

Boletim informativo da Academia Brasileira de Pediatria



NESTA EDIÇÃO

Editorial

Marcadores de qualidade e segurança nas publicações científicas

Memória

As Obras Sociais de Irmã Dulce e sua trajetória na Pediatria da Bahia

Entrevista

Dra. Nubia Mendonça

Coluna Novo Acadêmico

Dedicação à Pediatria Brasileira

Cultura e Arte

Projeto Dose de Leitura leva cultura aos hospitais

Ciência e Ensino

Alergia e doenças de inverno

Homenagem ABP a um pioneiro

Uma homenagem ao professor Benjamin

Comissão Científica

Experimentando o futuro no uso da inteligência artificial na formação médica

Ética e Bioética

Uma breve reflexão sobre a pesquisa em crianças

Palavra do Presidente

Após 60 anos, renova-se a esperança de vacina contra Vírus Sincicial Respiratório

O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é encontrado nas mais diversas regiões do planeta, causando anualmente doença respiratória em aproximadamente 33 milhões de crianças, gerando 3,6 milhões admissões hospitalares e 100 mil mortes. Lactentes no primeiro semestre de vida, com história de prematuridade ou doenças congênitas representam um grupo especial de vulnerabilidade desenvolvendo quadros mais graves e com maior mortalidade. É interessante destacar que, nos últimos 20 anos, excetuados os dois anos de pandemia de COVID-19, se observa um aumento progressivo no número de hospitalizações por bronquite viral aguda, tanto em emergências como em UTI pediátricas. Esse fenômeno é observado inclusive em países desenvolvidos que dispõem de excelente infraestrutura assistencial e grande facilidade de recursos.



Prof. Dr. Jefferson P. Piva

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

A primeira tentativa de imunizar lactentes contra o VSR ocorreu nos anos 60, sendo realizada com três doses de vírus inativado. Além de induzir a uma pobre produção de anticorpos neutralizantes, o grupo de crianças vacinadas apresentou pior evolução clínica (maior necessidade de internações e maior mortalidade) durante o surto de VSR no inverno de 1966-1967. Frente a estes resultados frustrantes, a ideia de produzir uma vacina anti-VSR parecia ser uma utopia, mas (felizmente) não foi abandonada por completo.

Baseados na tecnologia e conhecimentos adquiridos com a produção de vacinas durante a epidemia de COVID-19, pesquisadores associados ao laboratório Pfizer desenvolveram a vacina bivalente VSR prefusão F (RSVpreF), para ser administrada em gestantes, visando a produzir IgG específicas que seriam transferidas pela placenta e protegeriam o recém-nascido nos primeiros seis meses de vida. Os resultados preliminares de estudo placebo controlado envolvendo mais de 7.000 gestantes de 18 países diferentes foram publicados recentemente (1). Observou-se que os bebês do grupo de gestantes que recebeu dose única IM da vacina RSVpreF entre 24 e 36 semanas de gestação, houve redução significativa na necessidade de internação hospitalar pelo VSR quando comparado ao grupo placebo. Os pesquisadores destacam que diferentemente da vacina com vírus atenuado, a vacina RSVpreF induz rápida e elevada produção de anticorpos (IgG), sendo que $\frac{3}{4}$ destes são transferidos ao feto até o final da gestação. Adicionalmente, não foram observadas reações adversas relevantes associadas à vacina. Entretanto, em estudo similar envolvendo a vacina anti RSV do laboratório GSK foi detectado um aumento de partos prematuros no grupo de mães vacinadas. (2) Este e outros possíveis desfechos adversos necessitam de análise mais detalhada em função dos diversos fatores de confusão associados.

Mesmo que ainda estejamos frente a resultados preliminares e sujeitos a comprovação, tais achados permitem uma boa dose de otimismo, pois, abre-se nestes estudos a perspectiva da redução de milhares de internações hospitalares por bronquiolite viral aguda em todo mundo. De outro lado, conhecendo a fragilidade da infraestrutura assistencial pediátrica instalada em nosso país, vislumbramos que aquela enorme afluência de crianças com intenso sofrimento respiratório para serem atendidas em UPAS ou emergências pediátricas superlotadas e, muitas delas, transferidas em ambulâncias precárias para UTI pediátricas distantes, torna-se-ão imagens do passado.

A se confirmarem estas possibilidades, a nova vacina anti-VSR poderá entrar para a galeria dos grandes avanços da medicina. Neste sentido, deve-se saudar a perseverança de cientistas e pesquisadores nessa luta que dura mais de seis décadas e, finalmente, poder modificar a história e evolução das infecções por VSR em nosso planeta. Aguardaremos com otimismo as próximas publicações nesta área.

Leitura Complementar

1. Kampmann B et al. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. *N Engl J Med* 2023 Apr 20;388(16):1451-1464. doi: 10.1056/NEJMoa2216480.
2. GSK provides further update on phase III RSV maternal vaccine candidate programme. <https://www.gsk.com/en-gb/media/press-releases/gsk-provides-further-update-on-phase-iii-rsv-maternal-vaccine-candidate-programme/>.

“Baseados na tecnologia e conhecimentos adquiridos com a produção de vacinas durante a epidemia de COVID-19, pesquisadores associados ao laboratório Pfizer desenvolveram a vacina bivalente VSR prefusão F (RSVpreF), para ser administrada em gestantes, visando a produzir IgG específicas que seriam transferidas pela placenta e protegeriam o recém-nascido”



Editorial

Marcadores de qualidade e segurança nas publicações científicas

A qualificação profissional passa pela constante atualização e, para isto, existem as publicações científicas que pretendem difundir novos conhecimentos. Por sua vez, também há uma pressão grande dos centros universitários internacionais e dos diversos órgãos de financiamento de pesquisa para que os profissionais vinculados à Academia publiquem. Em função disto, surgiu a necessidade de que se definisse a relevância e respeitabilidade das publicações, assim como a qualificação dos autores e as suas condutas éticas.

Esse texto tem como objetivo trazer alguns conceitos básicos aplicados às publicações científicas para entendermos o mundo editorial atual.

Fator de Impacto e CiteScore

Os periódicos científicos, a princípio, possuem dois clientes: os leitores e os autores. O objetivo dos leitores é ter acesso a artigos metodologicamente bem desenvolvidos que possam auxiliá-los nas suas práticas clínicas ou nas suas atividades de pesquisa. Por outro lado, o objetivo dos autores é ter uma ampla divulgação das suas pesquisas e ter uma publicação em periódicos considerados importantes no cenário internacional.

Em todas as especialidades médicas, identificamos periódicos importantes que não necessitariam de nenhum indexador para que os leitores e autores reconheçam sua relevância no cenário internacional. São publicações tradicionais, algumas centenárias, que historicamente publicaram artigos de grande impacto na prática médica. Da mesma forma, identificam-se em vários países periódicos médicos que influenciam a atividade médica na sua região. Por outro lado, com a crescente profusão de novos periódicos sem a devida tradição acadêmica, surge a dúvida do leitor: como avaliar a real contribuição (relevância) desses novos periódicos na Ciência atual?

Os parâmetros mais utilizados na atualidade para medir a importância de uma publicação científica são o Fator de Impacto e o CiteScore.

O Fator de Impacto é obtido através da divisão do número de citações naquele ano (identificados na base de dados da Web of Science) de artigos publicados nos últimos 24 meses por determinada revista dividido pelo número total de artigos publicados nos últimos dois anos nesta revista. Por exemplo, o fator de impacto de 2019 da revista Y é o número de



Dr. Renato S. Procianoy
Membro Titular da cadeira
n. 11 da Academia Brasileira
de Pediatria

“como avaliar a real contribuição (relevância) desses novos periódicos na Ciência atual?”

citações identificados em 2019 de artigos publicados entre 2017 e 2018 na revista Y dividido pelo número total de artigos publicados em 2017 e 2018 pela mesma revista. A base de dados Web of Science inclui em torno de 11000 publicações e só leva em consideração os artigos citáveis (artigos originais e de revisão).

O CiteScore é medido da mesma forma que o Fator de Impacto, utilizando um período dos últimos quatro anos ao invés de dois anos. A base de dados utilizada é a base de dados do Scopus, que inclui mais de 23.000 publicações e leva em consideração todos os documentos indexados (artigos, revisões, cartas, notas, editoriais, artigos de conferências).

O Fator de Impacto e o CiteScore são medidos anualmente e divulgados nos seus respectivos sites. O Fator de Impacto é divulgado no site Web of Science no item JCR (Journal of Citation Reports) que é um site de acesso limitado e o CiteScore no site do Scopus.

O Fator de Impacto e o CiteScore são índices que medem a importância dos periódicos científicos no universo científico. O periódico com maior número de citações pressupõe uma maior repercussão (respeitabilidade) daquela publicação no cenário internacional. Esses índices não deveriam ser utilizados para avaliar a importância de um pesquisador. O fato de que um autor publicado numa revista com alto Fator de Impacto ou alto CiteScore não significa que o seu artigo seja excepcional. Há artigos publicados em periódicos com alto Fator de Impacto ou CiteScore que não foram referenciados uma única vez.

Por sua vez, quando um autor escolhe um periódico para publicar, ele deve ter em mente qual a população alvo do seu artigo. Nem sempre a população de leitores de uma revista com maior fator de impacto é, necessariamente, a população que o autor quer alcançar. Por exemplo, um neonatologista pode ter mais interesse de publicar um artigo numa revista de Pediatria do que numa revista de Cardiologia geral, mesmo que o artigo seja sobre canal arterial e o fator de impacto da revista cardiológica seja maior, uma vez que ele tem interesse que pediatras leiam o seu artigo e estes, em geral, não leem um periódico de Cardiologia geral.

Índice h

A qualificação acadêmica de um autor quanto à contribuição na sua área de conhecimento é avaliada pelo número de publicações que ele possui dentro da sua área de expertise. Para isto, os autores são avaliados e medidos pelo índice h que relaciona o número de publicações científicas com o número de suas citações, tornando-se um parâmetro avaliativo de um autor. Por exemplo, um autor tem índice $h=20$ quando seus 20 artigos mais citados tiverem pelo menos 20 citações cada um. Esta é uma forma mais adequada de medir a importância da produção científica de um pesquisador. Um determinado autor pode ter publicado inúmeros artigos, mas, se foram muito pouco citados terá um índice h baixo. Outro autor pode ter publicado um menor número de artigos, mas que foram muito citados, o seu índice h será alto. A produção científica deste segundo autor, embora numericamente menor, tem maior relevância acadêmica do que do anterior. Desta forma, diríamos que o segundo autor tem mais relevância na área de conhecimento que o primeiro.

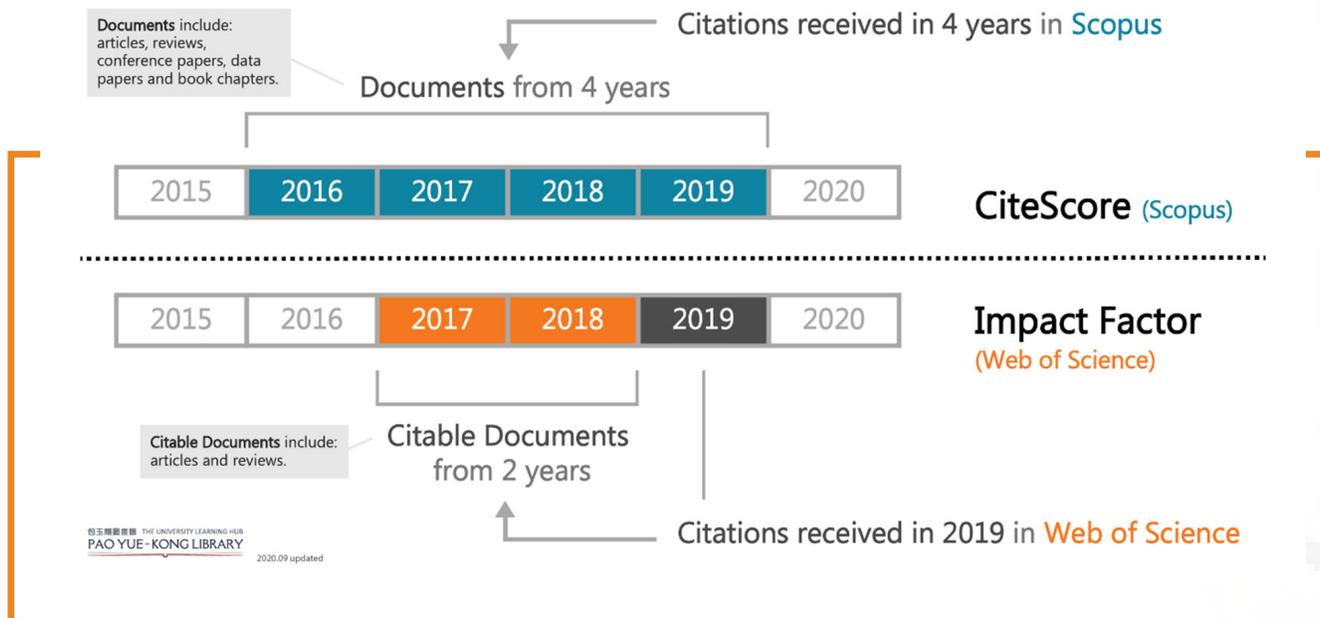


Figura 1. Diferença entre Fator de Impacto e CiteScore In. <https://libguides.lb.polyu.edu.hk/journalimpact/citescore>. Acessado em 20 de abril 2023.

Todos os sites que calculam métrica das publicações científicas também calculam o índice h dos autores. O índice h de cada autor variará conforme plataforma que está calculando o indexador, uma vez que a base de dados utilizada não é e mesma.

DOI

O DOI, Digital Object Identifier (Identificador de Objeto Digital), é um padrão de números e letras que identificam publicações. Ele faz essa identificação exclusivamente em ambiente virtual, dando ao objeto singularidade e permanência reconhecida na web. É a certidão de nascimento de um artigo e o seu localizador no ambiente virtual.

O DOI costuma ter uma boa localização: logo na capa ou embaixo do título da publicação. Nos artigos científicos, o DOI costuma ficar no cabeçalho ou nas notas de rodapé.

ORCID (Open Researcher and Contributor ID)

O ORCID é um código alfanumérico de 16 caracteres usado para identificar pesquisadores e autores acadêmicos, sendo exigido na maioria das publicações científicas. Ele foi criado para diferenciar pesquisadores com nomes semelhantes (evitar ambiguidade), sendo também muito útil quando o nome do pesquisador é alterado (p.ex.: pelo casamento ou divórcio). Pelo ORCID ocorre atualização do currículo porque informações sobre publicações e produções científicas que utilizem o código são atualizadas automaticamente. Outra vantagem é que o registro tem validade internacional.

Critérios de autoria

Existe um Comitê de Ética em publicações científicas, COPE (Committee on Publication Ethics), que normaliza as condutas éticas das publicações.

Para evitar que pessoas que não participaram de estudos tenham seus nomes acrescentados como autores de artigos simplesmente porque são chefes de Serviços ou Departamentos, foi criado e divulgado os critérios de autoria de artigos. A grande maioria das revistas solicita que os autores divulguem qual o papel de cada autor na elaboração do artigo a ser publicado.

Os critérios de autoria são: 1. contribuição substancial na concepção e projeto, ou aquisição de dados, ou análise e interpretação dos dados; 2. escrever o artigo ou revisá-lo criticamente e 3. aprovação da versão final a ser publicada.

Ferramentas que detectam plágio ou duplicidade de publicações

Atualmente, há várias ferramentas disponíveis para verificar a duplicidade de publicações científicas. Uma das mais frequentes é

“O DOI, Digital Object Identifier (Identificador de Objeto Digital), é um padrão de números e letras que identificam publicações. Ele faz essa identificação exclusivamente em ambiente virtual, dando ao objeto singularidade e permanência reconhecida na web.”

o “Turnitin” (www.turnitin.com), que é amplamente utilizado por instituições acadêmicas para verificar plágio e duplicidade de publicações. No entanto, o Turnitin é uma ferramenta paga e pode não ser acessível a todos. Outra ferramenta gratuita que pode ser usada para este fim é o “iThenticate” (www.ithenticate.com), que é especificamente projetado para publicações acadêmicas e científicas. Ele oferece um período de teste gratuito, mas requer uma assinatura para uso permanente. Além disso, algumas revistas oferecem seus próprios serviços de verificação de duplicidade, como o recurso “CrossCheck” fornecido pela Elsevier (www.elsevier.com/solutions/scopus/how-scopus-works/content/cross-check). Essas ferramentas mostram qual a porcentagem de plágio ocorreu no artigo e de onde foi plagiado cada item. Desta forma, o editor tem a possibilidade de avaliar a importância do plágio e se o artigo deve ser recusado por plágio ou não. Existem alguns lugares comuns em artigos que sempre irão aparecer como plágio, por exemplo, testes estatísticos.

Em última análise, este conjunto de ferramentas visam a oferecer aos leitores marcadores que permitam um juízo muito mais apurado sobre a qualidade de informações que recebem nas diversas revistas científicas disponíveis.

Memória

As Obras Sociais de Irmã Dulce e sua trajetória na Pediatria da Bahia

As Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) nasceram no dia 26 de maio de 1959, tendo como sua fundadora a Santa Dulce dos Pobres. A história de vida do Anjo Bom da Bahia traz o legado de Amar e Servir.

Atualmente, a organização conta com 21 núcleos que prestam assistência à população de baixa renda nas áreas de Saúde, Assistência Social, Pesquisa Científica, Ensino em Saúde, Educação e na preservação e difusão da história de sua fundadora.

No Complexo Roma, temos 727 leitos hospitalares para o atendimento de patologias clínicas e cirúrgicas. Desses núcleos, 19 apresentam atuação no campo da Saúde, a exemplo do Hospital Santo Antônio, Centro Geriátrico, Hospital da Criança, Unidade de Alta Complexidade em Oncologia, Centro de Acolhimento à Pessoa com Deficiência, Centro Especializado em Reabilitação e do Centro de Acolhimento e Tratamento de Alcoolistas. Somente no Complexo Roma são contabilizados por ano cerca de 2,2 milhões de procedimentos ambulatoriais.

As crianças e os adolescentes foram uma preocupação especial da Irmã Dulce, tanto do ponto de vista educacional como de assistência à saúde física e espiritual. A Irmã Dulce criou o CESA, Centro Educacional Santo Antônio, que oferece ensino fundamental e noções de profissionalização, a exemplo da panificação, tendo criado a logomarca “Dulce e Natura”, e a unidade para os portadores de deficiência e, posterior à sua morte, foi fundado o núcleo hospitalar, Hospital da Criança, substituindo as enfermarias de Pediatria.

Inaugurado em dezembro de 2000, com 102 leitos, 10 deles destinados a atender crianças graves no Centro de Terapia Intensiva (CTIP), o Hospital da Criança (HC) oferece assistência médico-hospitalar humanizada, seguindo os princípios defendidos por Irmã Dulce. Foi o primeiro centro de saúde na Bahia a atender a todas as exigências do Conselho Nacional de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente (Conanda) sobre os direitos da criança e do adolescente hospitalizados – texto oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria e transformado em resolução de número 41 em 17 de outubro de 1995 – entre eles: o direito a ter a mãe como acompanhante durante todo o período de internação; programas como a Escola no Hospital, dando às crianças a oportunidade de continuar seus estudos durante o período de internamento; o programa de Combate aos Maus Tratos, que identifica casos de violência contra a criança e o adolescente; além da área de lazer, solarium e a brinquedoteca, que passou a ser chamada de Clube da Família, onde os pais de pacientes hospitalizados são acompanhados por uma equipe multidisciplinar e podem usar o tempo da família para a prática de lazer, artesanato, terapia da imagem, enquanto os filhos brincam, reforçando a convivência familiar. É também nesse espaço que recebem informações sobre puericultura e medicina preventiva.



**Dra. Célia Maria
Stolze Silvano**

Coordenadora do Programa de
Residência Médica e Internato em
Pediatria da OSID/HC

“As Obras Sociais Irmã Dulce (OSID) nasceram no dia 26 de maio de 1959, tendo como sua fundadora a Santa Dulce dos Pobres. A história de vida do Anjo Bom da Bahia traz o legado de Amar e Servir.”



O Programa de Atenção às Crianças e Adolescentes Vítimas de Maus Tratos foi implantado em 1998, com o treinamento dos profissionais para a identificação dos casos. Em 2001, o programa recebeu o apoio da Prefeitura de Treviglio (Itália) e ajudando nas pesquisas com o público atendido, o Hospital da Criança se destaca pela sua atuação frente a violência contra a criança e o adolescente.

Dentre ações, publicou a Caderneta de Saúde da Criança, em 1991, sendo uma das cadernetas usadas como exemplo, dentre outras, para o Ministério da Saúde idealizar a Caderneta de Saúde do Brasil.

A interação com a comunidade foi pensada em todas as suas ações, muitas vezes esteve presente na comunidade dos Alagados, nas ilhas, quer seja para controlar e identificar uma nova zona de doença endêmica ou retratar o perfil nutricional ou vacinal da população-alvo.

O ensino médico é realizado com o internato de três escolas médicas de Salvador, e seu programa de residência tem um desempenho reconhecido; hoje possui um grupo de professores que atuam em Pediatria Geral, Terapia Intensiva, Reumatologia, Cardiologia, Nefrologia, Gastroenterologia, Hematologia, Neurologista, Cirurgia Pediátrica, dentre outras especialidades que atendem a criança do período neonatal tardio até a adolescência.

A cada ano são discutidos novos programas. Crescer e continuar amando e servindo: essa é a lição que aprendemos com a Santa Dulce dos Pobres e será sempre o nosso propósito.

“A Irmã Dulce criou o CESA, Centro Educacional Santo Antônio, que oferece ensino fundamental e noções de profissionalização, a exemplo da panificação, tendo criado a logomarca “Dulce e Natura”.”





Entrevista

O Boletim da Academia Brasileira de Pediatria conversou com

Dra. Nubia Mendonça

“Pediatria é o máximo, pode ter certeza que é.”



Accesse e assista à entrevista.

O Boletim da Academia Brasileira de Pediatria (ABP) conversou com a Dra. Nubia Mendonça, Membro Emérito da cadeira nº 14 da ABP, que falou um pouco sobre sua vida, oportunidades na carreira e como ingressou na área de Oncologia Pediátrica. Confira a entrevista!

Doutora Nubia, gostaríamos de começar nossa conversa, que será compartilhada com milhares de pediatras, pedindo que nos fale um pouco sobre sua infância.

Nasci em Ilhéus, em 1944, de uma família tradicional da cidade. Tive uma mãe muito rigorosa. Na realidade, eu era uma menina alegre, feliz, muitíssimo amada e que teve uma educação muito rigorosa, e minha mãe prezava muito todos os bons valores de uma família e me passou isso junto com meu pai.

Então, eu tinha disciplina para tudo, eu acordava às 06h, mas eu tinha que estudar logo cedo piano e acordeon. Depois eu ia para a escola, voltava, almoçava, ia para a banca, voltava, ia para a aula de inglês e piano e, quando dava das 18h às 19h, eu brincava um pouquinho e ia dormir. Pronto. Então, foi uma infância dessa maneira, aos 10 anos, meu pediatra achou que eu estava estressada e minha mãe me levou para estudar no Rio, no Colégio Interno, Colégio Regina Celli, onde eu fiquei até os 12 anos. Mas, lá, ela também pagava à parte para eu fazer piano, acordeon e inglês. Então, foi a minha infância. Mas eu brincava, tinha minhas amigas, fazia cozinhado, que era como a gente chamava, enfim, coisas de criança normal.

A senhora acha que sua infância, com esse senso de responsabilidade desde muito cedo, influenciou a sua carreira e as suas decisões profissionais, por exemplo?

Não tenho a mínima dúvida. O exemplo que eu recebi de meus pais, de união, de companheirismo, de honestidade, tudo isso, eles calcaram muito bem na minha cabeça. E foi com isso que eu cresci e sempre priorizei o estudo. Eu sempre priorizei o estudo, que estava sempre acima até da minha vida pessoal.

Como surgiu a ideia de ser médica?

Minha mãe contava que desde quatro, cinco anos de idade eu dizia que seria médica. Ela sempre me disse isso desde pequena. E eu me lembro que com meus primos, eu tinha muitos primos e tenho muitos deles ainda, nós brincávamos de médico e paciente. De examinar, de dar injeção. As brincadeiras sempre tinham isso, mas na realidade, eu não tenho essa lembrança tão forte. Mas eu sei que, quando estava com 14 anos, ainda em Ilhéus, em que eu tinha que decidir entre fazer o curso científico e o clássico, naquela época era assim, minha mãe me levou até o colégio e na porta ela me disse: “Vá, escolha o que você quiser”. Eu entrei e disse: “Eu quero fazer científico”. Voltei para ela e disse: “Eu vou fazer Medicina”. Ela me disse: “Pronto! Agora, você, querendo ou não, vai ter que ser formar em Medicina”, e eu entrei em Medicina. Jamais me arrependi um dia sequer da minha vida. Eu acho que foi a carreira que estava traçada para mim.

Como se deu a sua escolha pela Pediatria?

Eu fiz Medicina na Escola Bahiana de Medicina em Salvador. E quando eu estava lá, eu não sabia o que faria. Honestamente, não sabia. Então, eu era muito boa aluna, era a primeira aluna de turma. Eu me dedicava muito a cada matéria, imaginando se eu teria uma afinidade. Os anos foram passando, quando eu estava no sexto ano de Medicina, em junho, faltando seis meses para me formar, eu fui a um Congresso Brasileiro de Pediatria, em Brasília, convidada por uma amiga que se tornou

minha comadre, a Marli Piva. Ela era um ano mais adiantado do que eu. E, lá, eu conheci o professor Fernando da Nóbrega, que estava com sua equipe da Escola Paulista de Medicina. Entre esse grupo, tinha o Dr. Jamal Wehba e ficamos amigos. Conversávamos muito e ele falava muito de Pediatria. Ele era residente do terceiro ano, mas ele era enorme. E eu me lembro de uma cena em que ele pegava a mão e mostrava aquela mão grande, como se tivesse um recém-nascido deitado na mão dele, que foi uma coisa que me impressionou tanto. Isso foi em junho. No dia 3 de setembro, faltando exatamente três meses pra me formar, eu me formei em 3 de dezembro, eu acordei, botei o pé no chão e disse: “vou fazer Pediatria”. Então, o único responsável de eu ter feito Pediatria é o Dr. Jamal Wehba, e ele sabe disso.

Em relação ao Pronto-Socorro Pediátrico de Salvador, quais são as lembranças mais marcantes que a senhora tem desse período?

O pronto-socorro pediátrico foi o primeiro lugar que eu trabalhei como médica. Quando eu voltei de São Paulo, a Delfina Vieira, que é pediatra e depois foi ser minha comadre, entrou de férias e me indicou para substituí-la. Eu já tinha trabalhado no pronto-socorro pediátrico quando estudante, porque eu admirava muito o Dr. José Américo Fontes e trabalhava no plantão dele e ficava encantada com a maneira de ele atender as crianças e as famílias. Então, eu fui para o Pronto-Socorro Pediátrico, e os sexto-anistas de Medicina passavam por lá fazendo estágio e eu comecei a discutir casos, dar aulas e fazer aquelas obrigações do internato com esses jovens que são meus amigos até hoje. E, então, foi aí que eu comecei a minha carreira acadêmica e vi que gostava daquilo. E foi um período muito bom. A gente só cuidava de criança pobre, né? E foi um período para mim de muito aprendizado, aprendizado de amizades, aprendizado de Medicina. Foi muito bom.

E sobre a Oncologia Pediátrica, por que e como surgiu esse encontro?

Bom, eu voltei para a Bahia em dezembro de 72 e, em abril de 73, o Dr. Jorge Bahia de Carvalho, que era o diretor do Hospital Martagão Gesteira, me convidou para trabalhar lá sendo preceptora de médicos residentes. Eu trabalharia no turno da tarde. Eu aceitei e fui para lá. No primeiro ano, só tinham quatro residentes. A partir daí, teve um número bem maior e eu tive que estudar muito porque o Martagão Gesteira era e ainda é um grande hospital pediátrico da Bahia. Recebia dezenas de ambulâncias por dia, trazendo crianças de todo o estado da Bahia, com todo tipo de patologia. E eu tinha que estar preparada para discutir com os médicos residentes e para poder orientá-los também.

E, isso de 73 a 76, eu via que chegavam crianças com câncer, porque nós olhávamos todas as crianças que tinham sido admitidas no dia anterior. E eu me impressionava com o número de crian-

ças que chegava. Quem cuidava delas era o Dr. Roque Andrade, que é oncologista clínico. Eu dizia para os residentes para procurarem o Dr. Roque para que ele visse as crianças, para saber qual é o diagnóstico, como é que faz o diagnóstico, como é que trata, qual é o prognóstico. E o tempo foi passando. Eu cheguei a conhecê-lo, mas sem ter intimidade. Até que um dia era o aniversário do Dr. Jorge Mário de Carvalho, em 1986, 6 de junho, nós estávamos na biblioteca fazendo um lanche e ele me disse: “Você não quer fazer Oncologia Pediátrica, não?”. Eu respondi: “Como é que eu vou fazer se eu não sei nada?”. Ele pediu ao Dr. Jorge que me liberasse três meses para fazer um estágio. O Dr. Jorge achou muito tempo, aceitou por dois meses. Fui para Buenos Aires, para o Hospital de Niños, onde eu tenho um grande amigo, o Dr. Luiz Beco, que era professor de Patologia. Então, a Oncologia Pediátrica caiu assim no meu colo e eu aceitei o desafio.

Eu ficava fascinada quando eu via aquelas crianças, quando como eles chegavam no hospital bem debilitados e, logo com o tratamento, eles já começavam a melhorar. Eu não tive uma grande formação na minha residência porque a gente recebia pacientes, mas não era naquela quantidade que tinha no Martagão. Eu via crianças com tumor abdominal, com leucemias e linfomas, mas eu não tinha estudo. Eu comecei a realmente estudar em Buenos Aires, que eu tive muita sorte, entre outras coisas, porque todos os médicos civis ficaram doentes, então fiquei sozinha atendendo falando portunhol. Mas foi bom. Eu aprendi muito com isso. Muito. Quando eu voltei, Roque entregou o serviço e o Dr. Jorge me colocou como chefe de serviço. E aí nós tocamos o Centro de Oncologia Infantil do Hospital Martagão Gesteira. Então, muito me orgulho.

Aproveitando que a senhora já falou, doutora, sobre a temporada em Buenos Aires, há também um período passado na França. A senhora pode falar sobre isso?

Sim, em Buenos Aires, eu fiz dois meses, então eu passei a ser chefe de serviço com muito

pouco tempo de estudo, mas existia o Hospital Gustavo Rossi, é o maior centro de câncer da Europa, fica na cidade de Genevieve, que é vizinha a Paris e que tinha o maior serviço de Oncologia Pediátrica da Europa. Era chefiado pela doutora Odile Schweisguth, que foi a fundadora da Oncologia Pediátrica na Europa, e o cunhado, Dr. Jorge, era o ministro da Saúde. Então, eu me candidatei a uma bolsa e consegui essa bolsa no Gustavo Rossi. Eu era paga pelo governo francês e eu fiquei um ano. Aí é que realmente eu fui fazer a especialização. Foi um período extraordinário porque o serviço era imenso, tinha todo tipo de paciente e tinha a discussão de casos diariamente, visita de enfermagem, de ambulatório e quando eu ficava lá até tarde, o professor era o último a sair e eu saía junto com ele. Então, foi um ano maravilhoso. A partir daí é que realmente eu achei que já estava mais preparada para ser oncologista pediátrica. Foi um ano fantástico, maravilhoso, e de muito aprendizado.

E daí voltou pro Brasil, pra Bahia.

Para o mesmo Centro de Oncologia Infantil do Hospital Martagão Gesteira. É claro que já com outra bagagem. Mas eu sempre tive muito apoio do Dr. Jorge na condução, e nós tínhamos o maior serviço do Norte-Nordeste, o Martagão era o que mais recebia casos e quem mais registrava casos nos grupos cooperativos que já estavam sendo formados. A Sociedade Brasileira de Oncologia Pediátrica foi fundada em 1988, então já tínhamos grupos cooperativos e nós éramos quem mais encaminhávamos pacientes aqui de cima do Brasil para cadastro.

Como foi o movimento associativo, a sua trajetória nessas entidades?

Eu também fui convidada, quando eu voltei para cá, pra entrar na Associação Baiana de Medicina (ABM) para fazer parte da diretoria. Mas eu não era uma pessoa conhecida na Bahia, pois, assim que me formei, fui pra São Paulo. Então, eu já comecei o meu lado associativo já com a ABM, que sempre foi conduzida por profissionais, professores, pessoas que gostavam muito daquele tipo de movimento. Tive esse exemplo. Nós íamos por todo o interior da Bahia dando aulas, e aí foi o meu primeiro contato em termos de uma associação de classe. Eu me inscrevi na Sociedade Brasileira de Pediatria e aos pouquinhos eu ia sendo conhecida. Depois, vários presidentes da Sociedade Brasileira de Pediatria me convidaram pra fazer parte dos departamentos e a presidi-los, principalmente de Onco-Hematologia.

O Dr. Nelson Barroso me convidou para ser presidente da Sociedade Baiana de Pediatria. Naquela época, eu fui chapa única, tinha que ganhar, e fui presidente durante dois anos e, ao mesmo tempo, tendo sempre esse cargo de presidente de departamento na SBP. Eu gosto muito de estar perto de outras pessoas, de estar perto de outros pediatras. Era a maneira como eu tinha de conhecer gente. Eu conheci gente do Brasil inteiro graças a esses movimentos,

“minha mãe me levou até o colégio e na porta ela me disse: “Vá, escolha o que você quiser”. Eu entrei e disse: “Eu quero fazer científico”. Voltei para ela e disse: “Eu vou fazer Medicina”.”

porque aí eu era convidada para dar aula, dei aula do Amazonas até o Rio Grande do Sul. Então, cada vez eu ia fazendo mais amizades. Sempre gostei de movimento associativo. Para dizer a verdade, eu não gostava. Eu nunca me meti em sindicato, sendo honesta, mas a associação de classe eu sempre gostei.

Eu sempre fui muito ligada à Sociedade Brasileira de Pediatria e, quando se pensou em formar o que era o chamado Conselho Acadêmico, eu fui. Dr. Nelson Barbosa de novo me indicou. Na época, eram todos aqueles presidentes de sociedade que escolhiam, e era a primeira turma do Conselho Acadêmico. Eu fui aceita e entrei, logo eu sou acadêmica desde a primeira gestão.

A Academia Brasileira de Pediatria passou depois a ter esse nome, e eu continuo meu trabalho muito satisfeita porque temos tido grandes presidentes. Meu querido Mário Santoro, meu querido Jefferson Piva, que são extremamente dedicados e que têm dado um tom muito seguro e muito adequado para as nossas funções.

Diante de todo este cenário associativo da Pediatria no Brasil, qual é o papel da Academia?

Nós não temos nenhuma ingerência na Sociedade Brasileira de Pediatria. A Sociedade Brasileira de Pediatria tem a sua diretoria, mas eu acho que os acadêmicos são modelos para esses mais jovens. Quando eu digo modelos é porque quando a gente vai ficando mais velho, todo mundo vai botando de escanteio. E ali na Aca-

demia você tem alguns dos melhores professores do Brasil, pessoas com quem você pode se aconselhar, que você pode pedir opiniões.

E nós fazemos um Fórum quando tem o Congresso Brasileiro de Pediatria, mas é um fórum, digamos assim, que não vai só falar de Pediatria. A gente vai falar de todo o contexto da criança, da família, da sociedade. Então, eu acho que a gente ainda tem muita coisa a repassar para essas gerações mais jovens que estão vivendo um momento difícil, com tantas escolas médicas no Brasil, formações diferentes.

Eu acho que que esses acadêmicos são exemplos para toda essa plêiade de pediatras que tem pelo Brasil.

Como é ter sua carreira reconhecida com premiações, menções?

Toda vez que eu falo de um prêmio, eu me lembro do professor Nelson Barros, que foi meu chefe quando eu fui professora na Faculdade de Medicina da Bahia. Ele dizia: “Honrarias, a gente não pede, mas não recusa”. Nunca me esqueço dele. Não é que eu ache que eu mereça ou não mereça prêmios. Eu acho que eu fiz o meu papel, o papel que eu me dispus, o papel que jurei em 3 de dezembro de 1968. Eu jurei ser uma boa médica, então eu não precisaria ser premiada. Mas sou. Semana que vem vou receber outro prêmio aqui em Salvador.

Agora mesmo, a Sociedade Internacional de Oncologia Pediátrica está fazendo um almanaque com as mulheres líderes no mundo. Eu sou a única pessoa médica da América Latina. Não sei como eles me escolheram, então eu aceito. Mas eu acho que não teria necessidade porque eu não fiz mais do que a minha obrigação de médica.

Agora a senhora está estudando Gastronomia?

É isso mesmo. Eu sou de uma família de mulheres fantásticas na cozinha. Mas lembre-se o que falei da minha infância, eu só tinha tempo de estudar. Eu me lembro da primeira vez que minha mãe disse que eu ia catar a galinha, quando vi a galinha morta, eu quase desmaiei na cozinha. Mas eu gosto muito de comer. Eu digo todo dia que eu sou gulosa. E gosto de comer bem. E sempre comi bem na minha casa. Eu me aposentei e minha sobrinha morava em Aracaju. Eu resolvi morar lá com minha irmã. Mas lá eu não tinha o que fazer, pois já estava aposentada. Tinha um curso na Faculdade de Gastronomia da Unit e resolvi fazer. Foi uma coisa fantástica porque eu sou curiosa, então eu também me dediquei muito, estudei muito, mas não sou boa cozinheira. Minha irmã diz que sou péssima, mas não sou péssima, sou mais ou menos.

Mas eu gostei muito, porque eu estudei muito, estudei gastronomia do mundo inteiro. A gente tinha matéria de cozinha nordestina, cozinha brasileira, cozinha latino-americana, cozinha europeia, cozinha asiática. E, como eu sou curiosa, eu também fui uma boa aluna, me formei depois disso, ainda fiz uma pós-graduação, achando que era pouco. Nunca me queimei, nunca me cortei, mas gosto.

E hoje em dia eu cozinho um pouco, eu ainda cozinho, eu cozinho só para mim, mas gosto muito de gastronomia. Agora, eu gosto mesmo é de comer.

Fica aquela reflexão que a gente sempre quer deixar para esse jovem pediatra que está ali inseguro, que não tem certeza do que está fazendo ou que quer ter uma carreira importante e que não sabe que passos trilhar. Que conselho a senhora deixa para ele?

Quando eu fui fazer Pediatria na Cruz Vermelha, na Emergência, tinha uma placa escrito assim “Pediatria é, antes de tudo, amor”. E nós tínhamos um preceptor que olhava pra placa e dizia: “que saco”.

Primeiro, você tem que amar a criança e o adolescente, a Pediatria vai até 19 anos, e você tem que saber escutar. Você tem que ter paciência com os pais, principalmente, ou mais com as mães, que são angustiadas quando veem seu filho com febre, com tosse, ficam desesperadas. Então, se você quer ser um pediatra, primeiro você tem que ser um bom pediatra. Eu não gosto quando a pessoa está ainda estudando, diz assim: “Eu vou fazer Nefrologia Pediátrica”, não, vamos fazer Pediatria. Não pense que vai ganhar dinheiro. Pediatra ganha consulta. Então, precisa estudar, saber ouvir e saber olhar para a criança e perceber que a criança não mente. E tem gente que diz que meus pacientes me enganavam, mas não me enganavam, não, porque eu sempre disse que eu nunca duvidei da palavra de uma criança. O adulto mente, diz que está com isso, com aquilo, aquilo outro, até quando quer licença. Mas criança não mente não. Você olha para a criança, você sabe se a criança está chorando de dengo, se está chorando de birra, se está chorando de dor. Você consegue, com sinais que a criança está dando, perceber se é uma criança que realmente que está em sofrimento ou não. Agora tenha paciência realmente para escutar os pais.

Eu fui pediatra por oito anos, depois é que veio a Oncologia Pediátrica. Então, o que eu posso dizer aos jovens é o seguinte: vá fazer Pediatria se você tiver amor à criança, amor aos pais. E também não pense em ficar rico. Eu acho que são os dois conselhos que eu posso dar. Pediatria é o máximo, pode ter certeza que é. Não tenha dúvida.



Dra. Vera Lúcia Vilar de Araújo Bezerra

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

“Achei muito imponente a sua criação e o seu funcionamento. Jamais pensei em pertencer a tão importante Instituição e nunca encaminharia meu curriculum procurando ocupar uma cadeira na Academia”

Coluna Novo Acadêmico

Dedicação à Pediatria Brasileira

Meu nome é Vera Lúcia Vilar de Araújo Bezerra. Nasci em Natal, no Rio Grande do Norte, no ano de 1945, no pós-guerra imediato.

Em 1964, fui aprovada no vestibular para o curso de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e me graduei em 1969. A seguir, cursei Residência Médica em Pediatria na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, campus de Ribeirão Preto (SP), serviço chefiado pelo prof. Dr. Jacob Renato Woiski.

No segundo semestre do ano de 1971, fui para Brasília para trabalhar na Universidade de Brasília. Comecei o meu trabalho no CIAMI (Centro Integrado de Atenção Materno Infantil), serviço idealizado e chefiado pelo professor João Bosco Rennó Salomon. A partir daí, foi fundado o CREN (Centro de Recuperação e Educação Nutricional), o primeiro implantado no Brasil. Este Centro era de excelência e constantemente visitado por renomados professores estrangeiros e foi modelo nacional para todos os centros de recuperação de desnutridos do nosso país.

Foi nesse cenário que comecei minha atividade de docência na Medicina. Em 1971, trabalhei no ambulatório de crescimento e desenvolvimento cuja primeira chefe foi a professora Josenilda Caldeira Brant, que era neonatologista e encaminhava todas as crianças nascidas no Hospital de Sobradinho para acompanhamento ambulatorial. Em 1980, o ensino prático do curso de Medicina da UnB foi transferido para o Hospital do Ipase, hoje, Hospital Universitário de Brasília.

Com a aposentadoria da professora Josenilda, me foi passada a chefia dos ambulatórios de Pediatria e continuei minha atividade de docência no ambulatório de crescimento e desenvolvimento, onde atuo até hoje. Cursei Mestrado na Universidade de Londres e Doutorado na Universidade Federal de São Paulo nas áreas da Nutrição Infantil e de Pediatria.

Sempre me preocupei com a evolução da Pediatria brasileira e, por esse motivo, participava das reuniões que eram convocadas pela Sociedade de Pediatria do Distrito Federal e da qual posteriormente fui eleita presidente por duas vezes, em diferentes períodos. Participei, em várias gestões, de cargos junto à Sociedade Brasileira de Pediatria. Assisti à criação da Academia Brasileira de Pediatria. Achei muito imponente a sua criação e o seu funcionamento. Jamais pensei em pertencer a tão importante Instituição e nunca encaminharia meu curriculum procurando ocupar uma cadeira na Academia.

Fiquei extremamente surpresa quando recebi e-mail da Sociedade de Pediatria do Distrito Federal informando que o meu nome havia sido escolhido para concorrer àquele órgão. Achei que não teria chance, uma vez que estaria concorrendo com pediatras de todo o Brasil e que teriam mais méritos que eu, e não acompanhei o processo. Imaginem a minha surpresa ao receber a notícia de que havia sido a escolhida.

Hoje, sou membro da Academia Brasileira de Pediatria, ocupando a cadeira de número 8, cujo patrono é o médico Augusto Gomes de Mattos (1899-1978).

Sinto-me completamente lisonjeada e cada vez mais sinto a necessidade de trabalhar com todos os confrades e confreriras em prol da Pediatria brasileira.

Cultura e Arte

Projeto Dose de Leitura leva cultura aos hospitais

A necessidade da longa permanência de pacientes e acompanhantes em hospitais pode causar estresse e ansiedade, pois, além da normal preocupação com a saúde, há muitas horas ociosas. Por isso, projetos como o Dose de Leitura são de extrema importância para o ambiente hospitalar por levar cultura e distração.

O escritor Laé de Souza é o idealizador dos Projetos de Leitura, que possuem várias vertentes e públicos, como alunos de escolas públicas, funcionários que recebem cesta básica e ações em parques públicos. Referências no incentivo à leitura, as ações começaram em 1998 e possuem projetos aprovados pelo Ministério da Cultura e apoio de patrocinadores físicos e jurídicos.

O primeiro projeto foi o Encontro com o Escritor, no qual são emprestados livros para as escolas que desenvolvem atividades de leitura e recebem uma palestra de Laé. Daí surgiram ações em outros espaços, como parques, ônibus, praça pública e hospitais. Entre as unidades de saúde, 80 já receberam o Doses de Leitura.

Em entrevista ao Boletim da Academia Brasileira de Pediatria (ABP), Laé, que é poeta, cronista, dramaturgo, palestrante e produtor cultural, conta um pouco sobre sua carreira e os projetos que existem há mais de 20 anos.

Como o senhor iniciou sua carreira na literatura infantil? Os caminhos levaram a ela ou já era uma possibilidade que o senhor pensava desde sempre?

Iniciei como escritor escrevendo crônicas em jornais e com publicações de livros para o público juvenil e adulto. A partir dos meus projetos de incentivo à leitura nas escolas, era solicitado por professores que o projeto atendesse, também, alunos do ensino infantil. Assim, em 2008, publiquei o meu primeiro livro infantil “Quinho e o seu cãozinho – Um cãozinho especial”, criando meus primeiros personagens, que foram o Quinho e o cãozinho Radar. A partir daí, o projeto começou a atender, anualmente, alunos do ensino infantil e juvenil. Hoje, são 15 livros infantis, com o sexto da série Quinho e o seu cãozinho publicado neste ano.

Desde 1998, o senhor mantém o grupo Projetos de Leitura, com o objetivo de fomentar o hábito de ler pelo país. Como começou esse projeto?

Particpei como ator e diretor de grupos de teatro amador levando peças teatrais às escolas. Sentia-me incomodado com o índice de leitura no país, então, com base na experiência de trabalhos nas escolas, percebi a possibilidade de iniciar atividades de formação

*Imagens retiradas do site do projeto.



de leitores entre os estudantes por meio de motivação à leitura. O que começou de forma acanhada deu certo e foi crescendo.

E como ele funciona? As escolas se inscrevem por meio das Secretarias de Educação?

No início do ano, recebemos manifestações de interesse dos municípios em participarem do projeto com as suas escolas. Definidos os municípios, enviamos os livros e materiais necessários ao desenvolvimento do projeto e um manual para o professor coordenar as atividades na escola. Entre as atividades, os estudantes escrevem textos que, ao final do desenvolvimento do projeto, são selecionados os melhores e publicados em uma coletânea lançada anualmente pelo projeto “Ler é Bom, Experimente”. Em 2023, será lançada a 13ª coletânea “As me-

lhores histórias dos projetos de leitura” com sessão de autógrafos dos alunos participantes. Este ano participam estudantes dos municípios de Ubaitaba, Itaquara, Jaguaquara, Caetitê, na Bahia, Icarai de Minas (MG), Itaperuna (RJ), Aracaju (SE), Campo Novo do Parecis (MT), Iperó, Itanhaém e Cananéia, em São Paulo.

Um dos projetos do grupo é o Dose de Leitura, que leva livros para pacientes internados e seus acompanhantes. O Dose de Leitura é para adultos e crianças? Como ele funciona?

Para a realização do projeto, nós fornecemos um carrinho expositor e os livros. A escolha das obras é feita a partir do conhecimento do público atendido pelo hospital. Se infantil, fornecemos quantidade maior de livros infantis e um pouco para adultos destinados a acompanhantes. O projeto é realizado em parceria com a humanização hospitalar que se responsabiliza pela circulação do carrinho no hospital e entrega dos livros para leitura.

Caso alguma instituição de saúde queira participar, o que ela deve fazer?

Ela deve manifestar o interesse pelo e-mail contato@projetosde-leitura.com.br

Para o senhor, qual é o sentimento em ver o surgimento do hábito de leitura nos envolvidos pelos projetos, principalmente as crianças?

É uma satisfação imensa ver o interesse pela leitura como resultado da participação em um dos meus projetos de incentivo à leitura. Vez ou outra, em algum evento, encontro pessoas que declaram ter se tornado leitor após participar de um projeto. Isto me leva a crer

“O primeiro projeto foi o Encontro com o Escritor, no qual são emprestados livros para as escolas que desenvolvem atividades de leitura e recebem uma palestra de Laé.”

que se tivéssemos mais projetos de incentivo à leitura, teríamos mais leitores. Hábito e prazer que deve ser despertado nas crianças para que se tornem leitores.

Quais são os próximos projetos do grupo?

O planejamento é aumentar ações de incentivo à leitura nas escolas, principalmente com estudantes do ensino infantil.

*Imagens retiradas do site do projeto.





Dra. Nubia Mendonça

Membro Emérito da cadeira n. 14 da Academia Brasileira de Pediatria

Acadêmicos em Destaque

Pediatra recebe Medalha do Mérito Científico

No último mês de abril, o Rotary Club da Bahia concedeu a Medalha do Mérito Científico à pediatra Dra. Nubia Mendonça. Membro Emérito da cadeira n.º. 14 da Academia Brasileira de Pediatria, Dra. Nubia Mendonça foi reconhecida e homenageada em razão de suas contribuições em prol da saúde, principalmente a infantil, da população do estado.

Professor Dr. Navantino Alves Filho é reconhecido por sua contribuição na formação de novos médicos

O professor Dr. Navantino Alves Filho, membro Titular da Cadeira n.º. 17 da Academia Brasileira de Pediatria, recebeu homenagem da Faculdade Educacional Lucas Machado e a Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais pela sua dedicação e seu comprometimento nos serviços prestados ao Departamento de Saúde da Criança e do Adolescente, contribuindo significativamente para a formação dos discentes das instituições de ensino.



Dr. Navantino Alves Filho

Membro Titular da Cadeira n. 17 da Academia Brasileira de Pediatria



No site da Sociedade Brasileira de Pediatria, estão disponíveis informes para os associados, calendário de eventos, cursos, podcasts e muitos mais.

Esteja mais perto da SBP!

Acesse: <https://www.sbp.com.br/>





Dr. Nelson Rosário Filho
Membro Titular da Cadeira n. 27 da
Academia Brasileira de Pediatria

“Na maioria dos pacientes, o RSV resulta em infecção do trato respiratório provocando sintomas semelhantes aos do “resfriado comum””

Ciência e Ensino

Alergia e doenças de inverno

Com a chegada da estação fria do ano, as infecções respiratórias se tornam causa frequente de consultas pediátricas. Infecções de vias aéreas superiores (IVAS) de natureza viral predominam e muitas vezes são seguidas de complicações bacterianas, como otites médias e sinusites. A pesquisa de agentes virais nas secreções respiratórias foi introduzida em laboratórios clínicos permitindo a identificação de vírus respiratórios como VSR (Vírus Sincicial Respiratório), rinovírus, influenza, entre outros.

Na maioria dos pacientes, o RSV resulta em infecção do trato respiratório provocando sintomas semelhantes aos do “resfriado comum”, que podem durar até duas semanas e geralmente são autolimitados. A infecção por RSV pode resultar em comprometimento do trato respiratório inferior, causando morbidade e mortalidade consideráveis em certas populações de pacientes, como lactentes e idosos.(1)

A bronquiolite viral aguda (BVA) é uma afecção sazonal caracterizada por obstrução das pequenas vias aéreas em lactentes. A doença tem habitualmente seu curso natural, mas em alguns casos ocorrem complicações que levam estas crianças a períodos de hospitalização com elevada morbidade e dependência de oxigênio suplementar para manutenção de saturação de oxigênio satisfatória. Contudo, há muita controvérsia sobre o tratamento da BVA que, além de oxigenioterapia, fisioterapia respiratória, hidratação e suporte nutricional, medidas como corticoterapia e uso de broncodilatadores são pouco eficazes. Alguns serviços usam inalação com solução salina hipertônica para melhorar a eliminação de secreções e alívio da obstrução bronquiolar.

Atualmente, estamos participando de um estudo intervencional de Fase 3, randomizado, duplo-cego, controlado por placebo, projetado para avaliar a eficácia e segurança de medicamento experimental EDP938 por via oral em lactentes e crianças (≥ 28 dias a ≤ 3 anos de idade) com infecção comprovada por RSV, o que pode abrir nova possibilidade terapêutica.

Na prevenção de infecção pelo RSV há imunização passiva com palivizumabe e, para ser introduzida em breve, imunização ativa em crianças, com vacinas dirigidas à proteína F de fusão das partículas virais às células epiteliais. Há estudos também com imunização de gestantes no último trimestre de gravidez para prevenir doença na criança. (2)

Outra população de risco para morbidade na infecção por RSV são os idosos. Estudo recente demonstrou a eficácia e segurança da vacina contra a doença respiratória aguda associada ao RSV em adultos com mais de 60 anos de idade. (3)

Há 154 estudos de vacinas e biológicos para RSV listados em clinicaltrials.gov de diversos fabricantes cujos resultados são aguardados.

Nessa estação do ano, os pacientes alérgicos sofrem por apresentarem crises na vigência de infecções virais respiratórias, pela variação brusca de temperatura ambiente, por aumento da distribuição de poluentes atmosféricos nas inversões térmicas e por maior exposição a aeroalérgenos no ambiente domiciliar.

Há uma relação entre infecção por RSV e o desenvolvimento de asma. (4) Gern & Busse sugeriram duas hipóteses para esta relação. A primeira, a infecção pelo RSV interferiria no desenvolvimento normal dos pulmões e em sua maturação imunológica, favorecendo a sibilância recorrente. Pela outra hipótese, infecção pelo VSR seria o estímulo para a sibilância em crianças predispostas, por susceptibilidade genética (pais com asma) ou por alteração da função pulmonar. (5,6)

Cerca de metade das crianças infectadas por RSV desenvolve sibilância recorrente.

Crianças nascidas prematuras em países de baixa e média renda correm maior risco de infecções respiratórias em comparação com crianças nascidas a termo. Isso destaca a necessidade de estratégias preventivas, incluindo a imunoprofilaxia do RSV. (7)

Outro vírus que é desencadeante de crises de asma é o rinovírus humano (HRV), agente etiológico do resfriado comum. Metapneumovirus, coronavirus, parainfluenza e influenza são outros comuns em coinfeções. (8)

Se há algo para prevenir IVAS nesse período do ano, especialmente em lactentes e escolares, a vacina para Influenza é o destaque. Imunização passiva para RSV em populações de risco deve ser proporcionada para reduzir o risco de complicações por RSV. No meio tempo, aguardamos novos recursos profiláticos e terapêuticos para infecções respiratórias virais, o que, além de reduzir a morbimortalidade de doenças respiratórias, pode ser um preventivo de asma para os atópicos.

Leitura Complementar

1. Stein RT, Bont LJ, Zar H, et al. Respiratory syncytial virus hospitalization and mortality: systematic review and metaanalysis. *Pediatr Pulmonol* 2017; 52: 556-69.
2. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I, Simões EAF, Pahud BA, Llapur C, et al. Bivalent Prefusion F Vaccine in Pregnancy to Prevent RSV Illness in Infants. *N Engl J Med*. 2023;388(16):1451-1464.
3. Walsh EE, Pérez Marc G, Zareba AM, Falsey AR, Jiang Q, Patton M, et al. Efficacy and Safety of a Bivalent RSV Prefusion F Vaccine in Older Adults. *N Engl J Med*. 2023;388(16):1465-1477.
4. Blanken MO, Rovers MM, Molenaar JM, Winkler-Seinstra PL, Meijer A, et al. Dutch RSV Neonatal Network *N Engl J Med* 2013;368:1791-9.
5. Gern JE, Busse WW. Relationship of viral infections to wheezing illnesses and asthma. *Nat Rev Immunol* 2002;2:132-8.
6. Chong-Silva DC, Rosario NA. Respiratory syncytial virus: from discovery to treatment. *Virus Reviews and Research*, 2014;19:1.
7. Diggikar S, Paul A, Razak A, Chandrasekaran M, Swamy RS. Respiratory infections in children born preterm in low and middle-income countries: A systematic review. *Pediatr Pulmonol*. 2022;57(12):2903-2914.
8. Jones MH, Escremim de Paula F, Chong D, Bugarin G, Notario G, et al. The burden of single virus and viral coinfections on severe lower respiratory tract infections among preterm infants: a prospective birth cohort study in Brazil. *Pediatr Infect Dis J*. 2014;33(10):997-1003.



“Há uma relação entre infecção por RSV e o desenvolvimento de asma. (4) Gern & Busse sugeriram duas hipóteses para esta relação.”

Homenagem

Uma homenagem ao professor Benjamin

Ruth Guinsburg & Maria Fernanda Branco de Almeida

Disciplina de Pediatria Neonatal da EPM-Unifesp

Programa de Reanimação da Sociedade Brasileira de Pediatria

Rede Brasileira de Pesquisas Neonatos

Para escrever sobre o professor Benjamin, nada como usar as palavras dele mesmo para mostrar, com apenas o começo de sua vida profissional, o seu papel fundador da Neonatologia na Escola Paulista de Medicina e sua influência na Pediatria da nossa Escola e do Brasil. Olhar, por meio da fala de nosso professor, pode dar uma tênue ideia do crescimento da ciência e da prática do cuidado neonatal a partir de meados da década de 1960 e de como a sua liderança moldou o desenvolvimento da neonatologia brasileira. As palavras são retiradas do Banco de Memória e Histórias de Vida da EPM-Unifesp, coordenado pelo professor Dante Gallian, diretor do Centro de História e Filosofia das Ciências da Saúde da Universidade Federal de São Paulo.

Diz o professor Benjamin, “sou descendente de uma família de judeus poloneses. O meu pai chegou aqui no Brasil, se eu não me engano, em 1934, e foi para Marília. Em seguida, ele trouxe minha mãe para o Brasil. Marília era uma cidade que estava apenas começando e, portanto, com quase nenhuma infraestrutura... Tanto é que eu nasci em Campinas; sou de 1936... Tive uma infância boa no sentido de morar no interior. Muito espaço, muita tranquilidade, muita liberdade. Em 1952, terminei o 1º colegial em Marília e vim para fazer 2º e 3º colegiais no Bandeirantes. Fiquei com muito medo de não conseguir acompanhar; foi difícil, tive que estudar muito. E eu vim para São Paulo com a ideia de fazer Medicina. Naquela época tínhamos duas opções: USP e Escola Paulista, que era uma escola nova. Não podíamos prestar nas duas escolas, os vestibulares coincidiam. Então, eu escolhi a Escola Paulista de Medicina.

No sexto ano, fiz o internato de Pediatria; entrei em contato pela primeira vez com crianças e imediatamente eu disse: “Está aí uma coisa que verdadeiramente me atrai, me apaixonou...”. E eu fui o primeiro residente de Pediatria dessa Escola, em 1960. Era muito mais uma Pediatria de clínica, de puericultura. Não havia grandes avanços em termos de patologias, de conhecimento mais aprofundado e, principalmente, praticamente não se faziam trabalhos científicos na área naquela época. Então, eu me lembro de que a Pediatria tinha uma enfermaria muito pequena; se eu não me engano eram apenas três ou quatro leitos... Em 1961, eu passei à assistente voluntário... Mais tarde, a Rockefeller Foundation me contratou e eu passei para “Tempo Integral Geográfico” – como era a nomenclatura na época... Ela contratou uma série de médicos e isso alavancou muito o desenvolvimento da Escola. Foi uma época de muito estudo. Fazia intercâmbio, reuniões e me dedicava muito à Pediatria.



Em 1967, fui a Nova York fazer o Fellow em Pediatria Neonatal, área que eu tinha escolhido. Naquela época, esta área praticamente estava começando em nosso meio. Evidentemente eu fui muito temeroso – naquela época poucas pessoas saíam para intercâmbio, para estudar fora. E foi uma espécie de auditoria externa, porque eu não sabia o meu nível de conhecimento, o quanto a Escola tinha me preparado para ir para um centro desenvolvido como aquele, e eu diria que me orgulho demais da minha Escola porque acompanhei tranquilamente, não tive nenhuma dificuldade de aprendizado, de reconhecer, de conhecer o que eles estavam ensinando. O que foi muito evidente durante aquele estágio era observar a discrepância muito grande que havia entre lá e aqui, em termos tanto de recursos humanos quanto de materiais. Eu me lembro de espantar-me e de ter ficado chocado com a variedade de seringas, agulhas, ver todos aqueles equipamentos descartáveis; uma riqueza! Os estudos, os congressos, tudo com muita facilidade. Então valeu muito nesse sentido! E lá eu desenvolvi e trouxe todo o material para minha tese de doutorado, que defendi aqui em 1968. A tese foi sobre uma

doença respiratória chamada Membrana Hialina, que hoje em dia chama-se “Síndrome do Desconforto Respiratório” e é, ainda hoje, a principal patologia respiratória que se observa em crianças prematuras. Então se estava nos primórdios do seu conhecimento; de qual era a sua histologia; se era uma deficiência de um fator surfactante ou não...

Eu dediquei minha carreira para construir a disciplina Neonatal. Eu tenho impressão que a Escola Paulista foi a primeira escola do nosso meio em ter uma disciplina formal de Pediatria Neonatal. Hoje em dia, no mundo todo, é o setor da área pediátrica, talvez, mais concorrido, mais estudado. Até porque, nesses países desenvolvidos, mortalidade infantil é mortalidade Neonatal. Eu me orgulho muito desta disciplina, seu alto nível científico e ético, dedicação inserção na universidade e comunidade.

A Escola Paulista de Medicina é uma extensão da minha família. A Escola é minha casa, minha vida. Eu costumo dizer que tiramos água de pedra, com todas as dificuldades, com todos os obstáculos nós conseguimos ter uma trajetória belíssima da qual podemos nos orgulhar bastante.”

O professor Benjamin construiu assim uma carreira belíssima, sendo professor titular da disciplina que ele tanto amava entre 1978 e 2006. O professor foi chefe de Departamento da Pediatria da EPM-Unifesp e presidiu a Comissão de Pós-Graduação da Pediatria por 12 anos, moldando gerações de cientistas interessados na área da saúde da criança. O professor teve uma atuação vibrante nas diversas instâncias institucionais, fazendo sempre parte das discussões que tem moldado o caminho da nossa Escola.

“Eu dediquei minha carreira para construir a disciplina Neonatal.”

Vale lembrar que o professor Benjamin também participou ativamente da vida associativa e espalhando sua influência além da Neonatologia, pois foi fundador da Sociedade de Pediatria de São Paulo, presidiu por dois períodos o Comitê de Terapia Intensiva da Sociedade Brasileira de Pediatria, pertenceu ao Departamento de Neonatologia da SBP por quatro períodos, sendo seu presidente em dois deles, foi membro dos Departamentos de Bioética da Sociedade Brasileira de Pediatria e Sociedade de Pediatria de São Paulo e membro do Conselho Curador da Fundação Sociedade Brasileira de Pediatria. Em 2006, foi eleito Acadêmico Titular da Academia Brasileira de Pediatria, ocupando a cadeira n. 10, cujo patrono é o professor Pedro de Alcântara.



Assim, o professor Benjamin soube plantar ideias e estimular os profissionais a dar o seu melhor para o desenvolvimento da ciência e da assistência nas áreas de cuidados intensivos neonatais, seguimento do prematuro e bioética em pediatria. Formou inúmeros discípulos e criou amigos em todos os lugares por onde passou e exerceu sua liderança, que extravasou, em muito, os muros da Escola Paulista de Medicina. Sua atuação nos Departamentos de Neonatologia e Bioética da Sociedade de Pediatria de São Paulo e da Sociedade Brasileira de Pediatria, além da Academia Brasileira de Pediatria, deixou marcas em todos os que conviveram com ele. Marcas de doçura, delicadeza e interesse genuíno pelo próximo, que sempre ficarão em nossos corações.

E nós, docentes, médicos, residentes, todos aqueles que foram e são formados sob a influência desse olhar humanista e generoso do professor Benjamin, consideramos ele um verdadeiro mestre. Por quê? Segundo uma estória recolhida por Martin Buber dos judeus que viviam na Europa Oriental:

Dois sábios conversavam e um deles pediu que o outro lhe dissesse as palavras de seu mestre.

- Os ensinamentos do meu mestre - replicou o primeiro - são como o maná celeste que penetra no corpo e dele não sai.

Como, porém, o segundo insistisse, o primeiro sábio abriu a camisa sobre o peito e exclamou:

- Pois olhai dentro do meu coração! Aprendereis então o que é o meu mestre.

Querido professor Benjamin, se você olhar para nossos corações, você vai se ver em todos eles.



Comissão Científica

Experimentando o futuro no uso da inteligência artificial na formação médica

Como educadora, eu sei que quem forma ao formar se reforma, inventa e se reinventa a cada encontro com os alunos, e que quando nos ocupamos em ensinar estamos de fato aprendendo, mais e sempre. Nos últimos meses, nossa disposição para acolher o novo e assimilar tecnologias foi colocada à prova quando a empresa Open AI permitiu e estimulou o acesso ao seu sistema de língua natural ChatGPT (generative pre-trained transformer).

Como uma pessoa que está sempre procurando por novidades testei o ChatGPT perguntando de uma forma bem-humorada: “Chat, por que minha avó viajou para Marte usando uma roupa de aqualouco e levou meu ursinho de pelúcia?”. Ele ou ela respondeu: “Se você não está me testando, deve estar brincando comigo. Porque não há relato na história de uma ser humano que tenha viajado para Marte, com roupas de banho. Sobre seu urso de pelúcia, não consigo opinar a respeito da decisão de levá-lo na viagem?”

Na sua opinião a explicação foi plausível? A resposta foi elegante? A interação foi cordial? Se você respondeu sim a essas perguntas, talvez como eu esteja se perguntando se há alguém conversando comigo? Porque o ChatGPT mimetiza uma interação humana com rapidez e clareza, em um sistema de geração de texto, a partir de perguntas ou demandas chamadas de “prompts”.

No entanto, suas respostas, embora claras, plausíveis e elegantes, não têm compromisso com a verdade, pois são geradas a partir de um modelo matemático baseado em probabilidade. O Chat analisa uma grande quantidade de dados e transforma palavras em números, prevendo a sequência lógica de palavras em um dado contexto e oferecendo ao usuário um texto coerente, mas não necessariamente verdadeiro.

O ChatGPT nos causou espanto e admiração, mesmo não sendo o primeiro sistema de inteligência artificial com o qual interagimos, pois certamente você assim como eu conhece a Siri e Alexa. A diferença dessa vez foi a abertura para que pudéssemos experimentar livremente o sistema, que foi em poucas semanas acessado por milhões de pessoas, que o testaram e ensinaram, uma vez que sua performance se baseia no feedback que recebe.

Entre outras razões, buscamos conhecer e usar o ChatGPT porque somos naturalmente curiosos, gostamos de informações pré-digeridas, tendemos a tomar como verdadeiro se for plausível e claro e somos sujeitos ao antropomorfismo projetando características humanas aos objetos e animais. Nesse caso, o ChatGPT ganhou um contorno humano, apesar de parecer, não é uma interação humana, mas sim humano-máquina. Parafraseando o escritor José Saramago no seu livro Pequenas Memórias, “naquele tempo o que parecia era, e o que era parecia”, nesse admirável mundo novo!



Dra. Patricia Tempski

Coordenadora do Centro de Desenvolvimento de Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Pediatra, Livre docente em Educação na Saúde

Segundo Clayton Christensen, especialista em inovações disruptivas, uma nova tecnologia para ser assimilada precisa ser fácil de usar, ser acessível e resolver um problema do dia a dia. E ainda para ser realmente disruptiva precisa ter alguma resistência. O ChatGPT é fácil de usar, gratuito (para funções básicas), resolve várias questões do cotidiano de educadores e enfrentou resistências de alguns. Portanto, o ChatGPT e outras ferramentas de inteligência artificial podem se configurar como inovações disruptivas em sala de aula e nas nossas vidas profissionais e pessoais.

A pergunta que educadores têm tentado responder é como essa nova tecnologia pode contribuir com a formação dos futuros médicos?

Tentando responder a esse desafio, o Centro de Desenvolvimento de Educação Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo tem utilizado o ChatGPT como estratégia educacional para a aquisição e desenvolvimento das competências gerais para a educação no século XXI: Comunicação, Colaboração, Crítica e Criatividade.

No que tange a competência de comunicação, o chat pode ser usado como um modelo de escrita clara e sintética, ajudar aqueles alunos com mais dificuldade a começar a construí-los. Além disso, oferece uma visão externa sobre o tema estudado e pode ainda gerar exemplos de interação médico-paciente, ou com a equipe de saúde.

A competência de colaboração pode ser aprimorada se alunos trabalharem em conjunto, um analisando o texto gerado pelo outro no chat, em um processo de “peer review” ou revisão por pares. E ainda juntos comparar os textos do Chat com os seus próprios textos, encontrando neles falhas, aprofundando informações, esclarecendo pontos, incluindo novas informações e ensinando uns aos outros, em um processo de aprendizagem colaborativa.

O ChatGPT pode ser uma potente ferramenta para desenvolver a visão crítica dos estudantes, responsabilidade e ética relativas à autoria científica, validação de fontes de informações e reafirmando o compromisso com a verdade.

Por fim, o bom desempenho do Chat está muito relacionado com a capacidade criativa de quem irá fazer a pergunta ou construir a demanda a ser respondida. Sendo essa uma forma de exercitar processos criativos. Além disso, aprimorar textos gerados pelo ChatGPT, melhorando o conteúdo, as conexões e encontrados falhas, exercita a criatividade dos nossos alunos.

Talvez você esteja se perguntando se o uso do ChatGPT estaria contribuindo com o desenvolvimento de competências, ou empobrecendo a nova geração, roubando deles e de nós mesmos a possibilidade de criação.

A resposta é não. Se bem utilizada, a ferramenta do ChatGPT pode ir além da complexidade do CRIAR como objetivo educacional de

maior complexidade na taxonomia proposta por Benjamin Bloom em 1956 e revista por Lorin Anderson em 1999, propondo que seja incluído como objetivo o RECRIAR. Assim como o movimento artístico “readymade art” no qual a partir de mínimas modificações objetos comuns e funcionais são transformados em arte. A arte está no recriar. O ChatGPT nos oferece “readymade texts” que serão recriados pelos usuários, conferindo a eles verdade e sentido.

Além disso, o uso da inteligência artificial na formação médica pode ajudar a compreender os padrões de desenvolvimento de competências profissionais, descobrindo necessidades de aprendizagem e superando-as de forma efetiva com estratégias de ensino individualizadas em um processo de tutoria “just in time”. E ainda projetar simulações mais realísticas e de alta performance, melhorar a construção de testes para avaliação de conhecimento e produzir conhecimento significativo a partir de grandes bases de dados.

A formação médica e a prática do cuidado à saúde continuarão sendo praticadas por inteligências naturais com capacidade de análise para definir o uso e limites da inteligência artificial, que, certamente, não substituirá o humano. Mas humanos que saibam usar esse tipo de ferramentas com ética, responsabilidade e criatividade substituirão aqueles que não sabem na Medicina e em outras áreas.



Ética e Bioética

Uma breve reflexão sobre a pesquisa em crianças

A pesquisa em crianças é uma longa história e bastante controversa. Ela parte de uma situação de realizar estudos, sem qualquer cuidado com o reconhecimento das crianças como pessoas, até o outro extremo, gerando o impedimento de sua participação em qualquer pesquisa, a título de proteção. É possível resgatar alguns exemplos históricos, que podem ser entendidos como abusivos, como discutíveis, ou, ainda, como adequados. Esta avaliação depende da situação e das circunstâncias em que ocorreram estas pesquisas.

O teste da vacina para a varíola humana, feito por Edward Jenner, em 1796, foi realizado no menino James Phipps, então com oito anos, que era filho do jardineiro. Ele foi inoculado com material biológico proveniente de uma mulher que ordenhava vacas leiteiras, que já tinha contraído a varíola bovina. Seis semanas após, o menino foi inoculado, por duas vezes, com material biológico capaz de provocar a varíola humana. O menino não desenvolveu qualquer sinal relacionado à doença. Posteriormente, foi inoculado por mais 20 vezes. Ao longo destes experimentos, não teve qualquer indício da doença. Havia uma importante vulnerabilidade social associada à escolha do menino. É dos primeiros registros de um experimento de desafio humano, ou seja, provocar deliberadamente uma doença para verificar a efetividade da imunidade previamente induzida. Estes experimentos, até hoje, são considerados como discutíveis desde o ponto de vista ético.

Por outro lado, em 1885, Louis Pasteur, que não era médico, testou a sua vacina antirrábica no menino Joseph Meister, então com nove anos. Este menino havia sido mordido, várias vezes, por um cão contaminado. Pasteur já havia desenvolvido esta vacina, em conjunto com Emile Roux, para tratamento da raiva humana, testada previamente apenas em animais. O menino foi tratado, sobreviveu e trabalhou com Pasteur por muitos anos. Esta situação poderia ser caracterizada, nos dias atuais, como um uso compassivo. O objetivo desta intervenção foi tratar um paciente, estado de grande necessidade e risco de vida, utilizando um método ainda experimental, não validado para uso assistencial, em uma situação na qual não havia qualquer terapêutica comprovada disponível.

Porém, o caso que mais despertou desconforto ocorreu em 1891. Carl Janson, em uma palestra na Sociedade de Médicos Suecos, divulgou os resultados de suas pesquisas com vacinas de varíola. Nesta comunicação, informou que este estudo foi realizado com 14 crianças órfãs, com a autorização do médico encarregado pela instituição. Logo após, se desculpou à plateia, por não ter utilizado bezerros, que seriam o melhor modelo, pois estes eram muito caros e a sua manutenção também era muito custosa. Ele afirmou, ainda, que tinha planos de dar continuidade às suas pesquisas envolvendo crianças institucionalizadas. Mais do que a inadequação



Prof. José Roberto Goldim

Biólogo, Doutor em Medicina, Consultor e Professor de Bioética

da pesquisa em si, o que causou, e continua causando, enorme desconforto foi a desconsideração, a exploração destas múltiplas vulnerabilidades por um pesquisador e pelo médico responsável pelas crianças.

A divulgação destes relatos abusivos, especialmente os de Jenner e de Janson, gerou discussões em muitos países, especialmente nos Estados Unidos e na Alemanha. O senador Jacob H. Gallinger, em 1900, elaborou um projeto de lei para regulamentar os Experimentos Científicos em Seres Humanos, nos Estados Unidos. Esta Lei, que não foi aprovada, estabelecia, entre outras questões, a proibição da participação em pesquisas de pessoas com menos de 20 anos de idade. Esta proibição tinha como fundamento o princípio da beneficência, ou seja, excluir para proteger.

Quase no mesmo período, na Prússia, em 1901, foi aprovada a primeira norma sobre investigações científicas em humanos. Neste texto, a pesquisa em crianças também foi explicitamente proibida. Posteriormente, em 1931, quando a Alemanha já estava unificada, este texto foi publicado na forma de uma lei federal para regular as atividades de pesquisas em

seres humanos. Este documento propôs especial atenção quanto ao uso de novas terapêuticas em menores de idade. Caso houvesse risco associado à pesquisa, a lei impedia a participação de crianças. Da simples exclusão, houve um deslocamento para uma eventual utilidade associada à participação na pesquisa, com foco no risco associado.

Logo após a Segunda Guerra Mundial, em 1947, o Código de Nuremberg estabelecia, em seu artigo primeiro, que a condição essencial para a realização de pesquisas em seres humanos era a obtenção de um consentimento voluntário de cada um dos participantes, que deveriam ser pessoas legalmente capazes. Desta forma, as crianças estavam impedidas de participar devido a sua incapacidade legal.

Esta situação evoluiu na Declaração de Helsinque, proposta pela Associação Médica Mundial, em 1964. Estas normas morais permitiam a realização de pesquisas em crianças, desde que houvesse o consentimento dos seus responsáveis legais. Ou seja, a incapacidade legal dos menores seria suprida pela representação de seus pais, por exemplo. Eles tomariam a decisão de autorizar ou não a participação das crianças após terem sido devidamente informados sobre as características da pesquisa.

Em 1988, as Normas de Pesquisa em Saúde (Resolução CNS 01/1988), do Conselho Nacional de Saúde, foram mais além ao incluir a participação das crianças no processo de obtenção do consentimento, na medida em que tivessem condições de compreensão, sem prejuízo ao consentimento dos representantes legais. A inclusão das crianças reconheceu, com base em uma justificativa ética, a capacidade para consentir das crianças, ainda que sem reconhecimento legal. O aspecto legal da autorização foi mantido com a autorização dos responsáveis legais.

Pouco depois, as Diretrizes Internacionais do CIOMS, órgão conjunto da OMS e da UNESCO, de 1993, avançaram ainda mais na questão da pesquisa em crianças. A garantia da participação dos menores no processo de consentimento foi ampliada ao estabelecer que a recusa da criança deveria ser sempre respeitada.

A única exceção admitida, quando a vontade dos representantes legais poderia ser soberana, seria quando a terapia experimental fosse a única alternativa disponível de tratamento. Esta proposta fez um balanço entre o empoderamento das crianças no processo de consentimento, ao permitir a recusa, com a possibilidade de benefício.

Posteriormente, diferentes organizações e países elaboraram declarações, recomendações e leis específicas com propostas de participação das crianças em pesquisas. Todos estes documentos utilizaram esses diferentes referenciais de adequação ética, moral e legal.

Mesmo com todas estas mudanças, que flexibilizaram a participação de crianças em projetos de pesquisa, a realização de projetos nesta faixa etária ainda é baixa. Na base Clinical Trials, apenas 3,6% dos projetos registrados se relacionam a pesquisas em crianças, com dados de maio de 2023.

A proteção exclusora, vigente por muitos anos, é ainda utilizada como justificativa para a não realização de pesquisas. Esta perspectiva teve resultados bastante preocupantes na assistência pediátrica. Em 1999, estimava-se que cerca de 50% dos medicamentos prescritos para uso pediátrico nos Estados Unidos não tinham sido aprovados para tal utilização.

O temor associado à realização de pesquisas deve ser adequadamente entendido. Os projetos de pesquisa, quando bem planejados e realizados, expõem um número reduzido de participantes a situações nas quais a equipe



de pesquisadores está continuamente monitorando e acompanhando os efeitos das intervenções. A prática clínica, realizada sem evidências geradas por pesquisas, pode colocar em risco um número muito maior de crianças, em função da incerteza associada aos procedimentos e substâncias utilizadas.

A avaliação da adequação ética do projeto passa pela reflexão sobre alguns pontos relevantes, como o respeito à dignidade humana, à liberdade, à integridade e ao reconhecimento da vulnerabilidade dos participantes, especialmente quando são crianças.

O princípio da dignidade é o que nos une a todos, é o que nos iguala, independentemente da idade, sexo, gênero, discernimento, ou outras características. Todas as pessoas são dignas. Este é o ponto inicial de toda e qualquer reflexão ética, inclusive para a adequação das pesquisas em crianças.

Garantir a liberdade é permitir que as pessoas façam as suas escolhas, reconhecendo a autonomia, entendida como capacidade, e a sua autodeterminação, como ação associada à sua vontade. A capacidade para decidir não é um evento tudo-ou-nada, é um contínuo. Existem inúmeros estudos que demonstram a progressiva capacidade psicológica e moral de crianças. Em muitas situações esta capacidade pode ser adequada para tomar decisões, em outras não. O ritmo do desenvolvimento é individual, e assim cada pessoa deve ser avaliada em sua singularidade. A questão é verificar se o grau de capacidade de cada criança é adequado ao processo de consentimento envolvido.

Nas atividades de pesquisa, o pesquisador oferece a possibilidade para alguém participar ou não de um projeto. Na assistência, por outro lado, é o paciente que busca atendimento com base em uma necessidade que é apresentada e avaliada pelo profissional de saúde. Na pesquisa clínica existe uma combinação entre a necessidade assistencial e a possibilidade de participar ou não de uma pesquisa. Esta combinação exige que o processo de consentimento seja realizado com muito mais cuidado e atenção.

Dar um consentimento é um ato personalíssimo, ou seja, apenas a própria pessoa pode dar ou não um consentimento válido. A denominação assentimento, que é muito utilizada para o consentimento das crianças, traz consigo uma mensagem ambígua. O consentimento expressa a liberdade de assentir, ou concordar, e de dissentir, ou discordar, com a proposta realizada. Ao propor que as crianças podem apenas dar um assentimento, pode ser entendido que elas podem apenas concordar, mas que a sua recusa não será levada em conta na decisão final que as envolve. A valorização da recusa das crianças, já proposta em 1993, ainda está necessitando de maior discussão ética, moral e legal. Seria importante caracterizar e denominar que os pais ou representantes legais, dão uma autorização por representação, que supre os aspectos legais associados.

A integridade das crianças é outro ponto fundamental a ser discutido e preservado. A integridade deve ser entendida no seu sentido mais amplo, passando pelos aspectos físicos, mentais e sociais. A discussão da integridade passa pela adequada avaliação dos riscos e benefícios associados às intervenções de pesquisa. Os riscos e os benefícios são sempre expressos por probabilidades, são possibilidades. É uma das tarefas mais difíceis de serem realizadas quando do planejamento de um projeto. Os riscos e benefícios se baseiam em conhecimentos previamente divulgados. Quanto menos conhecimento é gerado, maior é a incerteza associada.

O importante é associar a geração de novos conhecimentos com a segurança associada à realização das pesquisas.

Por fim, a vulnerabilidade surge quando a dignidade, a liberdade ou a integridade estão ameaçadas. Qualquer abalo nestas três outras características – dignidade, liberdade e integridade – geram potencialmente situações de desigualdade de algumas pessoas frente às demais. O reconhecimento de uma situação de vulnerabilidade implica no estabelecimento de medidas de proteção adicionais para estas pessoas. Um exemplo disto é a própria Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), que estabeleceu proteção adicional para os dados pessoais sensíveis das crianças. Porém, esta mesma LGPD não impede a realização de pesquisas com estas informações, ao contrário dá garantias de adequação para que este acesso seja feito com segurança. O princípio da precaução deve orientar estas medidas. Se existir a possibilidade de que um risco ocorra em qualquer destas dimensões, é fundamental estabelecer medidas de contingência associadas. Reconhecer vulnerabilidade não é excluir, mas sim proteger. A simples exclusão tem o potencial de aumentar ainda mais a própria vulnerabilidade antes reconhecida.

Vulnerabilidade não deve ser entendida apenas como uma característica estática, como um atributo dado a todas as pessoas que tenham uma dada característica, como as crianças, por exemplo. A vulnerabilidade também é dinâmica, pode ocorrer com qualquer pessoa, independentemente de uma característica reconhecida, mas é decorrente da situação e das circunstâncias que estão envolvidas. Esta é a perspectiva contemporânea para o reconhecimento da vulnerabilidade.

Finalizando, a pesquisa em crianças é um grande desafio para todos os envolvidos, sejam crianças, pesquisadores, pediatras ou outros profissionais da saúde, pais ou responsáveis legais, instituições, membros de Comitês de Ética em Pesquisa, Sociedades Médicas, legisladores, ou seja, para toda a sociedade. O importante é refletir – pensar de forma abrangente – sobre a adequação das pesquisas realizadas em crianças em termos dos aspectos biológicos e biográficos associados de cada um dos participantes, assim como do potencial de geração e aplicação destes conhecimentos. É uma tarefa importante e necessária para todos.



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. Renato Soibelmann Procianoy (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. Jayme Murahovschi (SP)
Dr. Saul Cypel (SP)
Dr. José Martins Filho (SP)
Dr. Sérgio Augusto Cabral (RJ)
Dr. Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
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. Werther Brunow de Carvalho (SP)



Dr. Clóvis Francisco Constantino (SP)

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 (RJ)

2ª Diretora Financeira

Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

3ª Diretor Financeiro