



---

Especialistas falam  
sobre atendimento  
a crianças com  
necessidades especiais

3

---

Participação do  
pediatra no PSF  
continua em discussão.  
Realizada oficina  
em Londrina

5

---

CFM reconhece que  
Adolescência é  
Área de Atuação  
exclusiva da pediatria

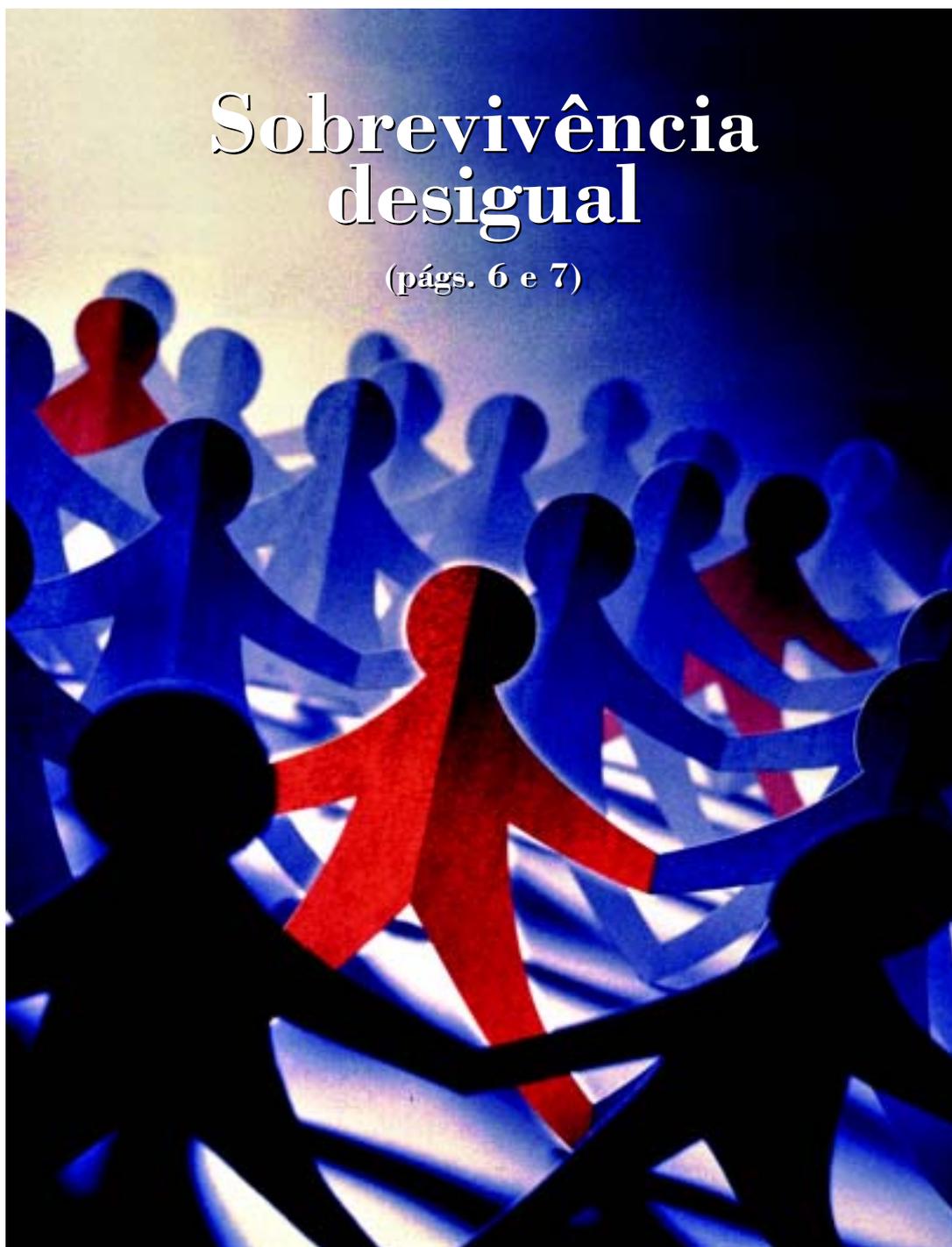
10

---

SBP reafirma  
compromisso com a  
saúde da criança  
indígena

12

---



## PALAVRA DO PRESIDENTE



Rogério Albuquerque

**C**aro amigo, é com alegria que anunciamos mais uma conquista, resultado da luta que vimos travando: o reconhecimento pelo CFM de que a adoles-

cência é área de atuação da pediatria. Continuamos também acompanhando o trabalho de conclusão da nova Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos AMB/CFM, atentos e atuantes na defesa da valorização do pediatra. Temos nos empenhado ainda na obtenção de benefícios aos associados, como a criação de um plano previdenciário especial e a aquisição de veículos e

passagens aéreas em condições diferenciadas. Posso adiantar que já conseguimos o patrocínio necessário à reforma da sede do Memorial da Pediatria Brasileira. Outra boa notícia é que está em fase de impressão o Guia de Medicamentos Genéricos mais usados em Pediatria Ambulatorial. Sobre a revalidação do TEP, um documento preliminar foi elaborado, será levado ao Conselho

Superior e discutido pelas filiadas durante o segundo semestre. Finalmente, informo que a próxima oficina para discussão da inclusão do pediatra no PSF está marcada para 14 de junho, em Cuiabá.

Um forte abraço,

**Lincoln Freire**

Para falar com o presidente, o e-mail é: [sbp@sbp.com.br](mailto:sbp@sbp.com.br)

## PALAVRA DO DIRETOR



Marcos Amorim

**O** Regimento Interno da SBP define como atividades inerentes à Diretoria de Patrimônio e, portanto, seus objetivos, a administração e controle de seus bens permanentes. Esta tarefa é essencial para a avaliação criteriosa das necessidades de aquisição de itens, assim como para a otimização e melhor conservação dos móveis, equipamentos e materiais de propriedade da SBP.

Ao iniciarmos nossas atividades

frente à esta Diretoria percebemos a necessidade de um aprimoramento do que já havia sido executado em gestões anteriores. Nosso ponto de partida foi a revisão do que já havia sido feito e a identificação da necessidade de utilização de recursos de informática para atingirmos de forma mais ágil e eficiente nossos objetivos.

A estratégia inicial foi a realização de um amplo inventário dos bens permanentes da Sociedade, considerando a sede do Rio de Janeiro e os escritórios de São Paulo, Belo Horizonte e Porto Alegre. Ao mesmo tempo, se procedeu à busca dos elementos de comprovação da aquisição destes bens, à definição de seus valores

correntes e sua revisão junto ao controle contábil da SBP.

A etapa seguinte, atualmente em execução, é da implementação de um sistema informatizado de controle, que vai permitir maior agilidade na localização física dos bens adquiridos, suas eventuais transferências de escritórios e sua saída do patrimônio por deterioração ou perda de função. O sistema permitirá acesso rápido a informações, tais como, a forma de aquisição (compra ou doação), o nome do fornecedor, sua localização, a pessoa que está responsável por ele, seu estado de conservação atual e a sua depreciação ao longo do tempo.

Ao final dos trabalhos é nossa inten-

ção disponibilizar aos presidentes de filiadas o Sistema Informatizado de Controle de Bens Patrimoniais, acompanhado de uma cartilha de descrição das etapas e atividades de sua implementação, para que possam também, se for de seu interesse, implementar este controle de seu patrimônio.

Gostaríamos de ressaltar o grande empenho e senso de responsabilidade dos profissionais que têm nos ajudado a desenvolver esta tarefa, especialmente o Sr. Anderson Ferreira dos Reis, responsável técnico pelo Patrimônio da SBP, e o Sr. João do Nascimento Baptista, administrador da SBP.

**Dr. Mário José Ventura Marques**

*Diretor de Patrimônio*

## PALAVRA DA PEDIATRA



**V**ivemos um tempo de controvérsias. Nosso País sempre apresentou extremos e, à medida que avanços tecnológicos e científicos vão conquistando espaço nas regiões mais desenvolvidas, vai ficando mais evidente a exclusão das mais carentes.

No Paraná, estas controvérsias são evidentes na saúde da população infantil. De um lado temos a desnutrição, que é um problema sério de saúde pública, e paralelamente observamos o aumento dos casos de obesidade infantil.

As doenças infecciosas e parasitárias também continuam muito freqüentes, até com novas epidemias, como a da dengue que começa a nos ameaçar. Com a mesma intensidade, observamos um aumento das doenças alérgicas, principalmente das vias respiratórias.

As chamadas causas externas de

morbidade e mortalidade, os traumas e maus-tratos, nos assolam cada vez mais com sua inquietante controvérsia: Por que sofre o inocente?

Para enfrentar seu dia-a-dia, o pediatra precisa de muito tato, força de vontade e amor à profissão. Para aqueles que, como eu, atuam na capital, a principal opção de sobrevivência são os empregos em clínicas ou no setor público, onde quase sempre a remuneração deixa a desejar e a demanda de trabalho é grande. Quem decide se dedicar ao consultório fica muitos anos lutando para formar uma clientela, à mercê dos planos e convênios de saúde que também não remuneram dignamente. Há também os desafios dos colegas no interior, que enfrentam estas barreiras e também a falta de recursos de diagnóstico e terapêuticos.

Em meio a estas questões a SBP tem dado precioso apoio aos profissionais, seja com congressos e publicações, seja com prestação de serviços e campanhas em favor dos nossos pequenos pacientes e seus pediatras.

Gostaria de dar algumas sugestões para o aprimoramento da SBP: a maior divulgação sobre os fóruns de debate via Internet ou pessoais, onde são realizadas discussões sobre a nossa situação, perante a sociedade e os órgãos governamentais; a criação de equipes de curto prazo para assistência em regiões onde a saúde é precária, como por exemplo o norte do Brasil, onde trabalho anualmente em julho na assistência aos ribeirinhos e índios; implantar parcerias com ONG's que trabalham nas várias áreas de medicina.

Acredito que nós pediatras temos, apesar de todas as barreiras que enfrentamos, muito ainda a oferecer, tanto do ponto de vista profissional, quanto pessoal aos nossos semelhantes. Barreiras que ainda existem podem ser quebradas, se tentarmos ver o outro como um ser integral e não da forma pessoal que muitas vezes ocorre.

**Dra. Ellen Regina W. Taborda**

*é pediatra em Curitiba (PR). Foi escolhida aleatoriamente para participar deste espaço. Respondeu gentilmente a perguntas elaboradas pelo SBP Notícias.*



### SBP Notícias

Uma publicação da Sociedade Brasileira de Pediatria.

**Conselho Editorial:** Lincoln Freire, Vera Bomfim 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;

**Estagiários:** Ana Paula Gonçalves e Rodolfo Abreu

**Colaboraram nesta edição:** José Eudes Alencar (redator/copidesque) e os fotógrafos Marcos Amorim e Rogério Albuquerque;

**Colaboraram também os funcionários da SBP;**

**Endereço para correspondência:** SBP/ Rua Santa Clara, 292, Copacabana, Rio de Janeiro. CEP 22041-010. RJ.

Tel. (21) 2548-1999 Fax: (21)2547-3567

E-mail: [imprensa@sbp.com.br](mailto:imprensa@sbp.com.br)

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

## Crianças com necessidades especiais

A OMS estima que 10 a 15% da população de um país subdesenvolvido apresente algum tipo de deficiência. Seriam, no Brasil, 7 a 10 milhões de crianças e adolescentes portadores de alguma necessidade especial na área mental (50%), física (20%), auditiva (15%), visual (5%) ou mista (10%). De 12 a 16 de junho, em Cuiabá (MT), o **4º Congresso Brasileiro Integrado de Pediatria Ambulatorial, Saúde Escolar e Cuidados Primários** vai discutir a questão. O dr. **Byron Emanuel de Oliveira Ramos** abordará as “Dúvidas e inseguranças no manejo” dessas crianças. Recentemente, a SBP criou um Grupo de Trabalho (GT) para tratar do assunto e convidou a dra. **Luci Yara Pfeiffer Miranda** para coordená-lo. O **SBP Notícias** entrevista, a seguir, os dois pediatras com grande experiência na área.

### SBP Notícias: Dra. Luci, qual a proposta do GT?

O GT vem desenvolvendo propostas em relação ao acompanhamento do recém-nascido de risco e bebês com distúrbios de desenvolvimento, nos quais a identificação do risco, o diagnóstico precoce e a assistência adequada podem dar a estas crianças a chance de uma vida normal. Gostaria de solicitar a todos os presidentes das Filiadas e àqueles que desenvolvem trabalhos nesta área, que entrem em contato conosco. Pretendemos contar no GT com profissionais das cinco regiões do país. Nosso plano inicial inclui o levantamento da situação geral das crianças e adolescentes de risco e portadores de necessidades especiais, assim como dos protocolos de atendimento, projetos e programas viáveis e de real benefício existentes; passa pela implementação de programas de divulgação e, se necessário, capacitação, para todas as Filiadas, visando a multiplicação das propostas e projetos.

### SBP Notícias: O que o pediatra pode fazer para prevenir as deficiências?

Muitas vezes são medidas simples, como a vacinação das adolescentes e mulheres em idade fértil contra rubéola, ainda uma das maiores causas de surdez na infância. O diagnóstico precoce possibilita o tratamento e uma vida saudável, evitando a instalação da deficiência nas patologias tratáveis, como catarata congênita, ou Retinopatia da Prematuridade. É ainda necessário o acompanhamento diferenciado e a estimulação precoce, visando a utilização do potencial de desenvolvimento não afetado por patologias já instaladas, como lesões cerebrais secundárias à hipóxia perinatal, ou a doenças como Sífilis e Toxoplasmose Congênita, ou mesmo Síndromes Genético-cromossômicas. Esta assistência dirigida ao tratamento



multidisciplinar pode minimizar as seqüelas e permitir uma vida útil e feliz. Quanto aos casos provenientes de malformações ou doenças graves, muitas vezes podemos apenas melhorar a qualidade de suas vidas. Mas este “apenas” –

que pode se resumir a uma atenção especial, à assistência e apoio emocional – é fundamental. Não é preciso que se tenha uma especialidade para se acompanhar as necessidades básicas de atendimento do portador de deficiências, pois as manifestações das doenças ditas próprias da infância, das suas infecções virais ou bacterianas serão, na maioria dos casos, as mesmas das outras crianças, bem como seu tratamento.

O que é necessário é uma visão global da criança, sua patologia básica, suas limitações no entendimento do que está acontecendo, bem como dos procedimentos a serem executados.

### SBP Notícias: Dr. Byron, qual o seu depoimento?

Como pediatra e educador, trabalhando junto às famílias e a uma equipe multiprofissional, pude refazer conceitos e diagnósticos no atendimento a estas pessoas rotuladas e classificadas orgânica e funcionalmente por suas “deficiências”. Reforçamos as faltas, esquecendo-se de outros fatores que envolvem aspectos sociais, políticos, culturais e psicológicos. Mudanças foram ocorrendo em meu trabalho, na medida em que fui compreendendo minha formação médica centrada no modelo biológico, reducionista, que não conseguia explicar o desenvolvimento de crianças com algum tipo de deficiência. O preconceito social e o rótulo que lhes

são atribuídos comprometem sua auto-estima, refletindo conseqüentemente em sua aprendizagem, tanto no ambiente escolar quanto familiar, gerando angústia, solidão e inutilidade. Embasados nas teorias de Vigotsky, acreditamos que todos somos eficientes e deficientes em algumas coisas e em certos momentos de nossas vidas; que as possibilidades e neuroplasticidades são capazes de recuperar, refazer e promover saúde bio-

### Todos somos eficientes e deficientes

psicossocialmente, desde que haja estratégias pedagógicas tecnicamente adequadas, entornos sociais estruturados, profissionais capacitados, sensibilizados, comprometidos e pessoas amorosas, para cuidar de “crianças especiais”. Aprendemos e crescemos a partir destas relações. Não devemos esquecer que as crianças em situação de risco social, por estarem nas ruas ou vivendo em ambientes familiares desestruturados, passam a apresentar problemas de aprendizagem e são “portadores de necessidades especiais circunstanciais”. Minhas dúvidas e inseguranças continuarão sempre. Pude compartilhá-las com outros profissionais: psicólogos, psicopedagogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, neuropediatras e professores de educação física adaptada, que fizeram

com que eu tivesse um outro olhar e compreensão sobre os portadores de necessidades especiais e seus familiares, ajudando-os e facilitando seu desempenho e uma melhor aceitação, para que pudessem ser mais felizes, exercendo sua cidadania e o merecido respeito da sociedade. ■



## 4º Congresso Brasileiro Integrado de Pediatria Ambulatorial, Saúde Escolar e Cuidados Primários



“Família e Paz + Cidadania e Educação = Criança e Adolescente Saudáveis”. É este o tema do Congresso que será realizado, de 12 a 16 de junho em Cuiabá (MT), conjuntamente

pelos Departamentos Científicos de Pediatria Ambulatorial, Saúde Escolar e Cuidados Primários da SBP. Dra. Alda Elizabeth Azevedo, presidente do evento e da Sociedade Matogrossense de Pediatria, conta que as atividades vão abranger as diversas áreas da medicina de crianças e adolescentes. “Pretendemos oferecer o que há de melhor para a atualização dos profissionais compromissados com a infância e a adolescência saudáveis”. E sabemos que esta é uma conquista que “só se consegue com a proteção da família, a promoção da educação, a defesa da cidadania e a construção da paz”, completa.

Simultaneamente, ocorrerá o I Congresso Matogrossense de Enfermagem Pediatria. Os eventos ocorrerão no Centro de Eventos Pantanal e o valor da taxa de inscrição é R\$ 180,00 para sócios da SBP e R\$ 300,00 para não-sócios. Outras informações estão disponíveis nos sites [www.somape.com.br](http://www.somape.com.br) e [www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br). Os telefones de contato são (65) 623-4709/624-1103 e o e-mail [somape@terra.com.br](mailto:somape@terra.com.br) ■

◆◆◆◆◆

## Linha de produtos de O Boticário recebem o Selo da SBP

Mais uma linha de produtos infantis, a Baby Boti, da empresa O Boticário, recebeu o Selo de Certificação de Produtos da SBP. A característica certificada foi a qualidade hipoalergênica de seus produtos, que está de acordo com as normas da ANVISA, do Ministério da Saúde. Fazem parte da linha Baby Boti, água de colônia, emulsão hidratante, shampoo suave e óleo de limpeza e massagem. Além do setor de higiene pessoal, já receberam o Selo da SBP produtos como fraldas descartáveis (Pampers Fresconfort e Noturna, da Procter & Gamble), tapetes e carpetes (Tabacow), alimentos (Chambinho, da Nestlé) e calçados infantis (Bibi e Klin). ■



## Rinaldo De Lamare / 1910 - 2002

**Rinaldo Victor De Lamare**, natural de Santos, nascido a 2 de janeiro de 1910, formou-se pela Faculdade Nacional de Medicina, atual UFRJ, em 1932. Presidente da SBP de 1948 a 1949, hoje a maior sociedade de especialidade do País, dr. De Lamare foi um dos responsáveis pela nacionalização – com a filiação das entidades estaduais – e a aproximação com as entidades internacionais, como a Academia Americana de Pediatria, da qual era membro honorário. Em 1991, assumiu a presidência da Academia Nacional de Medicina, tornando-se o segundo pediatra a chegar a este cargo.

Foi Diretor do Departamento Nacional da Criança, superintendente e vice-presidente da Legião Brasileira de Assistência, ambos criados por Getúlio Vargas, na opinião de De Lamare, “o último presidente a adotar medidas efetivas em relação à maternidade e à criança”. Livre docente pela Faculdade Nacional de Medicina, foi também titular da cadeira de Pediatria da Pontifícia Universidade Católica. No início dos anos 40, De Lamare escreveu um autêntico *best-seller*, hoje na 41ª edição, *A vida do bebê*, considerado uma verdadeira



“bíblia” da medicina de crianças. No tópico “Escolhendo o Pediatra”, De Lamare enfatiza: “O médico do bebê deve ser um pediatra, e os pais devem se certificar se ele tem o atestado de Especialista em Pediatria, que é concedido pela SBP”.

Em 1947 Rinaldo De Lamare passou três meses nos Estados Unidos, onde participou do V Congresso Mundial de Pediatria, que mudou os rumos da especialidade, com o aparecimento da penicilina, do fator Rh, da hidratação contínua gota a gota. Em julho de 2000 (foto), aos 90 anos,

aceitou o convite da Sociedade e esteve presente ao lançamento da pedra fundamental do Memorial da Pediatria Brasileira, no Rio de Janeiro. Na ocasião disse que “desde o lançamento de seu livro, a pediatria e a medicina em geral passaram por três grandes revoluções: a descoberta dos antibióticos, a criação de importantes vacinas e as grandes campanhas pelo aleitamento materno”. De Lamare faleceu em sua residência, dia 28 de abril, às 18h, por insuficiência respiratória. O médico deixa viúva a sra. Germana De Lamare, as filhas Germana e Maria Thereza, três netos e duas bisnetas.

◆◆◆◆◆

## Walter Telles / 1913 -2002

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria, gestão 1968/1969, professor da então Faculdade Nacional de Medicina, hoje UFRJ e da Faculdade Fluminense de Medicina, da Universidade Federal Fluminense, diretor da Policlínica Geral do Rio de Janeiro, autor de livros de referência na medicina de crianças e adolescentes, o mineiro **Walter Telles** morreu dia 05 de março, aos 89 anos, em Santa Rita do Sapucaí, Minas Gerais, onde também nasceu.



Walter Telles tinha 15 anos quando conseguiu autorização especial para fazer o vestibular, numa época em que a lei exigia um mínimo de 16. “Meu avô era pobre. Na época, tocava violino para sobreviver e estudar no Rio de Janeiro”, conta com orgulho Tatiana Telles Koeler, sua neta e estudante de medicina.

Viúvo de Zaide Costa Telles, pai do também médico Werter Telles, já falecido, e de Clarisse Telles, avô de quatro netos, apenas 15 dias an-

tes de seu falecimento Walter Telles recebeu o diagnóstico da doença que o acometia. “Meu avô não queria prolongar a vida com um tratamento que o fizesse sofrer. Nem queria falsas esperanças. Morreu lúcido e corajoso, assim como viveu. Teve um enterro rápido e simples, como pediu. Meu avô não queria choro, nem vela”, diz Tatiana.

Walter Telles dedicou sua vida à pediatria. Idealizou, juntamente com o também ex-presidente da SBP Álvaro Aguiar e o executivo Oswaldo Ballarin, uma grande reciclagem profissional – importante há quase 60 anos no Brasil –, os Cursos Nestlé de Atualização em Pediatria. Não era apenas um pediatra de renome, Walter Telles era “um militante em defesa da entidade e da profissão, além de historiador da especialidade no País”, escreveu o jornalista Glauco Carneiro no livro “Compromisso com a esperança”, que narra a história da SBP.

## O pediatra no PSF

Depois de Florianópolis – que se prepara para incluir o pediatra no Programa Saúde da Família –, Londrina, no Paraná, é o segundo município a realizar a oficina proposta pela SBP para discutir a questão. O terceiro será Cuiabá, que já marcou a reunião para 14 de junho. Enquanto isso, no Espírito Santo a inclusão foi aprovada pela Assembléia Legislativa e deve virar lei. Em São Paulo e Minas Gerais, as Sociedades

estaduais de Pediatria criaram Grupos de Trabalho (GTs) para tratar do assunto. Dr. Dioclécio Campos Júnior, coordenador do GT da SBP, recomenda que cada região deve implementar a participação do pediatra no PSF de acordo com suas características:

“Temos observado uma intransigência descabida dos coordenadores nacionais do PSF quanto às adaptações operacionais requeridas pelas instân-

cias locais. Parecem ignorar a diversidade dos serviços de saúde das distintas regiões do País. Para nós, os princípios doutrinários do Programa devem ser preservados, mas sua implantação há que ser diferenciada conforme a realidade local, até que se possa evoluir para a condição qualitativa plena que, no nosso entender, é o atendimento de todas as crianças e adolescentes pela pediatria”.

### Oficina de Londrina

A reunião foi realizada no final de abril, com cerca de 60 pessoas. Além dos representantes da SBP – os drs. Lincoln Freire, Dioclécio Campos Júnior, Cláudio Leone e João Régis –, estiveram presentes a presidente da Sociedade Paranaense de Pediatria, dra. Eliane Maluf, o conselheiro do CRM-PR, dr. Donizete Dimer Filho, o Diretor do Departamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica da AML, dr. Milton Macedo de Jesus, além de Secretários de Saúde de municípios da região, pediatras, auxiliares de enfermagem e outros profissionais.

Os participantes consideraram importante a inclusão do pediatra nas equipes do PSF, assim como avaliaram que as modalidades de organização e execução das atividades abrangidas pelo Programa devem ser flexíveis, para se ajustarem às peculiaridades regionais e municipais. O documento

com as propostas aprovadas por unanimidade pelos presentes na oficina será entregue aos Secretários de Saúde de Londrina, dr. Silvio Fernandes da Silva.



Da esquerda para a direita: dr. Lincoln, dra. Eliane Maluf, dr. Silvio Fernandes da Silva e dr. Milton Macedo

Entrevistado pelo SBP Notícias, o dr. Silvio afirmou que considera “importante” a participação do pediatra no PSF “como apoio e referência”. Acrescentou que a Secretária já estava com esta preocupação e que procurou “compor as equipes que atuam na mesma Unidade Básica de Saúde (que passou a ser chamada Unidade de Saúde da Família) com pediatras, clínicos e

ginecologistas, para que haja inter-relação entre estes profissionais”. Salientou ainda que “é necessário entender que mudanças como estas são processuais” e que “a reorganização que envolve a inserção do pediatra na atenção à criança é componente do processo e, certamente, factível no curto prazo”.

Para o médico e ex-prefeito de Cambé – cidade paranaense de 70 mil habitantes –, dr. Gilberto Berguio Martin, que esteve em Londrina, o pediatra deve ficar “dentro da Unidade de Saúde, dando retaguarda às várias equipes de PSF alojadas por esta Unidade, sendo membro diretamente integrante do Programa. Ali, pode fazer atendimento ambulatorial (e às vezes até auxiliar os clínicos no atendimento de crianças que não podem sair do domicílio, em mais de uma área),

além de coordenar os programas e ações voltadas à proteção da saúde da criança, nas áreas abrangidas por aquela Unidade de Saúde.”

### Uma nova lei

No Espírito Santo, o médico e deputado estadual Luiz Carlos Moreira é o autor do projeto de lei que inclui o pediatra nas equipes do PSF. O governador vetou o projeto. Mas o veto será avaliado pela Assembléia Legislativa e a expectativa do deputado é de que seja derrubado. Segundo o presidente da Sociedade Espiritossantense de Pediatria (SEP), dr. Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto, a entidade está realizando contatos com secretários municipais de saúde e entidades, como o Conselho Regional de Medicina e os sindicatos médicos. “Creio que para a efetivação da pediatria nas equipes do PSF este envolvimento é ainda mais importante que a legislação”, diz.

### “Fui dormir pediatria e acordei generalista”

*Dra. Nisba Volpi é especialista em pediatria pela SBP e em gerenciamento em Unidade Básica de Saúde (UBS), integra o PSF e participou da Oficina de Londrina. Eis seu depoimento:*

“(…). Formada há mais de 15 anos, tenho consultório particular e trabalho na rede pública. Durante todo esse tempo venho exercendo unicamente a pediatria. Meu maior problema em relação ao PSF foi quanto à capacitação técnica para atender de ‘zero a cem anos’. Quando se discutiu o Programa, em reunião com o Secretário de Saúde, o mesmo colocou que as metas eram ‘levantar’ os problemas mais comuns em cada área de abrangência, para que as equipes, unidas, pudessem propor soluções para melhorar as condições de saúde. Encarei o Programa como mais um desafio na carreira profissional e com a certeza de que, como pediatra, poderia ajudar a melhorar os índices de morbimortalidade infantil. Estou numa situação privilegiada: moro na área de abrangência da minha UBS (...) e atendo numa

UBS central, que conta com clínico geral e ginecologista e com uma equipe com muito bom relacionamento interpessoal. Não entendo porque cada especialidade básica não pode continuar atendendo a sua clientela e, juntos, discutirmos patologias e ocorrências mais comuns. As áreas foram divididas, cadastros foram preenchidos e o que aconteceu foi que eu fui dormir pediatria e acordei generalista, com pacientes idosos sob minha responsabilidade. Criança, sabemos, melhora com um, nenhum, ou quando muito com dois medicamentos. Adulto, é completamente diferente, são oito, dez, até doze medicações simultâneas já encontrei. (...) Não me sinto segura para alterar essas prescrições. Cada casa visitada é uma angústia que se renova. (...) A capacitação vem a conta gotas, a responsabilidade de *sopetão*. (...) Estou colocando meu nome em risco ou então me tor-

narei um ‘triador’ de luxo, que encaminha com assinatura. (...) Sinceramente, não encaro com tranquilidade ter que estudar hipertensão arterial, diabetes e outras doenças no adulto, quando já é limitado o tempo para me reciclar em pediatria. Finalizando, estou aqui hoje para exteriorizar a minha angústia - que é também dos demais pediatras da rede - mas não vou desistir do Programa, pois tenho perfil para atendimento no PSF, uma vez que interfiro em várias etapas no atendimento na Unidade. Só não entendo porque, numa cidade como Londrina, onde praticamente todas as Unidades tem pediatra, clínico geral e ginecologistas-obstetras, tenho que me estressar atendendo uma clientela para a qual não me preparei. O papel do pediatra é prestar atendimento diferenciado para crianças e adolescentes”.

# A mortalidade infantil em debate

*O IBGE divulgou, recentemente, a quarta amostra preliminar do Censo 2002, cujo resultado está previsto para o final do ano que vem. A taxa de mortalidade infantil atingiu a marca de 29,6 óbitos por mil nascidos vivos. Um avanço, para um País que em 1991 amargava o índice de 45,3. A melhoria, no entanto, ainda está distante da realidade de países com menos injustiças sociais e, pior, mantém as desigualdades. No Norte, no Nordeste e nas áreas mais carentes ainda estamos longe do aceitável. Para discutir a questão, a SBP criou um Grupo de Trabalho, coordenado pela dra. Jocileide Sales Campos. E reúne, num fórum aberto à comunidade, em Aracaju, durante o 5º Congresso Nacional de Pediatria/ Região Nordeste, autoridades de saúde da região. O SBP Notícias publica a seguir uma entrevista com a professora Maria do Carmo Leal, doutora em saúde pública e pesquisadora titular da ENSP/Fiocruz.*

## Como analisar a mortalidade infantil no Brasil?

O primeiro problema é que, dependendo da fonte de consulta, a informação será diferente. Para se ter uma idéia, no mesmo ano em que o IBGE divulgou uma taxa de mortalidade de 24 por 1000 nascidos vivos para o Rio de Janeiro, a Secretaria Municipal de Saúde já tinha uma definição muito inferior, na faixa de 17. Toda estimativa tem erro e o IBGE estima com base em informações do passado. O censo de 2000 está saindo em 2002. Então, as projeções são feitas com base de uma realidade que já se modificou.

## Qual é a fonte mais confiável?

Depende do lugar. Se for a capitais, regiões metropolitanas, ou estados com um nível de desenvolvimento sócio-econômico já bastante razoável, como Rio de Janeiro, São Paulo e os estados do Sul, alguns estados do Centro-Oeste, Brasília, é mais adequado usar o sistema do Ministério da Saúde (MS). Para se obter informações de áreas do Nordeste, onde não existem números confiáveis mesmo na Saúde, a estimativa é a solução. A informação do MS vem do atestado de óbito e do Sistema de Informação de Nascimentos - aquela declaração de nascido vivo que é feita na maternidade. Uma cópia do atestado de óbito usado pelo IBGE vai para o MS, que o processa de maneira diferente. Não conta apenas o número de óbitos, mas também as causas, a idade, as características da mãe, a história reprodutiva daquela mulher, a situação econômico-social da família. Tudo isto está no atestado de óbito. O IBGE publica o índice da mortalidade numericamente, seja geral ou específico, por faixa etária, o que inclusive é sua responsabilidade legal. E conta os nascimentos no registro civil. Mas ocorre que muitas crianças, principalmente nas áreas carentes do interior, ainda não são registradas. Assim, a informação que o IBGE tem do registro civil é mais precária do que a da Saúde, que desde 1990 instituiu o "Sistema de Informação de Nascidos Vivos" (SINASC). O Sistema de Informação de Mortalidade existe há muito tempo, mas é nacional

apenas desde 1974, e tem problemas de cobertura até hoje. É por isso que o IBGE precisa fazer estimativas a partir do Censo. Se as informações fossem ótimas, não seria necessário estimar. Está havendo um movimento, tanto para melhorar o sistema de informação, como para diminuir a mortalidade infantil. O médico que atende bem, terá os dados de sua paciente.

## Como é construído o indicador da mortalidade perinatal?

É o número de óbitos ocorridos em recém-nascidos na primeira semana de vida ou nas últimas semanas de gestação. O bebê pode nascer vivo ou morto. O nascido morto que nasce com mais de 500 gramas ou com mais de 22 semanas de gestação é considerado óbito e entra para a estatística de mortalidade perinatal. Já a mortalidade infantil é um indicador de quantos nascem vivos e quantos sobram por mil ao final do primeiro ano de vida. A maior parte da mortalidade infantil ocorre no primeiro mês de vida, 50% desta na primei-

heres de baixíssima renda, porque a classe média já estava controlando há muito tempo. As mulheres mais pobres passaram a ter mais acesso ao serviço de saúde. E deixaram de ter em tão grande quantidade filhos de maior risco. Tudo isso diminuiu a mortalidade infantil, assim como o aumento da urbanização, da participação da mulher no mercado de trabalho e da sua instrução. Na década de 90 a mortalidade infantil passa a ser então neonatal majoritariamente.

## Quais as demais causas da mortalidade infantil?

A diarreia é a principal das doenças infecciosas e parasitárias, seguida da pneumonia. Não mais no Rio de Janeiro, São Paulo ou na Região Sul. Mas ainda é em termos de Brasil. Está relacionada basicamente com o saneamento básico, que vem melhorando, mas nas regiões mais pobres ainda é muito precário. São exatamente estas regiões que não definem as causas de óbitos, há uma situação de desigualdade muito grande. As crianças morrem desigualmente, porque quanto melhores as condições de saúde, mais tarde as pessoas vão morrer. Isso dá uma dimensão de como a infância está sendo mal cuidada, de como estas vidas estão sendo perdidas precocemente. Metade dos óbitos no Brasil ainda tem causa desconhecida. Do total com causa conhecida, grande parte ainda é consequência de "sinal e sintoma mal definido", tipo "parou de respirar". Isso ocorre principalmente no Nordeste e no Norte.

## E quanto às mães adolescentes?

31% da mortalidade infantil do Norte vem de gravidez na adolescência. Isto é um absurdo! Os números já são altíssimos no Sudeste (20%), imagine no Norte, onde são péssimos os indicadores de saúde como um todo, onde a assistência é precária! A situação de saúde acompanha a situação social das populações, é uma expressão disso. Claro que o serviço de saúde tem uma função de ser protetor, uma política compensatória para diminuir as desigualdades sociais. Se funcionar bem, pode

## As crianças morrem desigualmente

ra semana e metade desta no primeiro dia. Isto porque o maior risco está no momento do parto, se não houver uma assistência de qualidade muitas crianças são perdidas. Isto é tanto verdade que, no município do Rio ainda hoje temos em torno de 20% de óbitos fetais em crianças com mais de 2.500 gramas.

## Por que o óbito neonatal é hoje o maior responsável pela mortalidade infantil?

A política da década de 80 foi para imunizar, fazer saneamento básico, melhorar o aleitamento materno, distribuir o sal para reidratante oral - medidas que fizeram efeito para a diminuição da diarreia, da desidratação, da pneumonia, desnutrição, que eram enormes. Além disto, caiu a natalidade, e esta queda ocorreu principalmente em mu-

cumprir esse papel. Por isso, sempre dizemos que o atendimento deveria ser prioritário, com mais qualidade, para aqueles que mais precisam, os mais pobres.

#### Quais foram os avanços?

No Brasil, o sistema de saúde talvez seja das áreas sociais a que tem uma organização mais publicizada. Tem o Sistema Único de Saúde, que é público, com uma série de ideais e definições estabelecidas pela Constituição de 1988. O movimento de criação do Sistema Único garantiu a equidade de acesso, que foi escrita na lei como direito universal de todo cidadão. A conquista é consequência, em grande parte, da organização do setor, onde há um movimento político com uma longa história, que perpassa médicos, enfermeiros, a saúde pública, as universidades, hospitais e consegue permanecer em atividade. Tem muita gente engajada nos serviços públicos estaduais e municipais de saúde e também no próprio nível federal. Desta forma, o serviço de saúde vai se consolidando como um serviço público. Isso acontece aos trancos e barrancos. Mas 70 ou 75 % da atenção médica que



é realizada no País acontece dentro do SUS. É claro que, dentro deste número, há uma grande parte de serviços (80% dos leitos) que não são próprios do sistema público federal, estadual ou municipal, são contratados de instituições privadas. Mas é um contrato conveniado com o público, que, naturalmente, tem toda a possibilidade de fazer um monitoramento. Só não faz se não quiser. O sistema de saúde público brasileiro é um dos maiores do mundo.

#### Quais os outros fatores?

Foi muito importante a descentralização administrativa, política e gerencial que também se passou na Saúde. Os municípios ficam mais perto do

sistema e podem julgar melhor o que é feito. Esta descentralização, consolidada na Constituição de 88, vem em processo, porque nem todos os municípios têm autonomia para gerenciar seus recursos ainda hoje. Mas é irreversível e significa também uma transferência de responsabilidade. Não se pode transferir responsabilidades em todos os níveis. Mas, de modo geral, a descentralização é extremamente benéfica, porque o cidadão do município, que está próximo do governante, pode avaliar e cobrar o que não der certo. Isto faz os secretários de saúde dos mais de 5 mil municípios serem partícipes do SUS. Existem também os Conselhos Municipais criados nesse processo de estruturação do Sistema. É claro que tudo não ocorre da maneira que gostaríamos. Mas a representação da comunidade é importante para se definir inclusive com que prioridades o recurso será gasto, que áreas deverão receber mais atenção. E há ainda um sistema de prestação de contas que vem se aprimorando, estruturando uma responsabilização coletiva sobre os resultados as saúde. Os municípios têm, cada vez mais, vontade de dar respostas, até porque isso implica também em manutenção de cargos, eleições, enfim é como deve ser o jogo democrático: uma boa administração gera uma nova administração ou leva um prefeito a ser governador. E vai se criando a democracia da participação e responsabilização.

#### Como a sra. avalia os resultados das campanhas de vacinação e em favor do aleitamento materno?

Não precisaríamos das campanhas de imunização se a rotina funcionasse bem. Outros países não lançam mão disso. Mas no nosso caso, como não temos um Sistema de Saúde bom - e a situação era ainda pior -, a estratégia das campanhas recebeu a adesão da sociedade. Viraram momentos importantes e é conseguida uma cobertura altíssima. No caso do aleitamento, antes todas as mulheres amamentavam. As de alta renda foram as primeiras a parar e também a retornar. O aleitamento está melhorando de novo e vem ajudando a diminuir a mortalidade infantil.

#### O que mais é preciso ser feito?

Para uma melhoria nos indicadores de saúde em geral seria preciso, em primeiro lugar, a diminuição da desigualdade social do país. Isto precisa ser dito. Quanto ao aumento da disponibilidade de lei-

tos para o atendimento ao parto, embora a realidade ainda esteja longe de ser boa, vários municípios têm se organizado para isso. Curitiba já tem uma central de atendimento, ou seja, lá as mulheres telefonam e são informadas sobre onde tem vaga para o parto. É uma providência simples. Basta ter uma central de leitos com computadores ligados aos hospitais. O parto é uma emergência, um momento importante na vida da mulher, e não era para ela passar pelo desamparo de ter que perambular à procura de uma vaga, como ocorre até mesmo aqui no

### É preciso melhorar a atenção pré-natal. Este deve ser o foco.

Rio de Janeiro, onde 30% têm dificuldade para achar uma maternidade. Quase nunca estas mulheres ficam na primeira que chegam. E são exatamente as multíparas, aquelas que têm uma situação social desfavorável, por ter características que apontam para complicações no parto. Grande parte do serviço público de saúde não tem estrutura para receber uma gestante de risco. É preciso também melhorar a atenção pré-natal. Creio que esse deve ser o foco. Há que ser feita a prevenção e esta é no pré-natal.

#### Como está a atenção ao pré-natal?

Mesmo nas capitais, onde a situação é bem melhor que no interior, quase 12% das mulheres não fazem nenhuma consulta. E entre as capitais ainda há diferença. Curitiba tem uma taxa de 1,1%, Rio de Janeiro registra 1,6 enquanto Salvador 9,6% e Fortaleza 7%. Os números são baixos no sudeste, sul e até no Centro-Oeste, que tem uma situação hoje bastante razoável. O Nordeste e o Norte têm situação precária.

#### Mas e a qualidade?

É outro problema. Uma cobertura de atendimento pré-natal não se faz com três consultas. São necessárias no mínimo seis. Isso significa que o acesso está insuficiente. E vemos que todos os indicadores pioram sem a consulta. Os estudos mostram a relação favorável para as mães que têm uma assistência adequada em relação aos seus fetos e ao resultado delas próprias na gestação. Porque se algo se passa no meio do caminho, o médico e a equipe de saúde terão a oportunidade de fazer alguma intervenção. Se há assistência pré-natal, as complicações serão reduzidas ao mínimo possível. São estes dois fatores os mais importantes para a queda da mortalidade infantil: o pré-natal e a assistência ao parto. É óbvio que há também fatores sociais, como a pobreza, que determina uma série de riscos. As mulheres mais pobres e com menor nível de instrução são as que não fazem o pré-natal. Tudo está associado.

## Congresso Região Nordeste



A SBP e as Filiadas do Nordeste realizam, de 28 a 31 de maio, em Aracaju, Sergipe, o 5º Congresso Nacional de Pediatria/Região Nordeste, com o tema “A criança e suas diversidades no contexto regional”. Organizado pela Sociedade Sergipana de

Pediatria, o evento discute, entre outros temas, a mortalidade infantil (ver págs 6 e 7) e a “Implantação da Política Nacional de Redução da Mortalidade por Acidente e Violência”. A cobertura completa será publicada na próxima edição do **SBP Notícias**. ■



## Conselho Superior, Assembléia Geral Ordinária e Extraordinária

Para deliberar sobre a alteração do estatuto, apreciar e votar os relatórios financeiros da entidade, a SBP realiza também as Assembléias Gerais Ordinárias e Extraordinária, dia 29 de maio, em Aracaju. Antes disto, o Conselho Superior (CS) e a diretoria estarão reunidos. Deliberações importantes serão noticiadas no próximo **SBP Notícias**. ■



## Estatuto

“Mais moderno, mais enxuto, sem conflitos entre os artigos”. Esse é o retrato atual do Estatuto da SBP, na opinião do dr. Reinaldo Martins, presidente do Conselho Acadêmico e membro da Comissão que participou da terceira reforma do texto realizada no período em que dr. Lincoln Freire dirige a entidade. Dentre as adequações realizadas, está a inclusão da Fundação SBP na estrutura da entidade. A Comissão foi coordenada pelo dr. Clóvis Vieira Belém e integrada também pelos drs. Severino Dantas Filho (ES), Eduardo da Silva Vaz (RJ), Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ) e Rubens Trombini Garcia (MS). ■



## Processo Eleitoral

O Grupo de Trabalho que faz a reestruturação do Processo Eleitoral da SBP a ser aprovado na reunião do CS pretende, de acordo com o coordenador, dr. Clóvis José Vieira da Silva, adaptá-lo ao novo estatuto. “Planejamos também aumentar a responsabilidade do CS, que atualmente indica apenas o presidente da comissão eleitoral. Se as mudanças forem aprovadas, organizará toda a Comissão Eleitoral”, diz dr. Clóvis. ■

## Caso Eugênio Chipkevitch

Feita a denúncia pela Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP), foi aberto processo de cassação do título do dr. Eugênio Chipkevitch do quadro de sócios da SBP. No texto, a sociedade paulista frisa que “tendo em vista os lamentáveis fatos, de conhecimento público”, foi instaurado “processo disciplinar junto à Comissão de Sindicância da SBP, com a finalidade de obter posicionamento oficial da Sociedade junto aos poderes públicos e a população em geral”. A Comissão de Sindicância está encaminhando seu parecer ao Conselho Superior, a quem cabe decidir sobre a exclusão.

Os associados estão recebendo pelo Correio, relatório sobre os fatos ocorridos desde o momento em que a Assessoria de Comunicação foi procurada por emissora de televisão, para que a entidade se manifestasse sobre denúncia de pedofilia feita contra um pediatra. Trabalhando em Curitiba, dr. Lincoln Freire, indicou o dr. Fábio Ancona Lopez, presidente da SPSP, para falar em nome da SBP no estado. Imediatamente, uma nota foi redigida (*abaixo*), assumida em seguida também pela Associação Médica Brasileira (AMB), disponibilizada nos sites e encaminhada pelas duas entidades a toda a imprensa.

Na terça-feira, 26 de março, a AMB, o Conselho Federal de Medicina (CFM), a SBP e a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) promoveram, em São Paulo, uma entrevista coletiva à imprensa, quando apresentaram a posição das entidades sobre o caso. Declararam-se “perplexas e constrangidas com o fato

e bastante preocupadas com a relação médico-paciente de agora em diante”. A SBP, com o apoio da ABP, se colocou à disposição das vítimas para garantir as orientações necessárias. Foram divulgados os telefones da Sociedade. Dr. Lincoln Freire e dr. Fábio Ancona responderam às mais variadas dúvidas colocadas por pais, ex-pacientes de Eugênio Chipkevitch e adolescentes em geral. Questões que necessitavam de orientação técnica específica foram encaminhadas ao Departamento de Adolescência.

Dia 28 de março, atendendo pedido de pais de adolescentes, uma carta foi enviada aos diretores de jornalismo de todas as emissoras de televisão. No texto, assinado pelo dr. Lincoln Freire, a SBP solicitou “a suspensão da veiculação de qualquer daquelas cenas de violência, principalmente nos horários assistidos por crianças e adolescentes”, mesmo “desfocadas, editadas”, por considerá-las “redundantes, deseducativas, impressionantes”. Além disto, mais de 50 entrevistas foram dadas a emissoras de televisão. Outras tantas a rádios, jornais, revistas e internet. Em todas, a SBP reafirma seu “compromisso em zelar pela dignidade, saúde física, mental e pelos direitos sociais das crianças e adolescentes”.

Assinado em conjunto com a Associação Brasileira de Adolescência, um texto foi também enviado a instituições internacionais. As entidades destacam a seriedade e idoneidade dos pediatras com habilitação em adolescência.

## Comunicado oficial

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) tomou conhecimento no dia 21 de março – quando foi procurada por emissora de televisão – de denúncia contra um pediatra pela prática de abuso sexual em crianças e adolescentes. Vimos a público manifestar nossa surpresa, choque e indignação com notícia de tamanha gravidade, jamais antes verificada entre nossos pares. Informamos que a entidade acompanhará atentamente a apuração do caso e que, nos limites de sua competência, tomará todas as medidas para que sejam respeitados os princípios éticos e humanitários que norteiam a prática pediátrica.

Nós, da SBP, estamos em campanha contra a violência que atinge crianças e adolescentes e temos mobilizado profissionais da saúde para o bom atendimento das vítimas de maus-tratos,

assim como para a notificação dos casos suspeitos ou confirmados aos Conselhos Tutelares e autoridades, como estabelece o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA/ lei federal 8069/90). Estamos alertas e tomaremos medidas enérgicas para defender nossos pacientes de condutas individuais patológicas e abomináveis. As famílias brasileiras podem contar com a decência e o profissionalismo dos 35 mil pediatras deste País. Não abrimos mão de zelar pela dignidade, pela saúde física, mental e pelos direitos sociais das crianças e adolescentes. Este é, e sempre será, o nosso compromisso.

**Lincoln Marcelo Silveira Freire.**

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria  
Vice-presidente da Associação Médica Brasileira

## Novidades no site da SBP

*Nova área de acesso restrito aos sócios. Cadastre-se!*

Com o objetivo de expandir a atuação da entidade e oferecer conteúdo de qualidade a pediatras e à população em geral, o Centro de Informações Científicas da SBP trouxe novidades para o site da Sociedade. Uma delas é o acesso a conteúdo exclusivo para o pediatra, já disponibilizado. Os sócios devem fazer, uma única vez, um rápido cadastro *online*. É necessário ter o número da matrícula na SBP, cadastrar seu *e-mail* e criar uma senha. Além de participar de *chats* com enfoque científico e de grupos de discussão sobre diversos assuntos, o pediatra terá acesso a textos exclusivos como o “Enurese”, do Departamento de Adolescência – este já disponibilizado na seção Educação Médica Continuada e que encontra-se também em duas outras versões: para pais e para os adolescentes. Outra novidade é que o pagamento da anuidade de sócio também já pode ser feito através da Internet, parcelado no cartão de crédito.



### Pacientes poderão localizar os pediatras com ferramenta de procura

As novidades do site também beneficiarão os visitantes. Através do mecanismo de busca avançada “Encontre o seu pediatra”, os pacientes de todo o Brasil poderão localizar seu médico por endereço do consultório, horário de atendimento ou até

mesmo pela habilitação e área de atuação. Os sócios quites da SBP que quiserem fazer parte deste mecanismo inovador, devem cadastrar as informações solicitadas no site da SBP. Mas atenção: somente farão parte deste mecanismo de procura os pediatras que se cadastrarem na seção “Encontre o seu pediatra”.

### Novo cadastro

Está em fase final de implantação o novo cadastro da SBP. Segundo o dr. Eduardo Tavares, o diretor responsável, pequenas falhas vêm sendo resolvidas e até o final de junho estará completamente estruturado. O novo cadastro trabalha de forma mais integrada, com tecnologia apoiada em servidores de alta performance e integrado ao site da SBP. Somente o sócio quite consegue entrar nas áreas de acesso exclusivo ao pediatra. Todas as informações podem ser acessadas pelas entidades filiadas e escritórios regionais.

## Projeto proíbe exposição de crianças doentes ou com deformidades

Tramita na Câmara dos Deputados, em Brasília, um projeto de lei apresentado pelo deputado Agnelo Queiroz (Pc do B-DF), que proíbe a exposição, nos meios de comunicação, de crianças e adolescentes doentes ou portadores de deformidades. O documento, baseado em proposta da SBP, conclui que o resultado da exposição dessas crianças “é mais lucrativo para o programa do que para as crianças e familiares”.

O deputado lembra que, no âmbito da literatura médica, o Código de Ética de publicações científicas só permite a divulgação de fotos ou imagens de pacientes, mediante a utilização de recursos gráficos que tornem impossível a sua identificação. O projeto prevê ainda sanções progressivas aos meios de comunicação infratores correspondentes à advertência escrita, multa e suspensão. ■

## Livro Perfil do Pediatra

Está no prelo o livro com os resultados da Pesquisa Perfil do Pediatra, encomendada pela SBP à equipe da professora Maria Helena Machado, da Escola Nacional de Saúde Pública/Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz). A edição de 2 mil exemplares é destinada a bibliotecas, entidades e lideranças médicas. O livro traz o resultado do estudo realizado em 1999 e 2000, com uma



amostra de 1.700 profissionais. Foram abordados a situação sócio-demográfica, inserção no mercado de trabalho, formação profissional e também as opiniões dos entrevistados sobre o desgaste com o trabalho, a satisfação com a especialidade, a condição feminina, o Programa Saúde da Família e a própria SBP. Um resumo do estudo pode ser acessado pelo site da SBP ([www.sbp.com.br](http://www.sbp.com.br)), Serviço ao sócio.

## Jornal de Pediatria tem novo editor

A Comissão responsável – formada por membros do Conselho Acadêmico, Diretoria e da própria revista – se reuniu, em março, na sede da SBP e selecionou o novo editor do Jornal de Pediatria. Dr. Renato Procianoy, o novo editor-chefe, assumiu a direção da maior e mais respeitada revista pediátrica da América Latina, tendo como editores associados os drs. Jefferson Pedro Piva, Danilo Blank e Pedro Celiny. O grupo, responsável pela publicação até 2006, deverá apresentar, anualmente, um relatório de suas atividades à Comissão de Seleção.

Essa é a primeira vez que o Conselho Editorial do Jornal de Pediatria é selecionado em um processo

desvinculado das eleições de Diretoria da SBP. “Desta forma, o Jornal de Pediatria está mais adaptado às normas e propostas internacionais preconizadas pela Associação Mundial de Editores de Revistas Médicas (WVAME)”, informa o antigo editor-chefe do Jornal, dr. Jefferson Pedro Piva.

As propostas do dr. Renato Procianoy estão baseadas em quatro pontos: consolidar o trabalho realizado nos últimos anos, ampliar a divulgação da revista nos países da América Latina, aumentar o número de assinaturas e fazer com que a publicação conste no Index Medicus, índice internacional de revistas médicas. ■

## Aprovado projeto arquitetônico do Memorial

Já foi aprovado pelo Instituto do Patrimônio Histórico Nacional (Iphan) o projeto arquitetônico para a reforma da sede do Memorial da Pediatria Brasileira, no Cosme Velho, Rio de Janeiro. O próximo passo será a aprovação pela Prefeitura e a discussão do orçamento para a execução da

obra, que prevê um pequeno auditório, biblioteca, instalações para almoxarifado, reforma do telhado e das instalações elétricas, hidráulica e paisagismo. A comissão responsável pelo projeto e pela contratação da construtora é coordenada pelo dr. Júlio Dickstein. ■

## SBP conquista reconhecimento da Adolescência como Área exclusiva da pediatria.

Acaba de ser firmado um convênio entre o Conselho Federal de Medicina (CFM),



Associação Médica Brasileira (AMB) e Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM), que institui a Comissão Mista de Especialidades (CME) e reconhece as Especialidades Médicas e as Áreas de Atuação da Medicina. A resolução CFM nº 1.634/2002 traz uma grande conquista para os pediatras, fruto da luta da SBP: aprovação da Adolescência como Área de Atuação exclusiva da pediatria – decisão que já havia sido



tomada pela AMB.

Ficam assim definidas como Áreas de Atuação da Pediatria: Alergia e Imunologia

Pediátrica, Cardiologia Pediátrica, Endocrinologia Pediátrica, Gastroenterologia Pediátrica, Hematologia e Hemoterapia Pediátrica, Infectologia Pediátrica, Medicina do Adolescente, Medicina Intensiva Neonatal, Medicina Intensiva Pediátrica, Nefrologia Pediátrica, Neonatologia, Neurologia Pediátrica, Nutrologia Pediátrica, Oncologia Pediátrica, Pediatria Preventiva e Social, Pneumologia Pediátrica e Reumatologia Pediátrica. ■

## Dia Nacional de Mobilização contra os piores planos de saúde

Organizado pela Associação Médica Brasileira (AMB), Conselhos Federais e Regionais de Medicina, Confederação Médica Brasileira (CMB), Sindicato dos Médicos e Federação Nacional dos Médicos (Fenam), foi realizado, dia 8 de maio, em São Paulo, o Dia Nacional de Mobilização Contra os Piores Planos de Saúde.

Médicos de todo o País dedicaram alguns minutos de suas consultas neste dia para conscientizar e alertar a população sobre as condições de trabalho impostas pelas empresas. Entre as

principais reclamações estão remuneração, restrição, burocracia e descumprimento. Na segunda fase do movimento, as entidades apresentarão uma pesquisa, realizada pelo DataFolha, que apontará os piores planos de saúde em cada Estado. Cerca de 2.500 médicos estarão respondendo um questionário com temas relacionados a atendimento, tempo de internação, restrição para atender doença preexistente, inexistência de pré-operatório, honorários médicos, entre outros. Os resultados devem sair em junho. ■

## Sociedade apresenta propostas à ALAPE

Reforma do estatuto, da estrutura orgânica e estratégias para a maior participação das Sociedades nacionais filiadas. Estas foram algumas propostas apresentadas pela SBP na reunião da Associação Latino-americana de Pediatria



(Alape), realizada em Morelia, no México, no final de abril. A SBP esteve representada pelo dr. Fernando José de Nóbrega. Ficou decidido que todas as filiadas que tiverem sugestões para o estatuto devem encaminhá-las ao Conselho Diretivo. Serão analisadas pela Assembléia de Delegados – única instância que pode modificar o documento – na próxima reunião da

Alape, no segundo semestre, em Quito, Equador. A ocasião marcará os 40 anos de fundação da entidade.

Outro assunto discutido na reunião foi o atendimento exclusivo de crianças pelo pediatra, objeto da campanha “Atenção Pediátrica é um Direito da Criança”, que está sendo lançada pela Alape. Segundo o dr. Mário Santoro Júnior, secretário-geral da entidade e membro do Conselho Acadêmico da SBP, “A Alape comunga com as diretrizes da SBP para incluir o pediatra no Programa de Saúde da Família, conforme os esforços que vem sendo desenvolvidos pela atual diretoria”, conclui. ■

## A nova Classificação de Procedimentos Médicos

O processo de elaboração da Classificação Hierarquizada de Procedimentos Médicos, antiga LPM – com sugestões de remuneração ao profissional da medicina no setor de saúde suplementar – continua em andamento na Associação Médica Brasileira (AMB), com colaboração do Conselho Federal de Medicina (CFM) e assessoria técnica da Fundação Institu-

to de Pesquisas Econômicas (FIPE). Depois que cada sociedade de especialidade opinou, novos estudos foram realizados e constatou-se que há pouco a corrigir. Um novo relatório foi concluído e será distribuído às sociedades na próxima reunião do Conselho Científico da AMB. A SBP tem participado ativamente, sem medir esforços para valorizar a pediatria. ■

## NOVAS DIRETORIAS

### Alagoas

A Sociedade Alagoana de Pediatria reuniu-se dia 9 de maio no auditório da Escola de Ciências Médicas para a cerimônia de posse da diretoria. Dr. Lincoln Freire esteve presente. O novo presidente da filiada, dr. Paulo José Medeiros de Souza Costa, informa que sua gestão se baseará em duas propostas: atuação científica e defesa profissional.

### Amazonas

A diretoria da Sociedade Amazonense de Pediatria tomou posse dia 11 de abril, em cerimônia que reuniu pediatras e diretoria no auditório do Conselho Regional de Medicina. Dr. Gastão Dias Júnior é o novo presidente. No programa de trabalho para a gestão, estão entre as prioridades a reciclagem e a valorização profissional.

### Santa Catarina

O dr. Remaclo Fischer Júnior foi eleito presidente da Sociedade Catarinense de Pediatria e a data de posse ainda será definida. Em Chapecó, sede da regional Oeste da filiada, dr. Lincoln Freire esteve presente, em abril, na posse da nova diretoria, presidida agora pela dra. Rozane Barbiero. O presidente da SBP fez palestra sobre o perfil do pediatra brasileiro e a saúde pública, durante a Jornada sobre Temas em Terapia Intensiva. Na ocasião, dra. Marta Goldschmidt – que se despedia da presidência da regional – defendeu a instalação de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal no Hospital Regional do Oeste. “Graças à fantástica repercussão do evento, a Secre-

taria de Saúde oficializou a contratação de médicos para a abertura da UTI”, conta dra. Marta.

### Bahia

Dr. Hans Walter Ferreira Greve é o novo presidente da Sociedade Baiana de Pediatria. A posse da diretoria foi no dia 19 de março, na sede da Academia Baiana de Medicina (ABM). Dr. Nelson Barros, ex-presidente do Conselho Acadêmico da SBP, representou o dr. Lincoln Freire, que depois esteve em Salvador para a abertura do IV Congresso Baiano de Pediatria e se reuniu com a nova diretoria da filiada.

### Pernambuco

A diretoria da Sociedade de Pediatria de Pernambuco tomou posse em março, com a presença do dr. Lincoln Freire e de autoridades locais. Segundo a presidente, dra. Analíria Moraes Pimentel, a entidade centrará forças no trabalho com as comunidades carentes: “Pretendemos unir forças com seus líderes no combate à mortalidade infantil e na melhoria das condições de vida das crianças e adolescentes do estado”, frisa.

### Goiás

A diretoria da Sociedade Goiana de Pediatria tomou posse em março. O novo presidente é o dr. Guilherme Lopes Barbosa. Suas metas principais são os cursos de atualização e o desenvolvimento de um trabalho de saúde preventiva com as crianças indígenas. A Sociedade também pretende transformar os atuais boletins científico e informativo em uma revista pediátrica.

## Reunião dos Departamentos Científicos

Os Departamentos Científicos da SBP se reuniram em abril, em São Paulo, com a presença do dr. Lincoln Freire, do dr. Eduardo Vaz, secretário geral, do Coordenador dos Departamentos, dr. Nelson Rosário, e de outras diretorias que prestaram informações importantes. Dr. Dirceu Solé, responsável por Cursos e Eventos, comunicou ter conseguido patrocínio os Cursos Itinerantes. O Diretor de Publicações, dr. Renato Procianny, fez um balanço do Jornal de Pediatria. Dr. João Coriolano, coordenador do PRONAP, falou sobre o projeto que pretende atualizar os ciclos an-

teriores e produzir um CD-Room. Dr. Cláudio Leone, assessor da presidência e presidente do Congresso Brasileiro de Pediatria, a ser realizado ano que vem, em São Paulo, confirmou que os presidentes dos Departamentos fazem parte da Comissão Científica. Dr. Ercio Filho falou sobre as novidades do *site* (ver pg. 9). Dra. Valéria Bezerra, presidente do DC de Cuidados Hospitalares, informou que as filiadas de Minas Gerais e Pernambuco fundaram DCs de Cuidados Hospitalares. A expectativa é que todas as Sociedades Estaduais de Pediatria façam o mesmo.

## Defesa Profissional

Um dos temas na pauta da reunião do DC de Defesa Profissional, também realizada em abril, no Rio de Janeiro, foi a inclusão do pediatra nas equipes do Programa Saúde da Família (PSF). As estratégias sugeridas pela presidência da SBP foram a sensibilização de todos os parlamentares brasileiros que são pediatras e a mobilização dos membros do DC junto às Secretarias de Saúde de seus estados. Na pauta, a remuneração por tratamento clínico realizado em consultório conquistada pelos pediatras cooperados da

Unimed-BH (noticiada no SBP Notícias 19, pg.05), que diminui os custos de internação e aumenta o honorário dos médicos. O DC irá encaminhar a proposta ao Conselho de Administração das Unimeds. A idéia é que cada Filiada da SBP e o Departamento assumam como bandeira a proposta implantada em BH. Ainda em abril, dr. Lincoln se reuniu em Londrina com os pediatras da região e obteve o compromisso dos presidentes da Unimed de Curitiba e de Londrina de que a proposta da SBP será implantada. ■

## Malária e pediatria

A pedido do Departamento de Infectologia, o professor José Maria de Souza, coordenador do Programa de Ensaios Clínicos em Malária do Instituto Evandro Chagas, em Belém (PA), escreveu para o **SBP Notícias**:

“O século recém-findo, do ponto de vista da malária, caracterizou-se por momentos bem distintos, visto que depois de chegarmos a cerca de 10 milhões de casos em uma população de aproximadamente 40 milhões de habitantes no Brasil, portanto, 25%, experimentamos um progresso significativo no controle da endemia, que até então atingia quase todo o território nacional.

Com o saneamento implantado nas regiões sul e sudeste, a construção de melhores habitações, estradas trafegáveis e mesmo o emprego de novos inseticidas de grande poder residual e drogas de eficácia elevada, foi possível uma redução drástica, chegando a apenas

algos em redor de 50 mil lâminas positivas por ano em 1970 e ficando estes casos praticamente confinados à região Amazônica. Bastou, entretanto, medidas insensatas tomadas naquela época (incentivo à migração para a Amazônia de brasileiros do sul e do sudeste sem proteção contra a malária), para que a endemia voltasse a crescer, chegando a quase 700 mil casos na região.

O susto foi grande e o governo decidiu criar um novo programa para o controle, que de fato está surtindo efeito e já alcançou, nos últimos 2 anos, uma redução média de 40% no número de casos. Desejamos, entretanto, que haja uma conscientização coletiva para o controle da endemia. Já dissemos e voltamos a repetir: *a malária não é um problema apenas do governo, é também um problema do cidadão!*

Recente tese de mestrado de uma pediatra – realizada no Programa de Malária do Instituto Evandro Chagas, para obtenção do título junto ao Nú-

cleo de Medicina Tropical da Universidade Federal do Pará – demonstrou, entre outros dados de grande importância para o entendimento da malária em crianças, que o diagnóstico da enfermidade pode demorar até 120 dias, mesmo a criança tendo sido atendida em vários ambulatórios e hospitais por pediatras de reconhecida competência e que dispõem de laboratórios em suas unidades de trabalho, de reconhecida capacidade instalada.

Para resolvermos este problema, é preciso que, quando o pediatra atenda um paciente com febre, procure saber por onde andou nos últimos 30 dias ou antes, e o mais simples, solicite o exame de gota espessa para detecção do parasita da malária. Tudo isto é muito fácil, pois temos pessoal qualificado para proporcionar treinamento. Vamos evitar sofrimentos e mortes de crianças e adultos e mostrar que somos competentes para controlar a malária, como já o fizemos com várias outras enfermidades!”.

## Departamento de Infectologia pesquisa a Aids

Dos 210.452 casos notificados de Aids no Brasil, 5.929 (2,8%) ocorrem por transmissão materno-infantil no parto. Preocupado com essa realidade, o Departamento de Infectologia da SBP elaborou um projeto para avaliar a taxa de transmissão vertical do HIV nos serviços de saúde brasileiros e os métodos utilizados para preveni-la. Coordenado pela dra. Regina Succì, presidente do Departamento, o estudo foi encaminhado para a Divisão Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde, que o aprovou e patrocinará. A coleta de dados terá início em breve.

## Homenagem

Por seus Projetos para Crianças com Aids, além de outros de responsabilidade social, Dra. Regina Succì recebeu homenagem da Associação Paulista de Medicina (APM) no Dia Internacional da Mulher, 08 de março.

## DC de Aleitamento contesta reportagem sobre chupetas e mameadeiras

Em mensagem ao editor do Caderno Vida do jornal Correio Brasileiro, o Departamento de Aleitamento Materno da SBP e outras entidades ligadas à amamentação reagiram à publicação de uma matéria, dia 06 de abril, sobre o uso de chupetas e mameadeiras. O artigo continha equívocos

quanto ao uso das chupetas, prática considerada inócua até pouco tempo. Hoje sabe-se que pode trazer significativos malefícios à criança, tais como interrupção precoce da amamentação, o aumento da frequência de otites e diarreias, além de problemas no desenvolvimento motor-oral da criança, podendo inclusive prejudicar a futura respiração, mastigação, alinhamento dos dentes e fala. Em resposta, o jornal pu-

blicou, duas semanas depois, uma matéria correta do ponto-de-vista científico sobre o assunto, tendo como consultora a dra. Sônia Salviano, do Departamento de Aleitamento Materno da SBP. ■

## DC de Segurança cria homenagem especial

O Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente da SBP, du-

rante reunião realizada este ano, aprovou a realização de uma homenagem aos profissionais e instituições que desenvolvam trabalhos relevantes em prol da segurança da criança e do adolescente. A carta com as normas para as indicações dos homenageados já foi enviada aos membros do Departamento e a escolha final ocorrerá na próxima reunião, em Aracaju, em maio. ■



“As crianças e os adolescentes indígenas reclamam o direito fundamental de nascer, crescer e se desenvolver na perspectiva de seus valores culturais, na integridade de seu território preservado, poupados da virulência das doenças disseminadas pelos colonizadores”. A declaração do dr. Lincoln Freire mostra o espírito com o qual pediatras de vários estados se reuniram pela terceira vez no Dia do Índio, 19 de abril, desta vez em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, estado onde vivem 46 mil indígenas – o maior número registrado no País depois do Amazonas.

O III Fórum Brasileiro de Defesa da Saúde da Criança Indígena realizado pela SBP foi organizado pela Sociedade

de Pediatria do Mato Grosso do Sul (SPMS) e contou com a presença do Unicef, Ministério da Saúde (Fundação Nacional de Saúde, Programa Nacional de Imunizações e Área Técnica da Criança e Aleitamento Materno), das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação. Estiveram também presentes índios e suas lideranças, como Domingos, Coordenador das Tribos e membro do Conselho Indigenista da Secretaria de Bem-Estar Social do MS, e a índia terena Enir Bezerra, representante dos chamados “desaldeiados” – que saíram de suas aldeias para viver em bairros pobres nas cidades. O evento dá seqüência a um trabalho que começou em 2000 com o primeiro Fórum – iniciativa da Sociedade de Pediatria do Distrito Federal encampada imediatamente pela Sociedade Brasileira de Pediatria – e continuou ano passado, quando a SBP realizou o segundo Fórum em Manaus, organizado pela Sociedade de Pediatria do Amazonas.

Uma das principais questões discutidas em Campo Grande (MS) foi a condição dos índios “desaldeiados”.

“Pela lei dos caciques, quem sai não pode mais voltar para sua tribo”, explica dr. Rubens Trombini, presidente da SPMS. Ao mesmo tempo, alguns não conseguem adaptar-se às cidades. Só em Campo Grande já são 4 mil nesta situação. Provenientes de diversas tribos, formaram um grupo que é



A partir da esquerda: Dr. Udson Shiguer Kinashi, da Promotoria de Justiça da Infância e Adolescência do MS, Maria de Lourdes Maia, coordenadora do PNI/MS, Rubens Trombini (SPMS), Lincoln Freire (SBP), Pedro Chaves, reitor da Universidade Para o Desenvolvimento do Pantanal (Uniderp) e Aroldo Galvão, diretor regional da Funasa/MS.

conhecido como “kaguatka” – uma associação de índios das tribos Kaguel, Guarani, Terena e Guaicurus. Como medida emergencial, a prefeitura criou um “bairro” para esta população – uma vila de casas e um pequeno centro cultural – e fornece cestas básicas, medida que mudou a dieta alimentar dos índios. Com dificuldades de trabalho, já que é necessário ter uma autorização especial da Funai para empregá-los, os índios acabam não tendo como se sustentar e servindo de mão-de-obra barata.

Sabe-se ainda que entre tribos e “desaldeiados”, a incidência de doenças como pneumonia, diarreia, tuberculose e desnutrição tem aumentado, sobretudo entre as crianças. Problemas como suicídio e alcoolismo também têm se tornado comuns entre os adultos. Segundo dr. Dioclécio Campos Júnior, vice-presidente da SBP e chefe do Serviço de Pediatria do Hospital Universitário de Brasília, metade das crianças internadas na enfermaria são curumins. O hospital é Centro de Referência no tratamento da criança indígena e atende índios de vários estados. São, em média, 450

leitos/dia/mês. “Elas têm chegado em condições cada vez piores”, revela. A diferença de saúde entre as mães e seus filhos é notável. “As crianças estão em piores condições, porque já estão sendo criadas em uma situação crítica, num ambiente ainda mais desfavorável do que aquele no qual suas mães cresceram”, alerta.

Para o dr. Lincoln Freire, “além da denúncia, cabe-nos estruturar uma proposta que se transforme numa bandeira de mobilização capaz de unificar as forças que orientam sua ação para a defesa dos direitos dos povos indígenas de nosso país”. O presidente da SBP enfatiza que os pediatras querem “cumprir rigorosamente” sua função social. “Não hesitamos em denunciar este vergonhoso holocausto que já dura 500 anos”.

No final do Fórum, foi elaborado um documento com recomendações e propostas que será enviado aos Ministérios da Saúde e Educação, Senado Federal, Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e Educação do Mato Grosso do Sul, além dos presidentes das Sociedades Estaduais de Pediatria e demais participantes do Fórum. São estes os principais pontos:

- Estabelecer, em caráter de absoluta prioridade, estreita parceria com o Programa Nacional de Imunização/FUNASA/Ministério da Saúde, tendo, por objetivo, a expansão, a curto prazo, da cobertura vacinal das populações indígenas;
- Aprofundar estudos referentes ao melhor conhecimento dos padrões de crescimento e desenvolvimento das crianças indígenas, bem como à avaliação de seu estado nutricional, pro-

curando identificar fatores e peculiaridades que estejam na gênese da desnutrição, a fim de que possam ser corretamente erradicados;

- Fortalecer as competências familiares, de tal forma a contribuir para que se aprimorem os mecanismos biopsicoafetivos e nutricionais essenciais ao desenvolvimento normal das crianças indígenas;

- Atuar, como entidade da sociedade civil organizada, no sentido de instar os órgãos do Ministério Público a desencadear as ações competentes no âmbito de seu domínio, visando ao adequado funcionamento das estruturas governamentais responsáveis pela saúde das crianças indígenas, bem como à efetivação de seus direitos, conforme preceitua o Estatuto do Índio, em consonância, também, com as determinações contidas no Estatuto da Criança e do Adolescente que são, por força da igualdade de direitos, plenamente aplicáveis às populações indígenas;

- Criar grupo permanente da entidade encarregado do encaminhamento de todas as propostas aprovadas nos Fóruns já realizados, bem como da organização de ações que concorram para o desenvolvimento da saúde dos povos indígenas, preservados seus valores culturais.

- Desenvolver ações com o intuito de reduzir a prevalência e as repercussões das distintas formas de deficiências que ocorrem entre crianças indígenas.

- Estimular a produção e apresentação, nos Congressos Pediátricos, de trabalhos científicos pertinentes aos temas do Fórum, com premiação dos mais qualificados. ■

