

Boletim informativo da Academia Brasileira de Pediatria



NESTA EDIÇÃO

Editorial

Superlotação das Emergências: um problema insolúvel, "um novo normal" ou haveria espaço para planejamento?

Comissão de admissibilidade

Professor Clóvis Francisco Constantino é eleito novo acadêmico titular da ABP

25º Fórum da Academia Brasileira de Pediatria

Notícias do 25º Fórum da Academia Brasileira de Pediatria

Brasília será palco do 25º Fórum da Academia Brasileira de Pediatria: meio ambiente e infância em destaque

Bioética

A Telemedicina na Pediatria: Avanço tecnológico, seus recursos e possibilidades

Homenagens e destaques

Presidente da ABP recebe homenagem pela sua trajetória na Pediatria

Sheilla Knupp recebe medalha de Professora Emérita da UFRJ

Fundação José Luiz Setúbal completa 15 anos

Notícias

Nova diretoria da SBP toma posse com foco nos desafios contemporâneos da pediatria

Comissão Científica

Vacinação materna para a prevenção das infecções pelo vírus sincicial respiratório (VSR) em crianças

Entrevista com a Acadêmica

Da assistência à liderança, a trajetória da acadêmica da cadeira nº 19 da Academia Brasileira de Pediatria

Cultura & lazer

Medicina humanizada com arte: uma proposta humanística, ética e terapêutica

Homenagens e destaques

Homenagem a uma trajetória na Medicina Intensiva Pediátrica

Palavra da Presidente

A conexão microbiota-neurodesenvolvimento – reflexões para o cuidado integral da saúde da criança

Microbiota é o conjunto de milhões de microrganismos que vive em simbiose conosco, principalmente em nosso trato digestivo. Embora já na década de 50 e 60 houvesse alguns indícios da sua importância para muitas funções humanas, apenas no final da década de 90 e início dos anos 2000, com os estudos de sequenciamento genético e, em 2007, com o Projeto Microbioma Humano, foi possível avançar nos conhecimentos da sua relação com o metabolismo, a imunidade e o papel que desempenha no relacionamento entre o intestino e o cérebro (eixo intestino-cérebro). Essa conexão bidirecional, que é cada vez mais estudada, está sendo apresentada como importante influência no neurodesenvolvimento e um possível fator de explicação ou contribuição para alguns distúrbios neurológicos tardios, como Doença de Alzheimer, Doença de Parkinson e outras.

A comunicação intestino-cérebro se dá por vários canais, como o nervo vago, o sistema circulatório (via sistêmica) e o sistema imunológico (através da ação de citocinas). O nervo vago é uma das principais vias para transmitir informações da microbiota para o sistema nervoso central. O sistema circulatório está envolvido através do carreamento dos neuro-hormônios (serotonina, catecolaminas, dopamina...) que são liberados pelas células neuroendócrinas do intestino e atuam, direta e indiretamente, na modulação do comportamento. A microbiota também participa da hidrólise de diferentes polissacarídeos em ácidos graxos de cadeia-curta, como propionato e butirato. Esses ácidos graxos de cadeia curta produzem os ácidos no intestino e chegam ao hipotálamo, onde regulam os níveis de GABA, neurotransmissor essencial na modulação do comportamento. As ações da microbiota também afetam o eixo hipotálamo-hipófise-adrenal, regulando a liberação do cortisol. Há estudos que mostram que os níveis altos de *Lactobacillus rhamnosus* na microbiota correlacionam-se com níveis mais baixos de corticosterona, melhor controle do estresse, menos depressão e menos liberação de citocinas inflamatórias

Estudos longitudinais com crianças demonstram que alterações precoces na microbiota podem se relacionar a desfechos neurocomportamentais, destacando o período do nascimento aos 3 anos como uma janela especialmente sensível, na qual as intervenções podem ser mais eficazes para a construção de uma microbiota saudável. Aproveitar o poderoso eixo intestino-cérebro durante essa janela crítica do



Dra. Sandra Grisi

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

desenvolvimento tem sido apontado de grande importância sobre a conexão micróbio-humano e o cérebro em desenvolvimento, proporcionando oportunidades para prevenir, em vez de tratar, transtornos do neurodesenvolvimento e doenças neuropsiquiátricas.

Os primeiros anos de vida são um período-chave para o desenvolvimento da microbiota intestinal. No primeiro ano de vida, as bactérias colonizam o trato gastrointestinal, estabelecem-se e proliferam durante a chamada “fase de desenvolvimento”. Nos 15 meses seguintes, a microbiota intestinal experimenta uma “fase de transição”, na qual algumas bactérias presentes até então, desaparecem a favor de outras espécies. Finalmente, a partir dos 3 anos, a microbiota das crianças “estabiliza” sofrendo mudanças ao longo da vida, mas a base está estabelecida.

O desenvolvimento da microbiota na primeira infância ocorre de maneira dinâmica e é influenciado por diversos fatores. Identificar essas influências demonstra a importância do pediatra na saúde futura, principalmente se considerarmos o papel crucial que o microbioma exerce não apenas sobre o neurodesenvolvimento, mas sobre o metabolismo e o desenvolvimento do sistema imunológico da criança. Diferentes fatores se associam às diferentes fases de formação da microbiota, apontando para as intervenções que podem ter efeitos sobre a formação de uma microbiota mais saudável:

1. Colonização inicial (Nascimento)

- **Tipo de parto:** O parto vaginal expõe o bebê à microbiota vaginal e intestinal da mãe, favorecendo a colonização por bactérias como *Lactobacillus* e *Bifidobacterium*. Já o parto cesariano limita essa exposição e favorece a colonização por microrganismos da pele e do ambiente hospitalar.
- **Ambiente de nascimento:** O contato precoce com a pele da mãe e o ambiente hospitalar influenciam a diversidade inicial da microbiota.

2. Influência da alimentação (Primeiros meses)

- **Leite materno:** O aleitamento exclusivo fornece oligossacarídeos do leite humano (HMOs), que nutrem bactérias benéficas como *Bifidobacterium* e *Lactobacillus*, promovendo uma microbiota saudável.
- **Fórmulas infantis:** As fórmulas não contêm os mesmos HMOs, o que pode levar a diferenças na composição da microbiota, frequentemente com menor presença de bifidobactérias.

3. Diversificação com a introdução alimentar (6 meses em diante)

- Com a introdução de alimentos sólidos, ocorre um aumento da diversidade microbiana, incluindo bactérias como *Bacteroides* e *Firmicutes*, que ajudam na digestão de carboidratos e fibras.
- O tipo de alimentação (rica em fibras, proteínas ou açúcares) tem um impacto duradouro na microbiota intestinal.

4. Maturação da microbiota (Até 3 anos)

- O microbioma infantil vai se tornando mais estável e semelhante ao do adulto.
- Fatores como uso de antibióticos, contato com animais, exposição ambiental e estilo de vida continuam a influenciar essa evolução.

5. Estabilização da microbiota (3-5 anos)

- Aos 3 anos, a microbiota se aproxima do perfil adulto, com maior diversidade e resistência a mudanças bruscas.

- A partir dessa fase, fatores como dieta, higiene e uso de medicamentos ainda podem afetar a composição microbiana, mas a base já está estabelecida.

Depreende-se destas fases a importância da Puericultura na promoção de uma microbiota saudável. O pediatra deve atuar de forma abrangente: promovendo o parto vaginal, incentivando o aleitamento materno, orientando a introdução alimentar e estimulando o uso de alimentos ricos em fibras, evitando a antibioticoterapia desnecessária e estimulando o contato com a natureza e animais.

Embora existam muitas evidências que apoiam a relação entre a microbiota e o sistema nervoso central, seu papel no neurodesenvolvimento e na patogênese de algumas das neurodoenças mais prevalentes ainda precisa ser melhor compreendido. O uso de probióticos, por exemplo, pode vir a constituir uma importante ferramenta terapêutica. A resposta para muitas dessas questões virá de ensaios clínicos, aos quais a comunidade científica tem se dedicado com entusiasmo, especialmente com o estudo do eixo intestino-cérebro durante a janela crítica do desenvolvimento cerebral – período em que o microbioma é mais dinâmico e, portanto, com maior potencial de responder às intervenções de prevenção e promoção da puericultura.

Referências bibliográficas

1. Christopher J. Stewart et al, Temporal development of the gut microbiome in early childhood from the TEDDY study, *Nature* 2018 Oct;562(7728):583-588.
2. Dominguez-Bello MG, et al. Role of the microbiome in human development
3. *Gut* 2019;68:1108-1114. doi:10.1136/gutjnl-2018-317503.
4. Feng, J. et al. *Lactobacillus rhamnosus*: An emerging probiotic with therapeutic potential for depression. *Pharmacological Research*, Volume 211, January 2025, 10754.
5. Freitas Junior, SFC. Conexões entre Microbioma Intestinal e Saúde Cerebral. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences* Volume 6, Issue 3 (2024), Page 674-692.
6. Hannah E. Laue, Modupe O. Coker and Juliette C. Madan. The Developing Microbiome From Birth to 3 Years: The Gut-Brain Axis and Neurodevelopmental Outcomes *Frontiers in Pediatrics*, March 2022, Volume 10 | Article 815885.
7. Renato Augusto Zorzo. Impacto do microbioma intestinal no Eixo Cérebro-Intestino, *International Journal of Nutrology*, a.10, n.1, p. 298 S - 305 S, Março 2017.

Editorial

Superlotação das Emergências: um problema insolúvel, “um novo normal” ou haveria espaço para planejamento?

Na perspectiva organizacional da saúde, os serviços de emergência funcionam como sistemas de “vasos comunicantes”, tendo seu fluxo e celeridade regulado por dois grandes componentes: a demanda ambulatorial e a assistência hospitalar. Quando a demanda externa supera a capacidade instalada dos Serviços de Emergência Hospitalares (SEH) ou reduz-se a capacidade de transferências e altas do serviço, ocorre a Superlotação das Emergências com todos os seus graves efeitos, como o aumento do tempo de espera, a desassistência, a insatisfação de pacientes, familiares e o desgaste da equipe.

A porta de entrada das emergências é constantemente pressionada pela demanda da comunidade, que se acentua muito por ocasião de catástrofes não previstas (incluindo aqui epidemias) e das previsíveis afecções respiratórias que ocorrem anualmente a partir do outono e inverno. Para enfrentar estas situações, os serviços de emergências têm se organizado com a utilização de modelos de triagem, desenvolvimento de protocolos, aumentando sua capacidade diagnóstica, utilizando profissionais especificamente treinados e habilitados nesta área, medindo sua eficiência com indicadores assistenciais e de qualidade. Porém, mesmo assim, a cada ano repete-se o mesmo quadro, de superlotação e eminente colapso nos serviços de emergências nos meses de outono e inverno.

Via de regra, os serviços de Emergência dos hospitais são criados em resposta a uma demanda assistencial local aumentada, porém, sem o planejamento necessário. Não há um estudo entre a demanda populacional naquele distrito ou cidade e o tamanho do Serviço de Emergência a ser instalado, visando celeridade e eficiência no atendimento. Assim, além do fator numérico, dever-se-ia avaliar a complexidade e a real necessidade destes pacientes, o que irá determinar as dimensões de estrutura física, tecnológica e pessoal especializado para atendê-los. Por outro lado, não há como uma unidade hospitalar dar conta de todas as doenças agudas que são atendidas no serviço de Emergência. Por isso, ao abrir um serviço de emergência, deveria haver a



Jefferson Piva

Membro Titular da Academia Brasileira de
Pediatría, cadeira nº 30

Professor Titular de Pediatría - UFRGS

Membro da Câmara Técnica de Emergência do
Conselho Federal de Medicina



Luiz Alexandre Borges

Ex-presidente da Associação Brasileira de
Medicina de Emergência (ABRAMED)

Ex-presidente da Associação de
Medicina Intensiva Brasileira (AMIB)

Membro da Câmara Técnica de Emergência
do Conselho Federal de Medicina

preocupação de estabelecer convênios com outras instituições visando agilidade na referência e contrarreferências para determinadas linhas de cuidado (por exemplo: trauma, oncologia, acidentes etc.).

Outros fatores que impactam na relação da demanda dos pacientes e na capacidade das Emergências é o aumento progressivo da população, a ausência do médico de família, do médico do bairro, o aumento da expectativa de vida, maior prevalência de pacientes com doenças crônicas, entre outros.

Esta superlotação pode ainda se agravar frente a algumas situações imprevisíveis de aumento na demanda externa, como no caso de grandes catástrofes ou epidemias de início súbito e descontrolado (por exemplo: gripe A, em 2009). Nestes episódios, as medidas de gerenciamento dos serviços de emergência são implementadas e ajustadas sob a pressão da demanda, com aprendizado e correção de rumos em tempo real (relembremos aqui o enfrentamento da covid-19 em 2020 e 2021). Em outras situações, como no caso das doenças de inverno, sabe-se com antecedência que o sistema será pressionado apenas se desconhecida a intensidade e a duração desta demanda aumentada. Exatamente nestas situações previsíveis é que estamos falhando na adoção de medidas precoces de integração dos dois sistemas (ambulatorial e hospitalar), evitando o colapso dos serviços de emergências.

Cabe destacar nesta análise que uma boa parcela de pacientes atendidos em emergência, após obter a estabilização clínica, necessitará complementar sua investigação e/ou tratamento com internação hospitalar. Portanto, para manter sua capacidade operacional, os Serviços de Emergência dependem da disponibilidade de leitos hospitalares de retaguarda. No caso de não dispor desta retaguarda hospitalar, o serviço de emergência ficará estagnado, desvirtuando-se da sua função e se transformando em uma área de internação com restrição à admissão de novos pacientes. Deve-se enfatizar que os Serviços de Emergência não foram criados ou preparados para terem pacientes internados. Um estudo recente mostra uma relação direta de maior mortalidade nos pacientes que permanecem acima de 6 horas na Emergência (Jones S, Moulton C, Swift S, et al. Emerg Med J 2022; 39:168-173).

A dinâmica e fluxo de atendimento hospitalar impõe alguns “gargalos” que deveriam ser contornados e auxiliariam na redução da superlotação dos serviços de Emergência, tais como:

- Ter uma política de altas hospitalares efetiva, com apoio da gestão diretiva, reduzindo tempos de permanência desnecessários, privilegiando o fluxo interno.
- Distribuir o fluxo de pacientes cirúrgicos eletivos durante toda a semana, ao invés de concentrar em poucos dias.

“Via de regra, os serviços de Emergência dos hospitais são criados em resposta a uma demanda assistencial local aumentada, porém, sem o planejamento necessário.”

- Manter vigilância contínua dos fluxos do PS, Internação e Centro Cirúrgico e ativação de planos de capacidade plena para as situações de risco para o PS onde esteja muitos pacientes com laudos de internação.
- Abertura de leitos hospitalares de baixa complexidade ou de transição e mesmo atendimentos a domicílio para alguns casos especiais onde o atendimento primário se impõe.

Na perspectiva pediátrica, a retaguarda de leitos hospitalares foi reduzida em 18.000 leitos nos últimos dez anos no Brasil. Ou seja, a internação hospitalar pediátrica fora de períodos epidêmicos já está em seu limite e, evidentemente, entra em colapso com o acréscimo das afecções respiratórias nos meses de outono e inverno. Assim, o fluxo de pacientes, a resolutividade e eficiência das emergências pediátricas ficam absolutamente comprometidas. Deve-se ressaltar que esta mesma redução de leitos pediátricos ocorreu também em países da América do Norte. Porém, nos meses de inverno o sistema de saúde destes países promove o aumento do contingente de profissionais nos serviços pediátricos (contratos temporários), alocação de novos leitos pediátricos temporários, permitindo agilidade e aumento no atendimento de pacientes pediátricos nestes períodos, sem estagnar o serviço de emergência pediátrica.

Obviamente, sabemos que no Brasil existem entraves burocráticos que inviabilizam tais iniciativas (contratos temporários). Por outro lado, manter o mesmo contingente de

leitos e recursos de pessoal para enfrentamento do aumento da demanda nos meses de outono e inverno, passa a impressão que os gestores não fizeram a leitura correta do que ocorre anualmente de forma repetitiva, que requerem medidas preventivas e eficazes neste período. Cremos que frente ao quadro real que se apresenta ano a ano, com a morte evitável de inúmeras crianças, há espaço para que legisladores e gestores de saúde encontrem uma solução que desate este nó burocrático e permita que o sistema de saúde se ajuste à necessidade operacional. Desta forma, poderíamos ter um aumento no número de profissionais para atendimento de Emergência Pediátrica, com reforço e ampliação de horário nas diversas UPAs (descentralização) e postos de saúde; além da ampliação do número de leitos pediátricos nos hospitais das diversas regiões (municípios) com equipes treinadas e habilitadas com este tipo de paciente.

Um outro aspecto fundamental na solução deste complexo desafio das emergências superlotadas é a presença de profissionais médicos qualificados, especialistas em Medicina de Emergência, o que faz toda a diferença na qualidade do atendimento, como na agilidade e eficácia no diagnóstico e tratamento. Felizmente, nesta última década no Brasil, a especialidade de Emergência e a área de atuação de Emergência Pediátrica foram reconhecidas, havendo hoje vários centros com programas de residência ativos, o que permitirá que em um futuro não muito distante tenhamos profissionais adequadamente qualificados disponíveis na maioria dos serviços de Emergência de nosso país.

Carta aos editores

Prezados editores do Boletim da Academia Brasileira de Pediatria,

Foi com satisfação que li a matéria publicada no boletim da ABP (março 2025) sobre a história do Instituto da Criança (SP). Gostaria apenas de adicionar algumas informações que podem auxiliar aos leitores no entendimento da criação e desenvolvimento desta instituição que orgulha a pediatria brasileira.

O Instituto da Criança nasceu da necessidade de atender o público infantil que devido à alta demanda de casos de diarreia, doença altamente prevalente na época. O atendimento era feito numa unidade apelada de “Postão”, no local onde hoje funciona a Secretaria do Estado de Saúde de São Paulo. Com o tempo houve superlotação dessa unidade. No início dos anos 70, o então ministro da Saúde, Mario Machado Leite, visitou essa unidade e ficou impressionado com a superlotação do local e da falta de espaço. O Dr. Fernando Proença de Gouvêa sugeriu ao ministro a cessão de uma obra há muito tempo paralisada na esquina da Avenida Enéas Carvalho de Aguiar com a rua Teodoro Sampaio. O ministro, após conhecer o local, concordou em cedê-lo para a construção de um Hospital Infantil. Portanto, essa obra foi o embrião do ICR – Instituto da Criança.

O Dr. Proença se envolveu tanto com a obra que, a partir de certo momento, instalou lá seu escritório, em meio a pedreiros, andaimes e poeira. Todos os detalhes foram pensados com muita atenção. Foi nessa época que resolveu fazer um curso de Administração Hospitalar, preparando-se assim para ser diretor executivo do Instituto da Criança – o primeiro diretor executivo – cargo que ocupou de 1971 a 1980. Durante alguns anos, ele acumulou esse cargo com o de secretário Municipal de Saúde.

Acadêmico Prof. Dr. Mario Santoro

Comissão de admissibilidade**Professor Clóvis Francisco Constantino é eleito novo acadêmico titular da ABP**

O professor Clóvis Francisco Constantino se tornou o mais novo acadêmico titular da Academia Brasileira de Pediatria (ABP). A eleição aconteceu durante a assembleia ordinária on-line, realizada no dia 12 de junho de 2025. O pediatra ocupará a cadeira de número 12, que tem como patrono o dr. Décio de Almeida Martins Costa e teve como último ocupante o dr. Dioclécio Campos Júnior.

A cerimônia de posse ocorrerá na assembleia ordinária, no dia 27 de setembro de 2025, no Quality Hotel & Suites Brasília, em Brasília (DF), durante o “25º Fórum da ABP – Professor dr. Antônio Márcio Junqueira Lisboa”.

O professor Clóvis Francisco Constantino afirma que recebeu a notícia da eleição com enorme felicidade. “Esse é o principal sentimento que vem à tona! Até porque deixei a presidência da SBP há poucos dias, em 31 de maio. Dessa forma, fiquei muito emocionado com a escolha do meu nome para ocupar a cadeira 12 da ABP. Com satisfação, eu já integrava a Academia de Medicina de São Paulo e, agora, ocupar um lugar junto aos acadêmicos da minha especialidade é motivo de grande honra. Agradeço os cumprimentos que, nos últimos dias, tenho recebido de colegas de todo o Brasil. Agradeço também os acadêmicos da ABP que, generosamente, votaram no meu nome”, disse.

HISTÓRIA

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Fundação SBP na gestão 2022-2025, prof. Clóvis Francisco Constantino é natural de Campinas (SP), cidade na qual viveu até os 17 anos de idade. Mudou-se para São Paulo (SP), após ingressar na Escola Paulista de Medicina (EPM) da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp). Ainda na graduação, teve como mestres os drs. Azarias de Andrade Carvalho, Wilson Maciel, Calil Kairalla Farhat e outros renomados professores. Formou-se em 1972, ocupando o cargo de orador da turma.

Realizou sua residência médica em Pediatria no Hospital Infantil Menino Jesus, em São Paulo (SP), entre 1973 e 1975. Na sequência, obteve o Título de Especialista em Pediatria (TEP), concedido pela Associação Médica Brasileira (AMB) e SBP. Desde 1º de janeiro de 1974, é filiado à SBP. Em Portugal, conquistou o título de Doutor em Bioética pela Faculdade de Medicina da Universidade do Porto (FMUP).

Por quase quarenta anos, prof. Clóvis Constantino atuou pela Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo no Conjunto Hospitalar do Mandaqui. Desde 2014, é professor do Núcleo de Saúde



Coletiva nas disciplinas de Ética Médica e Bioética II do Curso de Medicina da Universidade Santo Amaro (UNISA) e da pós-graduação em Direito Médico da Faculdade de Direito na mesma instituição. O acadêmico já publicou dezenas de capítulos em livros e centenas de artigos em revistas, jornais e anais de eventos. É um dos autores do livro didático “Atendendo Crianças e Adolescentes sob o Olhar da Ética e Bioética”, da editora Atheneu.

VIDA ASSOCIATIVA

No Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP) foi eleito conselheiro por três mandatos (1993-1998; 2003-2008; e 2009-2014) e presidente na gestão 2003-2004.

No Conselho Federal de Medicina (CFM), foi conselheiro titular pelo Estado de São Paulo e membro da diretoria (2004-2009), onde atuou como vice-presidente (2004-2007), membro da Comissão Mista de Especialidades (2004-2009) e editor da Revista Bioética (2007-2009). Desde 1995, é diretor da Associação Paulista de Medicina (APM).

Pela Sociedade de Pediatria de São Paulo (SPSP), prof. Clóvis Constantino foi eleito presidente em dois mandatos (1998-2000 e 2010-2013). Em sua trajetória junto à SBP, além de presidente da entidade, o pediatra também foi 1º vice-presidente em duas gestões (2016-2018 e 2019-2022) e ocupou cargos na diretoria de qualificação e certificação profissionais (2001-2003), no Conselho Fiscal (2010-2014) e no Departamento Científico de Bioética, como presidente (2004-2009) e secretário (2010-2014).

25º Fórum da Academia Brasileira de Pediatria

Notícias do 25º Fórum da Academia Brasileira de Pediatria

O Fórum está chegando, e já temos a lista de palestrantes toda confirmada. Vai ser uma oportunidade imperdível para discutirmos com colegas e representantes da sociedade um tema super atual: o nosso planeta.

Nosso convite é para você vir pensar junto conosco em como tornar nosso planeta saudável e, com isto, proteger a infância.

Iniciaremos a discussão ouvindo Luciana Phebo, representante da UNICEF, conversando sobre o impacto do meio ambiente na saúde infantil.

A seguir, teremos um interessante bate-papo sobre saúde, meio ambiente e epigenética, com três especialistas e acadêmicos da Academia Brasileira de Pediatria (Themis Reverbel, Nelson Rosário e Gisela Alves).

E, para finalizar a manhã, ouviremos Gandhi Piorski falar sobre a importância da natureza no imaginário e no brincar de crianças.

A tarde iniciará com uma discussão sobre as raízes da vida, a importância do contato com a natureza para o desenvolvimento físico e mental, clima e saúde, além de projetos educacionais e terapêuticos baseados na natureza. Os debatedores serão a acadêmica Luciana Silva, André Fenner (representante da FIOCRUZ) e Carolina Bauchspiess (Comunidade de Aprendizagem Paranoá).

A segunda sessão, o **Elo invisível: o cuidado começa agora**, contará com um representante dos povos originários, Sonia Venancio representando o Ministério da Saúde, e Tayanne Galeno, do Instituto Alana.

Após o coffee break, teremos o acadêmico José Luiz Egydio Setúbal falando sobre o papel da comunidade científica juntamente com a sociedade civil nesta rede de sustentabilidade.

O encerramento será conduzido pela presidente da ABP, Sandra Grisi, e pela presidente da Sociedade de Pediatria do Distrito Federal (SPDF), Luciana de Freitas Velloso Monte.

E aqui já segue um “spoiler” dos debates que teremos: a mesa-redonda **Criança 360º: Saúde, Meio Ambiente e Epigenética**. A principal motivação foi oferecer aos diferentes profissionais dedicados aos cuidados das crianças e a comunidade em geral a possibilidade de discutir e aprofundar conhecimentos nesse



Magda Lahorgue Nunes

Membro titular da cadeira nº 10 da Academia Brasileira de Pediatria



Mario Santoro Jr.

Membro titular da cadeira nº 28 da Academia Brasileira de Pediatria

tema. A proximidade da realização da COP 30, em Belém, torna particularmente interessante analisar os impactos das mudanças climáticas no desenvolvimento infantil. Em março de 2025, pediatras pesquisadores de diferentes áreas de atuação já mostravam a importância dos diferentes olhares sobre o assunto e dedicaram todo o suplemento do Jornal de Pediatria para uma excelente apresentação do tema.

Com a palavra a Dr^a. Themis Reverbel da Silveira, falando sobre epigenética.

“Epigenética – como o ambiente interfere na saúde das crianças desde a gestação até a adolescência: ‘O futuro do homem começa antes do nascimento’

Epigenética é a área da Biologia que estuda as mudanças na expressão dos genes sem envolver a constituição da sequência do DNA. Estas mudanças ocorrem pela presença de fatores que, agindo como “interruptores biológicos”, ativam ou silenciam genes envolvidos no funcionamento do organismo. Fatores ambientais, exposição a poluentes, qualidade do ar, uso de drogas, idade parental na concepção e experiências vividas podem influenciar o desenvolvimento infantil desde o útero materno. A Epigenética busca analisar em profundidade os diferentes elementos que agem ao longo da vida e, nos dias atuais, ganhou um significado ainda maior com a valorização recente do novo ramo da ciência que trata das Origens Desenvolvimentistas da Saúde e da Doença (DOHaD).

É reconhecido que nos primeiros anos os seres humanos são mais sensíveis a estímulos e mudanças, especialmente nos primeiros 1000 dias – desde a concepção até os dois anos. É nesse período no qual são estabelecidos os fundamentos de saúde, crescimento e neurodesenvolvimento adequados para a vida.

O ambiente no qual o bebê se desenvolve – presença de estresse, alimentação materna inadequada, exposição durante a gestação a variados agentes tóxicos – pode modificar a expressão de genes que são determinantes para a programação da saúde no decorrer da vida. Intervenções positivas nesse período como aleitamento materno, contato afetivo persistente, prevenção de infecções e vacinação, proporcionam um ambiente harmonioso e, com isso podem reduzir o risco de distúrbios no neurodesenvolvimento, doenças alérgicas, asma e, mais tarde, alterações hormonais e cardiovasculares, diabetes e obesidade.

Os processos epigenéticos são controlados por modificações químicas, sendo três os principais mecanismos: a incorporação de um grupo metila (CH₃) no DNA e alterações nas histonas e no RNA-não codificante. Estas modificações agem como interruptores que podem ligar e desligar o controle da expressão dos genes. Os genes metilados e

“É reconhecido que nos primeiros anos os seres humanos são mais sensíveis a estímulos e mudanças, especialmente nos primeiros 1000 dias – desde a concepção até os dois anos.”

hipometilados apresentam expressão silenciada ou aumentada, respectivamente. Quando as histonas estão com a sua forma alterada (deacetilada), haverá dificuldade na transcrição do DNA.

Quando houver inativação de um gene no espermatozoide ou no óvulo esta alteração pode passar para a geração seguinte. Essa situação é reconhecida como herança epigenética transgeracional. Assim, a possibilidade de haver a transmissão para as futuras gerações das alterações epigenéticas reforça a importância de cuidados antes mesmo da concepção – tanto por parte das mães quanto dos pais. Fato positivo é que diferentemente das mudanças genéticas propriamente ditas – as mutações – as alterações epigenéticas podem ser reversíveis. Com isso, cuidar do início da vida é investir no futuro com saúde e lembrar que genética não é destino.”

Sem dúvida, este vai ser um encontro que será um marco na história da ABP.

Brasília será palco do 25º Fórum da Academia Brasileira de Pediatria: meio ambiente e infância em destaque

Em agosto de 2025, a capital federal recebe o 25º Fórum da Academia Brasileira de Pediatria (ABP), um evento que se consolida como espaço estratégico para debates sobre os grandes temas que impactam a saúde infantil. Nesta edição, Brasília oferece o cenário ideal para discutir a relação entre meio ambiente e saúde das crianças, tema urgente e cada vez mais presente na prática pediátrica.

O Boletim ABP conversou com a Dr^a. Luciana de Freitas Velloso Monte, presidente da Sociedade de Pediatria do Distrito Federal, que compartilha os principais destaques do Fórum.

Qual será o tema central do Fórum 2025 da ABP?

O tema central será “Planeta Saudável, Infância Protegida”. A escolha reflete o entendimento de que não se pode dissociar a saúde infantil das condições do meio ambiente. A poluição do ar, a degradação dos recursos hídricos e a perda de ecossistemas impactam diretamente o desenvolvimento físico, emocional e epigenético das crianças. É uma resposta urgente à crise ambiental que afeta diretamente a saúde da população, em especial as crianças. Ao privilegiar essa temática, a ABP, juntamente com a SBP e SPDF, reforçam seu papel protagonista, alinhando, de forma intersetorial, as recomendações científicas e os princípios de sustentabilidade ambiental, cumprindo sua missão de zelar pelo bem-estar integral das crianças e adolescentes.

Quais são os principais objetivos da Academia com a realização do Fórum deste ano?

O Fórum busca:

- Fomentar o diálogo científico e social sobre os determinantes ambientais da saúde infantil, levando ao debate o panorama completo dos efeitos ambientais sobre crianças e adolescentes;
- Mobilizar a sociedade civil, a comunidade científica e gestores no sentido de articular políticas públicas, legislação, educação ambiental e práticas clínicas integradas à preservação do meio ambiente e sustentabilidade;
- Elaborar, discutir, divulgar e consolidar o “Manifesto Verde da Pediatria”, documento estratégico de comprometimento



Luciana Freitas Velloso
Presidente da Sociedade de
Pediatria do Distrito Federal

“O Fórum 2025 apresenta o tema Meio Ambiente, com uma programação especialmente voltada para os impactos da saúde ambiental na infância (...)”

conjunto entre profissionais de saúde, sociedade civil e poder público;

- Promover reflexões e troca de experiências interdisciplinares para construir abordagens práticas que promovam uma infância saudável desde o princípio da vida.

Quais novidades o público pode esperar em relação às edições anteriores?

O Fórum 2025 apresenta o tema Meio Ambiente, com uma programação especialmente voltada para os impactos da saúde

ambiental na infância, com ênfase em temas emergentes como epigenética, poluição do ar, práticas integrativas baseadas na natureza e a construção do conceito “Criança 360º”, que propõe uma visão ampliada e multidimensional do cuidado infantil.

Entre os marcos desta edição, destaca-se o lançamento do Manifesto Verde da Pediatria, um documento de posicionamento institucional que reunirá recomendações estratégicas para políticas públicas, condutas clínicas e iniciativas comunitárias sustentáveis, reafirmando o compromisso da ABP com a promoção de um ambiente saudável desde os primeiros anos de vida. Outro diferencial é a ampliação do diálogo interdisciplinar, com a participação ativa de profissionais das áreas de educação, saúde e ecologia, o que confere ao evento uma perspectiva intersetorial robusta e necessária diante dos desafios contemporâneos.

A edição também presta uma homenagem especial ao professor Dr. Antônio Márcio Junqueira Lisboa, figura emblemática da Pediatria no Distrito Federal e no Brasil, cuja trajetória inspira novas gerações.

Para a senhora, qual a importância de Brasília como sede do Fórum?

Brasília, como capital nacional, assume papel estratégico para o Fórum. O evento em Brasília facilita o diálogo direto com dirigentes e gestores das diversas áreas e aproxima as iniciativas da ABP/ SBP/ SPDF do centro decisório do país, o que é muito importante para pautar a infância e o meio ambiente nas agendas nacionais.

O que a senhora espera da participação dos pediatras no Fórum?

Espero que os colegas pediatras possam participar dos debates e fazer contribuições e propostas inovadoras. Desejo que cada pediatra assuma um papel ativo como agente transformador, integrando a defesa do meio ambiente à sua prática clínica, com uma visão mais ampla e integral sobre a saúde das crianças.

Espero, também, engajamento acadêmico, estimulando a produção científica sobre os impactos ambientais na saúde infantil, incentivando estudos e pesquisas colaborativas.



25^o FÓRUM DA ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA

Prof. Antônio Márcio Junqueira Lisboa

Planeta Saudável, Infância Protegida

26 de setembro de 2025 | Brasília - DF

Garanta o seu lugar e faça logo sua inscrição pelo link:

<https://www.sbp.com.br/especiais/eventos/25-forum-da-abp/>



Bioética

A Telemedicina na Pediatria: Avanço tecnológico, seus recursos e possibilidades

A medicina, marcada ao longo da história pelo contato presencial e pela escuta atenta no consultório, atravessa uma das transformações mais expressivas de sua tradição: a incorporação estruturada da tecnologia na prática clínica. No caso da pediatria, esse avanço tem se revelado promissor com a consolidação da telemedicina como método propedêutico complementar à consulta tradicional, oferecendo acesso qualificado, segurança e eficiência.

O marco regulatório estabelecido a partir de 2022, com a Resolução CFM 2.314 e a Leis Federais como a Lei 14.510/22 (Tlessaúde) e a Lei 13709/18 (LGPD) trouxeram as bases legais e éticas para a prática da medicina a distância. Essa legislação autoriza o atendimento remoto mediado por tecnologias digitais, define as responsabilidades médicas equivalentes ao atendimento presencial e exige elementos fundamentais como consentimento formal, registro em prontuário e uso de assinatura digital qualificada.

Mas é no contexto da pediatria que a telemedicina tem ganhado contornos específicos e inovadores. Isso porque o cuidado em Pediatria impõe desafios próprios: a necessidade de apoio dos cuidadores, a ausência de autonomia plena da criança, a exigência de ambiente acolhedor e a complexidade na obtenção de sinais clínicos com dispositivos especializados. Com isso, a prática da propedêutica a distância passou a ser adaptada com estratégias visuais e colaborativas. Hoje, é possível realizar uma avaliação remota confiável com o uso de anamnese detalhada.

Elementos-chave da prática:

- Anamnese guiada com apoio dos cuidadores;
- Inspeção detalhada com auxílio da câmera (luz, posição e estabilidade);
- Apoio do ambiente domiciliar e brinquedos lúdicos para manter a criança calma e colaborativa durante o exame;
- Dispositivos digitais específicos: otoscópios, estetoscópios digitais, smartwatches com oxímetro e ECG, entre outros.



Por Donizetti Giamberardino Filho

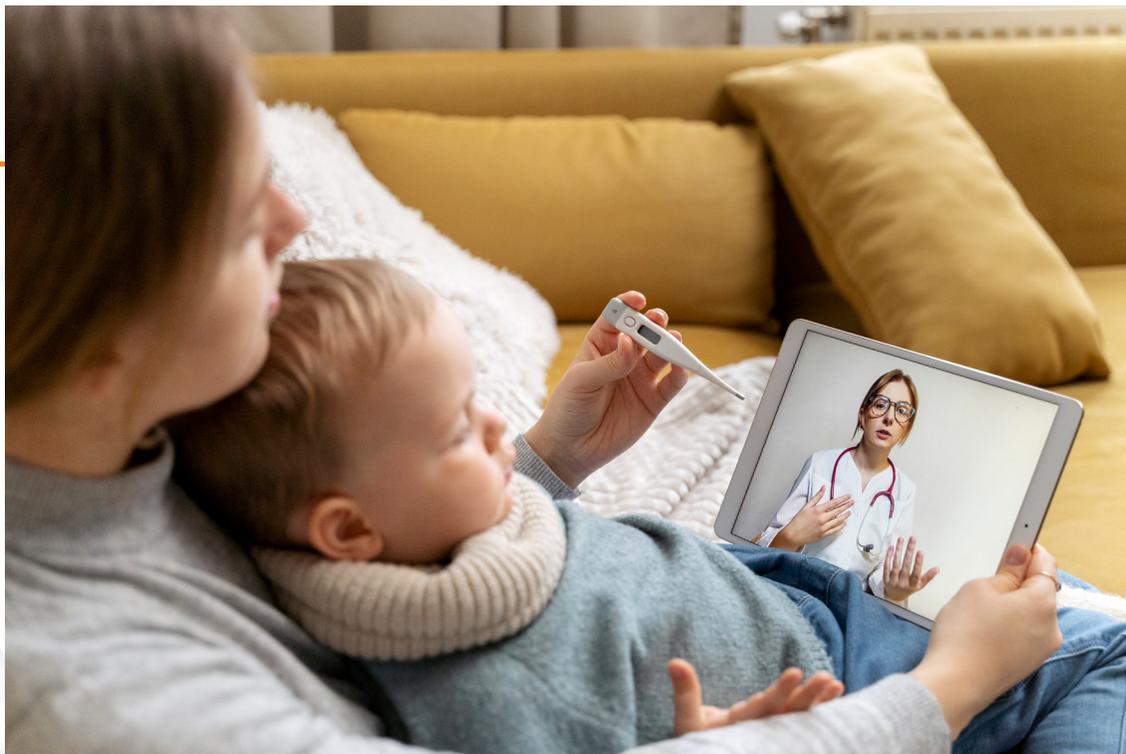
Diretor de Meio Ambiente e Sustentabilidade da SBP

Diretor de Ensino e Bioética do HPP

Embora o exame físico completo não seja plenamente substituído, as teleconsultas pediátricas têm se mostrado resolutivas, especialmente em casos de seguimento, monitoramento de doenças crônicas e avaliação de sintomas leves.

Segundo levantamento do Conselho Federal de Medicina (CFM), publicado em 2023, o Brasil realizou mais de 7,5 milhões de atendimentos via telemedicina desde a regulação da prática, com crescimento expressivo nas regiões Norte e Nordeste, justamente onde há maiores desafios logísticos e de oferta de especialistas. Na pediatria, esse modelo tem funcionado como ponte entre centros especializados e localidades com infraestrutura limitada, ampliando o acesso à medicina de qualidade.

Outro aspecto fundamental é a segurança dos dados e a ética no relacionamento digital. As plataformas utilizadas devem atender aos requisitos da LGPD e da legislação internacional, como a HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act), além de garantir prontuários com segurança de dados, privacidade no ambiente virtual e condições apropriadas de conectividade e iluminação.



A prática pediátrica via telemedicina, no entanto, requer um olhar técnico sensível: a relação com a família, a escuta atenta, o uso de linguagem empática e o respeito às limitações do meio digital. Estabelecer limites claros é essencial, evitando o uso da tecnologia em casos de emergência, como convulsões, dificuldade respiratória aguda ou dor abdominal intensa.

A expansão nas áreas de atuação pediátricas é uma realidade, apoiando por exemplo na:

- Neurologia, cardiologia, psiquiatria, endocrinologia, medicina do adolescente e neonatologia e Terapia Intensiva.

Exemplos de sucesso incluem:

- teleinterconsultas entre UTIs, com troca de conhecimentos e experiências;
- tele-ecocardiografia fetal;
- pós-operatório remoto de cirurgia pediátrica;

- avaliação ortopédica e urológica;
- teleconsultas em cefaleia, obesidade, TDAH e saúde mental infantil.

O cenário atual da telemedicina pediátrica no Brasil aponta para um modelo de cuidado mais integrado, acessível e resolutivo, sem abdicar dos valores clássicos da medicina. A tecnologia passa a servir não como substituta, mas como ferramenta que amplia a presença do médico na vida das famílias, respeitando a ciência, a ética e a arte de cuidar.

Fontes: Conselho Federal de Medicina (CFM), Resolução 2.314/2022; Lei 14.510ttt/2022; Portal da Transparência da Telemedicina (2023).

Homenagens e destaques

Presidente da ABP recebe homenagem pela sua trajetória na Pediatria

No dia 11 de junho, Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi, ocupante da cadeira nº 6 e atual presidente da Academia Brasil de Pediatria (ABP), recebeu o prêmio Dra. Yoshiko Asanuma Misawa, idealizado pelo Rotary Club de São Paulo - Paraíso, no Instituto do Câncer do Estado de São Paulo (ICESP). Nesta 5ª edição, a pediatra foi homenageada por sua contribuição à especialidade, focando na saúde plena de crianças e adolescentes, e recebeu a monção das mãos do vice-presidente do Rotary Club, Dr. Horacio Yoshio Asanuma Misawa.

Conheça a professora Sandra Grisi:

A professora Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi formou-se médica pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) em 1973 e desde a residência médica atuou no Departamento de Pediatria, do qual foi professora titular da Disciplina de Pediatria Preventiva.

Desde os primeiros anos de sua carreira a professora teve um papel muito importante na assistência, ensino e pesquisa, tendo como referencial os determinantes sociais da saúde e acompanhando a transição epidemiológica e as significativas mudanças observadas na sociedade ao longo dos últimos 50 anos.

Dessa forma, enquanto diretora da área de Emergência do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, enfrentou a epidemia de meningite na década de 70 e foi uma das pioneiras nos estudos sobre a terapia de reidratação oral, fundamental para redução da mortalidade infantil por diarreia aguda. Trabalhou como assessora técnica junto a várias instituições governamentais, como a Organização Panamericana de Saúde - OPAS, na assistência ao surto de cólera na América Latina e na África, e com o Ministério da Saúde, no combate à morbimortalidade por doenças prevalentes da infância. Dentro desse cenário, atuou na consolidação das diretrizes da atenção primária e a articulação com a atenção secundária e terciária, para a formação de rede assistencial integral para a saúde da criança e do adolescente.

Com a redução da incidência de moléstias infecciosas decorrente das melhores condições de vida, as rápidas e significativas mudanças sociais e aumento da longevidade, surgiram novos desafios para garantir que as crianças cresçam e atinjam o seu pleno potencial de desenvolvimento, tornando-se adultos saudáveis, autônomos e produtivos para a sociedade. O rumo da disciplina de pediatria chefiada pela professora Sandra acompanhou esse movimento e os esforços passaram a ser direcionados para a assistência, para pesquisa, com a produção de conhecimento científico, e para a formação de profissionais de saúde preparados para lidar com as doenças crônicas e com os problemas de desenvolvimento e comportamento, as principais queixas pediátricas da atualidade.

Entre os diversos estudos sobre desenvolvimento da criança destacamos um projeto realizado em Boa Vista (RR), que acompanhou gestantes e seus filhos durante os três primeiros anos de vida com o objetivo de fortalecer o vínculo entre pais e filhos. Esse projeto trouxe grandes avanços na área e proporcionou uma enorme contribuição à população, modificando os serviços de saúde oferecidos e trazendo promoção social a uma região carente.

No período pós-pandemia, dedicou-se aos trabalhos de reintegração das crianças nas escolas, especialmente voltados para as sequelas emocionais causadas pelo isolamento e perdas familiares, colaborando com a ONG Instituto Criança é Vida.



Contribuiu na formação de alunos de medicina, pós-graduandos e residentes de pediatria, sendo a responsável por estabelecer uma diretriz curricular robusta e por idealizar e consolidar o atual programa de pediatria junto à Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e ao Conselho Nacional de Residência Médica (CNRM).

A professora Sandra Grisi sempre esteve à frente, inovando e transformando os rumos da pediatria brasileira. Continua atuante, agora como professora sênior do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (FMUSP) e como presidente da Academia Brasileira de Pediatria (ABP), mantendo um legado inestimável para os pediatras, para as crianças e para a sociedade, pois sempre liderou diversas iniciativas com impactos sociais e humanitários.

Sheilla Knupp recebe medalha de Professora Emérita da UFRJ

No dia 1º de abril, cinco professores da Faculdade de Medicina da UFRJ foram homenageados com o título de Professores Eméritos, em uma cerimônia solene realizada no prédio da Reitoria, entre eles Sheilla Knupp Feitosa de Oliveira, membro da Academia Brasileira de Pediatria, ocupante da cadeira nº 2.

O título de Professor Emérito é concedido a professores aposentados que se destacaram por serviços de relevância à universidade ao longo de sua trajetória acadêmica.

O evento contou com a presença de autoridades da instituição, entre elas o decano do Centro de Ciências da Saúde, professor Luiz Eurico Nasciutti; a vice-diretora da Faculdade de Medicina, professora Izabel Calland Ricarte Beserra, além do reitor e da vice-reitora da UFRJ, os professores Roberto Medronho e Cássia Turci, respectivamente.

Durante a cerimônia, o reitor destacou a importância do reconhecimento. “Os senhores fazem parte agora de uma galeria extremamente seleta de grandes nomes que a UFRJ, em especial a Faculdade de Medicina, já legou para este país. Nomes que fizeram história no Brasil inteiro, como Emílio Ribas, que dá nome ao maior hospital de infectologia do país; Hilário de Gouveia, Oswaldo Cruz, Miguel Couto, Carlos Chagas, Carlos Chagas Filho, Evandro Chagas... um “panteão” de grandes nomes que ajudaram a melhorar a qualidade de vida da nossa população”, afirmou Medronho.

Conheça a professora Sheila Knupp Feitosa:

A Dra. Sheila Knupp Feitosa de Oliveira é uma das mais respeitadas especialistas em Reumatologia Pediátrica no Brasil, com trajetória marcada por excelência acadêmica, dedicação ao ensino médico e relevantes contribuições científicas. Médica formada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) em 1973, concluiu o mestrado em 1977 e o doutorado em 1995, ambos em Pediatria. Sua formação inclui ainda um pós-doutorado no IRCCS Giannina Gaslini, em Gênova, Itália, entre 2004 e 2005.

Integrante do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRJ, coordena o serviço de Reumatologia Pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG), onde atua desde 1989. Foi nesse mesmo ano que idealizou e estruturou o primeiro curso de especialização em Reumatologia Pediátrica do Rio de Janeiro, formando sucessivas gerações de especialistas na área.



Foto: SGCOM/UFRJ

Reconhecida nacional e internacionalmente, é membro titular da Academia Brasileira de Pediatria, ocupante da cadeira nº 2, e da Academia Brasileira de Reumatologia. Possui títulos de especialista em Pediatria, Reumatologia Pediátrica e Reumatologia, conferidos pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Sociedade Brasileira de Reumatologia (SBR) e Associação Médica Brasileira (AMB). Participa como investigadora de projetos multicêntricos internacionais, como os conduzidos pelas redes PRINTO e PRES, voltados ao estudo da qualidade de vida e do tratamento de crianças e adolescentes com doenças reumáticas.

Já publicou cinco livros, entre eles referências nacionais em Reumatologia Pediátrica, além de mais de 170 capítulos, 110 artigos em periódicos científicos e mais de 400 comunicações em congressos. Também atua como revisora e membro de conselhos editoriais de periódicos nacionais e internacionais, como o Pediatric Rheumatology Journal Online e a Revista Brasileira de Reumatologia.

Foi presidente do Comitê de Reumatologia Pediátrica da SBR (1991-1992) e tem participação ativa em diversas entidades médicas, como a SBP, a SOPERJ e o CREMERJ. Em reconhecimento à sua carreira exemplar, foi homenageada em 2020 pelo projeto “Open Box da Ciência” como uma das 250 mulheres protagonistas da ciência brasileira.

Fundação José Luiz Setúbal completa 15 anos

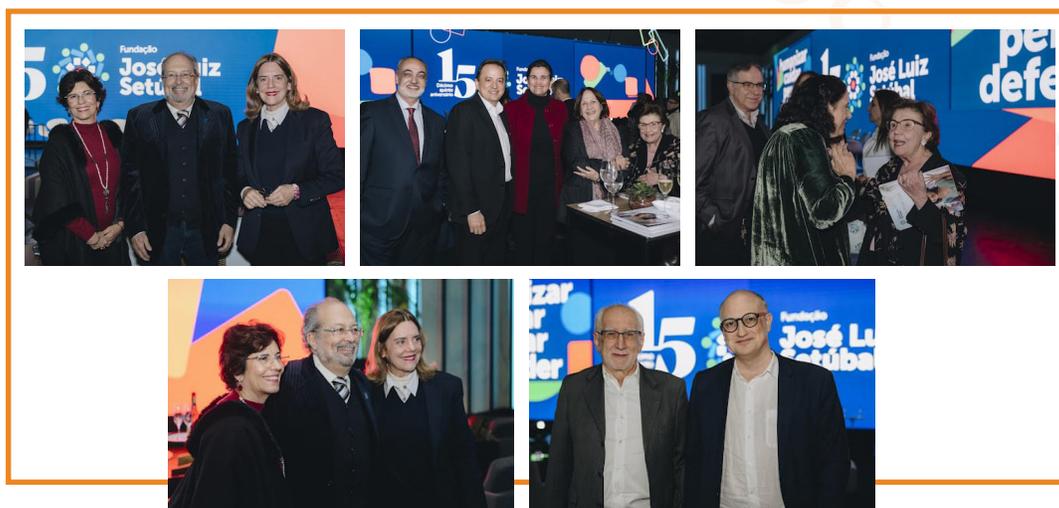
Na terça-feira dia 10 de junho de 2025, iniciaram-se as comemorações dos 15 anos da Fundação José Luiz Setúbal.

Na ocasião foram apresentados o relatório de atividades de 2024 da Fundação e os planos para os próximos 15 anos, que incluem a inauguração do novo complexo hospitalar com 300 leitos exclusivamente para atendimento pediátrico, sendo 120 de UTI.

O Sabará Hospital Infantil é referência em pediatria de pacientes complexos na cidade de São Paulo, e conta hoje com 160 leitos. Ao o novo hospital a ser entregue, acrescentarão 210 leitos.

A Fundação conta com Instituto de Ensino e Pesquisa, o Instituto Sandra Mutarelli Setubal – Pensi, e um Instituto de Advocacy, o Infinis. Todo esse complexo também ganhará casa nova em 2028/29, com uma nova sede de 13 mil m², com salas de aulas, laboratórios de pesquisa, e 60 ambulatórios de especialidades pediátricas para atendimento da medicina suplementar e também do SUS. Atualmente, são atendidas cerca de 60 mil crianças na medicina suplementar e 13 mil no SUS.

Na festa do dia 10, estiveram presentes de vários membros da Academia Brasileira de Pediatria (ABP), os professores Magda Carneiro, Luciana Rodrigues Silva, Mario Santoro Jr., José Hugo de Lins Pessoa, José Luiz Setúbal, além do novo membro Clóvis Francisco Constantino, e dos presidentes atuais e anteriores da SPSP Sulim Abramovici e Renata Dejtiar Waksman.



Notícias

Nova diretoria da SBP toma posse com foco nos desafios contemporâneos da pediatria

A nova diretoria da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) tomou posse na noite de 31 de maio, em cerimônia realizada no Salão Alhambra II do Hotel Windsor Barra, na Barra da Tijuca, Rio de Janeiro. O evento reuniu pediatras e outros profissionais da área da saúde para marcar o início de um novo ciclo de gestão 2025-2028.

Assumiu a presidência da SBP o dr. Edson Ferreira Liberal (RJ), acompanhado pela nova diretoria composta pela dra. Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP), como 1ª vice-presidente; dra. Anamaria Cavalcante e Silva (CE), como 2ª vice-presidente; dra. Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ), secretária-geral; e dra. Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ), diretora financeira.

A gestão que se inicia assume o compromisso de ampliar o protagonismo da SBP diante dos novos desafios que impactam diretamente a saúde de crianças e adolescentes brasileiros, reforçando o compromisso da pediatria para a promoção de um ambiente mais saudável, seguro e sustentável, aliando ciência e cuidado em defesa das futuras gerações.



Comissão Científica

Vacinação materna para a prevenção das infecções pelo vírus sincicial respiratório (VSR) em crianças

O vírus sincicial respiratório (VSR) é a principal causa de infecção do trato respiratório inferior em lactentes jovens, sendo responsável por aproximadamente 80% dos quadros de bronquiolites e até 60% das pneumonias em crianças menores de dois anos. Virtualmente, 100% das crianças experimentam pelo menos um episódio de infecção pelo VSR antes de completarem dois anos de vida. A elevada prevalência da infecção pelo VSR, assim como as características clínicas e imunes da doença em bebês, faz com que aproximadamente uma em cada cinco crianças necessite atendimento médico devido à infecção pelo VSR e que cerca de uma em cada 50 crianças seja hospitalizada ainda no primeiro ano de vida. Estima-se ainda que as infecções do trato respiratório inferior (ITRI) pelo VSR causem entre dois e três milhões de hospitalizações e aproximadamente entre 60.000 a 120.000 mortes em crianças menores de cinco anos anualmente, com a grande carga dos desfechos mais graves concentrada em países de menor renda - 95% dos episódios agudos de ITRI associados ao VSR e mais de 97% das mortes atribuíveis ao VSR em todas as faixas etárias ocorreram em países de baixa e média renda (LMIC), incluindo o Brasil.

Estes dados fazem do VSR a principal causa de mortalidade entre bebês além do período neonatal. Apesar da idade ser o principal fator de risco associado às formas graves, a presença de determinadas condições também contribui para maiores taxas de hospitalização e óbitos pelo VSR. Entre estas condições, destacam-se a prematuridade, a doença pulmonar crônica da prematuridade, doença cardíaca congênita, erros inatos da imunidade, fibrose cística, entre outras.

Apesar de todos os esforços realizados nas últimas décadas na tentativa do desenvolvimento de estratégias terapêuticas, ainda não dispomos de drogas antivirais específicas para combater as infecções pelo VSR.

Até alguns anos atrás, as recomendações de prevenção disponíveis se concentravam em medidas de higiene para redução do risco de transmissão e no uso do palivizumabe, um anticorpo monoclonal indicado apenas para crianças de alto risco, incluindo bebês prematuros e aqueles com doença cardíaca congênita e doença pulmonar crônica da prematuridade.

Recentemente foi aprovada uma vacina para uso em gestantes, com o intuito de, através da transferência de anticorpos



Renato de Ávila Kfoury

Pediatra infectologista

Vice-Presidente da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm)

Presidente do Departamento Científico de Imunizações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)

maternos intraútero para o feto (imunização passiva), proteger as crianças nos primeiros meses de vida da infecção pelo VSR, especialmente para seus desfechos mais graves.

A vacina para gestantes

Após o reconhecimento de uma estrutura estável da proteína de fusão do VSR (proteína F), em sua conformação pré-fusional, foi possível produzir uma vacina bivalente (contra os genótipos A e B do VSR), baseada nesta fração proteica.

Trata-se de uma vacina inativada, bivalente que demonstrou eficácia e segurança para ser utilizada em gestantes (Abrysvo® - Laboratório Pfizer). O estudo duplo cego, randomizado, pivotal de fase 3 (*Maternal Immunization Study for Safety and Efficacy - MATISSE*), que possibilitou a aprovação da vacina, incluiu mais de 7.400 gestantes e bebês menores de 6 meses. O estudo foi realizado em diferentes países e a vacina foi administrada em gestantes entre 24 e 36 semanas de idade gestacional. Esse estudo demonstrou:

- Redução significativa de hospitalizações por VSR em bebês menores de 6 meses (eficácia de 82% contra formas graves de VSR nos primeiros 90 dias e 69% nos primeiros 6 meses).
- Boa resposta imune materna com transferência eficiente de anticorpos via placenta.
- Perfil de segurança favorável, semelhante a outras vacinas utilizadas na gravidez (como gripe e coqueluche).
- Embora sem significância estatística, houve um discreto desbalanço no grupo de gestantes que recebeu vacina, de prematuridade e doença hipertensiva gestacional.

Estes sinais de segurança fizeram com que algumas agências regulatórias aprovassem a vacina, num primeiro momento, para gestantes entre 32 a 36 semanas de gestação.

A partir daí, a vacina contra o VSR foi aprovada e está em uso, ou com implementação planejada, em diferentes países, como Estados Unidos (FDA aprovou em 2023), Reino Unido, Canadá, União Europeia (EMA), entre outros.

No Brasil, a Anvisa aprovou a vacina em março de 2024 e, em fevereiro de 2025, o Ministério da Saúde publicou a Portaria SECTICS/MS N° 14, incorporando a vacina recombinante contra o VSR (tipos A e B) ao Sistema Único de Saúde (SUS) para gestantes, com o objetivo de proteger recém-nascidos contra infecções respiratórias graves, como bronquiolite e pneumonia.

A futura incorporação terá como público-alvo as gestantes cadastradas no pré-natal do SUS, preferencialmente entre a 28ª e 36ª semana de gestação (terceiro trimestre). A previsão de oferta é até agosto de 2025, conforme o prazo de 180 dias estabelecido pelo Decreto n° 7.646/2011. A decisão foi respaldada pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC).

Estudos de efetividade (mundo real), demonstrando a experiência de uso em programas públicos da Argentina, Reino Unido e Estados Unidos, têm confirmado os dados de eficácia e segurança dos estudos de licenciamento.

Um estudo publicado no JAMA Network Open analisou 1.026 gestantes vacinadas e 1.947 não vacinadas. Os resultados mostraram que não houve diferença estatisticamente significativa nas taxas de parto prematuro, natimortalidade, peso ao nascer, admissões em UTI neonatal, icterícia, hipoglicemia ou sepse entre os dois grupos. Isso fornece evidências adicionais sobre a segurança da vacina durante a gravidez.

Na Argentina, dados de segurança e efetividade foram recentemente publicados (Estudo BERNI), demonstrando uma

“Virtualmente, 100% das crianças experimentam pelo menos um episódio de infecção pelo VSR antes de completarem dois anos de vida.”

efetividade da vacina para prevenção de doenças do trato respiratório baixo (DTRI) hospitalizada em lactentes de 0 a 3 meses de 72,7% (IC 95% 60,0-81,4), DTRI hospitalizada em lactentes de 0 a 6 meses de 68,0% (IC 95% 56,2-76,6) e DTRI grave hospitalizada em lactentes de 0 a 6 meses de 73,9% (IC 95% 53,2-85,4). O estudo não demonstrou aumento no risco de prematuridade entre as gestantes vacinadas.

Por fim, estudos de modelagem em países de baixa e média renda estimam que a vacinação materna com eficácia de 60% e proteção por 5 meses poderiam evitar até 12,5 milhões de casos de VSR, 4 milhões de hospitalizações e até 177.700 mortes em bebês menores de 6 meses entre 2023 e 2035.

Cabe destacar que simultaneamente à aprovação da vacina para o VSR em gestantes, um novo anticorpo monoclonal específico para o VSR, de meia vida estendida, o Nirsevimabe, foi aprovado pela Anvisa, e será também incorporado ao SUS, a princípio para todos os prematuros que não se beneficiarão da vacinação materna, pelo fato de não obterem adequada transferência de anticorpos. Este monoclonal deverá ser administrado preferencialmente logo ao nascer, independente da sazonalidade do VSR. Ambas as estratégias são igualmente eficazes na prevenção das infecções pelo VSR em lactentes no primeiro semestre de vida.

A prevenção em crianças maiores, após um ano de idade, deve ser considerada naquelas que permanecem vulneráveis à doença grave pelo VSR, incluindo as seguintes condições clínicas: doença pulmonar crônica da prematuridade (DPCP); doença cardíaca congênita (DCC) com repercussão hemodinâmica; fibrose cística; doenças neuromusculares; anomalias congênitas das vias aéreas; crianças imunocomprometidas; ou Síndrome de Down.

No momento, tanto a vacina materna quanto o nirsevimabe estão disponíveis somente nos serviços privados de imunização, aguardando a incorporação pelo SUS.

Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) e da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo)

A Vacina VSR (Abrysvo® - Pfizer) está recomendada para:

- Gestantes a partir de 18 anos de idade (ou a critério médico abaixo dessa idade)
- Uma dose, intramuscular, a partir de 28 semanas de gestação e sem limite de idade gestacional.
- Aplicada a qualquer momento, independente de sazonalidade.
- Repetir em cada gestação.
- Pode ser coadministrada com as outras vacinas de rotina da gestante.
- Como a Vacina VSR (Abrysvo®) é licenciada pela ANVISA de 24 a 36 semanas de gestação, fica a critério médico a recomendação em idades gestacionais entre 24 e 27 semanas.

Referências Bibliográficas

1. Li Y, Wang X, Blau DM, Caballero MT, Feikin DR, Gill CJ, et al. Global, regional, and national disease burden estimates of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in children younger than 5 years in 2019: a systematic analysis. *Lancet*. 2022;399(10340):2047-2064.
2. Lively JY, Curns AT, Weinberg GA, Edwards KM, Staat MA, Prill MM, et al. Respiratory Syncytial Virus-Associated Outpatient Visits Among Children Younger Than 24 Months. *J Pediatric Infect Dis Soc*. 2019;8(3):284-286.
3. McLaughlin JM, Khan F, Schmitt HJ, Agosti Y, Jodar L, Simões EAF, et al. Respiratory Syncytial Virus-Associated Hospitalization Rates among US Infants: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Infect Dis*. 2020;225(6):1100-1111.
4. Sáfadi MAP e Kfourri RA. Posicionamento conjunto - Sociedade Brasileira de Pediatria e Sociedade Brasileira de Imunizações Imunização passiva com Nirsevimabe para prevenção da doença pelo Vírus Sincicial Respiratório (VSR) em crianças. 18 de Janeiro de 2024.
5. Mazur NI, Terstappen J, Baral R, Bardají A, Beutels P, Buchholz UJ, et al. Respiratory syncytial virus prevention within reach: the vaccine and monoclonal antibody landscape. *Lancet Infect Dis*. 2022 Aug 8:S1473- 3099(22)00291-2.
6. Roteli-Martins CM, Ballalai IA, Kfourri RA, Fialho SC. FEBRASGO POSITION STATEMENT. Respiratory syncytial virus: impact of the disease and preventive strategies in pregnant women and older adults. *Femina*. 2024; 6:1-7.
7. Mazur NI, Terstappen J, Baral R, Bardají A, Beutels P, Buchholz UJ, et al. Respiratory syncytial virus prevention within reach: the vaccine and monoclonal antibody landscape. *Lancet Infect Dis*. 2022 Aug 8:S1473- 3099(22)00291-2.
8. Gov.br. Anvisa aprova medicamento para prevenção do vírus sincicial respiratório (VSR). Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2023/anvisa-aprova-medicamento-para-prevencao-do-virus-sincicial-respiratorio-vsr> Acesso em 15/12/2023.
9. Anvisa registra vacina para prevenção de bronquiolite em bebês. Disponível em <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/noticias-anvisa/2024/anvisa-registra-vacina-para-prevencao-de-bronquiolite-em-bebes>. Acessado em 30 de maio de 2025.
10. Kampmann B, Madhi SA, Munjal I, Simões EA, Pahud BA, Llapur C, et al. Bivalent prefusion Fvaccine in pregnancy to prevent RSV illness in infants. *N Engl J Med*. 2023;388(16):1451-64. doi:10.1056/NEJMoa2216480
11. Gonzalo Pérez Marc GP, Vizzotti C, Fell DB, et al. Real-world effectiveness of RSVpreF vaccination during pregnancy against RSV-associated lower respiratory tract disease leading to hospitalisation in infants during the 2024 RSV season in Argentina (BERNI study): a multicentre, retrospective, test-negative, case-control study. *Lancet Infect Dis*. 2025. [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(25\)00156-2](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(25)00156-2).
12. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO). Calendário de vacinação da gestante. 3a ed. São Paulo: FEBRASGO; 2024. (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 24/Comissão Nacional Especializada em Vacinas).
13. Calendário vacinal da gestante 2025. SBIm. Disponível em: <chrome-extension://efaidnbnmnibpcjpcglclefindmkaj/https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf> 2. Acessado em 30 de maio de 2025.

Veja a entrevista
acessando pelo
QR Code.



Entrevista com a Acadêmica



Da assistência à liderança, a trajetória da acadêmica da cadeira nº 19 da Academia Brasileira de Pediatria

Em entrevista ao Boletim da Academia Brasileira de Pediatria (ABP), a médica Luciana Rodrigues Silva — titular da cadeira nº 19 — compartilha momentos marcantes de sua trajetória como pediatra, pesquisadora, gestora e liderança no movimento associativo. Especialista em Pediatria com área de atuação em gastroenterologia e hepatologia pediátricas, sua carreira foi construída na Universidade Federal da Bahia (UFBA), onde ajudou a criar e transformar serviços, formar gerações de especialistas e abrir novos caminhos para a pediatria brasileira.

Como começou sua trajetória na pediatria e, em especial, o interesse pela gastroenterologia e hepatologia pediátricas?

É um prazer participar deste boletim. Tenho muita alegria em fazer parte da Academia. Minha trajetória começou ainda na graduação, quando inicialmente pensava em seguir anatomia patológica. Mas, no internato, me encantei pela pediatria graças a três professores muito especiais: o professor Nelson Barros, o professor Sabino Silva, o professor Orlando Sales e a professora Círia Santana.

A partir daí, não tive mais dúvidas. Fiz residência em pediatria no Hospital das Clínicas da UFBA e, durante o segundo ano, tive uma vivência importante no serviço de gastroenterologia e hepatologia pediátricas da UFRJ. Isso me despertou para criar uma área ainda inexistente na Bahia e nesta área conseguimos criar a Residência em Gastroenterologias Pediátrica, na qual temos formado vários especialistas da Bahia e de outros estados com muita alegria.

Na época, só havia a neuropediatria como subespecialidade estruturada. Foi quando criamos os primeiros ambulatórios: hepatologia às terças-feiras e gastroenterologia às quintas. Isso foi em 1981. Esses ambulatórios foram ampliados e existem até hoje, e me enchem de orgulho por terem sido os primeiros do estado. Começamos com poucos recursos, mas com muito empenho e articulação com centros de excelência de outros estados. Com o tempo, avançamos e estruturamos uma residência específica na área, que segue até hoje, e criamos ambulatórios específicos para doenças inflamatórias intestinais, hepatite autoimune, colestase, transplante de fígado, mantendo os de

gastroenterologia 1 e 2 e os de hepatologia 1 e 2. Hoje, temos atendimento de segunda a sexta-feira, além de sessões clínicas, discussões de casos, acompanhamento de pacientes internados e uma interação constante com a equipe de gastroenterologistas de adultos e com os Programas de Pós-graduação, o que sempre enriqueceu muito nossa prática. Neste Serviço em todo o período fizemos atividades com os outros preceptores de assistência, ensino, pesquisa com criação do conhecimento e atividades junto à comunidade.

Depois do meu período de Residência, fiz o concurso para Professor Auxiliar e cursei o Mestrado e o Doutorado na Universidade Federal da Bahia e o Pós-Doutorado na Bélgica e na França, que ampliaram muito minha experiência como docente e pesquisadora. Após a progressão habitual, fiz então o concurso para Professor Titular de Pediatria da UFBA, naquela época a professora titular mais jovem no país. Durante os mais de quarenta anos de docência, houve uma produção de mais de 200 artigos científicos, quinze livros e várias orientações de Pós-Graduação como Mestrado e Doutorado e ampla participação em congressos e aulas no país e no exterior.

Olhando para essa construção, qual foi o maior desafio?

O maior desafio foi querer contribuir com o crescimento da pediatria dentro de um hospital público, com suas limitações, mas também com oportunidades únicas. Enfrentamos obstáculos, inclusive de pessoas que resistiam à criação de novas ideias e novos serviços. Mas conseguimos construir algo que ultrapassou a gastroenterologia pediátrica: vieram depois os Serviços de outras especialidades pediátricas tais como a pneumologia, a reumatologia e outras áreas e a pediatria cresceu de modo significativo.

E os avanços mais significativos nas áreas de gastro e hepatopediatria nos últimos anos?

A medicina avança de forma impressionante. Nas doenças inflamatórias intestinais, por exemplo, saímos de tratamentos restritos a corticoides para o uso de imunossupressores, imunobiológicos e pequenas moléculas, com impacto direto na qualidade de vida dos pacientes.

Houve mudanças também na epidemiologia dos quadros alérgicos e das doenças crônicas e grandes evoluções na compreensão da fisiopatologia e na interação com a microbiota intestinal e a relação cérebro-intestino.

Na hepatologia, o maior marco foi o transplante de fígado. Hoje conseguimos oferecer tratamentos antes impensáveis para nossos pacientes, desde os lactentes até os adolescentes.

Você também é autora de livros referência na área. Como surgiu esse projeto editorial?

Já são quase 30 anos de produção editorial. Os seis livros que organizamos sobre gastro e hepatopediatria são hoje base para formação de especialistas no Brasil inteiro. Trabalhamos com colegas como a Dra. Cristina Targa (RS) e a Dra. Elisa Carvalho (DF), e buscamos sempre trazer o que há de mais atual com a colaboração de vários colegas. Outros livros em Pediatria também foram concebidos sempre buscando aperfeiçoar os pediatras generalistas e especialistas.

Publicamos recentemente a segunda edição de um dos principais títulos. Esses livros ajudam os especialistas e também reforçam nossa ideia de que dividir conhecimento é essencial. Como dizia Goethe, “à medida que o conhecimento avança, as dúvidas se multiplicam”.

Vale enfatizar ainda a coordenação e criação de um novo Serviço de Pediatria em Salvador, o Pronto Atendimento Pediátrico do Hospital Aliança, onde a Dra. Luciana coordenou durante 25 anos com assistência primorosa e também publicação de protocolos de atendimento e um livro em três edições, considerado um dos melhores Serviços no país.

“Na hepatologia, o maior marco foi o transplante de fígado. Hoje conseguimos oferecer tratamentos antes impensáveis para nossos pacientes, desde os lactentes até os adolescentes.”

E como começou sua atuação no movimento associativo?

Ainda residente, comecei a participar da Sociedade Baiana de Pediatria com o professor Nelson Barros. Em 1982, fui a congressos da Sociedade Brasileira e passei a atuar mais diretamente. Fui presidente da Sociedade Baiana, depois duas vezes presidente do Departamento de Gastroenterologia da SBP. Fui em seguida vice-presidente em duas gestões e, por fim, assumi a presidência da SBP — como a primeira mulher, em mais de 100 anos de história. Como a primeira presidente mulher da Sociedade Brasileira de Pediatria no período de 2016 a 2023 em duas gestões, Dra. Luciana revolucionou as ações científicas e a gestão da SBP, visitando quase todas as filiadas e descentralizando os eventos, e modificando a gestão da entidade e a representatividade dos pediatras brasileiros em várias ações. Isso marcou muito minha trajetória e inspirou outras colegas. A pediatria é majoritariamente feminina, mas as lideranças eram, até então, quase todas masculinas. Conseguimos fazer uma gestão colegiada, com escuta e inovação, e isso foi muito gratificante.

Esse reconhecimento como liderança feminina na pediatria foi visível nos congressos...

Sem dúvida. Nos vários congressos e no congresso de encerramento das minhas gestões, fui muito procurada por colegas, especialmente mulheres, que queriam tirar uma foto, pedir conselhos e dar um abraço. E isso continua acontecendo até hoje nos eventos e em outras oportunidades. Percebo que inspirei outras mulheres a acreditarem que é possível aspirar e realizar coisas. Não queremos estar acima ou à frente dos homens — queremos igualdade de oportunidades. Há muitos homens que nos apoiam, mas também ainda há grandes resistências, inclusive entre algumas mulheres, com relação à liderança feminina.

Atualmente, você é vice-presidente da Associação Médica Brasileira. Como tem sido essa experiência?

Foi mais um desafio. Houve um momento crítico na AMB, e eu incentivei o professor César Fernandes a se candidatar. Fui convidada a compor a chapa como vice-presidente, também de forma inédita para uma mulher. Desde então, estamos fazendo uma gestão inovadora. Realizamos o Congresso para Médicos Generalistas, reforçamos a atuação política da entidade, criamos o Conadem para avaliar o desafio do trabalho das mulheres médicas e temos enfrentado um problema sério: a proliferação de cursos de medicina sem qualidade. Essa é hoje a maior batalha da AMB, lutar pela qualidade da assistência à população.

E ser membro da Academia Brasileira de Pediatria?

É uma honra imensa. Fui convidada pelo professor Nelson Barros, e, na época, eu era apenas a terceira mulher na Academia. Os membros desta Academia são nomes de grande contribuição à pediatria brasileira, com participações significativas em várias instâncias. Estar entre eles é motivo de muito orgulho. Faço parte também da Academia de Medicina da Bahia com semelhante orgulho.

“(...) faça pediatria enquanto isso fizer sentido para você. Entregue-se de corpo e alma. Reflita todos os dias sobre o que aprendeu, mesmo com as experiências difíceis.”

Você vem de uma família de médicos?

Sim. Meu pai era clínico e professor de farmacologia, e minha mãe, pediatra. Ambos foram colegas de turma e tiveram enorme influência na minha escolha. Cresci nesse ambiente de valorização do estudo, da medicina e do cuidado com as pessoas.

Você também é autora de um livro de poesias. Como vê a relação entre arte e medicina?

Essencial. A medicina exige sensibilidade, e a arte amplia nossa capacidade de escuta e acolhimento. A literatura, a música, a pintura — tudo isso nos humaniza e nos prepara melhor para cuidar do outro. Escrever me ajuda a expressar sentimentos e a compreender melhor as dores que encontro como médica.

Há alguma história marcante da sua trajetória como médica que gostaria de compartilhar?

Lembro de uma paciente que acompanhei desde pequena. Quando chegou a hora de encaminhá-la para o seguimento com um médico de adultos, ela foi ao consultório com um desenho e um abraço. Disse que enfrentou a doença por causa das nossas conversas e que estava cursando o curso de Medicina e queria ser médica como eu. Este é um dos reconhecimentos muito louváveis. São esses momentos que renovam nossa motivação.

Para finalizar: o que você diria ao jovem médico que pensa em seguir a pediatria, apesar dos desafios atuais?

Diria: faça pediatria enquanto isso fizer sentido para você. Entregue-se de corpo e alma. Reflita todos os dias sobre o que aprendeu, mesmo com as experiências difíceis. Elas ensinam muito. Não se isole — converse com colegas, troque experiências. E, acima de tudo, seja um bom profissional e uma boa pessoa, não para os outros, mas para você mesmo, siga com o propósito de aperfeiçoamento contínuo e de aprender sempre com as boas e as experiências difíceis.

E, para encerrar, deixo um fragmento de um poema de Fernando Pessoa que diz tudo:

“Seja o melhor que você pode ser dentro do que você é.”

Cultura & lazer

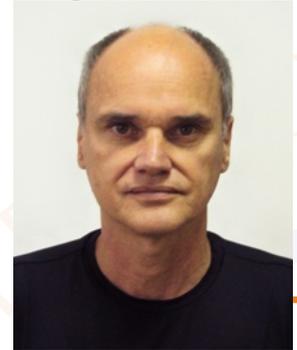
Medicina humanizada com arte: uma proposta humanística, ética e terapêutica

A relação médico e paciente e o atendimento humanizado são fundamentais para a sociedade e a classe médica. Com frequência, os profissionais de saúde são cobrados a assumirem uma postura de maior envolvimento, sensibilidade e dedicação com os seus pacientes. Busca-se dentre muitos caminhos possíveis, mais que um atendimento mecânico com a frieza e equidistância profissional. Buscando facilitar essa interação, a medicina está percorrendo novos caminhos e os profissionais de saúde e suas entidades estão tomando posições e alertando para os perigos de se manter um modelo de atendimento distante, frio e fragmentado. Os profissionais de saúde devem seguir um modelo holístico e não fragmentado ao se relacionar com seus pacientes.

Com a finalidade de buscar novas alternativas a partir desta visão humanística, que possa propiciar não só a cura, mas o alívio e o consolo, verifica-se a perspectiva de ampliar a “arte de curar”. “A arte de curar” tem como um dos caminhos a própria arte para humanização do tratamento e contribuição terapêutica, com ética, compaixão, acolhimento e beneficência.

A arte como proposta possibilita o engrandecimento cultural, a formação de cidadãos plenos, profissionaliza paciente, muitas vezes que estão fora das escolas e cursos pela patologia que os deixam impossibilitados de participar. A arte é uma poderosa ferramenta de pesquisa científica pelas variadas formas de apresentação em seus públicos-alvo. A arte atua como proposta pedagógica em qualquer instituição de ensino na área de saúde, dotando seus alunos e professores de ferramentas expressivas para aplicação nos seus universos de trabalho. É incontestável a sua relevância socioeconômica, científica e institucional.

A utilização da arte e de seus benefícios no processo terapêutico e na humanização médica é um fenômeno global que vem se consolidando na área da saúde. Como um recurso Biopsiossocial, os efeitos benéficos das artes expressivas na relação médico/profissional-família-paciente promove uma melhor atenção à saúde, o cuidado ético e humanizado e aceitação do tratamento e do ambiente hospitalar no sentido de favorecer a liberação de angústias, sofrimentos, aflições, medos e desafios causados pela doença. Os profissionais que atuam direta e indiretamente no programa percebem que as artes



Paulo Barreto Campello

Pós-graduado em Clínica Médica, Pneumologia e Arteterapia

Idealizador do programa A arte na medicina às vezes cura, de vez em quando alivia, mas sempre consola – Universidade de Pernambuco (UPE)

potencializam o processo terapêutico ao favorecer a ressignificação resiliente da experiência de adoecimento tanto pelo paciente, como pelos familiares, a melhora da comunicação e das relações envolvendo profissional-paciente-família, da ambiência hospitalar que mantém o paciente inserido social e culturalmente, e conseqüentemente, uma melhor adesão ao processo de tratamento e de hospitalização.

Como dispositivo ético, observamos que as artes influenciam na melhor resolução de dilemas e conflitos éticos e morais associadas à vivência da doença, nas tomadas de decisões, assim como no enfrentamento das vulnerabilidades sociais, da hospitalização e das condições institucionais. Ao ampliar a participação e a autonomia em especial do paciente pediátrico nas atividades artísticas propiciadas e estimuladas pela oferta de diferentes projetos envolvendo a arte na medicina, impactam na dignidade e no bem-estar tanto do paciente como dos seus familiares.

Um dos primeiros contatos com o universo da arte na medicina e sua profundidade, foi quando recém-formado tive conhecimento

de que um médico solicitou um lápis e um papel e pediu para a paciente desenhar a sua dor. Como músico /baterista desde criança, sabia da importância da arte no contexto social, no entanto esse momento foi impactante para entender esse voo maior que a arte permite na medicina.

Nesse contexto, idealizamos o programa “A arte na medicina às vezes cura, de vez em quando alivia, mas sempre consola” – Faculdade de Ciências Médicas – Universidade de Pernambuco (UPE), com projetos cujas ações permitem um exercício da medicina com bases humanísticas e um fio condutor para liberação dos sofrimentos, angústias, aflições e, assim, atingir uma quietude de corpo e da alma. Uma contribuição no processo terapêutico, como numa receita médica, a arte é o remédio prescrito.

O Programa consolida-se na sua completude nesses quase 30 anos de atividades e comprova a necessidade de uma atenção voltada para a integralidade e a humanização, levando as instituições de saúde a buscarem a adoção de técnicas e condutas na perspectiva do cuidado ampliado, as quais são integradas às técnicas de cuidado convencional, práticas médicas humanísticas, a exemplo das artes em sua plenitude.

Vários projetos foram desenvolvidos pelo Programa na área do acolhimento, da terapia, da comunicação, da pedagogia envolvendo pacientes e familiares, profissionais, docentes e discentes dos cursos de saúde da UPE, entre eles: o **Música é Vida**, que inclui a participação da Orquestra de Médicos do Recife, o **Som da Vida**, beneficiando as gestantes e os recém-nascidos, o **Arte na Cabeça**, adolescentes usuários de drogas são o público-alvo, **Escolinha de Iniciação Musical e Artes**, carinhosamente chamado de Castelinho, onde várias atividades artísticas são realizadas para as crianças, adolescentes e familiares em tratamento, incluindo os estudantes. A oficina de **Contos de Fadas**, utilizando as histórias como fio condutor arteterapêutico e a publicação desses contos cujos autores são as próprias crianças. Um projeto especial, com a proposta da fisioterapia e o uso de instrumentos musicais, é o **Reabilitar com Arte**, como exemplo temos a bateria e a percussão, a gaita, o teclado, o violão, entre outros, na área respiratória, motora, neurológica e ortopédica. Nos currículos dos alunos da área de saúde da UPE, são oferecidas a disciplina de Arteterapia e a disciplina de Saúde e Arte e, nas aulas práticas da Pneumologia, simulação dramatizada. Como projeto na comunicação na saúde, utilizamos a abordagem por meio da grafiteagem, dos cartuns e dos cordéis. O programa já publicou vários livros utilizando essas linguagens. A dádiva do cuidar, princípio das humanidades, aborda os cuidados que devemos ter com as nossas crianças, desde a concepção até a adolescência, com uma linguagem simples dos cordéis e as ilustrações expressivas dos cartuns.

“História é um sonho de olhos abertos que outra pessoa sonha e conta para gente”

“Quimioterapia é uma água mágica, da cor de limonada, que nossa vovó bebe para ficar boa”.

“Morrer é a gente fechar os olhos e ficar soando para sempre”

Outra criança portadora de cardiomegalia descreveu:

“Essas historinhas são de gente pequena com coração grande”

Essas frases foram pinçadas do projeto **Oficina de Contos de Fadas**, ditas por crianças com idades menores de seis anos, como também o relato sobre duas crianças oncológicas autoras do conto A Flor e a Laranja. A Flor foi uma associação ao tumor dela na radiografia de tórax, que parecia uma flor, e a Laranja à aparência do tumor que cresceu na barriga. Esse conto foi publicado, narrado em CD e ganhou forma em linguagem de vídeo. Nesses contos, a criança tem oportunidade de liberar suas fantasias, seus sonhos e seus medos.



Capa do CD do paciente

A nossa experiência com uso da arte em sua plenitude nos fez vivenciar e refletir momento em várias outras manifestações artísticas:

Um paciente portador de AIDS, durante uma apresentação musical nos jardins do hospital, ao ser perguntado o que representa aquele momento para ele, afirmou: “É o momento do meu encontro com Deus”.

Um adolescente oncológico que frequentava as aulas no Castelinho relatou:

“Antes eu contava os dias para não ter que ir ao hospital fazer quimioterapia, agora conto os dias para ir ao hospital tocar bateria”. Uma mudança no paradigma do que representava o hospital para ele. É o poder transformador da arte. Hoje já adulto, é baterista.

“Antes do Castelinho, eu via o mundo em preto e branco. Agora, eu vejo colorido, por isso que toda semana eu pinto os meus cabelos com diversas cores”. A expressão no corpo, do sentimento e da alma. Esse mesmo adolescente portador de osteosarcoma, com amputação de um membro, em uma sessão de arteterapia, que tinha como fio condutor uma máquina fotográfica, foi pedido que caminhasse pelo hospital e fizesse imagem que representasse seus sentimentos. Uma árvore com “galhos amputados” foi a foto realizada.



Vivência em arteterapia
Foto do paciente

Hoje, adulto, profissão artista plástico, e repassa a sua arte para pacientes no Castelinho.

Nesse mesmo momento arteterapêutico, outro adolescente, paciente cardiopata, com duas cirurgias de troca de válvulas, passado de febre reumática, traumatizado pela cicatriz torácica, fez a sua foto:



Vivência em arteterapia
Foto do paciente

- Um esgoto com grade: “esse sou eu”.

Hoje, casado, dois filhos e músico profissional, com formação no Conservatório Pernambucano e diplomado pela UFPE. Sua iniciação musical se deu no Castelhino nas aulas de bateria; “foi a doença e o acolhimento hospitalar que tive que mudaram minha vida e me fizeram ser um homem realizado e me deram uma profissão”.

Várias outras crianças e agora adultas, com a utilização da arte em seu tratamento, tiveram a oportunidade de se tornarem profissionais das artes.

Nesse momento da evolução da inteligência artificial, é preciso ter cuidado para evitar uma obesidade tecnológica e desnutrição humanística. A verdadeira tecnologia de ponta é o investimento na alma humana celebrando a vida.

Cuidar e educar uma criança, sempre será um grande desafio. Às vezes pecamos por excesso, outras por ausências, mesmo que a finalidade seja o bem delas. O mais importante é elas saberem sempre que foram, estão sendo, e serão muito amadas.

Como é difícil exercer essa “**ARTE DE AMAR**”.

Agradecemos,

Às telas, às tintas e aos pincéis

Às imagens congeladas

Às imagens em movimentos

Aos movimentos dos corpos

Às palavras escritas

Às palavras ditas

Às partituras musicais

Que nos permitem celebrar a vida.



Escolinha de iniciação musical e artes
Hospital Universitário Oswaldo Cruz



Homenagens e destaques

Homenagem a uma trajetória na Medicina Intensiva Pediátrica

Durante a cerimônia de abertura do XVIII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva Pediátrica, realizado entre os dias 3 e 5 de julho de 2025, no Centro de Convenções Minascentro (MG), Jefferson P. Piva, pediatra e acadêmico da Academia Brasileira de Pediatra (ABP), foi homenageado pela sua relevante contribuição à especialidade no Brasil.

A entrega da placa de reconhecimento foi feita pela Dra. Helena Muller, presidente do Departamento de Medicina Intensiva da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), e pelo Dr. Luis Fernando A. Carvalho, presidente do congresso. A homenagem celebrou décadas de dedicação ao desenvolvimento da medicina intensiva pediátrica no país, com impacto direto na formação de profissionais, na construção de políticas públicas e na ampliação do cuidado especializado a crianças em estado crítico.

Conheça mais Jefferson Piva:

Jefferson Pedro Piva nasceu em 28 de dezembro de 1954, na cidade de Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul. Desde os primeiros passos de sua formação, demonstrou uma inquietude intelectual e um olhar além-fronteiras. Entre 1966 e 1970, viveu em Santiago, no Chile, onde cursou parte do ensino secundário — experiência que certamente moldou sua visão de mundo e ampliou sua sensibilidade humana e cultural.

Graduou-se em Medicina em 1978 pela Faculdade Católica de Medicina de Porto Alegre (atual UFCSPA). Realizou residência em Pediatria no Hospital da Criança Santo Antônio, onde deu início a uma trajetória brilhante e transformadora na área da medicina intensiva pediátrica.

Ainda em 1980, mesmo antes de concluir a residência, foi convidado para implantar e coordenar a UTI Pediátrica do Hospital da Criança. Sob sua liderança, junto com as dras. Katia Giugno e Tania Rohde Maia, essa unidade tornou-se referência em todo o país, combinando excelência assistencial com compromisso acadêmico e científico.

Sua busca por conhecimento e excelência levou-o a estágios de formação em instituições de renome internacional, como o Hospital for Sick Children, em Londres, e o Children's National Hospital, em Washington. Ao retornar, trouxe não só o aprendizado técnico, mas uma nova perspectiva para o cuidado intensivo da criança gravemente enferma no Brasil.

Dr. Piva foi pioneiro em diversas frentes. Em 1982, fundou, ao lado de Pedro Celiny Garcia, o Comitê de Terapia Intensiva da Sociedade de Pediatria do RS, lançando as bases para o desenvolvimento da especialidade no país. Participou ativamente da organização do II Congresso Brasileiro de Terapia Intensiva da SBP, realizado em 1986, consolidando-se como uma das vozes mais influentes da especialidade no cenário nacional.



Sua atuação associativa foi marcada por profundo compromisso. Presidiu a Sociedade de Pediatria do RS, liderou o Departamento de Cuidados Intensivos da SBP por três vezes, e foi editor do Jornal de Pediatria entre 1994 e 2003, levando a publicação ao reconhecimento internacional com sua inclusão no Index Medicus e posteriormente na ISI Web of Knowledge.

Foi um dos idealizadores do Título de Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica (TETIP), modelo que até hoje norteia a certificação da especialidade no Brasil. Publicou seis livros de referência na área, sendo coautor das principais obras sobre Medicina Intensiva Pediátrica no país.

Internacionalmente, destacou-se como um dos fundadores da World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies (WFPICCS), da qual foi vice-presidente por três gestões. Participou ativamente da organização de cinco congressos mundiais da especialidade e foi editor associado da revista Pediatric Critical Care Medicine desde sua criação, contribuindo com a consolidação científica da área em nível global.

Como educador, teve papel marcante na formação de dezenas de mestres e doutores. Atuou como professor da UFRGS e PUCRS, coordenando programas de pós-graduação que se tornaram referência nacional. Seu compromisso com o ensino se estendeu também à atuação clínica e institucional, tendo sido chefe de serviço nos Hospitais de Clínicas de Porto Alegre e São Lucas da PUCRS. Em todos os serviços que trabalhou, atuou e ainda atua como mentor e exemplo na formação de centenas de intensivistas pediátricos.

Na AMIB e no CFM, contribuiu de forma decisiva para a regulamentação e fortalecimento da medicina intensiva pediátrica, participando das câmaras técnicas e na elaboração de importantes resoluções, como as normas sobre morte encefálica e programas de residência médica.

Dr. Piva é lembrado por sua liderança firme, sua gentileza no trato humano, sua imensa capacidade intelectual e seu compromisso com a ética e a ciência. Seu legado transcende fronteiras: está impresso nas instituições que ajudou a construir, nos profissionais que formou, nas vidas que salvou e nas famílias que acolheu.

A medicina intensiva pediátrica no Brasil é, sem dúvida, o que é hoje por causa de Jefferson Piva. Sua história é um testemunho de vocação, de trabalho incansável, de amor à ciência e à vida.

Dra. Helena Müller

Presidente do Departamento de Medicina Intensiva Pediátrica - SBP

Dr. Luis Fernando A Carvalho

Presidente do XVIII Congresso Brasileiro de Medicina Intensiva Pediátrica

EXPEDIENTE

ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA (ABP)

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

Gestão 2023/2025

Presidente: Sandra Josefina Ferraz Ellero Grisi (SP)
Vice-Presidente: Nelson Augusto Rosário Filho (PR)
Secretária: Magda Lahorgue Nunes (RS)
Diretor de Comunicação: Jefferson Pedro Piva (RS)

Comissão Científica e de Ensino

Coordenador: Werther Brunow de Carvalho (SP)
José Sabino de Oliveira (MG)
Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)
Lícia Maria Moreira Oliveira (BA)
Maria Marlene de Souza Pires (SC)
Renato Soibelman Procyanoy (RS)
Themis Reverbel da Silveira (RS)
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

Comissão de Comunicação Social

Coordenador: José Luiz Egydio Setúbal (SP)
Mario Santoro Júnior (SP)
Luís Eduardo Vaz Miranda (RJ)
João de Melo Régis Filho (PE)
José Hugo de Lins Pessoa (SP)
Sheila Knupp Feitosa de Oliveira (RJ)
Sidnei Ferreira (RJ)

Comissão da Memória da Pediatria

Coordenador: Mario Santoro Júnior (SP)
Sheila Knupp Feitosa de Oliveira (RJ)
Lícia Maria Oliveira Moreira (BA)
Navantino Alves Filho (MG)
Jayme Murahovschi (SP)
Saul Cypel (SP)
José Martins Filho (SP)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)
João de Melo Régis Filho (PE)
Virginia Resende Silva Weffort (MG)

Comissão Cultural e Artística

Coordenadora: Magda Maria Sales Carneiro Sampaio (SP)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Ney Marques Fonseca (RN)
Sidnei Ferreira (RJ)
Milton Hênio Netto de Gouveia (AL)
João de Melo Régis Filho (PE)
José Luiz Egydio Setúbal (SP)

Comissão de Ética e Bioética

Coordenador: Sidnei Ferreira (RJ)
Nelson Grisard (SC)
Mário Santoro Júnior (SP)
Ney Marques Fonseca (RN)
Saul Cypel (SP)
João de Melo Régis Filho (PE)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)

Comissão de Admissibilidade

Coordenadora: Themis Reverbel da Silveira (RS)
Nelson Grisard (SC)
Sérgio Augusto Cabral (RJ)
Luís Eduardo Vaz Miranda (RJ)
Nubia Mendonça (BA)
Luciana Rodrigues Silva (BA)
Jefferson Pedro Piva (RS)



Dr. Edson Ferreira Liberal (RJ)

Presidente

Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)

1ª Vice-Presidente

Anamaria Cavalcante e Silva (CE)

2ª Vice-Presidente

Maria Tereza Fonseca da Costa (RJ)

Secretária-geral

Maria Angélica Barcellos Svaiter (RJ)

Diretora Financeira