

Boletim informativo da Academia Brasileira de Pediatria



NESTA EDIÇÃO

Editorial

Prática da puericultura no Século 21 - Desafios no processo de ensino-aprendizagem e de capacitação.

Destaque Sociedade Brasileira de Pediatria

A SBP e sua missão na proposição de soluções na área da saúde de crianças e adolescentes.

Memória

Três décadas de transplante hepático no Brasil

Entrevista

Dr. Jayme Murahovski

Novo Acadêmico

Sergio Augusto Cabral

Cultura e Arte

Hospital Infantil Sabará pensa em ambientes lúdicos a partir da reforma

Ciência e Ensino

Hesitação vacinal no Brasil: causas e consequências

Acadêmicos em destaque

Ética e Bioética

Sigilo profissional e a consulta pediátrica



Palavra do Presidente

Desafios na comunicação e o papel do pediatra

Certamente, a revolução implementada na comunicação está entre os maiores feitos da humanidade no último século. É inimaginável o mundo de hoje sem esta forma ampla, democrática e rápida de acessar informações e de nos comunicarmos. A exemplo de outras áreas da ciência, a Medicina alcançou também seus melhores resultados nos últimos 50 anos. Mas é um tanto paradoxal que o prestígio do médico, além de não crescer na mesma proporção, tampouco tem o mesmo vulto que possuía em passado recente. Múltiplas razões colaboraram neste sentido, dentre as quais destacam-se o maior número de profissionais envolvidos nos cuidados de saúde e a popularização de discussões de assuntos médicos fora do ambiente acadêmico onde, muitas vezes, as opiniões são emitidas por pessoas sem as devidas credenciais de conhecimento.

De fato, o comportamento da sociedade mudou, a forma de comunicação ganhou instantaneidade, velocidade e magnitude. Entretanto, em função dessa rapidez os assuntos são abordados muitas vezes de forma superficial e inconsistente. Por isso, um dos maiores desafios atuais não é o acesso à informação, mas, sim, identificar e obter informações qualificadas. Neste contexto, cabe destacar que o pediatra é tido como um dos especialistas com maior credibilidade e respeito por parte da população. Assim, apesar do prestígio médico não estar nos mesmos patamares de antigamente, as orientações do pediatra como autoridades em saúde infantil ainda têm grande relevância nas decisões de pacientes, familiares e público em geral. Nesse momento de proliferação de notícias sem fundamento que colocam em risco o futuro de uma geração de crianças brasileiras, o posicionamento do pediatra junto às famílias e público em geral é necessário e fundamental! É inconcebível compactuar que avanços da ciência envolvendo intervenções seguras e eficazes já demonstrados à exaustão, como no caso do atual calendário vacinal, sejam boicotados por pessoas sem a menor qualificação ou respeitabilidade científica. Quem coloca em dúvidas a eficácia e a segurança das vacinas atesta sua absoluta ignorância tanto na área médica como nos fatos históricos. Desconhece quem foram Jenner, Sabin, Pasteur, assim como não tem a mínima noção de como foram controladas as epidemias de varíola, poliomielite, difteria, entre outros. Nesse cenário de obscurantismo, o pediatra, por sua autoridade e credibilidade, é um dos poucos profissionais de saúde com poder para desmascarar inverdades, restabelecer a ordem fáctica e trazer segurança às famílias.

É comum que, ao se aproximar do final de ano, façamos uma projeção para o ano vindouro com novas expectativas e desejos. Como pediatra, desejo que possamos assegurar a essa e futuras gerações de crianças e adolescentes um irrestrito acesso aos cuidados de saúde e educação. Desta forma, teremos maiores chances que nossa nação venha ser constituída por adultos produtivos, dotados de capacidade crítica e comprometidos com padrões de moralidade e ética. Mas isso tudo se inicia com um posicionamento imediato, firme e uníssono dos pediatras em nosso dia a dia.

Desejamos a todos um ótimo 2023 e que nossos sonhos se realizem.

Prof. Dr. Jefferson P. Piva

Membro Titular da Cadeira
n. 30 da Academia Brasileira de Pediatria





**Dra. Maria Marlene
de Souza Pires**

Membro Titular da cadeira
n. 16 da Academia
Brasileira de Pediatria

“Evidências comprovam que os primeiros 1000 dias de vida do ser humano precisam ser estendidos para 2200 dias, incluindo os 100 primeiros dias do período pré-concepcional até a idade de cinco anos.”

Editorial

Prática da puericultura no Século 21 - Desafios no processo de ensino-aprendizagem e de capacitação

A prática da puericultura é a menina dos olhos da pediatria, devido a sua importância na proteção e promoção da qualidade de vida do ser humano e de sua prole. Há que se sinalizar, nessa prática, a importância do processo de ensino e aprendizagem; dos benefícios da puericultura a curto, médio e longo prazo; e ratificar que em solo fértil, com raízes saudáveis, é possível garantir o sucesso desse empreendimento orgânico, que somos nós! A ação continuada do pediatra, aplicando os princípios da puericultura, é similar a realizar procedimentos de alta complexidade, por atuar na promoção da saúde, prevenção de agravos e de doenças crônicas do adulto, tendo como foco a programação metabólica e prática das competências primordiais do pediatra na puericultura.

Evidências comprovam que os primeiros 1000 dias de vida do ser humano precisam ser estendidos para 2200 dias, incluindo os 100 primeiros dias do período pré-concepcional até a idade de cinco anos. Nessa prática, ressalta-se a importância da família, na qual regras básicas devem permear essa relação: pertencimento, ordem e equilíbrio, atitudes estas, que interagem no comportamento e construção desse novo ser, cuja meta é o “adulto – adulto”, e não o “adulto-infantilizado”.

Portanto, o pediatra tem que se capacitar na área comportamental e não somente na área de biotecnologia, entre outras. Partindo do pressuposto que medicina não pode alcançar a imortalidade, porque isso iria contra o plano de reciclagem da natureza, o objetivo passa a ser aumentar a longevidade com qualidade de vida. Daí a importância da capacitação plena em puericultura, por meio de um processo de ensino aprendizagem, que delimite o que são competências, habilidades e atividades diárias.

Nesse cenário pediátrico, haverá crescente uso da biotecnologia, com o risco de despersonalização da puericultura e prejuízo da comunicação. Por conseguinte, deve-se manter um compromisso abrangente que inclua competências biotecnológicas e humanas, com adoção de capacitação em comunicação, por meio de ferramentas como o mapa da empatia, o Trivium, e as mídias sociais, reforçando o vínculo com a família dentro do conceito de interações biopsico-neuro-sociais.

O uso de estratégias proativas, nas quais se estabelece metas, como na Aprendizagem Baseadas em Projetos — que pode envolver todas as outras metodologias —, reforça a autoestima, a autoconfiança e a independência do aluno, pelo retorno que proporciona. Precisamos de um número maior de pediatras que acreditem em si mesmos, em sua missão, em sua formação, em suas capacidades, e em seu valor. Isso significa ser um pediatra líder (*leadiatrics*): aquele que faz, que sabe por que faz e quando fazer, que ensina, que conduz, que inspira.

Destaque Sociedade Brasileira de Pediatria**A SBP e sua missão na proposição de soluções na área da saúde de crianças e adolescentes**

Em sua história recente, a SBP coleciona inúmeros protagonismos no enfrentamento de desafios envolvendo a saúde de crianças e adolescentes, tais como as campanhas vacinais, de hidratação oral, em prol do aleitamento materno, a implementação do Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), da obrigatoriedade do pediatra na sala de parto, regulamentação dos bancos de leite humano, entre tantas outras. Nossa sociedade vem há algum tempo alertando para alguns marcadores que revelam os novos e atuais desafios da Pediatria em nosso país. A elevada mortalidade neonatal, os indicadores nutricionais com aumento da obesidade e da desnutrição, o aumento de doenças crônicas, a frágil organização da rede primária e secundária sem a devida cobertura e inclusão de pediatras são problemas que devem ser enfrentados e resolvidos em médio e longo prazo e, por isso mesmo, ser incluídos como política de estado (permanente), mais do que uma estratégia de quem detém o mandato governamental no momento.

Dentro desta perspectiva, a diretoria da SBP aceitou participar de duas reuniões com a equipe de transição na área da saúde do novo governo. Nestas duas oportunidades, a Diretoria da SBP, representada por seu Presidente, Prof. Dr. Clóvis Francisco Constantino, entregou à equipe de saúde cinco documentos que analisam e propõem ações concretas baseadas nas recomendações dos diversos departamentos científicos da SBP, dentre estas ações e prioridades, destacam-se:

- Fortalecimento das áreas técnicas de saúde da criança e adolescente na estrutura organizacional do ministério da Saúde;
- Reestruturação do Plano Nacional de Imunizações;
- Resgate e ampliação da inclusão do pediatra nas equipes de saúde da família;
- Reorganização, hierarquização e regionalização do atendimento pediátrico primário, secundário e terciário;
- Prioridade no enfrentamento da mortalidade neonatal assim como por todos tipos de violência;
- Enfrentamento dos problemas nutricionais, assim como criar núcleo de atenção às doenças raras;
- Inclusão das sociedades de Pediatria estaduais na definição das estratégias locais para enfrentamento dos desafios regionais pediátricos.

Reiteramos nosso entendimento que saúde e educação sejam definidas como pedras basais de nossa sociedade e incluídas como programas de estado, nos quais as diretrizes estejam adequadamente pactuadas e conhecidas por toda sociedade, sendo efetuadas apenas correções de rumo de acordo com marcadores pré-definidos. Como pediatras e comprometidos com a melhoria do atendimento prestado às crianças brasileiras, a Academia Brasileira de Pediatria cumprimenta a diretoria da SBP, na pessoa de seu Presidente, Dr. Clóvis Francisco Constantino, por sua ação propositiva no encaminhamento destas soluções.

“Reiteramos nosso entendimento que saúde e educação sejam definidas como pedras basais de nossa sociedade e incluídas como programas de estado, nos quais as diretrizes estejam adequadamente pactuadas e conhecidas por toda sociedade...”

Memória**Três décadas de transplante hepático no Brasil****Dra. Gilda Porta**

Presidente do Departamento Científico de Hepatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)

Hospital Infantil Municipal Menino Jesus

Hospital Sírio Libanês São Paulo



O transplante de fígado representa um dos maiores avanços terapêuticos cirúrgicos da atualidade. Antes do seu advento, o tratamento de doenças hepáticas crônicas e graves incluía apenas medidas paliativas. O tratamento medicamentoso é disponível apenas para poucas doenças que comprometem o fígado. Até o final da década de 80, a expectativa de vida de crianças com doença hepática crônica era de 20% a 30%. A introdução da droga imunossupressora Ciclosporina mudou radicalmente a sobrevida dos pacientes pós-transplante de fígado, de tal modo que, em 1983, o National Institute of Health dos Estados Unidos da América modificou a classificação deste procedimento como cirurgia experimental para terapia eficaz.

Atualmente, o transplante hepático está indicado em doenças hepáticas agudas graves e crônicas, nos erros inatos do metabolismo em que não há tratamento medicamentoso e nos tumores hepáticos. As indicações deste procedimento estão aumentando e um número crescente de crianças menores de 1 ano está sendo transplantado com sucesso. Houve aumento significativo na taxa de sobrevida ao longo da década de 90 com sobrevida em 1 ano, superior a 90% em pacientes eletivos (p. ex.: na cirrose hepática descompensada) e maior que 70% na insuficiência hepática aguda. A sobrevida em 20 anos situa-se acima de 80%.

Vários fatores têm contribuído para maior sobrevida das crianças:

melhora dos cuidados nos períodos pré, intra e pós-operatório, melhor suporte nutricional, uso de novos imunossupressores e aprimoramento de técnicas cirúrgicas. Destaca-se ainda o aumento na utilização de doador vivo, que permitiu aumento significativo do número de transplantes realizados em crianças.

O primeiro transplante hepático pediátrico realizado no Brasil foi em 1989, no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP liderado pelo prof. Joao Gilberto Maksoud, sendo computados mais de 1300 transplantes nesta instituição. Em 2000, iniciamos o programa de transplante hepático pediátrico no Hospital Sírio Libanês em São Paulo, sob a responsabilidade do Dr. Paulo Chapchap. Até o momento, foram realizados 1.394 transplantes pediátricos, com sobrevida em 1 ano de 93% e em 5 anos de 85%, sendo que mais de 80% dos transplantes foram a partir de doador vivo.

No Brasil, entre 2016 e 2021, foram realizados 1065 transplantes hepáticos pediátricos, sendo

806 (75,6%) com doadores vivos. Dentre os Centros que realizam transplante hepático intervivos, destacam-se o Instituto da Criança (HC-FMUSP), o Hospital Sírio Libanês, em São Paulo, o Hospital Pequeno Príncipe, em Curitiba, o Hospital de Clínicas de Porto Alegre (UFRGS) e o Hospital da Criança Santo Antônio, também em Porto Alegre.

A atresia biliar é a causa mais frequente entre as indicações de transplante hepático. Neste grupo de crianças, caso o diagnóstico não seja realizado precocemente, raramente ultrapassam os dois anos de vida. Por outro lado, ao realizar o transplante precocemente, garante-se uma sobrevida superior a 90%. Outro grande impacto são os pacientes com insuficiência hepática aguda e quando a cirurgia é realizada muito precocemente (sendo a maioria com doador vivo), as sequelas serão baixas.

A melhora da qualidade de vida pode ser verificada no desempenho acadêmico, na capacidade profissional, assim como constituir família com gestações normais tem sido frequentemente relatada. A maioria das crianças transplantadas tem desenvolvimento psicossocial normal, algumas podem apresentar deficiências cognitivas, principalmente aquelas graves antes do transplante hepático. Complicações renais, cardiovasculares e desenvolvimento de tumores podem ocorrer na evolução.

O sucesso do transplante exige um trabalho conjunto permanente entre o paciente e seus familiares com uma equipe multiprofissional que inclui médicos, enfermeiras, assistente social, anestesistas, radiologistas,

nutricionistas, psicólogos, psiquiatras e várias especialidades pediátricas.

Nestas mais de três décadas de transplante hepático pediátrico no Brasil, observa-se um enorme impacto na sobrevida de crianças e adolescentes, assim como na qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. O esforço conjunto entre serviços médicos públicos e privados capacitados e com o apoio do governo federal mostrou-se eficaz na consolidação dos programas de transplantes, preservando quase 3000 vidas de crianças portadoras de doença hepática.

“Outro grande impacto são os pacientes com insuficiência hepática aguda e quando a cirurgia é realizada muito precocemente (sendo a maioria com doador vivo), as sequelas serão baixas.”



Entrevista

O Boletim da Academia Brasileira de Pediatria conversou com

Dr. Jayme Murahovschi

Membro Emérito da cadeira n.8 da Academia Brasileira de Pediatria

Sua iniciativa nas pesquisas do combate às causas da diarreia aguda e sua contribuição para a Pediatria Brasileira são notórias. Conheça mais sobre a vida e a carreira deste membro da ABP.



Assista a entrevista na íntegra, acessando aqui



1. Pesquisando um pouco sobre a sua obra, é possível perceber sua dedicação à questão do combate às causas da diarreia aguda. O que o senhor pode nos dizer sobre a evolução dessa área de atuação.

Quando iniciei meu consultório, minhas manhãs eram livres. Então me ofereci para trabalho voluntário na Clínica Infantil do Ipiranga (CII). Era bom para ganhar experiência e até para me tornar conhecido no bairro. Trabalhei no Ambulatório (de graça, naturalmente) até que foi criado o Serviço de Emergência (SE) da CII e eu passei a dar plantões noturnos.

A realidade que encontrei no SE era muito diferente do ambulatório. Ambulatório atendia as famílias pobres de operários do bairro. Para o SE, eram trazidas crianças sem família estruturada de toda a cidade de São Paulo e até dos municípios vizinhos e que viviam em situação de miséria. Veja a diferença: pobreza vs. miséria.

E a mortalidade infantil era muito alta naquela época.

As crianças já desnutridas eram sujeitas a infecções repetidas, diarreia que começava aguda e se tornava persistente, piora do estado nutricional e morte geralmente por broncopneumonia. Aí me veio a ideia pioneira de investigar a causa da diarreia. Se a criança morria de diarreia, qual era a causa dessa diarreia? A gente sabia que era bacteriana. Vírus nem se falava na época, mas realmente a grande maioria das diarreias era causada por bactérias enteropatógenas, provenientes das más condições higiênicas. Essas bactérias entravam pela boca e invadiam o intestino. Shigelas e salmonelas já eram conhecidas, mas não explicavam a maioria dos casos. Fizemos estudos avançados usando coprocultura, isto é, cultura das fezes. E descobrimos que a bactéria causadora era a *Escherichia coli* enteropatógena, particularmente a do sorogrupo O111. Aí, veio a lógica: bactéria se trata com antibiótico. Mas a *E. coli* era uma bactéria muito resistente aos antibióticos. Tentamos os melhores antibióticos até chegarmos à conclusão de que antibiótico não era a solução. O ideal era a profilaxia mantendo um bom estado nutricional e imunológico do bebê. Como conseguir isso na prática, já que as condições socioeconômicas das famílias

não eram boas? Evitando o desmame precoce e mantendo o aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida e depois complementando com outros alimentos de acordo com a idade e as condições da família.

Então, o que eu dizia naquela época e digo até hoje é manter o leite de peito até os 2 anos de idade ou mais!

2. Seguindo nesta linha de pesquisa, o senhor já falou um pouco sobre sua trajetória no consultório, nesse âmbito assistencial e nas clínicas privadas também. O que o senhor diria que foi decisivo para isso?

Minha carreira começou ao entrar no curso de Medicina da USP (FMUSP). No quarto ano, tinha um curso de Pediatria com o professor Pedro de Alcântara, um dos melhores didatas que eu conheci. Ele tinha uma ótima didática e era muito sincero.

No 6º ano, eu tive Internato e depois Residência (só fiz o 1º ano) no Departamento de Pediatria do Hospital das Clínicas. A minha turma foi a primeira a ter um ano como internato. Depois, com o auxílio de meus pais, abri meu consultório no bairro do Ipiranga, onde nasci, cresci e morei por muitos anos. Atendia a classe média, meus honorários eram acessíveis e podiam ser reduzidos ou parcelados. Nunca deixei de atender ninguém porque não podia pagar.

Aí me dirigi para trabalhar na CII. Como disse, era uma instituição de valor reconhecido e era bom para ganhar experiência e até para me tornar conhecido. Trabalhava sem remuneração, naturalmente, todas as manhãs. Meu

chefe, o Dr. Gomes de Mattos, não deixava o paciente escolher o pediatra. Havia um corredor com 6 consultórios e as atendentes colocavam a ficha naquele que estava vago.

Após algum tempo, notei alguma coisa estranha: alguns pacientes repetiam muito a consulta comigo. Não tinha lógica matemática/estatística. Fiquei curioso e fui investigar. Descobri. Aquelas mulheres pobres davam gorjeta para as moças que pesavam e distribuíam as fichas, e essas moças também eram pobres, para elas as colocarem para mim.

Fiquei impressionado. Eu era melhor do que meus colegas? Eles também eram bons e tinham mais experiência do que eu, mas eu atendia com mais atenção e até com mais afeição, levava em conta os temores e as necessidades dos pais e de toda a família.

Mais tarde, foi aberto o SE da CII e passei a dar plantão noturno uma ou duas vezes por semana para ter uma remuneração a mais. A realidade que encontrei aí era diferente. No ambulatório havia pobreza, e no PS, miséria. Porque vinha gente de toda São Paulo, pois não havia ainda serviços de pronto-socorro pediátrico gratuito e de boa qualidade disponíveis.

A mortalidade infantil em São Paulo era muito alta. E de que morriam essas crianças? Eu escrevia no atestado de óbito: broncopneumonia. Porque esta era a causa final do óbito. Mas depois comecei a perceber que a causa das mortes era infecções repetidas e diarreia prolongada que se tornava persistente. Isso era determinado por pobreza, más condições higiênicas e, o pior, desmame precoce. As crianças desmamadas recebiam leite de vaca contaminado pelas condições de má higiene e pela falta de geladeira.

Diarreia aguda-diarreia prolongada-diarreia persistente-desnutrição progressiva-broncopneumonia. Óbito!

3. O senhor falou muito sobre a Clínica Infantil do Ipiranga, e lá o senhor teve oportunidade de trabalhar com nomes importantes, como o professor Augusto Gomes Mattos e a professora Maria Aparecida Zacchi. O que ficou dessa experiência?

Eu já falo da Clínica do Ipiranga com emoção. E a minha emoção é muito maior quando eu falo do Dr. Augusto Gomes de Mattos. Só para contar uma história. A CII foi criada por uma família de elite do Ipiranga, a Vicente de Azevedo. Eles ficavam tristes com a miséria e a mortalidade infantil e com as crianças que não podiam ser socorridas. Então, eles tiveram ideia de criar um serviço de atendimento gratuito para essas crianças. Dona Maria Carmelita Vicente de Azevedo, que foi a pessoa mais importante dessa família na criação dessa clínica, andava de bonde e encontrou, no bonde em Ipiranga, um médico, o Dr. Augusto Gomes de Mattos. Eles começaram a conversar e Dona Carmelita contou para ele que estavam abrindo um local para atendimento para criança pobre do Ipiranga e o convidou para ser o di-

retor dessa instituição. E ela nunca poderia imaginar como as coisas mudariam sob a direção do Dr. Gomes de Mattos.

Mas voltando à pergunta, o Dr. Gomes de Mattos foi meu mestre inspirador. Doutora Maria Aparecida Sampaio Zacchi foi minha mãe na Pediatria. O que ficou dessa experiência? Tudo. A parte SENTIMENTAL e a parte EMOTIVA ficaram para sempre.

No meu cérebro ficou pensamentos, e no meu coração, amor. Minha formação ACADÊMICA foi estimulada e orientada por eles, Dr. Mattos e Dra. Zacchi. O resto foi, naturalmente, por minha conta.

4. O senhor tem uma participação muito importante no movimento associativo da Pediatria. O que o senhor pode nos falar, por exemplo, sobre a sua participação na criação da Revista da Pediatria de São Paulo?

Minha experiência na literatura pediátrica começou com a Revista Pediatria Prática, criada na CII. O Doutor Augusto Gomes de Mattos abria a revista para pediatras que quisessem fazer publicações científicas. Lembro-me bem que havia uma seleção rigorosa dos artigos e mesmo aqueles aceitos eram reescritos por nós para dar a necessária qualidade. Os autores quase não reconheciam seus originais, mas ficavam gratos.

Depois fui o 3o presidente da Sociedade de Pediatria de São Paulo. E também criamos a Revista da SPSP, que foi e continua sendo importante para a Pediatria Brasileira.

5. O que o senhor nos diria sobre a Academia Brasileira de Pediatria (ABP)? Qual o papel da Academia no presente?

Eu também participei do início da Academia Brasileira de Pediatria. Naquela fase inicial não precisei me submeter a concurso, como é hoje, eu fui convidado.

É uma satisfação saber que atualmente a Academia ocupa um lugar de respeito e, mais do que isso, de incentivo no meio científico nacional, que, por sinal, cresceu muito nos últimos anos e ocupa lugar de destaque internacional.

6. O senhor publicou livros muito importantes. Dentre eles, está o *Pediatria: Diagnóstico + Tratamento*, que teve sua coordenação e auxiliou milhares de pediatras no Brasil. Fale um pouquinho sobre ele.

No meu tempo de início em Pediatria, só contava com um livro importante de Pediatria – o *Textbook of Pediatrics* do Nelson – um dos maiores pediatras de todos os tempos. Era caro, em inglês, difícil de ler e mais ainda de colocar em prática. Sempre achei que tinha jeito de escrever, aliás, melhor do que falar. Conheci bons livros de Pediatria na biblioteca e estive a par de todos os melhores artigos internacionais. Então, me ocorreu a ideia de escrever um livro diferente e que fosse útil para completar e atualizar os conhecimentos dos pediatras de todo o Brasil e ainda prepará-los para uma atuação prática eficiente. Pela minha experiência como pediatra de bairro, conseguia me colocar no lugar desses pediatras. Acho que é um pouco diferente dos grandes autores pediátricos como Nelson. Apresentei no meu livro conhecimentos pediátricos comprovados e atualizados e relatados de maneira prática. Fiz questão que não fosse uma receita de bolo, mas sim que ajudasse o pediatra a ter conhecimentos sólidos aplicáveis na prática clínica.

A ideia foi se desenvolvendo. Iniciava os capítulos com os conhecimentos básicos que o pediatra precisava ter. Depois como aplicá-los. Aí, tive uma ideia – eu marcava essa orientação etapa por etapa e passo a passo de uma forma lógica.

As mensagens que recebi dos colegas me deram satisfação, mas também me estimularam a aperfeiçoar cada vez mais o estilo, o que ocorreu edição por edição. Está na sétima edição, indo para a oitava. À Editora Sarvier e seus responsáveis, desde a 1ª edição de 1978, meu reconhecimento.

Depois me veio outra ideia, de complementar o *Diagnóstico e Tratamento*, com o livro *Emergências em Pediatria* para orientar o plantonista do PS de Pediatria.

7. Vamos falar um pouquinho sobre outro nome que foi imortalizado na Pediatria Brasileira, o Dr. Mario Margarido Filho.

Eu posso e devo falar sobre Mario Margarido Filho. Eu tenho uma ligação muito grande com ele. Por inexperiência de minha mãe, intelectual, mas imigrante pobre que veio da Bessarábia, hoje Moldávia, para o bairro operário do Ipiranga na cidade de São Paulo, fui desmamado precocemente e recebi o leite disponível na época – leite de vaca, que era contaminado. Isso me causou uma diarreia aguda de origem infecciosa, que se tornou prolongada persistente. Após várias consultas ineficazes com os médicos do bairro, meus pais foram aconselhados a consultar o melhor Pediatra de São Paulo – Mario Margarido Filho. Era longe, no centro da cidade, e caro, mas o que não se faz por um filho? Margarido Filho me receitou uma fórmula láctea especial que me curou depois de um tempo relativamente prolongado. Meus pais

o tinham como um deus e falavam muito dele em casa. Curiosamente, isso me estimulou a ser médico e pediatra.

Já adiantado na FMUSP, fiz meu diagnóstico retrospectivo de diarreia fermentativa por intolerância à lactose. Aí perguntei para meus pais: “que leite mesmo que o Margarido Filho me receitou?”. Era um leite suíço caro, mas já disponível em São Paulo. Seu nome era EDEL. EDEL? Fui pesquisar o que era esse leite – um leite SEM LACTOSE. Isso ocorreu mais de 3/4 de século atrás. Incrível!

E a vida nos reserva acontecimentos surpreendentes. Por minha atuação pediátrica e minhas atuações, recebi um prêmio patrocinado pela Academia Paulista de Medicina em 1968, com mais de 10 anos de formado. Nome do prêmio? Margarido Filho.

8. O senhor pode falar um pouco sobre a sua *Livre-Docência*?

Eu tinha meu consultório, trabalhava em hospital, então não tinha carreira universitária. Mas eu fazia minhas pesquisas. Fiz meu doutoramento na FMUSP, 1969, já faz 1/2 século. Para fazer doutoramento, precisava de uma tese, que foi sobre Diarreia aguda. Valor dos antimicrobianos no seu tratamento. Eu tirei nota 10 com louvor da banca examinadora.

O título de Doutor me foi útil para ser convidado como professor na Faculdade de Medicina de Santos, que tinha sido criado naquela época, e fiquei lá por 40 anos. Quem me estimulou a fazer *Livre-Docência* foi, mais uma vez, o Doutor Luiz Rachid Trabulsi, que era originário da FMUSP, mas passou para a Escola Paulista de Medicina para ser professor titular de Microbiologia.

Eu me lembro que me afastei de minhas atividades, inclusive no consultório, por 1 mês (foi a única vez que fiz isso). Usei esse mês para preparar as aulas – tinha uma lista delas, mas só uma seria exigida como apresentação no concurso. E seria sorteada no momento. Estava naturalmente nervoso. Será que me sairia bem? Iniciei a aula sorteada e, ao pronunciar as duas primeiras frases, fiquei satisfeito e lembro que disse para dentro de mim: “vai sair bem!”. Daí

em diante, fiquei confiante, falei bem, excelente apresentação. Nota 10 da banca examinadora. Só 10? Não, foi 10 com louvor.

9. Que conselho ou mensagem o senhor deixaria para o jovem pediatra?

Se eu tivesse que escolher minha especialidade voltando aos tempos que iniciei minhas atividades profissionais, não há dúvida que escolheria novamente Pediatria. Nunca tive questionamento, muito menos arrependimento sobre minha escolha. Afinal, eu não tinha habilidade cirúrgica, gostava de crianças e tinha consciência de que elas eram o futuro de nossa comunidade e de nosso país.

Noto que nos últimos tempos Pediatria caiu um pouco na sua importância, mas curiosamente tem sido novamente realçada.

Então, o que eu faria se tivesse que começar hoje e o que recomendo aos colegas que apreciam a prática da Pediatria é fazer Pediatria Geral complementada por uma subespecialidade pediátrica.

Hoje nós temos muitas especialidades pediátricas e subespecialidades, mas não pode abandonar a Pediatria Geral.

10. Afinal quem é Jayme Murahovschi e qual o papel da família em sua história?

Papel da família em minha história.... Meus pais eram imigrantes pobres vindos da Bessarábia, que era uma província da Rússia e hoje é um país independente chamado de Moldávia.

Minha mãe era a intelectual da família, tendo se formado em Farmácia em Odessa, a cidade universitária da Rússia. Mas nunca exerceu porque emigrou para o Brasil, e naquela época não era possível revalidar o diploma.

Meu pai só tinha alfabetização. Durante muito tempo achava que ela era a forte da família, mas quando meu pai morreu relativamente jovem, percebi que ele na sua modéstia é que dava força ao casal.

Quando eu tinha 2 anos de idade, meu pai foi diagnosticado com tuberculose. Naquela época, o único tratamento disponível eram injeções diárias de estreptomicina por 2 anos. O complemento essencial do tratamento era ir para uma região de bom clima. Tuberculoso rico ia para Campos de Jordão, e tuberculoso pobre, para São José dos Campos. Era o caso do meu pai, que ficou lá morando numa pensão por 6 meses. E minha mãe teve que tomar o lugar dele trabalhando como ambulante, a pé, na região varzeana do bairro do Ipiranga - a Vila Carioca.

Com a recuperação do meu pai, que voltou a trabalhar, fui matriculado no Colégio Mackenzie. Até hoje não sei exatamente por quê. Era longe e caro. Devem ter dito a meus pais que era uma das melhores escolas de São Paulo. E para eles todo sacrifício era válido para a educação de seu primeiro filho. E lá fui para o Mackenzie. Pegava dois bondes e ainda andava a pé por um longo percurso entre eles. Mas o Mackenzie

preparava para Engenharia e o sonho de meus pais é que o filho fosse DOKTOR. Eu era bom aluno e consegui o que era raro na ocasião: terminei o 3º colegial e entrei direto na Faculdade de Medicina da USP. Em 13º lugar entre 700 candidatos e só 80 vagas.

Sempre quis fazer Pediatria e minha mãe me estimulou a isso. Fiz 1 ano (veja, 1 ano só) de Residência em Pediatria no Hospital das Clínicas da FMUSP. Não fiz o 2º ano porque notei que estava muito no começo e não estava ainda bem estruturado. Não valia a pena. E afinal eu precisava começar a trabalhar. Meu pai me ajudou a abrir meu consultório no bairro do Ipiranga, onde eles eram bem conhecidos e eu já tinha fama de bom estudante e que, portanto, seria bom médico.

Mas teve outro ponto que foi decisivo. Foi meu casamento. Tive a sorte, costume dizer que foi dedo de Deus, de encontrar a companheira ideal. Enny sempre me deu o apoio que eu precisava para desenvolver minha carreira, em condições difíceis e, mais do que isso, foi a base na constituição de uma família estruturada e afetiva que hoje consta de 4 filhos, 10 netos e um bisneto recém-nascido.

Minha conexão com a Pediatria Brasileira começou com minha atividade pediátrica do consultório no bairro do Ipiranga. Lá, todos os médicos eram clínicos gerais que também atendiam crianças, mas geralmente nem gostavam de atendê-las porque achavam difícil entendê-las. Então, eles passaram a encaminhar as crianças para o meu consultório.

Assim, eles mesmos me passaram a encaminhar as crianças que apresentavam problemas. Trabalhei na CII, fiz pesquisas clínicas premiadas, elaborei minha tese de doutorado. Fui pioneiro com meu livro *Pediatria: Diagnóstico + Tratamento*, depois complementado com *Emergências em Pediatria* e com *Cartilha de Amamentação*.

Também fui convidado para ser o primeiro professor de Pediatria da recém-criada Faculdade de Ciências Médicas de Santos. Aceitei o convite desde que fosse por tempo curto. Curto, hein? Fiquei quase 40 anos. E nessa época fiz minha *Livre-Docência* na EPM (com o incentivo do professor Luiz Rachid Trabulsi).



Dr. Sérgio Augusto Cabral
Membro Titular da
Cadeira n. 5 da Academia
Brasileira de Pediatria

“Conseguí atingir estes dois alvos, dedicando-me, principalmente, ao atendimento de emergências e terapia intensiva pediátrica, enquanto iniciava uma carreira acadêmica...”

Novo Acadêmico

Fui premiado pelos colegas da Academia Brasileira de Pediatria com a oportunidade de escrever um texto à minha escolha, na Coluna do Acadêmico.

Quando me candidatei a uma cadeira em nossa instituição, tinha como intenção juntar-me aos colegas com quem vivi desde os idos de 1978 quando, terminando a Residência Médica no Hospital dos Servidores, iniciei minha carreira de Pediatra. Meu alvo era ser um médico de crianças que salvasse muitas vidas e, também, ser um professor de Pediatria, multiplicando o que já tinha e continuava aprendendo, de Medicina.

Conseguí atingir esses dois alvos, dedicando-me, principalmente, ao atendimento de emergências e terapia intensiva pediátrica, enquanto iniciava uma carreira acadêmica na Universidade UNIRIO. Aprendi também que muito do que fazemos decorre de oportunidades que surgem em nosso caminho e podemos escolher, se estivermos preparados.

Meu caminho levou-me à presidência das Sociedades de Pediatria do Rio, do Brasil e da Internacional. Estas oportunidades me permitiram liderar um trabalho mais amplo de atenção às crianças, junto aos colegas e amigos que me ajudaram, voltando agora a encontrar muitos deles na Academia Brasileira de Pediatria. Cada um com sua história, mais idosos (maduros!) porém, ativos e prontos a auxiliar o desenvolvimento contínuo da Pediatria.

Quando fui empossado como acadêmico, minhas netas perguntaram às minhas filhas: “o que o vovô está fazendo com esta roupa preta e medalha no pescoço?”. Minhas filhas disseram “ele agora é imortal”. Ouvindo isto, pensei, como muitos, por que seremos imortais? Encontrei uma ótima possível resposta, em texto da jornalista Dad Squarisi:

“As pessoas só morrem quando deixam de ser lembradas, por isto grandes artistas permanecem vivos graças à obra que legaram ao mundo.”

Nós, pediatras, legamos como obra as muitas vidas de crianças que cuidamos e salvamos. Somos imortais!

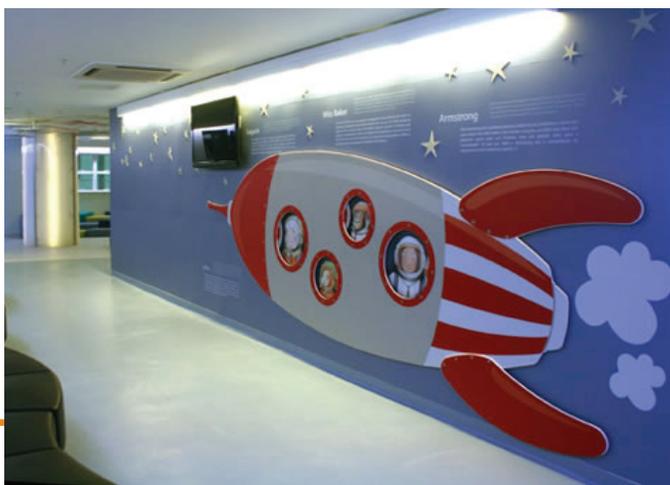
Cultura e Arte

Hospital Infantil Sabará pensa em ambientes lúdicos a partir da reforma

O Hospital Infantil Sabará, em São Paulo, sempre entendeu que o ambiente é parte importante nos atendimentos, tratamentos e recepção de seus pequenos pacientes e responsáveis. Por isso, quando se mudou para a sede atual localizada na Avenida Angélica, em 2010, pensou que precisava deixar suas paredes, mobiliários e até a sinalização mais próximos do seu público, criando uma atmosfera acolhedora não só para os pacientes, quanto para as equipes administrativa e médica.

Durante sua fase de obras, o Hospital realizou um concurso para a escolha do artista que seria responsável pela ambientação. E a votação foi bem democrática: envolveu funcionários, pacientes e seus acompanhantes. A artista vencedora foi Cecília Esteves, que, desde quando foi chamada para participar da disputa, já tinha em mente colocar bichinhos como protagonistas de suas peças: “Quando fui convidada para participar do concurso que escolheria o ilustrador do projeto, soube que seríamos 4 e que desenvolveríamos uma ilustração com o mesmo tema: uma paisagem do litoral brasileiro. [...] A primeira ideia que me veio foi a de trazer para o 1º plano o fundo do mar com muitos peixes coloridos, com golfinho, estrelas, enfim, uma série de animais que dariam vida aquele ambiente.





Próximos a eles, duas crianças de dentro de um barco, brincavam com os peixes, e foi essa relação que eu quis mostrar, afinal criança gosta mesmo é de bichinho!”, explica Cecilia em depoimento para o seu site.

Após ser escolhida, Cecilia trabalhou em conjunto com uma equipe multidisciplinar para implementar suas ideias em todas as áreas do Hospital, da decoração à comunicação visual. E cada andar do edifício representa um ecossistema; assim, por exemplo, no andar das savanas, há desenhos de crianças da tribo massai, no Ártico, crianças esquimós.

Várias equipes, além das ilustrações de Cecilia, participaram do projeto, como Diana Malzoni Arquitetura e Fiorentini Arquitetura, no projeto arquitetônico, Oz Design, para a identidade visual, Aloma Carvalho, com os textos educativos, e Barbieri + Gorski Arquitetos, que trouxeram o projeto lúdico, incluindo brinquedos interativos.

Ainda em depoimento para o seu site, Cecilia afirma que acredita que o projeto “tenha atingido seu objetivo, o de prolongar ao máximo aquele momento em pais e filhos estariam desfrutando de momentos de lazer, distantes da realidade hospitalar”.

“Durante sua fase de obras, o Hospital realizou um concurso para a escolha do artista que seria responsável pela ambientação.”

Fonte das fotos: Site Cecilia Esteves

- <http://www.ceciliaesteves.com.br/?id=65>
- <https://www.hospitalinfantilsabara.org.br/sabara-hospital-infantil-torna-a-triagem-mais-ludica-para-os-pacientes/>
- https://fundacaojles.org.br/wp-content/uploads/2022/04/CMR-Post-07-Av.-Angelica-1987_um-predio-que-faz-Historia-na-nossa-Historia.pdf



Ciência e Ensino

Hesitação vacinal no Brasil: causas e consequências

Dr. Juez Cunha

Membro do Departamento Científico de Imunizações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)

O valor das vacinas e da vacinação é inquestionável!

As vacinas são consideradas a maior conquista no campo da saúde pública e, segundo a OMS, evitam aproximadamente 3 milhões de mortes/ano no mundo. No Brasil, é calculado que contribuíram com o aumento de aproximadamente 30 anos na expectativa de vida.

Os benefícios da vacinação vão muito além da prevenção direta, protegendo também a coletividade. Frequentemente, se estendem ao longo da vida do vacinado, estabilizam os sistemas de saúde, promovem a igualdade na saúde e beneficiam as economias locais e nacionais.

Esses benefícios proporcionados pela vacinação à saúde pública são muito superiores que quaisquer das outras intervenções preventivas e curativas oferecidas

Qual a situação no Brasil?

Importante ressaltar o papel estratégico do nosso Programa Nacional de Imunizações, o PNI. São quase 50 anos que o tornaram referência no Brasil e no mundo. Temos calendários vacinais para todas as faixas etárias e, provavelmente, os da infância e adolescência são os mais completos oferecidos gratuitamente no mundo.

O impacto das doenças imunopreveníveis (DIP) que tivemos no país impressiona: erradicamos a varíola, eliminamos a poliomielite, a rubéola, a síndrome da rubéola congênita e o tétano neonatal. O sarampo, que foi eliminado em 2016, retornou em 2018 como consequência das baixas coberturas vacinais, se mantendo com poucos casos até hoje. Todas as outras DIP que nosso PNI oferece vacinas nos seus calendários apresentam uma tendência importante de redução, como as doenças invasivas por *Hemophilus Influenza B* (Hib), meningococo e pneumococo, ou estão controladas, como a coqueluche.

Apesar disso, encontramos indivíduos, familiares e responsáveis, assim como profissionais da saúde, que hesitam em vacinar ou são contra as vacinas, e isso tem levado como consequência a baixas coberturas vacinais. O exemplo do retorno do sarampo exemplifica o risco que a nossa população, em especial as crianças, estão correndo.

O que é hesitação vacinal?

Em 2019, a OMS lança um alerta com as 10 principais ameaças à saúde pública mundial, entre elas figurava a hesitação vacinal, defini-

da como a recusa ou atraso em aplicar as vacinas recomendadas, apesar de sua disponibilidade nos serviços de saúde.

As baixas coberturas vacinais, que também têm sido observadas em todo o mundo, começaram a chamar a atenção no Brasil a partir de 2016, alcançando seu pior momento em 2019, quando em nenhuma das vacinas aplicadas na infância atingimos as metas, que são: BCG e rotavírus 90% e as todas as outras 95%. Com a pandemia COVID-19 caíram mais ainda, o que era esperado, já que no primeiro ano (2020) as medidas não farmacológicas incluíam uma série de restrições para a população e muitos tinham receio de ir aos postos de saúde. O que chama atenção em 2021 é que com o sucesso da campanha das vacinas COVID-19 no Brasil e no mundo, se imaginava que recuperaríamos as coberturas vacinais das outras vacinas, e, diferente dos outros países, no Brasil elas continuaram decrescentes. Qual o motivo?

Entender hesitação em vacinar significa compreender as diferentes causas e determinantes envolvidos. São chamados os 3Cs, que na pandemia foram acrescidos de mais dois.

Confiança

- Na eficácia e segurança das vacinas
- No sistema que os fornece, incluindo os serviços e profissionais de saúde
- Recuperar a confiança e a efetividade do PNI (política estratégica de Estado)
- As motivações dos formuladores de políticas que decidem sobre as vacinas necessárias

Complacência

- Riscos percebidos de doenças evitáveis pelas vacinas são baixos
- Vacinação nem sempre é considerada uma ação preventiva necessária

Conveniência

- Disponibilidade física, acessibilidade geográfica
- Capacidade de compreensão (linguagem em saúde)
- Valorização/capacitação profissional
- Apelo dos serviços de imunização afeta a aceitação

Comunicação

- Transmitir informação de forma adequada através das mídias sociais e de peças publicitárias
- Combater a desinformação e as informações falsas

Contexto

- Características sociodemográficas
- Vulnerabilidades

Mensagem final

Sabemos as causas das baixas coberturas vacinais, assim como seus determinantes, suas consequências e o que precisa ser feito. O desafio é colocar tudo isso em prática! Cabe a nós, profissionais da saúde, com conhecimento e uma adequada comunicação, oferecer informações e orientações corretas para ajudar a reverter esse quadro.

Bibliografia consultada:

- **Programa Nacional de Imunizações (PNI): 40 anos** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
- **Guia de Vigilância em Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Coordenação-Geral de Desenvolvimento da Epidemiologia em Serviços.** – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2021. 1126 p.: il
- **MacDonald and the SAGE Working Group on Vaccine Hesitancy.** "Vaccine hesitancy: Definition, scope and determinants" in *Vaccine*, Volume 33, Issue 34, 2015, Pages 4161-4164.
- **Razai MS, Oakeshott P, Esmail A, Wiysonge CS, Viswanath K, Mills MC. COVID-19 vaccine hesitancy: the five Cs to tackle behavioural and sociodemographic factors.** *J R Soc Med.* 2021 Jun;114(6):295-298.
- **Agência Brasil.** <https://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2019-11/melhora-na-saude-contribuiu-para-aumento-da-expectativa-de-vida>
- **UNICEF.** <https://www.unicef.org/immunization>
- **DATASUS.** <http://sipni.datasus.gov.br>
- **WHO.** <https://www.who.int/emergencies/ten-threats-to-global-health-in-2019>
- **Ministério da Saúde do Brasil.** <http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/vacinacao>
- **Sociedade Brasileira de Imunizações.** <https://sbim.org.br>, <https://sbim.org.br/calendarios-de-vacinacao>



**A Academia Brasileira de Pediatria
deseja a você e sua família paz,
prosperidade e muita saúde!**

Boas Festas!

Acadêmicos em destaque



Texto e foto: Marcelo Matusiak



Foto: Mario Santoro Junior

Pediatra Themis Reverbel da Silveira recebe homenagem no Hospital Santa Casa

Médica é uma das precursoras em gastroenterologia no Brasil

A celebração do 18 de outubro, Dia do Médico, contou com uma homenagem à médica associada da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul e Membro Titular da cadeira n. 18 da Academia Brasileira de Pediatria, a pediatra Themis Reverbel da Silveira. A solenidade foi realizada no auditório do Complexo Hospitalar Santa Casa. A médica recebeu o título de Membro Emérito do Corpo Clínico pela trajetória no exercício da Medicina e da missão institucional, com sublime humanidade e excelência profissional.

Premiação elege os melhores hospitais públicos do Brasil

No mês de novembro de 2022, em uma iniciativa inédita, aconteceu o Prêmio Melhores Hospitais Públicos do Brasil. Organizada pelo Instituto Brasileiro das Organizações Sociais (IBLOS) em parceria com a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Instituto Ética Saúde (IES) e Organização Nacional de Acreditação (ONA), o objetivo da premiação é reconhecer as instituições de saúde que se destacaram com recursos 100% oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS).

No total, foram premiados 40 hospitais. Em 11º e 18º lugares, respectivamente, ficaram o Hospital M'Boi Mirim e o Hospital Geral de Itapevi. Na premiação, os hospitais foram representados por seus diretores e por Mario Santoro Junior, gerente de Desenvolvimento Institucional do CEJAM e Membro Titular da cadeira n. 28 da Academia Brasileira de Pediatria.



Convite

A Academia de Medicina da Bahia convida para a sessão solene comemorativa aos 70 anos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e outorga do Prêmio Mérito Acadêmico 2022.

Programação

Homenagem aos 70 Anos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública

Outorga do Prêmio Mérito Acadêmico 2022 aos agraciadas Profa. Dra. Achillea Cândido Lisboa Bittencourt, Profa. Dra. Nubia Mendonça e o Prof. Dr. Almério Machado Júnior.

Data: 12 de dezembro de 2022

Horário: 19 horas

Traje: convidados - passeio completo,

Membros da Academia - traje acadêmico

Meeting ID: 859 1131 7049

Passcode: 372152

Acadêmica Prof. Dr. Antonia Carlos Vieira Lopes
Presidente

Acadêmica Dra. Nubia Mendonça recebe Prêmio

No dia 12 de dezembro, a Academia de Medicina da Bahia aos Professores Doutores Achillea Cândido Lisboa Bittencourt, Nubia Mendonça, membro emérito da cadeira n. 14 da Academia Brasileira de Pediatria, e Almério Machado Júnior o Prêmio Mérito Acadêmico 2022.

A cerimônia aconteceu na mesma data da homenagem aos 70 anos da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública.



Dra. Magda Lahorgue Nunes

Membro Titular da cadeira n. 25 da Academia Brasileira de Pediatria

Nos dias 27-29 de outubro - Congresso IPSA 2022 - on-line (*International Pediatric Sleep Association*).

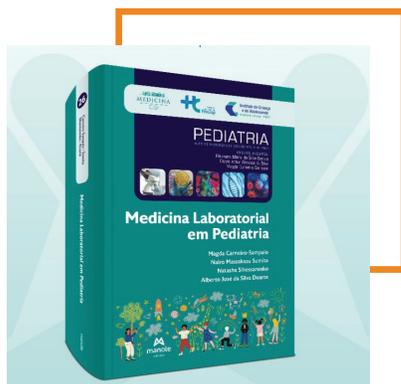
Fez parte da Comissão Organizadora do evento e é membro do Board de Diretores da sociedade.



Dr. José Martins Filho

Membro Titular da cadeira n. 21 da Academia Brasileira de Pediatria

Recebeu o certificado de “Amigo da Escola de Pais do Brasil”, como reconhecimento pela contribuição aos webinars.



Dra. Magda Maria Sales Carneiro Sampaio

Membro Titular da cadeira n. 10 da Academia Brasileira de Pediatria

É editora do livro que integra a coleção *Pediatria*, do Instituto da Criança, recentemente lançado pela Editora Manole. aos webinars da Escola com a palestra “Os primeiros 1000 dias e o relacionamento familiar”.



Dr. Sidnei Ferreira
(Membro Titular
da Academia Brasileira
de Pediatria - Cadeira n. 9)



Dr. Alejandro Bullón
(Assessor Jurídico
da Sociedade Brasileira
de Pediatria)

“O pediatra deve estar atento a todos os artigos sobre o tema, que abrangem pacientes de todas as faixas etárias, dentro e fora deste capítulo.”

Ética e Bioética

Sigilo profissional e a consulta pediátrica

O Código de Ética Médica (CEM) contém as normas que devem ser seguidas por todos os médicos no exercício de sua profissão, inclusive nas atividades relativas a ensino, pesquisa e administração de serviços de saúde, bem como em quaisquer outras que utilizem conhecimento advindo do estudo da Medicina. O que se aplica a uma especialidade se estende às demais. Entretanto, a pediatria e suas áreas de atuação têm peculiaridades que devem ser consideradas na análise e no uso do CEM por seus especialistas. Tanto é assim que há alguns destaques no texto para a Pediatria.

O Capítulo IX do (CEM) é dedicado ao Sigilo Profissional. O pediatra deve estar atento a todos os artigos sobre o tema, que abrangem pacientes de todas as faixas etárias, dentro e fora deste capítulo.

(Artigo 73) “É vedado ao médico revelar fato de que tenha conhecimento em virtude do exercício de sua profissão”. Só é permitida a quebra do sigilo por motivo justo (p. ex., ameaça à saúde ou à vida de outrem); dever legal (p. ex., notificação compulsória de doença) ou consentimento, por escrito, do paciente. “(Parágrafo único) Permanece essa proibição: mesmo que o fato seja de conhecimento público ou o paciente tenha falecido; quando de seu depoimento como testemunha (nessa hipótese, o médico comparecerá perante a autoridade e declarará seu impedimento); na investigação de suspeita de crime (o médico estará impedido de revelar segredo que possa expor o paciente a processo penal)”. Exemplos: o pediatra costuma receber pedido de declaração que envolve a revelação da doença de seu paciente para finalidades diversas. Carece precaver-se e pedir que o pai, mãe ou responsável legal declare no prontuário e/ou no verso da declaração que é o solicitante do manifesto e assine a seguir; segredos são contados com frequência ao pediatra, que deverá sempre lembrar das permissões ou proibições, acima citadas, da quebra do sigilo.

(Artigo 74) “É vedado ao médico revelar sigilo profissional relacionado a paciente criança ou adolescente, desde que estes tenham capacidade de discernimento, inclusive a seus pais ou representantes legais, salvo quando a não revelação possa acarretar dano ao paciente”. Exemplo: adolescente de 16 anos procura seu pediatra e lhe pede uma receita de contraceptivo, pois deseja manter

relações sexuais com seu namorado. Ela solicita que não conte a seus pais, já que eles jamais aceitariam sua decisão. Ele atende ao seu pedido. Agiu corretamente o colega pediatra? O adolescente tem a prerrogativa de comparecer à consulta médica sem estar acompanhado de seus pais ou responsáveis e o pediatra de atender, desde que conclua que o paciente tem discernimento suficiente para tal. É dever do médico, nesse caso, atender ao adolescente e manter o sigilo profissional. O sigilo só poderá ser quebrado em caso de doença grave, tratamento de alta complexidade, gravidez, abuso de álcool ou drogas, violência, recusa de tratamento, entre outras situações. Nesse caso, é fundamental o entendimento do pediatra com o adolescente, fazendo com que este compreenda o problema, a posição do médico, a melhor decisão e que está sendo ajudado, em momento tão difícil.

(Artigo 75) “É vedado ao médico fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou imagens que os tornem reconhecíveis em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente; cuidado nas apresentações, nos grupos, e nas conversas informais; sugerida leitura da resolução do CFM sobre propaganda médica e mídias **(Artigo 78)**: “é vedado ao médico deixar de orientar seus auxiliares e alunos a respeitar o sigilo profissional e zelar para que seja por eles mantido”; **(Artigo 85)** “é vedado ao médico permitir o manuseio e o conhecimento dos prontuários por pessoas não obrigadas ao sigilo profissional quando sob sua responsabilidade”. Todos que de alguma forma participam dos cuidados de um paciente têm responsabilidade com o sigilo, extensiva a alunos **(Artigo 101, § 2º)**: “O acesso aos prontuários será permitido aos médicos, em estudos retrospectivos com questões metodológicas justificáveis e autorizados pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) ou pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (Conep)”. O médico só deve manusear prontuário de paciente se estiver atuando ou tenha sido chamado a atuar. Assim, respeitará o Sigilo Profissional.

“É vedado ao médico fazer referência a casos clínicos identificáveis, exibir pacientes ou imagens que os tornem reconhecíveis em anúncios profissionais ou na divulgação de assuntos médicos em meios de comunicação em geral, mesmo com autorização do paciente;”

Importante destacar que a **Lei n. 13.709/2018** introduziu em nosso país a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que elevou os dados pessoais para um novo patamar de proteção legal. Ela considera, por exemplo, como dado pessoal sensível os referentes à saúde ou à vida sexual, genética, entre outros. Esse tratamento somente poderá ocorrer em alguns dados, sendo um deles quando para tutela da saúde, exclusivamente, em procedimento realizado por profissionais da saúde. Essa restrição para tratar os dados da saúde é muito importante, tendo em vista que dizem respeito ao que é mais íntimo para o ser humano, a sua dignidade, não podendo ser objetivo de comércio por empresas, por exemplo.



EXPEDIENTE

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA (ABP)

<https://www.sbp.com.br/academia-brasileira-de-pediatria/>
Rua Santa Clara, 292 - Rio de Janeiro (RJ)
CEP: 22041-012
(21) 2548-1999
E-mail: abp@sbp.com.br

Gestão: 2021/2023

Presidente: Dr. Jefferson Pedro Piva (RS)
Vice-Presidente: Dr. Navantino Alves Filho (MG)
Secretária: Dra. Sheila Knupp Feitosa de Oliveira (RJ)
Diretor de Comunicação: Dr. Mário Santoro Júnior (SP)

Comissão Científica e de Ensino

Dra. Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi (SP)
Coordenadora
Dr. Pedro Celiny Ramos Garcia (RS)
Dr. Renato Soibelman Procyanoy (RS)
Dr. Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Dr. Werther Brunow de Carvalho (SP)
Dra. Magda Lahorgue Nunes (RS)
Dra. Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)
Dra. Licia Maria Moreira Oliveira (BA)
Dr. José Sabino de Oliveira (MG)
Dra. Maria Marlene de Souza Pires (SC)

Comissão de Comunicação Social

Dr. Mario Santoro Júnior (SP)
Coordenador
Dr. Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)
Dr. João de Melo Régis Filho (PE)
Dra. Maria Marlene de Souza Pires (SC)
Dr. José Hugo de Lins Pessoa (SP)
Dra. Sheila Knupp Feitosa de Oliveira (RJ)
Dr. Dioclécio Campos Júnior (DF)

Comissão da Memória da Pediatria

Dra. Licia Maria Oliveira Moreira (BA)
Coordenadora
Dr. Navantino Alves Filho (MG)
Dr. Dioclécio Campos Júnior (DF)
Dr. Edward Tonelli (MG)
Dr. Jayme Murahovschi (SP)
Dr. Saul Cypel (SP)
Dr. José Martins Filho (SP)
Dr. Sérgio Augusto Cabral (RJ)
Dr. Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Dr. Pedro Celiny Ramos Garcia (RS)
Dr. Nelson Grisard (SC)

Comissão Cultural e Artística

Dra. Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)
Coordenadora
Dra. Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dr. José Luiz Egydio Setúbal (SP)
Dr. Ney Marques Fonseca (RN)

Dr. Themis Reverbel da Silveira (RS)
Dr. Sidnei Ferreira (RJ)
Dr. Dioclécio Campos Júnior (DF)
Dr. Milton Hênio Netto de Gouveia (AL)
Dr. João de Melo Régis Filho (PE)
Dr. Mário Santoro Júnior (SP)

Comissão de Ética e Bioética

Dr. Nelson Grisard (SC)
Coordenador
Dr. Mario Santoro Júnior (SP)
Dr. Sidnei Ferreira (RJ)
Dr. Ney Marques Fonseca (RN)
Dr. Saul Cypel (SP)
Dr. João de Melo Régis Filho (PE)
Dr. Sérgio Augusto Cabral (RJ)
Dr. Jefferson Pedro Piva (RS)

Comissão de Admissibilidade

Dr. Sérgio Augusto Cabral (RJ)
Coordenador
Dr. Luis Eduardo Vaz Miranda (RJ)
Dra. Nubia Mendonça (BA)
Dr. Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Dr. José Luiz Egydio Setúbal (SP)
Dra. Themis Reverbel da Silveira (RS)
Dra. Luciana Rodrigues Silva (BA)
Dr. Pedro Celiny Ramos Garcia (RS)
Dr. Werther Brunow de Carvalho (SP)



Dr. Clóvis Francisco Constantino
Presidente
Dr. Edson Ferreira Liberal (RJ)
1º Vice-Presidente
Dra. Anamaria Cavalcante e Silva (CE)
2º Vice-Presidente
Dra. Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)
Secretária-Geral
Dra. Ana Cristina Ribeiro Zöllner (SP)
1ª Secretária
Dr. Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto (ES)
2º Secretário
Dr. Claudio Hoineff (RJ)
3º Secretário
Dr. Sidnei Ferreira (RJ)
Diretor Financeiro
Dra. Maria Angélica Barcellos Svaiter
2ª Diretora Financeira
Dra. Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)
3ª Diretora Financeira