproveitamento escolar dos alunos que ingressaram com retardo do crescimento foi inferior ao dos alunos sem retardo, verificando-se que o risco maior de “reprovação” desses alunos mantinha-se mesmo com o controle de possíveis variáveis de confusão, ou seja, estado nutricional atual e variáveis sócio-econômicas.

LERNER, B. R., 1994. **A Alimentação e a Anemia Carencial em Adolescentes** (Dra. Sophia Cornbluth Szarfarc, orientadora). Tese de Doutorado, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. 90 p., anexos

A anemia ferropriva é o problema nutricional de maior prevalência atualmente no mundo. Sua ocorrência é maior nos países em desenvolvimento, onde 36% da população apresenta essa patologia.

No Brasil uma parcela considerável da população está afetada. No município de São Paulo 35% das crianças de seis a sessenta meses apresentavam anemia por carência de ferro na década de oitenta. Em Osasco, município da área metropolitana de São Paulo, 51% dos escolares de sete a oito anos são anêmicos.

Com o objetivo de verificar o papel da alimentação como um os determinantes da anemia prevalente entre adolescentes do município de Osasco — São Paulo (Brasil), foram estudadas 509 escolares das quintas e oitavas séries de escolas da Rede Pública de Ensino de Osasco.

A prevalência de anemia, identificada através da determinação da concentração de hemoglobina do sangue em amostras colhidas por punção digital e o método da cianometahemoglobina, foi baixa (5,3%) não havendo diferença entre os sexos.

O perfil nutricional, identificado através de medidas antropométricas, revelou que 17,3% dos adolescentes se localizaram abaixo do P_{10} para peso/idade e 4,7% abaixo do P_3 . A proporção de desnutridos foi maior entre os alunos das quintas séries. Os homens apresentaram-se em piores condições nutricionais do que as mulheres.

A prática alimentar, conhecida através do registro dos alimentos consumidos pelos alunos em três dias alternados, mostrou-se semelhante àquela encontrada em São Paulo em 1974/75. Foi observado pequeno consumo de alimentos fonte de vitamina C e a tendência da substituição do jantar tradicional por um lanche.

A maior parte dos adolescentes tem consumo energético adequado e de ferro, inadequado.

A dieta consumida pelos adolescentes pode ser considerada de boa qualidade, justificando a baixa prevalência de anemia encontrada, embora a pequena densidade do ferro e do ferro biodisponível seja um indicador da provável existência de indivíduos ferro deficientes em proporção apreciável na população.

LIMA, S. M. L., 1994. ***O Processo de Definição e Implementação de Objetivos Numa Organização Pública do setor Saúde: Do Conjunto Sanatorial de Curicica ao Hospital de Clínicas Básicas Raphael de Paula Souza*** (Paulo Roberto Motta, orientador). Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Escola Brasileira de Administração Pública, Fundação Getúlio Vargas. 322 p.

Esta dissertação tem como objeto, o processo de definição e implementação de objetivos numa organização pública de saúde. Foi realizada uma revisão bibliográfica no campo das teorias organizacionais, visando identificar como as diferentes perspectivas teóricas (racional, natural, política e de integração) entendem o que sejam objetivos organizacionais e seu processo de definição e implementação. Foram identificadas, também, algumas características destas organizações, as quais podem interferir no processo mencionado, provenientes de suas condições de serem públicas e de necessitarem de profissionais altamente qualificados para o seu funcionamento.

Com base nesse referencial teórico, foi realizado um estudo de caso numa organização pública de saúde — o Hospital Raphael de Paula Souza (Hospital de Curicica) — sobre o processo de transformação de seu perfil assistencial (de um hospital especializado em fisiologia para um hospital de clínicas básicas).

Tem-se como pressuposto que uma compreensão mais adequada acerca da complexidade dos fatores intervenientes no processo de definição e implementação de objetivos das organizações públicas de saúde, poderá contribuir para que seus dirigentes (principais responsáveis pela sua condução) possam intervir ativamente naquele processo, minimizando as condições vigentes nestas organizações, de indefinição, incongruência e irresponsabilidade sobre seus objetivos. A reversão desta situação por sua vez, poderá contribuir, também, para que nestas organizações, sejam alcançadas a eficiência e a eficácia, hoje tão insuficientes, porém absolutamente necessárias, não só a sua sobrevivência, mas para que respondam às necessidades de atendimento da população, razão principal de sua existência.

ODEH, C. S. A., 1994. ***A Perinatologia Como o Domínio de Uma Linguagem em Comum Entre Obstetras e Pediatras*** (Prof. Dr. José Maria de Andrade Lopes, orientador). Tese de Mestrado, Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz. 75 p.

As afecções originadas no período perinatal são responsáveis por 45% dos óbitos ocorridos no primeiro ano de vida em nosso país, segundo dados da OMS para o ano de 1986. Ao compararmos as taxas de mortalidade por patologias como a diarreia e a pneumonia, observamos uma nítida tendência de queda, quando comparadas com a taxa de mortalidade por patologias perinatais.

Programas como a Terapia de Reidratação Oral e de combate às infecções respiratórias provavelmente contribuem para a redução deste índices. Apesar da gravidade da mortalidade perinatal, não se observa nenhum programa dirigido para o problema que tenha provocado o mesmo resultado, haja visto a irredutibilidade deste indicador ao longo dos últimos anos. A despeito disto, os avanços no cuidado Obstétrico e Neonatal têm permitido a sobrevida de recém-nascidos cada vez mais prematuros.

A Perinatologia implica na abordagem multiprofissional da gestante e do recém-nascido, no conhecimento de indicadores de viabilidade fetal e epidemiológicos da área perinatal, na organização da rede de assistência em um sistema regionalizado e hierarquizado e, sobretudo, na estreita integração entre Obstetras e Pediatras. O objeto da perinatologia é claro: o binômio gestante-feto/recém-nascido. Entretanto, não se pode dizer o mesmo quando buscamos compreender a Disciplina Perinatologia.

Com o intuito de conhecer o domínio que Obstetras e Pediatras possuem acerca de informações próprias da perinatologia, tais como conhecimento sobre limites de viabilidade fetal, estatísticas vitais das maternidades onde atuam, o grau de integração entre as especialidades e noções sobre regionalização e hierarquização da assistência perinatal, entrevistamos 60 profissionais e seis maternidades públicas do Rio de Janeiro. Para tal, foi elaborado um questionário com perguntas objetivas, que também traçavam um perfil destes profissionais no que diz respeito a idade, sexo, tempo e local de formado, especialização, áreas de predileção e formas de reciclagem.

Na medida que não observamos diferenças significativas entre Obstetras e Pediatras, descrevemos os resultados, englobando todos os profissionais na categoria de Perinatologistas.

O perfil básico destes profissionais nos mostra uma média de idade de 40 anos com 15 anos de formado, sendo que 58% em uma das Faculdades de Medicina públicas do Estado do Rio de Janeiro. A carga horária semanal de trabalho gira em torno de 60 horas, sendo 72,3% dedicado à Obstetrícia, em detrimento da Ginecologia, ou à Neonatologia, em detrimento da Pediatria Geral. Além disto, 75% dos entrevistados afirmam ser a Obstetrícia ou a Neonatologia suas áreas de maior interesse. Noventa por cento dos profissionais concentram a maior parte da sua carga horária em Hospitais públicos. Quanto à realização de Residência Médica, verificamos que 88,3% cumpriram o Programa, sendo que 55% fizeram em uma das seis maternidades visitadas.

O conhecimento de dados relativos à 50% e 90% de sobrevida para recém-nascidos, segundo o peso e idade gestacional, conforme informações relativas à própria Unidade onde atua o profissional, à uma Unidade de nível terciário do Rio de Janeiro ou, a países desenvolvidos, mostrou um percentual de acertos quase inferior a 30%. O mesmo ocorreu com indicadores das próprias Unidades, tais como mortalidade perinatal, neonatal e materna, taxa de cesáreas, números de parto por ano e, percentual de prematuridade e baixo peso.

Apenas 13,3% dos profissionais souberam delimitar o período Perinatal. Quando perguntados sobre a existência de reuniões conjuntas entre Obstetras e Pediatras, não houve concordância entre profissionais de uma mesma Maternidade. Quanto à participação, 30% comparecem a pelo menos metade das sessões conjuntas. Também observamos divergências nas respostas ao perguntarmos sobre a existência de discussão entre Obstetras e Pediatras acerca das interrupções de gestações e, comunicação por parte dos Obstetras, quando da admissão de gestantes de risco.

Quanto a noção sobre Regionalização e Hierarquização, verificamos 41,7% e 61,7% de respostas corretas, respectivamente. Observamos divergências nas respostas dos profissionais de uma mesma Maternidade acerca do seu nível de complexidade.

Concluimos que apesar do perfil de formação bastante positivo do ponto de vista da possibilidade de prestar cuidados Obstétricos e pediátricos adequados, é necessário subsidiar os profissionais com informações que permitam uma abordagem Perinatal da mãe e do recém-nascido, bem como conscientizá-los da importância da atuação articulada entre eles. A ausência desta articulação pode se colocar como um obstáculo à formulação de propostas por parte do corpo de técnicos da área Perinatal, no sentido de reduzir os índices de mortalidade perinatal.