

Boletim informativo da Academia Brasileira de Pediatria



NESTA EDIÇÃO

Editorial

A Rede Brasileira de Pesquisa Clínica - RBPClin

Memória

O impacto do IMIP na saúde da criança brasileira

Entrevista

Dr. Álvaro de Lima Machado

Coluna do Acadêmico

A Odontopediatria no Brasil

Cultura e Arte

Pioneirismo de quase três décadas

Ciência e Ensino

Oxigenoterapia com Cânula Nasal de Alto Fluxo

Homenagem ABP a um pioneiro

Tributo ao Ronald Pagnoncelli de Souza e a Pedro Celiny Ramos Garcia

Prêmio ABP

Premiação dos melhores artigos de 2021

Ética e Bioética

Telemedicina e teleconsulta na perspectiva do código de ética médica



Palavra do Presidente

UTI pediátrica: uma perspectiva além da tecnologia!

Certamente, a revolução implementada na comunicação está entre os maiores feitos. O crescimento de diversas áreas assistenciais ligadas à Pediatria, tais como Oncologia, Cirurgia Cardíaca, Neuropediatria, entre outras, promoveu um aumento na complexidade e na demanda de leitos de unidade de tratamento intensivo pediátrico (UTIP) ao redor do mundo. Mesmo ocorrendo esta maior complexidade, observa-se uma sobrevida superior a 95%, na maioria das UTIP. Esses resultados inimagináveis há algumas décadas são consequentes ao avanço tecnológico, ao melhor conhecimento das doenças, à capacitação dos profissionais e implementação de protocolos eficientes. Um fato marcante e frequente na admissão de crianças enfermas em UTI pediátrica é o clima de confiança e cumplicidade que se estabelece entre os familiares e membros da equipe. Quanto maior a dificuldade, maior é o engajamento e comprometimento da equipe assistencial e de familiares de pacientes na busca de alternativas salvadoras.

Essa sinergia e inconformismo aos desígnios do destino acabam propiciando alguns resultados surpreendentes. A título de exemplo, cito dois casos de crianças admitidos simultaneamente em nossa UTIP com insuficiência hepática requerendo transplante de fígado de urgência. Além da escassez de doadores, em nenhum dos casos os familiares estavam aptos à doação intervivos. A partir daí, multiplica-se a corrente de solidariedade e cumplicidade na busca de soluções. Em algumas horas, somos notificados que os familiares de uma criança com meningite fulminante que evoluiu para morte encefálica em outro hospital, sabedores da necessidade, dispuseram-se a fazer a doação. Paralelamente, uma vizinha dos familiares do outro paciente que aguardava doação, sabendo do drama vivido pela criança, vem ao hospital para verificar sua compatibilidade para doar parte de seu fígado. Ambos os transplantes foram muito bem-sucedidos. Essa sucessão de eventos virtuosos, frequentemente denominados como “milagres”, resultam dessa corrente de solidariedade, dedicação e obstinação que complementam todo o avanço tecnológico e são tão características de UTIP brasileiras.

Em janeiro de 2023, veio a falecer o Acadêmico Prof. Dr. Pedro Celiny Garcia, um dos mais representativos e importantes personagens que contribuíram decisivamente na criação e desenvolvimento da Medicina intensiva brasileira. Atuou de forma presencial em UTIP por mais de 40 anos, formou centenas de residentes, publicou livros e artigos que serviram de base científica para o progresso da especialidade. Sem dúvida alguma, em vários destes “milagres” que ocorrem diariamente em nossa UTIP, beneficiando inúmeras crianças brasileiras, é possível identificar a contribuição do Prof. Dr. Pedro Celiny Ramos Garcia. A este ícone da Pediatria brasileira, prestamos nossas homenagens e eterna gratidão por sua amizade e parceria.

Prof. Dr. Jefferson P. Piva

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



Editorial

A Rede Brasileira de Pesquisa Clínica - RBPClin



Dr. Mario Santoro Jr.

Membro Titular da Cadeira n. 28
da Academia Brasileira de Pediatria
Coordenador da Comissão
de Comunicação Social

“Com a mudança política ocorrida no país, esperamos que o novo governo mantenha os objetivos que visam a estruturar a pesquisa clínica no Brasil.”

Quase no apagar das luzes da última gestão do Governo Federal, mais especificamente no dia 28/12/2022, foi publicado no DOU o decreto que instituiu a Rede Brasileira de Pesquisa Clínica – RBPClin. Tratou-se de uma ação estratégica do Ministério da Saúde (MS) em parceria com o Ministério da Ciência e Tecnologia e Inovações (MCTI) e o Ministério de Educação (MEC) daquela gestão. É uma notícia bastante alvissareira para as comunidades relacionadas à pesquisa clínica no país. Isto abarca os profissionais de saúde, os usuários da saúde pública ou privada, bem como toda a indústria envolvida na cadeia de insumos para a saúde.

A iniciativa centralizada no Departamento de Ciência e Tecnologia (SCTIE/MS) prevê estratégias de qualificação de pesquisadores e profissionais de saúde, contribuindo, desta forma, com nosso Sistema de Saúde e visa ainda a contribuir para melhorar as condições de vida de nossa população. Segundo o Ministério da Saúde, a RBPClin “representa um avanço para o desenvolvimento científico e tecnológico e de inovação em saúde e pretende proporcionar um ambiente participativo favorável ao desenvolvimento de pesquisa clínica de excelência”.

A construção da RBPClin atende a uma ação prevista no eixo 5 do Plano de Ação Estratégica de Pesquisa Clínica no Brasil.

Para sua construção, a RBPClin contou com a colaboração do Better Health Program Brazil/Property, um fundo do governo britânico. Foram identificados e discutidos modelos de redes semelhantes, formas de governança, melhores práticas de compartilhamento de conhecimentos e cooperação, além da definição de macro-objetivos estratégicos.

Com a mudança política ocorrida no país, esperamos que o novo governo mantenha os objetivos que visam a estruturar a pesquisa clínica no Brasil.

Recentemente, foi publicado na imprensa que a nova ministra Luciana Santos deverá liberar, no mês de fevereiro, R\$ 4,2 bilhões do Fundo Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FNDCT) como um aporte adicional que, somado ao orçamento já previsto, faz com que a pasta passe a contar com R\$ 9,4 bilhões, principal instrumento público de financiamento da Ciência.

Portanto, são notícias otimistas para toda comunidade relacionadas à pesquisa clínica no país.

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Rede Brasileira de Pesquisa Clínica. Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/dezembro/ministerio-da-saude-lanca-rede-brasileira-de-pesquisa-clinica-nesta-quarta-28. Acessado em 23/01/2023.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria n.º 559 de 09/03/2018. Disponível em: https://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2018/prt0559_14_03_2018.html. Acessado em 25/01/2023.
3. Better Health Programme. Monitoring and Evaluation the PF Better Health Programme. Disponível em: Monitoring and Evaluating the PF Better Health Programme-Brazil | Abt Associates. Acessado em 25/01/2023.

Memória

O impacto do IMIP na saúde da criança brasileira

O atual Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) nasceu em 13 de junho de 1960 e foi denominado na época Instituto de Medicina Infantil de Pernambuco. Foi fruto do sonho do Prof. Fernando Figueira, que conseguiu agregar alguns professores de Pediatria e iniciar fundação do IMIP. É uma instituição filantrópica, sem fins lucrativos, declarada como de utilidade pública pelos Governos da União, do Estado de Pernambuco e Município do Recife.

Na sua origem, o objetivo era garantir uma forma de atender melhor às crianças que precisavam de internamento hospitalar, uma vez que até então, na Clínica Pediátrica, as crianças tinham que ficar em enfermarias comuns, com os adultos, na época do Hospital Pedro II, onde funcionava o curso de Medicina. A grande meta foi ter um hospital pediátrico, seguindo modelos de assistência do sul do país e outros lugares do mundo e que fosse destinado a prestar a melhor assistência possível às crianças de baixa renda. O professor era enfático ao dizer que a morte de uma criança por um motivo evitável era um verdadeiro atentado contra os planos de Deus.

Com o IMIP, nasce uma nova escola de Pediatria no Nordeste. Desde o início, estabeleceu-se também o compromisso com ensino, pesquisa e extensão, definindo assim a sua missão. Em 1961, o Prof. Fernando Figueira assumiu a cátedra da disciplina de Pediatria da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), e seus alunos passaram posteriormente a frequentar o IMIP do quarto ao sexto ano do curso de Medicina.

Alicerçado no compromisso com a pesquisa e o ensino, no ano de 1966 é iniciado o programa de residência médica em Pediatria do IMIP. Ao longo destes 57 anos, este programa se destacou como uma referência na formação do pediatra no país, contando hoje com quase dois mil ex-residentes de Pediatria distribuídos pelo Brasil. Em 2014, a residência em pediatria do IMIP foi um dos cinco programas iniciais que serviram de projeto-piloto para o aumento de tempo na formação do pediatra, passando de dois para três anos, proporcionando um currículo mais adequado na aquisição das atuais competências necessárias.

Pela necessidade de ampliar o cuidado com a família, no ano de 1987 é criado o Centro de Atenção à Mulher (CAM), o que tornou o IMIP o Instituto Materno Infantil de Pernambuco, sendo referência e centro colaborador da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), Organização Mundial de Saúde (OMS) e tantas outras instituições estrangeiras que atuam na assistência materno-infantil.

A luta que o Prof. Fernando Figueira travou em prol do aleitamento materno e do direito à amamentação tomou ainda maiores proporções quando o professor e colaboradores decidiram inaugurar no IMIP em abril de 1987 o Banco de Leite Humano. Ficou desde então estabelecido que todos os recém-nascidos e/ou lactentes menores



Dr. Eduardo Jorge da Fonseca Lima

Diretor de Integração Regional da SBP.

de três meses internados nas enfermarias do IMIP ou em fase de hidratação oral na emergência pediátrica ou no ambulatório receberiam seus alimentos e/ou líquidos, mesmo que não se tratasse de leite humano, no copo ou na colher, criando a rotina do não oferecimento de mamadeiras. Esta prática foi a precursora do Passo 9 da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) - “Não oferecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas”, também contribuindo para a relactação de lactentes internados. A maternidade do IMIP adotou, desde o início de suas atividades, a não utilização de mamadeiras e chupetas.

Quando o Ministério da Saúde iniciou a implantação da IHAC no Brasil, em 1992, o IMIP já vinha trabalhando de maneira efetiva em todos os passos da iniciativa. Em 5 de agosto daquele ano, o IMIP recebeu o título do Hospital Amigo da Criança, sendo o primeiro “Hospital Amigo da Criança” do Brasil, distinção outorgada pela OMS/UNICEF/MS.

O IMIP foi a primeira instituição no Nordeste (e a terceira no Brasil) a ser certificada como Hospital de Ensino, conjuntamente pelo Ministério da Educação e Ministério da Saúde. Desde que foi fundado, o IMIP assumiu como um dos pilares de sua missão institucional o compromisso social na formação e capacitação profissional de excelência. Em 1993, foi iniciada a sua pós-graduação strictu sensu, com o primeiro mestrado em Saúde Materno Infantil do Brasil, e, em 2001, também foi iniciado o programa de doutorado com o mesmo perfil do mestrado. O reconhecimento do papel do IMIP no ensino pode ser aferido na grande procura pelos seus programas e cursos, por profissionais da área de saúde de várias outras localidades, em especial da região nordestina e de países africanos de língua portuguesa.

Em 1987, a Revista do IMIP foi concebida, iniciando as publicações, entretanto, a partir do ano 2000, recebeu o nome de Revista Brasileira de Saúde Materno-Infantil, um periódico de circulação internacional, com a missão de divulgar artigos científicos abordando investigações acerca da saúde da mulher, gestante e criança, nas suas dimensões clínicas e epidemiológicas.

O IMIP foi ainda o primeiro Centro de Referência Nacional do Método Mãe Canguru, idealizado em 1994, posteriormente adotado pelo Ministério da Saúde como Política Pública Nacional de Saúde.

Em 2005, é criada a Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS), incorporando ao estado de Pernambuco a terceira escola de Medicina, juntamente com as escolas de Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia e Farmácia.

A instituição também sempre esteve na vanguarda do país na implantação de programas e serviços, entre os quais merecem destaque na Pediatria: Mãe Acompanhante; Incentivo ao Aleitamento Materno; Agentes Comunitários de Saúde; AIDS Infantil; Transplante Renal Pediátrico; Medicina Fetal; Implante Coclear; Cuidados Paliativos; Tratamento dos Defeitos da Face; Genética Médica e as subespecialidades pediátricas.

Em 2007, quando foram anexadas novas estruturas físicas ao prédio original do IMIP, especialmente o centenário Hospital Pedro II, que durante anos foi o Hospital das Clínicas da UFPE, foi criado o setor de atendimento ao adulto, permitindo desta forma prestar cuidados a toda família, momento em que o IMIP passou a ser denominado Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.

Entre as ações de extensão, ressalta-se que o IMIP foi pioneiro no Brasil, com o “Projeto de Ações Básicas de Saúde para a População de Baixa Renda” criado em 1983, com o apoio do UNICEF. Atualmente, denominado Programa de Extensão Comunitária (PEC), desenvolve em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde do Recife e Olinda, atividades voltadas à melhoria da qualidade de vida de aproximadamente 70 mil pessoas residentes em oito comunidades carentes, as quais são assistidas por 13 Unidades de Saúde da Família (USF). Estas USF realizam ações básicas de saúde para os moradores das

“O IMIP foi ainda o primeiro Centro de Referência Nacional do Método Mãe Canguru, idealizado em 1994, posteriormente adotado pelo Ministério da Saúde como Política Pública Nacional de Saúde.”



comunidades e têm o IMIP como referência para exames e procedimentos de alta complexidade.

O trabalho institucional com sólido e completo envolvimento com o SUS, ao qual destina a exclusividade das suas atividades assistenciais e capacidade física instalada; a ampla e intensa colaboração prestada a universidades e órgãos oficiais de saúde, a educação e tecnologia na formação e qualificação de recursos humanos para a saúde, assim como a tradicional preferência pela assistência aos socialmente vulneráveis, define a singular condição do IMIP de entidade pública não estatal. Já são mais de seis décadas de uma história de contribuição com o bem-estar direcionado, integral e exclusivamente, à família usuária do sistema público de saúde.

No objetivo de reunir forças, potencializar competências e habilidades coletivas para alcançar os resultados positivos, foi essencial apoiar-se nos ensinamentos do Prof. Fernando Figueira, notadamente no que diz respeito à defesa do direito à vida como bem maior que todos os outros.

“Para sentir o que se deve fazer por uma criança, basta acreditar no futuro. Nela estão todos os roteiros.” Fernando Figueira.



Entrevista

O Boletim da Academia Brasileira de Pediatria conversou com

Dr. Álvaro de Lima Machado

Membro Emérito da Cadeira n. 22 da Academia Brasileira de Pediatria



Accesse e assista à entrevista.

Nesta edição, o Boletim da ABP entrevistou o acadêmico Álvaro de Lima Machado, que contou sua trajetória no magistério, carreira médica, vida familiar e muito mais. Confira:

Doutor Álvaro, gostaríamos de começar nossa conversa, que será compartilhada com milhares de pediatras, perguntando: como foi a infância do menino Álvaro de Lima Machado?

Bom, posso dizer que foi bem diferente da que seria hoje. Mas uma característica minha, pessoal, é a curiosidade. Eu sempre tive vontade de aprender as coisas, mesmo quando me explicavam, eu ainda sempre achei necessário saber um pouco mais. Por isso, eu sempre me sentia atraído por ciência. Naquela época, eu não tinha nenhum interesse em Medicina nem em outra profissão específica, mas qualquer coisa que desafiasse minha curiosidade, esse era objeto de interesse. Então, enquanto criança, foi essa a minha característica. Não tinha nenhuma ideia do que eu seria no futuro. Médico, engenheiro... e até pensei em ser engenheiro exatamente porque achava muito desafiante. Na época, estavam construindo as primeiras grandes barragens aqui no Brasil, e havia um interesse grande pelas obras de engenharia. Fiquei interessado, mas parou por aí.

O menino Álvaro teve irmãos?

Tive dois, já falecidos.

O que despertou nesse menino o desejo de ser médico? E como foi a escolha da Pediatria?

O desejo de ser médico já foi por uma questão pessoal e muito triste porque minha mãe teve câncer numa época que não tinha os recursos de hoje. Então, foi um sofrimento imenso durante anos acompanhá-la fazendo cirurgias grandes e tratamentos que hoje a gente sabe que não tinham grande efeito. Naquela época, assim como ainda hoje, sugeriam tratamentos mirabolantes, teorias absurdas a respeito de câncer.

Então, aquilo dali me machucou muito, eu posso dizer. E ainda

machuca. E me deu uma má impressão. E surgiu o desejo de fazer Medicina um pouco mais científica do que a gente fazia na época, pois havia muito palpite que não tinha estrutura. Eu acho que nasceu daí, principalmente, o meu desejo de ser médico.

Em relação à Pediatria, já é mais fácil eu dizer até porque é mais perto. Quando trabalhei como estudante no Rio de Janeiro, no pronto-socorro, observei que dificilmente os acadêmicos e médicos atendiam crianças. Normalmente, faziam um atendimento muito sumário e mandavam para outro hospital particular, ou o Hospital da Previdência ou da Prefeitura. E não era um atendimento muito bom, no meu modo de ver.

Eu passei, então, a estudar por conta própria, nos livros que a gente dispunha na época, a Pediatria, os casos mais frequentes de pronto-socorro e, a partir daí, eu tomei um interesse grande pela especialidade. No quarto, quinto ano de Medicina, eu trabalhei no serviço de cirurgia de excelente qualidade no Rio de Janeiro, e me deu a ideia de fazer cirurgia pediátrica.

Na época, era uma especialidade praticamente desconhecida. Só havia um médico em São Paulo que tinha essa especialidade e um lá no Rio que se dizia especialista. Os outros eram cirurgias gerais que também atendiam crianças. Então, com essa ideia de fazer cirurgia pediátrica, fiz o treinamento pós-graduado nos Estados Unidos, internato e residência. Eu mudei de ideia definitivamente da parte cirúrgica para a parte clínica e passei a fazer então a residência de Pediatria. E, embora eu não tivesse terminado o treinamento por algumas

questões, voltei para fazer Pediatria. De modo que, aqui no Brasil, depois de formado, eu praticamente só exerci Pediatria, embora não tivesse tido previamente uma formação pediátrica acadêmica.

O que pode nos contar sobre sua trajetória no magistério?

Não considero que fui um grande ou bom professor. Primeiramente, porque não era realmente o que eu mais gostava na Medicina. Achava que não era o meu desejo, mas uma obrigação da posição em que estava partilhar a experiência e o conhecimento que tivesse com os outros. E foi a coisa que mais gostei na profissão. Devo muito por ter sido professor da Universidade Federal do Espírito Santo. Os colegas eram excelentes, com eles aprendi muito. A vantagem de ser professor é que aprendemos muito mais do que ensinamos. Então, sou grato por tudo isso. Mas realmente não acho que foi a parte dominante na minha vida profissional.

E qual seria essa parte dominante? O que te fascina, fez e ainda faz brilhar os olhos com relação à prática da Pediatria?

Sempre foi a clínica médica, o lado do paciente. Eu gostava muito da parte prática nas aulas, mas a parte de exercer a Medicina, de examinar, de pegar uma história, de acompanhar um tratamento etc., isso daí sempre foi o que me interessou mais. E não particularmente a de urgência. Eu faço a urgência porque é obrigatória na vida profissional e não se pode recusar. Trabalhei com gosto em serviço de urgência. Mas eu ainda preferia a tranquilidade, pelo menos para mim, da clínica ao lado do leito e do consultório.

E sobre o movimento associativo? As entidades médicas? Fale-nos de sua experiência, por favor.

Bom, quando eu cheguei a Vitória, no Espírito Santo, havia poucos médicos em várias especialidades. A Sociedade de Pediatria tinha um representante aqui, o professor Martins, mas não havia sociedade de pediatria local ainda. Algum tempo depois, chegou o professor Azor de Lima, do Rio de Janeiro, ele incentivou a criação da Sociedade Espírito-Santense de Pediatria (SOESPE) e fui um dos que tomou parte como fundador.

Mas não fiquei só na SOESPE, assim como os outros colegas de outras especialidades, pois eram poucos e necessitava-se de um certo número para formar uma sociedade de especialidade. Então, eu também sou fundador da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia do Espírito Santo, da qual, aliás, eu nunca participei, a não ser por nome. Basicamente, na Sociedade de Pediatria, eu cheguei a ser secretário, presidente, mas depois vão chegando os mais novos, a gente vai recuando um pouco.

Como o senhor vê o papel da Academia Brasileira de Pediatria (ABP)?

Primeiro, a minha ida para a Academia foi uma inteira surpresa porque entre nós havia um pediatra que foi o grande vulto da pediatria espírito-santense, o Professor João Henrique Martins. E, certamente, era ele a pessoa indicada para ser acadêmico. Mas ele estava muito doente e não tinha condição de assumir a responsabilidade da Academia.

Então, os colegas me indicaram, principalmente os da SOESPE, para a Academia. Quando eu era estudante, ouvi um professor dizer o seguinte: “há honras que são tão grandes que não temos o direito de recusar porque parece que queremos diminuir o julgamento daqueles disseram que a gente era bom”.

Bom, não sei. O fato é que eu aceitei a Academia e fui um dos primeiros do grupo. Em minha opinião, a Sociedade de Pediatria tem o foco na parte técnica, administrativa, da profissão e tudo mais. Mas a Academia tem um papel importante porque reúne aqueles que já têm uma vasta experiência nos mais diversos campos pois, para ser membro da Academia, você pode ter ocupado o espaço tanto no ensino como na sociedade, como na prática clínica, na pesquisa etc. Então, enquanto a Sociedade de Pediatria representa e defende os interesses dos médicos, seus pacientes e familiares, a Academia tem a preocupação de promover a reflexão de temas pertinentes da especialidade, fazendo o elo entre a classe médica e o público em geral.

Então, dá uma visão muito geral da pediatria no ambiente relativamente restrito de colegas que já têm um tempo grande de profissão. É realmente um ponto de apoio para a Sociedade Brasileira de Pediatria.

Como foi conciliar, ao longo de sua carreira, a sua vida familiar com a vida profissional?

Não é fácil. A gente fica entre dois mundos e, muitas vezes, não tem muito o que se fazer. Há um provérbio americano que diz: “Você não pode fazer omelete sem quebrar ovos”. Então, há de haver determinadas situações em que a gente sabe que não é a melhor solução. De

alguma maneira, de um lado ou do outro, vai pesar. O trabalho foi muito pesado, morávamos, e ainda moramos, muito longe. A família ficava completamente sozinha durante um tempo até que eu voltasse. Muito plantão, muita aula, hospital. Eu sempre procurei, acredito, fazer o melhor possível, estar com os meninos, com minha esposa o maior tempo possível. Mas sei que não foi o ideal.

Qual conselho ou mensagem daria aos jovens médicos que pensam em fazer residência em Pediatria?

A opinião de um velho colega é o seguinte: não se pode pensar somente na parte técnica da Medicina. Infelizmente, a gente vê uma preocupação muito grande com o mercado de trabalho, com condições ótimas de exercício da Medicina, materiais, mas é mais do que isso. A pessoa tem que gostar. Se não gosta de fazer exame, se não tiver uma certa ligação com o paciente, é muito difícil. Por isso, que eu sempre gostei da clínica particular. Não é pela remuneração. É por outra razão. Porque se o paciente não gostar da consulta comigo, ele vai para outro, pode pagar para outro.

Diferentemente do paciente que está no serviço público, que não tem escolha. Para esse, então, é necessário absolutamente que a

pessoa tenha piedade, tenha consideração pela situação em que ele está. Nesse aspecto de vida pelo menos, nada me pesa na consciência. Enquanto eu pude, sempre levei em consideração o bem-estar do paciente. Às vezes, a gente tem que sacrificar, como eu disse, a família, lazer, mas, enfim, essa é a profissão que a gente quer e a que se propôs.

Eu ficava muito triste quando via alunos que estavam sob a minha supervisão no estágio ultimamente; eles não queriam fazer história, faziam um resumo aquém do esperado em uma anamnese sobre o que o paciente sentia, se confundiam, descreviam um rol de sintomas com uma história clínica e não gostavam de realizar o exame físico porque a criança chora, grita, não se cuida. E ressaltar: se for assim dessa forma, não se deve fazer Pediatria. Se ele não gosta das coisas que um paciente faz, é melhor escolher outra profissão.





Dra. Dóris Rocha Ruiz

Especialista em Odontopediatria, CROSP/CFO

Mestre em Ciências pela Disciplina de Endocrinologia da Faculdade de Medicina da UNIFESP

Doutora em Ciências pela Disciplina de Pediatria Neonatal e Terapia Intensiva Pediátrica da Faculdade de Medicina da FMUSP

Membro do Grupo de Saúde Oral da Sociedade de Pediatria de São Paulo, SPSP

“Ao longo dos anos, essa entidade odontológica conseguiu fincar sua bandeira associativa em todos os 27 estados brasileiros.”

Coluna do Acadêmico

A Odontopediatria no Brasil

Introdução

De acordo com o Conselho Federal de Odontologia (CFO), a Odontopediatria é a especialidade que tem como objetivo o diagnóstico, a prevenção, o tratamento e o controle dos problemas de saúde oral do bebê, da criança e do adolescente; a educação para a saúde oral e a integração desses procedimentos com os dos outros profissionais da área da saúde.

Na concepção contemporânea brasileira, a especialidade da Odontopediatria deve estar integrada no contexto de atenção transdisciplinar à saúde da criança como um todo e favorecendo o bem-estar e a boa qualidade de vida, por meio de ações realizadas sob protocolos baseados em evidências científicas ao longo dos primeiros mil dias de vida, da infância e da adolescência. Destaca-se que os cuidados com a saúde oral infantil envolvem hábitos e estilo de vida, desta forma, para que as ações sejam efetivas, devem ser vinculadas à motivação e ao comprometimento de todo núcleo familiar. Estas novas diretrizes conduziram aos avanços científicos e tecnológicos da Odontopediatria que focam a realização de medidas profissionais preventivas ou intervencionistas e contribuem à evolução natural das funções orais e ao estabelecimento das dentições decídua e permanente híginas com uma oclusão dentária funcional e em equilíbrio com o complexo craniofacial.

Um breve histórico da Odontologia no Brasil

A história da Odontologia no Brasil mostra a profissão inicialmente como práticas de uma arte de cuidar dos dentes. Todavia, através de uma longa trajetória, evoluiu desta autonomia prática para a conquista do conhecimento integrado à Faculdade de Medicina até adquirir o âmbito científico acadêmico como Faculdade de Odontologia.

Em 25 de outubro de 1884, pelo decreto 9.311 do Governo Imperial, a Odontologia foi reconhecida no Brasil como um Curso Superior integrado à Faculdade de Medicina. Nesta época, foram fundadas as primeiras faculdades de Odontologia, na Universidade do Rio de Janeiro, atual Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), e na Faculdade da Bahia, atual Universidade Federal da Bahia (UFBA).

Em 1917, a Associação Brasileira de Odontologia (ABO) tem origem como Federação Odontológica Brasileira, e em 1949, é fundada a Academia Brasileira de Odontologia por uma plêiade de professores da Universidade do Brasil (atual UFRJ). A Academia surge como uma entidade civil, filantrópica, de utilidade pública, sem fins lucrativos, e tem como seu patrono o Prof. Augusto Coelho e Souza. O objetivo é reunir professores e cirurgiões-dentistas de todo o país para trabalhar intensamente pelo aprimoramento do ensino odontológico e, conseqüentemente, pela constante atualização dos procedimentos técnico-científicos da odontologia brasileira.

No mesmo ano, a Federação Odontológica Brasileira passou a ser oficialmente denominada União Odontológica Brasileira, e, em 1962, decidiu-se adotar o nome de Associação Brasileira de Odontologia. Ao longo dos anos, essa entidade odontológica conseguiu fincar sua bandeira associativa em todos os 27 estados brasileiros.

Em 1964, o projeto de lei encaminhado pelo Poder Executivo Brasileiro em 1960 foi convertido na Lei n. 4.324, de 14 de abril de 1964, para a criação do Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Odontologia.

No dia 30 de julho de 1965, no Rio de Janeiro, instalou-se o Conselho em caráter provisório, mas foram posteriormente instituídos pelo Decreto n. 68.704, de 3 de junho de 1971, o Conselho Federal de Odontologia (CFO) e os 27 Conselhos Regionais de Odontologia, formando em seu conjunto uma Autarquia cuja principal finalidade é a supervisão da ética odontológica em todo o território nacional, cabendo-nos zelar e trabalhar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem legalmente.

Atualmente, existem 412 faculdades de Odontologia no Brasil, com a proporção média de um cirurgião-dentista para 645 habitantes no Brasil.

Odontopediatria no Brasil

Em 11 de abril de 1931, o decreto governamental, Lei 19.851, oficializava o ensino de Odontopediatria nas escolas de Odontologia junto à disciplina de Ortodontia. Em 1934, o ensino de Odontopediatria foi inserido na graduação de Odontologia da Universidade de São Paulo junto à Ortodontia; na sequência foi criada ali, de forma pioneira no Brasil, a Clínica de Odontopediatria. Inicialmente, o ensino em Odontopediatria na Universidade de São Paulo era ministrado apenas de forma teórica. Por volta de 1940, o curso passou a ter um esboço de aulas clínicas que se tornaram mais efetivas por volta do ano de 1950.

Em 1960, é fundada a Associação Brasileira de Odontopediatria (ABOdontopediatria - atual ABOPED) na cidade de Belém, no Estado do Pará, durante o 2º Congresso Brasileiro de Odontopediatria, com Ata de Fundação registrada no 2º Ofício de Registro de Títulos e Documentos, na mesma cidade, sob página número 78 do Livro A, número 1 de registro de processos jurídicos. Sua primeira gestão ocorreu no período de 1960 a 64 e teve como sede a cidade de Recife, no estado de Pernambuco, sendo presidida pelo Dr. Edrizio Barbosa Pinto.

Paralelamente, também em 1962, após uma reformulação acadêmica, é que realmente o trabalho clínico passou a ser efetivo e a contar com metodologia baseada em aulas teóricas consistentes. O aperfeiçoamento profissional no atendimento infantil normalmente ocorria no Brasil através de estágios ou conversas com colegas com experiência prática na área e/ou sendo autodidatas.

Gradativamente, os cursos de atualização em Odontopediatria se tornaram realidade nos anos sessenta, quando os professores dos principais centros de Odontopediatria do país passaram a ser requisitados para ministrar cursos nas principais cidades brasileiras.

Em 1969, foi fundado o Grupo Brasileiro de Professores de Ortodontia e Odontopediatria (GRUPO) na cidade de São Paulo, que permitiu discutir temas relevantes ao ensino. Em 1970, foi criado o primeiro curso de pós-graduação na Odontologia em nível de Mestrado, tendo sido desenvolvido pelo professor da Disciplina de Odontopediatria (USP) Myaki Issao e orientado pela professora catedrática da Faculdade de Farmácia (USP) Maria Aparecida Pourchet Campos. O corpo docente deste primeiro curso era composto pelos professores da disciplina de Odontopediatria: Myaki Issao, Antônio Carlos de Guedes-Pinto, Tadaki Ando e Leda Kathalian e com alunos que se tornaram grandes mestres em outras universidades brasileiras. Os cursos de Especialização em Odontopediatria, bem como

de todas as especialidades odontológicas, passaram a ter validade e receber essa qualificação a partir da Resolução n. 67 do Conselho Federal de Odontologia, em sua XXIV Reunião Plenária, realizada no período de 30 de junho a 3 de julho de 1971, no Rio de Janeiro. Entretanto, foi a Portaria n. 18 do Conselho Federal de Odontologia de 1973 que regulamentou a especialidade Odontopediatria.

Com o passar dos anos foram acrescentadas novas normativas, entre elas a obrigatoriedade de apresentação de monografia ao final do curso. Em 1984, teve início a primeira turma do curso de Doutorado na Universidade de São Paulo. Todos estes marcos históricos brasileiros sem dúvida foram fatores que impulsionaram a melhora da qualidade do ensino em Odontopediatria.

Hoje, a ABOPED possui diretorias regionais no Distrito federal e em 23 estados brasileiros, representando atividades científicas, acadêmicas ou sociais da Odontopediatria brasileira, dentro e fora do país.

Bibliografia Consultada

- Conselho Federal de Odontologia (CFO). Consolidação das normas para procedimentos nos Conselhos de Odontologia. Resolução CFO-63/2005. CFO, 2012. [citado 05 Jan 2023]. Disponível: <https://transparencia.cfo.org.br/wp-content/uploads/2018/03/consolidacao.pdf>.
- Pereira W. Uma História da Odontologia no Brasil. HeP [Internet]. 24 Jan 2013 [citado 05 Jan 2023];25(47). Disponível em: <https://seer.ufu.br/index.php/historiaperspectivas/article/view/21268>.
- Senado Federal. Secretaria-Geral da Mesa. Secretaria de Informação Legislativa. Decreto N.311. De 25 OUT 1884. [citado 05 Jan 2023]. Disponível: <https://legis.senado.gov.br/norma/415973/publicacao/15632732>.
- Conselho Federal de Odontologia (CFO). Notícias CFO 28 Jan. 2019. [citado 05 Jan 2023]. Disponível: <https://website.cfo.org.br/cfo-reforca-necessidade-do-ministerio-da-educacao-suspender-autorizacoes-para-abertura-de-novos-cursos-de-odontologia/>.
- Câmara dos Deputados/Diário Oficial - 4/6/1931, Página 9219 (Republicação), Legislação Informatizada - DECRETO N. 19.852, DE 11 DE ABRIL DE 1931 - Republicação. [cited 2023 Mar. 10]. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1930-1939/decreto-19852-11-abril-1931-510363-republicacao-85622-pe.html>.
- Universidade de São Paulo. A história da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, FOU SP 120 anos. [citado 05 Jan 2023]. Disponível: <http://www4.fo.usp.br/site/120anos/apresentacao/>.
- Academia Brasileira de Odontologia (AcBO). A história da AcBO. [citado 05 Jan 2023]. Disponível: <https://www.acbo.com.br/a-acbo/>.
- Associação Brasileira de Odontologia (ABO). A história da ABO. [citado 05 Jan 2023]. Disponível: <https://www.abo.org.br/quem-somos>.
- Conselho Federal de Odontologia (CFO). Histórico do CFO. [citado 05 Jan 2023]. Disponível: <https://website.cfo.org.br/>.
- Guedes-Pinto AC. A História da Odontopediatria no Brasil. São Paulo: Editora Santos/ Grupo Gen; 2014. 472p.
- Associação Brasileira de Odontopediatria. ABOPED, 2022. [citado 05 Jan 2023]. Disponível: <https://aboped.org/quem-somos>.

Cultura e Arte

Pioneirismo de quase três décadas

Técnicas, estudos e estratégias de tratamentos. Essas são algumas das ferramentas utilizadas por médicos em seu trabalho diário no acompanhamento de seus pacientes. Mas humanizar a Medicina, trazendo novos componentes, é fundamental, seja no processo de cura ou de cuidados paliativos. Pensando nisso, o pelo médico Paulo Fernando Barreto Campello de Melo, professor regente de Pneumologia da Faculdade de Ciências Médicas, da Universidade de Pernambuco (UPE), idealizou o programa “A arte na Medicina às vezes cura, de vez em quando alivia, mas sempre consola”. O objetivo é humanizar a área da saúde com manifestações artísticas, além de ações terapêuticas, humanísticas e pedagógicas com público-alvo de várias faixas etárias, incluindo crianças e adolescentes.

Criado em 1996, o programa surgiu com diversos projetos, principalmente oficinas na quais os pacientes participavam de oficinas de música, teatro, fotografia, vídeo, grafiteagem, entre outras manifestações artísticas populares, mas sempre com espaço para a apresentação de médicos, alunos e pacientes com dons artísticos, concertos de música e para contação de histórias na enfermaria. Segundo Campello, em artigo publicado no UOL, “arte é arma poderosa no tratamento e na prevenção de doenças. Se você duvida, experimente”.

A arte estimula a produção de anticorpos, estimula o cérebro a fabricar substâncias que trazem calma, relaxamento e alegria e ainda ajuda na recuperação motora dos pacientes. “Dedilhar um teclado funciona tanto quanto movimentar cem vezes o dedo. E, para quem precisa de fisioterapia de vias respiratórias, tocar flauta ou pífano resulta tão eficiente quanto insuflar luvas. A diferença é que o tratamento com instrumentos fica mais prazeroso”, complementa um dos idealizadores do programa com outro professor da UPE, Wilson Freire.

A partir do sucesso do Arte na Medicina, foram inseridas na grade curricular da Faculdade as disciplinas “Arteterapia” e de “Saúde e Arte”, pelas quais já passaram mais de mil alunos que conseguem ter uma visão mais humanística da Medicina, ao conviverem com situações teatralizadas enquanto médico, paciente e familiar.

Fonte da foto: Site SBP





Dr. Werther Brunow de Carvalho

Membro Titular da Cadeira n. 3 da Academia Brasileira de Pediatria



Dra. Cintia Johnston
Fisioterapeuta, PhD

Professora Orientadora do Programa de Pós-Graduação de Pediatria e Ciências da Saúde do Departamento de Pediatria da FMUSP

“Em minha opinião pessoal, neste momento existe uma utilização excessiva da técnica em pacientes pediátricos internados.”

Ciência e Ensino

Oxigenoterapia com Cânula Nasal de Alto Fluxo

1. Introdução

A oxigenoterapia com cânula nasal de alto fluxo (CNAF) é uma modalidade de oxigenoterapia a qual permite fornecer misturas de gases aquecidos e umidificados por meio de uma cânula nasal de alto fluxo. Sistemas de oxigenoterapia que permitem fornecer acima de 8 L/min, como máscaras não reinalantes e máscaras de Venturi, também são considerados sistemas de alto fluxo. Entretanto, os sistemas de CNAF são considerados mais eficazes devido a permitir melhor controle e monitoração da fração inspirada de oxigênio (FiO₂), temperatura do gás ofertado, assim como seu fluxo. O alto fluxo é fornecido empregando um gás fresco e aquecido a 37°C, sendo completamente umidificada, com taxas de fluxo variáveis através do sistema. A fração inspirada pode ser titulada entre 0.21 a 1.0.

2. Os mecanismos de ação da CNAF são fundamentados em quatro características importantes

1. Lavagem do espaço morto da nasofaringe: o fluxo de gás é levado por uma cânula que oclua no máximo 50% do diâmetro das narinas. Essa é uma distinção fundamental em comparação com modos de ventilação não invasiva pressurizados, como a pressão contínua nas vias aéreas (CPAP) e os dois níveis de pressão nas vias aéreas (bilevel), na qual pretende-se ocluir em torno de 80% do diâmetro das narinas.
2. Gás condicionado: as misturas de gases levadas pelos sistemas de CNAF devem ser adequadamente aquecidas e umidificadas para evitar o ressecamento da mucosa das vias aéreas e preservar a funcionalidade do epitélio mucociliar.
3. Alto fluxo: a CNAF deve levar fluxos de misturas de gases maiores do que o pico de fluxo inspiratório do paciente no intuito de reduzir o esforço inspiratório do paciente.
4. Alta velocidade: o gás levado em alta velocidade penetra profundamente as vias aéreas, leva a fonte de gás fresco para mais perto da carina e vias aéreas inferiores gerar algum nível de pressão positiva expiratória final nas vias aéreas, mas não existe (até então) a possibilidade de sua titulação e monitoração.

A CNAF apresenta efeitos benéficos por meio de diversos mecanismos:

1. Redução da resistência inspiratória, ajudando a vencer a resistência das narinas e diminuindo o trabalho respiratório.
2. Eliminação do espaço morto anatômico nasofaringe, gerando um reservatório de gás fresco na nasofaringe e diminuindo a reinalação de gás carbônico (CO₂), particularmente importante em lactentes.
3. Redução do gasto metabólico relacionado ao condicionamento de gás, e diminuição das perdas insensíveis de água.
4. Melhoria da condutância das vias aéreas e transporte mucociliar, prevenindo o ressecamento das secreções das vias aéreas, ajudando a manter a integridade funcional do epitélio das vias aéreas.
5. Fornecimento de baixos níveis de pressão positiva nas vias aéreas.

3. Principais indicações

A CNAF pode ser indicada em diversas situações clínicas que cursem com hipoxemia e ou hipercapnia, desde que a insuficiência ventilatória aguda (IVA) não seja grave e que o paciente mantenha o seu nível de consciência para permitir a respiração espontânea. Dentre as indicações, estão:

- IVA leve ou moderada, exemplo: bronquiolite aguda;
- Após a extubação traqueal: crianças crônicas complexas que cursem com hipotonia muscular e ou deformidades de caixa torácica; desnutrição grave; desmame prolongado (necessidade de mais de três testes de respiração espontânea ou mais de sete dias para que se consiga uma extubação traqueal com sucesso); pós-operatórios de cirurgia cardíaca complexa (categorias 4 a 6, segundo a classificação RA-CHS-1); displasia broncopulmonar (DBP); fibrose cística, entre outros;
- IVA leve ou moderada após a extubação traqueal;
- Suporte de oxigenoterapia e conforto para as vias aéreas para crianças em cuidados paliativos exclusivos ou terminais.

O uso da CNAF é crescente em pediatria e neonatologia, resultando em um maior interesse acadêmico. Entretanto, existe

uma limitação de estudos sobre a segurança e eficácia da aplicação desta técnica em várias condições em Pediatria (ex.: durante o transporte de crianças em terapia intensiva pediátrica). Portanto, novas questões, alertas e respostas estão surgindo progressivamente com a aplicação da técnica. Em minha opinião pessoal, neste momento existe uma utilização excessiva da técnica em pacientes pediátricos internados.



“A CNAF pode ser indicada em diversas situações clínicas que cursem com hipoxemia e ou hipercapnia, desde que a insuficiência ventilatória aguda (IVA)”

4. Efeitos esperados

A racionalização fisiológica, envolvendo os mecanismos que ocorrem durante a aplicação CNAF, estão listados na tabela abaixo:

Tabela - Mecanismos e descrição sobre os efeitos esperados com a utilização da CNAF

Mecanismo	Descrição
Lavagem do espaço morto	Diminuição do espaço morto tornando a ventilação-minuto mais eficiente
Diminuição do trabalho respiratório	Fluxo respiratório que permite eliminar a resistência nasal
Melhora da mecânica pulmonar	Gás aquecido e umidificado melhorando a condutância, complacência e elasticidade pulmonar
Eliminação do trabalho metabólico associado com o condicionamento do gás	Atenua a perda de água e energia associada com o condicionamento do gás inspiratório
Fornecimento de uma pressão de distensão leve	Fluxo pode ser restrito para fornecer uma pressão de distensão positiva para o recrutamento pulmonar
Melhora de mobilização de secreções	Umidificação ideal dos gases inspirados restaura a função mucociliar e diminui os sintomas da agudização da via aérea

- Atresia de coanas/bloqueio da passagem nasal;
- Respiração bucal (relativa, avaliar caso a caso);
- Trauma ou cirurgia de nasofaringe;
- Pós-operatório de neurocirurgia com abordagem de base de crânio;
- Epistaxe ativa;
- Fístula do sistema respiratório (relativa, avaliar caso a caso);
- Pneumotórax não drenado (relativa, avaliar caso a caso).

Naturalmente, em pacientes em parada cardiorrespiratórias, choque, não cooperativos ou agitados, em coma ou com alteração grave do nível de consciência, com hemorragia gastrointestinal superior e disfunção bulbar grave, não se deve empregar a CNAF ou qualquer outra modalidade de ventilação não invasiva.

Leitura Complementar

1. Slain KN, Shein SL, Rotta AT. The use of high-flow nasal cannula in the pediatric emergency department. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93:36-45.
2. Johnston C. Ventilação Não Invasiva em Neonatologia e Pediatria. São Paulo: Editora Atheneu; 2018.
3. Carvalho WB. Terapêutica de Oxigenoterapia utilizando a Cânula Nasal de Alto Fluxo. In: Carvalho WB. Ventilação Pulmonar Mecânica em Pediatria/Neonatologia, volume 3, in press.



Homenagem ABP a um pioneiro

Tributo ao Ronald Pagnoncelli de Souza

Lilian Day Hagel
Alda Elizabeth Boehler Iglesias

Dr. Ronald Pagnoncelli de Souza foi um médico formado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul em 1962. Escolheu como especialidade a Pediatria e a Saúde Escolar, dedicando-se ao atendimento de crianças e adolescentes, sendo em escola privada. Foi um dos pioneiros no atendimento dos adolescentes no Brasil e no Rio Grande do Sul. Dedicou-se à clínica pediátrica por 42 anos, nunca se descuidando do olhar clínico associado à compreensão psicodinâmica dos problemas das crianças, seus pais e familiares – propiciando um atendimento mais humanizado e valorizando não só as queixas clínicas, mas a importância da saúde mental nos indivíduos. Foi um agregador de diferentes especialidades valorizando os diferentes olhares sobre o paciente e sua família/cuidador. Foi um precursor do atendimento em equipe multidisciplinar e interdisciplinar. Sabia da importância da discussão de casos e dos diferentes olhares sobre o paciente.

Foi professor do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Em 1984, foi eleito pelo voto direto como vice-diretor da Faculdade e, em 1988, diretor da referida Universidade.

Foi um dos responsáveis pela verdadeira revolução e modernização da Pediatria também no meio acadêmico no Rio Grande do Sul. Criou a Unidade de Adolescentes do HCPA em 1988 e trabalhou lá com supervisão dos profissionais no atendimento aos adolescentes.

Foi membro da Sociedade Brasileira de Pediatria por décadas, bem como do Comitê de Adolescência da instituição; é sócio-fundador e ex-presidente da Associação Brasileira de Adolescência (ASBRA), diretor da Revista da Adolescência Latinoamericana e sócio da International Association for Adolescent Health (IAAH). Publicou importantes trabalhos científicos em revistas nacionais e estrangeiras, além de diversos livros.

Foi um dos sócios-fundadores e o primeiro presidente do Comitê de Gaúcho de Adolescência em 1984, voltado à discussão de casos e artigos científicos com reuniões mensais e com a participação de pessoas convidadas que também estavam curiosas e preocupadas com a saúde do adolescente. Inúmeras vezes propiciou que estas reuniões fossem em sua própria residência.

Tinha especial interesse na capacitação e trocas de experiências não só a nível nacional como internacional. Durante o Congresso Jornadas Gaúchas de Pediatria em 1985, coordenou o pioneiro Curso Medicina de Adolescente para troca de experiência e discussão científica.



Em 1998, no Congresso Brasileiro de Adolescência em Gramado, participou ativamente para o reconhecimento da área de atuação e o primeiro Título de Especialista de Pediatria com área de atuação em Medicina de Adolescente – Hebiatria no Brasil.

Pagnoncelli era médico de olhos vivos, voz e gestos suaves e sempre falou também com as mãos, como se conduzisse as frases até a ponta dos dedos. Circulava nos diferentes setores e tinha um livre trânsito nas diferentes especialidades como Psiquiatria, Ginecologia, Neurologia, Urologia, Endocrinologia bem com a Pedagogia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Enfermagem, entre outras.

Nos últimos anos, dedicou-se exclusivamente a escrever livros científicos e para público leigo sobre a saúde da criança e do adolescente. Entre suas obras, estão “Semiologia e Atenção Primária à Criança e ao Adolescente”, “Filhos saudáveis, pais felizes”, “Para entender o adolescente”, “A educação sexual de nossos filhos” e “Nossos filhos, a eterna preocupação”, entre muitos outros. Temos muito que agradecer o incentivo.

Para as gerações que o conheceram como médico pediatra e como aluno, colega, professor foi um exemplo de pessoa e de garra por viver, apesar das dificuldades que teve, e, também, na dedicação ao atendimento com excelência técnica e humanização e individualização no cuidado.

Um tributo da Pediatria a Pedro Celiny Ramos Garcia

Na trajetória e evolução da Pediatria brasileira, identificamos alguns personagens marcantes que foram decisivos para nos tornarmos uma das mais respeitadas especialidades médicas de nosso país. Neste seleto grupo de líderes visionários e desbravadores, inclui-se o Prof. Dr. Pedro Celiny R Garcia, recentemente falecido (25/01/2023), aos 73 anos.

Dr. Celiny conclui seu curso médico na Universidade Federal do Rio Grande do Sul e imediatamente é aceito para realizar residência de Pediatria no Hospital dos Servidores do Estado do Rio de Janeiro nos anos 1974 e 1975, onde foi chefe dos residentes e já se destacava por sua habilidade no cuidado de pacientes críticos. No retorno a Porto Alegre, é convidado para instalar e coordenar a primeira UTI pediátrica do estado, no Hospital São Lucas da PUCRS, onde permaneceu como chefe da unidade prestando assistência diária por mais de 4 (quatro) décadas. Foi pioneiro na formação de intensivistas pediátricos através dos programas de residência médica e com opções de estágios para estrangeiros, validados pelos convênios com Colômbia, México, Peru e Itália.

Na mesma época, inicia sua atividade docente no Departamento de Pediatria da PUCRS, que já contava com grandes lideranças da Pediatria gaúcha e brasileira como os Professores Antonio Spolidoro, Renato M. Fiori, José L. Pitrez, entre outros. Sua vocação como professor rapidamente se manifesta ao envolver-se com o ensino de graduação e pós-graduação, modificando disciplinas, aliando conhecimentos teóricos com atividade assistencial prática diária com seus alunos. Passa a ser referido por seus alunos como modelo de pediatra a ser seguido, sendo por isso mesmo alvo de repetidas homenagens. Por outro lado, suas habilidades como pesquisador eram latentes e intimamente motivadas por suas atividades docentes e assistenciais. Assim, alunos da graduação, residentes e pós-graduandos participavam de forma intensa e sinérgica em suas diversas linhas de pesquisa. Como resultado de sua intensa produção de conhecimentos, tem catalogado mais de 150 artigos na base Medline, publicou centenas de capítulos de livros, foi autor de seis edições do livro de Medicina Intensiva Pediátrica e centenas de temas livres. Foi inovador em suas pesquisas nos campos da sepse, choque séptico, índices prognósticos, sendo seus resultados referidos em inúmeros consensos. Por isso mesmo, era presença constante como palestrante convidado em congressos nacionais e internacionais.

Outra grande qualidade do prof. Celiny era sua constante procura pela qualificação e aperfeiçoamento profissional. Em 1983, realiza um fellowship de 1 ano em Boston na área de Medicina Intensiva Pediátrica, sob a orientação do Dr. Robert Krone. Posteriormente, faz períodos menores de treinamento no Children's Hospital de Washington DC, com os Drs. Murray Pollack e Peter Holbrook. A partir daí amplia sua rede internacional de contatos com grandes referências internacionais da medicina intensiva pediátrica que contribuem decisivamente na qualidade e direcionamento de suas pesquisas. Essa grande rede permitiu também que vários ex-residentes e orientandos do Prof.



Celiny acabassem sendo admitidos em diversas UTIs do Canadá, EUA, França, Inglaterra, entre outros.

Uma característica marcante do Prof. Celiny era sua enorme capacidade de liderar e aglutinar pessoas em torno de causas comuns. Por essa razão, acabou exercendo diversos cargos associativos na Associação de Medicina Intensiva Brasileira (AMIB), na Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul (SPRS) e na Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Como presidente da SPRS, adquiriu a primeira sede própria da sociedade, organizou congressos e presidiu o Congresso Brasileiro de Pediatria em Porto Alegre (1991). Na sua gestão como presidente da SBP foi construída a sede atual em Copacabana, no Rio de Janeiro. Como liderança na Medicina Intensiva Pediátrica, presidiu congressos regionais, estaduais, nacionais e internacionais da especialidade. Foi sócio-fundador da Sociedade Latino-Americana de Cuidados Intensivos Pediátricos (SLACIP). Por sua atuação em prol da Pediatria brasileira, foi empossado em 1997 como membro Titular na cadeira n.7 da Academia Brasileira de Pediatria (ABP).

Sem dúvida alguma, o Prof. Celiny escreveu uma história que engrandece a Pediatria gaúcha e brasileira, tornando-se um marco e referência tanto na Pediatria como na Medicina Intensiva Pediátrica de nosso país. É um dito popular que “a pessoa somente estará morta quando não houver ninguém mais a lembrá-lo ou a citá-lo”. Nessa perspectiva, podemos afirmar que o Prof. Dr. Pedro Celiny R. Garcia estará vivo por aqui por muito tempo.

Prêmio ABP**Premiação dos melhores artigos de 2021**

A Academia Brasileira de Pediatria (ABP) tem o prazer de indicar os melhores artigos publicados pelo Jornal de Pediatria todos os anos. Houve uma interrupção devido à pandemia e à reorganização do trabalho, mas estamos de volta recuperando os tempos difíceis pelos quais todos passamos, e com muita alegria viemos saudar os autores e suas pesquisas publicadas no JPed pelo impacto, relevância e inovação.

Em 2021, foram publicados 72 artigos originais. Destes, 12 chamaram a atenção pela sua temática relevante, sua metodologia cuidadosa e contribuição ao conhecimento na sua área específica. A seleção dos três melhores foi uma difícil tarefa. Os acadêmicos dedicaram várias horas na leitura atenta e na discussão dos critérios para tomada de decisão e chegaram às indicações, sem deixar de comemorar a excelência da revista da nossa Sociedade e sua grande contribuição ao ensino, pesquisa e assistência em Pediatria. Os três artigos premiados foram:

- “Performance of prognostic markers in pediatric sepsis”, dos autores Cristian Tedesco Tonial, Caroline Abud Drumond Costa, Gabriela Rupp Hanzen Andrades, Francielly Crestani, Francisco Bruno, Jefferson Pedro Piva e Pedro Celiny Ramos Garcia. Este artigo deriva de um projeto bem estruturado, inclui marcadores adequadamente combinados nos grupos de caso e de controle, e tem a vantagem adicional de ser um estudo prospectivo.
- “Allergic sensitization pattern of patients in Brazil”, dos autores Carolina Sanchez Aranda, Renata R. Cocco, Felipe F. Pierotti, Emanuel Sarinho, Flávio Sano, Arnaldo Porto, Nelson Rosário, Herberto J. Chong Neto, Ekaterini Goudouris, Lillian S. Moraes, Neusa F. Wandalsen, Marcia C. Mallozi, Antônio C. Pastorino, Jackeline M. Franco, Maria L. Chavarría, Magnus Borres e Dirceu Solé. Este artigo é um dos poucos estudos multicêntricos sobre padrões de sensibilização a alérgenos entre pacientes com doenças alérgicas, particularmente de países de baixa e média renda (LMICs) em regiões tropicais e subtropicais. Compreender os padrões de sensibilização são importantes para a pesquisa e para a prática clínica, como informar sobre quais alérgenos e componentes alergênicos são mais relevantes para triagem de pacientes atópicos e para imunoterapia.
- “Association between asthma and sleep hours in Brazilian adolescents”: de Natalia Rocha do Amaral Estanislau, Erica Azevedo de Oliveira Costa Jordão, Gabriela de Azevedo Abreu, Katia Vergetti Bloch, Maria Cristina Caetano Kuschnir, Mara M. R. Felix e Fabio Chigres Kuschnir. Os autores concluem que a prevalência de asma é significativamente maior em indivíduos que dormem menos horas. Este é um estudo que tem a grande força de incluir 59.442 adolescentes nas análises e mostrar a associação, sem a pretensão de concluir como relação causal, mas alertar os pediatras sobre a importância do tema “sono” nos acompanhamentos dos pacientes asmáticos.

Desta forma, a ABP vem cumprimentar todos os autores dos trabalhos e comemorar a relevância do Jornal de Pediatria no cenário científico nacional e internacional, que se deve ao corpo de pesquisadores e ao trabalho incansável de seus editores.



Dra. Sandra Grisi
Membro Titular da Cadeira n. 6 da
Academia Brasileira de Pediatria

Professora Titular de Pediatria da FMUSP

Cristian Tedesco Tonial, membro da Sociedade Brasileira de Pediatra (SBP), especialista em Pediatria e Terapia Intensiva Pediátrica pela SBP/AMIB, doutor em Pediatria e Saúde da Criança pela PUCRS, médico plantonista da UTIP do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e membro do Comitê Executivo da Rede de Pesquisa BRnet-PIC, é um dos autores do artigo “Performance of prognostic markers in pediatric sepsis” e descreve o sentimento em ser agraciado com o prêmio e relembra o Prof. Dr. Pedro Celiny Ramos Garcia:

“Recebo este prêmio da ABP com muito orgulho pelo impacto que tamanha honraria representa para nós pediatras brasileiros. Ser lembrado pelos acadêmicos, cujos livros encontram-se na minha estante e fizeram parte da minha formação como pediatra, tem um sabor todo especial. Publicar no Jornal de Pediatria é sempre um grande desafio pelo seu comitê editorial e revisores exigentes, que fizeram o periódico disparar seu fator de impacto nos últimos anos. Esse prêmio representa um esforço em valorizar a pesquisa de qualidade que é realizada aqui no Brasil. Gostaria de dedicá-lo ao Prof. Dr. Pedro Celiny Ramos Garcia, meu mestre e fonte de inspiração na carreira acadêmica, que faleceu recentemente. Dr. Celiny me ligou imediatamente quando soube do prêmio. Naquele dia, demos boas risadas lembrando o tempo em que trabalhamos juntos e discutimos os possíveis rumos da pesquisa em pediatria no Brasil. Seu amor pela Terapia Intensiva Pediátrica e sua contribuição inestimável à pesquisa brasileira estão hoje representados neste prêmio ABP”.

Ética e Bioética

Telemedicina e teleconsulta na perspectiva do código de ética médica

A tecnologia está cada vez mais presente na sociedade e o exercício da Medicina está inserido neste contexto. As principais tecnologias no presente são a Inteligência Artificial (IA), Big Data, 5G e a Telemedicina.

A presença da telemedicina tem o objetivo de facilitar o acesso à saúde ao cidadão, integrar a rede de assistência com racionalização no uso dos recursos disponíveis e transmitir conhecimento e experiência de centros médicos especializados para outros centros de menor porte, em localidades mais distantes. A telemedicina deve ser utilizada para diminuir as desigualdades de acesso às necessidades de saúde e melhorar a qualidade/eficiência na prestação de serviços. Deve ser complementar à Medicina presencial e não objetiva substituir a contratação de médicos em municípios de pequeno porte, ao contrário, deve proporcionar ao médico da pequena localidade acesso a exames diagnósticos e terapêuticos que inexistem em sua microrregião geográfica.

A Resolução CFM 2314/22 trata da normatização da telemedicina e a legislação federal relativa ao tema é a lei 14.510/22 sobre normas da telessaúde no país.

Dentre as modalidades de telemedicina se destaca a teleconsulta (consulta a distância entre o médico e seu paciente, com uso de tecnologias de comunicação) como também a teleinterconsulta com médico presente nas duas pontas, um presencial e o consultor a distância.

Merece destaque reafirmar que a consulta presencial representa o valor referência ao atendimento, considerando as virtudes da relação médico paciente e da confiança decorrente da personalidade. A Resolução CFM 2314/22 é complementar ao Código de Ética Médica. Em sua elaboração, alguns princípios orientadores foram fundamentais:

O primeiro se refere à autonomia do médico e do paciente de optarem pelo uso da tecnologia, de que modalidade e circunstâncias. Esta autonomia deve estar ratificada em um termo de informação e esclarecimento formal, quando deve ser enunciado os limites do atendimento não presencial e que o médico pode indicar a não possibilidade de tomar decisão, remetendo o atendimento para presencial. A consulta a distância está liberada em território nacional e cabe à autonomia médica a viabilidade de haver conclusão do atendimento. A autonomia médica deve existir no limite do benefício e do não malefício ao paciente e esta autonomia corresponde a sua responsabilidade. O atendimento médico a distância está sujeito às mesmas responsabilidades do atendimento presencial, de ordem ética, civil e criminal.

O segundo se refere à segurança do paciente, seja nos limites do atendimento a distância, seja na realização de prontuário médico correspondente aos atos médicos praticados e também na segurança de dados do paciente.

Todo ato médico deve ter seu registro em prontuário médico, as pla-



Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho
Pediatra e Conselheiro Federal (CFM)

taformas para consulta devem ter segurança de níveis atuais para NS2 com uso de assinatura qualificada padrão ICP Brasil. Ressaltamos que o CFM disponibiliza plataforma de prescrição e assinatura digital qualificada a todos os médicos brasileiros que optem por seu uso.

As normas mais citadas no Brasil se referem ao sigilo previsto no Código de Ética Médica, lei 13.709, da Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD), e também a HIPAA (*Health Insurance Portability and Accountability Act*) lei promulgada em 1996, nos Estados Unidos, que estabelece um padrão de proteção para os considerados dados sensíveis.

O terceiro princípio foi referente ao exercício da medicina através de tecnologias de comunicação a distância, que o médico como pessoa física somente precisa estar registrado no estado da federação de seu domicílio. Para o exercício presencial regular em outros estados do Brasil, há necessidade de inscrição secundária.

Em relação a remuneração se defende os mesmos valores, pois o nível de responsabilidades é o mesmo, mas os critérios de valores devem ser estabelecidos entre o médico e seu paciente.

Em 2021, a OMS estabeleceu princípios éticos

para o uso de Inteligência Artificial e outras tecnologias em saúde em populações, e de modo breve são os seguintes:

Proteção da autonomia;

Promoção do bem-estar, segurança e interesse público;

Garantia de transparência, inteligibilidade e explicabilidade;

Garantia de Inclusividade e equidade.

O uso de tecnologias de comunicação no apoio ao exercício da Medicina deve ser visto como método propedêutico para atendimento a distância, desta forma são opcionais e complementares. O médico que optar pelo uso da telemedicina deve se capacitar com o método e estabelecer os limites e modalidades que deseja atuar. Desta forma, com cautela e segurança, a telemedicina representa um maior acesso aos pacientes e ampliação nas possibilidades de trabalho do médico.

Da propedêutica tradicional se mantém a anamnese, e do exame físico temos a inspeção a qual pode ser detalhada, no tocante ao exame de ausculta cardiopulmonar e avaliações de orofaringe e otoscópio já existem equipamentos alternativos para tal execução, restando ausente a possibilidade de palpação do paciente.

Ao realizar seu atendimento o médico deve estar atento com o ambiente e sua interface, com atenção para a segurança de dados e privacidade. Deve verificar a sua conectividade, boa iluminação e silêncio, além de estabelecer uma relação de empatia. Deve aplicar o Termo de Consentimento forma, registrar os dados do atendimento no prontuário, assinar os documentos por assinatura qualificada padrão ICP Brasil e emitir o comprovante de consulta ao paciente. Conforme parecer do CFM 14/2017, sobre WhatsApp e outras mídias sociais, pode ser usado como meio de comunicação, mas não deve ser utilizado como registro de prontuário.

Importante o médico estabelecer limites que julgue necessário, por exemplo evitar atender crianças com insuficiência respiratória importante, convulsões para atendimentos a distância, óbvio que na dependência das dificuldades de locomoção do paciente. Os limites podem ser mais rigorosos, como atender somente paciente já avaliados previamente.

Em breve síntese, o método propedêutico por tecnologias de comunicação, a telemedicina, representa uma alternativa a mais de atuação do médico, que tem a autonomia e responsabilidade de decidir sobre seu uso, estabelecer limites, perfil de pacientes e modalidades. A Medicina é a mesma, com ou sem tecnologia, e ressaltamos que o chamado padrão “ouro” de uma consulta ser o atendimento presencial. Esta possibilidade não vem para substituir o médico, e sim para trazer acesso, interoperabilidade entre redes de assistência, racionalização de recursos, transferência de conhecimento e experiência em Medicina.





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 (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