

Boletim informativo da Academia Brasileira de Pediatria



NESTA EDIÇÃO

Editorial

O cenário e abrangência da pediatria no novo século

Entrevista com o Acadêmico

O pediatra e sua função social

Ciência e Ensino

Vacinação contra o HPV no Brasil: desafios e possibilidades

Cultura e Arte

A literatura de cordel na educação para a saúde

Ética e Bioética

Autonomia do paciente e do médico: breves considerações

Histórias da Pediatria

História das APAEs

Homenagem aos Acadêmicos

Acadêmicos da ABP recebem homenagens em Congresso

NOTA

O impacto dos conflitos e situações adversas extremas na saúde mental de crianças e adolescentes

Novos acadêmicos

Pediatra Virginia Resende Silva Weffort é a nova acadêmica da ABP

NOVA DIRETORIA



Palavra da Presidente

A insuficiência de leitos hospitalares terciários pediátricos no Brasil

O Brasil enfrenta um desafio alarmante quando se trata de disponibilidade de leitos hospitalares terciários pediátricos. Essa questão crítica deixa crianças desassistidas e exige uma reflexão profunda sobre as razões e as possíveis soluções para essa insuficiência.

A organização do sistema de saúde no Brasil é um tema complexo. De um lado, o setor público sofre com a carência de recursos, com as dificuldades de gestão, agravados pela desigualdade regional; de outro lado, o setor privado enfrenta pressões de custos decorrentes do avanço tecnológico sempre proporcionalmente superiores aos incrementos de receita.

Segundo os últimos dados que constam da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde, 71% dos brasileiros têm os serviços públicos de saúde como referência para seu atendimento, sendo as Unidades Básicas de Saúde a principal porta de entrada no sistema, seguidos pelos serviços de emergência. A partir deste ponto, o sistema de saúde deve contar com unidades de média e alta complexidades ambulatoriais e hospitalares para dar respostas às atuais necessidades de saúde. No entanto, o que encontramos na realidade é a escassez de oferta de recursos desta natureza. Isto decorre do insuficiente aporte de recursos financeiros, da dificuldade de gestão do sistema público de saúde, além da dissonância entre a capacidade de atenção dos serviços e a atual epidemiologia da saúde da criança no Brasil.

A gestão do sistema público decorre das diferentes esferas de governo, cada uma com suas competências específicas e com dificuldades próprias para atuarem como uma rede integrada de atendimento, além da dissonância entre a oferta de recursos e serviços em relação ao atual panorama epidemiológico, com aumento da prevalência de condições crônicas e complexas.

De modo conciso, podemos definir que o município tem a responsabilidade pela atenção básica, o que inclui a promoção, prevenção e tratamento de doenças na comunidade local, além da vigilância epidemiológica e sanitária no âmbito municipal. Aos estados, competem a gestão de serviços de média complexidade, como hospitais regionais e ambulatórios especializados, além da coordenação e planejamento regional do sistema de saúde. A União é responsável por coordenar o sistema como um todo, definindo normas e políticas nacionais de saúde, pelo financiamento por meio de repasses aos estados e municípios e pela gestão de serviços de alta complexidade. Algumas competências são compartilhadas entre as três esferas. O objetivo do SUS é garantir o acesso universal e igualitário à saúde, buscando a integralidade do cuidado, ou seja, contemplando ações de promoção, prevenção, assistência em todos os níveis e reabilitação.

Dra. Sandra Grisi

Presidente da Academia Brasileira de Pediatria
Membro titular da cadeira n. 6 da ABP



A gestão sistêmica, integrando os diferentes níveis de governo, é fundamental para o funcionamento eficiente desse sistema, como também a relação entre as demandas da atenção primária e secundária com os recursos especializados e de alta complexidade. Entretanto, o que assistimos é a discrepância entre estes níveis de atenção.

A oferta dos serviços nos diferentes níveis deve seguir o mapa epidemiológico da região, sendo necessária uma readequação da oferta de serviços dos diferentes níveis de atenção à transição epidemiológica da saúde da criança no Brasil.

No século 20, as principais ameaças à saúde da criança eram as doenças infecciosas, a desnutrição e as condições perinatais. Com a melhoria nas condições de vida e os avanços na saúde pública houve uma mudança significativa na morbimortalidade infantil e assistimos no século 21 o aumento na prevalência de doenças crônicas e complexas. O sistema de atenção à saúde da criança precisa ser revisto e adequado para as demandas atuais.

É fundamental enfrentarmos os fatores que contribuem para essa escassez de leitos hospitalares pediátricos de alta complexidade. Uma das principais razões é a falta de investimento no setor de saúde pública, resultando em uma infraestrutura insuficiente para atender a demanda. A distribuição geográfica desigual desses leitos e o custo elevado para a construção e manutenção de leitos hospitalares terciários pediátricos são partes importantes do problema. Equipamentos especializados, equipes médicas capacitadas e infraestrutura adequada encarecem o processo de criação desses leitos. Além disso, a falta de profissionais especializados dificulta ainda mais a oferta desses serviços com a excelência requerida. As crianças com doenças graves ou complexas exigem cuidados específicos e a ausência de leitos adequados pode comprometer seriamente seu prognóstico e qualidade de vida. Além disso, essa falta de infraestrutura afeta também o ensino e a pesquisa na área da pediatria, uma vez que dificulta o desenvolvimento de estudos avançados e a prática de técnicas inovadoras.

Para solucionar essa situação crítica, é necessária uma abordagem sistêmica e integrativa da saúde da criança, acompanhada dos investimentos governamentais para a construção e manutenção de leitos hospitalares terciários para que a rede de atendimento seja eficiente e eficaz. Além disso, é fundamental promover a formação de profissionais especializados nessa área, oferecendo incentivos para que estudantes de medicina escolham a pediatria como especialidade.

A insuficiência de leitos hospitalares terciários pediátricos no Brasil é um problema urgente que afeta diretamente a saúde e o bem-estar das crianças do país.

É fundamental que a sociedade se mobilize em busca de soluções eficazes, garantindo um futuro mais promissor para as gerações futuras.

“É fundamental enfrentarmos os fatores que contribuem para essa escassez de leitos hospitalares pediátricos de alta complexidade. Uma das principais razões é a falta de investimento no setor de saúde pública, resultando em uma infraestrutura insuficiente para atender a demanda.”

Editorial

O cenário e abrangência da Pediatria no novo século

Encontrei recentemente um renomado professor de Pediatria que vislumbra, neste século 21, uma progressiva redução da importância e abrangência da Pediatria. Seu prognóstico se baseia em alguns fatos como: a impressionante redução na mortalidade infantil (de 170 mortes no 1º ano de vida para cada mil nascidos vivos nos anos 1970, para menos de dez, na atualidade); a baixa taxa de fecundidade (reduzindo-se de 6 gestações nos anos 1960 para as atuais 1,9 gestações por mulher fértil), causando, inclusive, inversão da pirâmide populacional brasileira; a erradicação de inúmeras doenças através de ampla cobertura vacinal; melhorias no saneamento básico e urbanização, assim como, o aumento da rede de saúde primária a disponível, entre outras.

Essa previsão pessimista me lembrou um editorial publicado no *Journal of Pediatrics* em 1937 de autoria de John L Morse, o qual vaticinava: “É evidente que as oportunidades para pediatras a partir de agora não serão tão grandes como foram no passado. Há 40 anos a pediatria era um campo virgem sendo agora hipercultivado!... Meu conselho aos jovens médicos: escolha a Geriatria ao invés da Pediatria”. Neste editorial, o autor desconsiderou as mudanças que já ocorriam no mundo naquela época e que trariam enormes benefícios e novos desafios para a assistência pediátrica no planeta. Mesmo considerando a baixa capacidade de prever o futuro baseado em fatos do passado, é importante revisar o caminho percorrido para identificar os acertos que nos trouxeram ao estágio atual, assim como para vislumbrar novas tendências. Pois, o futuro vai se desenhando a partir de um conjunto de novas realidades e desafios.

Estima-se que uma em cada três crianças nascidas hoje em países desenvolvidos possa atingir os 120 anos de vida. Entretanto, em países como o Brasil e Índia, com suas enormes diferenças, os desafios da Pediatria para os próximos anos mantêm algumas pendências do passado ainda não resolvidas, tais como a mortalidade neonatal (onde ocorre mais de 50% dos óbitos no 1º ano de vida), o recrudescimento de doenças preveníveis em função de queda na cobertura vacinal e regiões com dificuldades de infraestrutura (saneamento básico), entre outras. Por outro lado, novos desafios frutos de todo o desenvolvimento e progresso já se apresentam em nossa realidade, destacando-se: i) o aumento no número de crianças com complexidade médica (doenças genéticas, cardiopatias, doenças neurológicas, autismo, obesidade, diabetes, neoplasias etc.), que representam hoje 15% a 18% da população infantil; ii) distúrbios associados aos novos valores e configuração social (exposição precoce a álcool e drogas, excesso de tempo de telas de computadores, atividade sexual precoce, gravidez na adolescência, *cyberbullying*, aumento no número de suicídio, violência, entre outras); iii) readequação de uma matriz



Prof. Dr. Jefferson P. Piva
Diretor de Comunicação da
Academia Brasileira de Pediatria

Membro titular da cadeira
nº 30 da ABP

assistencial que possa atender a esta nova demanda. Iniciando por uma rede primária resolutive que contemple e inclua o atendimento de crianças e adolescentes com complexidade médica. Seguindo-se por uma rede assistencial hierarquizada e regionalizada permitindo o fluxo bidirecional de pacientes mais complexos (referência e contrarreferência). Finalizando com o aumento de leitos de alta complexidade na rede hospitalar visando dar a retaguarda necessária a esta nova e crescente população da pediatria.

Neste contexto, o pediatra deverá também adequar-se, incorporando novas qualificações e habilidades. Tomando por base o que é proposto pela Associação Médica Canadense para os médicos exercerem a Medicina no novo século, poderíamos elencar seis áreas de interesse que o pediatra deveria, idealmente, dominar para atender às demandas e desafio deste neste novo século: a) constante atualização na aquisição de novos conhecimentos, competências e habilidades; b) intensa curiosidade científica e motivação para inovações; c) atitudes proativas na promoção da saúde de crianças e adolescentes; d) atuar como líder de equipe de saúde multiprofissional; e) desenvolver a perspectiva administrativa gerenciando recursos de saúde; e f) otimizar sua capacidade de comunicação.

Pelo acima exposto e contrariamente à previsão pessimista de meu colega, entendo que a Pediatria seguirá sendo uma especialidade fundamental no cenário da saúde da população. Entretanto, este protagonismo somente ocorrerá se nos adequarmos com a rapidez necessária aos novos desafios que se apresentam.



Entrevista com o Acadêmico

O pediatra e sua função social

Em entrevista ao Boletim da Academia Brasileira de Pediatria (ABP), **Dr. José Luiz Egidio Setúbal** conta um pouco sobre sua carreira na especialidade, além de abordar temas como pesquisa e a parte social da Medicina. Titular da cadeira nº 29 da ABP, o acadêmico também é presidente da Fundação José Luiz Egidio Setúbal, aporte assistencial do Hospital Sabará, e vice-presidente do Instituto Pesquisa e Ensino em Saúde Infantil (PENSI), que promove atividades de pesquisa, ensino e sociais voltadas à criança e ao adolescente.

Doutor, por que o senhor decidiu cursar Medicina e especificamente escolher a Pediatria? O senhor teve alguma influência?

Bom, eu venho de uma família de empresários. Não tive uma influência familiar na escolha e acho que a Medicina atraía muito mais na função de ajudar as pessoas. Acho que eu não me lembro muito porque eu escolhi ser médico, mas, desde adolescente, essa era a minha vontade. Mas eu tenho muito claro o motivo da escolher ser pediatra. Durante a faculdade, para mim, era claro que eu queria fazer uma carreira clínica dentro da Medicina e, ao final do curso, eu fiquei muito em dúvida entre fazer Pediatria ou Infectologia, e acabei decidindo pela primeira, muito pela função desta naquela época. Não foi a Pediatria que eu acabei fazendo, ou, pelo menos, não só o que eu acabei fazendo, que era a prevenção de doenças e promoção da saúde, que o pediatra fazia muito isso com a puericultura. E, para mim, o fascinante de ser pediatra era poder acompanhar aquele ser humano desde o nascimento até ele se tornar adulto. Então, essa foi a razão pela qual optei pela Pediatria.

O senhor tem um lema de que crianças e jovens saudáveis tornam-se adultos saudáveis, gerando um ciclo e fazendo com a que sociedade seja mais justa e igualitária. Para o senhor, então, tudo começa na infância em todos os aspectos? Por quê?

Aí, não sou eu que falo. As pessoas que estudam. O James Heckman, que é o Prêmio Nobel de Economia de 2000, se não me engano, e é professor em Chicago, têm muitos estudos mostrando a importância da primeira infância, dos primeiros 1000 dias, como dizem os americanos, na formação do indivíduo. Então, a chance de uma criança, principalmente nos primeiros cinco, seis anos, que está no ambiente saudável e é saudável, de se tornar um adulto produtivo, que tenha um bom índice de aprendizado e que tenha uma saúde mental equilibrada e que seja uma pessoa socialmente responsável é muito alta, ao contrário daquela que está num ambiente que ele chama tóxico, de um estresse tóxico.

Então, se ela está cercada de violência, se ela está cercada de um ambiente não saudável, que não tenha esgoto, que não tenha água, que seja um ambiente ecologicamente deteriorado e emocionalmente também, então se ela é cercada por violências ou pobreza, desnutri-



Assista à entrevista na íntegra, acessando aqui.

ção, a chance de ela se tornar uma pessoa com problemas de cognição, quer dizer, ela já não vai aprender, ao contrário do outro que gera um círculo virtuoso, esse vai gerar um círculo vicioso.

Ela não vai aprender, não vai ter um bom emprego, ela não vai ter uma boa saúde, não vai ter uma saúde mental adequada e vai ser quase que um peso social para aquela sociedade.

Ao longo dos anos, o senhor adquiriu o Sabará Hospital Infantil, instituiu a Fundação que leva seu nome e criou o Instituto PENSI, do qual é vice-presidente atualmente. Qual é a relação entre os três, como eles se interligam?

Quando eu adquiri o Hospital Sabará, para quem é de São Paulo, ele era um pronto-socorro, tinha um pequeno hospital com 40 leitos e com um pronto-socorro muito ativo e muito grande, com renome. E ele foi comprado num plano de ele se tornar uma fundação, e os recursos que o hospital gerasse iriam sustentar a perenidade dessa fundação. E essa fundação ia se dedicar ao *advocacy*, a defesa da saúde, da infância e da adolescência.

O projeto do hospital visava transformá-lo num hospital pediátrico nos padrões mais americano. Nos Estados Unidos tem muito o que eles chamam de children hospital, que é uma visão de atendimento infantil um pouco diferente do que a gente tem aqui no Brasil. E como toda instituição, vamos dizer, que faz uma Medicina, não vou chamar séria, mas vamos dizer de impacto, ela está sempre acompanhada de uma boa assistência com uma parte de pesquisa e uma parte de ensino e educação. Então, esse projeto, que envolve essa fundação que leva o meu nome, envolvia isso: a assistência feita pelo hospital e a parte de ensino, pesquisa e educação feita pelo Instituto Pensi.

E o senhor falou justamente do hospital pediátrico e, pesquisando sobre ele, a gente vê que ele é completamente voltado para o público pediátrico. Qual é a importância de ter um ambiente hospitalar assim para o atendimento de casos simples aos mais complexos?

É muito importante por vários motivos, mas não só isso a que você está referindo, à ambiência do hospital. Ele é importante porque, na maioria dos hospitais, as crianças que internam são menores de sete, oito anos. Então, são crianças que, ainda na fase de desenvolvimento pouco entendimento do que está acontecendo. Isto é, ter um ambiente que é menos estressante facilita para que essa criança tenha uma adequação ao tratamento e uma permanência menos estressante.

Agora, mais do que isso, acho que um hospital dedicado ao público infantojuvenil necessita ter o profissional da saúde com expertise em atender esse público. Então, no Sabará, o especialista é um pediatra especializado na naquela especialidade. Em muitos hospitais gerais, não. Quem atende aquela criança é um especialista, que é diferente de ter um pediatra especializado naquela doença, ou uma enfermeira que gosta de atender criança, fisioterapeuta que também é especializada em criança, e assim vai. Para você ter uma ideia, a gente tem no Sabará 30 tipos de máscara respiratória, que adequa o tamanho da criança, o tipo de doença que ela tem, provavelmente não tem nenhum outro hospital no Brasil que tenha tantos tipos de máscaras para crianças.

Então, não basta ser só um hospital adaptado, é ter o profissional especialista, mas também especialista em atender ao público infantojuvenil.

E que gosta de atender criança. Então, o nosso técnico de Radiologia tem paciência para pôr a criança no exame e acalmar a criança, ou a pessoa que está atendendo também tem, ela sabe lidar com a família. Então, tudo isso, no conjunto das coisas, faz muita diferença.

E saindo um pouquinho dessa questão, na sua opinião, a filantropia e o conhecimento científico são importantes para o avanço do cuidado pediátrico e até para promover novas políticas públicas, sendo pilares importantes para avanços do cuidado pediátrico a nível nacional? Por quê?

A nossa fundação tem esse propósito. Ela tem uma parte grande de pesquisa que ajuda a embasar políticas públicas. Temos pesquisas feitas juntamente com Ministério da Saúde para detecção precoce e tratamento de autismo, estou falando aqui especificamente de autismo. Mas nós também atuamos junto ao Congresso, dando embasamento científico para os legisladores que farão as leis para as políticas públicas.

No caso da Fundação José Luiz Setúbal, a gente atua em três áreas predominantemente, que é imunização, saúde mental, com o recorte da violência doméstica contra a criança, e segurança alimentar. Fazemos ou patrocinamos pesquisas e fóruns de políticas públicas uma vez por ano, realizando os levantamentos dessas pesquisas, e esse material depois é disponibilizado tanto no nosso portal quanto em material impresso, que é trabalhado junto aos deputados e senadores nas comissões específicas do tema.

E ainda falando sobre questões de políticas públicas, para o senhor, quais são os principais desafios que o Brasil ainda enfrenta em relação à infância e à juventude?

Em um levantamento que nós fizemos em 2018, escolhemos esses três temas como prioritários para o Brasil. Naquela época, as taxas de imunização já estavam caindo. Elas vêm caindo desde 2015. Agora, este ano, parece que elas deram uma estabilizada e a curva deve voltar a subir. Mas a insegurança alimentar já era um problema, com a pandemia ela voltou ou ela aumentou muito. Hoje, se calcula que mais ou menos 30% das crianças estão com um nível de desnutrição e de insegurança alimentar muito grave.

E a violência também. Com a pandemia, a saúde mental foi abalada tanto nos jovens, que as taxas de suicídio aumentaram e os níveis de ansiedade, depressão e de jovens que necessitam de medicação aumentaram muito e, conseqüentemente, também a violência contra a criança, principalmente as mais vulneráveis, que são as crianças menores, é um problema sério.

Agora, tem todo o problema com as populações indígenas que, no começo desse ano, foi denunciado, da população ianomâmi. Mas aí é um problema muito grave que o Brasil precisa enfrentar, mas é um problema de uma minoria. Então, significativamente, o número de crianças é muito menor, embora seja um problema humanitário grave.

O senhor gostaria de deixar alguma mensagem para quem nos assistir e estiver começando na Medicina, algo que o senhor gostaria de ter ouvido quando começou e não ouviu, algum conselho?

Eu tenho muito contato com jovens, até porque nós temos programa de Residência e recebemos muitos estagiários, não só residentes como acadêmicos de Medicina. E sempre me perguntam isso. E eu não sou um otimista para quem

está se formando porque o número de pessoas, de médicos que estão entrando no mercado de trabalho este ou o médico quase uma commodity.

O que eu aconselho para a pessoa que quer praticar uma boa Medicina e quer ser reconhecido como um bom profissional é que faça uma boa Residência e procure se formar cada vez melhor, porque é o que vai diferenciá-lo dentro da profissão. Porque se só existe vaga para pouco mais de um terço dos médicos que se formam e as faculdades estão formando médicos aparentemente com uma capacidade de praticar a Medicina ruim, então a formação depois da faculdade é muito importante.

Para se praticar uma boa Medicina, ser um médico responsável e realizado não só do ponto de vista financeiro, mas do ponto de vista pessoal, ético, responsável, com bom desfecho para os pacientes, que procure se formar numa boa Residência e continue estudando para realizar o seu sonho.

Qual sua mensagem final sobre a função do pediatra?

O pediatra, especificamente, pensando naquela pergunta que você fez da atuação em cima das crianças, ele pode ter um papel preponderante mesmo na saúde do indivíduo no decorrer da vida. E acho que essa função de promover a saúde e prevenir a doença, que é uma coisa que está na moda hoje quando se fala em saúde pública, talvez o pediatra tenha essa função social muito importante.

“Porque se só existe vaga para pouco mais de um terço dos médicos que se formam e as faculdades estão formando médicos aparentemente com uma capacidade de praticar a Medicina ruim, então a formação depois da faculdade é muito importante.”



Ciência e Ensino

Vacinação contra o HPV no Brasil: desafios e possibilidades

A importância da infecção pelo HPV como problema de saúde pública em todo o mundo se dá pela sua elevada frequência e associação com vários tipos de neoplasias como câncer de colo uterino, pênis, vulva, canal anal e orofaringe, além de ser responsável pelas verrugas genitais, com comprometimento clínico e psicológico das pessoas afetadas.

Destaca-se que o HPV é o agente causal da neoplasia cervical e, além de impactar a saúde física da mulher, o câncer cervical traz impactos emocionais, financeiros e sociais e afeta de modo desigual mulheres e famílias pobres, pretas e pardas.

No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), é o terceiro tumor mais frequente na população feminina e a quarta causa de morte de mulheres por câncer, sendo responsável por 17.010 novos casos de câncer e cerca de 7.000 óbitos por ano.

A vacinação contra o HPV é, portanto, uma consistente ferramenta para a prevenção dos cânceres relacionados a esse vírus e outras doenças associadas. A vacina HPV quadrivalente incorporada em 2014 no Calendário Nacional de Vacinações do Brasil protege contra os tipos virais 6, 11, 16 e 18. Os vírus 6 e 11 são responsáveis por 90% das verrugas anogenitais e os tipos 16 e 18, por 70% dos casos de câncer uterino.

A vacina é altamente eficaz nas faixas etárias ainda não expostas ao HPV, antes de iniciarem a vida sexual, induzindo a produção de anticorpos em quantidade muitas vezes maior do que a encontrada em infecção naturalmente adquirida. Atualmente, a vacinação contra HPV é voltada para meninos e meninas de 9 a 14 anos, homens e mulheres imunodeprimidos de 9 a 45 anos (pessoas vivendo com HIV/AIDS, transplantados e pacientes oncológicos), e vítimas de abuso sexual de 9 a 45 anos, que ainda não foram vacinados ou com esquema incompleto.

Esses dois últimos grupos, por apresentarem maior chance de adquirir uma infecção persistente e maior risco de desenvolver câncer e complicações relacionadas ao HPV.

O Brasil, em conjunto com 193 países, assumiu o compromisso junto à OMS de alcançar até 2030 a meta de 90% de cobertura da população de adolescentes para conseguir eliminar o câncer de colo de útero como problema de saúde pública. Apesar de comprovadamente segura e eficaz, além de disponibilizada gratuitamente pelo Sistema Único de Saúde (mais de 60 milhões de doses já foram distribuídas desde 2014), as coberturas vacinais seguem baixas e heterogêneas entre os estados: para as duas doses, em



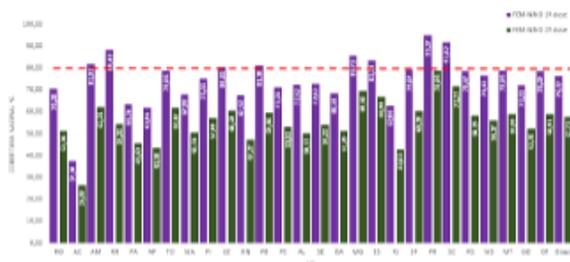
Dra. Ana Goretti Kalume Maranhão
Pediatra membro da SBP e
pediatra servidora do Programa
Nacional de Imunizações

2022 no Brasil, as coberturas médias para meninas e meninos de 9 a 14 anos, foram respectivamente 57,5% e 36,6%.

Algumas causas podem ser apontadas para explicar as baixas coberturas: desconhecimento da população, incluindo profissionais de saúde, dificuldades de acesso à vacinação e disseminação de notícias falsas relativas à segurança da vacina, desencadeando o medo e insegurança dos jovens e suas famílias, contribuindo para a hesitação vacinal, e prejudicando a adesão a esse imunobiológico.

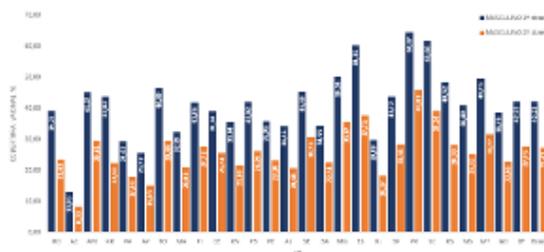
Enfrentar os desafios associados a essa vacinação requer comunicação eficaz, profissionais de saúde com tempo e criatividade para atrair os adolescentes, envolvimento das escolas e acesso facilitado a vacinação. Nesse sentido, os pediatras têm um papel fundamental para ajudar a superar essas dificuldades, contribuindo assim, para que as crianças e adolescentes de hoje tenham um futuro livre do câncer cervical e outras doenças relacionadas ao HPV.

Cobertura Vacinal com a 1ª e 2ª doses da população feminina para Vacina HPV4. Brasil, 2017-2022.



Fonte: Sistema de Informação do PNI - 24/05/2023

Cobertura Vacinal com a 1ª e 2ª doses da população masculina para Vacina HPV4. Brasil, 2014-2022.



Fonte: Sistema de Informação do PNI - 24/09/2023

“A vacinação contra o HPV é, portanto, uma consistente ferramenta para a prevenção dos cânceres relacionados a esse vírus e outras doenças associadas.”

Bibliografia Consultada:

- Ministério da Saúde: Estatísticas de câncer. MS/INCA, 2022. Ministério da Saúde: Justificativa para ampliação da faixa etária da vacinação contra HPV em pacientes imunossuprimidas. MS/Março/2021
- Ministério da Saúde: Nota Técnica nº63/2023-CGICI/DPNI/SVSA/MS que trata da inclusão de vítimas de violência sexual para vacinação contra HPV
- OMS, Organização Mundial da Saúde. Registro epidemiológico semanal. 16 de dezembro de 2022, 97º, 645-672. Disponível em: <http://www.who.int/wer>
- WHO. Weekly epidemiological record. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper (2022 update). 16 december 2022.
- Jefferson D et al. Transmission of anogenital warts in children and associations with sexual abuse. Journal of Human Growth Dev. 2012; 22 (1): 34-40.
- Epub 2011 Jun 15. 4. Wieland U, Kreuter A, Pfister H. Human papillomavirus and immunosuppression. Curr Probl Dermatol 2014;45:154-65.
- McClymont E, Lee M, Raboud J, Coutlée F, Walmsley S, Lipsky N et al. The Efficacy of the Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine in: Girls and Women Living With Human Immunodeficiency Virus. Clin Infect Dis. 2019 Feb 15;68(5):788-794.
- World Health Organization. Human papillomavirus (HPV) and cervical cancer. Available em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/en/>. Acessado em 15 de fevereiro de 2021.

Cultura e Arte

A literatura de cordel na educação para a saúde

Inseticidas, remédios,
Das crianças, ó, lonjura!
Remédio errado, em excesso,
É veneno e nada cura.



Reprodução site Oxe Recife

A literatura de cordel é uma forma popular de expressão literária que se originou no Nordeste do Brasil. Ela é caracterizada por poemas narrativos ou líricos impressos em folhetos ilustrados, geralmente expostos e vendidos pendurados em cordas (ou “cordéis”).

Além de sua riqueza cultural, a literatura de cordel desempenha um papel importante na preservação e disseminação da tradição oral, contribuindo para a diversidade e riqueza do patrimônio literário brasileiro.

Por isso, a literatura de cordel é uma grande aliada na educação, inclusive sobre saúde. Um exemplo é o livro *A dádiva do cuidar – Princípio das humanidades*, organizado pelo Dr. Paulo Barreto Campello, e que também conta com a participação dos Drs. Ronaldo Cunha Dias, Wilson Freire e Carlos Reinaldo Carneiro Marques em sua produção. Com pós-graduação em Pneumologia e Arteterapia, Dr. Campello acredita que a arte na Medicina ajuda no cuidar e no acolhimento.

A obra conta com 70 *cartoons* em linguagem de cordel com os mais diversos temas: *bullying*, microcefalia, *Aedes aegypti*, da gravidez ao nascimento, o início na escola, além de incidentes como a criança engolir naftalina achando que era bala, colocar bolinha de gude dentro do nariz, dentre outros casos. Assim, de forma simples e de fácil memorização, o cordel é um aliado na educação pais e responsáveis sobre a saúde infantojuvenil.



Reprodução site Oxe Recife

“Por isso, a literatura de cordel é uma grande aliada na educação, inclusive sobre saúde.”

Ética e Bioética

Autonomia do paciente e do médico: breves considerações

A autonomia do paciente e do médico são essenciais para o bom desempenho da Medicina, do ponto de vista da ciência, da bioética e da ética médica. São visitadas em vários capítulos, artigos, parágrafos e incisos, do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), da Constituição da República do Brasil (CR) e do atual Código de Ética Médica (CEM).

Neste, já nos princípios fundamentais, o inciso VII orienta que “o médico exercerá sua profissão com autonomia, não sendo obrigado a prestar serviços que contrariem os ditames de sua consciência ou a quem não deseje”, excetuadas as situações de ausência de outro médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente. Pode-se perceber claramente limites à autonomia do médico, assim como na do paciente no inciso XXI, que descreve: “no processo de tomada de decisões profissionais, o médico aceitará, de acordo com seus ditames de consciência e as previsões legais, as escolhas de seus pacientes relativas aos procedimentos diagnósticos e terapêuticos por eles expressos”, desde que adequadas ao caso e cientificamente reconhecidas. No capítulo dos direitos dos médicos (diceológicos), certifica que “é direito do médico indicar o procedimento adequado ao paciente, observadas as práticas cientificamente reconhecidas e respeitada a legislação vigente”. A autonomia do médico está, assim como a autonomia do paciente, delimitada pela ciência e por outros critérios.

Pode-se observar variadas salvaguardas e demarcações da autonomia em outros incisos dos dois capítulos citados, mas também nos onze capítulos dos deveres dos médicos (deontológicos) e seus 117 artigos, dos quais separo três exemplos: “o médico tem o dever de garantir ao paciente o direito de decidir livremente sobre sua pessoa ou seu bem-estar e não exercer sua autoridade para limitá-lo”; não pode, igualmente, “desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas”, salvo em caso iminente de risco de morte; “é vedado ao médico abandonar paciente sob seus cuidados”. Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, tem direito o médico a renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal e que garanta sua substituição por outro médico que dará continuidade aos cuidados, colocando à disposição deste todas as informações necessárias. As pertinentes objeções: “excetuadas as situações de ausência de outro



Dr. Sidnei Ferreira

Membro titular da cadeira n. 9 da Academia Brasileira de Pediatria

médico, em caso de urgência ou emergência, ou quando sua recusa possa trazer danos à saúde do paciente”.

Portanto, autonomia não pode ser considerada passaporte para ultrapassar qualquer fronteira ou uma habilitação em branco para se decidir como queira em qualquer situação. A observância da ciência e a prioridade do cuidado à saúde e à vida do paciente, estarão sempre presentes nos princípios fundamentais da Medicina, entre direitos e deveres do médico, perfilando a autonomia.

Durante a pandemia da Covid, a questão de ter sido incentivado, até mesmo pelo governo, o uso de terapêuticas não reconhecidas pela ciência para este mal específico e tendo sido usada, inadequada e perigosamente, a autonomia do médico como salvaguarda confundiu a sociedade, pacientes e até mesmo médicos que sofriam o drama de ainda não existir vacinas ou medicamentos disponíveis para prevenção e cura desse mal. No caso desses remédios propalados, inexistem até hoje, mesmo em protocolos de pesquisa, como drogas experimentais para essa doença, o que neste caso exigiria a aceitação pelos órgãos competentes como a Comissão de

Ética em Pesquisa Local (CEP) ou a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa em Humanos (CONEP), além de ser obrigatório o consentimento do paciente ou de seu representante legal.

Os princípios bioéticos autonomia, beneficência, não maleficência e justiça se fazem presentes e apontam os objetivos e caminhos a serem trilhados não só por médicos, mas também por pacientes, pais e responsáveis, profissionais da saúde, legisladores e juízes.

A autonomia do paciente tem que ser observada desde a gestação e em todas as faixas etárias, seus limites respeitados, inclusive nas situações clínicas irreversíveis e terminais, quando é vedado ao médico abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal, lembrando que a eutanásia e o suicídio assistido são proibidos no nosso país. Deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis, evitando que o doente sinta dor, sede, fome ou qualquer outro desconforto, preservando seu pudor, privacidade, dignidade, identidade, que é a afirmação e prática da ortotanásia, sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, ou seja, vedando a prática da distanásia, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.

O doente em fase terminal tem o direito de saber, de decidir, de não ser abandonado, de ter tratamento paliativo, de não ser tratado como mero objeto, de acordo com as conveniências da família ou da equipe de saúde, ou mesmo do gestor ou do plano de saúde. Todos os cuidados devem ser dirigidos no exclusivo interesse do paciente.

A autonomia de crianças e adolescentes é objeto de preocupação e destaque no ECA, na CR e no CEM. Os pais são titulares de poderes legitimamente atribuídos, na verdade um conjunto de deveres, que devem ser exercidos exclusivamente no interesse dos filhos. Com a CR e o ECA, a autoridade parental passou a ter como finalidade precípua a promoção da personalidade e a dignidade dos filhos, considerando a situação peculiar de pessoas em desenvolvimento (artigos 227 da CR, sexto e 15º do ECA).

O ECA reconhece a autonomia da criança e do adolescente, apesar de serem pessoas em desenvolvimento. Artigo sexto: “na interpretação desta Lei levar-se-ão em conta os fins sociais a que ela se dirige, as exigências do bem comum, os direitos e deveres individuais e coletivos, e a condição peculiar da criança e do adolescente como pessoas em desenvolvimento”. Ou seja, uma autonomia progressiva, proporcionalmente ao ganho de desenvolvimento, frutos de cuidados paternos que lhes garanta princípios como liberdade, direitos individuais, bem comum, permitindo que na medida em que o desenvolvimento e as habilidades são gradualmente conquistados pelos menores, lhes são assegurados o preparo para que possam entender e usar a autonomia ofertada.

O Capítulo II do ECA, “Do direito à liberdade, ao respeito e à dignidade”, dispõe no artigo 15: “A criança e o adolescente têm direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como pessoas humanas em processo de desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos na Constituição e nas leis”. O artigo 16, define que o direito à liberdade compreende sete aspectos, entre eles, “opinião e expressão”, robustecendo a autonomia desse grupo. O artigo 17 define o direito ao respeito: “consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais”. Além disso, cabe uma interpretação, talvez óbvia, ao parágrafo único, do artigo 142, do ECA, que diz: “a autoridade judiciária dará curador especial à criança ou adolescente, sempre que os interesses destes colidirem com os de seus pais ou responsáveis, ou quando carecer de representação ou assistência legal ainda que eventual”. Ele impõe que o poder familiar deve ser exercido em respeito à intrínseca autonomia individual dos menores, que na qualidade de pessoas humanas em desenvolvimento gozam de absoluta prioridade na promoção de seus direitos fundamentais conforme determina o artigo 227 da Constituição da República, ou seja, à luz do princípio constitucional do melhor interesse da criança e do adolescente.

“A autonomia de crianças e adolescentes é objeto de preocupação e destaque no ECA, na CR e no CEM.”



Dr. Mario Santoro Júnior
Coordenador da Comissão
de Memória da Pediatria



**Maria Regina de Sousa
Campos Leondarides**

Histórias da Pediatria

Introdução

A autora deste artigo colaborou por 42 anos – de 1978 a 2020 – com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de São Paulo (hoje Instituto Jô Clemente), onde foi Conselheira, Coordenadora das Voluntárias e Coordenadora do Grupo de Estudos sobre Envelhecimento das Pessoas com Deficiência Intelectual. Regina atualmente colabora com a Fundação Dona Paulina de Souza Queiroz, fundada há 62 anos. Ficou inativa por 40 anos, mas retomou suas atividades em 2020, atendendo pessoas com deficiência intelectual e autismo, em processo de envelhecimento, por meio do Projeto Piloto VIVA D+. Regina não só conhece profundamente a história das APAES, como vivenciou por um longo período essa história que agora com entusiasmo compartilha com nossos confrades da Academia Brasileira de Pediatria e com todos os pediatras associados da Sociedade Brasileira de Pediatria. Ficam aqui os nossos agradecimentos a Regina.

História das APAEs

Para entender o nascimento das APAEs no Brasil, é necessário compreender o processo histórico na qual e pela qual ela surge.

Pesquisadores apontam a negligência dos governantes em prestar serviços essenciais, como educação e saúde à população, como o principal gatilho de iniciativas por parte da sociedade civil.

Iniciativas essas com o objetivo de atender às demandas ignoradas ou mal assessoradas pelo setor público. Para pessoas com deficiência, a situação era ainda mais crítica, pois o desconhecimento do potencial desses indivíduos, entre outros fatores, os relegava à obscuridade de casas de saúde e/ou ao ostracismo dentro de sua própria família.

Assim, dentro deste contexto histórico, nasce a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE).

A APAE é fruto de um movimento pioneiro no Brasil para prestar assistência médico-terapêutica as pessoas com deficiência intelectual.

Esse movimento surgiu no Rio de Janeiro, no dia 11 de dezembro de 1954. Beatrice e George Bemis, diplomatas representantes dos Estados Unidos, ao chegarem ao Brasil, naquele ano, não encontraram nenhuma entidade de acolhimento para um filho com a síndrome de Down.

O fato motivou o casal a lutar por um organismo que contemplasse o atendimento às pessoas com deficiência intelectual. Aliaram-se aos diplomatas, pais, amigos e médicos das pessoas com deficiência e, com eles, nasceu a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE – em março de 1955, em uma reunião na sede da Sociedade Pestalozzi do Brasil, para escolha do seu Conselho Deliberativo. A APAE, contando com o apoio e o espaço cedido pela Sociedade Pestalozzi, deu início aos seus trabalhos pedagógicos; conseguiu formar duas turmas com 20 crianças com deficiência, nesse mesmo ano de 1955.

Os contextos sociopolítico, econômico e cultural no qual a APAE foi fundada categorizavam as pessoas com deficiência múltipla e intelectual como diferentes dos demais, provocando dificuldades na aprendizagem. Por conseguinte, as instituições de ensino público e privado excluíam essas pessoas dos processos de ensino e aprendizagem que ofereciam à população escolar. O movimento apaeano se ampliou para outras capitais e a posteriori para as cidades do interior dos estados. Entre os anos de 1954 e 1962, surgiram dezesseis APAEs em todo o Brasil.

Depois da fundação APAE Rio de Janeiro, vieram muitas outras pelo país, Brusque, Volta Redonda, São Lourenço, João Pessoa, sendo Jundiá a primeira APAE do estado de São Paulo.

Em 1961, a APAE de São Paulo (hoje IJC-Instituto Jô Clemente) iniciou seus trabalhos com grande importância por ser a pioneira em introduzir o Teste do Pezinho no país, possuindo o maior laboratório especializado na área e credenciamento pelo Ministério da Saúde como serviço de referência em triagem Neonatal.

Atualmente, existem 2.201 APAEs e entidades filiadas no Brasil coordenadas por 24 federações estaduais. Em São Paulo, são 308 APAEs, que atendem mais de 70 mil pessoas.

As APAEs são organizações não governamentais e sem fins lucrativos que trabalham para que as pessoas com deficiência intelectual e múltipla, assim como suas famílias, conquistem melhor qualidade de vida. Para isso, oferecem atendimentos gratuitos especializados de alta qualidade a todos que precisam, independentemente da idade ou da classe social

Diante do crescimento do movimento apaeano, se fez necessária a criação de um organismo nacional para articular suas ideias. No dia 10 de novembro de 1962, foi fundada a Federação Nacional das APAEs (FENAPAE), em São Paulo, no consultório do médico Stanislau Krinski, onde funcionou por vários anos. Nessa reunião de fundação, se fizeram presentes doze representantes de outras APAEs do país, famílias e profissionais da área de educação

e saúde. O grupo de fundação contemplou a participação das famílias no movimento como prioridade, destacando a necessidade de se conhecer as histórias de vida de seus grupos especiais. A FENAPAE, juntamente das APAEs, é uma sociedade civil, filantrópica, de caráter cultural, assistencial e educacional com duração indeterminada, que congrega as federações estaduais, as unidades apaeanas e entidades análogas a ela filiadas.

Em 1964, ganhou sede própria do Governo Federal, no Rio de Janeiro e, atualmente, suas instalações estão localizadas no Distrito Federal, em Brasília

A Federação das APAEs do Estado de São Paulo (FEAPAEs) foi fundada em assembleia realizada em 29 de maio de 1993 na cidade de Jundiá.

“Atualmente, existem 2.201 APAEs e entidades filiadas no Brasil coordenadas por 24 federações estaduais. Em São Paulo, são 308 APAEs, que atendem mais de 70 mil pessoas.”



Homenagem aos Acadêmicos

Acadêmicos da ABP recebem homenagens em Congresso

Na solenidade de abertura do XVI Congresso Latino-Americano de Cuidados Intensivos Pediátricos, que aconteceu em Viña Del Mar (Chile), de 15 a 17 de novembro de 2023, foram homenageados os membros fundadores da Sociedade Latino-Americana de Cuidados Intensivos Pediátricos (SLACIP). Dentre eles, receberam as honrarias três membros da Academia Brasileira de Pediatria: Werther Carvalho, Jefferson Piva e Pedro Celiny Garcia (in memoriam).

A SLACIP foi criada em 1993 após o Primeiro Congresso de Cuidados Intensivos Pediátricos sediado em Baltimore (1992), em Maryland (EUA), com o objetivo de intercâmbio entre profissionais e países latino-americanos para a melhoria do tratamento de pacientes pediátricos graves na América Latina são bem-vindos. São 21 comitês, que desenvolvem planos de trabalho abrangendo atividades acadêmicas, assistenciais e de pesquisa; planos estes estabelecidos por uma estrutura bem projetada, apoiada pela Diretoria para garantir sua adequada realização e implementação.



Acadêmico da ABP recebe homenagem em Minas Gerais

No último dia 17 de novembro, Navantino Alves Filho, titular da cadeira 17 da Academia Brasileira de Pediatria, recebeu homenagens e uma placa de fundador do Centro de Prematuros e UTI Neonatal da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Minas Gerais.

Criado há 50 anos, o serviço de UTI é uma referência no estado no atendimento de prematuros e recém-nascido com malformações. Só em 2022, a instituição realizou mais de 1000 (mil) internações, distribuídas em 64 leitos: 20 de UTI (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), 14 leitos de UCI (Unidade Cuidados Intermediários Neonatais e Canguru) e 30 de Alojamento Conjunto (recém-nascido permanece ao lado da mãe).



NOTA

O impacto dos conflitos e situações adversas extremas na saúde mental de crianças e adolescentes

Já é bastante conhecido, através de evidências científicas, o impacto, a curto e longo prazo, de experiências adversas em fases iniciais do desenvolvimento na saúde mental de crianças e adolescentes. Experiências relacionadas a situações familiares levando a situações de abuso, negligência, maus tratos, tanto físicos como ambientais (pobreza, catástrofes naturais, conflitos) preocupam os clínicos, cientistas, pais e formuladores de políticas públicas. De uma maneira geral, acredita-se que os riscos podem ser cumulativos e quanto maior a exposição maior o risco de comprometimento no desenvolvimento, seja cognitivo, linguístico, social, emocional ou até mesmo a saúde física. (Ellis *et al.* 2022, Smith & Pollak, 2021).

Estudos sugerem que o mecanismo responsável por este impacto tem relação com questões referentes à plasticidade cerebral, que é definida como a capacidade do cérebro em desenvolvimento de se adaptar através de modificações dos circuitos neurais frente a novas experiências ambientais/estímulos externos. Esta característica traz muitas vantagens (por exemplo: extrema capacidade de reabilitação frente a lesões e agravos) mas também traz desvantagens, pois é ambiente dependente. Vivências e desenvolvimento em ambientes desfavoráveis e adversos afetam a plasticidade cerebral (Kolb B & Gibb R. 2014).

Adicionalmente, evidências indicam que as alterações cognitivas, afetivas e do desenvolvimento neural que ocorrem após experiências adversas atuam como fator desencadeante para elevação do risco de psicopatologia, baixo rendimento escolar e problemas físicos de saúde. Estudos de revisão sistemática e metanálise utilizando técnicas de neuroimagem trazem evidências sobre o impacto da exposição precoce a adversidades nas estruturas cerebrais. Pela ressonância magnética, observa-se um efeito ontogenético não uniforme no volume cerebral e diferentes estruturas do sistema nervoso central, além de alterações específicas relacionadas a idade e tipo de experiência adversa (Vannucci *et al.* 2023; Kribakaran *et al.* 2020).

Do ponto de vista antropológico, sabe-se que experiências relacionadas à privação social, falta de apoio parental, morbimortalidade materna, adversidades socioeconômicas, estresse, violência comunitária e desastres ambientais têm um impacto negativo no desenvolvimento. O impacto dos desastres naturais no período pré-natal ou perinatal pode levar a efeitos adversos na gestação tais como prematuridade, redução no peso de nascimento e perímetro cefálico. A exposição ao estresse e excesso de gli-



Dra. Magda Lahorgue Nunes

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

cocorticoides durante o período de desenvolvimento fetal determina risco aumentado de doenças cardiometabólicas e alterações cognitivas, através de mecanismos epigenéticos (alterações da metilação), que podem afetar todo o curso da vida (Martínez-González *et al.*).

Nos últimos cinco anos, o mundo tem passado por uma série de circunstâncias problemáticas que afetam a população de forma global em diversos aspectos de risco para situações adversas: 1) as importantes mudanças climáticas que temos vivenciado associadas a aumento de catástrofes da natureza (incêndios, inundações, terremotos, temperaturas extremas); 2) a pandemia de COVID-19, que, em suas duas ondas, com mortalidade de 14,9 milhões de indivíduos, estimada pela ONU, afetou toda a população mundial gerando um impacto socioeconômico incalculável e deixando como consequência um aumento significativo da inequidade em diferentes regiões geográficas, seguido de aumento de prevalência de doenças mentais e problemas de sono; 3) o conflito armado causado pela invasão da Rússia ao território da Ucrânia, que surpreendeu a todos em fevereiro de 2022, gerando uma onda de deslocamento populacional de refugiados, com famílias dispersas em fuga do território ucraniano, impactadas pelas mortes e destruição de suas

idades. Segundo dados da ACNUR, em fevereiro de 2023, após um ano do início dos conflitos, cerca de 13 milhões de ucranianos ainda se encontram deslocados de suas casas. Preocupações com segurança e disponibilidade de serviços básicos (eletricidade, água, saúde, condições de habitação) são fatores impeditivos deste retorno à normalidade assim como a continuação do conflito, sem solução até os dias atuais; 4) mais recentemente, em 7 de outubro de 2023, o mundo é novamente surpreendido pelo ataque do Hamas a Israel. Novamente, jovens que estavam pacificamente assistindo a um concerto musical são atingidos e vivenciam situações de brutalidade extrema, sendo sequestrados ou assassinados, seguido da invasão de suas comunidades onde os habitantes foram dizimados dentro de suas casas. Com a contagem dos mortos e feridos aumentando diariamente em ambos os lados, com a angustiante falta de notícias dos reféns israelenses (idosos, jovens, crianças e mulheres civis) ainda presos em circunstâncias e locais desconhecidos, com o deslocamento forçado da população civil palestina em condições precárias, com o uso pelo Hamas de civis e crianças como escudo humano, prática que nos retorna a épocas de barbárie e que não pode ser aceita pelas organizações internacionais e por uma sociedade moderna e civilizada, certamente o impacto adverso que está atingindo toda uma geração de jovens e adolescentes será imensurável.

No contexto atual, o impacto das circunstâncias catastróficas mundiais é rapidamente extrapolado para toda a população que tem acesso irrestrito às mídias (Internet, TV, rádio e jornais) e, desta forma, mesmo quem não está vivenciando diretamente os conflitos, os desastres naturais e as circunstâncias adversas pode visualizar os fatos e conseqüentemente também ser atingido, aumentando a sensação de medo, insegurança, ansiedade. Estudos mostram que conflitos armados apresentam um efeito pervasivo em crianças quer elas estejam direta ou indiretamente envolvidas, variando de lesões físicas a doenças infecciosas, des-

nutrição e intenso estresse psicológico (Kadir *et al.*, Kampalath *et al.*) e o quão importante é o papel de profissionais da área de saúde mental para mitigar estes efeitos (Weishut & Soffer-Elnekave).

Como explicar às nossas crianças e adolescentes, que tão duramente sentiram os efeitos da recém-controlada pandemia de COVID-19, os atos de brutalidade e maldade extrema disponibilizados continuamente em nossas telas? Como diminuir o impacto das privações de crianças e adolescentes que estão diretamente e inadvertidamente envolvidos em meio aos conflitos armados?

Certamente, a necessidade de mobilizar esforços de atenção à saúde mental da população em risco deve ser priorizada, nas circunstâncias atuais faltam profissionais em número suficiente para todas as demandas.

A nós, pediatras do Brasil, e principalmente àqueles que estão diretamente envolvidos no atendimento de crianças e adolescentes em situação de risco cabe um posicionamento ativo. Estratégias de apoio e atendimento as crianças e adolescentes que estão vivenciando as diversas tragédias destes últimos cinco anos têm que ser postas em prática imediatamente, de forma global, e as estruturas de saúde têm que estar organizadas para o recebimento das conseqüências que se avizinharam, um aumento significativo na incidência de doenças mentais.

Referências:

- Ellis BJ, Sheridan MA, Jay Belsky J, McLaughlin KA. Why and how does early adversity influence development? Toward an integrated model of dimensions of environmental experience. *Development and Psychopathology* 2022; 34: 447-471.
- Kadir A, Shenoda S, Goldhagen J. Effects of armed conflict on child health and development: a systematic review. *PLoS One* 2019; 14: e0210071.
- Kampalath V, Tarakji A, Hamze M, Loutfi R, Cohn K, Abbara A. The impacts of the Syrian conflict on child and adolescent health: a scoping review. *J Public Health* 2023; 45: 621-30.
- Kolb B & Gibb R. Searching for principles of brain plasticity and behavior. *Cortex; a Journal Devoted to the Study of the Nervous System and Behavior* 2014; 58(2), 251-260.
- Kribakaran S, Danese A, Bromis K, Kempton MJ, Gee DG. Meta-analysis of Structural Magnetic Resonance Imaging Studies in Pediatric Posttraumatic Stress Disorder and Comparison With Related Conditions. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging* 2020; 5:23-34.
- Martínez- González KG, Morou-Bermúdez E, Buxó C.J. Perinatal Mental Health Outcomes Following Natural Disasters- Viewpoint. *JAMA Psychiatry* 2023, Nov 1 : E1-E2.
- Nações Unidas - ONU News - <https://www.news.un.org>. Pesquisado em 10/11/2023.
- Smith KE & Pollak SD. Rethinking concepts and categories for understanding the neurodevelopmental effects of childhood adversity. *Perspectives on Psychological Science* 2021; 16(1), 67-93.
- UNHCR - ACNUR - Agencia da ONU para Refugiados. <https://www.acnur.org>. Pesquisado em 10/11/2023.
- Vannucci A, Fields A, Hansen E, Katz A, Kerwin J, Tachida A. Interpersonal early adversity demonstrates dissimilarity from early socioeconomic disadvantage in the course of human brain development: A meta-analysis. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews* 2023; 150: 105210.
- Weishut DJN, Soffer-Elnekave R. Israelis in support of mental health. *The Lancet* 2023, 402: 1622.

Novos acadêmicos

Pediatra Virgínia Resende Silva Weffort é a nova acadêmica da ABP

No dia 13 de outubro, a Academia Brasileira de Pediatria (ABP) recebeu uma nova integrante em seu quadro de titulares. A Dra. Virgínia Resende Silva Weffort, de Minas Gerais, tomou posse, ocupando a cadeira número 7, que tem como patrono o Prof. Dr. Raul Moreira da Silva (RS). A cadeira foi ocupada até recentemente pelo Prof. Dr. Pedro Celiny Ramos Garcia (RS).

A solenidade de posse ocorreu na Assembleia Extraordinária, no dia 13 de outubro de 2023, na cidade de Florianópolis (SC), no Centro de Convenções CentroSul, Salão Jurerê, durante o 23º Fórum da ABP – Prof. Dr. Nelson Grisard.

Em entrevista para o Boletim da ABP, Dra. Virgínia falou sobre sua trajetória profissional e a expectativa como nova acadêmica.

Como a senhora avalia sua trajetória profissional, considerando as oportunidades que teve para contribuir com a saúde de crianças e adolescentes, e de que maneira percebe seu papel no fortalecimento da especialidade?

Minha trajetória profissional foi como planejei. Sempre quis ser médica pediatra e professora. Após minha graduação na Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM), fiz residência em pediatria, também na FMTM e pós-graduação na USP- Ribeirão Preto. Durante o mestrado fiz concurso para docente na minha faculdade. Fui contratada como professora auxiliar. Terminando a pós-graduação (mestrado e doutorado), passei para professora adjunta.

Enquanto docente, orientava alunos de graduação e residência em Pediatria. Fui convidada a ser coordenadora da graduação na FMTM e tive oportunidade de unir as disciplinas afins para melhorar o curso de graduação em Medicina.

Em seguida, a FMTM passou a ser Universidade Federal do Triângulo Mineiro - UFTM e fui convidada a ser pró-reitora de extensão. Neste período, entrei para o programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde na UFTM. Tinha alunos de iniciação científica, mestrado e projetos de extensão. Unia os projetos de pesquisa e de extensão e, com isto, tivemos oportunidade de dar um retorno para os participantes da pesquisa com os projetos de extensão relacionados aos temas da pesquisa. Os temas que mais trabalhamos foram: anemia ferropriva, deficiência de vitaminas, obesidade, sobrepeso e avaliação nutricional. Quando me desliguei da Pró-Reitoria de Extensão, fui coordenadora da disciplina de Pediatria, que era unida à disciplina de Ginecologia e Obstetrícia, e conseguimos desmembrar as duas disciplinas em



dois Departamentos. Assim, continuei como coordenadora do Departamento de Pediatria e supervisora da Residência em Pediatria.

Durante minha trajetória desenvolvi projetos comunitários, atividades com a Prefeitura Municipal de Uberaba, fui coordenadora do comitê de amamentação do município, ampliamos a parceria entre Prefeitura/Universidade, inserindo Pediatras em mais Unidades Básicas de Saúde (UBS). Alunos e residentes também foram para as UBS para melhorar o aprendizado em atenção primária.

Sempre destacando a importância do ensino de qualidade, conseguimos que nossos alunos fossem bem colocados, nas várias universidades que prestaram prova, para continuar suas qualificações.

Como membro da SBP, fui participante do Departamento Científico de Nutrologia (DCN) em algumas gestões, seguindo como secretária e presidente do departamento por três vezes. Fui membro da Diretoria da SBP como 3ª secretária, por duas gestões, como assessora da presidência e coordenadora da

graduação. Durante os períodos em que fui presidente do DCN escrevemos vários manuais e guias de orientações, coordenei alguns simpósios, congressos, Curso de Aprimoramento em Nutrologia Pediátrica (CANP) e EAD em Nutrologia, assim como a prova de título em Nutrologia.

Assim, considero que minha trajetória foi dentro do que planejei e consegui ampliar a importância do pediatra e do atendimento em Pediatria.

Qual é o sentimento de ser eleita para a Academia Brasileira de Pediatria?

Fiquei muito feliz em entrar para ABP. Resolvi me candidatar para uma vaga quando participei de alguns Fóruns promovido pela Academia. Considerei a participação de pediatras e público leigo nos fóruns como um elo importante para divulgar temas que precisam de atualizações e esclarecimentos com respaldo científico.

Para a senhora, qual é o papel da ABP?

A ABP tem como objetivo assessorar o conselho superior e a diretoria da SBP, identificar temas relevantes para a sociedade que precisam de discussões e esclarecimentos.

Quais são seus planos enquanto acadêmica da ABP?

Enquanto acadêmica, pretendo continuar com o trabalho de fortalecer a Pediatria, os pediatras e escrever a história da Nutrologia Pediátrica.

“Minha trajetória profissional foi como planejei. Sempre quis ser médica pediatra e professora.”

NOVA DIRETORIA

A Academia Brasileira de Pediatria tem sua nova Diretoria para o biênio 2023/2025. A 13ª Diretoria tem, entre seus ocupantes:

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)

A eleição aconteceu durante o Fórum da ABP, no dia 13 de outubro, realizado no 26º Congresso Brasileiro de Perinatologia, em Florianópolis (SC). Empossada no mesmo dia, a nova presidente, a Dra. Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi, é também presidente do Conselho Diretor do Centro de Desenvolvimento Infantil da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP).



A Academia Brasileira de Pediatria
deseja um 2024 marcado por
momentos de felicidade,
aprendizado e superação.

Que as oportunidades se apresentem
de maneira abundante, e que cada
desafio seja encarado como uma
chance de crescimento.

*Um próspero e feliz
ano novo a todos os
colegas 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)

Mario Santoro Júnior (SP)

Luis 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: Mario Santoro Júnior (SP)

Sheila Knupp Feitosa de Oliveira (RJ)

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

Navantino Alves Filho (MG)

Jayme Murahovski (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)

Dióclécio 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)

Mario 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)

Luis 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

Dr. Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

3ª Diretora Financeira