

Boletim informativo da Academia Brasileira de Pediatria



NESTA EDIÇÃO

Editorial

Emergência Pediátrica no Brasil e os desafios de uma jovem área de atuação

Histórias da Pediatria

Santa Casa do Pará: História e impacto na pediatria, formação profissional e pesquisa científica

Ética e Bioética

Terminalidade no pronto-socorro de crianças e adolescentes: uma análise ética e bioética

Comissão Científica

Febre de Oropouche

Homenagens

Acadêmica da ABP é homenageada durante o 41º Congresso Brasileiro de Pediatria

Acadêmicas da ABP lançam livros durante o 41º Congresso Brasileiro de Pediatria

Homenagem Póstuma

Dioclécio Campos Júnior, uma vida dedicada à pediatria

Editoria Cultura e Arte

Jogo educativo inspira meninas a se tornarem cientistas

Entrevista com o Acadêmico

Licia Moreira e neonatologia: um amor à primeira vista

Destaque

As lições que aprendi como editor do Jornal de Pediatria

Comissão de admissibilidade

Eleição para acadêmico titular da Academia Brasileira de Pediatria (ABP)



O ano já começou e, com ele, a oportunidade de transformar metas em conquistas e ideias em realizações! Estamos apenas no início, mas já vemos projetos ganhando vida, metas sendo alcançadas e a produtividade marcando presença.

Que 2025 seja um ano com propósito, cheio de desafios que nos impulsionem e resultados que nos inspirem a continuar.

Vamos juntos construir um ano repleto de sucesso e progresso!

Palavra da Presidente

Constituição da Resiliência: dos conhecimentos da neurociência às implicações para prática pediátrica

As teorias sobre o desenvolvimento da criança mudaram muito do início do século XX até os dias atuais. Das teorias normativas, que se pautavam em um padrão “de normalidade” a partir de uma ótica maturacionista, às teorias modernas, que buscam compreender o desenvolvimento infantil e suas variações considerando a influência dos fatores contextuais. O conhecimento sobre a constituição da resiliência acompanhou essa mudança de paradigma.

Dessa forma, a resiliência, ou capacidade de um indivíduo se adaptar a uma situação desfavorável, inicialmente era considerada como um atributo individual, dependente apenas de recursos psíquicos pessoais, mas, com os avanços nas teorias do desenvolvimento, passou a ser compreendida de uma forma mais abrangente e menos determinista. Acompanhando a nova perspectiva do desenvolvimento que surgiu na década de 70 com as teorias bioecológicas, a influência dos fatores contextuais começou a ser considerada no processo de aquisição da resiliência. Tanto os fatores protetores como a exposição a fatores de risco passaram a ser incorporados aos estudos, modificando a visão dos pesquisadores e dos profissionais envolvidos nos cuidados à criança e adolescente. Essa perspectiva mais abrangente e menos determinista vem modificando a assistência e permitindo muitos avanços nas intervenções direcionadas à promoção do desenvolvimento infantil.

A constituição da resiliência, atualmente, é compreendida a partir de uma abordagem integral e interdisciplinar, que incorpora diferentes conhecimentos relacionando as experiências e os efeitos neurobiológicos. Nesse sentido, os estudos da neurociência vêm trazendo inúmeros avanços, particularmente no

Dra. Sandra Grisi

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



conhecimento sobre o papel da exposição ao estresse na formação da arquitetura cerebral, impactos futuros e a aquisição de resiliência. Pesquisadores do Center on the Developing Child (CDC) da Universidade de Harvard, liderados por Charles Nelson e Jack Shonkoff, vêm demonstrando como as interações positivas no início da vida podem afetar positivamente a organização cerebral e, por outro lado, como a exposição ao estresse e a situações adversas pode ter o efeito contrário.

De acordo com esses estudos, o estresse pode ser classificado em três tipos: o estresse positivo, o tolerante e o estresse tóxico, que variam em intensidade, duração e cujos impactos dependem do grau de suporte que a criança recebe. O estresse positivo se refere a adversidades de menor intensidade e duração, sob as quais a criança recebe apoio e suporte adequados. Nessas circunstâncias, o estresse não gera impactos negativos, podendo estimular a aquisição da resiliência e/ou de novas habilidades. O segundo tipo de estresse, denominado tolerável, representa uma situação indesejável de maior intensidade e/ou duração, mas que na presença de suporte adequado faz com que a criança supere a adversidade, sem deixar sequelas. Por outro lado, o estresse tóxico, pode ter impactos negativos para a vida futura da criança. Esse terceiro tipo de estresse traduz a presença de eventos adversos de maior magnitude e/ou duração, na ausência de suporte e apoio por parte dos cuidadores. Nessa situação, a liberação de neurotransmissores e hormônios ligados ao estresse podem modificar o desenvolvimento da arquitetura cerebral e comprometer o desenvolvimento da criança. Dessa forma, essas pesquisas da neurociência consideram a forte influência dos fatores contextuais sobre os aspectos biológicos, a partir de mecanismos epigenéticos, representando avanços no conhecimento dos mecanismos de aquisição da resiliência.

As situações aos quais um indivíduo é exposto ao longo da vida demandam flexibilidade e capacidade de adaptação. Essas habilidades cognitivo-adaptativas e a capacidade de superar as condições adversas têm sido consideradas essenciais para o desempenho acadêmico, profissional, relacionamentos pessoais e bem-estar pessoal. Embora possam ser adquiridas ao longo de toda a vida, é durante a infância que existe a maior “janela de oportunidade” para que essas competências sejam desenvolvidas. Por outro lado, a exposição a experiências adversas no início da vida, na ausência de um cuidado sensível e responsivo, pode modificar essa trajetória.

Essa evolução teórica e o conhecimento dos mecanismos e dos fatores implicados no desenvolvimento da capacidade adaptativa às adversidades, orientam a prática assistencial pediátrica e podem embasar a formulação de intervenções e de políticas públicas voltadas à promoção da saúde da criança e do adolescente. O pediatra tem um papel fundamental na constituição da resiliência das crianças sob sua responsabilidade, uma vez que tem acesso às famílias e ao ambiente de vida durante o acompanhamento do desenvolvimento de seus pequenos pacientes. Com esse conhecimento pode orientar e intervir na proteção e na promoção do desenvolvimento das crianças com vistas à aquisição das habilidades cognitivo-adaptativas, levando em conta que as experiências do início da vida têm influência na organização da arquitetura cerebral e na capacidade de superar as adversidades que a vida impõe.

1. Masten AS, Barnes AJ. Resilience in Children: Developmental Perspectives. *Children* (Basel). 2018 Jul 17;5(7):98
2. Paribello P, Branchi I, Viglione A, Mancini GF, Morena M, Campolongo P, Manchia M. Biomarkers of stress resilience: A review. *Neuroscience Applied*. 2024; 3:104052.
3. Mendonça Filho EJ, Pokhvisneva I, Maalouf CM, Parent C, Mliner SB, Slopen N, Williams DR, Bush NR, Boyce WT, Levitt P, Nelson CA, Gunnar MR, Meaney MJ, Shonkoff JP, Silveira PP; JPB Research Network on Toxic Stress. Linking specific biological signatures to different childhood adversities: findings from the HERO project. *Pediatr Res*. 2023 Aug;94(2):564-74.
4. Shonkoff JP, Boyce WT, Bush NR, Gunnar MR, Hensch TK, Levitt P, Meaney MJ, Nelson CA, Slopen N, Williams DR, Silveira PP. Translating the Biology of Adversity and Resilience Into New Measures for Pediatric Practice. *Pediatrics*. 2022 Jun 1;149(6):e2021054493.
5. Shonkoff JP, Boyce WT, Levitt P, Martinez FD, McEwen B. Leveraging the Biology of Adversity and Resilience to Transform Pediatric Practice. *Pediatrics*. 2021 Feb;147(2):e20193845.

Editorial

Emergência Pediátrica no Brasil e os desafios de uma jovem área de atuação

A escolha da especialidade e a satisfação profissional de médicos resultam de um conjunto de variáveis interrelacionadas, dentre os quais destacam-se: a) Atuar em uma área assistencial desafiadora com estímulo constante para o crescimento profissional aliados à incorporação crescente de novos conhecimentos científicos, habilidades e tecnologias; b) Poder exercer sua atividade dentro de um sistema com requisitos mínimos de qualidade, infraestrutura e normas, podendo assim beneficiar um grande número de pessoas com sua atuação; c) Obter, por sua atuação e qualificação, uma remuneração compatível com sua responsabilidade e, também, o reconhecimento de seus pares. (1)

A especialidade de Emergência Pediátrica é uma área formadora de recursos humanos já que sua dinâmica exige profissionais que tenham desenvolvimento de habilidades técnicas, competências em diagnóstico rápido, manejo de situações críticas e execução de procedimentos técnicos essenciais, todos aliados a tomadas de decisões rápidas, experiência multidisciplinar e sensibilidade humanística.

Essa experiência abrangente transforma a emergência pediátrica em um campo essencial para a formação de médicos e outros profissionais da saúde, que desenvolvem suas competências técnicas e humanas baseadas em treinamento em situações de alta complexidade e aprendizado contínuo, resultando em modelos capazes de impactar na saúde pública.

Os recentes relatórios do sistema de vagas oferecidas nos EUA para programas de residência médica, revelam que os programas pediátricos de Neonatologia, Medicina Intensiva, Cardiologia e Emergência lideram em termos de oferta e procura de vagas. Dentre estes, o programa de Emergência Pediátrica destaca-se com uma taxa de 98% de preenchimento das vagas oferecidas (2,3). Paralelamente, pediatras com estas certificações estão entre os mais bem remunerados naquele país, com ganho anual oscilando entre 320 mil dólares (UTI



Jefferson Piva

Acadêmico Titular – Academia Brasileira de Pediatria
Professor Titular de Pediatria, Faculdade Medicina, UFRGS
Coordenador Médico das Áreas Pediátricas do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



João Carlos Santana

Membro do Departamento Científico de Emergência – SBP
Professor Adjunto de Pediatria, Faculdade Medicina, UFRGS
Professor de Pediatria, Curso de Medicina, UNISINOS
Chefe da Unidade de Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre



Patrícia M. Lago

Diretora da Associação Brasileira de Medicina de Emergência – ABRAMEDE
Professora Adjunto de Pediatria, Faculdade Medicina, UFRGS
Chefe do Serviço de Medicina Intensiva e Emergência Pediátrica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre

pediátrica), 300 mil dólares (Neonatologista) e 290mil dólares (Emergência Pediátrica). (4)

O Serviço de Emergência em nosso país, por uma série de fatores, é ainda uma área sem a identidade necessária e com uma realidade muito distante do acima apresentado. Neste setor crítico e desafiador atuam profissionais com diversas qualificações profissionais, mas poucos destes titulados em Emergência e/ou que se identifiquem com a especialidade. Parte deste problema se deveu a uma disputa política e ideológica envolvendo diversos atores (Clínica Médica, AMB, CFM, CNRM) que se estendeu até 2016, quando a Emergência foi finalmente reconhecida como especialidade e sendo premiada com programas de residência na especialidade e também na área de atuação em Emergência Pediátrica. Assim, apenas há oito anos o primeiro degrau foi ultrapassado, havendo um longo caminho a percorrer.

A regulamentação vigente para serviços de Urgência e Emergência foram publicadas pelo Conselho CFM há 10 anos (CFM 2077/2014 e CFM 2079/2014), quando ainda a especialidade não era reconhecida e, portanto, com uma realidade distante da atual. Torna-se, portanto, imperioso que os órgãos de saúde de nosso país e sociedades médicas envolvidas normatizem e regulamentem esta área vital para a população brasileira, a exemplo do que foi realizado no passado, com as unidades de medicina intensiva adulto, pediátricas e neonatais. Nesta regulamentação, deve haver hierarquização dos serviços, sendo classificados por sua complexidade, volume de atendimento, recursos materiais e humanos. Neste último aspecto, o número de profissionais com titulação na área deve ser um fator diferencial decisivo, inclusive, com impacto na remuneração destes especialistas.

Como observado em outros países, a partir da organização dos serviços de emergência é possível haver uma maior fixação de profissionais nestas áreas com impacto na eficácia assistencial e na geração de conhecimentos. As sociedades de Emergência nos países desenvolvidos estão entre as maiores e mais respeitadas sociedades científicas, exercendo grande influência nos programas de saúde e na produção de conhecimentos. Sem esta interação das sociedades científicas com os organizadores do sistema urgência e emergência de nosso país, seguiremos oferecendo para pacientes e profissionais de saúde um espaço carente em infraestrutura, pouco resolutivo, oneroso e dissociado dos avanços da saúde secundária e terciária oferecida nos diversos hospitais das regiões onde tais serviços estão localizados.

O que vemos hoje é um ciclo perverso que necessita ser rompido. A demanda crescente de pacientes necessitando de atendimentos de urgência exige serviços ágeis, organizados, hierarquizados e liderados por médicos experientes nesta área. Entretanto, a longevidade (fixação) médica nestes setores é muito baixa, com alta rotatividade e sendo precocemente exercida por jovens colegas sem a experiência e habilitação necessária. O resultado todos conhecemos: baixa resolutividade, aumento de custos por excesso de exames e insatisfação profissional. Mesmo quando ocorrem iniciativas de cativar este profissional com uma remuneração diferenciada, o que se observa é a falta de interesse para atuar em um sistema desorganizado, com alta demanda e carente de infraestrutura, gerando enorme insatisfação profissional e a sensação de ineficiência.

O desafio está posto! Ter a área de atuação reconhecida com programas de residência credenciados em emergência é apenas uma parte deste complexo sistema. Para atrair e formar especialistas nesta área se requer ações maiores com a organização e hierarquização do sistema, privilegiar os serviços com médicos titulados e, finalmente, a produção consistente de conhecimentos através de pesquisas e inovação nesta importante área da medicina.

Referências bibliográficas

1. Starmar AJ, Duby JC, Slaw KM et al. *Pediatrics* 2010;126(5):971-81
2. <https://hospitalmedicaldirector.com/results-of-the-2022-internal-medicine-and-pediatric-subspecialty-fellowship-match/> (acessado em 29/11/20244)
3. <https://www.nrmp.org/about/news/2021/12/nrmp-pediatric-specialties-match-results/> (acessado em 29/11/20244)
4. https://physiciansthive.com/physician-compensation/pediatrician/#pediatrician_pay_by_subspecialties (acessado em 29/11/20244)

Histórias da Pediatria

Santa Casa do Pará: História e impacto na pediatria, formação profissional e pesquisa científica

A Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA), fundada em 24 de fevereiro de 1650, é uma das instituições de saúde mais antigas do Brasil e pioneira na assistência à saúde na Amazônia. Reconhecida por sua excelência no atendimento materno-infantil, a FSCMPA consolidou-se como referência em cuidados pediátricos e neonatais na Região Norte, desempenhando um papel fundamental na redução da mortalidade infantil e materna e na formação de profissionais de saúde qualificados.

A FSCMPA oferece serviços de média e alta complexidade em obstetrícia, neonatologia, pediatria, clínica médica e cirúrgica, atendendo exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A instituição conta com mais de 500 leitos, sendo 60 leitos de enfermaria pediátrica, 30 leitos de unidade de terapia intensiva pediátrica (UTIP), 60 leitos de cuidados intermediários neonatais, 20 leitos de método canguru e 90 leitos de alojamento conjunto e 60 leitos de unidade de cuidados intensivos neonatais, além de possuir certificação de excelência (ONA-3), figurando entre os 15 melhores hospitais públicos do Brasil. Atualmente, a FSCMPA no auge dos seus 374 anos, pleiteia a missão de acreditação internacional pela metodologia *Qmentum*, que é um modelo de avaliação internacional de serviços de saúde, desenvolvido pela *Accreditation Canada*.



Emmerson Carlos Franco de Farias

Professor do curso de mestrado profissional em Gestão e Saúde na Amazônia FSCMPA

Doutor em Pediatria e Ciências Aplicadas à Pediatria EPM - UNIFESP

Doutor em Neurociências e Biologia Celular UFPA

Patrícia Barbosa Carvalho

Doutorado em Doenças Tropicais NMT/ UFPA

Coordenadora Geral da Residência Médica da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Responsável técnica uti pediátrica Oncológica do Hospital oncológico infantil Otávio Lobo

Mary Maia

Preceptora da UTI pediátrica da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

Doutora em Farmacologia e Bioquímica pela UFPA

Coordenadora da UTI Pediátrica da Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará

A estruturação dos serviços pediátricos e neonatais

Na década de 1970, a FSCMPA deu um importante passo ao estruturar seu serviço de pediatria, um marco para a assistência à saúde infantil no Pará. Naquele período, crianças eram internadas em enfermarias mistas, compartilhando espaços com adultos, o que representava um grande desafio para a qualidade do atendimento. Sob a liderança de médicos visionários, como a Dra. Maria Pedrosina Filo Creão e Dra. Celina Borges, o serviço foi implantado, garantindo um ambiente mais adequado e especializado para o cuidado pediátrico. Na década de 80, a criação do setor de neonatologia marcou um avanço significativo, ampliando a capacidade de atendimento a recém-nascidos prematuros ou com condições críticas sob a coordenação da Dra. Amélia Macedo.

“O objetivo sempre foi garantir que nenhuma criança fosse negligenciada, especialmente diante de problemas evitáveis,” recorda a Profa. Dra. Salma Saraty, que juntamente com Profa. Dra. Mariane Franco consolidaram e ampliaram a linha de cuidados neonatais na década de 90. O setor tornou-se um marco regional e nacional, promovendo a redução da mortalidade neonatal na região amazônica (18% para 6%) e atualmente é um dos maiores serviços em número de leitos de neonatologia do Brasil. A Neonatologia da FSCMPA dispõe de tecnologias avançadas, como neuroproteção, através de hipotermia terapêutica e monitorização eletroencefalográfica contínua, além de seguimento ambulatorial de pacientes com anoxia cerebral grave e prematuros, garantido o desenvolvimento neuropsicomotor adequado e qualidade de vida desses pacientes.



Inauguração da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

Com a crescente demanda por cuidados de alta complexidade, o primeiro projeto para setor de cuidados críticos iniciou suas atividades no final da década de 90, tornando-se um divisor de águas na assistência pediátrica da FSCMPA. Nesse período, após um lactente de 5 meses ser admitido em insuficiência respiratória grave, necessitando de suporte intensivo, foi improvisado um espaço chamado “BOX” pelo médico Dr. Sidney Barbosa, que, de forma humanitária, começou a atender crianças graves, sendo tal espaço expandido para três leitos rudimentares que salvaram muitas vidas.

Em 2001, iniciou-se o projeto para criar a primeira UTI pediátrica da FSCMPA, suprimindo a lacuna de cuidados intensivos para crianças acima de 28 dias. Reconhecendo a urgência para tal criação, a alta gestão enviou médicos para capacitação para o manejo da criança crítica em São Paulo e no Rio Grande do Sul, com o compromisso de retornarem para atuar na nova UTIP. Em 2002, liderados pelo Dr. Sidney Barbosa, médico pioneiro e fundador da UTIP, e outros médicos dedicados, como Dra. Lena Stilianide, Profa. Dra. Cleonice Aguiar, Dra. Socorro Belarmino e Dra. Madalena Furtado, a primeira UTIP da FSCMPA tornou-se realidade, marcando um avanço no atendimento multidisciplinar de crianças graves no Pará e região.

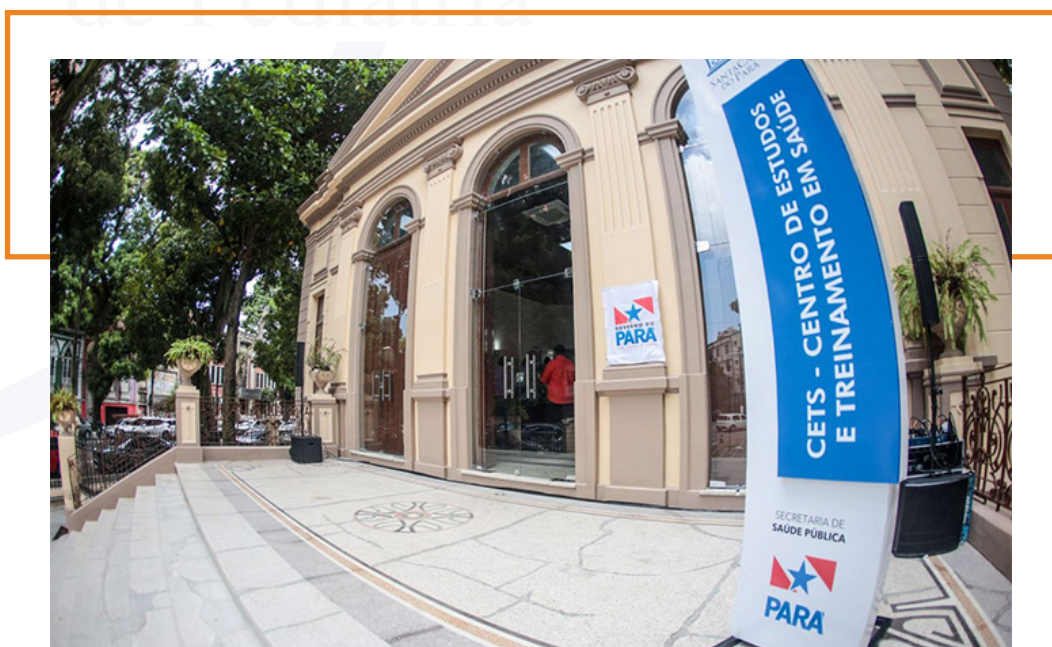
“Nosso trabalho foi além da terapia intensiva tradicional. Atuamos com equipes multidisciplinares para garantir a recuperação integral dessas crianças,” explica o Dr. Sidney Barbosa. Seu pioneirismo e dedicação a transformação do cuidado a crianças gravemente enferma no Estado do Pará, permitiu que uma das unidades de terapia intensiva pediátrica da instituição, levem o seu nome. “Fisioterapeutas e enfermeiros desempenham um papel fundamental na recuperação dos pacientes críticos, assegurando mobilidade precoce, conforto e monitoramento contínuo.”, reforça Jailson Ribeiro, enfermeiro diarista da UTIP. “A sinergia entre fisioterapia, enfermagem e demais profissionais na UTIP proporciona uma assistência de excelência,

focada no bem-estar e na humanização do cuidado”, segundo Carla Manuela Neves, coordenadora da fisioterapia da UTIP da FSCMPA. O serviço rapidamente se destacou como referência quaternária, oferecendo suporte a crianças com patologias graves, tanto clínicas quanto cirúrgicas.

A UTI Pediátrica é reconhecida pelo atendimento especializado em áreas como nefrologia e urologia, neurocirurgia, manejo de anomalias craniofaciais e doenças otorrinolaringológicas, central de captação de doadores de órgãos, síndromes genéticas, doenças reumatológicas, endocrinológicas, gastrointestinais e hepáticas, doenças pulmonares clínicas e cirúrgicas, reabilitação de escarpelados e transplantes pediátricos”. Além disso, a unidade dispõe de amplo arsenal tecnológico como tomógrafo de bioimpedância, monitor hemodinâmico PICCO, eletroencefalograma para monitorização, monitor BIS, ventilador de alta frequência, entre outros o que proporciona um melhor desempenho da assistência médica e um papel crucial na reabilitação de crianças criticamente enfermas. Em colaboração com outros setores, a UTI Pediátrica da FSCMPA também realiza transplantes renais pediátricos, sendo pioneira nessa prática no estado. “Atualmente está em desenvolvimento no serviço a linha de cuidado pediátricos em reabilitação e falência intestinal, além da implementação do transplante hepático pediátrico, bem como a consolidação do transplante renal pediátrico e atendimento de pacientes com má formação craniofacial e fissurados habilitados pelo Ministério da Saúde desde 2022.” descreve Dra. Ana Cristina Marques gerente do departamento de pediatria da FSCMPA.

Residência médica: formação de excelência

A FSCMPA iniciou seu programa de residência médica em pediatria em 1977, consolidando-se como um dos principais centros de formação de pediatras no Brasil. Até o momento, mais de 200 especialistas foram formados no programa, que foi pioneiro no Norte do país, adotando atualmente um currículo com três anos de duração, garantindo maior aprofundamento nas competências exigidas pela prática pediátrica. Em 2012, a residência em Medicina Intensiva Pediátrica foi criada, formando até hoje mais 20 especialistas. Os programas são reconhecidos pela formação de profissionais altamente capacitados, preparados para atuar em cenários de alta complexidade. “A criação da residência em Medicina Intensiva Pediátrica na FSCMPA foi um marco para a Região Norte, garantindo a formação de especialistas capazes de enfrentar os desafios únicos da Amazônia com excelência”, diz a Profa. Dra. Mary Maia, médica fundadora da residência em UTIP e responsável técnica das UTIP da FSCMPA. “Com o programa de residência, a FSCMPA não apenas formou especialistas, mas transformou o cuidado intensivo



pediátrico na região Norte, impactando diretamente a qualidade de vida de milhares de crianças”, afirma a Profa. Dra. Patrícia Carvalho, médica fundadora da residência em UTIP e atual coordenadora da COREME.

O Centro de Ensino, Pesquisa e Extensão recentemente inaugurado permitiu novas perspectivas para a Santa Casa. “O espaço reuniu Residência, Especialização, Mestrado e, futuramente, Doutorado, ampliando o alcance da Fundação e fortalecendo parcerias com IES, Ministérios e CAPES, destacando a Santa Casa como o único hospital de ensino do Norte com um Centro de Ensino e Pesquisa”, frisa a Profa. Dra. Sílvia Nunes, gerente de pesquisa da FSCMPA.

Ana Luíza Mourão, residente de pediatria na Santa Casa do Pará, reforça que “o treinamento oferecido aqui é transformador, tanto técnica quanto humanamente”. “A residência aqui é única, tanto pela diversidade dos casos quanto pela dedicação dos professores. É a experiência que define nossa atuação futura como intensivistas pediátricos”, diz Mikaelly Pereira, residente. Além da residência médica, a FSCMPA oferece programas de residência multiprofissional e pós-graduação lato e stricto sensu, incluindo o mestrado em gestão em saúde.

Produção científica e impacto social

A FSCMPA também se destaca como um centro de produção científica. Desde 2015, foram publicados mais de 30 artigos científicos em periódicos nacionais e internacionais, e a instituição participa regularmente de congressos, com apresentação de trabalhos orais, poster e como palestrantes, promovendo avanços no conhecimento médico. Desde 2017, em parceria com a Fundação Amazônia de Amparo a Estudos e Pesquisas (FAPESPA), desenvolve pesquisas de alto impacto, como prevenção da cegueira neonatal na Retinopatia da Prematuridade, redução de sequelas da anoxia neonatal com uso hipotermia terapêutica, segurança com cateteres PICC e melhoria de vida com transplantes renais pediátricos. Em 2021, a pesquisa sobre biomarcadores inflamatórios e imunológicos na síndrome Inflamatória e síndromes de disfunção orgânica múltiplas em crianças críticas, aprimorou diagnósticos e prognósticos. Os resultados incluem redução de desigualdades no acesso à saúde, capacitação profissional, apoio a políticas públicas regionais e fortalecimento da produção científica na Amazônia. A FSCMPA investe em parcerias, infraestrutura moderna, capacitação e incentivo à publicação científica, consolidando-se como centro de excelência nacional e regional em saúde e formação profissional.

“A pesquisa é um pilar essencial para garantir um cuidado embasado nas melhores evidências,” afirma a Profa. Dra. Érica Gomes, diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão. “Nosso

compromisso é transformar descobertas em práticas que salvam vidas,” complementa o Prof. Dr. Emmerçon Franco, pesquisador e diarista da UTI Pediátrica. O impacto social dessas iniciativas é notável, especialmente na redução dos índices de mortalidade infantil e neonatal. “Cada novo protocolo significa mais vidas salvas e mais famílias atendidas,” conclui a Dra. Valéria Santos, primeira residente de Medicina Intensiva Pediátrica da instituição.

Reconhecimento e futuro

O compromisso da FSCMPA com a vida, o ensino e a produção científica consolidou a instituição como uma referência na saúde pública brasileira. “Cuidar das pessoas e gerar conhecimento são nossos pilares, e trabalhamos para fazer isso com excelência,” destaca Dr. Bruno Carmona, presidente da Fundação. Com uma infraestrutura moderna, programas inovadores e uma equipe comprometida, a FSCMPA continua a transformar vidas, reafirmando sua missão de cuidar de pessoas gerando conhecimento, oferecer assistência humanizada e de qualidade, formação de novos profissionais e produção científica contribuindo para um futuro mais saudável para a população da Amazônia.



Ética e Bioética**Terminalidade no pronto-socorro de crianças e adolescentes: uma análise ética e bioética**

A terminalidade de crianças e adolescentes no contexto de um pronto-socorro é uma questão complexa que exige dos profissionais de saúde não apenas habilidades clínicas, mas também uma abordagem ética e bioética robusta. Essa abordagem deve considerar os direitos e interesses do paciente, a dinâmica familiar e a definição do melhor interesse do paciente. A terminalidade pode surgir em situações de doenças crônicas avançadas ou em condições agudas e inesperadas, como acidentes graves. Independentemente da causa, essas circunstâncias exigem decisões difíceis sobre a continuidade ou limitação dos tratamentos, sempre com respeito à dignidade do paciente e às orientações familiares. Este texto visa discutir as questões éticas e bioéticas associadas ao cuidado de crianças e adolescentes em fase terminal atendidos em prontos-socorros, com ênfase na autonomia, no consentimento, na comunicação com as famílias e nas decisões sobre intervenções médicas.

A autonomia e os direitos das crianças e adolescentes

A autonomia é um princípio fundamental da bioética, que está intimamente ligado à questão dos direitos das crianças e adolescentes. No contexto brasileiro, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e a Constituição da República garantem que os pais são responsáveis pelas decisões sobre a saúde de seus filhos menores, considerando sempre o melhor interesse da criança. O ECA, em seu artigo 6º, reconhece que a autoridade dos pais deve ser exercida com o intuito de promover a dignidade e os direitos do menor, respeitando sua condição de pessoa em desenvolvimento. No entanto, nas situações de terminalidade, os profissionais de saúde devem avaliar se as decisões dos pais estão de acordo com as melhores opções terapêuticas e com os direitos do paciente, respeitando sua dignidade e sua condição irreversível (1,2).

Quando o interesse de um tratamento prolongado entra em conflito com a dignidade do paciente ou a irreversibilidade do seu quadro, é necessário que o médico busque alternativas que priorizem o alívio do sofrimento, sem recorrer ao excesso terapêutico. A autonomia dos adolescentes, que começa a se afirmar com o aumento da maturidade cognitiva e emocional, também deve ser levada em consideração, com

**Rosana Alves**

Medicina Unicape (FAESA) e Instituto Capixaba de Ensino, Pesquisa e Inovação em Saúde (ICEPi)

a participação deles nas decisões, quando possível e adequado ao seu estágio de desenvolvimento (3).

O excesso terapêutico e a distanásia

No contexto de pacientes terminais, o conceito de “excesso terapêutico” e distanásia torna-se particularmente relevante. O excesso terapêutico refere-se à utilização de intervenções médicas que não trazem mais benefícios claros ao paciente ou que impõem sofrimento adicional desnecessário. A distanásia, que é o prolongamento desnecessário da vida em condições irreversíveis de sofrimento, deve ser evitada. O Código de Ética Médica (art. 6º e 57) destaca que a função do médico é aliviar o sofrimento do paciente, promovendo um fim de vida digno, o que muitas vezes envolve a decisão de interromper tratamentos agressivos que não contribuem para a recuperação ou melhoria da qualidade de vida do paciente (4).

Em situações de terminalidade pediátrica, “fazer o bem” não significa sempre “fazer

tudo” para preservar a vida a qualquer custo. A decisão de interromper a reanimação ou de não iniciar tratamentos invasivos deve ser tomada com base na avaliação do prognóstico e da irreversibilidade do quadro clínico. A aplicação de cuidados paliativos, com o foco no conforto e no respeito à dignidade do paciente, é muitas vezes a opção mais ética e humana (5,6).

A comunicação com a família

A comunicação com a família é uma das questões mais desafiadoras no atendimento de crianças e adolescentes em fase terminal, especialmente em prontos-socorros, onde o vínculo com a família pode ser inexistente ou incipiente. Em situações de emergência, muitas vezes, a equipe de saúde não tem tempo para estabelecer uma relação de confiança com os familiares, o que torna ainda mais difícil discutir o prognóstico e as opções de tratamento. No entanto, a comunicação clara, empática e respeitosa é crucial para garantir que as decisões sejam alinhadas com os valores da família e as necessidades do paciente.

Em situações de terminalidade, quando as decisões sobre continuar ou interromper o tratamento envolvem um grande sofrimento emocional, a participação da família nas decisões deve ser estimulada. Quando os pais ou responsáveis não concordam com a orientação da equipe médica, é importante que os profissionais de saúde forneçam informações claras, apoiem emocionalmente a família e busquem chegar a um consenso. A comissão de bioética do hospital pode ser chamada para ajudar a mediar conflitos, e, em última instância, pode ser necessário recorrer à decisão judicial, se a família insistir em um tratamento que a equipe médica considere desproporcional ou desnecessário (7).

O apoio emocional à família também é um aspecto fundamental, pois ajuda os familiares a lidarem com a angústia e o sofrimento do processo de morte iminente. Estudos indicam que, quando a família está bem-informada e apoiada pela equipe de saúde, o processo de luto é menos traumático e a angústia é reduzida (8).

Desafios na prática do Pronto-Socorro

No pronto-socorro, as decisões sobre a terminalidade muitas vezes precisam ser tomadas rapidamente, sem tempo para um planejamento ou reflexão profunda. O conceito de “morte encefálica” e a irreversibilidade do quadro clínico são fundamentais para orientar essas decisões. Quando não há mais

possibilidade de recuperação, a prioridade da equipe de saúde deve ser proporcionar conforto e dignidade ao paciente, através de cuidados paliativos, evitando o sofrimento adicional causado pela continuação de tratamentos que não são mais eficazes (9).

A equipe médica deve estar preparada para lidar com a pressão emocional de decisões difíceis, ao mesmo tempo em que mantém a clareza na comunicação com a família. A transparência é essencial para que os familiares compreendam que a equipe fez tudo o que estava ao seu alcance para salvar a vida do paciente, e que a decisão de interromper as intervenções foi baseada em uma avaliação cuidadosa do prognóstico.

O Papel da Espiritualidade e da Ética do Cuidado

A espiritualidade desempenha um papel significativo em muitas culturas, influenciando as decisões sobre o fim da vida. Em contextos religiosos, especialmente em tradições judaico-cristãs, pode haver uma forte ênfase na preservação da vida, o que dificulta a aceitação da morte como parte do ciclo natural. Nesse sentido, a ética do cuidado deve ser sensível à diversidade religiosa e cultural das famílias, respeitando suas crenças e valores. O Papa João Paulo II, em 2003, destacou a diferença entre a eutanásia e a decisão de não prolongar a vida de forma artificial quando não há mais esperança de recuperação. A decisão de interromper intervenções médicas deve ser entendida como uma escolha ética de aliviar o sofrimento e respeitar a dignidade do paciente e sua família (10).

A ética do cuidado envolve não apenas o cuidado físico, mas também o emocional e espiritual. A equipe de saúde deve garantir que as necessidades espirituais e culturais do paciente e de sua família sejam atendidas, oferecendo suporte psicológico e espiritual quando necessário.

Considerações finais

A terminalidade no pronto-socorro de crianças e adolescentes exige uma abordagem que vá além das decisões clínicas, envolvendo também aspectos éticos, legais, emocionais e culturais. As questões da autonomia, do consentimento informado e da comunicação com a família são cruciais para garantir que as decisões tomadas estejam alinhadas com os melhores interesses do paciente. Além disso, a equipe de saúde deve estar preparada para lidar com a complexidade do excesso de medidas terapêuticas, ou seja, evitar a obstinação terapêutica, oferecendo cuidados paliativos que priorizem o conforto e a dignidade do paciente.

Em última análise, a bioética e a ética do cuidado devem ser os principais guias para os profissionais de saúde em situações de terminalidade pediátrica, para que a vida e a morte sejam tratadas com o máximo de respeito e humanidade, sempre com o objetivo de aliviar o sofrimento e garantir a dignidade de todos os envolvidos.



Referências bibliográficas

1. Brasil. Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069, de 13 de julho de 1990).
2. Constantino, C. F. Dilemas éticos no tratamento do paciente pediátrico terminal. *Revista Bioética*, 2009, 13(2).
3. Almeida RA, Lins L, Rocha ML. Dilemas éticos e bioéticos na atenção à saúde do adolescente. *Rev. bioét. (Impr.)*. 2015; 23 (2): 320-30
4. Conselho Federal de Medicina. Código de Ética Médica: Resolução CFM nº 2.217, de 27 de setembro de 2018. Brasília: Conselho Federal de Medicina, 2019.
5. Pessini, L. O cuidado da dor e do sofrimento humano. In: *Distanásia: até quando prolongar a vida?* São Paulo: Loyola, 2001.
6. Segre, M. Eutanásia: aspectos éticos e legais. *Revista Ass Med Bras*, 1986, 32:7-8.
7. Constantino, CF; Hirschheimer MR. Dilemas éticos no tratamento do paciente pediátrico terminal. *Bioética*. 2005;13(2): 85-96.
8. Porter, L. et al. Comunicação e tomada de decisão nas situações de fim de vida. *JAMA*, 2013, 310(3): 1-6.
9. Conselho Federal de Medicina (CFM). Resolução nº 2.173, de 23 de novembro de 2017. *Diário Oficial da União*.
10. João Paulo PP. II. Mensagem para o 11º dia mundial do doente. Vaticano em 2 de fevereiro de 2003. Disponível em: <http://www.diocesefranca.org.br/msgpp200302a.html>.

Comissão Científica

Febre de Oropouche

A situação atual no Brasil

As arboviroses têm sido um tema relevante e constante de discussão no Brasil devido à circulação de vários dos vírus responsáveis causando surtos epidêmicos e/ou estabelecendo-se como endemias.

As arboviroses são as doenças causadas pelos arbovírus, assim denominados devido à conjugação silábica de **arthopod-borne virus**, que incluem os gêneros *Flavivirus* (causadores da dengue, Zika e febre amarela), *Orthobunyavirus* (responsável pela febre Oropouche) e *Alphavirus* (associados à chikungunya e vírus Mayaro).

Devido à semelhança nos sinais e sintomas, o diagnóstico diferencial entre esses vírus torna-se desafiador¹. O diagnóstico laboratorial das arboviroses não apenas identifica o patógeno responsável pela infecção, mas também desempenha um papel crucial na investigação de casos graves. Além disso, é fundamental para a vigilância epidemiológica e detecção precoce de novas epidemias².

Desde 2023, a vigilância laboratorial das arboviroses tem verificado um aumento da circulação do vírus Oropouche, que antes estava restrito a 3 ou 4 estados das regiões Norte e Centro-Oeste, e agora, em 2024, foram descritos casos em praticamente todo o território nacional, totalizando 9.216 casos com diagnóstico laboratorial até 22/11/2024³.

Dois novos aspectos surgiram entre os casos de Febre de Oropouche neste ano, a identificação de casos muitos graves e óbitos e de transmissão vertical documentada, eventos não relatados previamente. Este texto pretende ser um breve resumo da doença e deste novo cenário preocupante.

O Oropouche é uma doença causada por um arbovírus (vírus transmitido por artrópodes) do gênero *Orthobunyavirus*, da família *Peribunyaviridae*. O vírus foi isolado pela primeira vez em 1959 em Trinidad, em um trabalhador rural. O *Orthobunyavirus oropoucheense* (OROV) foi identificado pela primeira vez no Brasil em 1960, em uma amostra de sangue de uma bicho-preguiça (*Bradypus tridactylus*) capturada durante a construção da rodovia Belém-Brasília. O primeiro surto urbano ocorreu em 1961, em Belém (PA), com cerca de 11 mil casos, mas também pode ter como hospedeiro os quatis e os saguis. Dezenas de



Heloisa Helena de Sousa Marques
Instituto da Criança (Universidade de São Paulo)



“Devido à semelhança nos sinais e sintomas, o diagnóstico diferencial entre esses vírus torna-se desafiador¹.”

surtos foram descritos desde então, na região Amazônica e no Centro-Oeste, com alguns determinando até cem mil casos. Também já foram relatados casos e surtos em outros países das Américas Central e do Sul⁴⁻⁶.

Na vigilância genômica do OROV, já foram identificadas várias espécies denominadas de Iquitos, Madre de Dios e Perdões; e, devido às características de seu genoma, muitos rearranjos são possíveis. Neste surto atual no Brasil, a espécie é o resultado do rearranjo de segmentos de duas espécies virais^{7,8}.

A transmissão do Oropouche é feita principalmente pelo inseto conhecido como *Culicoides paraensis*. Depois de picar uma pessoa ou animal infectado, o vírus permanece no inseto por alguns dias. Quando o inseto pica uma pessoa saudável, pode transmitir o vírus.

Existem dois tipos de ciclos de transmissão da doença: a) Ciclo Silvestre: em que bichos-preguiça e primatas não humanos (e possivelmente aves silvestres e roedores) atuam como hospedeiros. Há registros de isolamento do OROV em algumas espécies de insetos, como *Coquillettidia venezuelensis* e *Aedes serratus*. No entanto, o vetor primário é o *Culicoides paraensis*, conhecido como maruim ou mosquito-pólvora; b) Ciclo Urbano: onde os humanos são os principais hospedeiros do vírus. O inseto *Culicoides paraensis* também é o vetor principal. O inseto *Culex quinquefasciatus*, comumente encontrado em ambientes urbanos, pode ocasionalmente transmitir o vírus também⁹.

O período de incubação é de 3 a 12 dias sendo acompanhado por um quadro de sintomas bastante semelhantes aos da dengue: febre de início súbito, dor de cabeça intensa, dor muscular, dor retroorbital, fotofobia, náusea e diarreia. Em raras ocasiões foram descritas manifestações como meningite asséptica, síndrome de Guillain Barré, epistaxe e petéquias.

Em geral, os quadros são autolimitados, com duração de 2 a 7 dias e a viremia perdura por 2 a 5 dias, com redução de 72% no segundo dia; e 44% e 23% no quarto e quinto dia, respectivamente¹⁰. Pode haver recidiva da doença com a manifestação de sintomas após 1 a 2 semanas do início do quadro. A maioria evolui sem sequelas a longo prazo⁹.

É importante destacar que os profissionais de saúde estejam capacitados para suspeitar e diferenciar essas doenças por meio de cuidadosa avaliação dos aspectos clínicos, epidemiológicos e laboratoriais e orientar as ações de prevenção e controle, visto que não há tratamento específico, recomendando-se repouso e tratamento sintomático.

Alguns cuidados que devem ser orientados: 1) evitar o contato com áreas de ocorrência e/ou minimizar a exposição às

picadas dos vetores; 2) usar roupas que cubram a maior parte do corpo; 3) aplicar repelente nas áreas expostas da pele; 4) realizar a limpeza de terrenos e de locais de criação de animais e o recolhimento de folhas e frutos que caem no solo; 5) usar telas de malha fina em portas e janelas⁹.

Neste surto atual no Brasil, os pesquisadores destacam a ocorrência de dois óbitos no Estado da Bahia de mulheres jovens, não estavam grávidas, com menos de 30 anos de idade e sem comorbidades que iniciaram com quadro de febre, mialgia, dor retro-orbitária e cefaleia, que progrediram rapidamente para falência respiratória, hipotensão, sangramento, dor abdominal e morte^{11,12}. E também descritas até o momento três mortes fetais, duas identificadas ao nascer, com 30 e 31 semanas de gestação, e a outra criança nascida viva com anomalias congênitas (microcefalia, agenesia de corpo caloso, malformações articulares) e que morreu com 47 dias de vida. Estes casos foram relatados nos estados de Pernambuco, Acre e Ceará, mostrando, deste modo, a disseminação para outras regiões além da Amazônia^{12,13}.

Outra descrição preocupante foi a confirmação da relação causal da infecção pelo OROV durante a gravidez e a transmissão vertical e dano fetal. Os primeiros três casos de microcefalia foram identificados no estado do Acre, lembrar que a triagem laboratorial, para as outras causas de microcefalia, foi realizada e negativa para todos os patógenos testados. O grupo de pesquisadores da Fundação Evandro Chagas e de outras instituições públicas e universitárias investigaram em outras 65 amostras de líquido e/ou sangue de crianças com microcefalia de causa não definida do período compreendido entre janeiro de 2015 a dezembro de 2021, e identificaram mais três casos de microcefalia, dois do estado do Acre e um do estado do Pará, com positividade de ELISA IgM para Oropouche nas amostras de líquido cefalorraquidiano. E, nesta publicação, também detalham os achados anatomopatológicos das

amostras disponíveis do caso fatal desde ano, do bebê que morreu com 47 dias, em que avaliaram: fígado, baço e coração onde o vírus não foi detectado; e cérebro, rins, pulmões e líquido pleural detectou-se RT-qPCR OROV e imuno-histoquímica positiva em cérebro, rins e pulmões. As crianças sobreviventes permanecem em acompanhamento nos serviços de saúde. Assim, a transmissão vertical do OROV está ocorrendo no Brasil desde 2016¹⁴.

Finalmente, como explicar este diverso comportamento do OROV no Brasil se seria a apenas a presença de uma nova variante que tem uma taxa de replicação mais intensa e rápida, com capacidade de se multiplicar in vitro em células do sistema nervoso central, mas os pesquisadores concordam que a nova variante não seria o único fator. As mudanças climáticas com aumento da temperatura, alteração do regime de chuvas e o desmatamento na Amazônia estariam também contribuindo para a ampliação da ocorrência do maruim e obrigando os insetos a ocuparem mais densamente as áreas urbanas¹⁵.

Referências bibliográficas

1. Fonseca LMDS, Carvalho RH, Bandeira AC, Sardi SI, Campos GS. Oropouche Virus Detection in Febrile Patients' Saliva and Urine Samples in Salvador, Bahia, Brazil. *Japanese Journal of Infectious Diseases*. 2020;73(2):164-5.
2. Zhang Y, Liu X, Wu Z, Feng S, Lu K, Zhu W, et al. Oropouche virus: A neglected global arboviral threat. *Virus Res*. 2024;341:199318.
3. Ministério da Saúde. Saúde de A-Z. Oropouche. Painel epidemiológico em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/o/oropouche/painel-epidemiologico> acesso em 22/11/2024
4. Files MA, Hansen CA, Herrera VC, et al. Baseline mapping of Oropouche virology, epidemiology, therapeutics, and vaccine research and development. *NPJ Vaccines* 2022;7:38.
5. Anderson CR, Spence L, Downs WG, Aitken TH. Oropouche virus: a new human disease agent from Trinidad, West Indies. *Am J Trop Med Hyg* 1961;10:574-8.
6. Travassos da Rosa JF, de Souza WM, Pinheiro F de P, et al. Oropouche Virus: Clinical, Epidemiological, and Molecular Aspects of a Neglected Orthobunyavirus. *Am J Trop Med Hyg* 2017;96:1019-30.
7. Pan American Health Organization / World Health Organization. Strategy on Regional Genomic Surveillance for Epidemic and Pandemic Preparedness and Response. 2022. Available at: https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-r9-e-regional-genomic-surveillance_0.pdf
8. Naveca FG et al., Emergence of a novel reassortant Oropouche virus drives persistent outbreaks in the Brazilian Amazon region from 2022 to 2024. www.virological.org.
9. Ministério da Saúde. Oropouche. <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/agosto/oropouche-conheca-os-sintomas-as-formas-de-transmissao-e-prevencao-do-virus>. Acesso em 25 de novembro de 2024.
10. Pinheiro FP, Hoch AL, Gomes MLC, Roberts DR 1981a. Oropouche virus. IV. Laboratory transmission by *Culicoides paraensis*. *Am J Trop Med Hyg* 30: 172-176.
11. The Lancet Infectious Diseases. Oropouche fever, the mysterious threat. *Lancet Infect. Dis*. 2024, 24, 935.
12. Martins-Filho PR; Carvalho TA; Dos Santos CA. Oropouche fever: Reports of vertical transmission and deaths in Brazil. *Lancet Infect Dis* 2024, 24: e662-663.
13. Cecarelli G, Branda F, Scarpa F, Ciccozzi M, Alcantara LCJr, Giovanetti M. Oropouche virus infection: differential clinical outcomes and emerging global concerns of vertical transmission and fatal cases. *Int J Inf Dis* 2024, doi 10.1016/ijid.2024.107295
14. das Neves Martins FE, Chiang JO, Nunes BT, Ribeiro BFR, Martins LC, Casseb LMN et al. Newborns with microcephaly in Brazil and potential vertical transmission of Oropouche virus: a case series. *Lancet Infect Dis*. 2024 Oct 15:S1473-3099(24)00617-0. doi: 10.1016/S1473-3099(24)00617-0. Online ahead of print.
15. Stam G. Oropouche à espreita. *Revista da FAPESP* 2024, 343: 54-55.

Homenagens

Acadêmica da ABP é homenageada durante o 41º Congresso Brasileiro de Pediatria

A pediatra Luciana Rodrigues Silva, especialista em Hepatologia Pediátrica e Medicina e Saúde Pública, foi agraciada com uma placa em reconhecimento à sua dedicação e atuação como Diretora Científica Adjunta da Gestão da Sociedade Brasileira de Pediatria (2022-2024), atuando na participação das revisões dos documentos científicos, manuais, consensos e na 6ª edição do Tratado de Pediatria.

Titular da cadeira nº 19 da Academia Brasileira de Pediatra (ABP) e primeira vice-presidente da Associação Médica Brasileira (AMB), Luciana agradeceu à homenagem recebida diante de tantos colegas presentes na cerimônia, que aconteceu no dia 23 de outubro, durante o 41º Congresso Brasileiro de Pediatria, ocorrido em Florianópolis (SC).

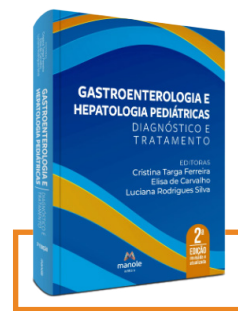


Acadêmicas da ABP lançam livros durante o 41º Congresso Brasileiro de Pediatria

Entre os dias 22 e 26 de outubro, Florianópolis (SC) recebeu o 41º Congresso Brasileiro de Pediatria (CBP). Dentre a programação de palestras, workshops e mesas-redondas, houve o lançamento de livros de titulares da Academia Brasileira de Pediatra (ABP).

Virginia Resende Silva Weffort, ocupante da cadeira nº 7, lançou o livro “Nutrição em Pediatria: da Neonatologia à Adolescência”. Produzida pela editora Manole, a publicação é essencial para quem quer aprender mais sobre a nutrição de bebês, crianças e adolescentes. Nele, há dicas de especialistas sobre alimentação.

Quem também lançou seu livro durante o 41º CBP foi a ocupante da cadeira nº 19 da ABP Luciana Rodrigues Silva. Com o título “Gastroenterologia e Hepatologia Pediátricas – Diagnóstico e Tratamento”, a obra, também da editora Manole, tem como objetivo ser um apoio na atualização de alunos, pediatras e gastropediatras, inclusive sendo material de estudo para provas da especialidade.



Homenagem Póstuma

Dioclécio Campos Júnior, uma vida dedicada à pediatria

Formado pela Faculdade de Medicina do Triângulo, Dioclécio Campos Júnior teve uma vasta contribuição à pediatria durante sua carreira. Foi coordenador do Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC), do Ministério da Saúde, de 1985 a 1987, e presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) entre 2004 e 2010.

Dioclécio foi responsável pela elaboração do anteprojeto de lei que ampliou a licença-maternidade para seis meses nas empresas participantes do Programa Empresa Cidadã, iniciativa aprovada pelo Congresso Nacional em 2008.

Doutor em pediatria pela Université Libre Bruxelles (ULB) e ocupante da cadeira nº 12 da Academia Brasileira de Pediatria (ABP), Dioclécio Campos Júnior morreu no dia 27 de dezembro, em Brasília (DF).

A ABP lamenta o seu falecimento e expressa suas condolências aos familiares, amigos e colegas.



Editoria Cultura e Arte

Jogo educativo inspira meninas a se tornarem cientistas

É possível falar que o exemplo vem da base. E, quanto mais figuras com destaque positivo em suas áreas são conhecidas, mais as pessoas tendem a seguir, principalmente crianças e adolescentes. Com base nisso, a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), campus Blumenau, lançou o Projeto Mulheres Cientistas.

Um dos objetivos do projeto é popularizar a ciência entre a faixa etária escolar com o apoio de jogos. Levar o despertar pela ciência, pelo fazer ciência, de forma lúdica e acessível ao público. E o outro, o principal, é desmistificar a imagem do senso comum do cientista: homem branco de cabelos grisalhos, com uma inteligência fora do comum, transmitindo a ideia de algo quase inalcançável. “Mulheres Cientistas” quer mostrar que a ciência é para todos. Por isso, falar diretamente com crianças e adolescentes, principalmente com as meninas.

Pesquisa realizada pela Unesco, a organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, mostra que menos de 30% de pesquisadores no mundo todo são mulheres. O foco nas meninas em idade escolar também visa a Agenda 2030 e os 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), a partir do relatório do Fundo de População da ONU (UNFPA). Esse documento preconiza que a idade de 10 anos é crucial na vida de uma menina, pois é quando começa a passagem para a adolescência e a vida adulta. A falta de incentivo aos estudos, gravidez e casamentos precoces são cruciais no impedimento das futuras mulheres alcançarem o seu potencial, inclusive contribuindo com o desenvolvimento social e econômico de suas comunidades.

O jogo “Mulheres Cientistas” é uma adaptação do “Jogo do Mico” – jogo de cartas que tem por objetivo formar o maior número de pares, sem ficar com o Mico – e divulga mulheres científicas e suas contribuições para a ciência. Ele vem acompanhado do livreto “Ciência é substantivo feminino” com a história de várias cientistas. Dentre as homenageadas, estão a psiquiatra e psicanalista Nise da Silveira, a astrônoma Dúlia de Mello, a bióloga Mayana Zatz e a pediatra, professora e pesquisadora Ester Sabino, que coordenou o sequenciamento genético do coronavírus.

Para Ester Sabino, ser homenageada é algo especial, “principalmente pela minha formação como pediatra. Fico emocionada

ao ver crianças conhecendo mais sobre nosso trabalho e também sendo estimuladas a vencer barreiras e ingressar na ciência”, afirma à época do lançamento do projeto. Ela completa dizendo que “chegar nas escolas é fundamental. Divulgar o mundo da ciência para as meninas é de extrema importância”.

A médica pediatra conta que foi muito difícil seu começo na ciência, pois o país tinha saído de uma ditadura de 30 anos e houve um êxodo muito grande de cientistas. Inclusive, ela própria foi estudar fora, nos



Ester Sabino

Foto: Léo Ramos Chaves



Jogo "Mulheres Cientistas"



Livreto "Ciência é substantivo feminino"

Estados Unidos, mas sempre achou que seu lugar era no Brasil. Hoje, o cenário é melhor, mas ainda conta com limitações, principalmente de orçamento: "é preciso saber bem o que deseja fazer".

Ester pontua que, mesmo em áreas com mais mulheres, como biomedicina e saúde em geral, há uma diferença de acesso, principalmente em altos cargos. "Quando virei diretora do Instituto de Medicina Tropical, eu percebi essa diferença nos cargos de liderança. A Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo tem 100 anos, e só agora tem uma diretora mulher".

A pesquisadora ganhou um prêmio com o seu nome, o Prêmio Ester Sabino para Mulheres Cientistas. Concedido pelo governo de São Paulo, visa valorizar a contribuição das mulheres à ciência do estado.

Coordenado pela professora Selene de Souza Siqueira Soares (UFSC), o jogo está sendo distribuído nas escolas de Santa Catarina, além da própria UFSC. O "Mulheres Cientistas" também é acessível. O baralho é tátil, voltado para pessoas com deficiência visual. O livreto conta com audiodescrição, as regras do jogo também estão em Libras. O acesso é para todos. Para inscrever uma escola no Projeto, é necessário acessar o site <https://mulherescientistas.ufsc.br/>.

Veja a entrevista
acessando pelo
QR Code.



Entrevista com o Acadêmico

Licia Moreira e neonatologia: um amor à primeira vista



Titular da cadeira nº 4 da Academia Brasileira de Pediatria (ABP) e presidente do Departamento Científico de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Licia Maria Oliveira Moreira sempre esteve decidida em suas escolhas. Desde cedo, sabia que gostaria de cursar medicina e ter uma carreira acadêmica. Nos primeiros anos de graduação, já tinha se apaixonado pela neonatologia e encontrado seu caminho.

Em entrevista ao Boletim da ABP, a pediatra e neonatologista fala mais sobre os desafios da especialidade no país, o trabalho do Departamento e o papel da ABP.

Por que a senhora decidiu estudar Medicina? E como foi sua escolha pela Pediatria?

No primeiro ano colegial, percebi que realmente comecei a ter interesse pela Medicina. Sou a mais velha de uma família de três filhos. Então, sempre tive essa coisa do cuidar e esse interesse pelo ensino. Eu sabia que ia ensinar, isso desde menina.

Em relação à pediatria, a medicina sempre me encantou. Tínhamos dois amigos de meu pai que frequentavam muito nossa casa e eram médicos. Acredito que, de alguma forma, influenciaram. Eram pessoas que frequentavam diariamente nossa casa e eram os três médicos de uma cidade pequena do interior.

Quando comecei a medicina, eu gostava muito de todas as matérias e ia ficando. Fazia clínica médica, ficava na clínica médica; passava em cardiologia, ficava na cardiologia, fazia endocrinologia, enfim, eu realmente me dediquei muito desde o início. Além de ter o maior prazer de ficar dentro dos ambulatórios e frequentando as enfermarias do Hospital das Clínicas, aqui em Salvador.

Quando chegou no quinto ano, cursei a disciplina de pediatria, preventiva e puericultura, eu me encantei. E me encantei mais ainda quando eu fui para a maternidade, tive a experiência com a neonatologia, tanto que meu primeiro livro de pediatria foi um livro voltado a esta área de atuação, o “Enfermidades do recém-nascido”, livro em espanhol muito famoso na época do Schaffer.

Então, meu primeiro encantamento mesmo foi com a neonatologia. Tanto que eu disse para o professor Nelson Barros, que

era o titular na época, “vou ser neonatologista”. E ele virou para mim e disse: “A senhora vai ser primeiro pediatra”. Claro que vou ser pediatra.

Eu digo que a neonatologia foi amor à primeira vista. Cuidar dos recém-nascidos realmente foi um encantamento. Então, foi no quinto ano de medicina que eu comecei a me dedicar mais à pediatria. No último ano da residência de pediatria, fiz um estágio no Instituto de Perinatologia da Bahia (IPERBA). E, a partir daí, continuei frequentando os plantões. Fui plantonista na neonatologia durante todo o sexto ano de medicina, no IPERBA, e na maternidade pública Tsylla Balbino.

Terminada a residência, fiz o mestrado em infecções fúngicas. Minha tese foi sobre sífilis na gestante e no recém-nascido. A partir daí, já desenhei a minha pós, mesmo já me dedicando à neonatologia.

A senhora falou que a neonatologia foi amor à primeira vista. Mas teve mais alguma outra influência que a levou a entrar nessa área?

Não, foi observar mesmo. Observar os recém-nascidos dentro da sala de parto. O cuidado com os recém-nascidos. Eu me

identifiquei muito em estudar os pequenininhos. Eu comecei a ter esse interesse pelos recém-nascidos, tão frágeis em tudo. Então, o interesse foi por isso mesmo.

Uma coisa importante é que eu via que a neonatologia estava começando no mundo inteiro com a melhor tecnologia dos anos 70. Então, aquilo ali realmente era um leque muito grande que a gente, que atua na neonatologia, não era só o cuidado em sala de parto. Era uma medicina interna numa determinada faixa etária, nos primeiros 28 dias de vida. Vendo que era uma área que estava em crescimento, que estavam cheios de estudos novos, eu já gostava muito de estudar, pretendia fazer o mestrado. Então, desde o terceiro, quarto ano medicina já estava de olho em fazer uma pós-graduação, em fazer um mestrado e seguir a carreira acadêmica, desde o quarto ano de medicina eu já pensava nisso. E, quando eu via a neonatologia, uma área da pediatria que eu já tinha gostado, e me vi com essa possibilidade ampla, esse grande leque, eu não tive a menor dúvida de que iria fazer.

A senhora também é presidente do Departamento Científico de Neonatologia da SBP. Como tem sido o trabalho no Departamento e quais são suas perspectivas para o futuro da Neonatologia no país?

O Departamento tem trabalhado muito, como sempre ocorreu. Temos uma atividade grande, não só em congressos, em aulas, mas em publicações. Nós publicamos muitos documentos e artigos que vão nortear o pediatra e o neonatologista, os protocolos. Ou seja, é um departamento que trabalha bastante e produz muitos materiais científicos e não fica restrito só aos congressos, que já é uma atividade bastante intensa. Fazemos a produção científica, trabalhamos nisso e temos a seção no Jornal da Pediatria, no Programa de Atualização em Neonatologia (PRORN), nos cursos. Então, é uma produção muito grande que o Departamento tem.

O Departamento é composto por doze membros, doze neonatologistas de diferentes estados. Então, a gente conseguiu compor um Departamento que abrange bem as regiões de todo esse nosso país continental.

Nós, da neonatologia, crescemos muito. A neonatologia cresceu muito no mundo inteiro, mas os desafios ainda são muito grandes. E um dos desafios que nós estamos vendo agora é, nesses últimos anos, a diminuição de pessoas que vão fazer neonatologia. Por que isso? Porque o médico tem seis anos de curso da graduação, mais três anos de residência de pediatria e dois anos de neonatologia. Em outras épocas, nós tínhamos dois anos de pediatria e um ano de neonatologia. Então, com três anos, estava formado em neonatologia, capacitado para atuar no mercado.

“O Departamento tem trabalhado muito, como sempre ocorreu. Temos uma atividade grande, não só em congressos, em aulas, mas em publicações. Nós publicamos muitos documentos e artigos que vão nortear o pediatra e o neonatologista, os protocolos.”

No entanto, aumentamos para dois anos a neonatologia, ficamos em quatro anos. Ainda temos uma demanda grande. Mas, atualmente, com os três anos de pediatria e mais dois de neonatologia, são 11 anos de formação. E observamos a diminuição da demanda para a neonatologia. Todos nós precisamos realmente estimular esses jovens a continuarem se encantando. Eles gostam muito de neonatologia, mas quando eles veem o tempo, eles preferem fazer os três anos de pediatria e pronto. E nós precisamos desses profissionais habilitados para cuidar do recém-nascido, para cuidar das especificidades do recém-nascido.

Então, isso tem sido o desafio da nossa gestão, dos neonatologistas de um modo geral; estamos vendo que soluções poderemos propor, de modo que voltemos a ter maior número de colegas pediatras que façam neonatologia. Não só neonatologia, todas as outras especialidades que exigem mais dois anos também têm enfrentado essas dificuldades, como a própria terapia intensiva pediátrica.

Outros desafios igualmente são a tecnologia, o acesso a uma medicina que atenda à necessidade das crianças. A gestante ter acesso à maternidade de maior complexidade para os recém-nascidos nascerem em

melhores condições. Isso tem até melhorado um pouco com a abertura de unidades de terapia, mas nós caímos na situação de pessoas. Nós precisamos de pessoas para trabalhar nessa unidade.

Esse é um desafio que a gente tem, que é de formar pessoas capacitadas; isso é um dos desafios que a neonatologia brasileira enfrenta. Além do acesso. Ainda temos crianças que morrem na primeira semana de vida que poderiam perfeitamente não ir a óbito. Pelas condições que têm, as condições de trabalho, as condições de assistência nesse nosso país tão grande.

Mas eu sempre tenho esperança de que dias melhores virão e estamos lutando para isso e trabalhando para isso, para formar pessoas, para, além de formar pessoas e capacitar essas pessoas, não só o médico, mas a equipe que vai atender o recém-nascido, mas também de estimular o serviço público, o Estado, a dar suas contribuições no sentido de dispor mesmo de unidades que possam atender.

E também o estímulo ao pré-natal. Nós sabemos que com um bom pré-natal, temos a chance de diminuir muito os problemas na gestação e no parto.

A senhora lançou o livro “Infecções Congênicas e Perinatais”, com base nos seus 30 anos no Ambulatório de Infecções Congênicas no Hospital Universitário Edgard Santos, da Universidade Federal da Bahia. Qual foi a motivação para escrever o livro?

Eu tive a motivação de realmente difundir mais o conhecimento das infecções congênicas, de modo que o pediatra, o estudante de medicina, tivesse esse acesso a essas informações.

Esse livro é fruto de um trabalho do Ambulatório de Infecções Congênicas e Perinatais que nós criamos, em 1990, no Hospital das Clínicas da Universidade Federal da Bahia. Então, temos mais de 30 anos desse ambulatório, formamos muita gente, não só médicos, infectologistas, pediatras, mas enfermeiros, dentistas que faziam pós-graduação lá, porque tínhamos as infecções.

O Ambulatório foi motivado inicialmente pela AIDS. Nós tínhamos as crianças que precisavam ser atendidas. Naquela época, nós voltamos dos Estados Unidos de um curso de AIDS perinatal. Nós cofundamos este ambulatório, e fui coordenadora até o ano passado. Hoje, continuo atuando lá, mas na parte de pesquisa.

O desejo de divulgar esses conhecimentos para os estudantes de graduação, para as equipes de saúde foi o que, junto com a de médicos desse ambulatório e outros profissionais convidados, fizemos esse livro com esse objetivo: difundir o conhecimento das infecções fúngicas, que são tão importantes.

Por exemplo, a sífilis continua sendo um desafio para a saúde pública. Então, nós falamos de sífilis, de HTLV, de AIDS, e das infecções virais mais recentes, Zika Vírus, dengue. Esse livro tem essa abrangência, Doença de Chagas, Toxoplasmose. São várias as infecções fúngicas e são muito importantes para a avaliação do recém-nascido.

“Nós sabemos que com um bom pré-natal, temos a chance de diminuir muito os problemas na gestação e no parto.”

As pessoas já têm acesso a ele. E é um livro que tem tido uma demanda grande.

Falando um pouquinho da ABP, como foi sua entrada para a Academia?

Minha entrada para Academia foi em 2015, por meio de indicação do meu professor titular de pediatria, aquele professor que eu falei que iria fazer neonatologia, mas ele falou para mim “a senhora precisa primeiro fazer pediatria”. Então, foi ele, uma das grandes referências na minha vida profissional, era um amigo meu, o professor Nelson Barros. Ele foi o primeiro presidente da Academia Brasileira de Pediatria e me indicou.

Tomei posse em maio de 2015, lá no Fórum em Aracaju. Ele tinha falecido há dois meses e não assistiu a minha posse. Para mim, tem sido muito importante estar e participar da Academia. Para mim, é motivo de honra estar presente ali, sobretudo com antigos professores que foram referências para mim e para a pediatria brasileira. E a ABP tem dado enorme contribuição à pediatria brasileira.

E, para senhora, qual é o papel da ABP?

A Academia tem um papel de aconselhamento, de assessoramento à Sociedade Brasileira de Pediatria, ao Conselho Superior, à Diretoria da Sociedade Brasileira de Pediatria. E as suas contribuições são filosóficas, são as mesmas contribuições de assistência que têm os nossos fóruns. Eles dão enorme contribuição à população.

Realizamos fóruns em diferentes estados do Brasil e temos assessoria mesmo do nosso jornal. O nosso jornal funciona como veículo de informação, de formação de pessoas, e também tem o lado da nossa história da pediatria.

Eu fui, na última gestão, coordenadora da Comissão de História da Pediatria, que é muito interessante para que os novos pediatras tomem conhecimento, a sociedade em geral tome conhecimento do quão a pediatria é importante, de como a pediatria contribui para a saúde do nosso país.

Então, eu acho que a Academia tem esse papel filosófico, esse papel de assessoramento, de aconselhamento tanto à diretoria da Sociedade Brasileira como ao Conselho Superior. Ela é importante nesse sentido, tem uma atuação bastante ativa.

Com sua experiência, o que a senhora sabe hoje e que gostaria de ter sabido ao se formar?

Eu acho que eu faria tudo novamente. Eu tinha as coisas muito bem norteadas quando eu me formei. Eu já sabia o que eu iria fazer do ponto de vista profissional. Já sabia o que queria fazer, que seria ensinar, eu tenho uma história com ensino desde a minha infância.

Aos sete anos, o que eu aprendia na escola, eu alfabetizava os dois funcionários da minha casa. Aos 13 e 14 anos, eu ensinava francês, sem nenhum custo financeiro, a colegas que estavam na segunda época, coisas desse tipo. Então, eu já tinha um vínculo, também de uma família em que as pessoas são muito ligadas ao ensino. A família materna gosta muito de ensino. Meu bisavô era professor. Enfim, eu tenho esse vínculo grande com ensino.

Ao me formar, já sabia que ia ser neonatologista, que eu ia seguir uma carreira universitária. Isso para mim estava muito claro. Mas eu acho que, hoje, pensando, teria de exigir menos de mim.

Eu sempre fui muito exigente, não que minha família cobrasse, mas era uma autoexigência muito grande. Eu acho que a gente precisa, e fui aprendendo no decorrer da vida, ser menos exigente, cobrar menos. Mas eu lembro que, na época que eu me formei, eu era extremamente exigente comigo.

Mas, de um modo geral, tenho sido muito feliz na minha vida acadêmica e pessoal também. Com o meu companheiro, falecido há 13 anos, fomos muito felizes, com minhas filhas e agora os meus netos. Ainda tenho o privilégio de ter minha mãe viva aos 96 anos e ter uma família muito harmoniosa, muito ligada. Eu sou muito feliz assim, tanto do ponto de vista profissional quanto do ponto de vista afetivo.

Destaque

As lições que aprendi como editor do Jornal de Pediatria

O conceito de um periódico científico se constrói ao longo de muitos anos. Este conceito deve ser cuidadosamente mantido. A responsabilidade do Editor e do Conselho Editorial é muito grande porque os leitores tomarão como corretas as conclusões apresentadas nos artigos publicados, e estas conclusões poderão balizar as suas condutas na prática diária. Caso os artigos não sejam bem avaliados quanto à sua metodologia e aspectos éticos, conclusões poderão ser inexatas e os leitores serão brindados com artigos que não poderão servir de modelo para suas condutas clínicas.

Experiência como editor do Jornal de Pediatria

Ao longo dos muitos anos que tenho sido editor do Jornal de Pediatria, muito tenho aprendido sobre o comportamento dos eventuais autores, como tratar os seus questionamentos e como gerir uma publicação científica para que os leitores se interessem pelo que está sendo publicado. Tenho a clareza que a clientela de um periódico científico é constituída dos autores e dos leitores. Ambos são fundamentais para a construção do conceito da publicação e suas aspirações nem sempre coincidem. O editor precisa saber transitar por este caminho muitas vezes conflituoso.

O que os autores esperam de um periódico científico? Todos autores querem ter seus artigos publicados numa revista com alto conceito na literatura internacional, que seus artigos sejam lidos pelos seus pares internacionais e que sejam citados no maior número de publicações internacionais. Para isto, é importante que suas publicações atinjam um excelente padrão de qualidade. O artigo precisa ter originalidade, a amostra estudada necessita ser representativa da população a ser estudada, tendo um tamanho adequado com bom poder estatístico, ter utilidade para os leitores e seguir os preceitos éticos nacionais e internacionais das investigações científicas. Se o estudo requer um grupo controle, este grupo precisa ser muito bem escolhido para que os resultados não sejam enviesados. As publicações científicas evoluem ao longo dos anos. Muitos artigos aceitos anteriormente, talvez não fossem aceitos no presente, em função de novos conhecimentos ou o aprimoramento das exigências metodológicas atuais. Às vezes, estas considerações não são muito entendidas por alguns potenciais autores.

O que os leitores esperam de um periódico científico? Os leitores se dividem em clínicos e pesquisadores. Os primeiros querem ler um artigo que mostre uma pesquisa adequadamente realizada, confiável, julgada por experts no assunto, que possam



Renato S. Procianoy
Titular da cadeira nº 11 da Academia Brasileira de Pediatria

utilizar para a sua prática diária. Os segundos procuram uma pesquisa bem realizada que possa contribuir para suas pesquisas futuras.

A julgar pelo que foi apresentado anteriormente, o Jornal de Pediatria está cuidando bem de seus clientes.

Fator de Impacto e CiteScore

Embora questionados internacionalmente, o Fator de Impacto (FI) e o CiteScore (CS) são universalmente utilizados para classificar a importância de uma publicação no universo dos periódicos internacionais.

O FI do ano analisado leva em consideração a citação dos artigos publicados nos dois últimos anos dividido pelo número total de artigos publicados naqueles dois anos. A base de dados utilizada é o *Web of Science* e os artigos considerados são os artigos originais e de revisão.

O CS do ano analisado leva em consideração a citação dos artigos publicados ao longo dos últimos quatro anos dividido pelo número total de artigos publicados naqueles quatro anos. A base de dados utilizada é o Scopus e os artigos considerados são todos os artigos publicados pelo periódico.

Nestes quesitos, o Jornal de Pediatria atende bem as necessidades dos autores. O último FI (2023) foi 2,80, sendo a 33ª revista pediátrica entre 186 indexadas, ocupando o percentil 82,5 e ficando no primeiro quartil das principais revistas pediátricas indexadas no *Web of Science*. Por sua vez, o último CS foi 5,60, sendo a 51ª revista pediátrica entre 330 indexadas, ocupando o percentil 84 e ficando no primeiro quartil das principais revistas pediátricas indexadas no Scopus.

A visualização do site do Jornal de Pediatria aumentou 20% na comparação do último ano em relação ao ano anterior, demonstrando que a aceitação dos leitores tem aumentado significativamente.

Aspectos éticos

Os aspectos éticos também nos preocupam. O Conselho Editorial atenta para que os preceitos éticos das investigações sejam estritamente cumpridos. A aprovação pelo Comitê de Ética institucional, a aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e seguir os princípios da Declaração de Helsinki são exigências básicas do Jornal de Pediatria.

Um item que não pode fugir deste comentário é o plágio que tem se tornado cada vez mais frequente. Atualmente, o Jornal de Pediatria possui programa antiplágio e não aceitamos artigos que sejam cópias de artigos já publicados ou que estejam sendo submetidos a outros periódicos. Com certa frequência,

recusamos artigos submetidos ao Jornal de Pediatria em que detectamos um alto grau de plágio.

Conselho Editorial e Sociedade Brasileira de Pediatria

Um Conselho Editorial qualificado e muito atuante é importante para o bom andamento de um periódico científico. O auxílio na seleção dos artigos a serem aceitos ou não ajuda, em muito, o papel do Editor no gerenciamento da revista. Ao longo dos anos, sempre tive a sorte de contar com um Conselho Editorial muito competente e atuante.

As diversas Diretorias da Sociedade Brasileira de Pediatria sempre foram muito importantes para o crescimento do Jornal de Pediatria. A independência editorial conferida ao Editor e ao Conselho Editorial ao longo dos anos e o gerenciamento administrativo propiciou o crescimento exponencial do Jornal de Pediatria. Desta forma, quero externar minha gratidão à Diretoria da Sociedade Brasileira de Pediatria pela sua atuação ao longo de todos estes anos.

Comissão de admissibilidade

Eleição para acadêmico titular da Academia Brasileira de Pediatria (ABP)

A Comissão de Admissibilidade da Academia Brasileira de Pediatria (ABP) informa que, após a análise da documentação dos candidatos e a devida homologação, será realizada a eleição para preenchimento de 01 (uma) vaga de Acadêmico Titular. A vaga corresponde à cadeira nº 1, cujo Patrono é o Prof. Dr. Carlos Arthur Moncorvo de Figueiredo e cujo último ocupante foi o Dr. Júlio Dickstein.

A eleição será realizada durante a Assembleia Ordinária on-line da ABP, agendada para o dia 29 de janeiro de 2025.



EXPEDIENTE

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA (ABP)

<https://www.sbp.com.br/academia-brasileira-de-pediatria/>
Rua Santa Clara, 292 - Rio de Janeiro (RJ)
CEP: 22041-012
(21) 2548-1999
E-mail: abp@sbp.com.br

Gestão: 2023/2025

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

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

Secretária: Dra. Magda Lahorgue Nunes (RS)

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

Comissão Científica e de Ensino

Coordenador: Werther Brunow de Carvalho (SP)

José Sabino de Oliveira (MG)

Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Lícia Maria Moreira Oliveira (BA)

Maria Marlene de Souza Pires (SC)

Renato Soibelman Procianoy (RS)

Themis Reverbel da Silveira (RS)

Virginia Resende Silva Weffort (MG)

Comissão de Comunicação Social

Coordenador: José Luiz Egydio Setúbal (SP)

Mário Santoro Júnior (SP)

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: Mário Santoro Júnior (SP)

Sheila Knupp Feitosa de Oliveira (RJ)

Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)

Navantino Alves Filho (MG)

Jayme Murahovschi (SP)

Saul Cypel (SP)

José Martins Filho (SP)

Sérgio Augusto Cabral (RJ)

João de Melo Régis Filho (PE)

Virginia Resende Silva Weffort (MG)

Comissão Cultural e Artística

Coordenadora: Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)

Luciana Rodrigues Silva (BA)

Ney Marques Fonseca (RN)

Sidnei Ferreira (RJ)

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)

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