



Atenção: a partir do próximo número o *SBP Notícias* será distribuído apenas aos sócios da entidade

Rinaldo de Lamare entrevista João Yunes



5

Assessoria parlamentar da Sociedade já está funcionando

10

Novas parcerias na Campanha de Prevenção de Acidentes

11

Violência poderá diminuir na tela da tv



12



Fotos: João Roberto Ripper e Wagner Sant'Anna / arquivo Cremer

SBP realiza I Fórum de Defesa Profissional

(pgs. 6 e 7)



PALAVRA DO PRESIDENTE



Angélica de Carvalho

Inicialmente, quero prestar contas sobre o que nossa diretoria tem realizado na área administrativa da Sociedade. Numa primeira etapa de trabalho, concluímos o plano de cargos e salários dos funcionários, bem como uma auditoria contábil, que culminou com a substituição do escritório de contabilidade. Está em fase final a auditoria administrativa. Instituímos ainda a reorganização patrimonial da entidade e contamos agora com um bom sistema de controle do patrimônio dos associa-

dos. São iniciativas que buscam aprimorar a prestação de serviços da SBP.

Também encontra-se em fase de conclusão a pendência com a prefeitura do Rio de Janeiro, no que se refere à discordância entre o projeto e a área construída de nossa sede. Temos destinado recursos financeiros para filiais em dificuldades e adquirimos imóvel para instalação do escritório em São Paulo.

Além disso, iniciamos várias outras ações. Já a partir de março tiveram início os cursos itinerantes, que vão atingir 72 cidades do interior do país, dentro da perspectiva de interiorização do conhecimento e do processo de educação continuada. Os sócios já podem também contar com o Centro de Informação Científica, onde as referências bi-

bliográficas passam a ser fornecidas sem qualquer ônus.

Instrutores do Curso de Reanimação Pediátrica já foram treinados e temos a expectativa de que, nos próximos três meses, os 8 pólos de treinamento estejam efetivamente implantados. Isto irá permitir o treinamento de 2.000 profissionais até o próximo ano.

A diretoria da Sociedade Brasileira de Pediatria considera fundamental ainda a realização do I Fórum de Defesa Profissional. Com ele, objetiva estabelecer um planejamento estratégico para o setor, definindo ações efetivas, que possam realmente melhorar a remuneração e mesmo a condição de trabalho do profissional.

Em conjunto com o Departamento de

Defesa dos Direitos da Criança, a Diretoria de Promoção Social propôs, no ano passado, a Campanha de Prevenção de Acidentes na Infância e Adolescência que, neste ano, está sendo consolidada. Pretendemos, em outubro, lançar novo movimento que terá como tema a mortalidade perinatal e o direito à vida.

Enfim, temos a convicção de que 1999 – quando preparamos as comemorações dos 90 anos da entidade – será bastante produtivo, marcado por uma presença ainda maior da Sociedade Brasileira de Pediatria no dia-a-dia do pediatra.

Um grande abraço,

Lincoln Freire

Para falar com o presidente, o endereço eletrônico é: sbpbh@net.em.com.br

PALAVRA DO DIRETOR



Beto Felício

Mudanças são necessárias, para que as instituições subsistam e, assim, se ajustem a um mundo em constante transformação. A Sociedade Brasileira de Pediatria vem evoluindo ao longo de sua história. Cursos, Jornadas e Congressos trazem o

“up to date” da ciência. Então porque um Departamento de Projetos Especiais? Para pensar novas ações e não perder oportunidades importantes.

A Diretoria de Projetos Especiais está envolvida com o Programa de Auto Regulamentação de Produtos e Serviços para Crianças e Adolescentes da SBP. A idéia nasceu no antigo Comitê de Direitos da Criança e do Adolescente há quase 10 anos e começou a se tornar realidade a partir das últimas duas gestões. O Programa é também conhecido como o Selo

da SBP para produtos e serviços infantis que merecem recomendação por sua qualidade.

Para assegurar o máximo rigor, a SBP há dois anos trabalha assessorada por uma das maiores empresas de Certificação: a SGS. Elaborado o Regulamento, definiram-se os mecanismos para a Certificação. A última fase foi a criação da campanha publicitária. Estamos, assim, preparados, para a partir do próximo mês, iniciar esta tarefa, pois, afinal, se o compromisso da instituição é com os pediatras, tam-

bém o é com o bem-estar das crianças e adolescentes.

Você que conhece a seriedade da SBP poderá tranquilamente orientar os pais para que adquiram os produtos recomendados, pois terão sido analisados, passados por rigorosos testes e avaliações, de acordo com normas nacionais e internacionais. Um produto recomendado pela SBP merece toda confiança.

Mário Santoro

Diretor de Projetos Especiais

PALAVRA DA PEDIATRA



A tu na área de neonatologia. Sou sócia da SBP desde 1991. Recebo as publicações como o Jornal de Pediatria e o SBP Notícias. Assinei o PRONAP e o acho extremamente importante para os pediatras que se encontram fora das grandes capitais. Participo dos Congressos de Neonatologia e Pediatria. Tenho o TEP e o TEN.

A Sociedade de Pediatria de Roraima foi fundada em março de 1997, tendo como presidente o dr. Naouaf Abou Chahine. Estamos sem sede própria e apesar do pequeno número de participantes, realizamos reu-

niões mensais, serões e palestras com outras especialidades. Espero que a Sociedade continue com programas como o PRONAP e envie às regionais materiais como fitas, artigos, disponibilize via Internet os programas de educação continuada.

Vejo a situação do pediatra brasileiro com preocupação. No meu estado, o maior problema é a distância, que dificulta o processo de atualização e reciclagem. No campo de defesa profissional é importante que a SBP oriente a classe, sobre como lidar com a imprensa e oriente os profissionais na defesa do código de ética, estimulando uma boa relação médico/paciente, evitando futuros processos éticos.

A situação de nossas crianças e adolescentes não é diferente do resto do país. As principais doenças são: I.R.A., afecções de pele, gastroenterites,

parasitoses intestinais e malária. A malária na Amazônia brasileira é um problema endêmico e gravíssimo. Só na área indígena Yanomami, atingiu 3915 índios em 1997, sendo a terceira causa de doença nessa comunidade, fato que se agrava pelo alto grau de desnutrição desta população e pela falta de assistência médica.

O número de acidentes tem aumentado e a Sociedade de Pediatria de Roraima também tem participado da Campanha de Prevenção.

Por fim, uma palavra de incentivo para que os colegas pediatras se integrem aos eventos das Sociedades regionais e Brasileira.

Celeste Teodoro Varotto Wanderley é pediatra em Roraima. Foi escolhida aleatoriamente para participar deste espaço, que a cada edição ouve um profissional. Responde gentilmente a perguntas elaboradas pelo SBP Notícias.



SBP Notícias

Uma publicação da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Conselho Editorial: Lincoln Freire, Wania del Favero e Reinaldo Martins.

Editora e coordenadora de produção: Maria Celina Machado (reg. prof. 2.774/ MG) / ENFIM Comunicação;

Relações Públicas da SBP: Andréa de Souza;

Projeto gráfico e diagramação: Paulo Felício;

Estagiária: Daniela Zdanowsky;

Colaboram nesta edição: Ana Cristina Costa, Cláudia Rodrigues, Jenny Valverde, José Eudes Alencar e os fotógrafos Angélica de Carvalho, Rogério Albuquerque, Sérgio Rocha e o ilustrador Aliedo.

Colaboraram também os funcionários da SBP;

Impressão: Graffline Artes Gráficas e Editora Ltda. Av. Mem de Sá 69 - Centro - Rio de Janeiro- RJ. Cep 22041-010. RJ. Tel./Fax (021) 548-1999.

Endereço para correspondência: SBP/ Rua Santa Clara, 292, Copacabana, Rio de Janeiro. CEP 22041-010. RJ. Tel./Fax (021) 548-1999.

E-mail: imprensa@sbp.com.br

Homepage: <http://www.sbp.com.br>

Um pré-natal bem feito pode prevenir a Aids e a sífilis congênita

Na última década, o aumento crescente do número de mulheres jovens infectadas pelo HIV fez com que crescessem também consideravelmente os casos de AIDS em crianças, como consequência da transmissão vertical do vírus. Dados recentes do Ministério da Saúde contam que, dos 2.651 casos notificados em 1978, apenas 250 eram de mulheres e 97 de crianças. Já em 1997, dos 16.061 casos notificados, 4.458 eram mulheres e 626 crianças. A situação é também alarmante quando se trata da sífilis congênita, pois somente no município do Rio de Janeiro,

*o ano de 1998 registrou 79 casos de bebês natimortos e 97 óbitos. Consequência de uma doença para a qual se tem tratamento fácil e barato. Para conversar sobre estes graves problemas, o **SBP Notícias** convidou a dra. **Regina Célia de Menezes Succi**, professora adjunta e chefe do Serviço de Aids Pediátrico da UNIFESP, Escola Paulista de Medicina e a dra. **Myrtes Amorelli Gonzaga**, vice-presidente do Departamento de Infectologia da SBP e chefe de Clínica do Hospital Municipal Jesus do Rio de Janeiro.*

— ■ ■ ■ —

SBP Notícias: Dra. Regina, como prevenir a infecção das crianças por mães soropositivas?

R: A mulher infectada (com ou sem sintomas da doença) pode transmitir o HIV ao seu conceito desde as fases mais precoces da gestação, durante o parto e após o nascimento da criança. A transmissão acontece com maior frequência no final da gestação e durante o trabalho de parto. O conhecimento de que é possível reduzir significativamente o risco de transmissão do vírus da mãe para o filho foi uma das notícias mais interessantes e promissoras a respeito da AIDS na criança. Para isto, é fundamental que a mulher infectada seja identificada durante a gestação. O teste de Elisa, comumente utilizado, é rápido, de simples realização, de baixo custo e deve ser oferecido a todas as gestantes. Pessoal treinado deve fazer o aconselhamento pré e pós teste.

P: Qual deve ser a conduta médica com a mãe soropositiva e com seu bebê?

R: Gestantes infectadas pelo HIV devem fazer uso de antiretrovirais por via oral durante a gestação (o AZT é o mais utilizado), tratamento que deve ser mantido até o momento do início do trabalho de parto, quando a droga precisa ser administrada por injeção intravenosa. O bebê deve receber o AZT nas primeiras horas após o nascimento, terapia que deve ser mantida nas primeiras seis semanas. O aleitamento materno está formalmente contraindicado para as mães soropositivas. Estas medidas simples são capazes de diminuir em mais de 60% o risco de transmissão do vírus. Sem o uso de antiretrovirais, a taxa de transmissão vertical do HIV é de cerca de 25% e com o uso de AZT cai para cerca de 8%. Outros antiretrovirais em associação ao AZT podem baixá-la a cerca de 2%. Penso que os pediatras devem estar engajados na luta pela obrigatoriedade de oferecimento do teste anti-HIV a todas as gestantes.

P: Qual a relação entre a sífilis congênita e a Aids?

R: As doenças sexualmente transmissíveis, especialmente aquelas capazes de determinar lesões genitais exulceradas, favorecem a transmissão do

HIV. Por esta razão, a sífilis (e isso inclui a gestante), favorece a aquisição do HIV. Não há evidências sobre aumento da gravidade da infecção pelo HIV em crianças com sífilis congênita, mas sabe-se que a sífilis no adulto infectado pelo HIV deve receber tratamento mais prolongado. A grande vantagem da sífilis sobre o HIV é a possibilidade de tratamento e cura da primeira, mas em ambas é necessário realização de diagnóstico precoce na gestação, para que se evite a transmissão ao bebê.

SBP Notícias: Dra. Myrtes, o MS tem como meta erradicar a sífilis até o ano 2000. Qual é a situação deste programa hoje?

R: Estamos assistindo a um aumento do número de casos de sífilis congênita. Isto significa que, ou as

Dra. Myrtes (ao lado): o tratamento da sífilis congênita é simples e barato

Dra. Regina: o uso de medicamentos reduz a transmissão vertical do HIV



Angélica de Carvalho



Rogério Albuquerque

mulheres não estão fazendo o pré-natal, ou este não está sendo bem feito. Pois, uma vez identificada a infecção, o tratamento é simples e barato. Muitas vezes, os resultados dos exames de laboratório custam a chegar às unidades que realizam o pré-natal. Para erradicar a sífilis congênita é preciso que todas as grávidas façam o teste sorológico para sífilis (VDRL), que as gestantes infectadas sejam tratadas, assim como seus parceiros, que sejam evitados novos casos e também que se faça uma boa vigilância epidemiológica.

P: Qual a conduta médica com as mães infectadas?

R: Usamos penicilina benzatina intra-muscular, na dose de 2 milhões e 400 mil unidades uma vez, se a mãe tiver sido infectada há menos de um ano, e a mesma dose uma vez por semana, três semanas seguidas, se ela tiver sido infectada há mais de um ano. Geralmente as gestantes não sabem há quanto tempo estão infectadas. Neste caso, usa-se o segundo esquema. A penicilina cura a infecção materna e previne ou cura a infecção fetal. No pré-natal, são realizados dois testes sorológicos e um terceiro no momento do parto. Precisa ser tratada toda a criança nascida de mãe que teve sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada.

P: E qual é a conduta no caso da criança?

R: No recém-nascido, usamos a penicilina cristalina (100.000 U/Kg/dia 12/12hs na primeira semana de vida e 8/8hs após a primeira semana IV 10-14 dias) ou a penicilina procaína (50.000 U/Kg/dia 24/24hs IM 10-14 dias). Após o período neonatal, emprega-se a penicilina cristalina (200-300.000 U/Kg/dia 6/6hs IV 10-14 dias). Ou a penicilina procaína (50.000 U/Kg/dia 24/24hs IM 10-14 dias). Deve ser feito o acompanhamento sorológico da criança (VDRL: 1, 2, 3, 6 e 12 meses. Se LCR anormal: novo LCR a cada seis meses).

Instituto Fernandes Figueira faz aniversário

*O mais antigo hospital pediátrico do país comemora 75 anos no próximo dia 26 de abril. Contando um pouco de sua história, o **SBP Notícias** inicia uma série de reportagens sobre as principais instituições hospitalares dedicadas à criança e ao adolescente no Brasil.*



Antônio Fernandes Figueira

O Instituto Fernandes Figueira é o que se pode chamar de hospital completo. Fundado em 1924, por iniciativa de Carlos Chagas e Antônio Fernandes Figueira, ambos do Departamento de Saúde Pública do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, a instituição tem sua linha de trabalho voltada para a integração entre ensino, assistência e pesquisa da saúde da mulher, da criança e do adolescente. Unidade técnica da Fundação Oswaldo Cruz, a preocupação constante com os recursos humanos e a incorporação de novas tecnologias fizeram com que se tornasse um exemplo para todo o Rio de Janeiro. Prova disso é o perfil dos pacientes atendidos. Apesar de estar localizado na região que engloba bairros que vão de Botafogo a São Conrado, na Zona Sul, a maior parte de sua clientela vem da Baixada Fluminense. E segundo o atual diretor, Gilberto Vasques Cava, quando um feto



alterado após a morte de Antônio Fernandes Figueira) é uma referência na formação de profissionais na área de Pediatria e Obstetrícia. E um celeiro de grandes nomes da medicina pediátrica do Brasil. Profissionais como Magalhães Carvalho, Odilon de Andrade e o obstetra Clóvis Corrêa da Costa fizeram com que os cariocas tivessem sempre no Instituto um atendimento de alto padrão.

Além disto, o setor de pesquisas também contribuiu muito para que o hospital se tornasse o que é. A começar pela coordenação do laboratório, que, na década de 40, era de Arlindo de Assis, famoso bacteriologista, que se correspondia com cientistas de várias partes do mundo, trocando informações sobre o que descobria no IFF. Uma de suas acadêmicas, a patologista pediátrica Aparecida Gomes Pinto Garcia, lembra do quanto aprendeu, tendo dr. Assis como chefe do departamento. Aos 77 anos de idade, 58 deles dedicados ao IFF, a médica – que já está aposentada e trabalha lá diariamente – explica que logo que entrou para a instituição, em 1941, passou por todas as etapas dos exames laboratoriais e áreas como obstetrícia e ginecologia.

É a dra. Aparecida quem conta que mesmo com uma equipe *de se tirar o chapéu*, o hospital também viveu períodos difíceis. Em 1949, foi fechado para obras de melhorias. Mas no transtorno do quebra-quebra, amostras de bacilos disentericos descritas e pesquisadas por anos foram perdidas. E não foi a única vez. Em 1964, durante o golpe militar, o então chefe do laboratório Isnar Teixeira foi preso pela polícia e novamente foram perdidas amostras, desta vez de toxoplasma.

Mas esses episódios não foram suficientes para colocar em risco os projetos do IFF. Apesar de algumas perdas, a instituição desenvolveu linhas de pesquisa como a de infecções congênitas. “Esse trabalho é feito desde 1970 e cuida de viroses e de toxoplasmose. Com

os avanços que fizemos, montamos várias campanhas para diagnóstico precoce”, explica dra Aparecida. Outro avanço foi a criação do Clube do Feto, que se reúne semanalmente até hoje. A partir das autópsias infantis, na maioria perinatais, o grupo discute as *causas mortis*.

A preocupação com a formação profissional fez do IFF um dos primeiros do Rio de Janeiro a oferecer residência médica em pediatria e em especialidades pediátricas, bem como mestrado e doutorado em saúde da criança, da mulher e do adolescente. Hoje, o IFF conta com um quadro de 700 funcionários distribuídos entre a administração e os diversos departamentos. Nesses setores, os pacientes encontram atendimento em ginecologia, obstetrícia, neonatologia, cirurgia infantil, neurologia, genética, laboratório de neurofisiologia, entre outros.

Além do trabalho desenvolvido com gestantes com fetos de alto risco, o IFF também faz a orientação e o acompanhamento de mães adolescentes, geral-

mais de 100 unidades espalhadas por todo o Brasil.

O pioneirismo vem de longe. O IFF também foi o primeiro na criação de Bancos de Sangue. Segundo a dra. Aparecida, o Banco do Instituto foi o primeiro do Brasil e surgiu da necessidade de doação durante a Segunda Guerra Mundial. A inauguração – apesar do clima pesado da guerra – foi muito importante e o projeto contou com voluntários *de peso*, como a nora de Getúlio Vargas.

Para a comemoração dos 75 anos, está sendo preparada uma série de festividades, a começar com o Abraço ao Morro da Viúva, dia 27 de março. O evento está sendo organizado pela Associação de Amigos do Instituto Fernandes Figueira, uma iniciativa da comunidade vi-



Peter Illiciev / arquivo IFF

A pesquisa é integrada ao ensino e à assistência

zinha ao hospital, que fará o abraço simbólico à região onde está localizado, como homenagem aos serviços prestados pela instituição.

Dia 25 de abril, véspera do 75º aniversário, ocorrerá uma caminhada pelo Aterro do Flamengo. Também será montada uma feira, para esclarecimentos à população sobre aleitamento materno e cuidados com a mãe e o bebê. O dia do aniversário será marcado por um fórum de discussão entre os funcionários e convidados, sobre a iniciativa de tornar o IFF um dos Hospitais Amigos da Criança. “Estamos acertando os últimos detalhes para nosso credenciamento”, conta o dr. Gilberto Cava. Ele acrescenta que, no dia 27 de abril, será iniciada a implantação do Programa de Qualidade no Hospital, assim como a jornada científica, que se estenderá pelos dias 28 e 29.



Jorge de Carvalho / arquivo IFF

O Hospital é referência no acompanhamento de mães adolescentes

corre risco, médicos dos mais diferentes municípios do estado o encaminham para lá.

Batizado de Abrigo Hospital Arthur Bernardes, o IFF (que teve seu nome

O IFF coordena a maior rede de Bancos de Leite dentro de um só país

mente encaminhadas por outros hospitais. Os programas de assistência à saúde da criança, da mulher e do adolescente são reconhecidos nacional e até internacionalmente, como é o caso do Banco de Leite. Além de ter sido o pioneiro na criação, o Instituto Fernandes Figueira é o coordenador da maior rede de bancos de leite dentro de um só país, com

Os índices da mortalidade perinatal ainda são muito altos no Brasil

*No próximo 7 de abril, Dia Mundial da Saúde, a OMS estará discutindo questões relativas às pessoas idosas. De sua parte, o **SBP Notícias** aproveita a oportunidade para trazer de volta o tema do documento lançado pela entidade mundial no ano passado, a Maternidade Segura. Sobre estes e outros assuntos relacionados à pediatria, conversamos com o responsável pela Secretaria Nacional de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, dr. João Yunes. E também com a dra. Ana Goretti K. Maranhão, coordenadora da Área Técnica da Criança e Aleitamento Materno. Na entrevista, pedimos ajuda a ninguém menos que o dr. Rinaldo de Lamare, autor do best-seller *A Vida do Bebê*.*

— ■ ■ ■ —

Os dados do MS são preocupantes: em 1996, dos 74.711 óbitos infantis, 34.046 ocorreram até os seis dias de vida do bebê. Quanto ao risco de uma mulher morrer em consequência da gravidez ou do parto é de 114 para cada 100 mil casos. Segundo o secretário João Yunes, o Ministério criou dois comitês, cada um com a incumbência de “tratar da mãe e também do recém-nascido” e que trabalharão em conjunto. “O que se pretende é manter uma vigilância epidemiológica, saber quantos morrem e porque morrem. De outra forma, não se sabe quais são os fatores de risco e de que forma o problema poderá ser atacado”, afirma.

Melhorar a qualidade do pré-natal seria o primeiro passo necessário. De acordo com a dra. Ana Goretti, mais de 85% das mulheres fazem exames pré-natais. Destas, mais de 50% chegam a ter cinco consultas. Entretanto, a última Pesquisa Nacional de Amostragem Anual, realizada em 96, revelou que 35% das gestantes não tinham sequer tomado a vacina anti-

tetânica. E uma das metas da Cúpula Mundial em Favor da Infância é exatamente erradicar o tétano neonatal até o ano 2000.

Mas se a maioria se submete ao pré-natal, qual a causa desta taxa de mortalidade, que chega a superar as registradas em países como Tunísia, Equador e Colômbia? “É a qualidade do atendimento”, responde o dr. Yunes. Nas consultas, “muitas vezes o médico sequer mede o fundo do útero, não são feitos exames de urina e de sangue e não se dá a devida atenção à questão da nutrição e do tabagismo”, assinala a dra. Ana Goretti.

Segundo o secretário, outro grave problema é o intervalo interpartal muito curto e o aumento da fecundidade materna na faixa etária entre 10 e 19 anos, que responde por 25% dos partos. Fatores biológicos podem levar a um parto complicado, mas Yunes admite que um pré-natal eficiente tende a minimizar os riscos para a parturiente.

Como resultado de uma preparação ruim para o

parto, o bebê normalmente nasce com baixo peso. O fumo na gravidez, segundo Yunes, é um dos fatores preponderantes. “Isso não ocorre só entre mães de classes menos favorecidas”, afirma. O secretário também chama atenção para o aumento do risco de infecções nas UTIs por falta de assepsia no hospital. “Às vezes, duas crianças são colocadas na mesma incubadora”, diz. Um trabalho preventivo também resultaria na menor utilização de Unidades de Tratamento Intensivo.

Yunes, que voltou há um ano para o Brasil depois de trabalhar durante oito na OMS/Seção Panamericana, em Washington, acredita que os primeiros passos já foram dados. Ele destaca algumas portarias baixadas pelo Ministério da Saúde como a que coíbe cesárias em hospitais, a que permite o uso de anestesia peridural em partos normais e a que estabelece o programa Maternidade Segura. Menciona ainda a elevação do Piso de Atenção Básica (PAB), que aumentou o valor pago pelos procedimentos no SUS e, na sua opinião, ampliou o atendimento na rede.

Rinaldo de Lamare entrevista João Yunes

Rinaldo de Lamare foi superintendente da Legião Brasileira da Assistência (LBA) e diretor do Departamento Nacional da Criança, ambos criados por Getúlio Vargas. Na sua opinião, Vargas foi o último o



João Yunes

governante a adotar medidas efetivas em relação à maternidade e à criança. Ele lamenta o fato de a LBA ter sido transformada em fundação no mandato do presidente militar Castelo Branco. “A entidade era mantida com 0,5% da folha de pagamento de todo o Brasil e promovia assistência de forma muito eficiente. Como fundação, passou a sofrer a ingerência do Governo”, diagnostica. A pedido do **SBP Notícias**, o pediatra entrevistou o secretário João Yunes.

R.D.L.: O Ministério da Saúde não pretende dar mais importância ao planejamento familiar?

J.Y.: Quando assumimos, em 1º abril, a prioridade definida era a saúde da mulher, que foi traduzida a partir de ações concretas como a prevenção do câncer de colo de útero. Outra prioridade é a saúde reprodutiva. A rede garante a distribuição de contraceptivos. Hoje são doadas pílulas, DIUs e diafragmas. A fecundidade vem caindo. O Brasil é o país com mais alta taxa de cesárias e de ligaduras de trompas, 30 a 40% das mulheres são esterilizadas. Uma hipótese para este alto índice é a falta de contraceptivos.

R.D.L.: O Governo não acredita que a pílula anticoncepcional é a grande solução, juntamente com a educação da mulher?

J.Y.: É fundamental a educação sexual. E envolver também o homem, não só a mulher. O Ministério tem vídeos produzidos sobre saúde reprodutiva, saúde na escola, gravidez na adolescência. A fecundidade adolescente é um grande problema. Entre 10 e 14 anos, a principal causa de internação é a gravidez.

R.D.L.: A esterilização não seria uma outra

saída, sendo feita de acordo com a vontade da mulher?

J.Y.: Existe um preconceito em relação à esterilização masculina que é muito mais fácil, dura de 10 a 15 minutos. A cultura é muito machista e por isso a responsabilidade de não engravidar é sempre da mulher. A vasectomia apresenta muito menor risco. O problema é que o homem acha que ela pode causar impotência, o que é uma ignorância. A melhor saída é o casal escolher o método que melhor lhe convém. Não há uma orientação por parte do Ministério no sentido de estimular a esterilização. Mas é fato que, muitas mulheres que querem ligar as trompas recorrem à cesária, o que explica a alta taxa de cesariana, que está em torno de 35 a 37%.

R.D.L.: De que forma o Governo pretende melhorar a assistência à mulher?

J.Y.: Uma das medidas tomadas foi deixar de pagar os procedimentos aos hospitais que abusam da cesariana. Isso aumenta o risco de infecção hospitalar da mãe e do bebê. O ministério agora paga anestesia peridural no parto normal o que funciona também como incentivo a este tipo de parto.

Pediatras dizem não ao *managed care*

Os dias 19 e 20 de março de 1999 representam um marco para a Sociedade Brasileira de Pediatria, com a realização do I Fórum de Defesa Profissional. No intuito de contribuir para o debate, o **SBP Notícias** ouviu o dr. Arnaldo Pineschi, presidente do Departamento Científico de Defesa Profissional e o dr. Eduardo da Silva Vaz, presidente da Sociedade de Medicina do Estado do Rio de Janeiro, antecipando a mesa-redonda sobre o sistema de gerenciamento de custos na saúde criado nos EUA.

1 O que significa precisamente o conceito de *managed care* que as empresas de planos e seguros-saúde querem implantar no Brasil?

Dr. Eduardo: O conceito fala de “cuidado gerenciado”. É uma forma de gerenciamento de custos na área da saúde. É, na verdade, um conceito amplo, mas quando a gente critica, estamos falando principalmente das Health and Maintenance Organizations (HMOs), empresas seguradoras



Dr. Eduardo Vaz

que estão no mercado nos Estados Unidos de uns anos para cá. Na maioria das vezes, elas trabalham com o tipo de plano de saúde mais perverso, que é o sistema de pagamento chamado de *capitation* (captação). Ou seja, nele, o médico recebe por usuário. Tem uma carteira com um certo número de clientes e fica responsável por todo o atendimento daquele grupo.

Dr. Arnaldo: O “cuidado gerenciado” mostra, em tese, o conjunto de estratégias utilizado por uma empresa, visando a contenção de custos. Caracteriza-se por tentar maximizar os lucros, só que com a impropriedade de minimizar a assistência médica prestada. De profissional de saúde, o médico passa a administrador de lucros.

2. E como isto funciona exatamente?

Dr. Eduardo: O médico recebe um salário fixo. Parece que uma certa empresa brasileira teria, por exemplo, um plano para a pediatria, no qual o profissional receberia R\$ 6,00 por criança ao mês. Ora, se ele tiver uma carteira de 1.200 crianças, será responsável pelo seu atendimento e ganhará para isto R\$ 7.200,00 mensais. Mas vejamos: segundo cálculos da OMS, espera-se que cada criança faça de 4 a 6 consultas ao ano, em média, no mundo. Em nosso meio, as condições econômicas, culturais da população devem fazer crescer este número. Mas supondo que estejamos nesta média, o pediatra irá então atender a 7.200 consultas, divididas em doze meses, chegando a cerca de 600 ao mês!...

Dr. Arnaldo: Funciona utilizando o sistema de paga-

mento “per capita” com um preço fixo mensal para cada paciente cadastrado junto a um determinado médico, chamado de *gatekeeper* ou PCP (*Primary Care Physician*). Nenhum outro pagamento é admitido, mesmo que os cuidados com a saúde do paciente indiquem a necessidade de um outro especialista ou de exames complementares. O *gatekeeper* tem o poder de restringir o acesso do paciente aos serviços diagnósticos ou especializados e essa restrição faz com que seus rendimentos não diminuam. As HMO são as organizações mantenedoras de saúde e funcionam como o veículo para a implantação do sistema.

3. Dr. Arnaldo, o sr. teve oportunidade de conhecer e estudar o *managed care* nos Estados Unidos. A que conclusões chegou?

Dr. Arnaldo: A evolução do atendimento médico nos Estados Unidos passou por várias fases, todas buscando um controle de custos, mas também todas mostrando algum tipo de abuso, tanto por parte das empresas como dos médicos. Posso relacionar alguns:

No sistema de reembolso, o paciente recebia abaixo do valor pago, em função da tabela utilizada;

No HMO Staff o médico é assalariado e tem protocolo a cumprir – lá os protocolos são feitos pelas sociedades de especialidades, mas mesmo assim, se constatou redução da autonomia do médico e limitação da livre escolha do paciente;

No HMO com PCP capitado – médico recebe fixo, com encaminhamento exigido – o PCP recebia o seu honorário fixo, encaminhava a maioria dos pacientes e não atendia quase ninguém. Não contemplou as empresas.

No HMO com PCP capitado + *pool* por não encaminhamento – O PCP não encaminha nunca para não diminuir seus rendimentos. Esse parece o *managed care* de que estamos tratando e que tem todos os inconvenientes já relatados. Também não foi bem aceito nos Estados Unidos, razão para terem evoluído para o sistema compartilhado, buscando as pessoas jurídicas.



Dr. Arnaldo Pineschi

No HMO com risco compartilhado – o contrato seria feito com o hospital, onde o gerenciamento de custo seria dividido entre os setores ou serviços interligados (ex: clínicas – serviços – SADT – setor de imagens). Este foi o sistema visto como mais viável;

4. E quanto à questão ética?

Dr. Eduardo: O sistema tem essa perversidade, de incentivar o médico que gasta menos. Existe uma rotina de controle do trabalho, do número de internações, de consultas, de exames, que se forem ultrapassados, levam à uma penalização financeira. Por outro lado, recebem um prêmio, um adicional, os profissionais que ficarem dentro das cotas estabelecidas. É absolutamente antiético! O médico correto tem que trabalhar como escravo. Se pensarmos bem, o que fazem as empresas? Vendem planos baratos, obtêm seu lucro e não correm nenhum risco. Este é repassado ao médico.

Dr. Arnaldo: O *managed care* nesses moldes pode ferir a ética médica na liberdade do paciente escolher seu médico e de aceitar o tratamento proposto (art. 56 do Código de Ética Médica); na relação médico-paciente – quando o médico, em prol do lucro, deixar de oferecer aquilo que de melhor existir para seu paciente e no relacionamento entre médicos – confrontando o “generalista” com o “especialista” ou induzindo a acordos que aumentem a lucratividade de um em detrimento da qualidade do atendimento e ainda quando o *gatekeeper* / PCP, em função do lucro, atuar fora de sua área de conhecimento, podendo errar por imperícia ou imprudência e comprometer a saúde do paciente. Ou seja, o médico do sistema ganha mais por não atender ou por atender mal.

5. E qual é a posição das entidades médicas?

Dr. Eduardo: Radicalmente contra. Criamos a Central de Convênios como forma de resistência.

Dr. Arnaldo: As entidades médicas são contrárias a qualquer sistema que transgrida a ética, avilte o médico e penalize o paciente. O sistema que se caracterizar por isso deve ser repudiado e combatido pelo esclarecimento e conscientização dos médicos sobre os perigos nele existentes. Também gestões devem ser feitas junto a essas empresas para que não adotem esse sistema.

6. Então, na avaliação dos srs., o *managed care* não traz nada de positivo para os médicos nem para os pacientes?

Dr. Eduardo: Não. No discurso deles, destas empre-

sas de saúde que o querem implantar, esse gerenciamento seria um meio de desenvolver a saúde preventiva, com menos médicos, mais comprometidos e que ganham melhor. Mas o que se vê nos Estados Unidos é o contrário. Os planos atingem uma parcela da população que não teria condições de ter seguro saúde, vendem planos mais baratos e selecionam os médicos. Acabam com a liberdade de escolha do paciente e o profissional fica nas mãos das empresas.

Dr. Arnaldo: Do ponto de vista das implicações éticas, o *managed care* não traz vantagens nem para os médicos, nem para os pacientes. O exercício da Medicina pressupõe a atualização constante e o aprimoramento concomitante ao uso de novas tecnologias e exames. Não se pode privar o médico e o paciente de

do médico e os direitos do paciente.

7. No *managed care*, como as empresas controlariam os médicos?

Dr. Eduardo: Quando passa a ser referenciado, o médico acaba por restringir sua clínica aos pacientes cadastrados, ficando assim preso às condições estabelecidas pelas seguradoras. Estas podem, por exemplo, descredenciá-lo, ou ameaçá-lo, se estiver pedindo muito raio-X. A empresa interfere na relação médico-paciente. O profissional acaba tendo que decidir não o que é melhor para a saúde do paciente, mas o que é mais barato para o plano.

Dr. Arnaldo: Todas as variações de HMO funcionam com base em protocolos (*guide lines*) que são elaborados pelos planos e seguros de saúde e que funcionam

cipação das Sociedades Brasileiras de Especialidades e os Conselhos de Medicina, para que além dos aspectos comerciais, também sejam respeitados os aspectos éticos e científicos de cada especialidade.

8. A implantação do Programa traria algum prejuízo ou ganho específico para a pediatria?

Dr. Eduardo: Como clínico, parte de uma categoria na qual se concentram muitos profissionais, o pediatra sofreria ainda mais as conseqüências.

Dr. Arnaldo: A pediatria e a criança brasileira vão sofrer um retrocesso se o entendimento do “*managed care*” for aquele no qual a criança deve primeiro ser atendida pelo PCP (médico de família?) para depois ser encaminhada ao pediatra se estiver doente e fora de alcance do conhecimento do PCP. Isso seria o naufrágio da puericultura. A SBP deve estar atenta para que isso não seja uma prática de contenção de custos, com sérias repercussões para a saúde das crianças e dos adolescentes.

9. No caso do Brasil, o *managed care* seria também implantado no sistema público de saúde? Ou seria apenas para a medicina privada?

Dr. Eduardo: As empresas estrangeiras já estão associadas com as nacionais há muito tempo. E houve um *lobby* muito forte na época da regulamentação dos planos de saúde. O mercado de usuários de planos está definido, é de 40 milhões e não tem como crescer muito, pela própria situação econômica da população. Tenho a impressão de que esses grupos vão querer entrar também no setor público e isto será um desastre. Muitos atendimentos serão negados. Na verdade, no Rio de Janeiro, por exemplo, o governo estadual anterior, com sua política de terceirização, já estava transferindo a responsabilidade pelo gerenciamento da saúde pública para a iniciativa privada.

Dr. Arnaldo: Sobre essa pergunta eu faço o seguinte questionamento: o programa de médico de família não seria um balão de ensaio para a implantação do *managed care*? Espero que não! Mesmo assim defendo o SUS e acho que todas as entidades médicas devem procurar meios de viabilizá-lo em sua essência, para que falsas cooperativas ou terceirizações não sejam o primeiro passo para o seu fim.



usufruir da medicina de ponta como resultado de um programa de contenção de custos. Há que se descobrir o meio de se praticar uma medicina sem exageros, sem fraudes, sem superfaturamentos, mas principalmente, respeitando-se a autonomia e a liberdade

como indicadores de avaliação dos médicos. É uma arma dessas empresas que, aliada ao seu poder de credenciamento e descredenciamento, faz do médico um refém do sistema. Por isso, é fundamental que esses protocolos sejam elaborados também com a parti-

Defesa Profissional da SBP leva reivindicações ao MS

Em janeiro deste ano, a diretora de Defesa Profissional da SBP, dra. Eliane de Souza e o presidente do Departamento Científico de Defesa Profissional, dr. Arnaldo Pineschi estiveram reunidos em Brasília com a dra. Cleusa R. da Silveira Bernardo, Coordenadora Geral de Desenvolvimento e Avaliação dos Serviços de Saúde do Ministério da Saúde e o dr. Luís Antônio Coelho Silva, assessor do S. A.S./MS. Na pauta, reivindicações dos pediatras:

a discussão sobre o percentual de aumento aos neonatologistas – que foi de apenas 25%, enquanto

que para os obstetras ficou em 71% (O MS se comprometeu em verificar a razão da diferença e informar à SBP) ;

a reivindicação de pagamento do trabalho do neonatologista no berçário, nos casos em que a criança permanece no hospital como acompanhante da mãe que ficou retida (Segundo o MS, este pagamento é possível. Basta acrescentar na AIH) ;

o não-pagamento aos pediatras na sala de parto na Maternidade Carmela Dutra, em Florianópolis, desde que esta passou a ser um Hospital Amigo da Criança

(O MS explicou que quando a instituição recebe esse título, o pagamento passa a ser global à ela, mas que cabe ao Hospital repassar aos médicos sua remuneração. A Defesa Profissional da SBP enviou correspondência à Carmela Dutra e à Sociedade estadual, esclarecendo o assunto)

a portaria 2918, de 9/6/98, que classificou as UTIs neonatais, mudando a exigência do título de habilitação em neonatologia para o de terapia intensiva (O MS se comprometeu em alterar a portaria, mantendo o título em neonatologia).



O sucesso de um programa pioneiro

Em seu último Congresso, realizado no Chile, a Associação Latino-Americana de Pediatria (Alape) concedeu, pela primeira vez, o Prêmio Carlos A. Gianantonio, ao que foi considerado o melhor trabalho desta especialidade da medicina, realizado em seus países-membros. Foi premiado o Pronap argentino, ou melhor, “Educación médica continua en Argentina. Cinco años de experiencia com el programa nacional de actualización pediátrica”.



Dra. María Luisa

Nesta entrevista, o SBP Notícias conversa com a dra. María Luisa Ageitos, que juntamente com os drs. Horacio Lejarraga, Amanda Galli e Claudia Castro, coordena o Programa, pioneiro na América Latina.

1. Qual o balanço que o sra. faz da evolução do Pronap na Argentina? Quais as dificuldades e os principais avanços do Programa?

R: O balanço do PRONAP, Programa Nacional de Atualização Pediátrica, quando estamos quase ao final do seu segundo ciclo de três anos, é altamente positivo. O maior avanço tem sido o desenvolvimento de uma direção e de uma organização eficientes, que possibilitaram respostas contínuas às crescentes expectativas dos pediatras inscritos. As dificuldades têm sido as próprias de qualquer programa inovador, que teve que desenvolver desde o princípio todo o seu sistema curricular, pedagógico e administrativo. Para isto, a infra-estrutura da Sociedade de Pediatria tem sido um suporte imprescindível.

2. Passados os cinco primeiros anos, considera satisfatório o número de assinantes do Pronap?

R: Se a resposta pediátrica é satisfatória, o número de inscritos cresce anualmente. Em cada oportunidade se difunde a informação entre todos os sócios. Através do programa ingressam, anualmente, novos sócios na entidade.

3. Que atividades desenvolvem hoje? Além dos volumes publicados, os srs. vem realizando encontros com a presença de professores para tirar dúvidas dos alunos do Curso. Como tem sido esta experiência?

R: São realizados encontros presenciais anuais, com coordenadores especialmente treinados. Os

curso têm alto grau de aprovação, com a participação de 15 e 25% dos alunos.

4. O Pronap argentino está produzindo também vídeos? Como os srs. desenvolvem esta idéia?

R: Requerem uma preparação intensiva durante todo o ano, para o treinamento dos clínicos coordenadores e a produção dos materiais.

5. Os srs. têm projetos para a televisão? Como seria isto?

R: Estamos desenvolvendo distintas alternativas, programas de apoio por TV a cabo, vídeos complementares, audiotextos, etc.

6. E a Internet? O Pronap argentino já está usando a rede mundial em seu trabalho de educação continuada?

R: Administramos uma lista por e-mail, de inscrição voluntária.

7. E quanto ao exame que realizam no Programa, como tem sido a experiência na Argentina? Os srs. fazem, como no Brasil, uma prova por correspondência?

R: O exame final é de múltipla escolha, com consulta e perguntas integradoras de temas vistos durante o ano.

8. Quais as perspectivas para o Pronap argentino?

R: Nossa expectativa pessoal, desde que concebemos esta idéia em 1986 (começamos a desenvolvê-la no triênio 90-93, em que ocupamos a presidência da Sociedade Argentina de Pediatria e decidimos lançá-la em 1993), foi amplamente superada. Apesar de tratar-se de um programa novo, foi grande a confiança depositada pelos pediatras. Desde esse ano me compete dirigí-lo e nosso esforço cotidiano se concentra em superá-lo a cada ano. A resposta e a satisfação manifestada pelos usuários é uma demonstração do bom caminho eleito.

Pediatras do Cone Sul se reúnem

Será realizada em 15 de maio de 1999, em Montevideu, Uruguai, uma reunião com os presidentes das Sociedades de Pediatria do Cone Sul. O tema será “O papel do pediatra na docência e na assistência”. O encontro acontecerá durante o XXII Congresso Uruguaio de Pediatria e a IV Jornada Uruguaia de residentes em Pediatria, de 14 a 16 de maio. Estará presente o dr. Lincoln Freire, presidente da SBP.

O assessor parlamentar da SBP concluiu o levantamento dos projetos que tramitam no Congresso Nacional e são de interesse de pediatras, crianças e adolescentes. Foram encontrados 324 Projetos de Lei e 15 Propostas de Emenda à Constituição. O Departamento de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente e a Diretoria de Promoção Social estão analisando o documento e selecionando aqueles de maior interesse para uma possível atuação da SBP.

A parceria Ministério da Saúde (MS) e SBP está sendo consolidada. Representantes das duas entidades estiveram reunidos no mês de dezembro, em Brasília. Segundo a dra. Ana Goretti, responsável pela área da Saúde da Criança e Aleitamento Materno do MS, e o dr. Nelson Rosário, diretor dos Departamentos Científicos da SBP, várias propostas foram discutidas. Entre elas, o patrocínio do MS aos Cursos Itinerantes da SBP, quando estes tratarem de temas como imunização, infecções respiratórias, aleitamento materno, prevenção de acidentes, entre outros. Outra decisão foi a de oferecer aos membros do Departamento de Cuidados Primários da SBP o Curso de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, das Organizações Mundial e Pan-americana de Saúde.

A vacina contra *Haemophilus influenzae B* estará disponível gratuitamente nos postos de saúde brasileiros a partir de maio deste ano. No primeiro ano de sua implantação, será aplicada a crianças menores de dois anos de idade e nos anos subsequentes nas menores de um ano. A informação é da dra. Maria de Lourdes Souza Maia, coordenadora do Programa de Imunização do Ministério da Saúde. Como a maioria da população infantil não tem acesso à vacina nos consultórios, a inclusão desta no calendário oficial de imunizações do país é de grande importância, e foi proposta pelo Comitê Assessor de Imunizações do qual a SBP faz parte.

Ainda segundo a dra. Maria de Lourdes, **a vacina contra febre amarela também estará nos postos ainda este ano.** Serão aplicadas gratuitamente e devem ser vacinadas crianças menores de um ano ou pessoas que viajem para áreas de risco. Segundo dados do Ministério da Saúde, na região Norte foram comprovados 34 casos de febre amarela no ano passado, com quinze mortes. A população mais atingida são os maiores de 15 anos. No local, a vacinação é feita dos seis meses de vida em diante. A vacina é aplicada em dose única e tem duração de 10 anos.

Sócios da SBP têm pesquisa bibliográfica gratuita

O Centro de Informações Científicas tem boas novidades para os sócios da entidade: a pesquisa bibliográfica agora é gratuita e, além das referências, que serão entregues no prazo médio de uma semana, o associado poderá, em cada pedido, receber até cinco artigos originais. A revisão bibliográfica é realizada pelos bancos de dados Medline ou Lilacs. Os interessados devem solicitá-la na página de serviços da *homepage* da SBP: <http://www.sbp.com> ou na Biblioteca da entidade (tel./fax 021. 548 1999).

AAP

Dra. Conceição Segre, da diretoria de intercâmbio internacional da SBP, entrega ao presidente da Academia Americana de Pediatria (AAP), dr. Joel Alpert, os primeiros formulários de filiação de sócios brasileiros à entidade. Sócios quites da SBP interessados em se associar à AAP devem entrar em contato com a secretaria da Sociedade, no telefone (021) 548-1999. O custo da anuidade é de U\$60,00 ou U\$165,00 por três anos, e vale lembrar que este preço corresponde a um terço do valor que é pago pelos membros americanos. Sócios internacionais têm vantagens como redução de tarifas para produtos, serviços e encontros.



SBP inaugura escritório em São Paulo

A Sociedade Brasileira de Pediatria acaba de adquirir imóvel próprio em São Paulo.

Cerca de 12.000 pediatras atuam no estado, que reúne número considerável de componentes da diretoria da SBP. Nesta gestão, sedia uma vice-presidência, as diretorias de Projetos Especiais, a do PRONAP, a de Intercâmbio Internacional, a de Cursos e Eventos e a do Grupo Executivo do Certificado de Habilitação em Pediatria (GECHP), além de oito presidências de departamentos científicos. A instalação do novo escritório também permitirá um maior controle do acervo da entidade.

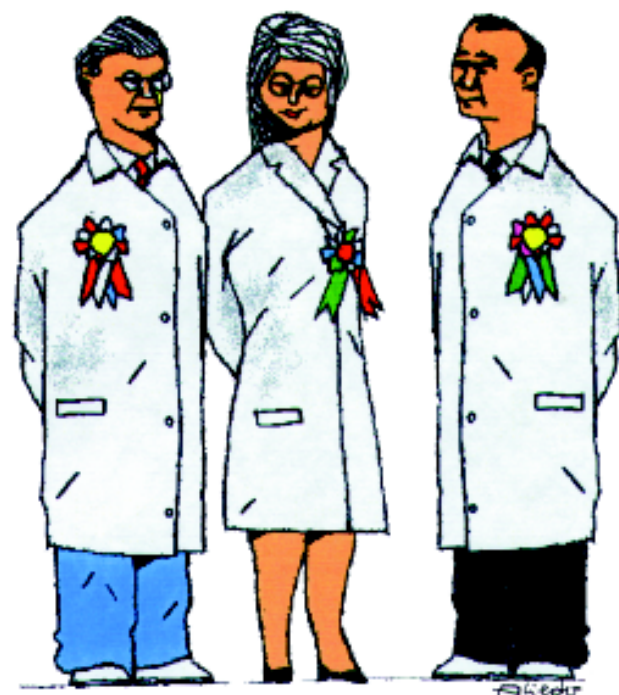
Anote o nosso novo endereço em São Paulo:
Rua Augusta, 1939 / 5º andar / s. 53
Cep: 01413-000
Telefones: (011) 3068-8618, 3068-8901, 3068-8675, 3068-8595.

SBP reinicia programa de residência e especialização

O Programa Nacional de Reconhecimento de Residência e Credenciamento de Especialização e Aperfeiçoamento em Pediatria está sendo reimplementado pela SBP. O objetivo é valorizar os cursos e os profissionais, conhecendo e avaliando a qualidade do ensino, do treinamento em serviço e a formação de especialistas em pediatria. Os serviços serão monitorados através do credenciamento. O novo manual para solicitação de reconhecimento e credenciamento de serviços estará, em breve, disponível nas Sociedades Estaduais de Pediatria.

Última chance para quem ainda não assinou o PRONAP

As inscrições para o ciclo III do PRONAP estarão abertas até o dia 15 de abril de 1999. O primeiro número terá como temas: parada cardiorrespiratória; parasitoses, incluindo diagnóstico e tratamento e doença reumática. O valor da assinatura com desconto encerrou-se no dia 19 de fevereiro de 1999 e o preço atual para sócios é de R\$60,00 e para não-sócios, R\$180,00. Devido à prorrogação do prazo para desconto nas assinaturas, aqueles que efetuaram o pagamento sem o mesmo, serão reembolsados. Maiores informações na Secretaria do PRONAP, nos novos telefones: (011) 3068-8618, 3068-8901, 3068-8675 e 3068-8595.



Reformulada a prova para Título de Especialista em Pediatria

A prova para concessão do Título de Especialista em Pediatria (TEP) foi modificada para melhor avaliar o pediatra nas situações clínicas vivenciadas no seu dia-a-dia. De acordo com o dr. Hécio Vilaça, diretor da Comissão Executiva do TEP (CEXTEP) da SBP, a experiência do pediatra, a preocupação com a criança e a família serão considerados, e não somente a capacidade de memorização. Promovido anualmente em convênio com a AMB, o título é importante para valorizar a atuação profissional do pediatra. A nova prova constará de 50 a 80 questões de múltipla escolha e contará com 39 colaboradores, membros dos departamentos científicos da SBP. A partir de agora os exames serão elaborados pela Fundação Escola de Saúde Pública do Estado do Rio de Janeiro (FESP-RJ). As inscrições estão abertas até o dia 09 de abril, nas filiadas estaduais da SBP. O custo para sócios quites é de R\$130,00 e para os demais candidatos, R\$300,00. A data de realização é dia 29 de maio de 1999, sábado, em local a ser determinado em cada capital. Maiores informações na sociedade de pediatria do seu estado.

AGENDA

Data	Evento	Local	Contato
Abril 17 a 20	III Congresso Brasileiro Pediátrico de Endocrinologia e Metabologia	Curitiba	(041) 342-7175
Abril 17 a 21	VII Congresso Brasileiro de Alergia e Imunologia em Pediatria	Brasília / DF	(061) 224-9077
Abril 29 a 02/maio	VIII Simposio Argentino de Pediatria Social III Simposio Argentino de Lactancia Materna I Encuentro de Pediatria Social Y Lactancia Materna Del Cono Sur	Mar Del Plata / Argentina	(0054) 223-4922040
Maio 05 a 08	VI Congresso Goiano de Pediatria	Goiânia /GO	(062) 223-6206 (062) 281-2400
Maio 07 a 08	I Simpósio Internacional de Infectologia em Otorrinopediatria	São Paulo / SP	(011) 284-0308 (011) 284-0051
Junho 24 a 27	II Congresso Brasileiro de Asma I Congresso de Pneumologia e Tisiologia Centro-oeste	Brasília / DF	(061) 245-6218

Sociedades de pediatria integram Conselhos

Presente no Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente desde a sua criação, a SBP foi reeleita em novembro último, para um mandato de dois anos. Quem representa a entidade no CONANDA é a dra. Rachel Niskier. Para ela, a participação das entidades de pediatria nestes organismos – nos quais a sociedade civil e o governo são representados paritariamente – representa um apoio importante ao conceito de descentralização político-administrativa, inaugurado a partir da Constituição de 1988.

Mato Grosso

Criado no ano de 1992 no Mato Grosso, o Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente contou com a Sociedade Matogrossense de Pediatria para sua implantação. Desde então, a entidade participa do Conselho, que foi presidido pelo dr. Euze Carvalho, atual dirigente da Sociedade de Pediatria do estado, no ano de 1995 e 1996. Recentemente reeleito para presidência em 1999, dr. Euze ressalta a importância desta participação. Segundo ele, a Sociedade de Pediatria vem desenvolvendo um trabalho amplo, a partir do conceito de saúde que incorpora os direitos da criança e do adolescente, ou seja, a cidadania. Em no-

vembro passado, foi aprovada a resolução sugerida pelo Conselho de que “maus-tratos passem a ser motivo de notificação compulsória nos serviços de saúde. Assim, políticas de atendimento às vítimas de agressões poderão ser formuladas”, assinala o dr. Euze. Na última eleição para as entidades que integrarão o Conselho nos próximos dois anos, a Sociedade recebeu o maior número de votos. O organismo é formado por 14 entidades governamentais e 14 não-governamentais, sendo que 7 de ambas são titulares e 7 são suplentes.

Rio Grande do Norte

No Rio Grande do Norte, a Sociedade de Pediatria foi recentemente eleita para participar do Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente. Para presidência no período 1999/2000, foi escolhido o pediatra Francisco Américo Micussi. A suplente é a dra. Maria Spinelli, atual presidente da Sociedade. Criado em 1991, o Conselho é formado por 7 entidades governamentais e 7 não-governamentais. Segundo o dr. Francisco Américo, os pediatras devem atuar nas políticas de promoção dos direitos da criança e do adolescente e não apenas nas questões terapêuticas. Os problemas devem ser abordados em todos os níveis: saúde, educação, drogas e trabalho infantil, entre outros.

Cursos Itinerantes

Espírito Santo, Rio Grande do Sul, Sergipe, Santa Catarina e Bahia já estão no roteiro dos Cursos Itinerantes de Reciclagem e Atualização em Pediatria da SBP. Todos os eventos serão realizados até o final de abril. Em Santos (SP), o curso realizado em março, abordou temas como trauma crânioencefálico, novas vacinas e sexualidade na adolescência. De acordo com dr. Dirceu Solé, diretor de Cursos e Eventos da SBP, além dos cursos itinerantes serem realizados em áreas que necessitam de conhecimento, eles permitem uma maior interação professor-aluno. Os interessados em participar devem se inscrever na Sociedade de Pediatria local. Sócios da SBP são isentos de pagamento. Para os não-sócios, o custo varia de acordo com o local de realização.

Atenção para o II Congresso Nacional de Pediatria: Região Centro-oeste. O evento será realizado em Cuiabá (MT), entre os dias 8 e 11 de setembro. Maiores informações podem ser obtidas na Sociedade Matogrossense de Pediatria, nos telefones (065) 623-4709 e 624-3725.

Registro

Faleceu no dia 28 de novembro de 1998 o **dr. José Maria da Silveira Netto**. Pediatra formado pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais, trabalhou no Hospital do Instituto de Pre-

vidência Social do Estado de Minas Gerais (IPSEMG) e chefiou a Enfermaria de Meninos do Serviço de Pediatria da Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte. Na Sociedade Mineira de Pediatria, foi presidente no período de 1988/89 e exerceu diversos cargos de diretoria. Presidiu também o XXVI Congresso Brasileiro de Pediatria e ocupou a vice-presidência da SBP em 1988/90 e em 1990/91, a presidência de honra.

Faleceu no dia 13 de janeiro de 1999 o **dr. Mauro Duarte Schutel Filho**, então presidente da Sociedade Catarinense de Pediatria. Formado em medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina, trabalhou na instituição como professor adjunto e chefiou o Serviço de Neonatologia da Divisão de Pediatria do Hospital Universitário. Participou também do Serviço de Neonatologia do Hospital Infantil Joana de Gusmão e da Maternidade Carmela Dutra. Na Associação Catarinense de Medicina, atuou como delegado e colaborou, em três eleições, com o Conselho Regional de Medicina na Comissão Eleitoral. Foi um dedicado instrutor do Curso de Reanimação Neonatal da SBP e como atual presidente da Sociedade de Pediatria, lutou por medidas em prol da criança, como a manutenção do aleitamento materno e do alojamento conjunto. O Dr. Lincoln Freire compareceu ao sepultamento do valeroso médico, que destacou-se pelo elevado senso de responsabilidade e pelo amor às causas que abraçou.

Atualize sua inscrição na SBP

Você sabia?

Na Sociedade Brasileira de Pediatria, **não existem mais débitos anteriores**. Cada inscrição vale por um ano e **pode ser feita em qualquer mês**. Se você é sócio e não está quite, siga o roteiro abaixo e voltará a obter os benefícios de ser associado de uma das maiores entidades médicas do mundo:

- 1. Faça um depósito em favor da Sociedade Brasileira de Pediatria na conta nº 029292-3 da agência nº 0227-5 do Bradesco (para saber o valor da anuidade, **integral ou parcelada em duas vezes**, telefone para 021.548-1999 / Setor de Cadastro da SBP);
- 2. Preencha os dados do cupom abaixo;
- 3. Envie cópia do comprovante do depósito pelo fax 021.548-1999 ou pelo Correio, juntamente com o cupom preenchido ou reprodução deste.

Nome:	CPF:
Endereço:	Tel: ()
Bairro:	CEP:
Cidade:	Estado:
Data: / /	Assinatura:
E-mail:	

Título de Especialista em Neurologia Pediátrica

Será realizada dia 24 de abril de 1999, às 9h00m, a prova escrita para concessão do Título de Especialista com Área de Atuação em Neurologia Pediátrica. Ocorrerá nas sedes das regionais da AMB ou SBP, no estado onde o candidato está inscrito. A prova prática será no dia 26 de maio de 1999, às 8h, na Clínica Neurológica do Hospital das Clínicas da FMUSP, na Avenida Dr. Éneas Carvalho de Aguiar, 255, 5º andar, São Paulo, SP. As inscrições já estão encerradas. Maiores informações na SBP, no telefone (021) 548-1999 ou na Academia Brasileira de Neurologia no telefone (011) 820-3819.

Departamento de Adolescência

Um dos assuntos discutidos na primeira reunião do Departamento Científico de Adolescência da SBP, que ocorreu em dezembro último, foi a inclusão da vacina da Hepatite B no calendário vacinal do adolescente. Segundo a dra. Darci Bonetto, presidente do Departamento, a incidência da doença entre os jovens preocupa, pois muitas vezes eles não sabem que estão contaminados ou que podem adquiri-la através do ato sexual ou do uso de drogas. Discutiu-se também o uso indiscriminado de anabolizantes entre os adolescentes, que não possuem orientação sobre os malefícios causados ao organismo, como diversas doenças sistêmicas e interferência no próprio crescimento. Todos estes as-

suntos foram levados ao Ministério da Saúde e já estão sendo analisados.

Otorrino lançará CD-ROM

O Departamento de Otorrinolaringologia da SBP está preparando um CD-ROM com textos, fotos, filmes, atlas e arquivos de trabalhos científicos de seus membros. Ele será lançado no ano 2000, durante o Congresso da especialidade, que está sendo organizado pelos Departamentos Científicos da SBP e da SOPERJ. Também estão sendo mantidos entendimentos com a Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia para concessão do Título de Especialista com Área de Atuação em Otorrino Infantil. O título estará disponível ainda no primeiro semestre de 1999.

Concurso

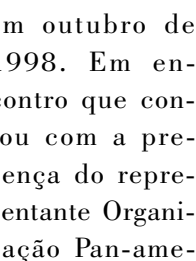
O Departamento Científico de Aleitamento Materno da SBP já está se mobilizando para promover na Semana Mundial do Aleitamento Materno – que ocorre anualmente de 1 a 7 de agosto, em cerca de 190 países – um concurso de fotografias de mulheres amamentando. Os participantes devem ser pediatras. Outro concurso será preparado para residentes de pediatria. Eles deverão escrever monografias sobre aleitamento materno. A comissão julgadora e os prêmios estão sendo definidos pelos membros do Departamento. Maiores informações na próxima edição do **SBP Notícias**.

Campanha de Prevenção de Acidentes na Infância e Adolescência

A SBP participou em Brasília, em fevereiro último, de importantes reuniões. O objetivo, segundo a dra. Rachel Niskier, coordenadora executiva da Campanha, é formar parcerias estratégicas, que permitam o desdobramento efetivo do movimento iniciado em outubro de 1998. Em encontro que contou com a presença do representante Organização Pan-americana de Saúde no Brasil, dr. Jacobo Finkerman, ficou firmado o apoio técnico e político da entidade.



O Unicef se encarregará da confecção de material e contribuirá na mobilização da população através da imprensa. Estavam presentes o sr. Manoel Manrique e a sra. Caroline Siu. No Ministério da Saúde, foi definido – com a dra. Ana Goretti K. Maranhão, responsável pela Área Técnica



da Criança e do Aleitamento Materno – a parceria com o Comitê Técnico-Científico de Prevenção de Acidentes e Violência do órgão.

Em Minas a prevenção agora é lei

Em Minas Gerais, o governo sancionou, em 11 de janeiro de 1999, a lei nº 13.087, determinando que anualmente o estado promova a Campanha Estadual de Prevenção de Acidentes Domésticos. Terá duração mínima de 90 dias e será realizada em



órgãos públicos, prioritariamente em escolas, hospitais, ambulatórios, centros de saúde e locais de concentração de crianças e adolescentes. A coordenação da Campanha da SBP enviou correspondência aos presidentes das filiadas, sugerindo que, a exemplo de Minas, encaminhem similar proposta de lei às Comissões de Saúde das Assembléias Legislativas dos seus estados.

Cai a liberação do Contran

Desde o surgimento da resolução

que permitia adolescentes maiores de 14 anos conduzirem motos de até 50 cilindradas, a SBP e diversas entidades da sociedade civil manifestaram-se publicamente contrárias a esta medida. De acordo com o parecer da Sociedade e correspondência enviada ao presidente do Conselho Nacional de Trânsito, o jovem entre 14 e 18 anos não possui amadurecimento neuropsíquico para tomar decisões rápidas em momentos de perigo. Além disso, o consumo de álcool e drogas ilícitas tem aumentado entre os adolescentes, sendo responsável pela maioria dos



acidentes que envolvem os jovens. A revogação da decisão do Contran, em 08 de fevereiro de 1999, foi uma importante conquista, neste momento de campanha contra acidentes.

Atividades no Sul e Sudeste

Em Florianópolis, dando continuidade à Campanha, a Sociedade Catarinense de

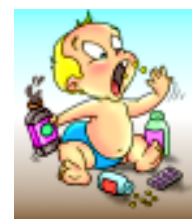


Pediatria, em parceria com o Hospital Infantil Joana de Gusmão e o Hospital da Universidade Federal de Santa Catarina, promoverá, no dia 6 de abril, a Feira de Prevenção de Acidentes na Infância e Adolescência. O evento contará com uma equipe multidisciplinar,



que utilizará técnicas lúdicas e didáticas para desenvolver o tema. Estão no programa atividades artísticas, recreação e a montagem de cozinha e painel vivo sobre acidentes domésticos. Crianças também vão ensinar outras crianças sobre a prevenção. A iniciativa conta ainda com o apoio da Associação Catarinense de Medicina e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. No Rio de Janeiro, a Sociedade de Pediatria do Estado acaba de definir que fará nova mobilização em praça pública na Semana da Criança, em outubro.

Obs: Os desenhos acima, de Daniel Azulay, estão no cartaz da campanha patrocinado pelo UNICEF.



Violência na TV

Regulamentação proposta pelo governo reacende o debate

O governo brasileiro lançou um foco de luz sobre um tema muito polêmico: os efeitos sobre crianças e adolescentes da exibição de cenas violentas na TV. A exemplo de experiências bem sucedidas na Itália e no Canadá, pretende reduzir a violência na tela da televisão. No Canadá, desde abril de 97, após acordo entre as redes do país, quem quiser assistir a seriados ou quaisquer programas considerados violentos tem que esperar até às 20h30m. Por trás da exigência de um novo código de ética, fica no ar uma pergunta: afinal, pode a exposição à TV tornar uma criança violenta?

Em busca desta resposta, diversas pesquisas têm sido desenvolvidas aqui e em outros países e - surpresa - a maioria não crucifica o veículo. Muitas até desmitificam o papel de grande vilão que lhe é atribuído. O secretário de Direitos Humanos, José Gregori - o interlocutor do governo junto às emissoras - não discorda totalmente desta idéia. “A violência não é uma consequência dos meios de comunicação. Isso é um exagero”, afirma. O que não diminui seu empenho. Ele espera receber, até o final de março, uma proposta de auto-regulamentação. O puxão de orelha foi dado em novembro do ano passado, em reunião com representantes das TVs abertas, que agora estudam a melhor

Só existe influência quando o veículo funciona como uma babá eletrônica

forma de controlar seus próprios abusos. “Na competição por audiência e publicidade, as emissoras esqueceram seu lado de prestadoras de serviço. É preciso acabar com a idéia de que má qualidade dá ibope. Nossa intenção é melhorar a qualidade e diminuir as cenas violentas. As TVs têm que contribuir na criação de uma cultura de não-violência”, afirma Gregori. Em outras palavras, o secretário quer restringir o horário de exibição “do que é considerado

violento” e também das “baixarias”. O alvo seriam novelas, seriados e até telejornais que ele considera por vezes sensacionalistas. “Há mil modos de se mostrar um fato sem precisar apelar”, sustenta.

“Na TV comercial, o real interesse não é o vermelho do sangue das ruas e sim o vermelho contábil. É uma hipó-

Crianças que assistem a muitos programas de crime não demonstram a mesma intensa emoção em cada programa; parecem pouco inclinadas a manifestar simpatia por pessoas em dificuldades. Esta conclusão faz parte de uma pesquisa que a professora de psicologia da Universidade de Stanford, Eleanor Maccoby cita em seu texto Efeitos da

Televisão sobre as Crianças. “Mas nós não sabemos se os numerosos espetáculos de lutas tornam as crianças mais agressivas ou se elas já são agressivas e procuram os programas para satisfazer seus impulsos”, questiona a professora.

Em sua tese, Eleanor cita o caso de crianças que assistiram a um desenho animado com cenas de violência contra animais e demonstraram mais interesse em participar de um jogo cuja finalidade era destruir balões. Mas “só existe influência quando a TV funciona como uma babá, como uma chupeta eletrônica. A criança se identifica com os personagens, os aceita como verdadeiros e introjeta as imagens como se fossem a ética”, pondera Salvador Célia.

E a julgar pelas estimativas, a tal chupeta anda na boca da criança. Nos Estados Unidos, sabe-se que uma criança assiste em média a 1.680 minutos de televisão por semana, enquanto os pais

gastam 38,5 minutos dialogando com os filhos. A informação é do psiquiatra infantil Paramjit Joshi, do Centro de Crianças John Hopkins de Baltimore e foi divulgada em matéria de O Estado de S. Paulo, dia 8 de julho passado.

“Quanto mais fatores protetores, menos danos. Se a criança vive em um ambiente familiar estável, estuda em uma boa escola, mantém bons relacionamentos com professores e atividades lúdicas, a influência exercida pela TV será menor”, afirma Salvador Célia. José Gregori concorda: “Não se pode superestimar o poder da TV. A família, os avós, a escola e a rua são influências decisivas”.

“A mídia não é da ordem do contato, do epidemiológico, é um sistema irradiador, é um sistema à distância. É um meio frio com baixo teor relacional”, acrescenta Muniz Sodré. Na opinião de Salvador Célia, os pais devem servir de filtro. “Um adulto deve estar perto da criança para comentar sobre o que ela está vendo”, afirma.

Mas será que a criança não é capaz de discernimento? Um trabalho do Laboratório de Pesquisas sobre a Infância Imaginário e Comunicação da USP, publicado pelo Jornal do Brasil em novembro de 98, conclui que o pequeno telespectador sabe separar o que é real da ficção. E mais: que esse faz-de-conta o ajuda a desenvolver seu lado emocional e criativo. “A TV tem muita coisa boa. E só saber usá-la”, contemporiza Salvador Célia. E uma das preocupações do secretário José Gregori é justamente melhorar o nível da programação, incluindo mais programas educativos. “E quem disse que o povo não gosta de qualidade? Uma pesquisa da TVE do Rio de Janeiro comprova que seus maiores índices de audiência estão nas chamadas classes D e E”, informa o secretário.



KeyStone

Patrocínio



Nestlé

NUTRIÇÃO INFANTIL