

Boletim informativo da Academia Brasileira de Pediatria



NESTA EDIÇÃO

Editorial

Tentativa de suicídio, cada vez mais presente na vida do pediatra

Histórias da Pediatria

Hospital da Criança Santo Antônio – Uma referência na pediatria gaúcha

Ciência e Ensino

Maus-tratos contra crianças e adolescentes

Entrevista com o Acadêmico

João de Melo Régis Filho: a paixão pelo cuidado desde criança

Cultura & Lazer

“Bel, a experimentadora”: livro infantil fala sobre ciência de forma lúdica

Ética e Bioética

Aspectos éticos e bioéticos da gravidez na adolescência

Homenagem

Academia Brasileira de Pediatria: preocupação com o passado e compromisso com o futuro

Homenagem Póstuma

Tributo ao Dr. Júlio Dickstein



Palavra da Presidente

Medicina de Transição: a promoção de cuidados contínuos de pacientes com doenças crônicas e/ou complexas da Pediatria para a Medicina de adulto

Estima-se que a prevalência da doença crônica na população pediátrica oscile entre 15 e 20% e, em decorrência dos avanços nos cuidados médicos, 90% delas avançam para a idade adulta, configurando a necessidade de um plano de transição desses pacientes para a Medicina do adulto. A Medicina de Transição é um campo emergente dentro da prática médica, que se concentra na transferência progressiva dos cuidados de saúde de jovens adultos com necessidades médicas para tratamento de doenças crônicas e/ou complexas que começaram durante a infância.

A doença crônica impõe às crianças e adolescentes e suas famílias adaptações e estratégias para seu enfrentamento e suporte às necessidades. Nesse sentido, o acompanhamento da família e da criança durante todo o processo do tratamento realizado pelo pediatra, hebiatra e equipe de saúde acontece em termos especiais, com o estabelecimento de vínculo de confiança e segurança na equipe de saúde, garantindo a integralidade do cuidado. Tão importante quanto o tratamento da doença em si, estão os cuidados diferenciados que a Pediatria oferece com uma abordagem levando em conta o contexto socioemocional e familiar em que os pacientes estão inseridos, pilares da boa prática pediátrica. Por isso, a transição para outro modelo de assistência, como acontece na Medicina do adulto é um período crítico na vida destes jovens adultos. Ao atingirem a idade adulta, muitos se veem perdidos em um sistema de saúde onde, na maioria das vezes, não encontram a mesma gama de atenção de cuidado e apoio que recebiam anteriormente. Isso pode resultar em lacunas e fragmentação dos cuidados, perda de continuidade e, em alguns casos, dificuldade para adesão à proposta terapêutica.

A Medicina de Transição busca abordar esses desafios, fornecendo uma abordagem coordenada e multidisciplinar para garantir a continuidade do tratamento e uma passagem suave e bem-sucedida para a Medicina do adulto. Isso envolve não apenas a transferência de cuidados de pediatras para médicos especializados em adultos, mas também a consideração de diversos fatores que garantam melhores resultados.

Por volta dos anos 2010, em alguns países, formaram-se grupos de estudo dos problemas relacionados à transição e houve elaboração de recomendações, programas e ferramentas para auxiliar profissionais de saúde, adolescentes e famílias a enfrentarem o processo.

Dra. Sandra Grisi

Presidente da Academia Brasileira de Pediatria
Membro titular da cadeira número 6 da ABP



Essas recomendações abordam as premissas que devem nortear a assistência a ser oferecida, como independência, autoadvocacia, educação em saúde e planejamento para o futuro. Uma das principais características da Medicina de Transição é o foco na autonomia do paciente. Os jovens adultos são incentivados a assumir um papel mais ativo em sua própria saúde, aprendendo a gerenciar suas condições médicas, entender seus tratamentos e tomar decisões informadas sobre sua saúde.

Dessa forma, é fundamental a decisão sobre o momento em que a transição deve ocorrer. A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda que essa decisão seja baseada nas características e necessidades individuais do paciente e de sua família e não na idade cronológica. Nesse sentido, existem várias ferramentas práticas, como o *Transition Readiness Assessment Questionnaire* (TRAQ), elaborado e validado em 2008, nos Estados Unidos, e traduzido e validado no Brasil em 2018. Este questionário mede as habilidades necessárias para o sucesso da transição, assim como o progresso dos adolescentes em outras áreas, como educação, trabalho e vida diária. É composto de dois domínios, sendo que o primeiro avalia competências de autogestão (interpretação de prescrição, compreensão de efeitos colaterais do tratamento, manipulação de equipamentos médicos, agendamento de consultas), e o segundo, competências para autoadvocacia (comunicação com profissionais da saúde e gestão das atividades da vida diária, incluindo uso de recursos da escola e da comunidade).

No Canadá, a idade de transferência dos serviços de cuidados pediátricos para o atendimento a adultos é definida entre 16 e 19 anos com as seguintes recomendações:

- Comece o planejamento da transição com antecedência;
- Crie um plano de transição personalizado;
- Ofereça suporte antes da transição;
- Garanta apoio contínuo após a transição ao cuidado de adultos.

Nos EUA, surgiu o *Got Transition/Center for Health Care Transition Improvement* (Centro para a Melhoria de Transição de Cuidados de Saúde), que introduziu o conceito *Six Core Elements of Health Care Transition* (Seis Elementos Essenciais de Transição de Cuidados de Saúde).

Os componentes incluem o estabelecimento de uma estratégia que habilite os adolescentes:

- Desenvolvimento da independência e autocuidado;
- Acompanhamento pela equipe de saúde do progresso da transição;
- Avaliações de prontidão para a transição através de ferramentas padronizadas;
- Planejamento para a transição com identificação das prioridades para cada um individualmente;
- Transferência e integração nos cuidados do adulto com um histórico médico e plano de cuidados de atendimento de emergência e conclusão da transferência com mecanismos de feedback da experiência do jovem.

A abordagem multidisciplinar e a colaboração entre as equipes médicas também desempenham um papel crucial na Medicina de Transição. Os pacientes muitas vezes requerem cuidados de uma variedade de especialistas, e é essencial que esses profissionais trabalhem em conjunto para garantir uma abordagem integrada e coordenada.

“Atualmente, várias instituições e centros médicos em todo o mundo estão avançando no campo da Medicina de Transição, oferecendo serviços abrangentes e inovadores para jovens adultos com necessidades médicas complexas e/ou crônicas.”

Além disso, a medicina de transição reconhece a importância do apoio psicossocial durante esse período de mudança. Muitos jovens adultos enfrentam desafios emocionais e sociais ao lidar com a transição para a vida adulta, especialmente quando combinados com questões de saúde complexas. Portanto, os programas de medicina de transição frequentemente oferecem suporte para questões como ansiedade, depressão, isolamento social e dificuldades de ajuste.

Em suma, a medicina de transição é fundamental para garantir que os jovens adultos com necessidades médicas complexas e/ou crônicas recebam cuidados contínuos e inclusivos à medida que fazem a transição da pediatria para a medicina para adultos.

Atualmente, várias instituições e centros médicos em todo o mundo estão avançando no campo da Medicina de Transição, oferecendo serviços abrangentes e inovadores para jovens adultos com necessidades médicas complexas e/ou crônicas. Cada um desses centros oferece uma abordagem ampla e centrada no paciente para garantir uma transição suave e bem-sucedida para a medicina para adultos, garantindo um cuidado abrangente que leve em consideração não apenas as necessidades médicas, mas também os aspectos emocionais, sociais e psicológicos desses pacientes.

Bibliografia:

Matthew J. Meyers, Charles E. Irwin. Health Care Transitions for Adolescents - PEDIATRICS, Volume 151, number S1, April 2023.

Toulany, A; Gorter, J W; Harrison, M E. Appel à l'action: des recommandations pour améliorer la transition des jeunes ayant des besoins de santé complexes vers les soins aux adultes - Paediatrics & Child Health, Vol. 27, No. 5, 2022.

SBP. Documento científico - Adolescência: doença crônicas e ambulatórios de transição - Nº 19, julho de 2020.

Pastura, P S V C; Paiva, C G. Transição dos cuidados de pacientes com doenças crônicas da pediatria para a medicina de adultos: práticas de um hospital terciário no Brasil - revistadepediatricsoperj, volume 18, No. 2, junho de 2018.

Editorial**Tentativa de suicídio, cada vez mais presente na vida do pediatra**

O tema suicídio entre jovens está na programação da TV, nas séries e nos filmes, assim como nas redes sociais e, mesmo assim, precisamos falar cada vez mais sobre o assunto. Em reunião da Academia Brasileira de Pediatria, os professores Werther Carvalho e Jefferson Piva, responsáveis pelas UTI pediátricas de universidades de São Paulo e Rio Grande do Sul, enfatizavam o aumento de tentativas de suicídio em jovens e até em crianças menores de 10 anos que estavam sendo internadas em seus serviços. No Sabará Hospital Infantil, a psicóloga Dra. Cristina Borsari informa que tivemos aumento de 40% nos atendimentos de tentativa de suicídio no biênio 2021/2022 em comparação a 2019/2020. Tenho informação que o mesmo ocorre no Hospital Pequeno Príncipe, localizado em Curitiba e referência de Pediatria no Brasil.

Dados divulgados recentemente pelo jornal O Estado de São Paulo, obtidos no portal Datasus, mostram que quase 1300 crianças e adolescentes tiraram a própria vida em 2021, o maior número desde 1996. Em 2022, foram quase 1200 óbitos por suicídio nessa faixa etária, segundo dados preliminares divulgados pelo governo federal.

Segundo o boletim epidemiológico do Ministério da Saúde, com dados até 2021, a taxa de suicídios cresceu 49% entre adolescentes de 15 a 19 anos entre 2016 e 2021, chegando a 6,6 óbitos por 100 mil habitantes. Já entre aqueles de 10 a 14 anos, embora a taxa seja menor (1,33), a alta foi igualmente preocupante (45%).

Já o Anuário Brasileiro de Segurança Pública do Fórum Brasileiro de Segurança Pública, divulgado em 2023, houve 16.262 registros de suicídio no Brasil no ano de 2022. Dessa forma, tivemos 8 suicídios por 100 mil habitantes, uma elevação de 11,8% em relação a 2021, que registrou 7,2 casos por 100 mil habitantes. A grande preocupação é que os índices de suicídio seguem uma tendência de crescimento desde 2010. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Brasil ocupa o 8º lugar entre os países com os maiores índices de suicídio.

Na Coreia do Sul, o suicídio é a principal causa de morte entre pessoas de 10 a 39 anos. Mais de duas em cada cinco mortes (44%) entre adolescentes no país são por suicídio. Já no Japão, de acordo com dados do Ministério da Saúde, Trabalho e Bem-Estar, em 2022, mais de 500 estudantes dos ensinos fundamental e médio cometeram suicídio. Numa viagem ao Japão, uma das pessoas com quem conversei por lá me disse que os jovens japoneses evi-

**Dr. José Luiz Egydio Setúbal**

Membro titular da cadeira número 29 da ABP

tam ter relacionamentos, pois não sabem lidar com conflitos. Eles estão tão acostumados a viver no mundo virtual de jogos e ficção (nos quais, quando ocorre um problema, você deleta), que desaprenderam a buscar uma solução e acabam se isolando. Esses fatores podem levar à ideação suicida entre crianças e adolescentes, e isso fez com que aumentasse o número de atendimentos nos hospitais de casos de automutilação e de tentativa de suicídio, cujos dados são citados acima.

Há muitos anos, venho escrevendo sobre esse tema no Blog Saúde Infantil, ligado à nossa fundação. Só nesse Blog temos cerca de 50 artigos que citam o suicídio entre jovens e dez que tratam especificamente do assunto. Nos últimos tempos, a saúde mental das crianças e dos jovens vem sendo abalada e, entre as causas citadas pelos especialistas, estão o isolamento na pandemia, violência e negligência – em especial no ambiente familiar, incluindo o excesso de permissividade, o empobrecimento da relação dos jovens com pais e cuidadores e o uso excessivo da internet e das redes sociais.

O suicídio entre jovens é um problema de saúde pública em todo o mundo, é multifatorial, segundo os estudiosos do assunto. Além das mudanças e conflitos que costumam ocorrer nessa fase da vida, os jovens enfrentam cobranças e vivem o isolamento causado pelo uso excessivo das tecnologias.

Temos também um canal de vídeos, Saúde da Infância no YouTube, que tratam de problemas mentais como ansiedade, suicídio etc. Esses são campeões de visualizações.

Transtornos mentais como depressão e ansiedade, que podem ser causados por questões bioquímicas e hereditárias, além de fatores ambientais, também aumentam o risco de suicídio. Por isso, se a criança ou o adolescente manifestar sintomas compatíveis com esses quadros, deve ser levado(a) para avaliação médica ou psicológica e receber tratamento adequado, que geralmente inclui psicoterapia e medicações. A grande dica é conversar com seus filhos sobre todos os assuntos, mas não só no momento de conflito, diz a Dra. Cristina Borsari, psicóloga do Sabará Hospital Infantil.

Esse fenômeno fez com que adotássemos em nossa instituição um protocolo de prevenção de suicídio para todos os pacientes internados a partir dos dez anos, independentemente do motivo da internação. Para a nova unidade que estamos construindo, em São Paulo, também há previsão de leitos específicos para internação envolvendo casos de saúde mental, coisa impensável há alguns anos, quando os casos de internação de crianças e jovens com esse tipo de transtorno eram muito raros.

Vivemos em uma sociedade extremamente tecnológica, que tem grande carga de informação e é muito competitiva. Estes jovens são cobrados para terem atitudes de alta performance em diferentes áreas da vida: seja pela sua família, pela sociedade ou por eles próprios. Isso traz consequências emocionais que fazem com que o jovem entre em crise e conviva com as duas maiores doenças incapacitantes do mundo: a depressão e a ansiedade.

As situações que fazem com que os jovens se sintam deslocados da sociedade, como o bullying, também passaram a tomar proporções maiores. Antigamente, o bullying era presencial. Hoje em dia, existe o cyberbullying, que tem divulgação imediata e “global”.

O isolamento é outro problema. Se você pega o metrô, as pessoas não se olham no vagão porque estão imersas em seus celulares. Estamos perdendo a sensibilidade do contato, do toque, do olho no olho, de sermos humanos, uns juntos aos outros, algo que caracteriza as relações humanas e fragiliza as relações.

O problema é uma preocupação de saúde pública, e você pode conferir alguns sinais de alerta, segundo o Ministério da Saúde:

- Depressão causa tristeza profunda e pessimismo, sentimentos que podem culminar em comportamentos suicidas. Os sinais mais frequentes são irritabilidade, ansiedade, angústia, desânimo, cansaço fácil e diminuição ou incapacidade de sentir alegria.
- Há também outros comportamentos que devem ser observados: aumento de sentimentos de medo e baixa autoestima, dificuldade de concentração, diminuição ou aumento do apetite

e do peso, raciocínio mais lento e episódios frequentes de esquecimento.

- Surgimento de doenças. Pessoas com depressão podem apresentar baixa no sistema de imunidade, problemas inflamatórios e infecciosos. Dependendo da gravidade, a depressão também pode desencadear doenças cardiovasculares, como infarto, acidente vascular cerebral (AVC) e hipertensão em adultos jovens.

Segundo a OMS, 9 em cada 10 mortes por suicídio podem ser evitadas e a prevenção é fundamental. O assunto ainda é considerado tabu, mas é fundamental que em momentos difíceis as pessoas consigam pedir ajuda para familiares, amigos ou ao médico. Por essas razões, nós pediatras devemos estar atentos e incluir cada vez mais sobre esses assuntos nas consultas eletivas ou em ambiente de urgência, tendo como foco a saúde mental da criança e do adolescente.

“Segundo a OMS, 9 em cada 10 mortes por suicídio podem ser evitadas e a prevenção é fundamental. O assunto ainda é considerado tabu, mas é fundamental que em momentos difíceis as pessoas consigam pedir ajuda para familiares, amigos ou ao médico.”

Histórias da Pediatria

Hospital da Criança Santo Antônio – Uma referência na pediatria gaúcha

Os primórdios

Na década de 1940, na região metropolitana de Porto Alegre (RS), de cada 1.000 nascidos vivos apenas 780 ultrapassavam os cinco anos de idade. Nesta época, tanto na Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, assim como nos hospitais privados, as crianças eram atendidas de modo disperso, sem atenção específica. Tornou-se imperativo a construção de um hospital exclusivo para crianças, seguindo uma tendência mundial de abertura de hospitais exclusivamente pediátricos. A oportunidade surge ao final da 2ª Guerra, quando ficou disponível um terreno no 4º distrito da cidade, que fora destinado à construção de abrigo antiaéreo. Aquela era uma região alagadiça, habitada por comunidades carentes mas, também, um local estratégico, pois situava-se na entrada da cidade, sendo facilmente acessível para pacientes vindos do interior do estado.



Com doações e aporte governamental, foi inaugurado em 1953, nesta área, o primeiro hospital pediátrico do Rio Grande do Sul, o Hospital da Criança Santo Antônio (HCSA), vinculado à Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCOMPA), com 10 mil m² de área construída e 250 leitos de internação clínica e cirúrgica. Teve como primeiros diretores pediatras de grande prestígio na comunidade gaúcha: Décio Martins Costa, Carlos Niderauer Hofmeister e Raul Gastão Seibel, os quais garantiram um crescimento constante da instituição, mesmo atendendo a uma população carente e desprovida de plano assistencial.



Prof. Dr. Jefferson P. Piva
Membro titular da cadeira número 30
da Academia Brasileira de Pediatria



Dra. Cláudia Ricachinevsky
Médica Chefe da UTI pediátrica do Hospital
da Criança Santo Antônio (RS)



Dra. Themis Silveira
Membro titular da cadeira número 18
da Academia Brasileira de Pediatria



O HCSA notabilizou-se desde seus primórdios pelo atendimento de doenças infectocontagiosas. Dispunha de uma ampla área de isolamento onde eram atendidas crianças com poliomielite, difteria, sarampo, coqueluche, meningites, entre outras. Durante a epidemia de meningococos (1972 e 1973), o HCSA apresentou a menor taxa de mortalidade nesta epidemia entre os hospitais brasileiros pela adoção de um protocolo elaborado sob a liderança dos Drs. Gentil Bonetti e Benito Sovieiro. A partir da década de 1960, a disciplina de Pediatria e Puericultura da antiga Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre (atual Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre - UFCSPA) era totalmente ministrada nas instalações do HCSA, sendo seus professores responsáveis também pela assistência ali prestada, em conjunto com alguns médicos credenciados pelo antigo INAMPS. O HCSA foi um dos pioneiros no Rio Grande do Sul na oferta de vagas para residência de Pediatria, ainda nos anos primórdios dos anos 1960-1970, em uma época em que as bolsas eram escassas e obtidas junto a empresas e indústria.

Nas décadas que se seguiram, o HCSA foi ampliando sua atuação assistencial, com a incorporação de equipes de especialidades com grandes lideranças nas respectivas áreas, tais como: Cirurgia Pediátrica (Ubirajara I Motta, Hilberto Almeida), Neurocirurgia (Mario Coutinho), Cirurgia Plástica (Joel Barcellos), Radiologia (José Flores), Ortopedia (Mario Dirani e Celso Jacobus), Cardiologia (Céo Paranhos e Nestor Daut), Nefrologia (Décio Martins Consta Jr e Noemia Goldraich), Otorrinolaringologia (Antônio Macedo Linhares), Hematologia (Renato Faillace), Endocrinologia (José Dinis Breda), Gastroenterologia (Alfredo Cantalice neto e Themis Silveira), UTI Pediátrica (Katia Giugno, Tania R. Maia e Jefferson Piva), Dermatologia (Nelson Ricachinewsky), Pneumologia (Gilberto B. Fischer) e, finalmente, na década de 1990 a Cirurgia Cardíaca (Fernando Lucchese e Aldemir Nogueira).

Apesar das inúmeras reformas, ampliações e incorporação de tecnologia, o HCSA ao final dos anos 1990 enfrentava o di-

lema da duplicidade de recursos diagnósticos com a própria instituição-mãe (ISCMPA). O fato de o HCSA estar distante da ISCMA tornava-se agora um impedimento para seu crescimento e progresso. Foi então definida pela construção de “novo” HCSA nas dependências da ISCMPA, em uma área central da região metropolitana de Porto Alegre. Assim, a antiga unidade encerrava suas atividades em 2002, quando contava com 266 leitos, 20 leitos de UTI pediátrica, unidade de Oncologia Pediátrica, unidades cirúrgicas, unidades de isolamento, emergência pediátrica com grande movimento.

O “novo” HCSA e sua relevância na Pediatria nacional

Em outubro de 2002, o HCSA muda para o centro da cidade, unindo-se aos outros setehospitais do complexo hospitalar da Santa Casa, em um prédio construído com verba de doações da comunidade gaúcha. Foram erguidos oito andares, sendo quatro deles de internação clínica e cirúrgica, um andar inteiro de bloco cirúrgico, com sete salas e 14 leitos de recuperação, um andar de UTI pediátrica com 30 leitos, um andar para centro de imagens e ambulatórios de Pediatria e especialidades pediátricas. Inicialmente, a emergência pediátrica destinada aos pacientes oriundos do Sistema Único de Saúde (SUS) era separada da emergência pediátrica de convênios e particulares, posteriormente, estas foram unificadas. O perfil do hospital mudou, acompanhando as mudanças da própria Pediatria. As subespecialidades cresceram, especialmente as cirúrgicas. Ao longo dos últimos anos, o hospital tornou-se referência de neurocirurgia (Jorge Bizzi e André Bedin), cirurgia da epilepsia (Eliseu Paglioli), cirurgia pediátrica geral (Rafael Dyel e Fabrício Barcelos), inclusive com o primeiro caso de cirurgia robótica pediátrica do Rio Grande do Sul (em 2023), cirurgia cardíaca (Aldemir Nogueira, Daniel Hoyer e Paulo Roberto Prates), cirurgia torácica (Cristiano Andrade, Júlio Espinel, José Carlos Felicetti), otorrinolaringologia (José Lubianca), cirurgia ortopédica e de coluna (Sílvio Coelho, Nilson Rodrigues, Sérgio Zylberstein e Samuel Conrad), car-

diologia intervencionista (Carlo Pilla), equipe anestésica pediátrica (Nilton Delatorre e Pedro Dutra), infectologia (Fabrício Motta), oncohematologia pediátrica e transplantes de órgãos. Atualmente, é o único hospital pediátrico brasileiro com capacidade para realizar transplante de coração, rim, fígado e pulmão (equipe do José Camargo). O primeiro tx renal pediátrico realizado no RS, foi na Santa Casa, em 1977. Desde 2002, os transplantes renais pediátricos do estado são assistidos no HCSA, pela equipe da Clotilde Garcia e Viviane Barros, tornando o RS o segundo com maior número de transplantes do país (933 procedimentos ao longo de 46 anos). Em relação aos transplantes hepáticos houve duas fases. A primeira, de 2000 a 2008, equipe liderada por Antonio Kalil e Alfredo Cantalice Neto e as médicas Cintia Steinhaus e Carmen Vinhas Santos. A segunda fase, a partir de 2013, se mantém até os dias de hoje já contabiliza mais de 100 transplantes pediátricos. A equipe é chefiada por prof. Antonio Kalil e Flavia Feyer e é constituída por Cristine Trein, Angelica Lucchese, Mayra Machrye Rodrigo Mariano. Na condução clínica do programa, a chefia é da professora Cristina Targa Ferreira e da médica Melina Melere. Colaboram Carolina Soares da Silva, Cintia Steinhaus, LuizaNader, Vanessa Scheeffe e Matias Epifanio.

O hospital mantém convênio com instituições internacionais, como Barcelona, associado ao Centro de Medicina Fetal, possibilitando cirurgias intraútero, Instituto Brugada, realizando ablações de arritmias graves (Salomão Shames) e Riccardo Superina, italiano radicado em Chicago, nos EUA. Desde 2016, o professor Superina realiza anualmente, no HCSA, procedimentos cirúrgicos inovadores em pacientes com hipertensão de vários estados do país que vêm buscar atendimento especializado.

Desde o final do século passado, as malformações congênitas tornaram-se a segunda principal causa de mortalidade infantil, sendo as cardiopatias congênitas a principal. Assim, em 2015, novamente uma ação da comunidade, liderada pelas Voluntárias pela Vida e visando atender a demanda diária de leitos para atendimento de crianças portadoras de malformações e suas correções, foi construída uma nova UTI pediátrica, no subsolo

do hospital, ajudando a suprir uma necessidade do estado em leitos de terapia intensiva. Foram acrescentados dez aos já existentes 30 leitos da UTI pediátrica.

Para termos ideia do volume de atendimento no HCSA, no ano de 2023, foram realizados 96.468 consultas, 11.545 internações, 7.894 cirurgias, 21.723 exames radiológicos e 49 tx pediátricos, incluindo crianças não só do RS, mas de outros estados da federação, procurando procedimentos que não são realizados em sua região de origem.

Passaram pela direção do hospital Erico Faustini (responsável pela transição do velho com o novo HCSA), José Felicetti, responsável pela obtenção do selo da Joint Commission para o HCSA (primeiro hospital pediátrico a obter), Themis Reverbel da Silveira, fomentando ensino e pesquisa e aumentando a ligação com o núcleo acadêmico da UFCSPA com a criação do Programa de Pós-Graduação de Pediatria, além de gerar o embrião do atual Instituto Materno Fetal. Desde 2019, Fernando Lucchese é o diretor do hospital, fortalecendo os serviços e propiciando o crescimento de todas as especialidades cirúrgicas.

Atualmente, o hospital conta com 160 leitos de internação, 16 leitos de emergência pediátrica, liderada por Aline Botta, 40 leitos de terapia intensiva, com Claudia Ricachinevsky, Viviane Angeli e Raissa Rezende, 14 leitos de sala de recuperação, sendo um dos oito hospitais que compõem a Cidade da Saúde, que é a Irmandade Santa Casa de Porto Alegre.



Ciência e Ensino

Maus-tratos contra crianças e adolescentes

Maus-tratos, ou abuso ou violência doméstica ou intrafamiliar, caracterizam-se como toda ação (abusos físico, sexual e psicológico) ou omissão (negligência e psicológica) por parte do adulto responsável ou cuidador, permanente ou temporário, que possa resultar em agravos ou prejuízos ao desenvolvimento físico, psicológico, moral, intelectual ou social da criança ou do adolescente, com o risco de deixar marcas definitivas em seu desenvolvimento. Encontra-se muitas vezes oculta e disfarçada pelas famílias, mas deve ser considerada uma das doenças mais destrutivas e que deixa sequelas, especialmente para o ser em desenvolvimento.

É considerada doença pelo Ministério da Saúde, sendo, na maioria dos casos, complexa, crônica, progressiva, “contagiosa”, intrafamiliar ou doméstica e passada de pais para filhos. Nesses casos, tem-se o crime de maus-tratos, conforme o artigo 136 do Código Penal Brasileiro.

Os casos de violência doméstica que deixam sequelas ou provocam a morte são, em sua maioria, resultado de agressões rotineiras, com várias ocorrências e relatos de atendimentos anteriores em serviços de emergência, portanto evitáveis, se reconhecidos e tratados em tempo hábil.

Uma grande proporção dos atendimentos tidos como “acidentais” (não intencionais) em serviços de emergência são, na verdade, casos de traumas intencionais, identificáveis por sinais e sintomas comuns tanto nas vítimas como nos agressores, que permitem fazer a suspeita, a notificação aos órgãos de proteção legalmente responsáveis e o desencadeamento das ações de proteção das vítimas – crianças ou adolescentes.

As causas externas de morbimortalidade compreendem os traumas auto ou hetero-infligidos, com caráter de intencionalidade (violências) ou não (acidentes), que determinam danos à integridade física, mental e social das pessoas.

Ao se analisar as taxas de mortalidade por causas externas, a violência não fica evidente na sua totalidade. Muitas das situações de violência não são notificadas e, mesmo nos traumas ditos “acidentais”, tem-se uma grande parcela de negligência ou intencionalidade direta de dano por parte dos cuidadores.

Estatísticas sobre a incidência da violência na infância e adolescência ainda são bastante falhas, especialmente pela falta de reconhecimento do que é abuso/violência, do seu diagnóstico e



Dra. Renata D. Waksman

Doutora em Medicina (Pediatria) pela Universidade de São Paulo, membro da Sociedade Brasileira de Pediatria



Dr. Mario Roberto Hirschheimer

Coordenador do Serviço de Pediatria do Hospital Geral do Grajaú/UNISA, membro da Sociedade Brasileira de Pediatria

da notificação. De acordo com a Organização Mundial da Saúde, em média, seis a cada 10 crianças e adolescentes no mundo todo (quase 1 bilhão) com idades entre 2 e 14 anos são submetidos regularmente à punição física por seus cuidadores e punições físicas graves ainda ocorrem em muitos países, afetando uma em cada cinco crianças. Enfim, continua a ser parte muito real da vida de crianças e adolescentes ao redor do globo, independentemente de suas situações econômicas, sociais, culturais, religiosas ou étnicas.

No Brasil, de acordo com o Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DA-TASUS - acesso disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/violebr.def>), foram registrados nos anos de pré e pós-pandemia, 2019 e 2022, respectivamente 405.497 e 509.150 casos de violência e, em 2020 e 2021 (anos de pandemia), por ordem, 326.502 e 225.455 casos. Em pessoas de 0 a 19 anos de idade em 2019 e 2022, representou 38,40 e 37,10% do total, enquanto em 2020 e 2021 estes percentuais foram de 36,80 e 35,96%. Importante destacar que 2019 e 2022 foram anos de pré e pós-pandemia e que, em 2020 e 2021, devido à pandemia por Covid-19, certamente menos notificações ocorreram e, por isso, dificilmente saberemos os dados reais nestes dois anos.

Todas as formas de violência requerem suspeita diagnóstica, tratamento e determinação do nível de gravidade e risco para o desencadeamento de medidas de proteção, de acordo com o tipo de violência, agente agressor e seu vínculo com a vítima. É importante o reconhecimento de formas “silenciosas” de maus tratos, frequentes, mas raramente diagnosticadas, como a violência psicológica - que permeia todas as outras formas, as diversas formas de negligência, a síndrome de Munchausen por procuração e a alienação parental, que requerem perspicácia do pediatra, assim como capacidade de saber integrar os conhecimentos médico-científicos, jurídicos e de gestão à sensibilidade ética e humanitária numa única abordagem. Fundamentalmente isto requer que os profissionais da área da saúde trabalhem em equipe multiprofissional - outras especialidades médicas, enfermagem, psicologia, serviço social, que conheçam o encaminhamento juridicamente lícito e a forma eticamente adequada do atendimento a crianças e adolescentes vítimas de maus-tratos. Muitas crianças e adolescentes trazem em sua bagagem histórias de violências e sofrimentos que se sobrepõem a todas as suas potencialidades, determinando para elas uma vida de menor valor e de baixa autoestima, podendo causar prejuízos na estruturação da personalidade, dificuldade de sociabilização, destrutividade, auto destrutividade (drogadição, alcoolismo, atitudes masoquistas, suicídio), insensibilidade social (falta de empatia, solidariedade, compaixão etc.) e delinquência.

É fundamental que, frente a um caso suspeito de violência na infância e adolescência, avaliem-se os sinais e sintomas e as consequências destas agressões. Crianças ou adolescentes que estiverem sofrendo risco de morte, de revitimização e apresentarem lesões graves devem ser internadas. O acompanhamento das vítimas e suas famílias deve ser rotina, constando a suspeita diagnóstica precoce e o desencadeamento das medidas de proteção necessárias.

Um olhar especial também precisa ser dado aos casos de tentativas de suicídio e o suicídio levado a êxito, que podem ter sido desencadeados por outras formas graves de violência crônica intra ou extrafamiliar (*bullying*, *cyberbullying*, jogos perigosos, urbana, social, institucional, populacional).

Ficam algumas questões fundamentais para nós, médicos:

- Qual é o nosso compromisso profissional de nos capacitar para suspeitar e diagnosticar a doença violência?
- Como não pudemos olhar e ver o sofrimento da criança?
- Como ninguém foi capaz de perceber ou suspeitar anteriormente?
- Será que é, da nossa parte, omissão, imperícia, receio de represálias ou de ameaças?
- Ainda consideramos a notificação como invasão de privacidade familiar?

Não podemos nos esquecer de nossos deveres moral, legal e ético, de fazer o diagnóstico da violência por ação ou omissão, tratar e proteger nossas crianças e adolescentes, mesmo de casos só suspeito.

Apesar de termos conseguido avançar significativamente na identificação do fenômeno e ter uma legislação protetora, por que ainda temos tanta violência contra crianças e adolescentes?

Disponibilizamos nos links abaixo o Manual de Atendimento às Crianças e Adolescentes vítimas de Violência - 2ª edição - lançado em 2018, pela Sociedade de Pediatria de São Paulo, Sociedade Brasileira de Pediatria e Conselho Federal de Medicina:

[MANUAL DE ATENDIMENTO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA](#)

“Crianças ou adolescentes que estiverem sofrendo risco de morte, de revitimização e apresentarem lesões graves devem ser internadas.”

Entrevista com o Acadêmico



João de Melo Régis Filho: a paixão pelo cuidado desde criança

Nesta edição, o boletim da Academia Brasileira de Pediatria (ABP) conversou com o acadêmico João de Melo Régis Filho, titular da cadeira 26, sobre sua escolha pela Pediatria, a trajetória na especialidade e, principalmente, seus anos de dedicação à Infectologia e à Medicina Tropical. Durante o bate-papo, o pediatra também falou sobre a importância da Sociedade Brasileira de Pediatria e da ABP para impulsionar debates e propostas em prol das crianças e dos adolescentes e o que os futuros colegas precisam ter em mente ao escolher a Pediatria.

Confira a entrevista!

Por que o senhor escolheu Medicina e, especificamente, Pediatria?

Morava na minha infância em Maragogi, cidade do estado de Alagoas, na época habitada apenas por nativos: pequenos agricultores de coco, cana de açúcar e pescadores, sem a corrente turística avassaladora que a transformou atualmente no segundo polo hoteleiro do estado, superada apenas pela capital Maceió. A cidade era pobre, como a maioria delas no Nordeste, possuindo um modesto Posto de Saúde, na maior parte do tempo sem médico, quase abandonado, levando minha mãe, Ana Régis, a assumir um certo protagonismo na saúde pública local. Ajudava principalmente os mais carentes com orientações as mais diversas no assunto, aplicava injeções, inclusive as endovenosas, realizava curativos etc. Tudo sob meu olhar atento de criança já a partir dos cinco, seis anos, e por vezes, ajudava-a nesse trabalho. Certamente a minha curiosidade e empatia nesses meus primeiros contatos com os doentes portadores das mais variadas enfermidades despertaram em mim, embora rudimentarmente, minha vocação para a Medicina. A verdadeira paixão pelos assuntos relacionados aos seres vivos na minha formação, principalmente na Disciplina de Ciências no Curso Ginásial e com mais profundidade a de História Natural no Científico, me preparando para a prova de Biologia do Vestibular, consolidaram minhas certezas em cursar Medicina.

Quanto à escolha da Pediatria, aconteceu a partir do 5º ano médico, em 1967, quando cursava a referida disciplina. Até então como a maioria dos estudantes de Medicina da época tinha uma certa predileção por cirurgia e já acompanhava em atividade extracurricular a equipe do Prof. César Montezuma, cirurgião geral, no Hospital Centenário. Embora teórica em seu conteúdo, a Disciplina de Pediatria da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), cuja sede era o recém-criado Instituto Materno Infantil de Pernambuco (IMIP), dirigido pelo Prof. Fernando Figueira, também titular da Disciplina, no 5º ano, me



Assista à entrevista na íntegra, acessando aqui.

atraí pela excelente qualidade do conteúdo das aulas ministradas. Em sua maioria, os professores responsáveis pelo curso tinham desenvolvido seus aperfeiçoamentos em projetos pedagógicos realizados em Serviços renomados no Exterior. A consolidação da escolha se deu em definitivo no Internato, 6º ano, 1968, em meu período de rodízio no IMIP. As atividades eram desenvolvidas junto ao Programa de Residência Médica (RM), em contato direto com os pequenos pacientes, com os quais observei ter um bom *rapport*, sob supervisão dos médicos residentes e preceptores do quadro docente. Terminado o Internato prestei concurso no mesmo Serviço, tendo sido aprovado e cursado sua Residência Médica, concluída no final de 1970.

O senhor é responsável por vários trabalhos científicos ao longo de sua carreira. Para o senhor, qual é a importância de o médico pediatra investir em carreira científica, investir na produção de bons conteúdos?

A produção científica é importante para qualquer profissional que queira se aprofundar em assuntos de sua atividade. Em meu caso, a necessidade se tornou obrigatória pois um dos postulados sagrados da carreira docente que abracei durante 40 anos, desde 1971 ao término da RM em Pediatria é a pesquisa, ao lado do ensino e extensão, com a conseqüente produção científica. Na minha opinião você consegue bons conteúdos na medida que utiliza como material de pesquisa os elementos de sua prática diária com seus pacientes. Exemplifico: se você tem uma demanda muito grande de Dengue em seus Serviços: ambulatório, consultório, enfermarias, pesquise e publique sobre a referida doença e não sobre outra que você dificilmente verá. Como docente, posso afirmar que os assuntos transmitidos com essa prática criam solidez sobre o conteúdo curricular abordado, produzindo uma grande aceitação dele pelos alunos em seu processo de aprendizado.

O senhor recebeu, ao longo dos anos, homenagens, honrarias, prêmios... Como é saber que seus pares te admiram, ser uma referência em sua área?

Dessas várias homenagens, duas significam muito para mim: “Medalha do Mérito Pediátrico Prof. Meira Lins” e o “Título de Prof. Emérito da Universidade de Pernambuco (UPE)”. O primeiro oferecido pela Sociedade Pernambucana de Pediatria (SOPEPE) tem um sabor especial, pois vem coroar um trabalho que tenho desempenhado diuturnamente em defesa dos direitos da criança e do pediatra brasileiros no seio da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e sua filiada a SOPEPE desde o início das minhas atividades profissionais como pediatra até os dias de hoje. O segundo, indicado pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM) e aprovado pelo Conselho Universitário (CONSUN) da UPE, me dá muita satisfação quando sinto que a relação com meus alunos em tempo integral durante 40 anos foi reconhecida pela minha Instituição de Ensino. Aprendi e ensinei muito nesse longo período de convivência. Fico feliz com o sucesso deles, muitos como excelentes pediatras. Sinto uma emoção sempre renovada quando nos encontramos pela vida afora. Quanto a ser admirado e ser uma referência, além de me fazer pensar que tenho realizado satisfatoriamente meus deveres nas atividades abraçadas, devo continuar contribuindo, na medida do possível, na comunidade com o conhecimento e experiência acumulados ao longo de todo esse tempo.

O senhor tem atuação na área de Infectologia. Como é assistir a essa baixa de vacinação brasileira e o que acha que é possível ser feito, principalmente no dia a dia do consultório?

Minha atuação na Infectologia Pediátrica teve início em 1971 logo após a RM. A convite do diretor da Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/UPE, na época o Prof. Antônio Figueira,

fui designado Prof. Auxiliar de Ensino e Preceptor na Disciplina de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP) no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC) da citada Faculdade. Tempos duros aqueles com centenas de casos de Difteria e Sarampo, dezenas de casos de Poliomielite, Coqueluche, Tétano e Tétano neonatal, casos graves e elevado número de mortes. Nessa mesma década de 70, em um único ano no Brasil foram registrados 2.330 casos de Poliomielite e 98.638 de Sarampo, estimando-se que apenas 20% deles realmente foram detectados. A situação começa a mudar a partir da década de 80 após o Ministério da Saúde (MS) criar o Programa Nacional de Imunizações (PNI) em 1975, regulamentando-o em 1976. Até então nossos índices de cobertura vacinal não atingiam 45% do público alvo. O PNI com a Caderneta de Vacinação, Dia Nacional de Vacinação, Campanhas de Vacinação em Massa Contra Poliomielite, Criação do Instituto Nacional de Controle de Qualidade em Saúde (INCQS), Instalação da Central Nacional de Armazenamento de Imunobiológicos (CENADI), Fortalecimento da produção de Imunobiológicos em Instituições Estatais Brasileiras em vários estados, como o Butantã em SP e criação do Zé Gotinha como propaganda de vacinação entre as crianças, se credenciou como referência mundial em vacinação. E conseguiu já em 1989, pelas altas coberturas vacinais, erradicar a Poliomielite do território nacional e anos depois controlar uma boa parte das outras doenças. Por exemplo, no nosso Serviço não registramos em 2016 sequer um caso de Difteria, Sarampo, Tétano, Tétano Neonatal e Hepatite viral. Até 2016, as coberturas vacinais no Brasil atingiram a marca considerada ideal de 95%. De lá para cá, nos sete anos seguintes as coberturas vacinais caíram bastante e, em 2022, beiravam os 50%, índices bem próximos ao período anterior a instalação do PNI, levando ao risco da volta inclusive da Poliomielite, ainda com alguns focos não erradicados no mundo e da elevação do número das outras já consideradas controladas no país. Situação resultante da despreocupação dos pais por não verem mais essas doenças que assolavam anteriormente o país, falta de campanhas públicas massivas como no passado, falta de cobrança aos pais, principalmente nas

Escolas da atualização das Cadernetas de Vacinação de seus filhos e falta de mensagens constantes, na mídia em geral, se contrapondo com argumentos científicos, aqueles divulgados contra as vacinas pelos irresponsáveis grupos antivax, inclusive contando com a participação de médicos, usando alegações anticientíficas insustentáveis. O convencimento da importância de vacinar as crianças nos consultórios nos parece mais fácil pelos laços fortes entre os pais e o pediatra da família. Fora daí nos demais Serviços de Saúde principalmente nos ambulatórios públicos, requer um forte trabalho de Puericultura, onde as vacinas sejam prioridade. Nas Escolas os professores devem exigir dos pais Cadernetas de Vacinação preenchidas, obedecendo o calendário desenvolvido pelo PNI sob fiscalização constante. E urgentemente o poder público precisa voltar às Campanhas de convencimento intensivas em todos os Meios de Comunicação, mostrando os benefícios conseguidos nos índices de morbimortalidade pelas doenças imunopreveníveis, ao atingirmos coberturas vacinais ideais.

Na sua área de atuação, o senhor também trata da Medicina Tropical. Ainda há muito o que se fazer para avançar nessa área? Qual o panorama do Brasil em relação à prevenção e tratamento?

O Brasil é um país predominantemente tropical com pequenas áreas consideradas subtropicais. Somente a Floresta Amazônica, a maior floresta tropical do mundo, ocupa 49% de todo nosso território. Essa localização geográfica propicia uma maior incidência de raios solares sobre nós com temperaturas elevadas e grande umidade, propiciando o denominado clima tropical. Ao se considerar uma doença como Doença Tropical, temos que separar aquelas exclusivamente dos trópicos, daquelas que existem em outras regiões do planeta mas proliferam predominantemente nas regiões tropicais, decorrentes do subdesenvolvimento de seu povo marcado frequentemente pela pobreza e miséria. Quando se caracteriza como Doenças Tropicais, as Arboviroses como, Dengue, Chikungunya, Zika, Febre Amarela, outras dezenas de Doenças Transmitidas por Insetos na Floresta Amazônica, como Malária e ainda Tuberculose, Leishmaniose Visceral, Doença de Chagas, Filariose e Parasitoses Intestinais, verificamos que em algumas delas os fatores climáticos exercem grande influência, como nas Arboviroses, onde altas temperaturas e umidade ajudam na proliferação dos mosquitos vetores, porém todas, sem exceção, sofrem forte influência das condições socioeconômicas das populações acometidas, o que revela os grandes obstáculos para se avançar nessa área. Comprovam essa afirmação, a desigualdade social, que no Brasil mantém ainda hoje uma boa parte da população com educação precária, alimentação deficiente ou distorcida, residências insalubres, sem: espaço, ventilação, água tratada, esgotamento sanitário, recolhimento de lixo sólido, dificultando a prevenção e tratamento dessas doenças, muitas endêmicas com investimentos escassos em pesquisa e produção de medicamentos pela indústria farmacêutica, consideradas por tudo isso como Doenças Negligenciadas.

E o que acha que pode ser feito pelo especialista, pela sociedade da especialidade e, principalmente, pelo governo? Como dar o próximo passo?

O especialista tem seu papel estabelecido no sentido de orientar seus pacientes nas medidas preventivas dessas doenças e tratá-los dentro dos princípios científicos que se dispõe no momento, reconhecendo as limitações impostas pelas condições de vida deles. As Sociedades de Especialidade têm papel importante no sentido de mostrar para as várias instâncias de governo a relação direta das Doenças consideradas Tropicais com a qualidade de vida da população, deixando bem claro que não haverá controle delas se não houver alteração substancial da situação de pobreza e miséria da população. Ao governo de maneira mais ampla, cabe dirigir suas diretrizes administrativas para reverter essa situação implementando medidas concretas voltadas, a educação, moradia, trabalho, lazer, assistência à saúde de boa qualidade, com maior investimento em pesquisas voltadas principalmente na busca de exames laboratoriais que facilitem a detecção das referidas doenças e produção de medicamentos efetivos em seus tratamentos. O próximo passo a ser dado implica nos governantes priorizarem estas medidas e executá-las em profundidade. Para concluir nunca é demais lembrar que enquanto não existir justiça social com distribuição de renda capaz de oferecer uma vida digna aos cidadãos, essas doenças irão perdurar em níveis inaceitáveis.

“As Sociedades de Especialidade têm papel importante no sentido de mostrar para as várias instâncias de governo a relação direta das Doenças consideradas Tropicais com a qualidade de vida da população”

O senhor possui uma participação ativa nas sociedades da especialidade, sendo membro e presidente de comissões, departamentos científicos, presidente da Sociedade de Pediatria de Pernambuco. Como o lado associativo pode ser importante para o médico, não só pessoalmente, mas para a especialidade como um todo?

O lado associativo para o médico, além de ensiná-lo a trabalhar as questões de saúde em equipe, amplia o desempenho em suas atividades por sua percepção das muitas especificidades da profissão na troca de experiências com outros colegas, e também sua participação contribui para o crescimento de sua profissão em vários aspectos, inclusive inserindo-a no contexto da comunidade como uma entidade de utilidade pública. Quanto à especialidade, esta se torna voz ativa nas questões de seu interesse junto aos mais diversos atores sociais. Tem sido o caso da SBP em várias frentes, como em alguns exemplos a serem registrados. Participa em Campanhas Nacionais de Aleitamento Materno e Acidentes na Infância, celebra Convênios com Governos Municipais e Estaduais na promoção de Cursos de Reanimação Neonatal e Pediátrica e de Manejo do Aleitamento Materno para pediatras pertencentes a Rede Assistencial de Saúde. No Congresso Nacional atuou decisivamente na aprovação da Lei de Licença à Maternidade de seis meses, para propiciar aleitamento materno exclusivo pelo mesmo período, e a Lei de Gratuidade da Certidão de Nascimento, facilitando a condição de cidadania a todos os brasileirinhos. Tem tido assento em órgãos importantes ligados ao Governo Federal como o Comitê Técnico Assessor em Imunizações (CETA) ligado ao MS e o Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA), criado pela Presidência da República, vinculado à Secretaria Especial de Direitos Humanos, entre outros.

Como foi sua entrada para a Academia Brasileira de Pediatria? E, em sua opinião, qual o papel dela?

Confesso que na ocasião não estava em meus planos imediatos pertencer a Academia Brasileira de Pediatria (ABP), embora na oportunidade em questão eu já tivesse uma longa participação na SBP, diretamente através de sua Vice-Presidência, Presidência do Departamento de Infectologia Pediátrica, Presidência do V Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica, Presidência da Diretoria de Promoção Social da Criança e do Adolescente, Presidência de Honra do XXXIII Congresso Brasileiro de Pediatria, Presidência da SOPEPE etc. Ao surgir uma vaga na cadeira 26, cuja patronesse é Dra. Helena Moura e o último ocupante o Dr. Milton Medeiros, ambos pernambucanos e meus ex-professores, fui estimulado pelo Dr. Lincoln Freire, ex-presidente da SBP, a me candidatar, convencendo-me que a Academia seria um prolongamento de minhas atividades na SBP. Candidato à vaga, em junho de 2008 tive a honra de ser eleito com os votos dos ilustres colegas, hoje meus pares na ABP. O papel exercido pela ABP é fruto do produto oferecido pelos acadêmicos, resultado da longa experiência de cada um no exercício assistencial da pe-

diatria, no ensino, na pesquisa, no trabalho associativo e em afazeres políticos e sociais. De suas várias tarefas destacam-se as publicações em geral sobre a Pediatria e Boletins regulares com distribuição entre os pediatras brasileiros, o estímulo à produção científica no seio da SBP, premiando anualmente os melhores trabalhos publicados pelo Jornal de Pediatria e organização dos Fóruns Nacionais de Pediatria. Fóruns que são realizados uma ou duas vezes por ano nos mais diversos estados brasileiros, quando os acadêmicos discutem uma programação abrangente relacionada às crianças e adolescentes, principalmente com profissionais não pediatras que cuidam de uma maneira ou de outra desse público: professores, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, artistas, juristas, nutricionistas, religiosos etc. Temas como: Violência, Drogas, Meios de Comunicação, Internet, Desenvolvimento Físico e Psíquico, Comportamento Familiar, Prevenção de Doenças, Arte etc. têm sido assuntos, dentre outros, abordados nessas ocasiões. A Academia funciona também como Conselho Consultivo da SBP, tendo assento em seu Conselho Superior com direito a voz e voto, levando principalmente as decisões aprovadas em assembleias gerais realizadas por ela de assuntos propostos por suas Comissões Temáticas: Científica e de Ensino, de Ética e Bioética, de Comunicação Social, Cultural e Artística e da Memória da Pediatria.

“Fóruns que são realizados uma ou duas vezes por ano nos mais diversos estados brasileiros, quando os acadêmicos discutem uma programação abrangente relacionada às crianças e adolescentes”

Tem algum conselho que o senhor gostaria de dar, após mais de 50 anos do início de sua trajetória, aos jovens que desejam fazer pediatria? Qual?

Vários conselhos que acredito úteis. Inicialmente alertaria os jovens vocacionados para a Pediatria, que fizessem sua escolha conscientemente, conhecendo a importância da especialidade que desejam abraçar e quais os pontos fortes para seu exercício exitoso. Antes de mais nada saber que os pediatras tem sempre sob sua responsabilidade cuidar das condições de saúde de um grande contingente de crianças e adolescentes brasileiros, na atualidade aproximadamente 70 milhões, priorizando a Puericultura, visando além dos cuidados imediatos com eles, transformá-los em adultos saudáveis e longevos, alongando suas expectativas de vida. Para isso é necessário começar cedo, se preocupando com sua formação médica, escolhendo uma boa Escola, evitando a maioria delas, hoje infelizmente criadas no Brasil sem as menores condições de funcionamento. Dedicar-se exclusivamente em tempo integral e dedicação exclusiva a uma Residência Médica de três anos em Pediatria em Serviço de qualidade, sob supervisão permanente nas atividades de Preceptores experientes e qualificados cientificamente da Atenção Primária à Quaternária. Período este que deve ser aproveitado ao máximo, por ser o responsável pela formação completa do pediatra, quase sempre definindo sua preferência pela carreira puramente assistencial ou a do magistério. Gostar e ter um bom *rapport* com crianças e adolescentes. Uma visão mais ampla possível das questões universais, mantendo-se atualizado política, cultural e cientificamente e neste último aspecto buscar sempre conhecimentos através da Educação Continuada. Atualmente in-

clusive, oferecida excelentemente pela SBP e suas filiadas, o tempo inteiro, através de suas publicações e nos encontros por todo Brasil através de Congressos, Fóruns, Jornadas, Seminários etc. Aprender a buscar, hoje mais do que nunca, dados clínicos robustos, obtidos sobre a criança e o adolescente enfermos, por uma completa anamnese e um acurado exame físico, requisitando os exames complementares com parcimônia, principalmente os de imagem, sob critérios racionais, dirigidos as hipóteses diagnósticas formuladas. A abusiva solicitação dos exames, os de imagem por excelência, tem encarecido sobremaneira a assistência médica prestada a população em geral, dificultando, pelos altos custos despendidos, sua execução com a qualidade desejada. Aos que optarem pela docência, recomendaria que valorizassem sempre conteúdos práticos em suas aulas e que se dedicassem a pesquisa das patologias do dia a dia do seu Serviço e da sua região para fortalecer o conhecimento sobre elas e embasar ensinamentos adequados a serem oferecidos aos seus alunos. Por fim, posso garantir que a maior recompensa conseguida em troca do esforço e da dedicação feitos na nossa formação e exercício profissional é a gratidão de uma mãe e o sorriso de uma criança que ganhamos no dia a dia de nosso trabalho.



Cultura & Lazer

“Bel, a experimentadora”: livro infantil fala sobre ciência de forma lúdica

O que o cientista e a criança têm em comum? A curiosidade. E é por causa dela que Bel, a protagonista de “Bel, a experimentadora”, é levada para diversas aventuras que abordam os mistérios que estão ao nosso redor, ao redor da natureza.

Bruno Gualano é professor do Departamento de Clínica Médica, pesquisador do Centro de Medicina do Estilo de Vida da Faculdade de Medicina da USP e o autor do livro. E, nele, aborda curiosidades que ajudam a compreender melhor o mundo, além de citar nomes conhecidos, como Galileu Galilei e Marie Curie.

A Ciência sempre foi vista como de difícil entendimento e distante do grande público, restrita à própria comunidade acadêmica. Por isso, o livro “Bel, a experimentadora” tem como papel central ser uma fonte de educação científica, mas de forma divertida, com linguagem acessível às crianças. Assim, o interesse é despertado e mantido ao longo das 32 páginas, ilustradas por Catarina Bessel, surgindo o letramento científico.

O livro conta que Bel, uma criança que começa a descobrir o mundo pela experimentação, acha esse método monótono, principalmente por fazer tudo sozinha. Ao convencer seus amigos das casas vizinhas, que moram na Rua Marie Curie, que todo mundo pode experimentar, eles começam a participar de vários experimentos e a entender as razões científicas. A ideia é mostrar que ninguém tem explicação sobre tudo, mas, ao mesmo tempo, todo mundo sabe pelo menos alguma coisa. Todos têm várias formas de enxergar o mundo: pela religião, pelos saberes populares passados pelas gerações e pela própria Ciência, que ajuda a ter pensamento crítico sobre as ações e as consequências. Além disso, a protagonista, além de menina, é negra para mostrar que a Ciência é para todos.

Publicada em janeiro de 2023 pela Moah! Editora, a obra é a primeira de uma coleção chamada Bel: Ciência para Crianças, que tem como objetivo explicar fenômenos da natureza, sociais e tecnológicos sob o ponto de vista da Ciência para as crianças.

Na primeira tiragem, mais de 5 mil crianças hospitalizadas e de projetos sociais já receberam o livro. Instituições como Instituto da Criança e do Adolescente (ICR), Instituto de Tratamento do Câncer Infantil (Itaci), Hospital AC Camargo, Instituto do Coração, Colégio Estadual de Tempo Integral José Dias de Sales (BA) e Instituto do Câncer do Estado de São Paulo.

Bruno Gualano é pós-doutor em Ciências pela Faculdade de Medicina (FM) da Universidade de São Paulo e tem como linha de pesquisa fisiologia integrativa e do exercício e Medicina do estilo de vida.

Como surgiu a ideia da coletânea da Bel: Ciências para Crianças? Por que falar da ciência para o público em geral e principalmente com as crianças? Por que desmistificar a ciência?

Bom, eu sou cientista e a minha atividade profissional é produzir ciência, produzir conhecimento a partir do que a gente chama hoje no mundo moderno de ciência. Então, é o meu treinamento e o meu ofício também. Nós que trabalhamos com ciência temos o grave problema de divulgar as nossas informações, os conhecimentos obtidos em nossos laboratórios, na clínica, na nossa prática, somente àquelas pessoas.

Eu brinco que são aquelas seis, sete pessoas do mundo que sabem o que a gente faz e fazem a mesma coisa que nós. E a nossa linguagem não é boa. Infelizmente, a linguagem científica é difícil para o público entender. É uma linguagem que não atende, portanto, aos anseios da sociedade. E isso nos distancia muito das pessoas que não são cientistas, ou seja, a imensa maioria delas.

Então, justamente nesse esforço de comunicar melhor a ciência, porque, a partir disso, as pessoas conseguem ter a dimensão da importância que esta tem para a sociedade. Só assim é possível perceber essa importância. A partir daí, surgiu essa ideia de criar um livro infantil, quer dizer, uma coleção infantil. Bom, a gente sabe que o letramento científico é fundamental para tomarmos boas decisões em nosso cotidiano.

Ou seja, as pessoas que pensam cientificamente são aquelas que realmente são capazes de tomar as melhores decisões, são capazes de, por exemplo, compreender, para em uma questão específica na Pediatria, a importância do aleitamento materno. São aquelas capazes de entender a importância da vacinação e, assim, tomar a decisão de vacinar os seus filhos.

Quer dizer, tudo isso passa por conhecimento científico, uma aceitação das evidências científicas. No lado oposto a isso, a gente tem um ne-

gacionismo científico ou a ignorância da ciência. Então, o letramento científico forma uma sociedade capaz, nesse sentido, de entender a importância das questões científicas e aplicar o conhecimento científico no nosso dia a dia, no nosso cotidiano.

Nada melhor do que a gente começar com a idade infantil, a idade pediátrica, realmente. Então, é um dever nosso, inclusive, como diz a ONU, de levar a ciência, inclusive como patrimônio cultural da humanidade, para as crianças. Nesse sentido, a gente fez esse esforço de escrever no linguajar acessível. Não sou um escritor profissional, sou um cientista, mas gosto muito de escrever, de comunicar ciência.

É um esforço que a gente fez no sentido de levar um pouquinho a importância da ciência em nosso dia a dia, no linguajar infantil. Claro que eu faço isso de uma maneira muito leve, de modo que as crianças consigam compreender, porque tem duas formas de comunicar ciência: uma pelos seus métodos, seus ritos, que a gente costuma transmitir na graduação, na pós-graduação e no nosso trabalho acadêmico, e a outra mostrando a importância, como eu disse, da ciência para a sociedade. A inter-relação da ciência com as coisas da sociedade. A gente trilhou esse segundo caminho, e eu espero que o resultado tenha sido bem-sucedido. A gente tem até agora recebido bons retornos dos profissionais, dos adultos, claro. Mas o que me deixa mais contente é o retorno realmente das crianças. Então, esse é o preâmbulo geral dessa coletânea.

O senhor acha, então, que a literatura infantil pode ser um veículo para transformar e educar as novas gerações? Por quê?

Eu acredito que sim e acredito muito no poder do livro e da leitura. É algo que se perdeu ao longo do tempo. Uma geração mais conectada com telas e com redes sociais e tudo mais. Mas não significa que hábitos passados devam ficar no passado. Então, o hábito da leitura é absolutamente essencial. E eu acho que a gente precisa resgatar isso de certa forma.

E a literatura em especial que fale sobre ciência é bastante escassa, principalmente no cenário nacional. Antes de produzir essa coletânea, obviamente, fiz uma busca para entender quais livros infantis se propunham a falar de ciência para as crianças. E, para minha surpresa, encontrei pouca coisa, especificamente livros nacionais com cenários nacionais, com personagens que sejam genuinamente brasileiros.

Então, o livro também tem essa pegada de trazer essas marcas da cultura brasileira para enredar essa história da Bel. E, sim, obviamente acredito realmente no poder transformador da leitura e em especial, de uma leitura que tem essa missão de inculcar essa sementinha do pensamento científico para a população infantil.

A Bel é uma protagonista menina e especificamente negra. Qual foi a preocupação de retratá-la assim? É para falar sobre equidade de gênero, mostrar que a menina também pode ser cientista?

Bom, uma das mensagens que a gente quer trazer com esse livro é que a ciência está em tudo, que foi a primeira discussão que a gente teve. Em segundo lugar, que ela é para todos e para todas, ou deveria ser. E a mensagem é que ela deveria ser. Ela é ou não é? Não! A gente sabe que não. Infelizmente, ela está longe disso. Há uma sub-representação muito grande de mulheres na academe-



mia. Há uma sub-representação muito grande de negros na academia, e a gente precisa chamar a atenção para isso também. Então, não à toa, Bel é negra, é menina e é experimentadora. É ela que conduz a história, que traz os questionamentos científicos, que pensa as coisas do dia a dia pelo olhar da ciência. Então, a mensagem que a gente quer passar, e eu gostaria muito que a imagem tivesse esse signo realmente da criança que olha para esse livro que é negra, que a menina se enxergue na personagem e fale: “Poxa, parece comigo essa personagem”. É uma personagem que não tem carinha de europeu, não é loirinha, não é do olho claro. É uma personagem tipicamente brasileira, e eu acho que o livro traz essa mensagem. Importante destacar que é uma crítica que eu faço também à ciência.

Dessas crianças que o senhor tem recebido feedback, já conseguiu perceber um instinto de curiosidade, não para virar cientista, mas para despertar para coisas novas ou até mesmo pra leitura?

Já consigo perceber algum feedback assim. Na verdade, a criança é instintivamente curiosa. Eu acho que cabe aos adultos incentivarem essa veia curiosa das crianças, essa ânsia pela descoberta do mundo. Às vezes, a gente cerceia muito as crianças quando fazem perguntas específicas que

para a gente não tem muito sentido, né? Eu costumo dizer que os pais, profissionais, educadores em geral devem sempre estimular essa característica natural que a criança tem pela descoberta do mundo.

O que o livro traz, talvez de diferente, é que é possível experimentar o mundo, quer dizer, descobrir o mundo, fazer essas perguntas a respeito da natureza, das coisas, da vida e do ambiente social também, que nos cerca da sociedade em si e a partir dessa visão científica que só vai se revelar, que se chama ciência, ao longo do livro.

No início, é a brincadeira de experimentar o que pode ser algo que venha da curiosidade, mas que pode ser algo muito gostoso. Perguntar sobre as coisas é muito legal. É a brincadeira que a gente leva a sério aqui na academia. Nós somos profissionais na pergunta da dúvida e não tanto nas respostas, porque às vezes não temos as respostas que gostaríamos de ter de forma definitiva.

Mas nós temos mais perguntas. Então, a ciência acaba sendo, no fim, mais uma atividade de perguntar, de interrogar as coisas do mundo do que de responder às coisas do mundo. Pelo menos é o resultado mais concreto que se tem a partir dessa atividade que a gente chama de ciência. E eu passo por isso no livro. Claro, de uma maneira delicada.

É uma maneira dedicada à linguagem infantil, mas para mostrar que realmente é uma brincadeira possível, a brincadeira de experimentar, de questionar as coisas. Quando colocamos um monte de demarcações e de regrinhas, o que chamamos de ritual científico, método científico, nós transformamos na ciência profissional.

Mas tanto a ciência profissional quanto essa habilidade de se questionar e de questionar o mundo, partem do mesmo ponto, que é exatamente a curiosidade.

Como é possível obter o livro?

O projeto compreende basicamente na doação de livros. Então, nós temos 80% dos livros que são dedicados à doação para projetos infantis e especialmente hospitais pediátricos. Já fomos recebidos pelo Instituto da Criança e do Adolescente, pelo A.C. Camargo, pelo Itaci, aqui também vinculado ao complexo HCs. Fizemos doações para projetos sociais e escolas também em municípios muito vulneráveis, que nos procuraram para trabalhar o livro pedagogicamente. O Hospital Darcy Vargas também nos recebeu. Quer dizer, se vocês são vinculados a hospitais que têm interesse em receber uma doação, é só mandar e-mail pra gualano@usp.br e me procurar. E a gente tem 20% das cópias que são destinadas a fim de expor por aquisição particular. Eu sugiro que as pessoas busquem no site da Moah! (<https://moaheditora.com.br/letramento-cient%C3%ADfico/>), a editora que gentilmente aceitou editar o livro. Produzi esse livro e aqui eu aproveito para dar os créditos também a Helô, que é a proprietária da editora e também à nossa querida Catarina, ilustradora do livro.

Então, eu divido qualquer tipo de mérito que esse livro possa ter com a Catarina, que é uma artista plástica brilhante, cujo trabalho complementou muito bem a escrita narrativa. A gente fez uma dobradinha bem legal, adorei trabalhar com ela, que também ilustrará os próximos volumes.

Falando nos próximos volumes, já há previsão para lançamento dos demais?

Sim, há uma previsão e esse livro inicial teve o objetivo de apresentar a Bel e a turminha toda, a turminha da Rua Marie Curie. Esse é um outro ponto interessante que eu queria destacar. Essa coletânea faz menção a cientistas contemporâneos e que infelizmente já nos deixaram. Então, a gente faz uma homenagem, por exemplo, ao Galileu, que é o gatinho da Bel e o fiel escudeiro. Dadas as artimanhas das confusões e das experimentações da Bel, nós temos personagens históricos. Em todo o volume, a gente traz no final do livro uma homenagem a personagens históricos da ciência, personagens brasileiros, cientistas brasileiros e internacionais também.

A coletânea prevê outros volumes. No segundo volume, trataremos da questão da vacina, que é fundamental hoje em dia. Nós vivemos um momento muito triste, em que há uma queda importante na cobertura vacinal, uma certa hesitação das pessoas em relação à importância das vacinas. E a gente sabe que isso é fruto de um avanço de grupos de movimentos antivacina no país, que até então eram bastante contidos e agora ganharam muita força.

Precisamos contrapor a isso e disputar a opinião pública. Mostrar que a vacina é um bem da ciência, talvez um dos maiores bens que a ciência tenha criado e que as pessoas precisam ter total confiança nas vacinas que estão aí disponibilizadas pelo nosso SUS. Então, o livro é uma ode às vacinas e também ao nosso Sistema Único de Saúde, que disponibiliza as vacinas para as pessoas.

Esse livro vai se chamar “Bel e o Admirável Escudo Invisível”, em referência, claro, à vacinação. E assim como o livro anterior traz bem, faz menção, faz homenagem a Oswaldo Cruz, ao Instituto Butantã, alguns personagens históricos, cientistas históricos, inclusive da instituição, que nos ajudaram a conhecer a importância das vacinas. Temos dois próximos volumes programados, talvez para o ano que vem e o seguinte. Esperamos conseguir lançar um livro por ano até completar essa coletânea inicial, em que a gente vai falar sobre aquecimento global também, que é um tema muito importante, que precisa ser discutido com as crianças, porque será a geração mais afetada pelas nossas decisões erradas tomadas no presente, quer dizer, a minha geração tomando decisões que irão afetar as crianças no futuro.



As crianças precisam cada vez mais discutir as implicações do aquecimento global e das mudanças climáticas para a vida de todos, para a vida planetária e não só do indivíduo. Então, esse será o tema do próximo volume. E depois a gente vai falar de estigma de corpo também, que é uma questão importantíssima. Eu estou em uma fase de discussão, de conversa com outros colegas e especialistas da área para ver como que a gente vai fazer essa abordagem.

Mas a gente sabe que o estigma, em especial de corpo, gera um problema muito grande na faixa etária pediátrica, que é o bullying. E a gente quer abordar isso também sob uma ótica científica e com um linguajar bacana para as crianças.

O senhor é pesquisador do Centro de Medicina do Estilo de Vida da Faculdade de Medicina da USP. Como é, para o senhor, além da publicação do livro, traduzir e colocar em prática os resultados dos anos de pesquisas em prol da sociedade?

A primeira coisa que eu costumo dizer que não precisa se dizer castelar. A gente precisa sair da torre de marfim da universidade, disputar a opinião pública. Não significa dizer que saberes populares tradicionais não são importantes. Existem várias formas de obtenção de conhecimento, mas a ciência inegavelmente é uma ferramenta. É um instrumento que é capaz de produzir conhecimento com bastante qualidade. Então, a gente precisa realmente parar de falar só para os nossos colegas e nos nossos congressos, nossos simpósios e conferências, para falar também para a população que é leiga e a população que não domina necessariamente o ofício de se fazer ciência.

Então, esse é o primeiro ponto de aprender a comunicar ciência e fazer isso sempre que possível. Não achar que o artigo científico até a tese publicada é o final do caminho. Eu tenho me dedicado bastante a isso. Não é fácil, porque primeiro a nossa academia não reconhece isso como o nosso trabalho. Agora nós somos desafiados por outras métricas.

Não há um incentivo nem um treinamento para se fazer isso. Então,

acaba sendo como uma empreitada quase que individual, e é hercúlea de cada um que se aventura nisso. Mas isso é fundamental para que as pessoas continuem financiando e acreditando na ciência. Quando eu digo financiar, fiar a ciência, acho que talvez seja o termo adequado, mas financiar também porque a sociedade nos financia, principalmente no Brasil.

Nós temos um financiamento de verbas públicas com dinheiro público, de tudo o que a ciência faz. Então, se a gente não retornar para a sociedade com informações concretas, com evidências de que nosso trabalho vale a pena, obviamente as pessoas vão começar a duvidar disso. E nós sabemos a importância da ciência. Nós fazemos isso, estamos no dia a dia, mas não basta.

A gente precisa fazer com que as pessoas reconheçam o mérito da ciência, a importância dela e da tecnologia para uma sociedade saudável, pujante economicamente, desenvolvida intelectualmente, democraticamente e por aí vai. Precisamos realmente conversar com as pessoas, mostrar o que nós estamos produzindo de forma tal que sintam que a ciência faz a diferença no dia a dia delas.

Quando a gente faz uma refeição, vai ao médico, toma uma vacina, usa o celular, tudo isso é fruto direto da ciência. Resta saber se as pessoas sabem disso, e não é culpa delas quando não sabem. Geralmente, a culpa é nossa. A culpa é da academia que não se deixa se misturar, digamos, com a sociedade de uma maneira que elas reconheçam a importância da ciência.

Ética e Bioética**Aspectos éticos e bioéticos da gravidez na adolescência**

Embora sendo substantivo feminino, não é realidade que a adolescência tenha sido engravidada! Então, pedimos licença aos léxicos, aos biólogos e aos literatos para engravidar o adolescente, este, sim, um substantivo de dois gêneros, dois seres humanos com idades entre 12 e 18 anos segundo o ECA (Lei 8069, de 13 de julho de 1990), um de cada gênero, que se engravidam e começam suas preocupações e tentações por uma solução para o “problema”.

A complexidade da avaliação situacional cresce em paralelo às grandes preocupações epidemiológicas quanto ao fenômeno “gravidez nos adolescentes”, expressão mais adequada que gravidez na adolescência e que tem o condão de envolver o adolescente masculino responsável.

A ética, preocupada essencialmente com o comportamento e a conduta humanos, aprecia quanto ao bem ou ao mal os fatos aqui comentados: sua natureza biológica, social, emocional, afetiva e espiritual.

A moral cuida das regras de conduta, dos costumes, num certo lugar e num certo tempo. Tais costumes das pessoas ou da sociedade se modificam com o passar do tempo, podendo vir a ser aceitos ou não; se aceitos consolidam-se naquele lugar e naquele tempo.

A bioética, como “ética das questões da vida”, ao fazer a ponte entre as ciências e as humanidades, procurando pormenorizar as inúmeras imbricações que dois seres adolescentes de gêneros opostos, impelidos por momentos de curiosidade e prazer nascente, a julgar-se autônomos, esquecem da possibilidade biológica de procriar um novo ser muitas vezes de futuro globalmente incerto. Não souberam ou não puderam sopesar suas responsabilidades. Não conseguiram negar, nem assentir e nem consentir; não estavam ambos esclarecidos e nem preparados em todos os sentidos, portanto órfãos de autonomia. Tornam-se, assim, carentes de acolhimento e de beneficência.

Observa-se, de modo quase generalizado, que se procura solucionar, profilaticamente, o problema pelo lado da enfática orientação à adolescente (gênero feminino), esquecendo-nos do adolescente (gênero masculino) igualmente protagonista. Se, ocasionalmente ocorreu agressão sexual pelo uso da força, entra-se na esfera penal.



Dr. Clóvis Francisco Constantino
Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria



Dr. Nelson Grisard
Membro titular da cadeira número 20 da Academia Brasileira de Pediatria

Para um tema tão complexo, cheio de dilemas, conflitos, problemas e até tragédias em suas análises, soluções e desfechos, vê-se uma vez mais que a educação no assunto se impõe; educar sobre sexualidade, seu alvorecer e despertar deve estar presente entre pais e mães, entre educadores, pediatras e toda uma sociedade responsável como se observa em países de primeiro mundo.

Conversar com os filhos jovens sobre sexualidade faz parte do aperfeiçoamento da humanidade a conseguir o início da atividade sexual para momento adequado, quando ela poderá ser compreendida em seu mais elevado entendimento do que é o amor.

Não se deve olvidar da importante vulnerabilidade da faixa etária dos adolescentes uma vez que são seres em reorganização exterior e interior, numa transição em que busca se entender como integrante de uma complexa vida gregária.

O artigo 227 de nossa Constituição de 1988 positiva que “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Bem, se a Carta Magna fosse atendida como dever que é, não teríamos tanto sofrimento nesse grupo etário tão suscetível.

Nós, pediatras, do ponto de vista formal, temos um direcionamento: a Medicina do Adolescente está compreendida no exercício da especialidade Pediatria e os adolescentes e as adolescentes têm direito (derivado de nosso dever) de receber orientação sobre Saúde Reprodutiva.

Além de tal assertiva, o Documento Científico do Departamento de Medicina do Adolescente da SBP, datado de 16 de março de 2023, intitulado “Leis e Normas que embasam o atendimento do adolescente nas Unidades de Saúde” deixa claro que “é urgente a necessidade de implementação e ampliação de políticas públicas e programas voltados especificamente para a saúde do adolescente brasileiro pois trata-se de uma questão de direito à vida e ao futuro dessa população”.

Gravidez no período da adolescência é gravidez de risco: risco biológico, risco psicoafetivo, risco emocional, risco social, risco espiritual e risco humanitário; para todos os envolvidos.

A Pediatria é uma especialidade diferente, não se detém a partes do corpo de uma pessoa, mas ao todo do ser imerso em sua vida e em seu entorno, micro e macro.

O pediatra não deve se pautar em essência, na medicalização de seus atos profissionais, mas sim compreender a dimensão de sua abrangente missão de conduzir pessoas ao seu futuro saudável em todos os sentidos.

Mas também nenhum segmento da sociedade pode abrir espaço para profundos vazios éticos.

Como registrou Kübler-Ross: “Nenhuma teoria ou ciência do mundo ajuda tanto uma pessoa quanto um outro ser humano que não tem medo de abrir seu coração para seu semelhante”.

Segundo Serodio, apud Gallian, 2002, “a educação humanística do futuro médico não é saudosismo, é vanguarda”.

Lidar com a segurança dos seres em crescimento e desenvolvimento, lidar com os seres que compõem a adolescência é tarefa nobre de todos, é participar com responsabilidade do futuro da humanidade, é corroborar a evolução convencional, mas também transcendental do planeta.

“Lidar com a segurança dos seres em crescimento e desenvolvimento, lidar com os seres que compõem a adolescência é tarefa nobre de todos, é participar com responsabilidade do futuro da humanidade, é corroborar a evolução convencional, mas também transcendental do planeta.”

Homenagem

Academia Brasileira de Pediatria: preocupação com o passado e compromisso com o futuro

Em 7 de março de 1997, foi criado o Conselho Acadêmico da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), sendo, em 2011, denominada Academia Brasileira de Pediatria (ABP). Seu principal objetivo, quando da sua criação, era valer-se da experiência dos mais distintos membros da SBP para aconselhamento, assessoria e proposição de ideias e atitudes para uma política mais justa e efetiva em prol da criança e do adolescente. tura bem projetada, apoiada pela Diretoria para garantir sua adequada realização e implementação.

HISTÓRIA DA ABP

A ABP é um órgão permanente e composta por membros vitalícios. As duas primeiras gestões (1997/1999 e 1999/2002) teve como presidente o Dr. Nelson de Carvalho Assis Barros, da Bahia, e como secretário o Dr. Reinaldo de Menezes Martins, do Rio de Janeiro. Ainda no primeiro ano de sua fundação, foi criado o Boletim Informativo para a difusão das ações realizadas pela Diretoria aos seus pares.

Já na primeira assembleia, foram definidos os membros das Comissões Científica e de Publicações. A partir de 2001, as assembleias passaram a ser em outras cidades além do Rio de Janeiro e, em 2020, começaram a ser realizadas de forma on-line.

Em 2018, mais um passo importante para a Academia: foi criado o site próprio - <https://www.sbp.com.br/academia-brasileira-de-pediatria/>

FÓRUM

Desde 2002, a ABP organiza o seu fórum, quando discute sobre temas atuais que concernem pediatras, profissionais da saúde em geral e, principalmente, os impactos de mudanças sociais, climáticas, econômicas e outras interferências na saúde da criança, do adolescente e de seus familiares. A última edição, realizada em outubro de 2023, homenageou o acadêmico Dr. Nelson Grisard na cidade de Florianópolis (SC).

ATUAL GESTÃO

Atualmente, a ABP está em sua 13ª Diretoria, com gestão entre 2023 e 2025, composta por:

Presidente: Dra. Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi (SP)

Vice-Presidente: Dr. Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Secretária: Dra. Magda Lahorgue Nunes (RS)

Diretor de Comunicação: Dr. Jefferson Pedro Piva (RS)



Homenagem Póstuma

Tributo ao Dr. Júlio Dickstein

Dr. Júlio Dickstein nasceu em 1923, em São Paulo, e cresceu em Caçapava, no interior do estado. Um distúrbio gastrointestinal grave, depois diagnosticado como intolerância à lactose, marcou sua vida e o influenciou a querer ser pediatra desde pequeno. Ingressou na Faculdade Nacional de Medicina, no Rio de Janeiro, em 1943, e logo começou a trabalhar como propagandista do laboratório farmacêutico Moura Brasil, onde ficou durante os seis anos de sua formação médica.

Dr. Júlio Dickstein representou uma influência positiva para a carreira de inúmeros pediatras. Fica no coração de todos aqueles que conviveram com esse mestre o nobre exemplo do seu compromisso, ética e excelência profissional. Conforme salientou a atual presidente da ABP, Dra. Sandra Grisi, o Dr. Júlio foi um verdadeiro expoente da especialidade. “Manteve uma vida de profícua produção intelectual, bem como nas áreas de formação de novos pediatras e da assistência direta à população infantojuvenil, inclusive com memoráveis ações no campo social. Sua partida foi uma perda irreparável. A todos os amigos e familiares, a Academia expressa os mais sinceros sentimentos”.

Ao longo de sua extensa jornada, Dr. Júlio trabalhou em diversas frentes em prol da assistência das crianças e dos adolescentes brasileiros. Na Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), ocupou a presidência da entidade na gestão 1974-1975 e atuou, em diferentes momentos, em Departamentos Científicos, como o de Pediatria Ambulatorial, Terapia Intensiva e Cuidados Primários e nos Grupos de Trabalho sobre Previdência Privada e Comissão Eleitoral. Também foi um dos responsáveis pela expansão nacional da Sociedade e do Jornal de Pediatria (JPed).

Formou-se em 1949, na Faculdade Nacional de Medicina, da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

O pediatra sempre esteve à frente de seu tempo: foi o precursor no tratamento da eritoblastose fetal por exsanguineotransfusão feita pela primeira vez no Brasil, por ele e Prof. Torres Barbosa, no Hospital dos Servidores do Estado (HSE); criou a primeira Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica da capital carioca, também no mesmo Hospital, que formou os primeiros especialistas nessa área; e inovou o processo de alimentação parenteral total em crianças utilizando um lipídio de soja.

Quando se formou, em 1949, já fazia estágio em Pediatria na Policlínica de Botafogo, com o Prof. Luis Torres Barbosa, introdutor da neonatologia científica no Brasil, que o aconselhou a fazer dois



Dr. Navantino Alves Filho

Membro titular da cadeira número 17 da ABP

anos de Residência em Pediatria no Hospital dos Servidores do Estado (HSE). Como tinha facilidade em pegar a veia de uma criança pequena, muitas vezes era ele mesmo quem introduzia soro, medicamentos e sangue diretamente na venóclise.

Quando terminou a Residência, o serviço de Banco de Sangue do Hospital insistiu que Júlio Dickstein fosse contratado como hemoterapeuta. Em 1954, passou no concurso público e tornou-se pediatra do HSE. Em 1967, o HSE criou a primeira Unidade de Terapia Intensiva (UTI) infantil do Rio de Janeiro e Dickstein foi convidado a dirigi-la. Em 1979, foi convidado pelo diretor do Hospital, Dr. Aloysio de Salles Fonseca, para chefiar a Divisão Médica. No ano seguinte, por decreto presidencial, foi nomeado presidente do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS).

Em 1982, saiu do INAMPS, por divergência política, e foi trabalhar com Léa Leal na Legião Brasileira de Assistência (LBA), onde implantou

as ações básicas de saúde no Brasil: vacinação, estímulo ao aleitamento, terapia de reidratação oral e ensinamentos básicos de higiene para a mãe cuidar de seu filho. Em 1993, aposentou-se da Medicina e passou a trabalhar voluntariamente, atendendo meninos de rua na Fundação São Martinho, no Rio de Janeiro.

Como militante associativo, começou a participar da SBP assim que se formou. Quando assumiu a Presidência desta, em 1974, a Sociedade tinha uma única sala no Centro do Rio, com dois funcionários. Na época, as ações da instituição se restringiam à cidade do Rio de Janeiro, seus presidentes e membros eram, em sua maioria, cariocas e a entidade era, de fato, uma sociedade “carioca” com o termo “brasileira” no nome. A mensalidade paga pelos associados mal dava para custear a tiragem de dois ou três números de *Jornal de Pediatria* por ano.

Para se tornar nacional, a Sociedade deveria inicialmente incorporar São Paulo e Minas Gerais, já que outras sociedades eram inexistentes ou menos expressivas. A Sociedade Paulista se tornava muito independente e a Paranaense e Gaúcha também cresciam. Por iniciativa de Júlio Dickstein e Fernando Nóbrega, de São Paulo, a SBP e a Sociedade de Pediatria de São Paulo estreitaram relação, e Nóbrega foi eleito o primeiro presidente realmente nacional. Em seguida deveu-se também a ele a eleição de Navantino Alves Filho, de Minas Gerais, para presidente.

Dickstein também conseguiu um patrocinador para o *Jornal de Pediatria*, saneou as dívidas da SBP e liderou a compra de três salas no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, onde a entidade instalou sua nova sede desde então. A partir daí, a SBP passou a ser cada vez mais brasileira e digna do respeito dos pediatras.

A formação e atualização de pediatras e a consequente melhoria no atendimento à criança eram as principais preocupações de Júlio Dickstein. Ele se revelou um pediatra preocupado com a coletividade no HSE e no INAMPS, e fez um trabalho de grande relevância na Legião Brasileira de Assistência e na SBP.

Com a criação da Academia Brasileira de Pediatria (ABP) por Dr. Mario Santoro, em 1997, seu nome logo foi incluído entre os primeiros 30 acadêmicos fundadores da ABP, ocupando a cadeira número 1, cujo patrono é Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo.

Na ABP, foi o responsável pela criação e realização anual dos Fóruns da ABP para a comunidade, realizados já em várias capitais brasileiras.

Júlio Dickstein, viúvo da sra. Mary Dickstein, faleceu aos 100 anos de idade e deixou filhos e netos, bem como um inestimável legado de dedicação e amor à pediatria brasileira.

Que Deus o tenha!



“Dickstein também conseguiu um patrocinador para o *Jornal de Pediatria*, saneou as dívidas da SBP e liderou a compra de três salas no Colégio Brasileiro de Cirurgiões, onde a entidade instalou sua nova sede desde então. A partir daí, a SBP passou a ser cada vez mais brasileira e digna do respeito dos pediatras.”



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: 2023/2025

Presidente: Dra. Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi (SP)

Vice-Presidente: Dr. Nelson Augusto Rosário Filho (PR)

Secretária: Dra. Magda Lahorgue Nunes (RS)

Diretor de Comunicação: Dr. Jefferson Pedro Piva (RS)

Comissão Científica e de Ensino

Coordenador: Werther Brunow de Carvalho (SP)

José Sabino de Oliveira (MG)

Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Lícia Maria Moreira Oliveira (BA)

Maria Marlene de Souza Pires (SC)

Renato Soibelman Procianoy (RS)

Themis Reverbel da Silveira (RS)

Virginia Resende Silva Weffort (MG)

Comissão de Comunicação Social

Coordenador: José Luiz Egydio Setúbal (SP)

Mário Santoro Júnior (SP)

Luís Eduardo Vaz Miranda (RJ)

João de Melo Régis Filho (PE)

José Hugo de Lins Pessoa (SP)

Sheila Knupp Feitosa de Oliveira (RJ)

Sidnei Ferreira (RJ)

Comissão da Memória da Pediatria

Coordenador: Mário Santoro Júnior (SP)

Sheila Knupp Feitosa de Oliveira (RJ)

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

Navantino Alves Filho (MG)

Jayme Murahovschi (SP)

Saul Cypel (SP)

José Martins Filho (SP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

João de Melo Régis Filho (PE)

Virginia Resende Silva Weffort (MG)

Comissão Cultural e Artística

Coordenadora: Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Ney Marques Fonseca (RN)

Sidnei Ferreira (RJ)

Dioclécio Campos Júnior (DF)

Milton Hênio Netto de Gouveia (AL)

João de Melo Régis Filho (PE)

José Luiz Egydio Setúbal (SP)

Comissão de Ética e Bioética

Coordenador: Sidnei Ferreira (RJ)

Nelson Grisard (SC)

Mário Santoro Júnior (SP)

Ney Marques Fonseca (RN)

Saul Cypel (SP)

João de Melo Régis Filho (PE)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

Comissão de Admissibilidade

Coordenadora: Themis Reverbel da Silveira (RS)

Nelson Grisard (SC)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

Luís Eduardo Vaz Miranda (RJ)

Nubia Mendonça (BA)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Jefferson Pedro Piva (RS)



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

Dra. Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

3ª Diretora Financeira