



Desenvolvimento, comportamento e a nova agenda do pediatra

Pgs. 14, 15, 16 e 17





Rogério Albuquerque

Colegas, vimos empreendendo cada vez mais esforços para a valorização da pediatria no Brasil e, nessa edição, trazemos um panorama das iniciativas mais recentes. Além disso, com satisfação informo que também temos avançado na troca de experiências com os colegas de outros países. Fomos convidados a parti-

cipar do Global Pediatric Education Consortium – aliança que reúne sociedades nacionais de países como China, Japão, Alemanha, as Academias Americana, Europeia, a Associação Internacional de Pediatria, dentre outras organizações relevantes. O objetivo é avaliar e tomar providências para a melhoria da qualidade do ensino na especialidade, em todo o mundo. Para participar em nome da SBP, indiquei nosso ex-presidente Dioclécio. Em setembro, participei, em Buenos Aires, da comemoração do centenário da Sociedade Argentina, juntamente com nossa representante no Cone Sul, Vera Regina Fernandes, e com o diretor

de Relações Internacionais, Fernando Nóbrega. Apresentei um panorama da situação das crianças em nosso país. Lamentavelmente, o índice de mortalidade infantil no Brasil é um dos mais altos da região, perdendo apenas para a Bolívia. Ao mesmo tempo, todos os demais países já realizam a residência em pediatria em pelo menos três anos. Na Argentina, agora são quatro. Está claro que as transformações vividas na epidemiologia, bem como os avanços científicos, exigem das autoridades brasileiras mais sintonia com o resto do mundo. Nossas crianças não podem esperar! Um abraço fraterno,
Eduardo da Silva Vaz

35º Congresso Brasileiro de Pediatria

Bem abrangente, com temas atuais e espaço para debate. Assim o presidente do evento, dr. Fernando Barreiro, define o 35º Congresso Brasileiro de Pediatria, que ocorre de 8 a 12 de outubro, em Salvador (BA), paralelamente aos Congressos Brasileiros de Reumatologia e de Pneumologia Pediátricas. Serão, ao todo, 36 con-

ferências e 54 mesas-redondas, com professores do Brasil e do exterior. Na abertura, dra. Luciana Silva abordará a doutrina, discutindo os “Desafios?” e já adianta: “os pediatras estão prontos para enfrentá-los!”. “A nova agenda do século XXI - promoção da saúde mental da criança e do adolescente” é o tema do dr. Ricardo

Halpern, que também participará de mesa sobre “Temas indispensáveis na consulta”, juntamente com os drs. Ricardo Sukiennik, José Paulo Ferreira e Mary Young, da Universidade norte-americana de Georgetown e que tem grande experiência com crianças com necessidades especiais. Participe e acompanhe pelo www.sbp.com.br!



AGENDA SBP - 2012

Data	Evento	Local / Contato
Abril 27 a 30	12º Congresso Brasileiro de Alergia e Imunologia Pediátrica	São Paulo/SP*
Mai 17 a 19	3º Simpósio Internacional de Nutrologia Pediátrica	Fortaleza/CE*
Junho 05 a 08	14º Congresso Brasileiro de Gastroenterologia Pediátrica	São Paulo/SP*
Junho 06 a 09	12º Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva Pediátrica 11º Congresso Latino-Americano de Terapia Intensiva Pediátrica	São Paulo (SP)
Setembro 05 a 08	12º Congresso Brasileiro de Adolescência	Florianópolis/SC*
Setembro	14º Congresso Brasileiro de Ensino 9º Congresso Brasileiro de Pesquisa em Saúde da Criança e do Adolescente 2º Congresso Brasileiro de Médicos Residentes	São Paulo/SP*
Outubro 17 a 20	17º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica	Rio de Janeiro/RJ*
Novembro 14 a 17	21º Congresso Brasileiro de Perinatologia	Curitiba/PR*

*Contato: (41) 3022 1247, sbphp@sbp.com.br Consulte o www.sbp.com.br (Congressos e outros eventos)

SBP Notícias
Revista semestral da Sociedade Brasileira de Pediatria, filiada à Associação Médica Brasileira

Conselho Editorial: Eduardo da Silva Vaz, Reinaldo Martins e Marilene Crispino.

Editora e coordenadora de produção: Maria Celina Machado (reg. prof. 2.774/ MG)/ ENFIM Comunicação;

Redator/copidesque: José Eudes Alencar/ ENFIM Comunicação;

Colaborador: Daniel Paes/Iracema Comunicação;

Estagiário: Gabriel Ferro;

Projeto gráfico e diagramação: Paulo Felício;

Colaboraram nesta edição: os funcionários da SBP;

Endereço para correspondência:
SBP/ Rua Santa Clara, 292 Copacabana
Rio de Janeiro - RJ Cep: 22041-010
Tel. (21) 2548-1999 Fax: (21)2547-3567
imprensa@sbp.com.br
<http://www.sbp.com.br>

Entrevistas



Triagem auditiva deve ser universal	8 e 9
Medicina Paliativa em Pediatria	10 e 11
Consenso Sobre Dores Pouco Valorizadas em Crianças e adolescentes	12 e 13

Capa

Desenvolvimento, comportamento e pediatria atual	14 a 17
--	----------------

Defesa profissional

TCAP em todas as operadoras já!	18 e 19
---------------------------------	----------------

SBP em Ação



Novos cursos de Reanimação Neonatal	20
Calendário de vacinas	20 e 21
O 10º Fórum da Academia	22 e 23
Campanha de prevenção à violência doméstica	24 e 25
A nova revista Residência Pediátrica	26
Livros	27

O sucesso do Curso de Nutrologia

Com 36 cursos até novembro e 600 pediatras treinados somente até setembro, o Curso de Aprimoramento em Nutrologia Pediátrica (CANP) da SBP vai crescer em 2012:

– Pretendemos atingir ainda mais profissionais - adianta a coordenadora, dra. Roseli Sarni que, juntamente com a dra. Virgínia Weffort, presidente do Departamento de

Nutrologia e outros professores, já treinou 72 instrutores, de todas as regiões, cuja meta é que capacitem, cada um, ao menos 20 alunos em dois anos.

Criticando a falta de um ensino adequado na área tanto na Graduação, quanto na Residência, dra. Roseli lembra que o programa e o material foram desenvolvidos pela SBP.

– São dois dias e 16 horas, que incluem a discussão de casos clínicos. A mesma aula é dada em todos os locais, mas há enfoques diferentes, que podem ser escolhidos de acordo



Alunos e professores do primeiro CANP, em março, em Londrina

com o que interessa mais à região - informa.

O CANP conta ainda oito pontos para a atualização do Título de Especialista em Pediatria e os interessados devem entrar em contato com a sua filiada.

PALAVRA DO DIRETOR



Rogério Albuquerque

A diretoria de Cursos, Eventos e Promoções está em constante transformação. No início, quando tratava apenas de cursos e eventos, tinha como atividade básica organizar o calendário da Sociedade. A montagem dos congressos ficava a cargo da comissão organizadora, com pouco envolvimento da SBP. Há alguns anos, passamos por mudanças conjunturais importantes. Por um lado, a Sociedade apresentava um número crescente de atividades, entre congressos, cursos, simpósios ou outros eventos; de outro, a forma de relacionamento com as fontes de financiamento tradicionais mudava drasticamente. No médio prazo, tudo isso se mostrou bastante

benéfico. Passamos a oferecer ao nosso associado um número maior de oportunidades de desenvolvimento profissional. Temos em média oito congressos ao ano, o Programa de Reanimação Neonatal está cada vez mais ativo e oferecendo cursos novos, o PALS continua treinando pediatras no país inteiro, temos a atualização em nutrologia, as aulas de educação à distância, a SBP Ciência, o *site* para residentes e preparamos um portal para a família. Há também uma série de atividades dentro da SBP cuja visibilidade imediata não é tão grande, mas que são de importância fundamental. A promoção do aleitamento materno é contínua, bem como o trabalho pela aprovação de leis que afetam diretamente a saúde das crianças - como a licença-maternidade de seis meses, a produção de diretrizes pelos departamentos científicos, a luta pela valorização das nossas atividades dentro da CBHPM e pelo pagamento do atendimento pediátrico em sala de parto pelo SUS, pela adequação do

programa de residência em pediatria e áreas de atuação, pela criação de novas áreas, com a devida certificação dessas e das já existentes.

Para ajudar na manutenção de todas as atividades, iniciamos, em 2004, uma nova etapa na organização dos nossos congressos, com um tratamento profissional à sua realização, seguindo o exemplo de várias sociedades de especialidades. Com isso, a SBP assumiu sua responsabilidade nos congressos, não delegando mais atribuições às organizações locais. Hoje, a diretoria de Cursos, Eventos e Promoções gera cerca de 25% dos recursos orçamentários da Sociedade e é maior a satisfação do nosso associado quanto à qualidade dos congressos. Essa nova atitude contribuiu significativamente para que nossa entidade alcançasse a independência financeira que tem hoje e que nos garante total liberdade para desenvolvermos as melhores iniciativas para o pediatra e para as crianças.

Ercio Amaro de Oliveira Filho
Diretor de Cursos, Eventos e Promoções da SBP

PALAVRA DA FILIADA



O primeiro grande encontro da atual gestão da Sociedade Catarinense de Pediatria (SCP) com seus associados ocorreu em dezembro do ano passado, quando foi realizada a inauguração da nova sede, com a presença do presidente da SBP, dr. Eduardo Vaz.

A SCP, a exemplo da SBP, tem buscado a valorização do pediatra, visando melhoria de sua remuneração e das condições de trabalho, bem como sua capacitação e atualização profissionais. A diretoria realizou reuniões e assembleias com seus associados

para discutir o tema da remuneração praticada por alguns planos de saúde. Após tentativas de negociação com os representantes de operadoras, não houve sensibilidade da maioria em atender ao mínimo almejado pelos pediatras. Por esse motivo, em junho de 2011, houve solicitação de descredenciamento desses planos de saúde pelos pediatras e clínicas da Grande Florianópolis. Em setembro, tivemos uma grande conquista, pois a Eletrosul Centrais Elétricas atendeu nosso pleito, passando a pagar R\$72 a consulta e R\$117 o Atendimento em Puericultura.

Nessa gestão, buscando a capacitação profissional, a SCP sediou o 16º Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica, realizou curso de Reanimação Neonatal para os residentes, recertificação dos instrutores do curso de Reanimação Neonatal, treinamento para realização do Teste do Olhinho,

Pediatric Advanced Life Support, ciclos de estudos em nutrologia, jornadas regionais de pediatria, capacitações em onco-hematologia e em atendimentos emergenciais. Iniciamos a realização dos “Brunchs com os especialistas” - objetivando não somente a atualização científica, mas também um momento de confraternização e de troca de experiências - e ainda os Cursos de Aprimoramento em Nutrologia Pediátrica. A Revista Catarinense de Pediatria inaugurou uma boa fase em suas edições, de capa nova e revitalizada, visando a modernização dos instrumentos de comunicação da entidade e o aprimoramento científico. Com tudo isso, a SCP prioriza as metas estabelecidas em seu planejamento estratégico, buscando sempre a valorização do pediatra.

Denise Bousfield da Silva
Presidente da Sociedade Catarinense de Pediatria (SCP)

Outras palavras

Espaço para a publicação de mensagens recebidas pela SBP. Muitas são respostas às newsletters, cada vez mais frequentes no projeto de comunicação da entidade.

Os endereços para contato são imprensa@sbp.com.br e sbp@sbp.com.br. Participe!

Afeto e paternidade, mensagem do presidente pelo Dia dos Pais

Como Pai e Pediatra, achei muito profundo o artigo. Sentimos, no dia-a-dia do consultório, que a criança está cada dia mais longe do carinho e presença dos pais. (...). A base familiar é tudo. Como dizia Guimarães Rosa, é aos poucos que o escuro vai se tornando claro. Alguma luz terá que surgir nesta escuridão da vida da criança. Que seja breve.

Almir Xavier Jr., 11 de agosto

Pediatras do Paraná se descredenciam de planos de saúde
É uma grande satisfação ler a reportagem sobre o descredenciamento dos colegas pediatras do Paraná veiculada nas notícias da SBP. Parabéns pela organização e unificação de uma proposta digna de remuneração para nossa especialidade! Exemplo de luta pela valorização do pediatra e de sua atuação essencial para a saúde pública de nosso país!

Hélio Miguel Simão, 7 de julho

Festa com famílias comemora Dia do Pediatra

Aos organizadores e atores da FESTA, meus parabéns pela realização e pelo sucesso.

Ennio Leão, 26 de julho

Alagoas realiza Congresso interdisciplinar

Excelente iniciativa, temas muito atuais e importantes na prevenção. Espero que se propague para outros estados.

Roseli Randon, 31 de maio

Mãe e pediatra. Mensagem do presidente da SBP pelo oito de maio

Que linda mensagem!!! Sou mãe há 2 meses, mas pediatra há 5 anos e muito feliz nas duas funções!!! Abraços à equipe da SBP.

Luciana Araujo, 4 de maio

“Mamaço” em centro cultural reúne mães e bebês

Muito legal! Isso mesmo, mulheres! Vamos amamentar!

Adriana Gurgel, 18 de maio

Agressão aos autistas

Prezados Senhores,
Como pediatra filiada a esta Sociedade venho pedir apoio da SBP em ação de repúdio contra programa humorístico veiculado pela MTV em 22/03/2011 intitulado. “Casa dos autistas”. Sabemos das dificuldades enfrentadas pelas famílias no diagnóstico tratamento e inclusão de autista e ver uma grosseria destas encontrar espaço na mídia é um desrespeito! Solicito parecer da SBP pelo peso e credibilidade que nossa entidade tem na sociedade.

Zuleid Dantas Linhares Mattar, 23 de abril

Cara dra. Zuleid,

A partir de sua mensagem, nos inteiramos do assunto. A sra. tem toda razão!!! O esquete veiculado pela MTV no dia 22/03 é de péssimo gosto e agressivo com as famílias dos pacientes de Transtorno do Espectro Autista. (...) A manifestação foi “preconceituosa e chula, demonstrando total ignorância sobre o assunto, um verdadeiro desrespeito à sociedade, que busca de todas as maneiras a inclusão dos indivíduos portadores de Transtorno do Espectro Autista”, disse, indignado, o presidente do Departamento de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento da SBP, dr. Ricardo Halpern. Mas veja, a sra. não está mesmo sozinha. Antes de nós, 6.700 pessoas já assinaram uma Petição no mesmo sentido. (...) Fomos também apurar o assunto na própria MTV e, certamente fruto da ação de cidadãos indignados como a sra., a emissora já publica, em seu site, um pedido de desculpas, e informa que está articulando “possíveis ações conjuntas com associações ligadas ao autismo para dar ao assunto o devido encaminhamento”. O esquete foi ao ar uma vez e não será mais.

Assessoria de Comunicação da SBP

Pediatra inesquecível

“Eu e meus irmãos fomos pacientes do dr. Jolindo Martins - um pediatra que, para nossa família, é sinônimo de competência, dedicação e seriedade e também foi o médico dos meus filhos. São muitas as lembranças. Logo depois que minha primeira filha nasceu, liguei chorando, numa noite, preocupada porque ela não mamava. Dr. Jolindo já tinha encerrado o expediente, mas me atendeu, pediu que amamentasse e, calmamente, respondeu as minhas dúvidas. Não esqueço também de quando meu filho Pedro, com uns dois anos, teve uma febre que me deixou parti-

cularmente ansiosa. ‘De que você tem medo?’, perguntou, para em seguida, dissipar meus temores didaticamente. Tinha um jeito muito peculiar de acolher a criança e grande sabedoria para lidar com a mãe. Meus pais tinham total confiança no dr. Jolindo e ainda hoje, minha mãe com seus 93 anos, contamos suas histórias, com saudades”.

Margaret Simonetti, assistente social e terapeuta de família, foi paciente do dr. Jolindo Martins, em Vitória (Titular da cadeira de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade Federal do Espírito Santo).

Departamentos Científicos e intensa atividade

Com a elaboração de textos para a revista eletrônica SBP Ciência, a participação nas aulas do Programa de Atualização à Distância, e agora também a preparação de um novo site para

as famílias, dentre outras inúmeras atividades, os Departamentos Científicos da SBP estão cada vez mais atuantes.

– Os DCs têm uma missão muito importante. A diretoria está empenhada

em apoiá-los, para que tenham uma atividade vigorosa. Foi muito importante que a pediatria tenha se mantido coesa, mesmo depois da criação das Áreas de Atuação na medicina, em 2002. Mas é importante também que os Departamentos tenham um trabalho cada vez maior, oferecendo o espaço que os colegas precisam, de maneira que possam exercê-lo com profundidade – frisa o coordenador, dr. Dennis Burns.

Na foto com drs. Eduardo Vaz, Milton Macedo (Defesa profissional), Maria Marluce Vilela (Qualificação e Certificação Profissionais) e os presidentes dos DCs, em junho, em São Paulo, o diretor assinala também que a SBP tem parcerias importantes com entidades afins, como é o caso da Sociedade Brasileira de Ortopedia Pediátrica, presidida pelo dr. Rui Maciel de Godoy Júnior.

Saúde Escolar

Nos planos do Departamento de Saúde Escolar, está também um guia para professores e demais profissionais de pedagogia. “Vamos fazer um documento sobre como lidar com as questões da saúde das crianças e jovens, incluindo o encaminhamento que deve ser dado quando algum problema é percebido”, informa a presidente, dra. Maria de Lourdes Vieira, acrescentando que a ideia surgiu em decorrência das perguntas que o DC recebe:

– Geralmente a dificuldade escolar é entendida como um problema psicológico ou neurológico. Mas também pode estar ligada a questões da saúde física da criança. Um exemplo são as deficiências visuais. Queremos melhorar o atendimento da infância e adolescência e, para isso, é muito importante o acordo entre profissionais de saúde e de educação.

Atualização em Alergia e Imunologia

A capacitação em alergia e imunologia pediátrica é o objetivo dos cursos que a SBP tem realizado, sob coordenação do Departamento Científico da



Rogério Albuquerque

área e com participação da Iniciativa Global contra a Asma (GINA – Brasil). O próximo será em Boa Vista-RR, dias 18 e 19 de novembro. Cerca de 200 profissionais participaram da primeira edição, em abril, em Salvador (BA), sendo oito vindos de Portugal. Também foi muito bem sucedida a que ocorreu em Campo Grande (MS), em agosto. Nas avaliações distribuídas ao final, os participantes têm classificado a inicia-

tiva como “excelente” e “inovadora”, informa dr. Pérsio Roxo, presidente do DC. “O objetivo é fazermos outros seis, no mínimo, em 2012”, disse.

Durante o curso na Bahia, foi realizada a prova para Certificado da Área de Atuação, com índice de aprovação de 33,33% - “foi um concurso rigoroso, feito muito critério”, comenta o dr. Dennis Burns, avisando que os certificados são emitidos pela AMB e

devem ser solicitados à SBP.

Outra novidade para 2012 será o lançamento do Consenso de Alergia Alimentar Pediátrica, que está sendo produzido em parceria com os Departamentos de Nutrologia e Gastroenterologia. “Será o primeiro centrado na infância e adolescência”, adianta o dr. Persio. Para os cursos de atualização, as filiadas interessadas devem entrar em contato pelo sbp@sbp.com.br.

Por mais segurança no trânsito!

Prevenir acidentes com crianças e adolescentes no trânsito, com destaque para os que ocorrem no entorno das escolas e também com bicicletas e motocicletas, aumentar a segurança do pedestre. Essas as metas da SBP, segundo o dr. Aramis Lopes Neto, presidente do Departamento Científico de Segurança da Criança e do Adolescente.

– Os acidentes de trânsito são a segunda maior causa externa de óbitos, e a primeira nas faixas de 5 a 14 anos no Brasil, ultrapassando as situações de violência e também as doenças em geral. Além do mais, atropelamento é coisa muito séria, responde pela maior parte dessa mortalidade e, entre as vítimas, já estão crianças de um a quatro anos de idade. As leis não defendem muito o pedestre e a maioria dos pacientes pediátricos anda muito a pé. Vamos partir do respeito às faixas e realizar um trabalho de orientação, salientando as medidas de segurança que envolvem os colégios.

A ideia do DC é reforçar a “Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2011-2020”, iniciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), com a divulgação de orientações às famílias, utilizando muito a internet, com destaque para o novo site da SBP.

Dr. Aramis assinala também a importância das recomendações sobre uso de cinto de segurança, capacete, assentos restritivos adequados para

cada faixa etária e a acomodação das crianças sempre no banco traseiro dos veículos. Sobre os acidentes com motocicletas, comenta:

– A curva de mortalidade cresce assustadoramente, atingindo muitos adolescentes e jovens. É consequência não apenas do aumento da circulação desse tipo de veículo, como também da falta de vigilância quanto ao uso de equipamentos de segurança adequados e de regulamentação específica para esse meio de transporte.

O presidente do Departamento inclui ainda a preocupação com os adultos de até 29 anos: “muitos são pais das nossas crianças, que acabam ficando órfãs”, lamenta.

Dados internacionais e assistência

De acordo com a OMS, os acidentes de trânsito são a principal causa de óbito de jovens entre 15 e 29 anos e estão em nono lugar para todas as faixas etárias. No total, cerca de 1.3 milhões de pessoas morrem, a cada ano, no mundo, vítimas das ruas, sendo que pedestres, ciclistas e motociclistas representam, juntos, quase metade dessas vítimas fatais. O maior progresso realizado nas últimas décadas foi no sentido de proteger passageiros de carros. O plano global sugere ações que cuidem dos grupos mais vulneráveis, com a construção de ciclovias e setores de pistas exclusivos para motocicletas e



Getty Images Brasil

fortalecendo o acesso ao serviço público de transportes, com segurança.

– Cabe ressaltar a necessidade de medidas gerais, voltadas para a exigência do respeito às leis de trânsito, em particular o impedimento da direção sob efeito de álcool, além de outras ações imprudentes, que devem ser reprimidas com vigor, com base em legislação que proteja as vítimas em potencial. São fundamentais também providências voltadas para a adequação dos serviços de atendimento de emergência, tanto no local do acidente, quanto no ambiente hospitalar. A disponibilidade de atenção especializada para crianças e adolescentes vitimados, com profissionais treinados e equipamentos específicos, permite a melhor recuperação e a minimização das lesões.

Saúde auditiva, uma corrida contra o tempo

Estima-se que até três de cada mil crianças nascidas vivas têm algum comprometimento auditivo. Sabe-se também que é grande a chance do problema ser revertido, se for diagnosticado e tratado precocemente. Por isso, a SBP defende a implantação de programas de triagem auditiva para todos os recém-nascidos do País. Ano passado, o chamado Teste da Orelhinha passou a ser obrigatório por lei para maternidades e hospitais. Veja, a seguir, a entrevista com dr. **Manoel de Nóbrega**, presidente do Departamento Científico de Otorrinolaringologia da SBP.



Manoel, por que o diagnóstico precoce da surdez é tão decisivo?

Para começar, é preciso entender as características particulares da audição. A orelha interna é um órgão que começa a se formar em uma fase muito precoce da vida, em torno de quatro semanas de gestação. Com oito semanas, praticamente já se formou e com 12, está funcionando. Assim, com 21 semanas de gestação, o bebê já ouve - tanto é que os obstetras fazem, rotineiramente, o Teste de Vitalidade Fetal, para verificar se a criança está se desenvolvendo bem. Nenhuma experiência que o bebê vive na barriga da mãe vai se repetir na vida pós-natal, exceto a audição.

Como é exatamente esse desenvolvimento?

Ao nascer, a criança já conhece a voz da mãe, mesmo que distorcida. O recém-nascido não gosta que se fale pouco, e tem mais: podemos falar qualquer idioma, as crianças reagem a qualquer fonema. Depois dos dois ou quatro meses o bebê

começa a ter atenção à língua materna. Se só ouve português, não vai atender mais o inglês ou francês. Se a família for bilíngüe, terá atenção às duas línguas. Agora, quando o bebê completar um ano de vida, sua fala são monossílabos intencionais, ele já conhece auditivamente todos os sons e fonemas. Nesse primeiro ano, temos a janela do conhecimento do som. O máximo de aprendizagem que a criança vai ter com relação aos fonemas será durante esse primeiro ano de vida. Quando completar um ano, a janela de reconhecimento se fecha.

Por isso, o período é chave para o aprendizado da linguagem?

Sim, a primeira etapa do desenvolvimento da linguagem de todo ser humano é o fonológico. O segundo marco é aos quatro anos, quando a criança conhecerá as nuances das falas, a ironia, o sarcasmo, o fingimento, a semântica. A última fase é o aprendizado da escrita e o desenvolvimento oral se completa aos 21 anos.

Até os 21 anos?!

Exato. A defesa auditiva de uma criança é diferente da de um adulto. Nós já desenvolvemos linguagens,



Rogério Albuquerque

códigos. A criança não. E há um segundo ponto.

Qual?

A orelha interna vai formar o caminho que os neurônios farão para chegar ao cérebro, as famosas vias auditivas. Em uma criança que nasceu surda, essa via não será estimulada, porque esse caminho não será testado. Podemos fazer uma analogia com uma trilha no mato. Se for muito utilizada, ficará marcada. Mas se a pessoa não passar mais por ali, desaparece. No nascimento, milhões de neurônios estarão fazendo conexões. As que estiverem trazendo benefícios para a criança vão se manter e se desenvolver. As que não, vão desaparecer. Se a criança é deficiente auditiva, essas conexões auditivas não têm propósito. Se ela nasce surda, para que as conexões? Veja a gravidade

do problema: se alguém nasce surdo e ninguém faz nada por ele, a via auditiva vai sumir!

Mas e se ocorrer o contrário?

Se a criança que nasceu hoje fez um teste e é surda, se for capaz de ouvir com aparelho ou com cirurgia e se esse caminho voltar a ser estimulado, passa a ouvir! Essa foi uma das grandes descobertas da ciência com relação a surdez. Mas a possibilidade de reversão tem uma data limite para acontecer, que é até os seis meses de vida.

Por isso, a triagem precisa ser feita de preferência antes da alta da maternidade?

Isso, é preciso ter um diagnóstico de surdez e a criança passar a ser estimulada a ouvir antes dos sexto mês de vida. Uma cientista norte-americana, Christine Yoshinaga-Itano, fez um estudo, acompanhando crianças com deficiências auditivas, que tiveram o diagnóstico e começaram a reabilitação dentro dos seis meses, entre sete meses e um ano, entre um ano e um ano e meio e entre um ano e meio e dois anos. A criança que nasceu deficiente auditiva, mas foi reabilitada antes do sexto mês, teve um reconhecimento de fala e de linguagem muito perto do de uma criança normal. Aos nove anos de idade, as crianças que tiveram o diagnóstico precoce tinham uma média de consciência de linguagem de quase 100%. Por outro lado, há a criança que nasceu normal, mas é surda, teve um diagnóstico auditivo tardio.

Como assim?

Normal no sentido neurológico, teria a capacidade de se desenvolver.

Porém, é surda?

Isso, diferentemente daquelas crianças que tiveram um diagnóstico no momento certo, as crianças que tiveram um diagnóstico tardio tiveram um desenvolvimento de fala e da linguagem igual ao de uma

criança com deficiência mental. Isso é chocante!

Igual ao de uma criança com deficiência mental?!

Exatamente. Quando tenho uma criança com rebaixamento mental precocemente diagnosticado, ela terá um desenvolvimento de fala e linguagem igual ao de uma criança com deficiência auditiva diagnosticada tardiamente.

O sr. se refere à enorme plasticidade do cérebro do bebê...

Exatamente, o que ocorre nesta fase tem impacto para o resto da vida. São

“Se a criança que nasceu hoje fez um teste e é surda, mas for capaz de ouvir com aparelho ou com cirurgia e esse caminho voltar a ser estimulado, passa a ouvir!”

duas justificativas, portanto, para o diagnóstico precoce. O primeiro é o desenvolvimento da fala e da linguagem, que ocorre muito precocemente e, depois de um ano de vida, a criança já perdeu a base da fala. O segundo é o desenvolvimento para o caminho neurológico, que acontece até os seis meses de idade. Depois disso, trabalhamos com o que restou. É uma corrida contra o tempo.

E quanto ao fato da triagem auditiva ser universal?

É que para piorar a situação, de cada 10 crianças surdas, entre três e cinco dos casos têm causa desconhecida. É preciso testar todas as crianças, sem distinção de grupo, e agora mais do que nunca, porque isso é apoiado por lei. O pediatra agora tem responsabilidade até legal de pedir o exame. Além do mais, vivemos em um mundo audi-

tivo, ou você ouve, ou está excluído. Até para utilizar a alta tecnologia é preciso ter passado pelo aprendizado da escrita e da oralidade. Para chegar a ler, é preciso ouvir, e há todo o desenvolvimento da criança, a aprendizagem escolar passa pela audição. O que mantém a concentração das crianças é a audição e não a visão.

Como é isso?

O ouvido é único órgão que funciona 24 hs por dia, até com a pessoa dormindo. Uma pessoa em perigo acorda com qualquer ruído. A célula é bombardeada por todos os lados e o cérebro trabalha para colocar em evidência os sons que são mais importantes. Um bom exemplo é o das mães. Podem estar conversando na sala, se ouvem algum som no quarto do seu filho, detectam imediatamente. Isso é de fundamental importância para o aprendizado. E também por isso é importante a criança receber riqueza de estímulos auditivos, com linguagem sofisticada.

O que mais o sr. destacaria sobre o chamado Teste da Orelhinha, que obrigatoriamente deve estar disponível em maternidades e hospitais, com a Lei Federal 12.303, de 2010?

O exame de Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE), chamado Teste da Orelhinha, é um dos exames que avaliam a integridade da função auditiva. Existem outros e, às vezes, são necessários cinco ou seis. Defendemos que seja feita a avaliação da audição, uma Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU). O presidente, Eduardo Vaz, tem muito interesse na questão, estamos bastante envolvidos nessa causa da saúde auditiva, defendendo não apenas a triagem, como a implantação de todas as ações necessárias para a prevenção, diagnóstico e reabilitação das crianças que sofrem de deficiência auditiva.

Medicina paliativa e qualidade em todos os momentos da vida

Promover a qualificação profissional na área é o objetivo do Departamento Científico (DC) de Medicina Paliativa em Pediatria criado pela SBP no final do ano passado. Em agosto, seus integrantes se reuniram, em São Paulo, traçaram metas e uma agenda de trabalho. Veja, a seguir, a entrevista com a presidente, dra. **Cristiane Rodrigues de Sousa**, e com a secretária, dra. **Patricia Lago**.

Qual a importância da criação do Departamento de Medicina Paliativa em Pediatria?

Dra. Patricia: A pediatria tem passado por mudanças importantes nas últimas décadas. A incorporação de novas tecnologias, o emprego de tratamentos cada vez mais eficazes, o investimento em prevenção de doenças, tudo isso fez com que o perfil do paciente pediátrico se modificasse. Antes, nossos pacientes eram principalmente vítimas de doenças agudas, relativas a infecções que atualmente já estão controladas. Hoje lidamos com uma demanda diferente, que inclui um grupo de crianças portadoras de doenças crônicas, dependentes de tecnologia e algumas vezes com limitada expectativa de vida. O Departamento foi criado para auxiliar o pediatra nesse novo desafio.

O que são exatamente cuidados paliativos?

Dra. Patricia: Segundo a OMS é “uma abordagem voltada para a qualidade de vida tanto dos pacientes, quanto de seus familiares, frente a

situações que põem em risco a vida”. A atuação dos profissionais busca a prevenção e o alívio do sofrimento, através do reconhecimento precoce das necessidades, de uma avaliação precisa e criteriosa do tratamento da dor e de outros sintomas, sejam de natureza física, psicossocial ou espiritual. O tratamento paliativo deve ser iniciado concomitantemente ao curativo, assim que a doença crônica é diagnosticada, sendo incrementado na medida em que progride. O pediatra deve estar apto a avaliar e aliviar o estresse físico, psíquico e social, com uma abordagem

“O perfil do paciente pediátrico hoje inclui crianças com doenças crônicas, dependentes de tecnologia e algumas vezes com limitada expectativa de vida. É preciso enfrentar esse desafio”

multidisciplinar que inclui a família e a comunidade. O objetivo maior é oferecer uma melhor qualidade de vida para o paciente e seus familiares, mesmo nos momentos finais.

Como devem ser implementados os cuidados paliativos?

Dra. Patricia: Progressivamente, de maneira individualizada, ajustados às necessidades impostas pela doença e aos valores da criança e da família, que deve inclusive participar de todo o planejamento dos cuidados, a começar pelo entendimento da doença e de seu prognóstico. A prioridade é sempre o bem-estar do paciente, evitando dor e sofrimento.

Qual a proposta para o atendimento de pacientes com doenças terminais?

Dra. Patricia: Inicialmente, é importante definir o que é um paciente “terminal”, para que não haja confusão. É aquele que terá uma morte inevitável, independente da terapêutica instituída. Segundo o CFM, com esses pacientes, a prioridade passa a ser a pessoa doente e não mais o tratamento da doença. Atualmente, a maioria das crianças portadoras de doenças terminais



Dra Patricia Lago, acima, e dra. Cristiane Oliveira, à direita

acaba morrendo dentro de unidades de terapia intensiva, em ambientes frios, solitários e cercadas por exagerada e desnecessária tecnologia. Como a evolução para a morte será inexorável, o mais importante é a qualidade de vida, devendo ser evitados tratamentos considerados fúteis e avaliada a alta da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTIP), para que a criança possa passar seus últimos momentos junto de quem ama.

E quanto aos pacientes crônicos?

Dra. Cristiane: Queremos capacitar os pediatras para a assistência dos pacientes crônicos em Unidades Intermediárias, que permitam a alta dos pacientes dependentes de ventilação mecânica das Unidades de Terapia Intensiva, possibilitando uma transição, na qual os cuidados paliativos sejam realizados e os pacientes e suas famílias prepa-

rados para internação domiciliar. A capacitação dos pediatras para a assistência domiciliar deve ocorrer desde a residência médica.

Como é hoje a situação no País dos pacientes crônicos dependentes de tecnologia?

Dra. Cristiane: Existem alguns serviços públicos e privados que prestam assistência domiciliar.

O Ceará e Minas Gerais são exemplos de onde o sistema público conta



Rogério Albuquerque

com serviços de internação domiciliar para pacientes em ventilação mecânica. Apesar de existir regulamentação em relação à assistência domiciliar, é preciso que seja aprimorada, estabelecidas normas específicas no SUS e na Saúde Suplementar, que contribuam para a implementação e funcionamento de serviços dessa natureza.

Como deve ser a capacitação para o atendimento de crianças com necessidades especiais?

Dra. Cristiane: Crianças com necessidades especiais portadoras de doenças crônicas precisam ser assistidas por equipe multidisciplinar, na qual o pediatra deve ser o profissional referência, orientador dos cuidados que devem ser prestados aos pacientes. Neste sentido, a capacitação dos pediatras através de cursos e manuais deve ser ampla, com abordagem física, psicológica e social.

Como está o trabalho do DC?

Dra. Patricia: Nos reunimos em maio, durante o Curso Nestlé de Atualização em Pediatria, em Curitiba, e em agosto, em São Paulo e fizemos um planejamento. O grupo está extremamente motivado

para trabalhar e preparado para responder ao desafio proposto pelo dr. Eduardo Vaz. Discutimos os critérios para a aplicação ao título da área de atuação, que inicialmente será por proficiência. Entre outras atividades, pretendemos, até o próximo ano, lançar um curso de capacitação em cuidados paliativos para pediatras, virtual e com algumas aulas práticas presenciais. Vamos também trabalhar para a inclusão do tema em atividades de outros departamentos com interface, como o de Terapia Intensiva, Oncologia, Genética, Bioética e

Neonatologia, por exemplo. A SBP vai lutar para que, no mínimo os hospitais formadores de pediatras, aqueles que têm as residências, contem com pelo menos uma equipe voltada para a medicina paliativa. Queremos que todas as crianças e adolescentes com patologia crônica e/ ou com doença em fase terminal tenham os melhores cuidados, com um final de vida digno e sem sofrimento.

“A dor é um quebra-cabeça de muitas peças”

Coordenado pelo dr. **Claudio Len**, professor da Escola Paulista de Medicina, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp) e integrante do Departamento Científico de Reumatologia da Sociedade, a SBP acaba de editar um **Consenso Sobre Dores Pouco Valorizadas em Crianças e Adolescentes** - a cólica no lactente, as dores em erupção dental, na articulação temporomandibular, em membros e conhecidas como “de crescimento”, as que ocorrem em atletas, a abdominal, fibromialgia e a cefaleia/enxaqueca. A publicação será disponibilizada no portal em fascículos, a partir do final de outubro. Leia, a seguir, a entrevista.



Claudio, por que a escolha desse tema?

As dores são queixas muito comuns na prática pediátrica e existem Consensos sobre temas muito especializados, mais ligados à conduta hospitalar. Mas há alguns bem frequentes no dia-a-dia de consultórios e ambulatórios, sobre os quais a literatura fala pouco e até foram publicadas opiniões de experts, mas a ideia agora foi agrupá-los, com informação bem atualizada. É uma iniciativa da diretoria da SBP e certamente será muito útil.

Houve um tempo em que se pensava que o bebê não sentia dor. Como esse conhecimento evoluiu?

Os estudos começaram a evoluir a partir do trabalho de Anand, em 1987. Já se pensou também que a criança submetida a algum processo doloroso não se lembraria depois dele e os pais não deveriam se pre-

ocupar com isso. Depois, verificou-se inclusive que a memória da dor acaba interferindo no futuro do indivíduo.

Como?

O cérebro da criança tem uma plasticidade muito grande, é moldado. Pessoas que tiveram experiências dolorosas na infância e não foram tratados adequadamente acabam se tornando adultos com limiar de dor mais baixo, que vão ter mais queixas. Isso pode ocorrer com aquelas que passaram por UTI neonatal. Além disso, a criança muda o comportamento. Submetida à dor constante, pode ter comprometimento nos aspectos físicos, emocionais, sociais, com repercussões na escola, por exemplo. Uma enxaqueca, uma dor em membros, uma dor abdominal pode fazer com que a criança se isole, fique mais retraída, evite contato social, e com isso passe a ser sedentária, fique triste e o processo vai se retroalimentando. Temos que cortá-lo, para que a criança saia do ciclo doloroso. A dor traz impacto na qualidade

de vida como um todo, não afetando a pessoa apenas na infância. Há um exame, a Ressonância Magnética Funcional, que pode ser feita por pessoas com dores crônicas e sem essas dores. As respostas são bem diferentes. O jeito que o Sistema Nervoso Central responde em crianças e adultos com dor é diferente daqueles sem dor. Há uma resposta neurológica especial.

Existem dados sobre dor?

Em cada uma há uma prevalência média. Mas diria que hoje mais ou menos entre 15 e 25% das consultas no consultório pediátrico são levadas por dor. Nas emergências esse número aumenta.

Muitas vezes as dores estão ligadas a alguma doença, a algum processo inflamatório. Nesse Consenso,

procuramos falar de situações em que não há processo inflamatório. Atualmente a dor é vista como um quebra-cabeça de várias causas.

É possível apontar as principais?

Há fatores biológicos, pessoais, como, por exemplo, o limiar da dor de cada indivíduo. Há também famílias com mais queixas de dor, às vezes por influência cultural, em outras pode existir alguma questão genética. Além disso, é grande a influência dos fatores emocionais.

Pessoas que estão passando por estresses emocionais são mais sensíveis à dor. Às vezes, são os pais que estão mais sensíveis à criança e percebem as dores dos filhos. Sabemos que nas dores crônicas, como no caso de dores nos membros ou dores abdominais, são crianças com níveis de ansiedade maiores, alguns casos até de depressão. Também é comum descobrirmos episódios como abusos, negligência, alcoolismo na família, problemas escolares, e situações estressantes. Existem causas que são do próprio organismo da pessoa e outras que vêm do ambiente.

E quanto às doenças graves?

Abordamos no Consenso o fato do pediatra dever saber separar quando uma dor é funcional e quando é orgânica. Cada uma das dores pode ter uma doença mais grave por trás. Antes de iniciar o tratamento, é necessário ter um diagnóstico preciso da causa. Outra questão é que, algumas vezes, as crianças têm algumas doenças crônicas, acabam sendo internadas. Precisamos pensar também em procedimentos que visem minimizar o sofrimento desses pacientes. Não podemos pensar que o paciente que está sendo internado a toda hora vai ser um paciente com menos dor. Pelo contrário, está passando por um processo doloroso e vai sentir mais na próxima internação.

“Pessoas que tiveram experiências dolorosas na infância e não foram tratados adequadamente acabam se tornando adultos com limiar de dor mais baixo”

O que salientar sobre a dor funcional?

É quando não se tem uma lesão orgânica, por exemplo, em uma fibromialgia, o músculo está doendo, mas não há uma inflamação. Qualquer exame de um recém-nascido com cólica estará normal. Existem dores que envolvem fatores emocionais que nenhum exame detecta. Se uma criança estiver com enxaqueca e fizer uma ressonância magnética, os resultados serão normais. Além do mais, não existe exame que mostre se está mais forte ou mais fraca, não se consegue medir a dor, vamos pela opinião do paciente. E não é pelo fato de não haver uma doença orgânica diagnosticada que você vai deixar o paciente sofrer, é preciso tratar. Também nos preocupamos, no Consenso, com o excesso de medicação. Fizemos uma revisão do que é mais utilizado, mostrando a eficácia dos tratamentos.

Como se avalia a dor quando o paciente ainda não fala?

Os bebês são capazes de manifestar a dor através da sua expressão, de mudanças na frequência cardíaca, respiratória, sudorese, alterações de comportamento, entre outras. A comunicação sobre a dor vai variando com o crescimento. Ao longo dos anos, as técnicas de analgesia, como medicamentos, por exemplo, foram se aperfeiçoando, o que contribuiu para uma diminuição da dor sentida pelos pequenos pacientes. Também mudaram a rotina de pediatras e hospitais, melhorando a qualidade do atendimento. Passamos a pensar não

apenas na dor já instalada, mas na dor possível.

O sr. se refere à prevenção?

Sim, o objetivo do pediatra é evitar que a criança tenha dor. Muitos analgésicos e antiinflamatórios têm efeitos adversos, que precisamos evitar ao máximo. A medicação utilizada para prevenir um quadro doloroso com orientação certamente será menos prejudicial que o uso contínuo de analgésicos e antiinflamatórios. Nosso dever é tratar do paciente não apenas na crise, mas na inter-crise, e tentar evitar que venha a ter dor, um estresse também para a família. Muitas vezes isso é possível com mudanças de hábitos.

Pode dar um exemplo?

Se você sabe que uma criança tem um histórico familiar importante de enxaqueca, e está tendo hábitos de vida inadequados, o pediatra pode tentar mudar isso, o que fará com que diminua a frequência dos futuros episódios dolorosos. O pediatra tem influência sobre a família e deve orientá-la.

Como foi o processo de elaboração do Consenso?

Foram convidados especialistas habituados com o tratamento de crianças e adolescentes com dor, todos ligados a universidades e hospitais de referência. Fizemos reuniões presenciais e virtuais e os participantes buscaram as melhores evidências científicas, em todas as aetapas. Os textos foram revisados por mim e por pediatras indicados pela diretoria da entidade e disponibilizados, em junho, no portal da sociedade para consulta aos colegas. Recebemos 68 contribuições, entre elogios, dúvidas e sugestões.

Quem são os demais autores?

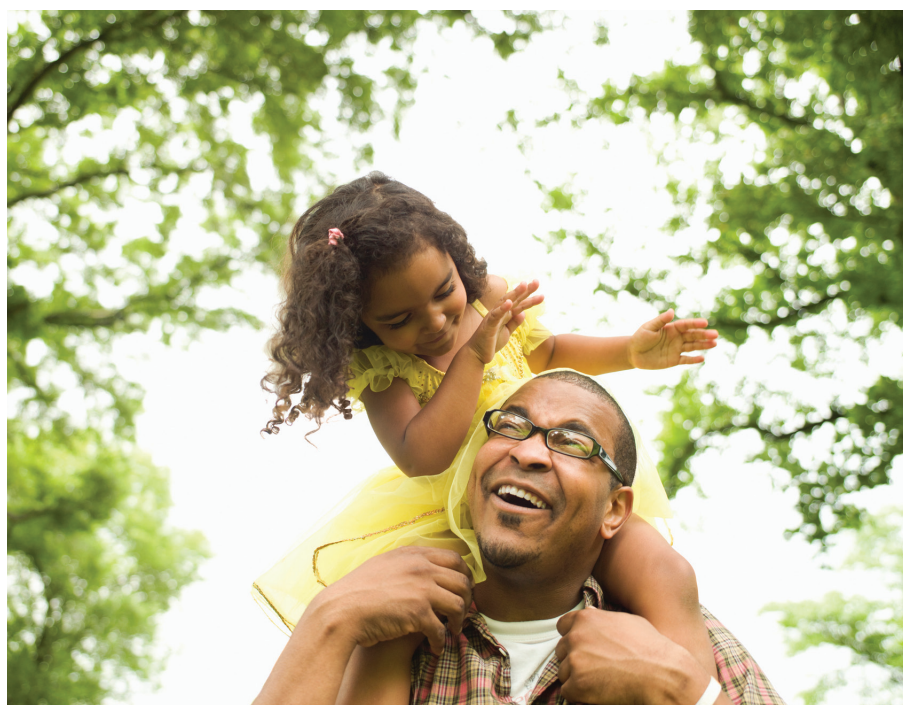
Os drs. Ana Teresa Leslie, Silvia Barbosa, Renata Waksman, Clovis Artur Almeida Silva, Maria Teresa Terrieri, Liette Zvir, Marcelo Rodrigues, Melissa Fraga e Ana Lúcia de Sá Pinto, Eliete Chiconelli Faria, Adriana Mazzoni e Ruth Guinsburg.

Pediatria, desenvolvimento e comportamento

Depois de mudar o nome do Departamento de Saúde Mental para Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento, a SBP preparou um curso de capacitação que vem sendo ministrado durante os Congressos de Residentes, em 2010, no Rio de Janeiro, Gaúcho de Atualização, em julho de 2011, em Porto Alegre e Brasileiro de Pediatria, em outubro, em Salvador. Nos dias 25 e 26 de novembro será a vez de Londrina, a convite da filiada. O objetivo é instrumentalizar o pediatra para o diagnóstico precoce, de maneira que possa realizar a triagem e fazer a primeira abordagem terapêutica nos casos de atrasos e desvios enfrentados pelas crianças e adolescentes. Para 2012, a ideia é começar a treinar instrutores, que serão multiplicadores do curso. Também está sendo produzido um vídeo para residentes. Além disso, a SBP defende, junto à Comissão Nacional de Residência Médica, a ampliação do tempo de treinamento na especialidade para três anos, com a inclusão dos conhecimentos mais atualizados e adequados às novas morbidades da infância e da adolescência. Acompanhe, pelo portal!

Aos dois anos, Pedro não falava...

Pedro nasceu em uma família carinhosa, de uma gestação desejada, foi amamentado adequadamente e não tinha problema de saúde. Mas, aos dois anos, era muito quieto, interagia



Cedex Images Brasil

pouco, não dizia palavra. A mãe ficava preocupada, mas obtinha como resposta que “cada um tem seu tempo”. Inconformada, mudou de médico. Ao entrar no consultório, o pediatra percebeu que a criança não fazia contato visual, não explorava os objetos, brincava de uma maneira pobre e não tinha linguagem, o que, até que se prove o contrário, leva à suspeita de autismo. Foi indicada terapia ocupacional, fonoaudiólogo e os pais orientados para lidar com a situação. O diagnóstico foi confirmado. Mas eram traços discretos

e, apesar das dificuldades, a família seguiu as orientações. Pedro começou o maternal e as consultas ao pediatra seguiram regularmente. Hoje, aos cinco anos, tem linguagem, interação social definida como “razoável”, brinca com os colegas, está se alfabetizando. Não apresenta tantas limitações, comparativamente a outras crianças com o mesmo diagnóstico. Poucas pessoas leigas identificam suas pequenas diferenças. A evolução positiva é fruto de uma intervenção precoce, muito embora pudesse ter sido ainda anterior.

Maria recebeu diagnóstico de autismo...

Com um ano e sete meses, Maria chegou ao pediatra acompanhada de uma família aflita. Tinha recebido diagnóstico de autismo. Mas ao entrar no consultório, olhou para o médico e sorriu. A cada vez que se mexia, os pais faziam uma leitura: “ela não gostou desse brinquedo”, “quer isso, aquilo”. O pediatra observou que tudo era antecipado para a filha. Conversando, soube que tinham acabado de se mudar para o interior, viviam um pouco isolados. A mãe, mas principalmente o pai, não permitia que a menina chorasse. A qualquer menção de desconforto, era oferecida alguma coisa. Maria não podia expressar suas necessidades, mas não era autista, diagnóstico que fora feito sem avaliação do entorno. A orientação foi que compreendessem que o choro é uma maneira da criança se manifestar, que é importante que ela aprenda a tolerar frustração, que a linguagem vai aparecer se nomearmos as coisas e se permitirmos que ela fale. Já no dia seguinte, o pediatra recebeu uma ligação daqueles pais: “é incrível, mas ela disse ‘água’!”

José teve um parto complicado...

Nascido a termo numa maternidade pública, José não chegou ao mundo pela cabeça, mas pelos pés. Não chorou, tinha apgar baixo, sofreu crise convulsiva, apresentou vários fatores de risco para a saúde. Bem recebido pelo pediatra desde a sala de parto, esteve na UTI Neonatal e algum tempo depois foi encaminhado para equipe especializada em reabilitação e desenvolvimento neuropsicomotor. Aos três meses e meio, tinha assimetria postural, Reflexo Tônico Cervical Assimétrico (RTPA), sinais ruins de mielinização, não conseguia controlar a cabeça. Enquanto fazia fisioterapia e tratamento em fonoaudiologia, sua mãe foi acompanhada por um psicólogo. Com um atraso das funções mais finas, aos três anos, o nível de linguagem era de dois anos e meio. Pouco depois teve

alta, passando às consultas anuais e vida normal.

João, Clara, Joaquim, Ana... apenas choram demais

Nasceram normais e não apresentam evidência de patologias graves. Mas têm um pequeno atraso de desenvolvimento, que não é perceptível para a família. São fruto de uma mãe que não estava preparada para a amamentação ou que teve depressão pós-parto. Podem também ter pai alcoólatra, viver em ambiente desfavorável, com maus-tratos, problemas emocionais, dentre outras hipóteses. Segundo o dr. Ricardo Halpern, presidente do Departamento Científico de Comportamento e Desenvolvimento da SBP, para lidar com os casos do dia-a-dia do consultório, o segredo é olhar para o detalhe:

– Há várias situações que não são muito marcadas, mas o pediatra bem

“Não existe essa história de que cada um tem seu tempo. Se a criança até os 16 meses não diz nenhuma palavra tem que investigar”

treinado pode perceber e mudar a vida do paciente. É preciso atenção ao modo como a criança fala, anda, usa a mão, se relaciona com as pessoas. São funções do desenvolvimento, mediadas pelo ambiente. Uma pessoa pode nascer em condições adequadas do ponto de vista de funções corticais, mas viver em meio muito desfavorecedor e vir a se desenvolver de maneira muito ruim, com sofrimento psíquico e até uma doença mental.

Dr. Ricardo explica que “há aquelas doenças, como o autismo e a esqui-

zofrenia, que têm base genética, mas também podem ser desenvolver de várias maneiras. A diabetes é genética. Mas há quem tenha a predisposição e não desenvolva. Se você come direito, faz atividade física, se cuida, não vai ter. Falamos em doenças epigenéticas, porque dependem de um gatilho ambiental. Também é importante que há indivíduos resilientes, que frente a um evento negativo conseguem se mover”.

A chave para o bom diagnóstico

Perguntado sobre o peso da genética e o do ambiente, dr. Ricardo Halpern explica que a resposta não é simples, pois há no desenvolvimento um efeito cumulativo. São múltiplos pequenos riscos, que têm uma consequência muito grande, não há uma única determinante. A combinação desses fatores ambientais e a genética é que determina o produto final. O desenvolvimento é único e próprio de cada criança, tanto que em irmãos temos respostas diferentes aos estímulos externos, embora com carga genética semelhante. “A grande chave para o diagnóstico de problemas e situações patológicas é o conhecimento da normalidade. Com isso, os pediatras podem detectar precocemente os desvios e ao mesmo tempo orientar os pais”, assinala.

Mas quais são as fases da criança? Os chamados “marcos clássicos” do desenvolvimento motor - quando o bebê sustenta a cabeça, senta, fica de pé, fala - “que praticamente eram sinônimos de desenvolvimento”, como lembra o dr. Ricardo Halpern, são importantes, mas há muito mais que isso. “O pediatra precisa conhecer, de forma bastante profunda, as etapas de desenvolvimento normal das várias áreas - pessoal, social, aspectos psicológicos, motricidade fina, a linguagem - que é a menos estudada, mas o marcador mais importante”:

– A criança que atrasa a linguagem diminui a capacidade de se comunicar, se adaptar, e isso pode estar relacionado com um déficit intelectual, com o autismo. É a função isolada mais



importante que define prognóstico. Depois vem a motricidade fina, a adaptação pessoal e social e a motricidade ampla, que são os marcos motores. Não existe essa história de que cada um tem seu tempo, de que a criança tem 2,5 anos e não fala, vamos esperar. Não, não vamos, temos um problema. Se a criança até os 16 meses não diz nenhuma palavra tem que investigar.

Neuropsicomotor e reabilitação

Professora da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e chefe do Ambulatório de Desenvolvimento Neuropsicomotor (ADN) do Instituto de Pediatria e Puericultura Martagão Gesteira (IPPMG), a pediatra Alice Hassano chama também atenção ao fato de que as funções não surgem de repente, são construídas desde o útero. Tudo é preparado ao longo do tempo:

– Se soubermos quais são os inúmeros pré-requisitos, não necessariamente

te todos eles, cerca de 15, e o bebê não os tiver adquirido, podemos deduzir que a evolução não ocorrerá dentro da normalidade. Não há necessidade de ficar esperando que a criança com um ano ande para diagnosticar um problema.

Um bom exemplo para a fisiatra Livia Borgneth, professora do Curso de Fisioterapia da Faculdade de Medicina e coordenadora técnica da equipe do ADN/ IPPMG da UFRJ, é o bebê que nasce hipotônico e, com certeza, com três meses não atingirá o marco:

– O pediatra que conhecer bem as fases do desenvolvimento pode ser o orientador da mãe. Há intervenções simples, que podem ser feitas em casa e, nos casos em que a criança não evoluir, encaminhar para a reabilitação. Isso tem a grande vantagem de criar mais envolvimento entre mãe e filho, fortalecer o vínculo primário, que é fundamental.

Avaliação global

Dr. José Paulo Vasconcellos Ferreira, que atua em consultório há quase 20 anos, reforça a importância de que a pediatria não se atenha apenas ao conhecimento das novas patologias, mas que sejam cada vez mais ampliadas as informações para o monitoramento do desenvolvimento infantil normal, com ênfase na prevenção e na promoção da saúde:

– É preciso ter um olhar para a criança como um todo, avaliar a família, as características individuais, a escola, o entorno, e orientar os pais sobre as dificuldades. Isso é factível para o pediatra. Temos de 10 a 15% da população que pode ter algum atraso do desenvolvimento. Devemos saber se o paciente consegue se separar da mãe, tem independência, como está no colégio. Tem mãe que ainda tira a roupa do guri de quatro, cinco anos. Se a criança fica sempre no colo, não

vai poder explorar o meio ambiente. Às vezes se pensa que tem um atraso neurológico, mas é só falta de treinamento.

Para o dr. Ricardo Halpern, avaliar o desenvolvimento é saber, por exemplo, se o choro é sinal de sofrimento psíquico, atentar para a irritabilidade, as dificuldades no sono, e o objetivo é preparar o indivíduo para ser competente socialmente. “A criança que no século XXI será um adulto precisa ter condições de enfrentar uma série de situações, com habilidades intelectuais adequadas, responder bem a problemas emocionais desfavoráveis, integrado à comunidade. Competência social é a adaptabilidade. Uma criança tem que ser competente para poder brincar com as outras crianças, para sentar em uma sala de aula, saber jogar futebol. Essas competências estão na agenda do pediatra”, salienta.

Também é importante lembrar que o cérebro tem uma plasticidade muito grande, principalmente até o terceiro ano de vida. Por isso, os programas de intervenção precoce estão concentrados nessa faixa etária, na qual a velocidade e a qualidade da resposta são maiores, com destaque para os primeiros seis meses, nos quais as mudanças são ainda mais rápidas e frequentes comparativamente a outras fases. Mas o acompanhamento deve ser contínuo.

Outro ponto para o qual o presidente do DC chama atenção é a valorização da observação dos pais. “As mães têm uma percepção muito adequada quando uma coisa não está bem. Além disso, no conceito de intervenção precoce está contido o princípio da interdisciplinaridade. “O pediatra, quando encaminha, continua

fazendo parte da equipe. Não existe prática solo nessa área, em qualquer quadro clínico, independente da gravidade”, ressalta.

Curso e programa

O Curso de Capacitação da SBP é ministrado em oito horas, com um programa abrangente, relacionando questões físicas e emocionais, com objetivo de habilitar o pediatra a conhecer a normalidade, as teorias do desenvolvimento, os modelos do que



Folhapress

Residência e prioridade

Todo esse debate reforça a importância da valorização da puericultura e da ampliação do tempo da Residência em Pediatria para três anos, de maneira a incluir em sua formação as mudanças decorrente das novas condições de morbidade e da evolução do conhecimento, principalmente em relação à neurociência. “É preciso mudar a agenda de ensino preparada para o século XX, adequá-la às questões do século XXI”, diz o dr. Ricardo.

Sobre a criação da Área de Atuação da Pediatria do Desenvolvimento, dr. Ricardo adianta que também está entre os objetivos a médio prazo, como também é ideal que cada universidade possa ter um serviço na área e as instituições estabeleçam uma rede de cooperação, assistência e pesquisa. Sobre a prioridade da SBP, a curto prazo, é capacitar os médicos de crianças e adolescentes

choro, enurese, crises de birra. Evidentemente não esgota o assunto, mas “apresenta”, define o coordenador, dr. Ricardo Halpern:

- A vigilância é um processo contínuo e flexível. A utilização de métodos de triagem permite que precocemente se possa chegar a uma linha de seguimento de investigação. É parte fundamental da puericultura e deve estar presente em todas as consultas de acompanhamento. Em cada etapa, é possível saber se a criança está com o desenvolvimento normal.

como um todo para o reconhecimento precoce dos problemas do desenvolvimento, para esse olhar mais amplo da criança. “O pediatra sempre precisa estar treinado, pois ele, na maioria das vezes, é a porta de entrada da queixa dos pais”, finaliza.

SBP propõe implantar o Tratamento Clínico Ambulatorial em Pediatria em todas as operadoras

A SBP está propondo à AMB que inclua o Tratamento Clínico Ambulatorial em Pediatria (TCAP) na Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM) e no Rol 2012 da ANS. O modelo foi elaborado pela Sociedade e está em vigor em muitas singulares da Unimed com a denomi-

nação de Procedimentos Padronizados em Pediatria (PPP). Drs. Eduardo Vaz, Milton Macedo, Mário Lavorato, José Paulo Vasconcelos e Dennis Burns trabalharam na unificação dos valores praticados no País e os organizaram por porte. O TCAP foi aprovado no Fórum de Defesa Profissional da Sociedade, em março, e discutido em reunião da Câmara Técnica Permanente da CBHPM, em agosto, na sede da AMB, em São Paulo.

– Com o TCAP, além da consulta inicial, todo o tratamento clínico realizado pelo pediatra em consultório será remunerado. Algumas doenças exigem acompanhamento até a alta do paciente, mas isso não precisa ser feito em regime de internação hospitalar. A mudança melhora a qualidade do atendimento da criança e do adolescente, a remuneração do pediatra e reduz os custos da operadora - salienta o dr. Eduardo Vaz.

De acordo com o dr. Mário Lavorato, idealizador do PPP, a implantação da proposta nas UnimedS sempre foi muito bem sucedida:

– Pela CBHPM, quando o paciente é internado em hospital, o



Diretores da SBP e presidentes de filiadas em São Paulo, onde se reuniram para o Conselho Superior e Fórum de Defesa Profissional

médico recebe para fazer visitas diariamente. Porém, quando esta mesma doença é tratada em consultório, o plano de saúde não paga todas as consultas. O conceito básico do TCAP é remunerar o médico em consultório da mesma forma que no hospital. PPP foi o nome escolhido pela Unimed na época, há 11 anos, quando foi iniciado, em Belo Horizonte.

A ideia é que o modelo seja adotado agora por todas as operadoras de planos de saúde. A proposta é um “avanço importante”, frisa o dr. Milton Macedo, diretor de Defesa Profissional da Sociedade:

– O pediatra receberá segundo determinado porte, de acordo com a gravidade das patologias, no caso daquelas que são passíveis de tratamento em consultório. Não é justo que o médico atenda um paciente três ou quatro vezes e receba apenas pela consulta inicial. Ao mesmo tempo, no momento em que se promove a “desospitalização”, são abertas mais vagas para pacientes graves. Na reunião da Câmara Técnica, as operadoras entenderam que atender no consultório será benéfico para reduzir internações.

Dr. Milton ressalta também que, a partir de agora e segundo decisão do Fórum de Defesa Profissional, a denominação a ser usada pelas filiadas e pediatras é TCAP, e que a proposta deve ser o referencial para a negociação com as empresas desde já. Detalhes específicos de cada filiada ou operadora de saúde, assim como os portes, devem ser adaptados de acordo com necessidades específicas de cada região. O **Protocolo de Implantação do projeto TCAP** foi enviado para as filiadas e está disponível no portal da SBP (*Defesa Profissional*). Veja, ao lado:

Tratamento Clínico Ambulatorial	Atendimentos Previstos	Porte por Visita Atendimento
Bronquiolite	2	3A
Crise de Asma	2	3A
Dengue	2	3A
Diabetes	3	3A
Discrasias Sanguíneas	2	3A
Artrite	1	3A
Gastroenterite	2	3A
Glomerulopatias	3	3A
Hepatites	2	3A
Hipertensão Arterial	2	3A
Icterícia Neonatal	3	3A
Infecção Urinária	2	3A
Intoxicação Exógena	2	3A
Laringites	2	3A
Nefropatias	3	3A
Obesidade	2	3A
Otites	1	3A
Pneumonias	3	3A
Refluxo Gastroesofágico	2	3A
Síndrome de Mononucleose	2	3A
Sinusopatias	1	3A
Urticaria / Angioedema	1	3A
Varicela	1	3A
Febre a esclarecer	1	3A

A tramitação dos projetos de lei da puericultura e o movimento médico

Elaborados pela SBP e pela então senadora Patrícia Saboya (PDT-CE) e aprovados pelo Senado, tramitam agora na Câmara os dois projetos de lei que consagram a puericultura como um direito, com seu caráter educativo e preventivo e realizada por pediatra. O agora PL 6687/2009, voltado para o SUS, e o PL 8048/2010, para a medicina privada, ambos mudam a lógica da atenção à saúde de crianças e adolescentes no Brasil, valorizando mais a prevenção, a promoção do crescimento e do desenvolvimento saudáveis, do que o tratamento de doenças. Os dois estão na Comissão de Seguridade Social e Família (CSSF), presidida pelo médico Saraiva Felipe (PMDB-MG) e já obtiveram parecer favorável, sendo o do SUS da deputada Teresa Surita (PMDB-RR) e o da medicina privada elaborado pela deputada Nilda Gondim (PMDB- PB).

Desde fevereiro de 2010, o Atendimento Ambulatorial

de Puericultura foi incluído na CBHPM, com porte 3 B. Na 5ª edição o valor é R\$124,00. Em São Paulo, Minas Gerais, no Paraná, no Rio Grande do Sul, dentre outros estados, as Sociedade de Pediatria, juntamente com as demais entidades médicas, estão em luta pela garantia desse direito e pela valorização da consulta.



A hora é agora

Também as entidades médicas nacionais, Associação Médica Brasileira (AMB), Conselho Federal de Medicina (CFM) e Federação Nacional dos Médicos (Fenam), coordenam um movimento pelo reajuste de honorários na saúde suplementar, tendo como base a CBHPM e o fim da interferência das empresas na relação entre o médico e o paciente. Com os protestos de sete de abril e de setembro, o alerta foi dado: os médicos não aceitam o desrespeito aos profissionais e às famílias!

Sociedade tem novo curso e manual para transporte de recém-nascidos de alto risco e reanimação de prematuros

Com novos cursos direcionados aos prematuros e ao transporte de recém-nascidos de alto risco, o Programa de Reanimação Neonatal da SBP trabalha para levar mais qualidade ao atendimento da criança em sala de parto:

– Os prematuros têm necessidades específicas na sala de parto. O curso reúne cuidados com manutenção da temperatura, ventilação e oxigenação. É prático e tem duração de seis horas. Fizemos o primeiro em setembro, para 72 profissionais, grupo que inclui a executiva e os 54 coordenadores estaduais, que têm agora a missão de treinar cerca de 600 instrutores pelo país em seis meses - informa a dra. Maria Fernanda Branco, coordenadora do Programa de Reanimação Neonatal da SBP, juntamente com a dra. Ruth Guinsburg.

Ainda morrem 15 recém-nascidos por dia no País em decorrência de condições associadas à asfixia perinatal, sendo que, desses, cinco vieram ao mundo no tempo certo e sem malformação. Ao todo, 6% dos bebês a termo precisam de ventilação. Dos pré- termo tardio, são 14 %, e dos que nascem com peso abaixo de 1500 gramas, 60%.

– Estamos falando de um grupo de



Rogério Albuquerque

cerca de 300 mil bebês por ano, 10% dos nascidos vivos no Brasil - assinala a dra. Maria Fernanda.

Cuidado no deslocamento

O primeiro Curso de Formação de Instrutores para Transporte do Recém-nascido de Alto Risco realizado em março, em São Paulo, com a presença do dr. Eduardo Vaz, também formou 72 profissionais, dentre os quais os coordenadores, que em agosto já receberam seu livro didático e agora capacitarão os instrutores estaduais.

– Para reduzir a mortalidade infantil é muito importante atuar no transporte de RNs. Firmamos parceria com o Ministério da Saúde. O objetivo é treinar profissionais em todo o Brasil - ressalta o dr. Paulo Nader que, quando

presidente do Departamento Científico de Neonatologia, idealizou a proposta.

Desde então, foi criado um grupo com vários especialistas que hoje estão sob a coordenação do dr. Sérgio Marba:

– O transporte neonatal não tinha uma padronização, nem sequer uma diretriz. Não focamos apenas no que é realizado entre serviços, mas também dentro do hospital - diz, acrescentando acreditar que, já a curto e médio prazos, a mudança terá impacto importante no prognóstico desses bebês.

Foi produzido também o livro “Transporte do recém-nascido de alto risco: diretrizes da SBP” - que é interessante para qualquer pediatra que trabalhe com a faixa etária, pois apresenta os preceitos básicos para estabilização dos bebês - comenta a dra. Ruth Guinsburg. Há ainda um cartaz com o fluxograma da reanimação, as medicações e o material necessário, cujo objetivo é que seja afixado nas salas de parto

O Curso de Transporte de Recém-nascidos é destinado a pediatras e outros profissionais de saúde de nível superior que atuem na área e tenham sido previamente habilitados no Curso de Reanimação Neonatal da SBP, de acordo com as condutas que são atualizadas a cada cinco anos. Os interessados devem entrar em contato com o coordenador estadual do Programa, através da sua filiada. O livro e o cartaz podem ser solicitados pelo reanimacao@sbp.com.br ou pelo tel. (31) 3241 1128.

Calendário Vacinal da SBP 2011/2012

A inclusão das vacinas Meningocócica C e Pneumocócica conjugadas no calendário do Ministério da Saúde foi um “avanço” e aproximou-o da indicação pela SBP, informa o dr. Eitan Berezin, presidente do Departamento Científico de Infectologia da SBP:

– A ideia central da nova edição do Calendário da Sociedade é facilitar a integração das duas orientações. Muitos pais querem saber como usar uma

vacina do serviço público e uma do privado. Portanto, nesta edição, peça atenção do pediatra para as notas, principalmente da Meningococo C, já que temos agora duas vacinas.

Além disso, a Sociedade acrescentou a Meningocócica tetravalente, de reforço, para maiores de 12 anos. Entretanto, “não é uma vacina impactante, já que a Meningococo C conjugada já previne cerca de 80% das doenças

meningocócicas”, explica dr. Eitan, que indica a Pneumocócica conjugada 13-valente como dose adicional para as crianças saudáveis de até cinco anos que receberam as primeiras doses com as vacinas 7 ou 10 valente. O calendário completo, a seguir, também está no portal da Sociedade (Na capa e em “Departamentos Científicos/ Infectologia”).

	IDADE													
	Ao Nascer	1m	2m	3m	4m	5m	6m	7m	12m	15m	18m	4 a 6 anos	14 a 16 anos	
ID BCG	●													
Hep B	●	●					●							
DTP /dTpa			●		●		●			●		●		
dT / dTpa													●	
HiB			●		●		●			●				
VOP / VIP			●		●		●			●		●		
Pneumococo conjugada			●		●		●		●					
Meningococo C conjugada				●		●			●					
Rotavírus			●		●									
Febre amarela	A partir de 9 meses de idade													
Hepatite A									●		●			
SCR									●				●	
Varicela									●				●	
Influenza							●	●						
HPV	Meninas e meninos a partir de 9 anos													

DESENVOLVIDO PELO DEPARTAMENTO DE INFECTOLOGIA DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – Julho 2011

• **1. Hepatite B:** Deve ser aplicada nas primeiras 12 horas de vida. A segunda dose pode ser feita com um ou dois meses. Crianças com peso de nascimento igual ou superior a dois kg ou com menos de 33 semanas de vida devem receber quatro doses da vacina (esquema 0, 1, 2, e 6 meses): 1ª dose ao nascer, 2ª dose um mês após, 3ª dose um mês após a 2ª dose, 4ª dose, 6 meses após a 1ª dose. Crianças e adolescentes não vacinados no esquema anterior devem receber a vacina no esquema 0, 1, 6 meses; a vacina combinada A+B pode ser utilizada na primovacinação desses indivíduos e esse esquema deve ser completado com a mesma vacina (combinada).

• **2. BCG:** Aplicada em dose única. Em comunicantes domiciliares de hanseníase, independente da forma clínica, uma segunda dose pode ser aplicada com intervalo mínimo de seis meses após a primeira dose. O PNI recomenda uma segunda dose da vacina quando, após 6 meses, não se observa cicatriz no local da aplicação.

• **3. Rotavírus:** A vacina monovalente deverá ser administrada em duas doses, aos dois e aos quatro meses. A primeira dose deve ser administrada a partir de seis semanas até no máximo 14 semanas. O intervalo mínimo entre as doses é de quatro semanas. A segunda dose deverá ser administrada até 24 semanas de idade;

A vacina pentavalente deverá administrada em três doses, aos 2, 4 e 6 meses. A primeira dose deverá ser administrada até 12 semanas e a terceira dose deverá ser administrada até no máximo 32 semanas. O intervalo mínimo é de quatro semanas entre as doses. Os benefícios demonstrados com a vacina contra o rotavírus superam os eventuais efeitos adversos atribuídos à mesma.

• **4. DTP (Difteria, Tríplice e Pertussis – Tríplice Bacteriana):** A vacina DTP (células inteiras) é eficaz e bem tolerada. Quando possível, aplicar a DTPa (acelular) devido a sua menor reatogenicidade.;

• **5. dT / dTpa:** Os reforços são indicados a cada 10 anos com dT. Se o adolescente nunca tiver sido

vacinado ou desconhecer seu estado vacinal, um esquema de três doses deve ser indicado, preferencialmente com dTpa, pois essa vacina apresenta proteção adicional para coqueluche. As duas primeiras doses devem ter um intervalo de dois meses (mínimo de quatro semanas) e a terceira dose, seis meses após a segunda – OU – três doses com intervalo de dois meses entre elas (mínimo de quatro semanas).

• **6. HiB:** Se usada uma vacina combinada HiB/DTPa (Tríplice acelular), uma quarta dose de HiB deve ser aplicada aos 15 meses de vida. Essa quarta dose contribui para evitar o ressurgimento das doenças invasivas a longo prazo.

• **7. Poliomielite:** As duas primeiras doses devem ser do tipo inativada. As doses subseqüentes ficam a critério de cada serviço / pediatra.

Recomenda-se que todas as crianças com menos de cinco anos de idade recebam VOP nos Dias Nacionais de Vacinação.

• **8. Pneumocócia conjugada:** É recomendada a todas as crianças até cinco anos de idade. Recomendam-se três doses da vacina no primeiro ano de vida (2, 4 e 6 meses), e uma dose de reforço entre 12 e 18 meses de idade.

Crianças saudáveis que fizeram as quatro primeiras doses com a vacina 7 ou 10 valente devem receber uma dose adicional com a vacina 13 valente, até os 5 anos de idade.

Crianças com o risco aumentado para doença pneumocócica invasiva (DPI) entre 2 a 18 anos devem receber uma dose adicional com a vacina 13 valente.

Para crianças ou adolescentes de alto risco para DPI (vide recomendações presentes nos CRIEs – Centros de Referência Imunobiológicos Especiais) – Recomenda-se também a vacina pneumocócica polissacarídica 23 – valente de acordo com o calendário presente nesse manual, mesmo que tenham recebido a vacina conjugada pneumocócica anteriormente.

• **9. Influenza** está recomendada dos seis meses aos cinco anos para todas as crianças. A partir dos cinco anos de idade, passa a ser indicada para grupos

de maior risco, conforme indicação do centro de imunobiológicos especiais. A primovacinação de crianças com idade inferior a nove anos deve ser feita com duas doses com intervalos de um mês. A dose para aqueles com idade entre seis meses e 36 meses é de 0,25 ml e depois dos três anos de idade é de 0,5 ml/dose. A partir dos nove anos é administrada apenas uma dose (0,5ml) anualmente. A Influenza é uma doença sazonal e a vacina está indicada nos meses de maior prevalência da gripe, estando disponível apenas nessa época do ano, sendo desejável a sua aplicação antes do início da estação de Influenza.

• **10. HPV:** Existem duas vacinas diferentes disponíveis no mercado contra o HPV (Papilomavírus humano) administradas em três doses a partir de 9-10 anos de idade, de acordo com o fabricante.

• **11. A segunda dose da SCR** (contra Sarampo, caxumba e rubéola) pode ser aplicada dos quatro aos seis anos de idade, ou nas campanhas de seguimento. Todas as crianças e adolescentes devem receber ou ter recebido duas doses de SCR, com intervalo mínimo de

um mês. Não é necessário aplicar mais de duas doses.

• **12. A vacina de Varicela** em dose única protege contra formas graves da doença. Deve ser administrada em duas doses, a partir dos 12 meses de vida. Na rotina, a segunda dose deve ser aplicada entre 4 e 6 anos de idade.

Crianças com menos de quatro anos de vida que receberam apenas uma dose da vacina e apresentem contato domiciliar ou em creche com indivíduo com a doença pode antecipar a segunda dose da vacina com intervalo mínimo de três meses.

Durante surtos ou após contato íntimo com caso de varicela, é possível vacinar crianças de nove a 12 meses, entretanto as doses administradas antes de um ano não devem ser consideradas válidas. A vacinação pode ser indicada na profilaxia pós-exposição dentro de cinco dias após contato, sendo preferível nas primeiras 72 horas. Adolescentes suscetíveis com mais de 13 anos de idade devem receber duas doses da vacina, com quatro semanas de intervalo (mínimo) entre as doses.

A vacina quádrupla viral (Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela) pode ser utilizada no lugar das vacinas tríplice viral e varicela separadas.

• **13. Meningocócica Conjugada:** Recomendam-se duas doses da vacina contra Meningococo C conjugada no primeiro ano de vida, e uma dose de reforço entre 12 e 18 meses de idade, independentemente do fabricante. Após os 12 meses de vida, deve ser aplicada em dose única. A vacina meningocócica C conjugada não deve ser substituída pela vacina polissacarídica na vacinação de rotina.

A Vacina Meningocócica A, C, Y e W135 deve ser aplicada em dose única a partir de 11 anos nos adolescentes não vacinados e também como reforço para os que se vacinaram nos dois primeiros anos de vida.

• **14. A vacina contra febre amarela** está indicada para os residentes e viajantes para áreas endêmicas, de transição e de risco potencial. A aplicação desta vacina deve ser feita a partir dos nove meses.

Posse na Academia e festa com as famílias



Alexandre Durão

A nova diretoria da ABP assumiu durante a assembleia geral realizada em maio, em São Paulo. Reeleito para o biênio 2011/2013, dr. Fernando José de Nóbrega continua na presidência. Dra. Núbia Mendonça é agora vice-presidente e dr. Júlio Dickstein está na secretaria-geral. Na ocasião, dr. José Martins Filho tomou posse como acadêmico e ocupa a cadeira número 21, cujo patrono é Abelardo Santos. Além disso, a assembleia elegeu, para também integrarem a ABP, os drs. Luís Eduardo Vaz Miranda (cadeira número 15, cujo patrono é João de Deus Madureira Filho) e Luciana Rodrigues Silva (cadeira número 19, patrono Domingos Matos Pereira).

Marcelo de Jesus



Os pequenos atores e cantores com acadêmicos, diretores da SBP e a diretora Marília Martins, no Dia do Pediatra

Dr. Fernando Nóbrega

Dia do Pediatra e SMAM

Em julho, as crianças do Grupo de Teatro e do Coral da ABP, dirigidas por Marília Martins e pela maestrina Alice Ramos Sena, respectivamente, estiveram no centro das festas que comemoraram o Dia do Pediatra, no Memorial

da Pediatria Brasileira Lincoln Freire, e a 20ª Semana Mundial da Amamentação (SMAM), no Palácio do Catete, no Rio de Janeiro, com a madrinha Juliana Paes. A Comissão Cultural e Artística da Academia é presidida pelo dr. José Dias Rego.

O 10º Fórum da ABP e a moderna pediatria

Meio ambiente, tabagismo, a prevenção na infância das doenças de adulto, obesidade, violência contra crianças e adolescentes, abuso sexual, a situação das chamadas “novas famílias”, maternidade, a participação do pai na estrutura emocional dos filhos. Em sua décima edição, o Fórum da Academia Brasileira de Pediatria (ABP) tem no programa um painel bem atual das questões mais candentes hoje quando o assunto são “As Transformações da Família e da Sociedade e seu Impacto na Infância e Juventude” - o grande tema do evento. Homenageando o professor da Escola Paulista de Medicina e acadêmico Calil K. Farhat, falecido no ano passado, o evento está marcado para 21 e 22 de outubro, na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp):

– Fico satisfeito com a escolha. Dr. José Martins foi eleito recentemente para a ABP e levou o Fórum para uma instituição importante, cuja faculdade de medicina já formou muitos colegas que vêm colaborando decisivamente para o desenvolvimento da pediatria - comenta o presidente da Academia, dr. Fernando José de Nóbrega.

– As crianças que nasceram quando realizamos o primeiro Fórum e hoje estão com dez anos, assim como as que eram pequenas e hoje saem da adolescência, vivem em uma sociedade com diversos tipos de famílias e questões diferenciadas. Novas doenças, problemas surgiram. Vamos nos reunir com profissionais que lidam com a infância e a juventude, não apenas na saúde, para avaliar, traçar estratégias - disse o dr. José Dias Rego, presidente do evento, reforçando a apropriada homenagem ao colega Calil, cujo nome está ligado à infectologia e à pediatria preventiva.

Para o acadêmico Júlio Dickstein, a comunicação da pediatria com a população em geral está entre as características mais relevantes do Fórum: “É um

canal importante, que a SBP abre cada vez mais, e hoje tratamos de temas que há alguns anos eram impensáveis”. A abrangência e a atualidade da programação, a “sintonia” com a percepção das famílias dos pacientes pediátricos também é destacada pelo dr. Reinaldo Martins.



– Os temas foram escolhidos em decorrência dessa interface com os demais setores e com o público leigo. Queremos chamar atenção para a atuação do pediatra de forma integral, como um dos últimos clínicos gerais, voltado para a criança e o adolescente. Os convidados partilham dessa visão preventista educacional, que caracteriza a pediatria moderna - salienta o dr. José Martins Filho, da Comissão local, adiantando que com 600 inscritos, as vagas já estão quase todas esgotadas para o auditório e duas salas extras com telões, mas que, graças ao apoio da Unicamp, o evento poderá ser visto por videoconferência em todo o Brasil. O endereço é www.forumcasbp.com.br, onde já está disponível o programa completo.

Paternidade, afeto e limites

Destacado para falar sobre o pai e

também “cuidado, afeto e limites”, o psicólogo e psicanalista Ivan Capelatto, conversou com SBP Notícias:

Considerando que o pouco tempo é uma realidade, o que pode ser dito para ajudar os pais na relação com os filhos?

– Afeto é uma equação onde o “amor e o medo da perda” se unem para a construção do vínculo sagrado da boa relação entre as pessoas. Limites são os “bons desejos”, que os pais mantêm vivos nas relações com seus filhos, onde se definem as fronteiras que isolam o hedonismo perverso, o prazer de providenciar tudo o que as crianças e adolescentes querem, sem medida, e o bom olhar dos bons pais que conseguem perceber as diferenças e o tempo de dizer “o sim e o não”. Afeto e limites são uma relação saudável de “cuidados”, que, mesmo provocando reações tempestuosas, amigdalares, conduzem os filhos a um juízo crítico em relação à sua linha de ação com a vida e com os objetos de desejo que deverão conquistar. Sobre o pouco tempo, os pais devem se questionar como deverão “terceirizar” o período em que estarão ausentes, pois a TV, os jogos virtuais, o computador sem limites e as ruas não têm se mostrado boas babás. Compensar o tempo de ausência com “sims” desmedidos para diminuir a culpa tem sido um grande desastre na educação.

Qual a participação paterna na estrutura emocional dos filhos?

– A figura paterna é o elemento de identidade sexual para os meninos entre quatro anos e meio e 11 anos, e sua presença afetiva é fundamental. Para as meninas, é o que vai fornecer os dados afetivos para a escolha futura do amor heterossexual. Homens que compartilham os cuidados, limites, presença em casa e na escola, irmão, sem dúvida, fortalecer a formação do ego, do SELF e das escolhas, tanto sexuais como profissionais de seus filhos.

Violência é covardia. E pode ser prevenida no consultório.

A prevenção da violência começa no pré-natal e continua por toda a vida. Deve ser feita na família, nos serviços de saúde e educação, em toda a sociedade. O pediatra, como o profissional que conhece o processo de crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, o acompanha, e tem acesso direto ao núcleo familiar, tem posição privilegiada nesse trabalho. Por isso, desde 2000, quando a SBP lançou a campanha “Violência é covardia”, muitas têm sido as publicações e iniciativas voltadas ao tema. O movimento é permanente e o objetivo do novo cartaz, com distribuição a partir do Congresso Brasileiro de Pediatria, em outubro, é lembrar a importância do afeto, da proteção e da responsabilidade dos adultos: “No consultório, assim como no serviço público, nós podemos fazer muito. Tudo começa com a escuta empática e o olhar atento”, diz a dra. Rachel Niskier Sanchez, coordenadora de campanhas.

Boa anamnese e direito à privacidade

Aos nove anos, a menina deu entrada no ambulatório com muitas equimoses pelo corpo. Antes, passara por outros três hospitais e todos os exames hematológicos, em busca de suposta doença. Nada foi encontrado. Ali, depois de minuciosa anamnese, o pediatra descobriu que era vítima de agressão física, cometida pela mãe. Já o menino, de quatro meses, foi atendido com múltiplas fraturas - no crânio, nos membros, em todo o corpo. Chamaram o Conselho Tutelar,

culparam a mãe e tiraram-lhe a guarda da criança. Depois de meses, veio o diagnóstico de osteogênese imperfeita, conhecida como “doença dos ossos de cristal”. Aquele menino “nunca sofreu uma única agressão da família”, conta a dra. Rachel. As duas histórias são verdadeiras.



– A partir do momento em que a criança tem capacidade de se expressar, o exame deve ser feito separadamente, sem a presença dos responsáveis, que também devem ser escutados, até porque são quem conhece a história progressa. Seguro da confidencialidade daquela conversa, o paciente tem mais tranquilidade para contar o que está ocorrendo e o pediatra pode fazer as perguntas necessárias, sem induzir nenhum tipo de resposta. Isso é uma

boa anamnese e o exercício do protagonismo infanto-juvenil.

O que ocorreu com Luiza, de 11 anos, confirma essa necessidade. A menina chegou com a mãe que, muito nervosa, histérica, dizia que a filha estava com apendicite aguda e o hospital se negara a realizar a operação. O pediatra colheu a história, examinou a paciente e explicou que, segundo sua rotina, precisava também falar com a menina, a sós. Foi quando, depois de muita conversa e paciência, ouviu: “Não vomitei, não estou sentindo enjojo, nem dor de barriga. Minha mãe é que está cismada”. Era um caso de Síndrome de Munchausen.

– Temos que nos lembrar que perguntas proibidas antigamente hoje devem ser feitas: Se pai ou mãe usam drogas, se já sofreu violência, se já teve relações sexuais, no caso dos adolescentes. Temos que colher dados e trabalhar. Sabemos que todo tipo de violência é muito complexa.

É preciso tempo e conhecimento.

– Evidentemente, para uma boa anamnese, e uma escuta empática, aquela na qual você se coloca verdadeiramente no lugar do outro e ouve, é preciso ter tempo - diz a dra. Rachel, criticando a correria, a pressão dos muitos atendimentos e dos gestores.

Além disso, a coordenadora salienta que falta ao profissional saber reconhecer e encaminhar adequadamente os casos:

– O estudante sai da faculdade sem entender o fenômeno da violência, considerado pela ONU como gravíssimo e de saúde pública. As residências, igualmente, não oferecem espaço

para esse conhecimento. E os serviços, privados e públicos, têm como preocupação o lucro financeiro ou a divulgação do número de atendimentos feitos ao dia.

Dra. Rachel também afirma ser infundado o medo de retaliações. Em sua experiência prática, de mais de 11 anos de coordenação de Núcleo de Apoio ao Profissional (NAP) do Instituto Fernandes Figueira, no Rio de Janeiro, nunca viu um caso de agressão ao médico. Mas frisa que há também a possibilidade da notificação anônima:

– Aconteceu com um colega, que mora em condomínio de classe média alta na Zona Sul carioca. Ao ouvir repetidamente o choro de criança vindo da casa de vizinhos, desconfiou e fez a notificação anônima ao Conselho Tutelar. Na verdade, a mãe, de 23 anos, abandonada pelo marido que sustentava a família, estava sem condições de comprar até comida e tinha vergonha de pedir ajuda. As crianças choravam de fome. Depois disso, o ciclo se quebrou, os vizinhos ajudaram, a moça se reaproximou da família e pode refazer a vida.

Além de ser norma legal, obrigatória, presente em vários artigos do Estatuto da Criança e do Adolescente, a notificação colabora para interromper a violência. Pode ser feita de várias formas, inclusive anonimamente, por telefone. Sobre a possibilidade do pediatra que faz o atendimento ser chamado a prestar esclarecimentos à polícia, dra. Rachel lembra que, se é bem feito, relatado no prontuário, com exames, observações em letra legível, isso é muito pouco provável.

Para quem atende em consultório, sem unidade de saúde e apoio de equipe multiprofissional, dra. Rachel lembra que, entre as dicas, está também o encaminhamento para longe do local da moradia da vítima, deixando que a notificação parta, por exemplo, de posto de saúde. Se o caso é de problema de saúde grave, o hospital também pode fazer a denúncia. Há casos também em que a escola toma a frente.

A violência tem várias formas

– É importante saber que maus-tratos não são agravo de pobre - enfatiza a dra. Rachel. Aconteceu, por exemplo, com outra família de classe média alta. A menina tinha três anos e oito meses, os pais se separaram quando ainda era lactente. O pai a via nos finais de semana e começou a voltar para a casa da mãe arredia, chorosa, não deixava limpar a genitália direito. A mãe pen-

A notificação é obrigatória, mas também pode ser anônima

sou que fosse alienação parental, que é quando um joga o filho contra o outro. Mas um dia viu uma vermelhidão da vulvinha e levou ao hospital. Tinha uma equimose. Quando a pediatra vestiu as luvas, a menina disse: “É assim que o papai faz para mexer aí”. O criminoso ainda vestia a luva...

Ao mesmo tempo, dra. Rachel conta que já testemunhou um caso de um menino, que apareceu no consultório cheio de Condiloma, doença de transmissão sexual também. O avô foi denunciado. Todos na família choravam, juravam que não tinha acontecido. Depois se viu que, de fato, ele não tinha sido abusado, a mãe tinha um Condiloma por problemas conjugais e o HPV pode ser transmitido por roupa contaminada, objetos:

– O importante é o cuidado com a história. Nas classes mais favorecidas, por exemplo, as pessoas tendem a camuflar os sinais da criança, não explicitar o que está ocorrendo, até como forma de diminuir a culpa. Aí começa a grande observação. O pediatra atento já coloca, por exemplo, três cadeiras em frente da sua mesa e observa quem senta aonde. Se a mãe deixa uma para a criança já é um sinal. Tem também o jeito, o tom da voz. Já aconteceu de

ser dito que o dia-a-dia em casa é super harmonioso e assim que a criança começou a falar, teve um grito de “cala a boca, fica quieto”. Dr. Luiz Torres Barbosa dizia que 80% do diagnóstico na pediatria é feito pela observação. Os outros 20% são divididos entre os exames físico e complementares.

Há também aqueles casos em que existe a interface com a violência estrutural e é preciso diferenciar o que é negligência do que é falta de estrutura e apoio sócio-econômico, a violência que deriva da falta de uma política pública, de uma escola em tempo integral, de equipamentos esportivos, de lazer, cultura. Outra questão relevante é que quando há um caso de violência, toda a família precisa de atenção e cuidado:

– A família é um sistema. Fazendo um paralelo com a máquina, se uma peça está ruim, o todo não funciona bem. Em geral, estão presentes fatores como desemprego, falta de recursos materiais, alcoolismo e outras drogas, isolamento social, estresse, desamor, perda de parentes. Todas as situações que podem provocar algum tipo de desavença podem também desencadear um cenário de violência. São fatores intrínsecos e extrínsecos interagindo. Não é algo isolado.

Dra. Rachel oferece como sugestão a experiência do NAP. Semanalmente, sempre no mesmo horário e durante uma hora, os profissionais que lidam com crianças e adolescentes se reúnem no hospital. São pediatras, nutricionistas, ginecologistas, fonoaudiólogos, assistentes sociais, enfermeiras que se encontram para refletir, discutir as condutas.

– Se o pediatra trabalha em consultório, deve frequentar a SBP, participar dos eventos, se informar. Se for de serviço público, pode buscar grupos de discussão similares ao NAP. Acho muito importante que se crie e fortaleça as redes de apoio - creches, sistema de saúde com qualidade, ações realizadas por instituições diversas. O que temos são ainda “retalhos” - finaliza.

Chegou “Residência Pediátrica”, uma revista eletrônica singular

Os residentes em pediatria e das áreas de atuação da especialidade têm agora a sua revista, e estão acolhendo bem a ideia. Satisfeita com o crescente número de acessos e os textos que começam a chegar espontaneamente, a editora-adjunta e secretária-geral da SBP, dra. Marilene Crispino, é categórica: “a revista veio para ficar”. Eletrônica e quadrimestral, “Residência Pediátrica (RP)” é o espaço que faltava, para a valorização dessa importante etapa da vida acadêmica e profissional que, se por um lado é tema constante nas publicações da especialidade, “depois da extinção do precário periódico norte-americano Resident & Staff Physician em 2008, não se tem conhecimento de outra, voltada especificamente para esse público”, assinala o diretor de publicações, dr. Danilo Blank.

Os artigos originais precisam ter sempre a autoria de pelo menos um residente e a temática será sempre voltada para os interesses desses colegas - explica a dra. Márcia Galvão, também diretora da SBP e editora-adjunta de RP. O editor científico é o dr. Clemax Sant’Anna, professor da UFRJ, “com muita experiência no magistério e na profissão”, salienta a dra. Marilene. O objetivo da Sociedade é “contribuir para a formação acadêmica” e incentivar “a participação ativa” dos jovens pediatras na produção científica, define o dr. Gil Simões, coordenador-adjunto de Residência e Estágios.

Com duas edições regulares já disponíveis (www.sbp.com.br/SBPResidente), o projeto contempla artigos originais, de revisão, e seções como “Relato de caso”, “Caso clínico interativo”, “Ponto de

vista”, “Ética médica”, “Fique alerta”, “Top: Tópicos obrigatórios em pediatria” – com manuais do Ministério da Saúde e comentários –, além do editorial e de textos no estilo de “Como ler e escrever artigos científicos” (Edição 1) – no qual as dras. Marilene e Márcia, entre outras informações muito úteis, descrevem o formato que precisa ter um manuscrito a ser enviado para publicação.

Com editorial do presidente Eduardo Vaz, RP também está lançando, em outubro, um suplemento especialmente dedicado ao debate sobre a influência do equilíbrio ambiental para a saúde de crianças e adolescentes. Na apresentação, dr. Clemax lembra que, segundo a OMS, mais de três milhões de crianças menores de cinco anos morrem devido a doenças relacionadas ao meio ambiente e que os muitos desafios da vida moderna estão em pauta na revista. Leia e envie também sua contribuição (“Submissão online”) ou “Fale conosco”!

Teste do Olhinho em Aulas Práticas em Vídeo

No portal da entidade, o “SBP Residente” (na capa) foi renovado, e agora contempla também o “Espaço Preceptor”, com um *link* para que sejam divulgadas, trocadas experiên-



Celly Images Brasil

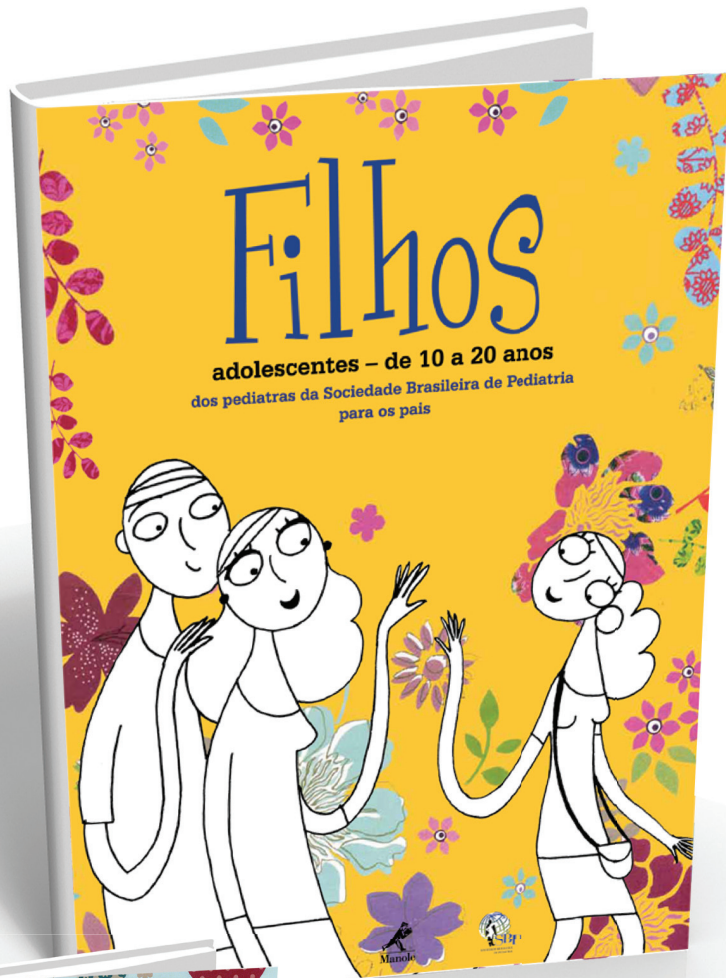
cias, opiniões, propostas e trabalhos, “Vagas para residência” em pediatria e “Anais do Congresso Brasileiro de Médicos Residentes em Pediatria”. Outra novidade é a “Biblioteca”, onde estão sendo reunidos manuais e outras publicações importantes dos Departamentos Científicos da Sociedade, do Ministério da Saúde e de outras instituições de referência. Entre os destaques, está a primeira das “Aulas Práticas em Vídeo”, ministrada pela dra. Nicole Gianini (*imagem abaixo*), coordenadora do Grupo de Trabalho de Prevenção à Cegueira, sobre o Reflexo Vermelho ou Teste do Olhinho. Acesse e saiba mais!

O Programa

Todos os médicos residentes dos programas de pediatria e das áreas de atuação da especialidade reconhecidos pela Comissão Nacional de Residência Médica podem aderir ao Programa Médico Residente. A inscrição é *online* e, com uma taxa especial (R\$90,00), o jovem tem acesso integral ao portal (Jornal de Pediatria, SBP Ciência, Residência Pediátrica, entre outros documentos e informações), recebe em sua casa os fascículos do Programa Nacional de Educação Continuada em Pediatria (Pronap), tem descontos para inscrição nos eventos da Sociedade e nos concursos. Siga o projeto no Twitter (@residpediatrica), o adicione em seu Facebook e fique por dentro!



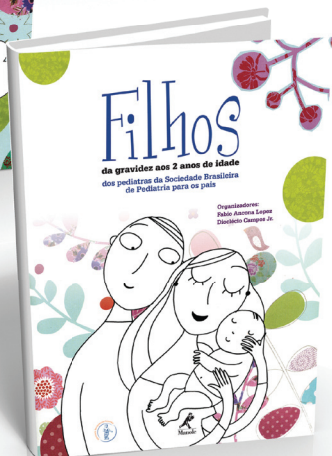
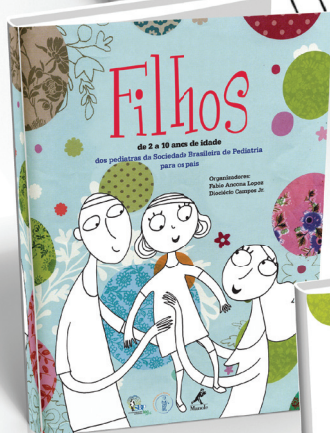
Filhos, agora Adolescentes



Com lançamento em outubro, durante o Congresso Brasileiro de Pediatria, de “Filhos - Adolescentes - 10 a 20 anos”, a SBP e a editora Manole completam a série iniciada com “Filhos - da gravidez aos 2 anos de idade” e seguida de “Filhos - 2 a 10 anos de idade”. Em linguagem de fácil compreensão e dirigido às famílias, especialistas que fazem parte dos Departamentos Científicos da SBP abordam os cuidados mais importantes dessa fase - tão privilegiada para o estabelecimento de hábitos saudáveis e promoção da saúde também para a vida adulta. Estão presentes as vacinas, a alimentação, os exercícios físicos mais adequados, bem como o uso de substâncias perigosas, em busca de um corpo idealizado. Destacam-se a abordagem sobre a sexualidade, as dúvidas relacionadas à gravidez indesejada, à contracepção e as questões sobre uso de drogas e comportamentos de risco. O livro poderá ser encontrado em todas as boas livrarias e, para mais informações, os endereços são www.sbp.com.br e www.manole.com.br.

Tratado online

A partir de outubro, o Tratado de Pediatria 2ª edição também estará disponível na versão eletrônica. Escrito por mais de 500 profissionais dos Departamentos Científicos da SBP e coordenado pelos drs. Fabio Ancona Lopez e Dioclélio Campos Júnior, é o primeiro livro do gênero desenvolvido no País e se tornou referência na especialidade. O acesso será pela plataforma www.sistemadeinformacaomedica.com.br, da Editora Manole, e o leitor receberá um login e uma senha. Quem já tem a publicação impressa terá desconto na aquisição da eletrônica. Informe-se pelo www.sbp.com.br ou pelo www.manole.com.br.





“ Eu sou daqueles pais que trocam fralda, dão papinha. Mas uma vez eu me assustei. Estava sozinho em casa e ela começou a ter febre. Nem esperei, liguei pro Dr. Walter e fui com a Joana pro consultório. Foi impressionante, só de estar aos cuidados dele ela já ficou mais calminha. Aquele dia eu percebi que o Dr. Walter gosta de cuidar da minha filha tanto quanto eu. ”

Gustavo, pai da Joana.



publicisbrasil

Consulte o seu pediatra regularmente.
Saúde para o seu filho. Tranquilidade para você.

Uma iniciativa:



90 anos de grandes emoções. 90 anos de Brasil.

