

Boletim informativo da Academia Brasileira de Pediatria



NESTA EDIÇÃO

Editorial

Estaríamos retornando ao tempo dos “médicos práticos”?

Histórias da Pediatria

Hospital Infantil Albert Sabin: mais de 70 anos de cuidados pediátricos no Ceará

Ética e Bioética

A pandemia e suas repercussões éticas e bioéticas nas relações intrafamiliares

Comissão Científica

O que esperar da vacina da dengue em pediatria?

Editoria Homenagens e Destaques

USP promove campanha “Vamos ajudar as vítimas das enchentes no RS”

Editoria Cultura e Arte

Instituto de Fortaleza promove atividades focadas em arte e esporte para o desenvolvimento da Primeira Infância

Entrevista com o Acadêmico

Mario Santoro Jr.: uma vida dedicada ao bem-estar de crianças e adolescentes



Palavra da Presidente

A epidemia de problemas de saúde mental entre crianças e jovens

A infância e a adolescência são fases críticas da vida para a saúde mental. Crianças e adolescentes adquirem competências cognitivas e socioemocionais que moldam a sua futura saúde psíquica e são importantes para assumirem papéis de adultos na sociedade. A saúde mental afeta o modo como as pessoas pensam, sentem e agem, incluindo o bem-estar mental, emocional e comportamental. Também desempenha um papel na forma como as crianças lidam com o estresse, se relacionam com os outros e fazem escolhas saudáveis. A qualidade do ambiente onde as crianças e os adolescentes crescem é fundamental para o seu bem-estar e desenvolvimento.

Hoje, há um conceito dominante que o mundo vive uma crise de saúde mental na infância. Vários fatores são apontados, incluindo o impacto da pandemia da COVID-19. Estudos demonstraram que a pandemia afetou significativamente a saúde mental de crianças e adolescentes em todo o mundo, exacerbando problemas existentes com o isolamento social, dificuldades acadêmicas, perda de cuidadores, dificuldades econômicas e exposição a traumas. Além disso, durante a pandemia, a saúde mental das mães foi particularmente afetada. Uma extensa investigação na China destacou os desafios enfrentados pelas novas mães com bebês entre 0 e 1 ano de idade, enfatizando a ansiedade, o estresse e as preocupações sobre o futuro. Em nosso meio, estudos demonstram um aumento significativo nos casos de depressão puerperal. Pesquisa realizada em São Paulo, sobre vínculo mães-bebês durante o período da pandemia, demonstrou fragilidade neste importante componente na relação mãe-bebê, que é base para o apego seguro. O sofrimento psíquico destas jovens mães pode ter repercussões no desenvolvimento futuro de seus filhos.

A pandemia da COVID-19 introduziu um conjunto de desafios para a sociedade levando a uma crise de saúde mental, mas, revendo a literatura, reconhecemos que as crianças e adolescentes vêm sofrendo há mais tempo. Nos 10 anos que antecederam a pandemia, sentimento de tristeza persistente e desesperança – bem como pensamentos e comportamentos suicidas – aumentaram em cerca de 40% entre os jovens, de acordo com o Centro de Controle de Doenças (CDC) nos Estados Unidos. Vários estudos em outros países indicam a mesma tendência.

Por mais dificuldades que a COVID-19 tenha causado, reconhece-se que não é o único fator que contribui para a crise atual. Para alguns autores, o uso das redes sociais tem um papel relevante nessa situação. Se por um lado as redes sociais proporcionam oportunidades de conexão e convivência entre jovens que podem estar isolados de seus pares, as mensa-



Dra. Sandra Grisi

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

gens negativas – incluindo *bullying on-line* e abordagens irrealistas sobre padrões em torno da aparência física – parecem ter um efeito muito prejudicial na autoestima de um indivíduo em formação. A par disso, devemos considerar o comportamento social atual que dá uma importância extraordinária à aprovação por parte das mídias sociais.

“Há claramente algum aspecto da vida *on-line* dos jovens que está contribuindo para a crise da saúde mental, mas, simplesmente não sabemos exatamente como se dá o processo”, reflete a psicóloga social Kathleen Ethier, PhD, diretora do CDC. Sem dúvida, um dos fatores que tem contribuído para os impactos negativos das redes sociais é a atual “cultura do cancelamento”, uma prática de exclusão, pela qual um grupo de pessoas promove o constrangimento, isolamento ou o boicote virtual daqueles que julgam estar “fora dos padrões” por elas considerados. As proporções que esse tipo de prática atinge são imensuráveis, podendo levar a prejuízos emocionais graves e irreparáveis nas crianças e adolescentes.

Em resumo, a atual crise de saúde mental na infância é multifacetada, influenciada por uma combinação de fatores sociais, econômicos e ambientais. A abordagem destas questões requer uma ação abrangente que envolva o apoio às famílias, a melhoria dos serviços de saúde mental e a criação de um ambiente estimulante para o desenvolvimento das crianças e dos adolescentes.

Os problemas de saúde mental mais comuns entre crianças e jovens incluem:

1. Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): Caracterizado por dificuldades de atenção, hiperatividade e impulsividade.
2. Ansiedade: Inclui vários tipos de transtornos de ansiedade, como ansiedade generalizada, fobias, ataques de pânico e transtorno de estresse pós-traumático.
3. Transtornos de Comportamento: Abrange condições como transtorno desafiador de oposição e transtorno de conduta, que envolvem comportamentos problemáticos e desafio à autoridade.
4. Depressão: pode se manifestar como sentimentos persistentes de tristeza, desesperança e falta de interesse nas atividades.
5. Trauma e Estresse: A exposição a eventos traumáticos, como violência doméstica, *bullying* ou a perda de um ente querido, pode levar a problemas de saúde mental em crianças.
6. Transtornos alimentares: inclui condições como anorexia nervosa, bulimia nervosa e transtorno da compulsão alimentar periódica, que podem ter graves consequências físicas e emocionais.
7. Automutilação: comportamento em que as crianças se prejudicam intencionalmente, muitas vezes como mecanismo de enfrentamento de dor ou sofrimento emocional.
8. Transtornos por Uso de Substâncias: Envolve o uso indevido de substâncias, como drogas ou álcool, que podem impactar negativamente a saúde mental e o bem-estar geral.
9. Pensamentos e Comportamentos Suicidas: Uma preocupação séria, pois crianças e adolescentes podem ter ideação suicida, fazer planos ou tentar o suicídio.

Para combater esta epidemia, é fundamental que as escolas, famílias e comunidades trabalhem juntas para criar ambientes de apoio, aumentar o acesso a serviços de saúde mental e promover uma maior conscientização sobre a importância da saúde mental desde a infância. É essencial que todos os envolvidos no processo educativo e de crescimento das crianças estejam atentos e prontos para apoiar de maneira efetiva.

As soluções propostas para melhorar a saúde mental infantil incluem uma abordagem abrangente que envolve tanto ações preventivas quanto de promoção da saúde mental. **Algumas das recomendações são:**

1. Promoção de Diálogo e Escuta Ativa: Estabelecer relações afetivas no círculo familiar, criar um ambiente aberto ao diálogo e praticar a escuta ativa são fundamentais para o bem-estar emocional das crianças e adolescentes.
2. Prática de Atividades Prazerosas e Estabelecimento de Rotina: Incentivar atividades prazerosas como leitura e cinema, além de estabelecer uma rotina para diversas atividades, contribui para a qualidade de vida dos jovens.
3. Alimentação Saudável, Sono Adequado e Exercícios Físicos: Uma boa alimentação, aliada a uma boa noite de sono e à prática regular de exercícios físicos, são aspectos fundamentais para a saúde mental infantil.
4. Acompanhamento Médico Regular e Educação Emocional: Além do acompanhamento médico, é essencial que crianças e adolescentes aprendam a nutrir suas emoções e desenvolver habilidades emocionais.
5. Psicoterapia e Análise: Orientar os pais sobre a importância da psicoterapia e análise para crianças e adolescentes, destacando os benefícios que essas práticas podem trazer para o desenvolvimento emocional da família como um todo.
6. Ampliação do Programa Saúde na Escola (PSE): Recomenda-se ampliar a cobertura do Programa Saúde na Escola, incluindo ações de prevenção e promoção da saúde mental, realizar estudos de avaliação e monitoramento, e fomentar pesquisas sobre saúde mental.

Essas medidas visam não apenas prevenir problemas de saúde mental, como também promover um ambiente saudável e acolhedor para o desenvolvimento emocional e psicológico de crianças e adolescentes.

1. Abrams Z. Kids' mental health is in crisis. Here's what psychologists are doing to help. American Psychological Association. 2023;54(1):63. Available from: <https://www.apa.org/monitor/2023/01/trends-improving-youth-mental-health>
2. Center for Diseases Control and Prevention (CDC). Data and Statistics on Children's Mental Health. Available from: <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/data.html>
3. Diniz BP, Grisi SJFE, de Souza DM, Ferrer APS. Mother-infant bonding and postpartum depression during the COVID-19 pandemic - a risk for nurturing care and child development. Rev Paul Pediatr. 2023 Jul 10;42:e2022151. doi: 10.1590/1984-0462/2024/42/2022151.
4. Odgers CL. The great rewiring: is social media really behind an epidemic of teenage mental illness? Nature. 2024;628:29-30.
5. Raising Children Network. Available from: <https://raisingchildren.net.au/school-age/health-daily-care/school-age-mental-health-concerns/mental-health-problems-in-children-3-8-years-signs-and-support>
6. Zou D, Chen C. The impact of the COVID-19 pandemic on the mental health of new mothers in China: A qualitative study of mothers with infants aged 0-1 year old. Front Public Health. 2023 Mar 27;11:1138349. doi: 10.3389/fpubh.2023.1138349.

Editorial

Estaríamos retornando ao tempo dos “médicos práticos”?

Até o final do século XIX, a constituição de vários estados do Brasil permitia que cidadãos sem formação acadêmica regular atuassem como médicos, cuidando da saúde da população, denominado por alguns como os “médicos práticos”. De outro lado, os poucos médicos formados de forma regular no exterior ou nas primeiras faculdades de Medicina do Brasil (“homens da ciência”) rebelavam-se e denunciavam publicamente esta situação desconfortável e descompromissada com os melhores interesses da sociedade. Felizmente, no início do século XX, prevalece o bom senso e passa a ser essencial a graduação em medicina para exercer a profissão em nosso país.

Já nesta época, alguns países nórdicos identificavam que a graduação em Medicina não era garantia de habilitação suficiente para o atendimento requerido nas diversas áreas da medicina. A partir daí, e motivados pelo acelerado desenvolvimento do conhecimento da Medicina, alguns serviços de referência desenvolvem um processo sistematizado de treinamento de médicos já graduados, combinando ensino teórico com aprendizado prático no ambiente hospitalar. Era o nascedouro da residência médica, conceito que rapidamente difundiu-se ao redor do mundo, tornando-se o modelo de habilitação de novos médicos em suas especialidades até os dias atuais.

No Brasil, os programas pioneiros de residência em Pediatria surgem nos anos de 1950 nas principais capitais do sul e sudeste e rapidamente se multiplicam, instalando-se nas diversas regiões de nosso país. Estes programas, além de responsáveis pela habilitação em pediatria de um enorme contingente de pediatras, se constituíram em áreas de pesquisa, geração de conhecimento com edição de livros, publicações científicas, embriões de programas de pós-graduação e inovação tecnológica. No início do século XXI, a Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), a Associação Médica Brasileira (AMB) e o Conselho Federal de Medicina (CFM) definiram 48 especialidades médicas (hoje, 55) e outras 48 áreas de atuação (hoje, 61). Além de estabelecer os limites de competências de cada especialidade ou área, definiram também os respectivos pré-requisitos para obter tal titulação, assim como o conteúdo e tempo de formação em cada programa de residência médica. Em consonância com estas mudanças, a Sociedade Brasileira de Pediatria identificava que nosso programa de residência, após mais de seis décadas em prática, necessitava de ajustes. O conhecimento nas



Prof. Dr. Jefferson P. Piva

Diretor de Comunicação da Academia Brasileira de Pediatria

Membro titular da cadeira número 30 da ABP

diversas áreas pediátricas e incorporação de novas técnicas exigia uma nova matriz educacional com ampliação no tempo de formação (agora três anos) e com maior exposição em determinadas áreas (Neonatologia, Emergência, UTI pediátrica, entre outras).

Paralelamente, foi sendo gestado e implementado em nosso país um movimento em direção exatamente oposto à qualificação e oferta de médicos adequadamente habilitados. Por interesses de cunho econômico, demagógico e eleitoreiro, foi propagado à população que multiplicando o número de escolas médicas teríamos um sistema de saúde mais efetivo e inclusivo. Os autores desta narrativa omitiram que a imensa maioria destas novas faculdades não dispunha de hospitais escola para atividades de ensino e tampouco um corpo docente minimamente qualificado na missão educacional. Somos hoje o segundo país em número de faculdades de Medicina (390), sendo superados apenas pela Índia com seus 1,3 bilhões de habitantes. Duplicamos o número de escolas médicas em menos de dez anos e quadruplicamos o número de médicos que tínhamos em 1990! Nesse cenário, ninguém mais lembra da premissa para o aumento de escolas médicas: tornar o sistema de saúde mais efetivo e inclusivo! Porém, os objetivos econômicos, demagógicos e eleitores foram plenamente contemplados!

Este movimento tem várias consequências. Na perspectiva do aluno (consumidor), poderia ser tipificado como estelionato, pois ilude jovens inexperientes e suas famílias com a oferta de um produto de alta qualidade (!?), sem a mínima condição para cumprir tal promessa. E, por incrível que possa parecer, mesmo assim, o “negócio” segue em funcionamento com o beneplácito das instâncias governamentais que deveriam fiscalizar e punir as más instituições. Por outro lado, nos egressos destas escolas sem qualificação, os sentimentos de frustração e despreparo profissional é uma constante. São profissionais com menor conhecimento, experiência e habilidades essenciais para praticar uma Medicina básica com alguma segurança e eficácia. Consequentemente, a imensa maioria não obterá vagas em programas de residência, sendo condenados a uma atuação profissional de baixa qualidade, pouco resolutiva e insatisfatória. Na perspectiva assistencial, está suficientemente documentado que médicos mal formados e sem a devida qualificação são menos resolutivos, mais onerosos ao sistema por utilizarem mais (e de forma inadequada) exames complementares, assim como apresentam maiores índices de eventos adversos com suas desastrosas consequências. Exatamente o oposto das premissas propagadas para abertura de tais faculdades. Mas, agora, ninguém mais lembra disso.

Em paralelo a este desvio ocasionado pela proliferação de médicos mal preparados em escala industrial, o governo brasileiro publicou um decreto aparentemente despretensioso (11.999/2024) mas com consequências muito perigosas! O referido decreto propunha uma nova composição na CNRM incluindo representantes de diversas instâncias governamentais. Inquestionavelmente, este ato teria implicações na organização, implementação e no futuro da residência médica do Brasil. Neste ato, de forma inédita, a CNRM deixaria de ser uma instância iminentemente técnica e independente, transformando-se em órgão de governo e atrelada aos seus interesses. Após intensa discussão com as entidades médicas, felizmente, um novo decreto foi publicado (12.062/2024) corrigindo tais distorções, ampliando agora a composição da CNRM com um contingente maior de representantes de entidades médicas.

Considerando que a competência técnica na composição da CNRM tenha sido preservada neste novo ato, pode-se prever que os critérios de qualidade do programa de residência médica continuem sendo prioritários no momento de seu credenciamento. Assim, nesta perspectiva, não há como vislumbrar em curto e médio prazo que a enorme quantidade de médicos egressos das quase 400 faculdades de medicina do país tenha à sua disposição vagas suficientes em programas qualificados de residência médica. Neste cenário, é possível que venhamos reviver o que ocorria há 150 anos no Brasil, com o retorno dos “médicos práticos”, agora com uma nova roupagem. Nesta cate-

goria estariam incluídos aqueles profissionais oriundos de faculdades insuficientes e sem treinamento formal em programas de residência médica.

Contrariamente ao que ocorria no final do século XIX, estes “médicos práticos” estão legalmente protegidos pelo sistema vigente, pois foram diplomados em instituições criadas, reconhecidas e protegidas pelos governos recentes. E, não raras vezes, serão os primeiros médicos disponíveis para atendimento da população mais necessitada. Infelizmente, deve-se concluir que nos primórdios do século XX era muito mais fácil identificar e escolher o profissional mais preparado. Alertar para esta situação injustificável e que coloca em risco a saúde de nossa população é nosso dever, como fizeram nossos colegas (“homens da ciência”) no princípio do século passado. Espero que tenhamos a mesma sorte de sermos ouvidos pelas autoridades responsáveis para interromper este descalabro.

“Considerando que a competência técnica na composição da CNRM tenha sido preservada neste novo ato, pode-se prever que os critérios de qualidade do programa de residência médica continuem sendo prioritários no momento de seu credenciamento.”

Histórias da Pediatria

Hospital Infantil Albert Sabin: mais de 70 anos de cuidados pediátricos no Ceará

Inaugurado em 1952, o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), em Fortaleza, capital do Ceará, foi o primeiro hospital pediátrico da cidade, ainda sob o nome Hospital Infantil de Fortaleza (HIF). É a referência das regiões Norte e Nordeste no atendimento pediátrico de doenças de alta complexidade.

Ao longo do tempo, o HIAS foi ganhando melhorias. Mas o ano de 1997 foi marcado por transformações. A estrutura do hospital mudou-se para o bairro Vila União, onde se encontra até hoje, e recebeu a visita do próprio Albert Sabin. Porém, só tinha capacidade para receber até 20 crianças. Mas, durante a década seguinte, a unidade da Secretaria da Saúde do Ceará trabalhou para a implantação de diversas especialidades, como cirurgia de urgências e eletivas, tisiologia, cardiologia, onco-hematologia, ortopedia, nefrologia, pneumologia, gastroenterologia, nutrição, oftalmologia e otorrinolaringologia. Atualmente, oferece também atendimento ambulatorial, cuidados paliativos e terapia intensiva

AMPLIAÇÃO DO ATENDIMENTO

Pensando em aumentar o leque de atendimento em todas as frentes, em 2005, o HIAS criou o Programa de Assistência Ventilatório Domiciliar (PAVD), que oferece atendimento residencial a pacientes infantojuvenis com doenças neuromusculares agressivas e que necessitam de ventilação mecânica. Desde a implementação do PAVD, o Hospital conseguiu otimizar leitos de UTI, reduzir custos e proporcionar o retorno de crianças às suas casas.

Um bloco, quatro pavimentos e 100 leitos. Essa é a capacidade da unidade Dra. Vânia Abreu, inaugurada ainda em 2009. No ano seguinte, em 2010, foi inaugurado o Centro Pediátrico do Câncer (CPC), ou Hospital Peter Pan, como é mais conhecido. Esta instituição, em parceria com o HIAS, acolhe pacientes infantojuvenis em tratamento contra o câncer e seus familiares em projetos sociais, que vão desde a distribuição de cestas básicas e doação de cadeiras de rodas até a adaptação de residências.

CENTRO DE REFERÊNCIA PARA IMUNOBOLÓGICOS ESPECIAIS (CRIE)

Os Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE) foram criados pelo Ministério da Saúde, em 2000, com o objetivo de atender a população que não pode usufruir dos imunobiológicos disponíveis na rede pública ou necessita de outros imunobiológicos especiais, como pacientes transplantados. O HIAS foi o primeiro hospital do Ceará a receber um CRIE. Somente em 2023, o órgão e o Hospital Geral de Fortaleza (HGF) atenderam quase 15 mil pessoas.

PROGRAMA DE RESIDÊNCIA

Criado em 1977, o Programa de Residência do HIAS é uma referência para o estado Ceará. Desde o seu início, já formou mais de 600 especialistas em suas dependências, que tiveram a oportunidade de acompanhar patologias raras, doenças crônicas, usufruindo de toda a estrutura do Hospital e da expertise do seu corpo clínico, tornando-se especialistas mais completos e com uma visão social mais abrangente.

Um dos pontos altos do Programa de Residência é a possibilidade do trabalho multidisciplinar, pois há uma interação constante com outras especialidades, como Fonoaudiologia, Fisioterapia, Serviço Social e Psicologia.



Fotos: Secretaria da Saúde do Ceará

Ética e Bioética

A pandemia e suas repercussões éticas e bioéticas nas relações intrafamiliares

Vivemos recentemente a pandemia causada pelas infecções virais do Covid 19 e suas variantes. Durante cerca de dois anos, situações dramáticas se sucederam com número elevado de perdas humanas, hospitalizações prolongadas, sobreviventes com sequelas e repercussões traumáticas no dia a dia das atividades e relações interpessoais.

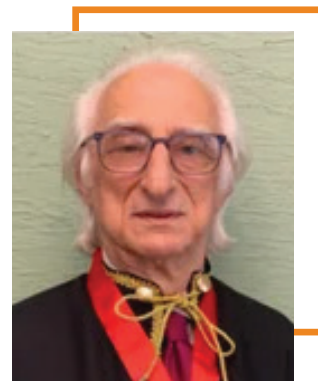
Medidas protetoras para evitar o alto contágio da doença afastaram os indivíduos das suas habituais rotinas de convivência e trabalho criando isolamentos rigorosos em suas residências. A circulação em outros ambientes passou a se fazer em situações de necessidades especiais. Os programas de lazer como passeios, cinemas e comemorações familiares foram evitadas. Embora preventivas, estas medidas nem sempre foram seguidas favorecendo a disseminação viral e obrigando a continuidade daquelas restrições.

No âmbito familiar mais especificamente, as relações de convivência foram alteradas. Para os pais que trabalhavam optou-se pela permanência em seus domicílios passando a desenvolver tarefas no ambiente doméstico no formato de *home office*. Ao mesmo tempo, crianças e adolescentes tiveram suas atividades escolares interrompidas, juntando-se de modo permanente aos pais em casa numa relação diferente da que antes existia. Se por um lado esta condição acenava com boas perspectivas, pois teriam proximidade maior entre os familiares, por outro, as crianças deixavam de estar com seus amigos e colegas de escola que lhes ofereciam um contínuo processo educacional e de socialização.

Do ponto de vista sanitário e de aprendizado escolar, estas condutas apresentavam-se corretas, eticamente ajustadas, como boas opções, pois atendiam o preceito maior de preservar a continuidade de vida das pessoas.

Ocorre que estávamos diante de uma pandemia, trágica e de prolongada condição. As soluções inicialmente propostas foram apontando novas necessidades, e dificuldades seguiram acontecendo.

Os pais passaram a ter convívio diuturno com seus filhos, tendo que lidar com as rotinas domésticas, dispor de tempo para cuidar dos filhos, acolhê-los, entretê-los, organizá-los para uma



Saul Cypel

Médico pediatra
Membro do Comitê de Especialistas
e de Mobilização Social do Ministério
da Saúde para o Desenvolvimento
Integral da Primeira Infância

Titular da cadeira número 13 da
Academia Brasileira de Pediatria

convivência harmoniosa às quais não estavam habituados. Ficaram nesta condição sem que houvesse previamente, e durante os longos meses, informações e orientações de como administrar as novas rotinas da composição familiar.

Com as crianças em casa, em idades diversas, os interesses variavam e a criatividade para mantê-los interessados exigia dos pais uma boa dose de atenção e cuidados. E cada família procurou melhores e possíveis alternativas para oferecer opções que atendessem às solicitações de um ambiente promotor do desenvolvimento. Novamente observou-se a não existência consistente de uma orientação pública ativa, não utilizando inclusive auxílio de entidades e dos meios de comunicação, com o objetivo de esclarecer às famílias sobre as dificuldades para esta convivência prolongada e os possíveis desgastes que poderiam ocorrer nas relações interpessoais no ambiente familiar.

Como as crianças deixaram de frequentar a escola, houve de imediato uma preocupação em levar as atividades didáticas ao ambiente familiar. E a proposta que surgiu foi a de promovê-las por meio do computador (*on-line*), que parecia ser a solução para esta deficiência. Entretanto, nem todas as famílias possuíam estas facilidades tecnológicas e, mesmo as crianças, nem sempre demonstravam interesse por aulas deste tipo, tendo baixo das mesmas.

Sem a possibilidade de gerar estas novas atrações, a atenção desviou-se para outras telas: televisão, *IPads* e celulares. Inicialmente sedutoras, foram ocupando o espaço e tempo das crianças com jogos, desenhos animados, filmes e séries se alternando. E o contato mais humanizado no ambiente doméstico, de modo geral, foi reduzindo-se a atitudes mecanizadas nas relações e rotinas diárias. As regras de convivência foram se desfazendo e os comportamentos se alterando, sem os limites necessários. E assim permaneceram no período pandêmico, pais e filhos ficando à deriva, sem aconselhamento mais abrangente, levando posteriormente a diversos transtornos do neurodesenvolvimento infantil, muitos destes prosseguindo até o presente. Sabe-se que o desenvolvimento humano acontece por meio dos vínculos que agrega e estes estavam limitados.

Teria sido oportuno, semelhante ao esforço feito para a vacinação anti-Covid, que medidas preventivas tivessem sido implementadas e as famílias tomado providências desde o início do isolamento, que lhes fossem oferecidos recursos e orientações sobre o cuidado com suas crianças.

Estas possíveis consequências negligenciais são de há muito conhecidas por pesquisas e publicações já divulgadas, e são agravadas pelo estresse concomitante, capazes de provocar alterações epigenéticas e levando a transtornos do neurodesenvolvimento. Foram pouco levadas em conta, valorizadas e consideradas pelos serviços públicos e entidades envolvidas com estas temáticas, lamentavelmente.

Estamos passando neste momento por nova tragédia com caráter catastrófico no Rio Grande do Sul, com cidades destruídas, perdas humanas e pessoas em sofrimento emocional acentuado. Mas fica a impressão de que a crise ocorrida na pandemia gerou e ensinou suas lições. Vemos agora, por exemplo, a participação mais solidária governamental, das universidades, instituições, ONGs, da comunidade em geral, inclusive empresarial, atendendo as “gentes”, de modo ampliado. Vemos a criação de atividades de atendimento emocional

para as famílias, de propostas lúdicas para as crianças ficando juntas e entretidas com seus parentes. Não seria o retorno humanitário ocupando o seu importante lugar?

E aí faz-se a pergunta: como ficam no futuro os conceitos bioéticos para as instituições cujo compromisso é cuidar? A quem se deverá a responsabilidade gerencial deste complexo atendimento? Precisaremos criar um sistema administrador de grandes tragédias? Deverá o mesmo estar comprometido com questões morais, com a responsabilidade científica e profissional de cuidados nos quais poderá haver ou não consenso, visando estar atento precipuamente com a condição humana? O modelo da tragédia sulina poderá ser um bom modelo inicial extraído deste mau momento de crise.

E que assim seja, tendo o cuidado por inteiro do ser humano em condições de desenlaces, usando os conhecimentos proporcionados pela ciência, pelos recursos materiais que possuímos e que estão em nossas próprias mãos. Estaremos, assim, oferecendo as melhores possibilidades para a preservação da saúde, das condições pessoais e sociais, no exercício de uma bioética bem-vinda e saudável.

“Estamos passando neste momento por nova tragédia com caráter catastrófico no Rio Grande do Sul, com cidades destruídas, perdas humanas e pessoas em sofrimento emocional acentuado.”

Comissão Científica

O que esperar da vacina da dengue em pediatria?

Dengue - principais fatos

A dengue é uma infecção viral causada pelo vírus da dengue (DENV), transmitido aos humanos através da picada de mosquitos, principalmente de fêmeas infectadas da espécie *Aedes aegypti*. Atualmente, cerca de metade da população mundial corre o risco de contrair dengue, com uma estimativa de 100 a 400 milhões de infecções ocorrendo a cada ano. A dengue é encontrada em climas tropicais e subtropicais em todo o mundo, principalmente em áreas urbanas e semiurbanas. Embora muitas infecções por DENV sejam assintomáticas ou produzam apenas doenças leves, o DENV pode ocasionalmente causar casos mais graves e morte. Não existe tratamento específico para dengue/dengue grave, e a detecção precoce e o acesso a cuidados médicos adequados reduzem significativamente as taxas de mortalidade da doença. Várias medidas de controle do vetor estão disponíveis, mas não têm sido suficientes para controlar a doença.

Qual a situação da dengue no Brasil?

Até a semana 22 de 2024, foram notificados mais de 5,6 milhões de casos prováveis de dengue (incidência de 2.757 casos/100.000 habitantes), mais de 65 mil casos de dengue grave/dengue com sinais de alarme e 3.325 óbitos confirmados. A doença acomete todas as idades, principalmente adultos jovens, com o maior coeficiente de incidência na faixa etária de 20 a 29 anos. A maior proporção de casos graves concentra-se na faixa etária acima dos 80 anos. Na faixa etária de crianças e adolescentes com até 15 anos, são mais de 850 mil casos notificados até a semana 22 de 2024, com percentuais de casos graves que podem chegar em até 15%, sendo registrados até o momento 102 óbitos em menores de 15 anos. Observa-se a circulação simultânea de três sorotipos (1, 2 e 3) no Brasil, com a imensa maioria de DENV-1 e 2.

Vacinas contra a dengue

Duas vacinas contra a dengue são licenciadas no Brasil, Dengvaxia e Qdenga. Ambas são atenuadas, portanto contraindicadas para gestantes, nutrizes e imunocomprometidos. A vacina Qdenga é considerada preferencial, tanto pela Sociedade Brasileira de Pediatria - SBP como pela Sociedade Brasileira

**Juarez Cunha**

Pediatra

Diretor da Sociedade Brasileira de

Imunizações - SBIm

Membro de Departamento Científico

de Imunizações da Sociedade

Brasileira de Pediatria - SBP

de Imunizações - SBIm, pelo esquema posológico mais conveniente (menor número de doses e término do esquema vacinal em menor tempo) e pela não necessidade de comprovação de infecção prévia pela dengue para sua administração. Por esses motivos e por ser a vacina incluída para vacinação de adolescentes de 10 a 14 anos pelo Programa Nacional de Imunizações - PNI em determinadas cidades do País, será a vacina comentada nesse artigo.

A vacina Qdenga é uma formulação tetravalente de vírus vivos atenuados, baseada no sorotipo 2 (DENV-2) geneticamente atenuado (*Tetravalent Dengue Vaccine - TDV-2*) com três vírus quiméricos, contendo os genes das proteínas pré-membrana e envelope do DENV-1, DENV-3 e DENV-4 dentro da estrutura genética do TDV-2. Sua imunogenicidade foi avaliada em 19 ensaios clínicos: 5 realizados em crianças, 12 em adultos e 2 em adultos e crianças.

Embora altos títulos de AC neutralizantes estejam correlacionados com a eficácia, uma relação quantitativa entre títulos de AC séricos e a proteção não foi estabelecida. A eficácia clínica de Qdenga foi avaliada no estudo DEN-301, o estudo pivotal de fase 3, duplo-cego, randomizado, controlado por placebo. A eficácia vacinal (EV) foi avaliada em crianças e adolescentes de 4 a 16 anos em 26 locais de 8 países com dengue endêmica na Ásia e América Latina. A média de idade da população do estudo, de acordo com o protocolo, foi de 9,6 anos (desvio padrão de 3,5 anos), com 12,7% dos participantes nas faixas etárias de 4-5 anos, 55,2% de 6-11 anos e 32,1% de 12-16 anos. Destes, 46,5% eram da Ásia e 53,5% da América Latina, 49,5% eram do sexo feminino e 50,5% do sexo masculino. O ensaio incluiu 20.071 crianças que foram alocadas aleatoriamente para receber a vacina ou placebo numa proporção de 2:1 num esquema de 2 doses administradas com 3 meses de intervalo. Principais resultados: EV contra doença (80,2%) após 12 meses da segunda dose; EV contra hospitalização (90,4%) após 18 meses pós-segunda dose; EV de 76,1% para a prevenção de dengue clinicamente comprovada entre soropositivos para dengue e de 66,2% para soronegativos; EV variou por sorotipo do vírus da dengue: (DENV-1 de 69,8%, DENV-2 de 95,1%, DENV-3 de 48,9% e DENV-4 de 51%); Sustentada proteção foi observada até 4,5 anos contra hospitalização (84,1%) e doença dengue (61,2%) independente de exposição prévia; A vacina demonstrou eficácia por sorotipo na análise exploratória até 4,5 anos tetravalente entre indivíduos soropositivos (DENV-1 de 56,1%, DENV-2 de 80,4%, DENV-3 de 52,3% e DENV-4 de 70,6%). Não houve demonstração de eficácia contra o DENV-3 entre indivíduos soronegativos e, em função do limitado número de casos de DENV-4 não houve possibilidade de avaliação da eficácia entre indivíduos soronegativos. No geral, durante os ensaios clínicos, a vacina foi bem tolerada. Os eventos adversos mais frequentes relacionados à vacina foram locais (prurido, hematomas e febre).

Recomendações da vacina Qdenga pela OMS e PNI

A Organização Mundial de Saúde - OMS sugere considerar a introdução em locais com alta carga de dengue e alta intensidade de transmissão: na faixa etária de 6 a 16 anos de idade; 1-2 anos antes do pico de incidência específico por idade de hospitalizações relacionadas à dengue; em 2 doses de 0,5 ml, aplicadas via SC, no intervalo de 0 e 3 meses.

No Brasil, a incorporação da vacina contra a dengue ao Sistema Único de Saúde - SUS foi oficializada em dezembro de 2023, licenciada dos 4 aos 60 anos. No início de 2024, o PNI definiu a inclusão da vacina por critérios epidemiológicos, disponibili-

de de vacina, faixa etária e melhor equilíbrio entre população vacinada e extensão territorial. Ficou estabelecida a idade dos 10 aos 14 anos, em 521 municípios. Por baixa adesão à campanha de vacinação, posteriormente foram contemplados mais municípios nesse quantitativo.

Até março de 2024, com mais de 340 mil doses aplicadas, identificou-se um sinal de segurança para reações de hipersensibilidade e anafilaxia: 16 casos de anafilaxia (4,4/100.000 doses administradas), sendo 3 casos de choque anafilático (0,8/100.000 doses administradas). Nenhum dos casos evoluiu ao óbito. Apesar de ser um evento raro, a ocorrência desses eventos se encontra acima do observado para outras vacinas, levando o PNI a estabelecer várias ações que compõem as boas práticas para vacinação segura. Foi mantida a recomendação de continuidade da vacinação, uma vez que, até aquele momento, os benefícios superavam os riscos.

“A dengue é uma infecção viral causada pelo vírus da dengue (DENV), transmitido aos humanos através da picada de mosquitos, principalmente de fêmeas infectadas da espécie *Aedes aegypti*.”

Recomendações da vacina Qdenga pela SBP e SBlm para crianças e adolescentes

A SBP e a SBlm recomendam a vacina para todas as crianças e adolescentes a partir de 4 anos de idade, independente da doença já ter ocorrido anteriormente ou não. Obs.: após uma infecção pelo vírus da dengue, recomenda-se um intervalo de 6 meses para iniciar a vacinação.

Mensagem final

Dengue é um problema de saúde pública mundial, com números crescentes. No Brasil, em 2024, foi observado um aumento importante de casos, casos graves e mortes por dengue, acometendo todas as faixas etárias. Uma maior gravidade de óbitos é observada entre os idosos. Em um cenário complexo com várias outras arboviroses concomitantes ocorrendo, é fundamental a sensibilização dos profissionais para o reconhecimento da dengue e capacitação para as adequadas condutas terapêuticas, pois salvam vidas. A vigilância em saúde é fundamental, avaliando em especial se um novo ciclo de DENV-3 está iniciando e se a vacina protegerá esse tipo de forma adequada.

Uma série de medidas de controle do vetor estão disponíveis, mas não têm sido suficientes para controlar a doença. Temos disponíveis vacinas contra a dengue seguras, eficazes, recomendadas pela OMS, PNI e pelas sociedades científicas. Porém, ao mesmo tempo, crescem os desafios:

reverter a baixa adesão vacinal; ter mais resultados de efetividade e segurança na vida real; e ter maior disponibilidade da vacina, assim como adequada informação e comunicação, para ampliar para outras faixas etárias.

“No Brasil, em 2024, foi observado um aumento importante de casos, casos graves e mortes por dengue, acometendo todas as faixas etárias. Uma maior gravidade de óbitos é observada entre os idosos.”





24º FÓRUM DA ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Professor Eduardo Marcondes

Pediatras e Educadores Unidos pelo
Futuro das Crianças Brasileiras

Temos um encontro
marcado em **Fortaleza (CE),**
dia 29 de agosto de 2024!

Local: Escola de Saúde Pública de Fortaleza - ESPFOR
Avenida Almirante Barroso, 601 - Praia de Iracema

www.forumabp.com.br



Homenagens e Destaques

USP promove campanha “Vamos ajudar as vítimas das enchentes no RS”

As chuvas ocorridas no final de abril no Rio Grande do Sul deixaram um rastro de destruição e necessidades. Poucos foram aqueles não afetados diretamente ou indiretamente pela enchente resultante do temporal.

Diante desse cenário, entre os dias 5 e 8 de maio, a Universidade de São Paulo (USP) realizou a campanha “Vamos ajudar as vítimas das enchentes no RS” com o objetivo de arrecadar donativos e dinheiro para a população gaúcha.

Dentre os itens coletados, estavam 18 mil garrafas de água potável, mil garrafas de detergente, 15 mil litros de água sanitária e 1 tonelada de sabão em pó. Além disso, foram arrecadados meia tonelada de ração para cães e gatos, roupas, colchonetes, cobertores, traveseiros, fraldas descartáveis e absorventes, além de R\$ 870 mil.

Por meio de transações via Pix, foram recebidos cerca de R\$ 619 mil, que foram destinados à aquisição de itens de higiene e limpeza, colchões, água, cobertores e cestas básicas.

A campanha foi realizada em todos os campi da Universidade e contou com a parceria da Fundação de Apoio à Universidade de São Paulo (Fusp), da Universidade Estadual Paulista (Unesp), da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) e do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP (HCFMUSP). A Fusp, inclusive, doou R\$ 255 mil, utilizados para as viagens até o Rio Grande do Sul. Todo o material foi encaminhado para o Fundo Social de São Paulo, que levou os produtos arrecadados até o estado afetado.

Foto: USP



Editoria Cultura e Arte

Instituto de Fortaleza promove atividades focadas em arte e esporte para o desenvolvimento da Primeira Infância

O Instituto da Primeira Infância (IPREDE), localizado em Fortaleza, Ceará, trabalha com uma premissa: “acolher e cuidar do desenvolvimento da primeira infância com os conhecimentos da neurociência, oferecendo saúde de excelência, arte, cultura e educação para nossas crianças”. É preciso voltar no tempo para saber como começou essa jornada, como conta o pediatra Sullivan Mota, presidente do Instituto: “Quando foi fundado, em 1986, era Instituto de Prevenção da Desnutrição e da Excepcionalidade, e tínhamos aqui mais de um terço de nossas crianças desnutridas, e com formas graves de desnutrição. Então, por muito tempo, combatemos a desnutrição. Ao perceber que a desnutrição primária estava se reduzindo e que predominavam crianças de 0 a 6 anos, o nome mudou para Instituto da Primeira Infância e passamos a aplicar todos os conhecimentos de neurociência para o desenvolvimento das atividades com a criança”.

OS PILARES DO IPREDE

A atuação do IPREDE se baseia em quatro pilares. O primeiro é a base pedagógica. Nenhuma ação é colocada em prática no Instituto sem base pedagógica, ou seja, “nada de colocar para ver se é bom, para ver se dá certo”, afirma o Prof. Álvaro Jorge Madeiro Leite, coordenador do Ambulatório de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento (PDC). Todas as ações implantadas já foram comprovadas como benéficas e eficazes.

O segundo pilar é o científico. Há convênios com todas as universidades sediadas em Fortaleza, assim como de outros estados e países. No Instituto se desenvolvem vários trabalhos de pesquisa, com interesse especial em estudos vinculados à teoria do apego (intervenção relacional), adversidades precoces na infância e ao autismo.

O terceiro pilar é enxergar a criança como um ser humano completo e “não só como um paciente, um ser desnutrido”. “Esse pilar estético é exercido através da arte, da cultura, para que se faça a educação civilizatória”, completa o presidente do Instituto.

O IPREDE oferece atividades de artes plásticas (pintura, desenho, escultura), fotografia, música, cinema, teatro, dança, contação de histórias, com espaço ateliê e brinquedoteca. Oferece ainda exercícios físicos e esportes, com a presença de educadores físicos para diversas aulas, como judô, por exemplo.

Cada atividade tem seu propósito de oferecer à criança a possibilidade de trabalhar sua imaginação e, principalmente, formar cidadãos capazes e com desejo de almejar mais. “A fotografia impulsiona o sentido investigativo da criança, a observação do

ambiente, a visão da pessoa do outro através da imagem. A gastronomia, que antes era chamada de Arte Culinária, é uma alquimia que pega diversos elementos de forma notável e a criança começa a compreender que na vida ela não pode ser só isolado, ele tem que participar com o outro da vida. Então, a arte tem sido um elemento de transformação, de crescimento e de manifestação da sabedoria do espírito”, explica Álvaro.



Foto: IPREDE

O Instituto possui a Unidade Conecta, espaço que atende até 600 crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) diariamente. Muitas dessas crianças não vão pelo tratamento médico propriamente dito, mas para uma assistência ligada à dimensão artística. Elas praticam esporte, pintura e se desenvolvem em espaços com diversas atividades direcionadas, como Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia, Psicopedagogia, Musicoterapia, Integração Sensorial, Prática de Yoga, Jardim Sensorial, Games Interativos e Treinamento Social.

O quarto e último pilar é a sustentabilidade. Nada é desperdiçado! “Nós usamos talos, que são riquíssimos e que habitualmente vão para o lixo. Também usamos casca. Nós temos aqui pratos com casca de banana que a gente quer repetir de tão saboroso. É uma casa que tem nutrólogo, nutricionista e gastrônomo”, completa o coordenador.

APOIO ÀS MULHERES

Outra frente de trabalho do IPREDE é atuar junto às famílias, principalmente as mães: “A mulher que chega aqui é a mais sofrida da sociedade, com dificuldades de discernimento básicas, como noções de higiene. Ela não tem profissão, ela não é elogiada, ela não tem escolhas na vida. E, aqui, em dois anos e meio, ela já sai profissionalizada para inclusão produtiva e passa a ser a provedora da sua família” (cerca de 40% das mães são chefes de família). Hoje, o Instituto atende 4 mil crianças, sendo 1.400 em alta vulnerabilidade social.



Foto: IPREDE



Veja a entrevista
acessando pelo
QR Code.



Entrevista com o Acadêmico

Mario Santoro Jr.: uma vida dedicada ao bem-estar de crianças e adolescentes



A história do pediatra Mario Santoro Jr. se confunde com a da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Sua gestão na presidência da entidade, de 1994 a 1996, foi um período de grandes avanços para a especialidade e seus profissionais – descentralização da SBP, tornando-a mais nacionalizada, implementação dos Departamentos Científicos e do Programa Nacional de Atualização Pediátrica (PRONAP), além da criação da Academia Brasileira de Pediatria (ABP).

Ocupante da cadeira número 28 da ABP, o pediatra com atuação na área de Medicina da Adolescência, autor do livro *Dicas do Pediatra*, além de vários artigos científicos, relembra, em sua entrevista ao Boletim da ABP, sua decisão em cursar Medicina, como foi ser da primeira turma Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, das Faculdades de Ciências Médicas (FAC) e a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

ABP: Como foi sua escolha pela Medicina e, especificamente, pela Pediatria?

Mario Santoro Jr.: Meu pai era um economista, contador e professor de contabilidade e minha mãe ocupava-se do gerenciamento de nossa casa. Não havia médicos na família, apenas verdadeira admiração pela profissão médica, sobretudo por um médico, dr. Teodoro Lerner, que era clínico geral com larga clientela não só no nosso bairro, o Bom Retiro, mas em toda São Paulo, na época uma cidade bastante provinciana. A admiração por esse médico era de todos que o conheceram ou foram seus clientes, e sua história mereceria uma crônica especial. Dr. Lerner, além de amigo de nossa família, era compadre dos meus pais e residíamos muito próximos. Tinha um filho e uma filha, e posso dizer que crescemos juntos. Aos poucos, fui admirando a vida do dr. Lerner, sua forma de trabalhar e fui me apaixonando pelo modo de ele atuar como médico, e assim nasceu o desejo de vir a ser igual a ele. No Curso Científico, que era o Ensino Médio da época, cogitei em vir a ser engenheiro pois a matemática e a física me fascinavam. Mas a ideia de ser médico falou de forma mais potente. No quarto ano de Medicina, tive contato com a Pediatria e com o professor titular dela, Paulo de Barros França, que voltara dos Estados Unidos onde se capacitara. Novamente imensa admiração pela maneira como atuava e também pela descoberta de uma especialidade que não se limitava a um órgão ou a um único sistema orgânico, mas que era, em essência, toda Medicina agora voltada para um longo período da vida. Não tive dúvidas que era o que queria fazer. Esses dois médicos, Lerner e França, são os responsáveis pelas minhas escolhas profissionais. Aliás, ambos não tiveram o reconhecimento histórico como deveriam: um porque, muito antes de se falar em estratégia da família, fazia a verdadeira Saúde da Família e o outro por ter sido um dos maiores pediatras deste País.

ABP: O senhor foi da primeira turma da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, da FAC. Como foi essa experiência, pois foi uma novidade tanto para vocês, alunos, quanto para muito dos professores?

Mario Santoro Jr.: Realmente, fui e tenho muita honra de pertencer à Primeira Turma da FCMSC.

Quando fiz o meu primeiro vestibular no ano de 1962 havia poucas Escolas Médicas no Brasil. Em São Paulo apenas três: FMUSP, EPM, hoje UNIFESP, e PUC, em Sorocaba. Nesse ano fiquei o sétimo excedente na FMUSP. Voltei a fazer o Curso Brigadeiro e, no ano seguinte, entrei na Faculdade de Campinas, hoje Unicamp, e também em quinto lugar na FCMSC. Realmente, fomos pioneiros na recém-criada Escola. Lembrou-me bem da dificuldade em chegar cadáveres para estudos de Anatomia, bem como o constrangimento do prof. Aidar em ter que suspender as aulas de anatomia devido a este fato. Muitas foram as dificuldades iniciais, mas que graças à tenacidade de um grupo de professores, liderados pelo grande cirurgião prof. Emílio Athié, empenhados em construir uma das melhores escolas médicas do País, foram sendo superadas e o desiderato atingido com muita galhardia. Na verdade, muitos professores tinham experiência grande de ensino, pois a Santa Casa foi por muitos anos o Hospital Escola da FMUSP até sua mudança para Pinheiros e também foi

Hospital Escola da Escola Paulista de Medicina hoje UNIFESP. Uma das grandes características da Santa Casa era a importância que dava à propedêutica médica, sendo que muitos dos sinais clínicos amplamente utilizados para avaliação clínica tem nomes de grandes médicos que lá atuaram. Um dos grandes diferenciais dessa nova Escola era colocar os alunos já desde o primeiro ano em contato com os pacientes. Nessa fase, aprendíamos condutas adequadas para com eles, o respeito que mereciam e nossa gratidão por emprestarem seus corpos para praticarmos os procedimentos que nos ensinavam. Como alunos, fomos protagonistas de muitas iniciativas, como termos fundado o Centro Acadêmico Manuel de Abreu (CAMA), Atlética, o nosso bar, denominado a TOCA, a experiência da disciplina consciente onde deveríamos pagar o que consumíamos sem necessidade de alguém cobrar – claro a experiência foi frustrada... e tantas outras iniciativas que tivemos, como desde muito cedo organizarmos a viagem em grupo – dois ônibus – para visitarmos a Europa.

ABP: O senhor hoje tem críticas ao ECA, que foi uma luta de toda a sociedade e da própria SBP. O que o leva a essas críticas e quais são elas?

Mario Santoro Jr.: Peço licença para contextualizar a resposta. A década de 80 encontrou o nosso País em franco processo de redemocratização. Havia no País o grande debate sobre as ideias de uma nova Constituição, que veio a se efetivar mais para frente na Assembleia Constituinte e depois com a promulgação do que se denominou a CONSTITUIÇÃO CIDADÃ.

Também ocorria nessa época e em nível internacional a elaboração de um novo regramento dos direitos das Crianças e dos Adolescentes. O objetivo de um grupo constituído por 40 países – que incluía o Brasil – era transformar a Declaração de Direitos para Convenção Internacional dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes. Uma vez assinada, a Convenção obrigaria seus signatários a implementarem esses regramentos (para a Declaração, a adesão era voluntária). Essa nova convenção inovava, pois introduzia o conceito de Proteção Integral para as Crianças e para os Adolescentes. Não mais o termo menores, mas sim crianças e adolescentes. No Brasil, os assuntos legais referentes a essa fase de vida eram regidos pelo Código de Menores que se preocupava apenas os infratores, mas nada dizia a respeito de medidas protetivas e preventivas para que aqueles que estavam nessa faixa etária atingissem seu pleno potencial de desenvolvimento imbuído dessas novas ideias. Eu e o saudoso e ilustre prof. Antônio Marcio Lisboa fundamos o Comitê de Direitos da Criança e do Adolescente na SBP, que tratava de temas que vieram a ser conhecidos como a nova morbidez pediátrica – crianças de rua, maus tratos, violência, síndrome de Munchausen, suicídio e muitos outros que até então não eram objetos de discussão na SBP. E, por oportuno, era o grande tema dos Direitos da Criança e do Adolescente a ser tratado na nova Constituinte. Trabalhando com outros grupos da Sociedade, apresentamos à Constituinte um projeto de Emenda Constitucional com mais de 1000 assinaturas

para que esse tema fosse incluído na nova Constituição; o que ocorreu, pois tínhamos o número necessário de assinaturas. Votado e aprovado, veio a ser o artigo 227 da Constituição. Contudo, por não ser autoaplicável, ele necessitava de uma lei ordinária para sua aplicação. Essa lei era a 8069, de 13 de julho de 1980, conhecida como ECA. Por um acordo das lideranças partidárias, a lei foi revisada pelas entidades que apresentaram o projeto, cabendo à SBP revisar a parte da saúde. Diferentemente do que normalmente ocorre, quando as leis visam regradar comportamentos sociais existentes, o ECA previa que a sociedade sofreria uma transformação; na prática, isso não ocorreu, a não ser na superficialidade, mas não na essência. Pelo contrário, o crime é que se aproveita muitas vezes do ECA. Para nossa sociedade atual, várias partes do ECA é um desserviço. Não me refiro a todo ECA, mas apenas àquelas partes que dão impunidade e aumentam a violência na sociedade. Chego a ter peso na consciência por ter defendido com tanta ênfase o ECA naquela fase da minha vida. Não me orgulho disto.

ABP: Ao assumir a presidência da SBP em 1994, o senhor iniciou uma série de mudanças, como a descentralização da Sociedade e a criação dos Departamentos. Como foi promover essas mudanças?

Mario Santoro Jr.: Durante muitos anos a SBP estava – e continua até hoje – sediada no Rio de Janeiro e se confundia grandemente como uma sociedade carioca de Pediatria com pouca atuação das sociedades estaduais. Desde a gestão do saudoso prof. Pedro Celeny e do prof. Luis Eduardo, se iniciou a valorização do Conselho Superior da SBP, dando voz e voto às Sociedades Estaduais. Na minha gestão, dei um passo além iniciando a descentralização do Gabinete da Presidência que, a partir dali, iria para o Estado de onde se originava o presidente, simbolizando que naquele Estado estava na Presidência e, portanto, passando a ser a SBP uma Sociedade Nacional. Tenho impressão que, como efeito colateral, reforçamos a Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro, pois essa, sim, deveria ser a entidade carioca de Pediatria e deveria participar na SBP como as demais Sociedades Estaduais.

A departamentalização dos antigos comitês foi atendendo à ideia de congregar muitos especialistas de uma certa disciplina, o que não caberia num comitê, pois esses são constituídos por um grupo pequeno de pessoas. Criamos dentro dos comitês os núcleos gerenciais que, como o nome diz, gerencia as atividades dos Departamentos. Tenho que a ideia foi vencedora, pois desde aquela época, 1994, os Departamentos se mantêm, embora muitos tenham sido criados posteriormente, mas com a mesma formatação.

ABP: O senhor foi um dos responsáveis pelo Programa Nacional de Atualização Pediátrica (PRONAP) na SBP. Quando percebeu a necessidade desse tipo de Programa para os pediatras?

Mario Santoro Jr.: Na minha gestão à frente da SBP, percebemos que o perfil dos médicos e, principalmente dos pediatras, estava sofrendo uma mudança na proporção de gêneros, pois com uma célere velocidade aumentava o quantitativo de mulheres. Ao tempo que assumiam novos desafios, as mulheres continuavam com seus compromissos familiares – casa, filhos, etc. – pois à época essas tarefas não eram geralmente divididas pelo casal, ficando a responsabilidade só com as mulheres. Claro, isso de forma genérica podendo haver exceções. Contudo, as exigências de distinção de sexos. A internet não existia e, portanto, nem os cursos EAD. Nessa ocasião, eu representava a SBP na Associação Latino-Americana de Pediatria (ALAPE) e acabei por conhecer uma nova metodologia que permitia a qualquer pediatra, não importando o sexo, se atualizar na sua própria residência sem necessidade de se afastar de seus lares, fato que não ocorria quando havia necessidade de deslocamentos para participar de cursos ou outros eventos. Essa metodologia era utilizada na Sociedade Argentina de Pediatria. Entendendo que essa metodologia poderia ajudar muitos pediatras e, sobretudo, às pediatras, apresentamos esse assunto ao Conselho Superior da SBP. Com a ideia aprovada, eu e o Prof. Claudio Leone fomos à Argentina para estudar toda a metodologia e, com a concordância da Sociedade Argentina de Pediatria, trouxemos o PRONAP para nossa Sociedade. Acredito ter sido essa outra ideia vencedora, pois o PRONAP é uma realidade até hoje, apesar da internet, dos EADs etc., e já capacitou milhares de pediatras.

ABP: Foi também durante sua gestão na Presidência da SBP a criação do Conselho Acadêmico atual Academia Brasileira de Pediatria. Para o senhor, qual é o objetivo da ABP? E qual sua opinião sobre ela hoje e o que espera dela para o futuro?

Mario Santoro Jr.: Peço licença para ler um editorial que fiz sobre esse tema e q eu penso responde suas perguntas:

“A Academia Brasileira de Pediatria, por seu regulamento, é um órgão de aconselhamento e assessoramento do Conselho Superior e da Diretoria da Sociedade Brasileira, com os quais cabe colaborar com o embasamento filosófico e com atitudes que facilitem a continuidade de uma política em prol

da criança e do adolescente e em apoio ao pediatra e aos indivíduos e instituições que dele cuidem. Reveste-se de caráter particular, funcionando harmonicamente com a administração da SBP. Tem representação e participação permanentes em pleno direito à voz na pessoa do seu Presidente, ou de quem o substituir na forma de seu Regulamento, junto ao Conselho Superior e à Diretoria da SBP.

Trata-se de um órgão que, ao tempo em que cultua e preserva a história da Pediatria Brasileira, tenta desvendar e influir sobre o seu futuro, abrangendo os seus profissionais, os seus objetivos e preocupação, ou seja, as crianças e os adolescentes.

Conhecer a história da Academia Brasileira de Pediatria, tendo a exata percepção dos motivos que levaram o grupo dirigente da Sociedade Brasileira de Pediatria, na gestão de 94-96, a propor a sua criação aos seus órgãos máximos de deliberação, transcende a um simples relato histórico, já que demonstra a preocupação havida com o passado e o compromisso com o futuro. Sua história desde então demonstra o acerto dos que aprovaram a ideia de sua criação e seu sucesso deve ser creditado ao apoio que vem obtendo, desde o início, de todos os órgãos administrativos da Sociedade Brasileira de Pediatria, e ao trabalho incansável de suas Diretorias e ao entusiasmo de seus membros.

A Academia Brasileira de Pediatria é uma filha que, nascida da SBP, vem por ela sendo carinhosamente apoiada, para que possa alcançar no futuro, com plenitude, seus desideratos.

Penso que os fundadores da Academia Brasileira de Pediatria, entre os quais tenho a honra de me incluir, podem se sentir recompensados e devem agradecer à Providência a oportunidade de terem participado desta história.”

Mario Santoro Jr.: Com sua experiência de vida e de carreira, o que o senhor poderia dizer aqueles que estão iniciando a caminhada na Pediatria?

ABP: Se você sonhou em ser pediatra, acredite no seu sonho, pois dará certo desde que seus olhos brilhem com o fato de ser pediatra, pois gostar do que se faz é a condição “sine qua non” para o sucesso.



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)
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: Mario 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