

Boletim informativo da Academia Brasileira de Pediatria



NESTA EDIÇÃO

Editorial

Os riscos dos cigarros eletrônicos para crianças e adolescentes

Histórias da Pediatria

Hospital Infantil Joana de Gusmão

Ética e Bioética

Quantas consultas ambulatoriais deve o pediatra realizar em quatro horas?

Comissão Científica

Mpox em crianças e adolescentes: atualização do cenário epidemiológico global e lições aprendidas sobre aspectos clínicos doença e estratégias de tratamento e prevenção

Homenagens e Destaques

Pediatra recebe prêmio exclusivo da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

Editoria Cultura e Arte

Educação em Saúde de forma lúdica

Entrevista com o Acadêmico

“Nós não tratamos doenças. Nós tratamos doentes”, Sheila Knupp Feitosa de Oliveira

Notícias do 24º Fórum ABP

24º Fórum da Academia Brasileira de Pediatria

Comissão de admissibilidade

Academia Brasileira de Pediatria (ABP) recebe até 4 de novembro as inscrições para a vaga de Acadêmico Titular



Palavra da Presidente

A promoção da saúde e a educação de crianças e adolescentes

A Organização Mundial da Saúde (OMS) advoga a proposta de que é fundamental fazer com que as pessoas se tornem protagonistas no cuidado da própria saúde e se envolvam com as questões de saúde de suas comunidades. Desde em 1954, a Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS) postula a necessidade de serem realizadas, dentro do espaço escolar, diversas atividades que favoreçam a promoção da saúde, e não somente o trabalho de transmissão de conhecimentos sobre aspectos relacionados à saúde. Nesse sentido, a OMS apresentou o conceito de Escola Promotora de Saúde e o Brasil, por resolução da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, propôs que o tema saúde seja abordado dentro do referencial curricular escolar.

Essa abordagem proposta pela OMS está fundamentada no conceito de que “estabelecer comportamentos saudáveis desde a infância e adolescência é mais fácil e eficaz do que modificar hábitos na idade adulta”. A escola – além de seu papel formativo, tornando-se um ambiente favorável para as ações de promoção de saúde e prevenção de agravos – é também o local em que a criança e o jovem têm contato diário, propiciando a detecção mais precoce de problemas, particularmente aqueles que necessitem de suporte socioemocional.

A educação desempenha um papel crucial na saúde de crianças e adolescentes, influenciando tanto o desenvolvimento físico quanto mental. Diversos estudos apontam que níveis mais elevados de educação estão diretamente associados a melhores resultados de saúde. Por outro lado, a saúde da criança é um aspecto fundamental para seu desenvolvimento pleno e competência para educação. Crianças saudáveis têm maior capacidade de se concentrar, participar de atividades e interagir com os colegas, o que contribui para um melhor desempenho educacional. Ela engloba não apenas a ausência de doenças, mas também o bem-estar físico, mental e social. Assim sendo, educação e saúde são áreas inter-relacionadas e devem atuar de modo sinérgico.

A educação em saúde pode ter forte impacto na saúde de crianças e sua vida futura influenciando-a de diversas formas: promovendo habilidades cognitivas e emocionais para a resolução de problemas e o controle emocional; hábitos saudáveis, como a importância de uma alimentação equilibrada, prática de atividades físicas e da prevenção de doenças. Além disso, a escola proporciona socialização e uma rede de apoio que pode ser decisiva para o bem-estar mental das crianças e jovens e tem papel fundamental na redução das desigualdades.

Dra. Sandra Grisi

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



A educação em saúde para os adolescentes os ajuda a entender os riscos associados a comportamentos como o uso de substâncias, alimentação inadequada, sedentarismo e práticas sexuais desprotegidas. Além disso, promove a conscientização sobre a importância da saúde mental, oferecendo estratégias para lidar com o estresse, a ansiedade e outros desafios emocionais comuns nessa fase da vida.

Ao integrar práticas educativas que abordem a saúde em suas várias dimensões, é possível promover o desenvolvimento de cidadãos informados e capazes de tomar decisões que beneficiem sua própria saúde, a saúde dos familiares e a saúde coletiva. Assim, a educação em saúde é essencial para a construção de uma sociedade mais saudável e consciente. Essa educação, quando implementada de forma consistente e adaptada às diversas faixas etárias, tem o potencial de gerar impactos positivos duradouros.

A educação abrange principalmente a faixa etária de 0 a 18 anos, que é um período crítico para o desenvolvimento das habilidades cognitivas, linguísticas, motoras e socioemocionais. Estudos mostram que experiências educacionais de qualidade nessa fase têm efeitos positivos a longo prazo, contribuindo para o sucesso escolar, a autoestima, a capacidade de resolver problemas e a produtividade profissional. A área saúde deve estar presente neste ambiente rico e propício para a incorporação dos conceitos de vida saudável.

Por outro lado, o pediatra tem um papel fundamental na promoção do aprendizado da criança e do adolescente, detectando problemas de saúde que possam interferir com esse processo, e identificando aqueles que têm alguma necessidade especial, direcionando uma melhor adaptação do ambiente educacional a essas necessidades e promovendo a inclusão escolar. Abordar a vida escolar é parte essencial da consulta pediátrica e a comunicação entre o profissional de saúde e a escola faz parte da coordenação de cuidados.

A saúde e a educação são pilares fundamentais para o desenvolvimento humano. Programas integrados que associam saúde e educação têm se mostrado eficazes na promoção do desenvolvimento da criança e do adolescente com consequências para toda a vida. A parceria entre profissionais da saúde e educadores no ambiente escolar pode promover o monitoramento nutricional, a promoção da saúde e a prevenção de doenças e potencializar os resultados educacionais.

Portanto, políticas públicas e ações que integrem saúde e educação são essenciais para garantir o pleno desenvolvimento das futuras gerações.

1. WHO Scientific Group on Research in Health Education & World Health Organization. (1969). Research in health education : report of a WHO scientific group [meeting held in Geneva from 10 to 16 December 1968]. World Health Organization. <https://iris.who.int/handle/10665/40757>
2. Chris Kjolhede, April C. Lee, Cheryl Duncan De Pinto, Sonja C. O'Leary, Marti Baum, Nathaniel Savio Beers, Sara Moran Bode, Erica J. Gibson, Peter Gorski, Viju Jacob, Marian Larkin, Ryan Christopher, Heidi Schumacher; COUNCIL ON SCHOOL HEALTH, School-Based Health Centers and Pediatric Practice. *Pediatrics* October 2021; 148 (4): e2021053758. [10.1542/peds.2021-053758](https://doi.org/10.1542/peds.2021-053758)
3. Allison MA, Attisha E; COUNCIL ON SCHOOL HEALTH. The Link Between School Attendance and Good Health. *Pediatrics*. 2019 Feb;143(2):e20183648. doi: [10.1542/peds.2018-3648](https://doi.org/10.1542/peds.2018-3648). PMID: 30835245.

Editorial

Os riscos dos cigarros eletrônicos para crianças e adolescentes

Nominados cientificamente como dispositivos eletrônicos de fumar (DEFs), a utilização dos cigarros eletrônicos (e-cigs, vapes, pods) vem sendo impulsionada pela possibilidade de personalizar o uso, escolher os sabores e o conteúdo mas, especialmente, devido à noção geral e equivocada de que os e-cigs são inofensivos.^{1,2} A hipótese da eficácia dos e-cigs como ferramentas de cessação ao tabagismo ou da teoria de “redução de danos”, onde estes dispositivos seriam menos danosos à saúde quando comparados aos cigarros convencionais, vem sendo cientificamente rebatida a cada novo estudo.^{1,2}

No Brasil, a Pesquisa Nacional em Saúde (PNS) de 2019, mostrou que cerca de 70% dos usuários dos DEFs são adolescentes e adultos jovens, com idades entre 15 e 24 anos incluindo aqueles que nunca fumaram cigarros comuns. Dados da Pesquisa Nacional em Saúde Escolar (PeNSE) coletados entre 2009 e 2019 apontaram que, 16,8% dos estudantes entre 13 e 17 anos já experimentaram, ao menos uma vez, os dispositivos eletrônicos, com tendência de maior consumo entre os meninos.^{3,4}

Os DEFs, na sua forma mais básica, são dispositivos compostos por um circuito com reservatório contendo uma solução líquida, um atomizador para gerar aquecimento, uma fonte de energia, que habitualmente é uma bateria e um bocal para o consumo. Quando ativado, o dispositivo gera aquecimento e o fluido que passa pelo atomizador se transforma em aerossol ou vapor que pode ser tragado ou inalado pelo usuário.¹

A grande variedade de modelos e de aromatizantes e, a possibilidade de usar discretamente, tornam estes dispositivos atraentes e populares entre os jovens, que muitas vezes desconhecem o fato destes cartuchos conterem nicotina, ou mesmo, a concentração exata desta substância.¹ Os dispositivos mais atuais são chamados de ‘pod’ ou ‘pod-mods’ e por vezes, estes modelos podem utilizar cartucho ou cápsula com a mesma quantidade de nicotina encontrada em 20 cigarros ou mais, ser recarregáveis ou descartáveis.^{5,6}

A cada dia crescem as evidências dos riscos do uso dos DEFs. Os perigos já iniciam pelo circuito que abriga o fluido. Os recipientes podem ter diversas composições como ligas de



Débora Chong

Pediatra e Pneumologista Pediátrica

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná

Membro do Departamento Científico de Pneumologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)

níquel-cromo, cromo-alumínio-ferro e outros metais como cobre, prata, zinco e estanho.⁷ O aquecimento e resfriamento constante destes componentes metálicos podem deixar vestígios de partículas no fluido que será inalado. A elevada temperatura a que o atomizador é submetido pode produzir espécies voláteis de carbonila que contribuem para a toxicidade.⁷

O fluido que completa o dispositivo é composto por proporções variadas de glicerina vegetal, propilenoglicol, nicotina e agentes aromatizantes. Tanto o propilenoglicol quanto a glicerina podem formar aldeídos tóxicos quando aquecidos.^{7,8}

A concentração de nicotina é variável podendo ultrapassar 59 mg/ml, embora não haja garantia da qualidade ou do processo de fabricação. Lembrando que um cigarro comum fornece cerca de 2mg de nicotina ao usuário, portanto, 1ml de fluido vaporizado

consumido pode ultrapassar a nicotina equivalente a um maço de cigarro convencional.⁸ No cérebro dos adolescentes, a nicotina afeta o desenvolvimento do sistema de recompensa, além dos circuitos que controlam a atenção e o aprendizado levando ao desenvolvimento de transtornos de humor e problemas permanentes no controle de impulsos.¹ Com a procedência muitas vezes desconhecida dos e-cigs, os rótulos podem não condizer com os conteúdos reais, mascarando o verdadeiro teor de nicotina fornecido ao usuário.^{9,10}

Danos ocorridos em vários órgãos e sistemas, em usuários frequentes e eventuais dos e-cig já foram descritos, com injúrias no sistema respiratório, sistema nervoso central (SNC), sistema cardiovascular, gastrointestinal, cavidade oral e sistema imunológico.^{4,11,12,13,14}

Apesar de metabólitos tóxicos e cancerígenos serem encontrados em usuários de cigarros eletrônicos, os efeitos de longo prazo ainda estão sendo estudados, sugere-se que o uso pode aumentar o risco de câncer, uma vez que produtos químicos presentes nos aerossóis, como formaldeído, acroleína, níquel, chumbo e cádmio, são capazes de causar danos ao DNA e mutagênese.¹⁵

Entre 2019 e 2020 foram relatados nos Estados Unidos da América (EUA) cerca de 2800 casos de lesão pulmonar grave associada ao uso de cigarros eletrônicos. A doença recebeu o nome de *E-cigarrete or Vaping-Associated Lung Injury* (EVALI) e é caracterizada por processo inflamatório pulmonar agudo, que resulta em colapso alveolar e comprometimento grave da troca gasosa, devido à exposição a partículas tóxicas presentes nos fluídos dos e-cigs.¹⁶

Já é estabelecido que o hábito de fumar induz inflamação significativa nas vias aéreas e conseqüentemente piora os quadros de asma. Os e-cigs também atuam como agente deflagrador da inflamação e broncoconstrição,¹⁷ além de comprometimento da resposta imune inata dos pulmões.¹⁸

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), mantém desde 2009, a resolução RDC 46/2009, que proíbe a comercialização, importação e propaganda de qualquer dispositivo eletrônico de fumar, contendo ou não nicotina, em todo o território nacional e esta resolução vem sendo validada a cada revisão, que ocorre periodicamente.¹⁹

Os dispositivos eletrônicos de fumar (DEFs), rapidamente tornaram-se uma preocupação dos órgãos de saúde pública no Brasil e nos demais países em que são livremente

comercializados. As evidências cada vez mais contundentes sobre os efeitos nocivos em curto e longo prazo, seu aspecto atrativo, a mistura de concentrações variáveis de nicotina com demais compostos tornam estes dispositivos um risco potencial para a saúde de nossos jovens. Estarmos informados e aptos a orientar colegas, pais, cuidadores e educadores é o primeiro passo para protegermos nossas crianças e adolescentes deste vilão tão sedutor.

Referências

1. Hartmann-Boyce J, McRobbie H, Lindson N, Bullen C, Begh R, Theodoulou A, Notley C, Rigotti NA, Turner T, Butler AR, Hajek P. Electronic cigarettes for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2020 Oct 14;10(10):CD010216. Update in: *Cochrane Database Syst Rev.* 2021 Apr 29;4:CD010216.
2. D.C. Chong-Silva, M.F. Sant'Anna, C.A. Riedi et al., "Electronic cigarettes: 'wolves in sheep's clothing'", *Jornal de Pediatria* (2024), <https://doi.org/10.1016/j.jped.2024.06.015>.
3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa nacional de saúde: 2019: percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal: Brasil e grandes regiões. IBGE, Coordenação de Trabalho e Rendimento. Rio de Janeiro: IBGE; 2020. 113p
4. Rowell TR, Tarran R. Will chronic e-cigarette use cause lung disease? *American Journal of Physiology-Lung Cellular and Molecular Physiology.* 2015 Dec 15;309(12):L1398-409.
5. Hendricks KJ, Temples HS, Wright ME. JUULing Epidemic Among Youth: A Guide to Devices, Terminology, and Interventions. *J Pediatr Health Care.* 2020 Jul-Aug;34(4):395-403. doi: 10.1016/j.pedhc.2019.12.008.
6. E-cigarette, or vaping, products visual dictionary. Centers for Disease Control and Prevention (U.S.), 2019. Disponível em: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/103783>.
7. Chun LF, Moazed F, Calfee CS, Matthay MA, Gotts JE. Pulmonary toxicity of e-cigarettes. *Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol.* 2017 Aug 1;313(2):L193-L206. doi: 10.1152/ajplung.00071.2017.
8. Antonini JM, Taylor MD, Zimmer AT, Roberts JR. Pulmonary responses to welding fumes: role of metal constituents. *J Toxicol Environ Health A.* 2004 Feb 13;67(3):233-49. doi: 10.1080/15287390490266909.

9. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamentos Científicos de Pneumologia, Toxicologia e Otorrinolaringologia. Dispositivos eletrônicos de liberação de nicotina (cigarros eletrônicos e similares): "Lobos em pele de cordeiro". 2018. Disponível em: https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/20531e-DocCient_-_DispEletr_entrega_nicotina_e-cigs.pdf Acesso em outubro 2023.
10. Silva ALOD, Moreira JC. Why electronic cigarettes are a public health threat? *Cad Saude Publica*. 2019 May 30;35(6):e00246818.
11. Banks E, Yazidjoglou A, Brown S, Nguyen M, Martin M, Beckwith K, Daluwatta A, Campbell S, Joshy G. Electronic cigarettes and health outcomes: systematic review of global evidence. Report for the Australian Department of Health. National Centre for Epidemiology and Population Health, Canberra: April 2022.
12. Ruskiewicz JA, Zhang Z, Gonçalves FM, Tizabi Y, Zelikoff JT, Aschner M. Neurotoxicity of e-cigarettes. *Food Chem Toxicol*. 2020 Apr;138:111245. doi: 10.1016/j.fct.2020.111245.
13. Rowell TR, Tarran R. Will chronic e-cigarette use cause lung disease? *American Journal of Physiology-Lung Cellular and Molecular Physiology*. 2015 Dec 15;309(12):L1398-409.
14. Siddiqi TJ, Rashid AM, Siddiqi AK, Anwer A, Usman MS, Sakhi H, Bhatnagar A, Hamburg NM, Hirsch GA, Rodriguez CJ, Blaha MJ, DeFilippis AP, Benjamin EJ, Hall ME. Association of Electronic Cigarette Exposure on Cardiovascular Health: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Curr Probl Cardiol*. 2023 Sep;48(9):101748. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2023.101748.
15. Alnajem A, Redha A, Alroumi D, Alshammasi A, Ali M, Alhussaini M, Almutairi W, Esmail A, Ziyab AH. Use of electronic cigarettes and secondhand exposure to their aerosols are associated with asthma symptoms among adolescents: a cross-sectional study. *Respir Res*. 2020 Nov 16;21(1):300. doi: 10.1186/s12931-020-01569-9.
16. Sahu R, Shah K, Malviya R, Paliwal D, Sagar S, Singh S, Prajapati BG, Bhattacharya S. E-Cigarettes and Associated Health Risks: An Update on Cancer Potential. *Adv Respir Med*. 2023 Nov 14;91(6):516-531. doi: 10.3390/arm91060038.
17. Kligerman S, Raptis C, Larsen B, Henry TS, Caporale A, Tazelaar H, Schiebler ML, Wehrli FW, Klein JS, Kanne J. Radiologic, Pathologic, Clinical, and Physiologic Findings of Electronic Cigarette or Vaping Product Use-associated Lung Injury (EVALI): Evolving Knowledge and Remaining Questions. *Radiology*. 2020 Mar;294(3):491-505. doi: 10.1148/radiol.2020192585.
18. Schweitzer RJ, Wills TA, Tam E, Pagano I, Choi K. E-cigarette use and asthma in a multiethnic sample of adolescents. *Prev Med*. 2017 Dec; 105:226-231. doi: 10.1016/j.ypmed.2017.09.023.
19. Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada - RDC no 46, de 28 de agosto de 2009. Proíbe a comercialização, a importação e a propaganda de quaisquer dispositivos eletrônicos para fumar, conhecidos como cigarro eletrônico. [Internet]. Diário Oficial da União 2009. Available from: http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_46_2009_COMP.pdf/2148a322-03ad-42c3-b5ba-718243bd1919



Histórias da Pediatria

Hospital Infantil Joana de Gusmão

O Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), localizado em Florianópolis, Santa Catarina, representa um marco na pediatria brasileira. Sua história, no entanto, começa muito antes de sua fundação em 1979, enraizada no trabalho pioneiro de diversos médicos dedicados que lançaram as bases da pediatria moderna no estado.

O período entre 1939 e 1965 foi crucial para o desenvolvimento da pediatria em Santa Catarina (SC). Vários pediatras chegaram ao estado com o objetivo de fundar e organizar a pediatria catarinense. Entre esses pioneiros, destacam-se:

- **Dr. Miguel Salles Cavalcanti:** O Arquiteto da Visão, que propôs e organizou o Hospital Infantil Edith Gama Ramos (HIEGR), o pioneiro em Santa Catarina. Visionário, estabeleceu as bases para o que viria a ser um centro de excelência em saúde infantil. O HIEGR foi inaugurado em 26 de fevereiro de 1964. O Corpo Docente-Assistencial inicial contava com pediatras locais já com especialização no Brasil, alguns deles, também, especializados no México, Uruguai e Estados Unidos. Além de atender a população infantil, estabeleceu um convênio pioneiro com a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) para o ensino de pediatria em nível de graduação. Em 1966, o HIEGR deu um passo significativo ao criar o Programa de Residência Médica em Pediatria, seguido pelo Programa de Residência em Cirurgia Pediátrica em 1977. Esses programas foram fundamentais para a formação especializada de médicos
- **Dr. Arthur Pereira Oliveira:** O Educador Inspirador. O Dr. Peireirinha desempenhou um papel crucial na formação de novos pediatras, combinando sua experiência clínica com uma notável habilidade docente, inspirando muitos a seguirem carreira na pediatria.
- **Prof. Nelson Grisard:** O Integrador de Ensino e Assistência (1964). O Prof. Grisard foi fundamental na integração entre a prática clínica e o ensino acadêmico. Sua visão de uma pediatria que unia assistência, ensino e pesquisa foi essencial para o desenvolvimento do currículo de pediatria na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e para a estruturação dos programas de residência médica. A puericultura, com base na escola de Pedro de Alcântara e Eduardo Marcondes, da Universidade de São Paulo (USP), e a neonatologia foram seu foco.
- **Dr. Murillo Ronald Capella:** O Pioneiro da Cirurgia Pediátrica (1964), no Estado, foi fundamental no desenvolvimento dessa especialidade crucial, elevando o nível de cuidados cirúrgicos oferecidos às crianças catarinenses e na formação de novos cirurgiões pediátricos através da criação da residência em cirurgia pediátrica.



Maria Marlene de Souza Pires

Membro Titular da Academia Brasileira de Pediatria, cadeira nº 16



- **Dr. Álvaro José de Oliveira:** O Pioneiro da Estimulação Precoce (1964). Desenvolveu o programa de estimulação precoce para crianças desnutridas. Sua evolução para um serviço especializado de nutrologia e a subsequente criação da residência em nutrologia pediátrica.
- **Dr. Gabriel Francisco Faraco:** O Alicerce da Pediatria Geral (1964). Desempenhou um papel importante no desenvolvimento da pediatria geral.
- **Dr. Anísio Ludwig:** O Precursor da Pneumologia Pediátrica (1964) foi fundamental no estabelecimento e desenvolvimento do serviço de pneumologia pediátrica.
- **Dr. Newton do Valle Pereira:** O Inovador da Nefrologia Pediátrica (1965) foi pioneiro na introdução e desenvolvimento do serviço de nefrologia pediátrica.
- **Dr. Lincoln Virmond de Abreu:** O Pioneiro da Hemato-Oncologia Pediátrica (1965), cuja expertise e dedicação foram fundamentais para o estabelecimento e desenvolvimento dos serviços de hematologia e oncologia pediátrica na instituição.

O **HIEGR**, como as raízes profundas de uma sequoia, estabeleceu uma base sólida de expertise médica, compaixão e compromisso com a saúde infantil, que possibilitou o nascimento do **Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG)**. Ao brotar dessa fundação, ele herdou essa rica tradição, que possibilitou seu crescimento para se tornar uma instituição ainda mais robusta e abrangente, assim como um novo tronco de sequoia se desenvolve a partir do sistema radicular existente. Em 13 de março de 1979, o **HIJG** foi inaugurado, substituindo o **HIEGR**. O **HIJG** deu continuidade ao trabalho iniciado, e expandiu significativamente a capacidade e os serviços oferecidos, tornando-se moderno e completo.

Atualmente, o **HIJG** ocupa uma área de 22.000m² e conta com 168 leitos de internação e inclui: Emergência Pediátrica; Ambulatórios especializados; Hospital Dia Oncologia; Hospital Dia Cirúrgico; 12 unidades de internação; 2 Unidades de Terapia Intensiva Geral; Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; Centro Cirúrgico; Ambulatório de Puericultura, baseado nas 15 Competências do Pediatra na Puericultura. Há também um bem montado e atuante Centro de Estudos Dr. Miguel Salles Cavalcanti.

O hospital realiza anualmente cerca de 120.000 atendimentos ambulatoriais, 8.000 internações e 5.000 cirurgias. Esses números refletem o papel crucial que o **HIJG** desempenha na saúde infantil de Santa Catarina, por meio de suas inúmeras especialidades: ortopedia, oncologia, hemoterapia, infectologia, medicina intensiva, neonatologia, nutrologia, nutrição enteral e parenteral, medicina intensiva pediátrica, cirurgia pediátrica, traumatologia, neurologia, gastroenterologia, diagnóstico por imagem, patologia clínica, anatomia patológica, cardiologia, dermatologia, reumatologia, endoscopia digestiva e respiratória, otorrinolaringologia, psiquiatria, oftalmologia, cirurgia plástica, cirurgia bucomaxilofacial, neurocirurgia, hebiatria, hoje conhecida como Medicina do Adolescente, e atendimento multiprofissional.

O **HIJG** manteve e expandiu o compromisso com a formação médica. Em 2024, o hospital ofereceu uma gama impressionante de programas de residência, com as seguintes vagas por ano: Pediatria: 12 vagas; Neonatologia: 4 vagas; UTI Pediátrica: 4 vagas; Nutrologia Pediátrica: 1 vaga; Hematologia Pediátrica: 1 vaga; Pneumologia Pediátrica: 1 vaga; Endocrinologia Pediátrica: 1 vaga; Emergência Pediátrica: 2 vagas; Cirurgia Pediátrica: 2 vagas; Oncologia Pediátrica: 1 vaga.

O **HIJG** é reconhecido como um dos oito melhores hospitais infantis e centros de ensino de pediatria da América Latina. Sua missão vai além do cuidado médico, englobando a formação de recursos humanos e o incentivo à pesquisa clínica, ao considerar o ambiente familiar e social como parte integrante do desenvolvimento e bem-estar da criança (puericultura). Esses pediatras “nutriram o solo” ao redor de suas instituições; eles criaram programas e políticas que não apenas tratavam doenças, mas também promoviam a saúde preventiva, o apoio psicossocial e a educação em saúde para as famílias (puericultura). Esta abordagem abrangente fortaleceu ainda mais as “raízes” da pediatria na região, permitindo que a instituição crescesse e se adaptasse às mudanças nas necessidades de saúde da comunidade.

A história **HIJG** é um testemunho do poder da dedicação e da visão no campo da assistência e do ensino pediátrico. Desde os esforços pioneiros dos primeiros pediatras SC até sua posição atual como centro de referência, o HIJG exemplifica o impacto positivo que uma instituição de saúde pode ter em sua comunidade. O legado dos pioneiros, como os Drs. Miguel Salles Cavalcanti e Nelson Grisard, entre outros, continua vivo na missão e nas práticas do HIJG. À medida que o hospital continua a evoluir, ele não apenas honra o trabalho desses pioneiros, mas também molda o futuro da pediatria, garantindo que gerações futuras de crianças continuem a receber cuidados de saúde de alta qualidade em Santa Catarina e no Brasil.

Assim como a sequoia, que brota de suas raízes para criar uma nova árvore mantendo sua essência genética, o **HIJG** emergiu das raízes do “velho” **HIEGR**, preservando e expandindo seu legado de excelência em cuidados pediátricos. Esta transição representa a continuidade do conhecimento, da dedicação e dos valores fundamentais que foram cultivados ao longo dos anos. Esta evolução institucional demonstra como o conhecimento e a experiência acumulados podem ser transmitidos e ampliados, permitindo que novas gerações de profissionais de saúde continuem a oferecer cuidados de alta qualidade, sempre ancorados nos princípios e na sabedoria estabelecidos por seus predecessores.



Ética e Bioética

Quantas consultas ambulatoriais deve o pediatra realizar em quatro horas?

Pediatra recebe carta de advertência do diretor técnico da unidade de saúde por ter se recusado a marcar mais do que 12 consultas em quatro horas de atendimento ambulatorial. A mesma queixa foi entregue pela direção à comissão de ética da unidade de saúde. Alega o especialista que, como atende quatro crianças ou adolescentes de primeira vez e a região onde atua carece de programas sociais e de áreas de atuação da Pediatria, necessita de mais tempo em algumas consultas para um atendimento adequado, o que o impossibilita de marcar um número maior. As justificativas do gestor são de que existe alta demanda e que, apesar dos pacientes de primeira vez, ocorrem não comparecimentos, e que algumas consultas são de fácil resolução, de revisão ou para resultados de exames.

É frequente nos ambulatórios do nosso país o agendamento de 16 atendimentos por turno ambulatorial de quatro horas, às vezes de até 20 para o mesmo período, inclusive por alguns dos chamados “planos de saúde”. Discussões como essa são comuns Brasil a fora, às vezes com exacerbações semelhantes à apresentada. Tem razão o diretor técnico ou o médico pediatra?

Não existem regras definidas sobre esse problema, pelo visto, de difícil solução. O que se discute aqui é a questão do ponto de vista da ética médica e da bioética. O tempo de uma consulta não pode ser estabelecido previamente, já que a Medicina não é uma ciência exata e cada caso a ser atendido difere entre si, pois pacientes com a mesma doença podem reagir de maneira diferente e ter evoluções e complicações distintas, com andamentos diversos de atendimento. Além disso, há o tempo a ser dispensado para orientações de prevenção e de promoção da saúde.

O Ministério da Saúde não faz referência sobre essa dificuldade na Portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, e na Portaria 2.436, de 21 de setembro de 2017, que *aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)*.

O (re)conhecimento das estruturas disponíveis no sistema local de saúde, de cada Unidade Básica de Saúde (UBS) e das condições sociais e epidemiológicas da área onde está instalada, é fundamental para se discutir e determinar a média



Sidnei Ferreira
Membro Titular da Academia Brasileira de Pediatria, cadeira nº 9

de atendimentos que poderá ser marcada para quatro horas de jornada, dependendo, igualmente, da experiência e capacidade do médico em questão para acolher, com segurança e qualidade, cada caso que lhe seja apresentado. Depreende-se, também, que a média indicada pode ser mudada em eventual alteração de uma ou mais variáveis.

O Código de Ética Médica (CEM) trata especificamente desse tema no capítulo sobre os direitos dos médicos, ajudando a solução: *“É direito do médico decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente sem permitir que o acúmulo de encargos ou de consultas venha prejudicar seu trabalho.”*

Portanto, em última análise, deve o médico decidir o que é melhor para o paciente, procurando fundamentar sua deliberação ao balizar o número a ser atendido por turno de trabalho. O ideal seria cada instituição conhecer as variáveis, discutir com a equipe médica e perseguir uma solução que proteja o paciente e não prejudique o exercício ético e legal da medicina, dimensionando com

maior adequação o quantitativo da equipe em cada turno ou plantão. Não está em discussão eventuais urgências ou emergências; estas deverão ser atendidas imediatamente. Apesar de o artigo se referir a atendimento ambulatorial, avalio pertinente tentar a mesma discussão em outras circunstâncias.

Outra contribuição do CEM nos lembra que no caso de uma instituição, pública ou privada, na qual as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais, *“pode o médico recusar-se a exercer sua profissão. Nesse caso, comunicará com justificativa e maior brevidade sua decisão ao diretor técnico, ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição e à Comissão de Ética da instituição, quando houver”*, com o devido cuidado de não incorrer em abandono de plantão ou de paciente.

Finalmente, não se pode, por certo, ignorar que toda decisão deverá objetivar o benefício do paciente à luz do princípio constitucional do melhor interesse da criança e do adolescente, como instrui o artigo 227 da Constituição da República e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

“É direito do médico decidir, em qualquer circunstância, levando em consideração sua experiência e capacidade profissional, o tempo a ser dedicado ao paciente sem permitir que o acúmulo de encargos ou de consultas venha prejudicar seu trabalho.”



Comissão Científica

Mpox em crianças e adolescentes: atualização do cenário epidemiológico global e lições aprendidas sobre aspectos clínicos doença e estratégias de tratamento e prevenção



Prof. Dr. Marco Aurélio P. Sáfadi
Pediatra
Presidente do Departamento Científico de Infectologia da SBP

1. Introdução

A partir do surto registrado em 2022, a mpox (anteriormente conhecida como monkeypox), uma doença zoonótica causada pelo vírus mpox (MPXV), transcendeu sua associação primária com a África Central e Ocidental, emergindo como uma notável preocupação de relevância global de saúde pública. Embora a maioria dos casos deste surto tenha sido observada entre adultos, o impacto da doença em crianças tem despertado crescente preocupação, principalmente devido à sua vulnerabilidade e ao potencial de complicações graves.

Neste contexto, destacamos neste documento o cenário atual da mpox com foco na população pediátrica, com base nas informações mais recentes até setembro de 2024, abordando aspectos clínicos, epidemiológicos, assim como seu manejo e prevenção.

2. O agente

O vírus MPXV é um vírus de DNA, pertencente ao gênero Orthopoxvirus (o mesmo da varíola) da família Poxviridae (figuras 1 e 2), caracterizado por 2 cladus geneticamente distintos: o Clado I (anteriormente conhecido como clado da Bacia do Congo), subdividido em subclados Ia e Ib e o Clado II (anteriormente conhecido como clado da África Ocidental), que se subdivide em subclados IIa e IIb. Diferenças genéticas entre os genomas virais dos dois cladus podem explicar as diferenças na patogênese. O clado I tem sido, de forma geral, associado a taxas de letalidade mais altas (1,1% a >10%) em comparação com o MPXV do clado II (0,1% a 3,6%). Entretanto, é nosso entendimento que devemos ser cautelosos em relação às conclusões a respeito das diferenças de gravidade entre estes cladus, sendo necessários dados epidemiológicos mais robustos para determinar com clareza as diferenças potenciais entre os cladus, em particular sobre o clado Ib recém-detectado.

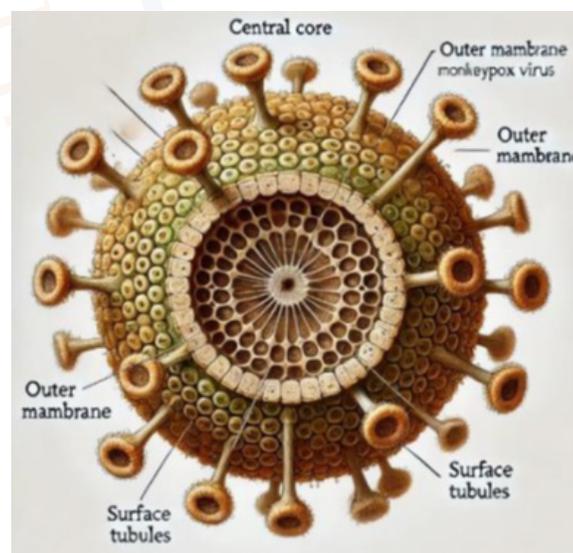


Figura 1. ilustração detalhada do MPXV com estruturas rotuladas, mostrando o núcleo central, membrana externa, filamentos internos, túbulos de superfície e corpos laterais.

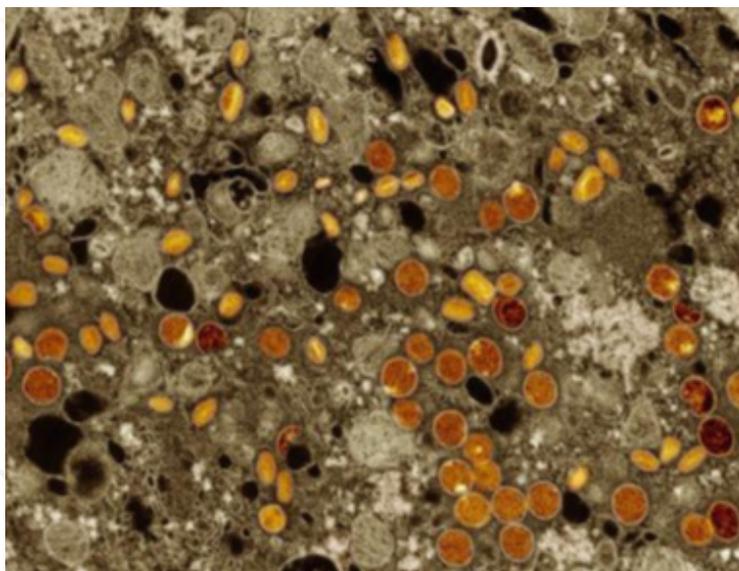


Figura 2. Micrografia eletrônica de partículas do MPXV (vermelho/amarelo) encontradas nas células VERO E6 infectadas (marrom). As partículas do vírus estão em vários estágios de maturidade, o que explica as diferenças na forma (NIAID).

3. Epidemiologia

3.1 Situação global

Desde 1970, a mpox tem sido endêmica em várias regiões da África, com surtos ocasionais exportados para outros

continentes. O exemplo mais notável antes de 2022 foi o surto nos Estados Unidos em 2003, relacionado à importação de animais selvagens infectados.

Em maio de 2022, foi declarada uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional após o aumento de casos de mpox em países sem histórico endêmico da doença. Esse surto afetou mais de 120 países com 106.310 casos confirmados globalmente até setembro de 2024, incluindo 234 mortes (Figura 3). O surto foi impulsionado principalmente pelo Clado IIb, acometendo majoritariamente homens que fazem sexo com homens, com mais da metade dos casos identificados em pessoas que viviam com HIV. Os 10 países mais afetados globalmente desde 1º de janeiro de 2022 são: Estados Unidos da América (n = 33.812), Brasil (n = 12.206), Espanha (n = 8.240), República Democrática do Congo (n = 6.092), França (n = 4.307), Colômbia (n = 4.262), México (n = 4.155), Reino Unido (n = 4.058), Peru (n = 3.939), e Alemanha (n = 3.909). Juntos, esses países respondem por 79,9% dos casos relatados globalmente.

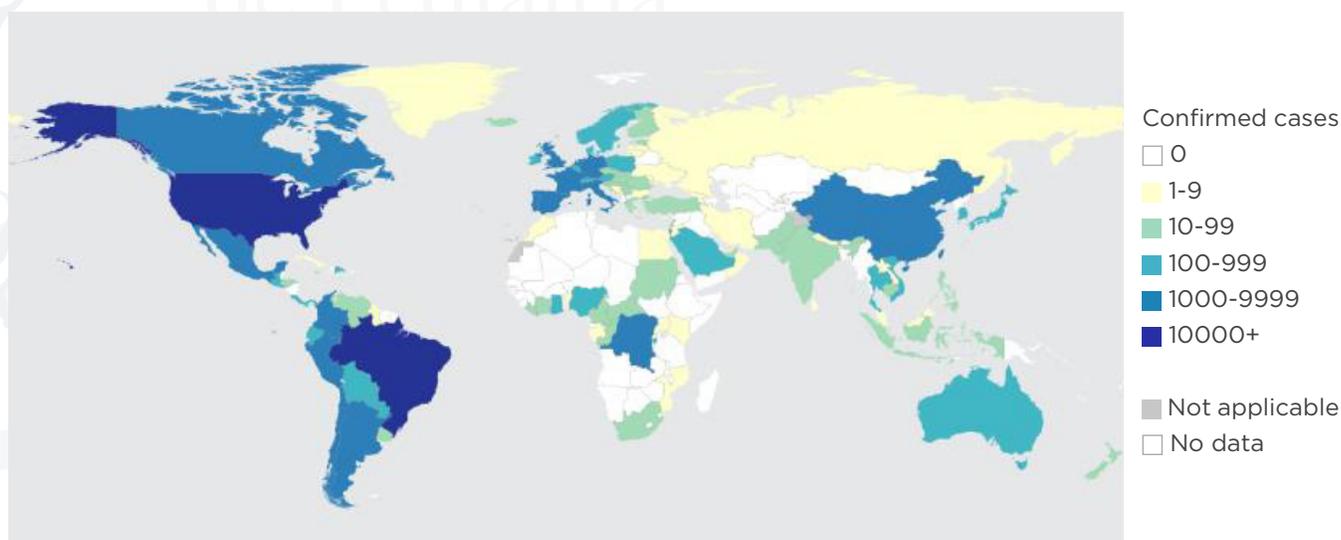


Figura 3. Casos de mpox reportados no mundo (janeiro de 2022 a 31 de agosto de 2024).

3.2 Evolução Recente da Mpox na África associado aos clados Ia e Ib

No Brasil entre a semana 1 e a semana 35 de 2024, foram confirmados 945 casos de mpox. Homens responderam por 94,8% dos casos (n= 897 casos) com 46,3% no grupo de 30-39 anos (N=415 casos). Apenas 12 casos foram reportados em crianças e adolescentes de até 18 anos de idade. Entre os 723 casos com informação disponível, 9,3% foram hospitalizados.

Em 2023, a combinação de campanhas de saúde pública, disponibilidade de vacinas e ações de comunidades impactadas levou a uma diminuição do registro de novos casos em todo o mundo, permitindo a suspensão da condição de emergência de saúde pública internacional. No entanto, em agosto de 2024, após identificação de novos surtos, agora associados aos clados Ia e Ib na República Democrática do Congo (RDC) e outros países africanos a OMS voltou a declarar emergência de saúde pública de preocupação internacional.

Os dados disponíveis até o momento mostram importantes diferenças nas características dos grupos populacionais atingidos e das formas de transmissão do atual surto associado ao clado I, em comparação ao surto global anterior. O Clado Ia tem se caracterizado por acometer principalmente crianças menores de 15 anos nas províncias endêmicas da RDC, com múltiplas formas de transmissão, que incluem exposição a animais, transmissão domiciliar e por contato sexual, enquanto o Clado Ib, que provavelmente emergiu em 2023, tem a transmissão sexual como principal forma de contágio, incluindo transmissão heterossexual, entre profissionais do sexo. O clado Ib está se espalhando no leste da RDC, afetando tanto crianças quanto adultos, e se expandindo para países africanos vizinhos, como Burundi, Quênia, Ruanda e Uganda (Figura 4). Todos os casos de mpox devido ao clado I do MPXV foram relatados em países africanos, exceto um caso relatado pela Suécia, em um viajante proveniente de uma área com registro de surto, sendo o Clado Ib confirmado neste caso e um pela Tailândia. Nenhuma transmissão secundária do clado I do MPXV foi relatada fora dos países africanos afetados.

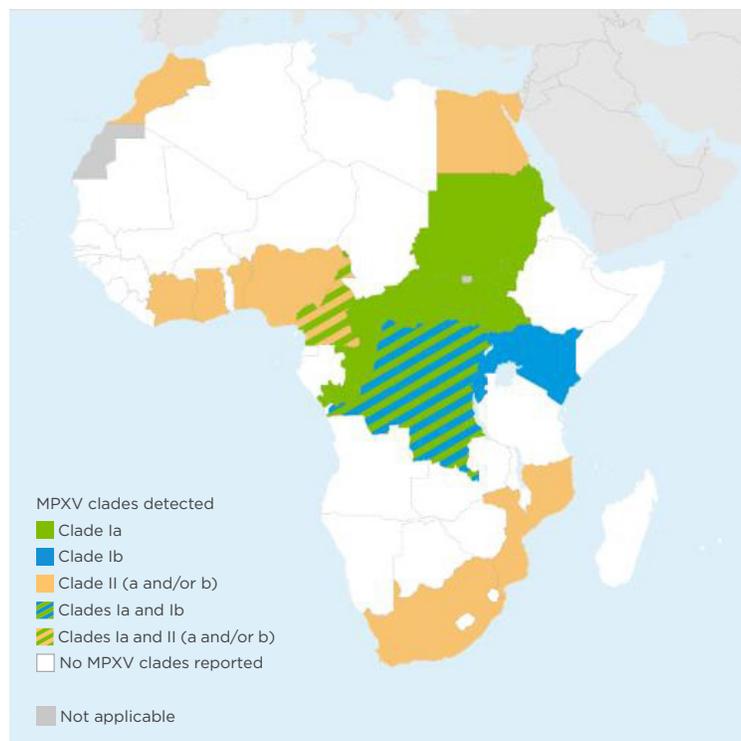


Figura 4. Clados de MPXV detectados na África (de janeiro de 2022 a 15 de setembro de 2024).

Historicamente, a mpox associada ao clado I apresenta taxas de letalidade maiores que aquelas observadas com o clado II, motivando um grau de preocupação de toda a comunidade científica com a atual situação. Relatos preliminares da RDC identificaram taxas de letalidade de 3,6% nos casos de mpox associados ao clado Ia. Para os casos associados ao clado Ib a informação ainda é limitada, mas a identificação de uma deleção em um gene, diminuindo sua virulência (deleção também presente no clado II) antecipa a provável menor letalidade associada ao clado Ib.

Há incertezas sobre a dinâmica de transmissão do mpox (Monkeypox) e seu impacto nas crianças. Os dados disponíveis sugerem que a carga da doença em crianças varia entre países e dentro deles, dependendo do clado do vírus que está circulando. A maioria das mortes de crianças por mpox ocorreu nas regiões Norte e Oeste da República Democrática do Congo (RDC), onde o clado Ia é predominante. Em contraste, não foram registradas mortes na região Leste da RDC ou nos países recentemente afetados, como Burundi, Ruanda, Quênia e Uganda, onde os surtos estão associados ao clado Ib. Quando

há dados disponíveis, observa-se que bebês e crianças menores de cinco anos apresentam o maior risco de doença grave e morte, especialmente em locais onde o acesso a um atendimento de qualidade é limitado ou inexistente

4. Transmissão do MPXV

O MPXV é transmitido entre humanos por meio do contato próximo com lesões, fluidos corporais, partículas respiratórias infecciosas ou fômites (por meio de roupas de cama, toalhas ou outros itens domésticos). Em áreas endêmicas, a transmissão também pode ocorrer de animais para humanos através do contato com animais vivos ou pelo consumo de carne de caça contaminada. Evidências clínicas sugerem a possibilidade de transmissão vertical da mpox durante a gravidez, podendo causar embriopatia e morte fetal.

5. Manifestações clínicas

A mpox causa sinais e sintomas que normalmente começam dentro de 3 a 7 dias após a exposição, podendo surgir já em 2 dias ou, em casos raros, até 21 dias após. Os sintomas geralmente duram de duas a quatro semanas, mas podem se prolongar em pessoas imunocomprometidas. Normalmente, febre, mialgia e odinofagia aparecem primeiro, seguidos por erupções cutâneas e lesões mucosas. A erupção cutânea caracteriza-se pela presença de lesões firmes ou elásticas, bem circunscritas, profundas e frequentemente umbilicadas em estágios posteriores. A erupção progride através de estágios maculares, papulares, vesiculares e pustulares antes de formar crostas e descamar (figura 5). A erupção pode ser localizada ou difusa, pode envolver as palmas das mãos e as solas dos pés, e pode se apresentar em diferentes áreas do corpo em momentos distintos. As lesões são frequentemente dolorosas ou pruriginosas. Cicatrizes com depressões e/ou áreas de pele mais clara ou mais escura podem permanecer após as crostas terem caído. Considera-se um indivíduo não transmissor somente quando todas as crostas tiverem caído e uma nova camada de pele se formado. A linfadenopatia também é uma característica típica da mpox, sendo frequentemente de localização cervical nas crianças. A transmissão por meio



Figura 5. Estágios das lesões do rash da mpox

de contato sexual foi associada à ocorrência de lesões apenas na região genital em alguns casos. Crianças, mulheres grávidas e pessoas desnutridas ou imunocomprometidas têm maior risco de desenvolver complicações e morrer devido à mpox.

É importante diferenciar a mpox de outras doenças, como varicela (catapora), sarampo, infecções bacterianas da pele, escabiose, herpes, sífilis, outras infecções sexualmente transmissíveis e alergias relacionadas a medicamentos.

6. Diagnóstico

Testes laboratoriais são importantes para confirmar a mpox, especialmente nos primeiros casos de um surto ou em uma nova área geográfica. O principal teste de diagnóstico para a infecção pelo MPXV é a reação em cadeia da polimerase (PCR). As melhores amostras para diagnóstico são coletadas diretamente da erupção cutânea – pele, fluido ou crostas – por meio de swabs vigorosos. Na ausência de lesões cutâneas,

o teste pode ser realizado com swabs orofaríngeos, anais ou retais. No entanto, a sensibilidade na detecção do MPXV nestes locais é limitada. A realização de testes no sangue não é recomendada, pois a viremia é de forma geral fugaz. A sorologia não consegue diferenciar com acurácia os diferentes ortopoxvírus e, portanto, é restrita a laboratórios de referência. Após a identificação da nova sublinhagem do Clado I do MPXV (Clado Ib) e a observação de uma deleção que afeta os ensaios de tipagem comumente utilizados, foram desenvolvidos e validados novos ensaios de PCR em tempo real específicos para o Clado Ib, permitindo a rápida classificação do subclado em relação a outras cepas do Clado I e ao MPXV do Clado IIb que circula globalmente.

7. Tratamento

O tratamento é baseado principalmente no manejo dos sintomas clínicos, garantindo cuidados com a pele, alívio da dor e prevenção e controle de complicações. Embora não existam medicamentos aprovados especificamente para a mpox, medicamentos em investigação podem ser considerados para crianças e adolescentes com doença grave ou aqueles em maior risco de doença severa. O tecovirimat é o tratamento antiviral de primeira linha sendo utilizado sob um protocolo de Acesso Expandido a Medicamentos em Investigação. Atualmente, não há terapia aprovada especificamente para a varíola dos macacos. Vários ensaios estão em andamento para avaliar a eficácia e a segurança do tecovirimat em pacientes com clados I e II, mas os resultados preliminares sugerem pouco ou nenhum efeito no desfecho primário destes estudos.

8. Prevenção

A vacinação contra a varíola, que foi descontinuada após a erradicação da doença em 1980, confere proteção cruzada significativa contra a mpox, dado que ambas as doenças são causadas por vírus do gênero Orthopoxvirus. Estudos de vigilância na RDC mostraram que pessoas vacinadas contra a varíola antes de 1980 tiveram um risco 5,2 vezes menor de contrair mpox, com uma efetividade estimada de 80,7%. Outro estudo de vigilância também realizado na RDC sugeriu que uma vacina de primeira geração contra a varíola foi 85% eficaz na prevenção da mpox. Esses estudos forneceram evidências iniciais de que a vacinação contra a varíola também fornece proteção cruzada contra a mpox.

Atualmente, três vacinas podem ser consideradas para a prevenção da mpox: MVA-BN, LC16 e ACAM2000. Além disso, estudos e desenvolvimentos de vacinas de quarta geração, como VacΔ6 e vacinas à base de mRNA (BNT166a e BNT166), estão em andamento, com resultados promissores antecipando perspectivas de otimização no uso de vacinas para prevenção

da mpox. As características e indicações específicas destas vacinas as tornam adequadas para diferentes cenários e populações de risco:

- **MVA-BN (Modified Vaccinia Ankara-Bavarian Nordic):** Esta vacina, também conhecida como JYNNEOS, Imvamune ou Imvanex, é uma vacina de vírus vivo não replicante. Foi desenvolvida originalmente para a prevenção da varíola humana. Por ser não replicante, a MVA-BN é considerada mais segura, especialmente para indivíduos imunocomprometidos e pessoas com certas comorbidades, incluindo aquelas com dermatites atópicas ou outras condições cutâneas.

- **LC16m8:** Esta vacina de vírus vivo atenuado, minimamente replicante, é uma versão modificada da vacina contra a varíola, autorizada no Japão para a prevenção da varíola e da mpox.

- **ACAM2000:** É uma vacina de vírus vivo, replicante, derivada de uma cepa de vacina contra a varíola. Embora eficaz na prevenção da mpox, a ACAM2000 tem um perfil de efeitos colaterais mais significativo em comparação com as vacinas não replicantes, com restrições de seu uso em pessoas com comprometimento imunológico ou determinadas condições cutâneas preexistentes.

Embora a infecção prévia com mpox possa oferecer alguma proteção contra casos subsequentes, dados globais indicam que essa proteção não é completa. Casos de reinfeção foram documentados, embora os reinfectados geralmente apresentem quadros menos graves.

- **Isolamento e Controle de Infecção:** Indivíduos com mpox devem ser isolados até que as lesões tenham cicatrizado e nova pele tenha se formado.

- **Desinfecção de Superfícies:** Lares onde indivíduos com mpox estiveram vivendo devem ser desinfetados, e roupas de cama usadas por indivíduos infectados devem ser lavadas para prevenir a transmissão via fômites.

• **Estratégias de Prevenção e Controle:** Diante do potencial de gravidade da doença em crianças, estratégias de prevenção têm sido fundamentais. O uso de profilaxia pós-exposição (PEP) foi uma abordagem recomendada para crianças expostas ao vírus. Um estudo relatou que apenas 14% dos contatos pediátricos expostos ao mpox em lares receberam PEP, indicando uma lacuna significativa nas medidas preventivas disponíveis.

Vacinas contra a mpox também têm sido avaliadas no contexto pediátrico. Um estudo recente na Inglaterra avaliou a segurança e a resposta imune da vacina MVA-BN em 87 crianças durante um surto de mpox. Os resultados mostraram que a vacina foi bem tolerada, sem eventos adversos graves, e gerou uma resposta imune humoral eficaz, oferecendo proteção potencial contra a doença.

9. Conclusão

O atual surto de mpox, embora pareça associado a um baixo risco de expansão em países fora da África, como o Brasil, continua a representar uma ameaça significativa. Apesar das diferenças na epidemiologia das infecções pelos clados I e II da mpox, ambos podem infectar crianças e adolescentes e têm o potencial de causar morbidade e mortalidade significativas, incluindo hospitalização, perda de visão, doença grave e morte. Durante o surto de 2022, vacinas e medicamentos antivirais começaram a ser amplamente utilizados pela primeira vez para prevenir e tratar a mpox, mas ainda com limitadas informações sobre sua eficácia e segurança em pacientes pediátricos. A implementação de estratégias de prevenção, como a vacinação e a profilaxia pós-exposição, aliada a uma comunicação eficaz, são essenciais para mitigar os impactos da doença. A vigilância contínua em relação ao comportamento clínico da mpox em crianças e o desenvolvimento de terapias seguras e eficazes continuarão sendo cruciais para proteger esse grupo de risco.

Referências Bibliográficas

1. https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/#5_Genomic_epidemiology. Acesso em 25 de setembro de 2024.
2. https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/mm7319a3.htm?s_cid=mm7319a3_w. Acesso em 25 de setembro de 2024.
3. https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/#3_Global_situation_update. Acesso em 25 de setembro de 2024.
4. <https://www.paho.org/en/documents/epidemiological-update-mpox-americas-region-10-september-2024>. Acesso em 10 de setembro de 2024.
5. <https://www.paho.org/pt/noticias/14-8-2024-diretor-geral-da-oms-declara-surto-mpox-como-uma-emergencia-saude-publica>. Acesso em 10 de setembro de 2024.
6. https://worldhealthorg.shinyapps.io/mpx_global/#1_Overview. Acesso em 25 de setembro de 2024.
7. [https://www.who.int/news/item/19-08-2024-first-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-upsurge-of-mpox-2024](https://www.who.int/news/item/19-08-2024-first-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-upsurge-of-mpox-2024). Acesso em 19 de agosto de 2024.
8. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/39177977/>. Acesso em 17 de setembro de 2024.
9. <https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2024-DON528>. Acesso em 20 de setembro de 2024.
10. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378522/WER9934-eng-fre.pdf>. Acesso em 17 de setembro de 2024.
11. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9620439/>. Acesso em 17 de setembro de 2024.
12. <https://www.gov.uk/guidance/monkeypox#clinical-features>. Acesso em 17 de setembro de 2024.
13. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30981594/>. Acesso em 17 de setembro de 2024.
14. <https://www.cdc.gov/mpox/hcp/laboratories/index.html>. Acesso em 17 de setembro de 2024.
15. <https://www.eurosurveillance.org/content/10.2807/1560-7917.ES.2024.29.32.2400486>. Acesso em 10 de setembro de 2024.
16. <https://www.cdc.gov/mpox/hcp/clinical-care/index.html>. Acesso em 10 de setembro de 2024.
17. <https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.1005769107>. Acesso em 10 de setembro de 2024.
18. <https://academic.oup.com/ije/article-abstract/17/3/643/729853>. Acesso em 10 de setembro de 2024.
19. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/health-topics/monkeypox/draft_sprp_mpx_2024.pdf?sfvrsn=6d9df725_1&download=true#:~:text=This%20Mpx%20Global%20Strategic%20Preparedness,%2C%20regional%2C%20and%20national%20efforts. Acesso em 10 de setembro de 2024.
20. <https://www.fda.gov/media/131078/download>. Acesso em 10 de setembro de 2024.
21. https://www.who.int/docs/default-source/documents/health-topics/smallpox/abstract-2005-l-c16m8-attenuated-smallpox-vaccine.pdf?sfvrsn=e388d477_1. Acesso em 10 de setembro de 2024.
22. <https://www.fda.gov/media/75792/download>. Acesso em 10 de setembro de 2024.
23. <https://www.cdc.gov/mpox/hcp/infection-control/at-home.html>. Acesso em 10 de setembro de 2024.
24. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10965207/>. Acesso em 10 de setembro de 2024.
25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37336224/>. Acesso em 10 de setembro de 2024.

Homenagens e Destaques

Pediatra recebe prêmio exclusivo da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas

No dia 16 de agosto, o acadêmico José Martins Filho recebeu a Láurea Humanitas em Saúde da Sociedade de Medicina e Cirurgia de Campinas (SMCC). A honraria foi criada especialmente reconhecer o trabalho do médico, um grande defensor do aleitamento materno, que já havia recebido o Prêmio Paes Leme, em 2011, o maior oferecido pela própria SMCC. A entrega da Láurea aconteceu durante a cerimônia dos Prêmios Mérito Científico, Mérito Acadêmico Graduando e Pós-graduando e Paes Leme.

Ainda no curso de Medicina pela Universidade de São Paulo (USP), em Ribeirão Preto, José Martins Filho já demonstrava interesse pela Medicina Preventiva e Social e a Pediatria. A partir da proximidade com essas áreas, integrou o Departamento de Medicina Preventiva e Social da Universidade de Campinas (Unicamp), onde trabalhou no ambulatório de puericultura. Logo após, seguiu para a Pediatria Clínica e Neonatologia, nas quais se especializou durante sua carreira, focando sempre na nutrição infantil, aleitamento materno e nas questões socioeconômicas relacionadas à proteção das crianças.

Presidindo o Grupo Nacional de Estímulo ao Aleitamento Materno do Ministério da Saúde e colaborando com a Sociedade Brasileira de Pediatria, Martins Filho, contribuiu para o incentivo ao aleitamento no Brasil e no exterior, como consultor da Organização Mundial da Saúde e da Organização Pan-americana da Saúde em países da América Latina, Ásia e Europa.

A profícua pesquisa na área de desenvolvimento nutricional infantil e aleitamento materno rendeu a publicação de diversos trabalhos científicos.

Presidente da Academia Brasileira de Pediatria (ABP) em duas gestões, 2013-2015 e 2015-2017, ocupa a cadeira nº 21 da ABP.

Presidente da ABP é homenageada

No dia 25 de setembro, a Dr^a. Sandra Grisi, presidente da Academia Brasileira de Pediatria (ABP), recebeu homenagens do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da USP (FMUSP) em razão de sua aposentadoria.

Na cerimônia, foi celebrada a trajetória acadêmica da pediatra e professora do Departamento, além de sua contribuição para a disciplina Pediatria Preventiva e Social da FMUSP.

Foto: SMCC



Fotos: Agnaldo Dias



Editoria Cultura e Arte

Educação em Saúde de forma lúdica

Se muitos adultos já têm medo de dentista, é possível imaginar como a criança, que precisa ir a um consultório com instrumentos e barulhos desconhecidos, se sente. Por isso, lidar com a Odontopediatria de forma lúdica, por meio de livros e desenhos, por exemplo, é o principal caminho para diminuir o receio dos pequenos com a especialidade e, ao mesmo tempo, difundir conhecimentos básicos de higiene e saúde geral e, principalmente, a bucal.

Membro do Grupo de Saúde Oral da Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP) e coordenadora do Grupo de Trabalho de Saúde Oral da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a odontopediatra Doris Rocha Ruiz acredita que “uma leitura lúdica e divertida, mas sem subestimar a inteligência da criança, colabora sempre com algo favorável ao desenvolvimento e novos aprendizados infantis. Um bom livro traz consigo o encantamento pela leitura e quando acontece em grupo incentiva a conversa sobre o tema e possibilita conhecimento e mudanças favoráveis a um estilo de vida mais saudável”. A especialista escreveu seis livros: “Dentista não é coisa do outro mundo”, “Eu e a escova”, “O troca-troca dos dentes”, “As incríveis descobertas no dia a dia com diabetes”, “O diário de uma boca em crescimento” e “Doodle book do outro mundo” [Livro de rabiscos, em tradução livre].

Em entrevista ao Boletim da Academia Brasileira de Pediatria, Doris, que é especialista em Odontopediatria, CROSP/CFO, mestre em Ciências pela Disciplina de Endocrinologia da Faculdade de Medicina da UNIFESP e doutora em Ciências pela Disciplina de Pediatria Neonatal e Terapia Intensiva Pediátrica da Faculdade de Medicina da FMUSP, conta como os livros têm sido recebidos, a sua opinião sobre essa aversão à dentista e mais. Confira!

ABP: Por que a senhora acha que tantas crianças têm receio de ir ao dentista? A senhora acha que pode ser algo que vem dos próprios responsáveis? E o que pode ser feito para atenuar esse medo?

Doris Ruiz: É normal ser assim, afinal, é tudo novo e pode ser um pouco assustador. No entanto, com a ajuda dos pais e de um livro cheio de aventuras, podemos descobrir que ir ao dentista é uma experiência divertida e importante para a nossa saúde. Considero que crianças podem ter receio de forma muito natural a alguma situação nova para a sua rotina, sejam estas atividades simples ou complexas para o seu dia a dia. Por exemplo,

um “aviso inesperado” dos pais para brincar em um novo local, viajar, mudar de escola, almoçar na casa de um amigo ou consultar um médico ou dentista. Essas situações podem gerar ansiedade na véspera e, em especial, na hora de sair de casa. A criança com temperamento mais difícil, introvertida ou que simplesmente possua o “medo do novo” por ansiedade relacionada a uma experiência anterior própria ou pela criação imaginária baseada em histórias que escutou de amigos ou outros familiares pode se tornar mais vulnerável a ter atitudes de contestar ou negar o convite. Os adultos, em especial os pais, precisam estar atentos porque é a dinâmica familiar e social que pode favorecer ou piorar esta circunstância. A proposta deste livro é



justamente dar suporte aos pais, professores e profissionais da saúde, fomentar o diálogo do tema da consulta ao dentista, seja a primeira consulta ou não. Deste modo, o livro “Dentista não é coisa do outro mundo” foi planejado por uma especialista em Odontopediatria e uma ilustradora com formação pedagógica, para que o tema fosse abordado de uma forma verbal no texto e não verbal nas ilustrações, dentro do universo de compreensão infantil e colaborar na relação de confiança e criação de vínculo entre dentista, paciente e família, com forte apelo ao letramento em saúde oral para favorecer aos cuidados responsivos. No livro, o personagem Teodoro se surpreende com a notícia da consulta no dentista, mas no final Teodoro ele aprende que dentista não é coisa do outro mundo. Sendo assim, devemos ter em mente que a leitura colabora no reforço da consulta preventiva e dos cuidados orais até das crianças que já frequentam regularmente o dentista. O objetivo da leitura é proporcionar uma percepção positiva do ambiente e do seu dentista. Este contexto favorece o aprendizado da relação do seu presente e do futuro: “causa e efeito”, como: “vou ao dentista e aprendo que é bom para a minha saúde”.

ABP: Como surgiu a ideia de escrever os livros?

Doris Ruiz: Aos 4 anos de idade, eu já contava para minha mãe que eu gostaria de ser dentista de criança quando eu crescesse. Eu não sabia falar a palavra “dentista”, mas já sonhava em cuidar dos sorrisos das crianças. Por outro lado, como as crianças da época, encantava-me brincar e ler livros infantis, em especial os de Monteiro Lobato. Assim, sempre trouxe comigo a importância da relação dos sonhos e das memórias afetivas conquistadas com uma boa literatura infantil, no contexto do desenvolvimento das habilidades cognitivas e emocionais do indivíduo. A vida seguiu, e com a formação profissional em Odontologia, a especialização em Odontopediatria, o mestrado e doutorado na Faculdade de Medicina direccionei a minhas ações à promoção da saúde oral de forma integral e integrada para favorecer a boa qualidade de vida infantil, com as orientações durante o pré-natal odontológico, seguindo com o atendimento odontopediátrico preventivo da fase neonatal ao final da adolescência. Observei nesta trajetória clínica e universitária que havia carência de material odontológico complementar que permitisse uma leitura com embasamento científico para as condutas profissionais que atendessem ao universo infantil, que as envolvessem através de uma leitura lúdica, divertida, com a compreensão emocional e cognitiva da faixa etária de dentição decídua. Assim, surgiu a ideia de escrever livros infantis que promovessem saúde oral. Alguns anos depois, durante uma consulta de rotina odontopediátrica, conversei deste meu



projeto com uma mãe de paciente, educadora e ilustradora, que se identificou com a proposta e iniciamos uma parceria perfeita em 2009, que segue até hoje, na qual juntas editamos seis livros infantis: “Dentista não é coisa do outro mundo”, “Eu e a escova”, “O troca-troca dos dentes”, “As incríveis descobertas no dia a dia com Diabetes”, o “O diário de uma boca em crescimento” e o “Doodle book do outro mundo”. Aguardem novidades para breve.

ABP: A senhora pode falar um pouco sobre eles, os temas escolhidos, as ilustrações?

Doris Ruiz: A criatividade é uma aliada poderosa na hora de ensinar os pequenos sobre a importância da saúde oral. Através de livros, desenhos e músicas podemos transformar o cuidado com os dentes em uma aventura divertida. Os livros, por exemplo, são muito mais do que simples histórias, eles nos levam a mundos mágicos onde cuidar dos dentes se torna uma grande aventura. Toda a produção dos livros tem uma característica peculiar que considero o grande

diferencial, porque que não é uma simples tradução para a língua portuguesa, seja voltado aos brasileiros ou portugueses, porém, como falei anteriormente, é realizado por especialistas das áreas e é específico e envolvente para nossas culturas e valores familiares. Além disso, as crianças são cada vez mais induzidas aos jogos e livros com informações incorretas ou que não colaboram com o estímulo da sua criatividade e imaginação. Ao mesmo tempo, muitos livros infantis voltados à odontopediatria mostram doenças orais, como bactérias e dente com cárie, entre outros detalhes que podem assustar as crianças. Tenho certeza que a minha vasta experiência na clínica odontopediátrica promovendo saúde oral infantil, com ações e aconselhamentos baseados em evidências, me permitiu um olhar criterioso para as informações geradas no texto e nas ilustrações, para que tivessem como resultado, alegrar e gerar uma mensagem positiva ao público infantil com relação ao conhecimento e cuidados dinâmicos do crescimento e desenvolvimento infantil e do autocuidado com saúde. Somando o fato de que a Inês Quintanilha McGee tem papel fundamental na perfeita qualidade, criatividade e sensibilidade das ilustrações que complementam e dão vida a história. Essa coleção de livros foca na introdução de temas de saúde com harmonia entre a ciência o lúdico, o nosso personagem principal é o Teodoro, um alegre e espontâneo monstrinho amado pelos leitores infantis, tornando a leitura dos livros leve e atraente, levando como principal mensagem o cuidado com a saúde da boca em diferentes fases da infância. Seguindo as orientações de cada página, o núcleo familiar é incentivado a estar junto da criança e apoiá-la em todos os cuidados diários.

O livro “Dentista não é coisa do outro mundo” é voltado às crianças com a dentição decídua sendo dividido basicamente em três tópicos fundamentais ao letramento em saúde oral: consulta preventiva ao dentista, os hábitos de higiene oral e de alimentação e suas repercussões na saúde como um todo e na qualidade de vida infantil, sempre valorizando a importância das funções orais no bem-estar e atividades, como comer, beber, falar, cantar, sorrir e fazer caretas. Além, da informação de cuidar dos produtos utilizados, não desperdiçar pasta de dentes e água durante a escovação.

O livro “O troca-troca dos dentes” alcança a criança que está com dentes permanentes erupcionando na boca, onde o personagem Teodoro compartilha suas dúvidas e vivências. A leitura esclarece o motivo da troca dos dentes e valoriza a grande importância dos dentes de leite e permanentes em nossas vidas. Reforça o contexto de que a troca dos dentes é um momento muito especial para a criança e sua família. É uma história original e inovadora que reporta que os dentes de

leite ao amoleceram e caírem naturalmente ou extraídos pelo dentista podem ser reutilizados nas faculdades de Odontologia para ensino e pesquisa. Explica de maneira lúdica para as crianças que existem células-tronco nos dentes de leite, sendo esta a razão das campanhas para se doar os dentes de leite para as universidades.

ABP: Como os livros têm sido recebidos pelo público pediátrico e pelos próprios colegas odontopediatras?

Doris Ruiz: O livro “Dentista não é coisa do outro mundo” foi publicado em 2009 e está agora na terceira edição e o “O troca-troca dos dentes”, publicado em 2011, na segunda edição, ambos foram e continuam sendo muito bem recebidos pelo público pediátrico e pelos próprios colegas odontopediatras e de demais áreas da saúde. Com certeza, a boa aceitabilidade veio pelo fato que esta coleção conseguiu aproximar a arte e a ciência de forma divertida e interessante ao nosso público-alvo. A criança é conduzida por um conteúdo lúdico que fomenta a imaginação, curiosidade e criatividade pessoal. Como resultado, a criança percebe seus próprios sentimentos através das vivências do personagem principal da coleção, ao letramento sobre os cuidados profissionais e o autocuidado de promoção da saúde oral como forma de cuidar da saúde como um todo, do bem-estar e da boa qualidade de vida. Estes livros nos permitiram participar de diversos projetos sociais em ONGs, comunidades e universidades, congressos de Odontologia e Medicina, além de entrevistas em TV, jornais e revistas. Com muito entusiasmo, participamos de projetos culturais tais como feiras de livros, projetos culturais em escolas públicas e privadas, Projeto “Lê para mim” no Museu da Língua Portuguesa, em São Paulo, e no Forte de Copacabana, no Rio de Janeiro, entre outras ações. Os livros inicialmente foram editados no formato impresso no Brasil. O livro “Dentista não é coisa do outro mundo” teve também o formato

on-line, que obteve a marca de mais de um milhão de acessos até o ano de 2023 em diversas plataformas. Este ano, sentimos a necessidade de uma atualização da história, bem como ter ilustrações mais contemporâneas. Deste modo, iniciamos a edição impressa dos livros “Dentista não é coisa do outro mundo” e o “O troca-troca dos dentes” com a Editora Letras Lavadas e é distribuído em Portugal Continental e Ilhas. No Brasil, o formato on-line está na plataforma “Árvore de Livros” com a acesso gratuito para todas as escolas públicas e privadas e caminhando para a edição impressa no Brasil.

ABP: Em sua opinião, como a arte e a literatura contribuem para a educação em saúde e na aproximação dos jovens a temas como escovação e cuidados odontológicos?

Doris Ruiz: Acredito que uma leitura lúdica e divertida, mas sem subestimar a inteligência da criança, colabora sempre com algo favorável ao desenvolvimento e novos aprendizados infantis. Um bom livro traz consigo o encantamento pela leitura e quando acontece em grupo incentiva a conversa sobre o tema e possibilita conhecimento e mudanças favoráveis a um estilo de vida mais saudável. É fato que a arte desempenha um papel primordial na educação infantil porque é o ponto de conexão do mundo real com o mundo infantil. Os recursos artísticos podem ser simples, mas necessitam ser sensíveis e efetivos, a fim de favorecer o desenvolvimento cognitivo, intelectual e emocional da criança. Tenho certeza de que conseguimos este equilíbrio entre enredo e ilustrações, associados a um layout que interage ao complexo envolvimento do mundo infantil. A sensibilidade artística de autores de livros infantis voltados à saúde deve visar o

entendimento lúdico como forma de conectar a criança e a ciência, fomentando a escolha de comportamentos saudáveis na rotina diária, importantes no processo de crescimento dinâmico e individual infantil. Além, é claro, de que um livro impresso é uma arte interativa e divertida que promove conceitos e emoções, com a vantagem única do leitor por si só tocar, virar as páginas, possibilitar marcações e direcionar a criança para um mundo fascinante com diferentes percepções, estímulos e sensações. Algo que ajuda a habilidade motora e cognitiva, tão importante ao aprendizado da escovação dos dentes. Entendo que quando o livro infantil é realizado com carinho e muita atenção nos detalhes, a leitura prende, fortalece o entendimento, a imaginação e a criatividade da criança. Nos nossos livros, a criança se diverte ao imaginar que um dentista pode ser “peludo com antenas”, uma pasta de dentes pode ter “sabor de minhoca-marçiana”, ou pode existir um “porco desastrado com asas e voando” para ajudar a fada dos dentes. Assim, a criança se identifica com algum personagem e se delicia com a história, compreendendo melhor a nova situação que se aproxima, no caso a consulta preventiva no dentista. Isto pode nutrir o desejo de buscar novos conhecimento em novos livros.



Veja a entrevista
acessando pelo
QR Code.



Entrevista com o Acadêmico

“Nós não tratamos doenças. Nós tratamos doentes”, Sheila Knupp Feitosa de Oliveira



Nesta edição, o Boletim ABP conversou com a pediatra e reumatologista Sheila Knupp Feitosa de Oliveira. Durante o bate-papo, a ocupante da cadeira nº 2 da Academia Brasileira de Pediatria (ABP) perpassa pela sua formação, a escolha pela Reumatologia e o papel da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da própria ABP no crescimento da especialidade no país.

Autora dos livros como História da Reumatologia Pediátrica e Reumatologia para Pediatras, além de participar da organização de outras publicações, a pediatra fala sobre a importância de manter memória da especialidade no Brasil.

Boletim ABP: Por que escolheu estudar Medicina? Teve alguma influência?

Eu me lembro que, quando eu era criança me perguntavam o que eu queria ser quando crescesse e eu respondia: “Eu quero ser professora e médica”. Não tinha nenhum médico na minha família, nenhum doente que precisasse de médico. Eu só achava uma profissão bonita e atribuía o ato de curar pessoas a algo muito interessante. Quanto a ser professora, muitas tias minhas eram professoras. Naquele tempo, ser professora primária e trabalhar meio período era interessante porque teria meio período só de trabalho e o resto poderia ficar em casa cuidando da família. Então, isso era o modelo natural.

Na minha adolescência, comecei o curso normal para ser professora, conforme as expectativas. Mas, quando eu comecei o curso, eu achei que aquelas matérias Didática da Linguagem, Didática da Aritmética não iam me dar a base para fazer um vestibular para medicina. Então, resolvi fazer o curso científico à noite e de manhã o Normal. Acontece que eu terminei o curso Normal e passei na faculdade que eu queria, na Faculdade Nacional de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). E foi uma alegria muito grande ter participado daquele mundo novo que se abria para mim. E eu, que sempre tinha estudado em escola pública, continuava na universidade pública. Mas é num ambiente em que a maioria era do sexo masculino, porque só um-quarto da minha turma era feito de meninas. E foi muito interessante porque comecei aquele novo desafio numa área que ninguém trabalhava na minha família naquele campo.

Com o passar do tempo, percebi que poderia ser professora de medicina e juntar as minhas duas vontades que eu tinha desde criança. E assim fui me entusiasmando a criar em mim essa vontade de seguir uma vida acadêmica.

Eu já sabia que eu queria fazer pediatria desde o início da faculdade. Gostava de criança, tinha vontade de ser professora primária. E quando a gente começou, então, lá na pediatria, no quinto ano, eu

dizia que era ali que queria ficar. Conheci o professor Pernetta, simples, dava aula de uma forma tão gostosa. Escrevia os livros de um jeito fácil, também transmitindo a experiência dele. E isso se tornou um modelo para mim.

Então, tive a sorte de, logo que terminou o curso da faculdade, entrar para a pós-graduação. Defendi tese e, quatro anos depois de formada, eu já pude fazer o concurso e ser aprovada como professora assistente da pediatria. Toda a minha vida foi exercida dentro do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), que é o hospital de crianças que pertence à UFRJ. A minha aprovação foi um dos dias mais felizes, pois foi o pontapé para a minha vida profissional.

Boletim ABP: E como foi o caminho para a Reumatologia?

Quando eu entrei no corpo docente do Departamento de Pediatria do IPPMG, era uma época em que as especialidades pediátricas estavam se formando e eu queria fazer uma coisa diferente. Eu queria começar alguma coisa e não sabia bem o que era. Mas eu queria começar também uma especialidade. E coincidiu de ser a mesma época da inauguração do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, que é um hospital universitário (HU) para adultos da UFRJ, e as clínicas médicas foram transferidas para o HU. Elas funcionavam em cinco serviços diferentes e um desses serviços já estava atendendo crianças com enfermidades reumáticas e eles não poderiam atender criança no hospital de adulto.

Então, o professor Israel Bonomo, que era o chefe desse serviço, entrou em contato com o chefe do Departamento da Pediatria e perguntou se tinha alguém interessado em fazer reumatologia e absorver esses pacientes que já estavam sendo atendidos lá pelo serviço. Era a oportunidade certa no momento certo, e eu comecei o atendimento.

Lógico que minha formação de reumatologista não existia praticamente. Tive contato no terceiro ano do curso médico. Cheguei até a apresentar um caso de lúpus na clínica médica, mas eu precisava estudar mais. A as portas se abriram para eu fazer um estágio de especialização em reumatologia no próprio HU, que tinha sido aberto.

Eu não podia ir para fora do país, porque eu estava começando o meu contrato de professora na universidade, e eu fui fazer a reumatologia. Tanto que eu tenho o título de especialista em pediatria, especialista em reumatologia. Mesmo assim, às vezes eu precisava de apoio, de alguém que entendesse mais de criança. E, quando eu tinha um caso muito complicado, eu escrevia carta para os autores dos livros, dos papers, dos artigos que eu buscava ler e entender tudo para formar, já que eu era pioneira e não tinha um modelo onde me inspirar. Eu comecei também a procurar serviços para visitar durante as minhas férias. E assim eu fui formando a minha experiência.

Dez anos depois, o serviço já estava bem crescido, bem grande. Eu abri o primeiro curso de Especialização de Reumatologia Pediátrica e comecei a formar novos especialistas. Cheguei a formar 30 especialistas até o momento em que eu parei com esse tipo de atividade. E assim foi crescendo a reumatologia.

Esses contatos que eu tive também no exterior me ajudaram a participar de conferências de consenso internacional, me auxiliaram a fazer pesquisas multicêntricas internacionais, porque às vezes eram doenças raras. Então, havia a necessidade de juntar muitos pacientes para fazer casuísticas, para poder estudar adequadamente essas doenças. E nós levamos, então, o Brasil dentro desses grupos internacionais para praticar a reumatologia pediátrica.

Boletim ABP: Uma de suas linhas de pesquisa está ligada à cultura de avaliação da qualidade de vida de pacientes pediátricos reumáticos. Como pensar em inserir a qualidade de vida no cuidado?

Em 2007, eu usei um questionário especificamente construído para avaliar a qualidade de vida em crianças com artrite idiopática juvenil. Eu tinha interesse em saber como a doença afeta a qualidade de vida. Conforme a Organização Mundial de Saúde diz, a saúde é uma sensação de bem-estar físico, mental e social. Não é só a doença, não é só o corpo que importa.

E até o final do século passado, o foco era mais em remissão da doença, controle dos sintomas, laboratório normal e pouco se preocupava com a qualidade de como aquilo estava afetando a vida da criança e da família. Então, foi reconhecido que esse questionário, de maneira informal, deve ser incluído dentro da anamnese e da história do dia a dia, aspectos relacionados a esse bem-estar,

que vai resultar na qualidade de vida do paciente; mostrando mais uma vez que essa parte da conversa, da história, às vezes é mais importante para você conseguir aderência do paciente no tratamento, a confiança dele em você e te contar em detalhes tudo o que acontece na vida dele. Nós não tratamos doenças. Nós tratamos doentes e nós precisamos então saber mais da intimidade desses pacientes.

Assim, a lição que fica é isso: tem que fazer, conversar com o paciente, a consulta tem que ser demorada, porque senão não quebra o gelo. Então, a gente tem que levar os aspectos da vida do paciente.

Boletim ABP: A senhora também é atuante na SBP, participando de departamentos, por exemplo. Como é contribuir para o crescimento de colegas pediatras, mas principalmente para a evolução dos cuidados com a criança e o adolescente?

Bom, eu contribuí na universidade formando especialistas. Multipliquei isso e distribuí para as outras universidades, outros serviços. Tem gente atendendo reumatologia pediátrica. Mas a oportunidade que a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) dá para o especialista é poder entrar em contato com todos os pediatras, o pediatra geral, aquele que vai reconhecer os sintomas e vai desconfiar que é uma doença reumatológica, que vai encaminhar. Então, acho que é muito importante a gente atuar junto da Pediatria, e a Sociedade oferece essa oportunidade através dos departamentos. Os Departamentos Científicos da Sociedade Brasileira de Pediatria são muito atuantes.

O Departamento de Reumatologia foi formado há 30 anos, durante um congresso da Sociedade Brasileira de Pediatria e estava numa mesa de artrite em criança. E ao final da discussão no debate, nós pudemos identificar cinco serviços que já estavam atuando em reumatologia pediátrica, dois no Rio de Janeiro, eu no IPPMG e a Dra. Eneida Azevedo no Hospital de Servidores do Estado, e três em São Paulo, um na Santa Casa, com a Dra. Wanda Bastos, um na USP, com a Dra. Maria Helena Kiss, e o terceiro na Unifesp, com o Dr. José Goldenberg e a Dra. Maria Odete Hilário. Nós nos reunimos e começamos a traçar planos para o futuro.

O primeiro trabalho que nós fizemos em grupo foi um trabalho multicêntrico com

anti-inflamatório em criança. Depois fizemos um manual de reumatologia pediátrica, que foi distribuído para os pediatras para tomarem conhecimento, já que ainda não tínhamos um livro dedicado para pediatria sobre isso. E começamos a elaborar e fazer reuniões científicas e congresso.

Iniciamos com o Congresso Brasileiro de Reumatologia Pediátrica, quando convidávamos sempre algum especialista estrangeiro que pudesse trazer uma experiência e enriquecer a nossa experiência também. E isso também ajudou a incentivar novos pediatras a buscar a especialidade que estava crescendo no país. E fizemos então cursos; isso abriu um leque de cursos nos próprios serviços e praticamente hoje quase todos os estados do Brasil têm especialistas em reumatologia pediátrica, todos muito bem formados e é um pré-requisito ter também o Título de Habilitação em Reumatologia Pediátrica, que é fornecido pela SBP e pela Sociedade de Reumatologia, que trabalham em conjunto e que reconhecem a necessidade de ter um especialista em reumatologia atuando junto das crianças.

Boletim ABP: A senhora faz parte da Academia Brasileira de Pediatria. Como foi o processo para o ingresso?

Bom, geralmente quando abre uma vaga na Academia, é enviado um comunicado para todos os pediatras. Eu recebi esse e-mail dizendo que tinha uma vaga aberta. Li a qualificação necessária para me candidatar. Achei que eu preenchia os requisitos e me candidatei. Foi uma alegria saber que eu fui selecionada. Meses depois, eu fui receber a minha medalha.

Passei a ocupar a cadeira número 2, que é de Carlos Arthur Moncorvo Filho, que é um pediatra muito importante, filho do Moncorvo, que é o patrono da pediatria do Brasil, e que, por acaso, o pai dele, desse que é o patrono da minha cadeira, escreveu numa tese dele, lá no final do século passado, sobre artrite crônica juvenil. Então, ele, além de patrono da pediatria, eu acho que é patrono também da reumatologia pediátrica. E eu me senti meio em família, apesar de o filho nunca ter escrito nada sobre reumatologia. Agora, antes de mim, essa vaga tinha sido ocupada também por um outro importante infectologista no Brasil, o Dr. Edward Tonelli. Eu também tenho muito orgulho de estar nessa cadeira.

Boletim ABP: E, para a senhora, o que a ABP representa para os pediatras?

Eu vejo a Academia como formada por pediatras excelentes, que se distinguiram durante toda a vida no cuidado da criança e do adolescente. São pessoas que não pararam de trabalhar. Alguns ainda estão na ativa, outros se aposentaram, mas continuam interessados e trabalhando a favor da criança, não mais na assistência para protocolo, para rotina. Isso é função da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Na ABP, a intenção é manter um diálogo aberto com a sociedade como um todo, participando de atividades universitárias, mas também junto com entidades médicas e governamentais.

Os temas dos nossos fóruns, a gente tem praticado um fórum por ano, geralmente versam sobre essas áreas de interesse da Academia, que são educação, violência, família, ações governamentais, tudo o que envolve criança e adolescente.

Outra área de interesse da Academia também é preservar nossa história. Preservar a história da pediatria. E temos um projeto até de escrever sobre as especialidades. A primeira especialidade que escreveu sua história foi a infectologia. Em 2020, eu publiquei um livrinho sobre a história da reumatologia pediátrica também. Tudo isso que eu contei com mais detalhes. Acho que é uma história bonita para ser contada.

E ano passado teve a história da neonatologia pelo professor Navantino, e acho que é um projeto que vai se estendendo e não vai deixar tanto nome importante, pessoas que fizeram bem para a pediatria do Brasil não ficar esquecida.

Boletim ABP: Hoje, com a sua experiência, tem algum conselho ou ensinamento que gostaria de ter recebido no início de sua caminhada na Medicina e agora quer passar adiante?

Eu acho que a gente planeja a vida, mas por mais que se planeje, as coisas vão acontecendo. Às vezes, não são do jeito que a gente quer, mas a gente vai se adaptando. O importante é não perder o foco. O importante é não desistir. O importante é trabalhar com amor, com afeto, amor ao próximo. O importante é ensinar. Mesmo não sendo professora, você tem que ensinar.

Você tem que ensinar a mãe, ensinar o paciente sobre a doença. Você tem que apoiar a família nas dificuldades. Eu acho que tudo isso dá muito trabalho, mas isso no final dá uma alegria imensa e o retorno é fabuloso. Vale a pena.

Boletim ABP: A senhora gostaria de deixar algum recado para os pediatras do Brasil?

A pediatria é uma ótima especialidade. Abrange a parte mais importante da vida. Não é a maior, mas é a mais importante, mais cheia de mudanças e vai do período neonatal até o fim da adolescência.

É um período de grandes mudanças. O pediatra é responsável pelo futuro. Você vai manter a saúde física, mental, social. E a importância do pediatra é fundamental para esse ser vivo que vem se desenvolvendo em todos esses aspectos.

Notícias do 24º Fórum ABP

24º Fórum da Academia Brasileira de Pediatria

Comissão Organizadora

No dia 29/08/2024, realizou-se, em Fortaleza, o 24º Fórum da Academia Brasileira de Pediatria. A Sociedade Cearense de Pediatria (Socep) foi a anfitriã e recebeu uma numerosa plateia em sua bela sede na capital cearense. Médicos e educadores tiveram a oportunidade de dialogar e propor soluções para um futuro melhor às crianças brasileiras, conforme destacou a Dra. Anamaria Cavalcante e Silva, 2ª vice-presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Uma rica programação foi apresentada durante o Fórum. Entre os destaques, a mesa-redonda sobre o desenvolvimento infantil abordou a importância dos primeiros seis anos de vida. O Prof. Saul Cypel, participante dessa mesa, exibiu um vídeo sobre a arquitetura cerebral. Também se discutiu a inclusão de crianças neuroatípicas no ambiente escolar.

Outra mesa de grande relevância foi a apresentação da UAPI — Unidade Amiga da Primeira Infância —, um projeto de sucesso que tem como objetivo resgatar a Puericultura como promotora do crescimento e desenvolvimento infantil, permitindo que as crianças atinjam seu pleno potencial. A UAPI também foi apresentada na área da Educação, e a Dra. Francisca Maria de Oliveira Andrade, representante do UNICEF, destacou o interesse da instituição em disseminar as UAPIs por todo o Brasil.

A mesa “Adolescer no Brasil” discutiu temas cruciais para essa faixa etária. O coordenador iniciou com um breve relato sobre a história da Medicina do Adolescente no Brasil e no mundo, seguido de uma homenagem aos pioneiros dessa área de atuação. Entre os temas relevantes discutidos estavam a prevenção da gravidez na adolescência e a apresentação do Programa Gente Adolescente.

O encerramento do Fórum foi marcado pela mesa “A Escola Promotora de Saúde”, na qual foram abordados temas como a prevenção de acidentes no ambiente escolar, alimentação saudável nas escolas e a atualíssima discussão sobre o uso excessivo de telas pelos adolescentes, além de como devemos agir diante desse cenário.

Estamos certos da assertividade do programa apresentado neste Fórum, evidenciado pelo intenso interesse e aplausos dos participantes em relação às apresentações.



Comissão de admissibilidade

Academia Brasileira de Pediatria (ABP) recebe até 4 de novembro as inscrições para a vaga de Acadêmico Titular

A Academia Brasileira de Pediatria (ABP) informa que estão abertas as inscrições para o preenchimento da vaga de Acadêmico Titular da cadeira de número 1, cujo Patrono é o professor dr. Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo, tendo como último ocupante o dr. Júlio Dickstein.

[ACESSE AQUI O EDITAL](#)

[ACESSE AQUI O REGULAMENTO](#)

[ACESSE A FICHA DE INSCRIÇÃO](#)

O prazo para encaminhar a documentação é até o dia 4 de novembro, conforme consta no edital. Os candidatos deverão enviar para o e-mail abp@sbp.com.br os seguintes documentos:

- Ficha de inscrição;
- Documentos descritos nos artigos 25º, 26º e 27º do Regulamento da Academia Brasileira de Pediatria (ABP).

A eleição do Acadêmico Titular ocorrerá na Assembleia Ordinária da Academia Brasileira de Pediatria, com data a ser definida e divulgada posteriormente. Outras informações poderão ser obtidas na secretaria da ABP pelo telefone (21) 2548-1999 ou pelo e-mail abp@sbp.com.br.



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 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)

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)

2ª Secretário

Dr. Claudio Hoineff (RJ)

3ª Secretário

Dr. Sidnei Ferreira (RJ)

Diretor Financeiro

Dra. Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

2ª Diretora Financeira

Dra. Donizetti Dimer Giamberardino Filho (PR)

3ª Diretor Financeiro