



Boletim SOPERJ

Órgão Informativo da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro • Vol. XXII – Nº 3 – dezembro 2019

EDITORIAL

DE BRAÇOS ABERTOS – O AMPARO DO PEDIATRA A CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS E SUAS FAMÍLIAS.

Para muitas crianças e adolescentes, o adoecimento e a hospitalização têm um efeito traumático. A experiência emocional negativa sobrepuja a capacidade de elaboração, deixando uma marca indelével que provoca dor e abre as portas para problemas futuros.

Muitas vezes o caminho de chegada aos serviços de saúde toma as feições de uma odisseia de sofrimento. Para os que têm assistência privada, há o problema de buscar serviços referenciados e a preocupação com a cobertura dos planos. Para os usuários de serviços públicos, a situação é ainda pior. Meios de transporte ruins e insuficientes, esperas intermináveis e buscas sem fim por um atendimento minimamente qualificado criam um enorme desgaste para o paciente e para a família.

Vários fatores, interagindo de maneira complexa, interferem no impacto do adoecimento e da hospitalização. Entre outros, devem ser considerados o nível de desenvolvimento cognitivo ou emocional, o grau de dor, comprometimento de função ou deformidade, a reação aos procedimentos e aos tratamentos, a interferência na rotina, o significado simbólico da doença para o paciente e para a família, a reação dos pais e as relações familiares prévias ao adoecimento.

Adicione-se a isso o impacto da separação forçada dos pais ou cuidadores, particularmente em crianças pequenas, que ocorre em casos de internação desacompanhada. Entre os sete meses e os quatro anos, o afastamento prolongado do cuidador primário é em si traumático, desencadeando uma intensa reação psicológica que deixa marcas perenes na mente do indivíduo. Antes de 1990, ano do Estatuto da Criança e do Adolescente, que tornou obrigatório o acolhimento de acompanhantes pelas instituições de saúde, todas as crianças pequenas hospitalizadas sofriam um violento trauma psicológico pela separação forçada de suas mães e de suas famílias, impedidas de acompanhá-las na internação.

O adoecimento e a hospitalização ocasionam nos pacientes reações psicológicas como a regressão, a negação, as fantasias assustadoras em relação à doença ou ao tratamento, os sentimentos de raiva e revolta, o medo real ou fantasiado da dor, da desfiguração ou dos tratamentos, a recusa em colaborar, o isolamento, a vergonha, a perda da autoestima, e o medo de discriminação pelos colegas. É comum a presença de transtornos mentais como ansiedade e depressão.

Para a família, as consequências também se fazem sentir. São muito frequentes as reações como culpa, negação, exaustão, fantasias sobre as

causas, a natureza e as consequências da doença, ou revolta e desconfiança em relação aos profissionais de saúde.

As experiências traumáticas impactam o cérebro em formação, gerando fragilidades que no futuro facilitam o surgimento de transtornos mentais. O apoio das mães e da família dá a base segura que minimiza o impacto psicológico dos traumas. Mas as mães e a família, também fragilizadas, precisam de apoio para apoiar os filhos. Além do diagnóstico e do tratamento, o pediatra e a equipe de saúde fornecem a base emocional segura para que as mães e as famílias apoiem as crianças e adolescentes hospitalizados.

Cabe aqui lembrar o belíssimo desenho de Leonardo da Vinci, *A Virgem, o Menino, Sant'Ana e São João Batista*, em exposição na National Gallery de Londres. No desenho, vemos que o menino Jesus se volta para o primo João Batista a partir do amparo que recebe de Maria, sua mãe. E Maria só pode dar o amparo necessário ao gesto espontâneo de seu filho porque está sendo amparada por sua mãe, Sant'Ana.



Da mesma forma, os pediatras, regentes da orquestra que é a equipe de saúde, fornecem a base afetiva que ampara as mães e as famílias para que elas possam amparar as crianças e adolescentes hospitalizados, minimizando o impacto traumático da experiência, no caminho da recuperação da saúde perdida. Este trabalho, muitas vezes silencioso e não reconhecido, tem importância fundamental para a promoção da saúde das crianças e adolescentes, e faz parte do heroísmo do dia-a-dia que é a realidade da prática de todos os pediatras brasileiros.

Roberto Santoro Almeida

Psiquiatra de crianças e adolescentes. Ex-Presidente do Departamento de Saúde Mental da SOPERJ. Coordenador do GT de Saúde Mental da SBP. Chefe do Serviço de Saúde Mental do Hospital Municipal Jesus. Psicanalista pela International Psychoanalytical Association. Membro Efetivo da Sociedade Psicanalítica do Rio de Janeiro (SPRJ).

39º CONGRESSO BRASILEIRO DE PEDIATRIA

Porto Alegre sediou, de 8 a 12 de outubro, o 39º Congresso Brasileiro de Pediatria. Foi um sucesso em todos os aspectos, pela organização, programação científica e oportunidade de encontro dos pediatras de todo o país. O Rio de Janeiro esteve presente no evento inicialmente pelo trabalho e dedicação dos membros da Diretoria da SBP, os Drs. Edson Ferreira Liberal, Sidnei Ferreira, Maria Tereza Fonseca da Costa e Cláudio Hoinneff, nossos colegas da SOPERJ. Juntamente com os demais membros da Diretoria e os colegas da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do



Sul, foram responsáveis pela qualidade do Congresso em todas as suas fases. Os “fluminenses” que compõem os Departamentos Científicos da SBP elaboraram boa parte da programação do evento e representaram o

expressivo número de 43 participações na programação científica do Congresso e mais quatro em cursos pré-congresso.

Vibramos com mais uma comemoração da Pediatria Brasileira.



Dr. Katia Telles Nogueira, com a Dr. Luciana Rodrigues Silva, Presidente da SBP.



Cerimônia de abertura do 39º Congresso Brasileiro de Pediatria.

Mantenha-se informado sobre os nossos eventos consultando o site da SOPERJ www.soperj.org.br
REVISTA DE PEDIATRIA SOPERJ www.revistadepediatriasoperj.org.br

Boletim SOPERJ

Filiada à Sociedade Brasileira de Pediatria – Volume XXII – Nº 3 – dezembro 2019



SOPERJ
Sociedade de Pediatria do
Estado do Rio de Janeiro

DIRETORIA DA SOPERJ TRIÊNIO 2019 - 2021

Presidente: Katia Telles Nogueira; **Vice-Presidente:** Claudio Hoinneff; **Secretário Geral:** Anna Tereza Miranda Soares de Moura; **1º Secretário:** Christianne D'Almeida Martins; **1º Tesoureiro:** Maria Marta Regal de Lima Tortori; **2º Tesoureiro:** Arnauld Kaufman; **Diretor de Cursos e Eventos:** Aurea Lucia Alves de A. Grippa de Souza; **Diretor Adjunto de Cursos e Eventos:** Maria de Fátima Monteiro Pereira Leite; **Diretor de Publicação:** Joel Conceição Bressa da Cunha; **Diretor Adjunto de Publicação:** Adriana Rocha Brito; **Diretor de Ética e Valorização Profissional:** Maria Nazareth Ramos Silva; **Diretor Adjunto de Ética e Valorização Profissional:** Ana Rosa Castellões dos Santos; **Diretor de Projetos Especiais:** Isabel Rey Madeira; **Diretor Adjunto de Projetos Especiais:** Leda Amar de Aquino; **Diretor de Relacionamento com Associados:** Silvio da

Rocha Carvalho; **Membros da Diretoria de Relacionamento com Associados:** Aline Masiero Fernandes Marques, Cássia Freire Vaz e Eduardo de Macedo Soares; **Coordenador de Departamentos Científicos:** Daniel Hilário Santos Genu; **Coordenador do Curso de Atualização em Pediatria (CAP):** Marcia Fernanda da Costa Carvalho; **Comissão de Sindicância:** Silvano Figueira de Cerqueira, Maria Tereza Fonseca da Costa e Raimunda Izabel Pirá Mendes; **Conselho Fiscal:** Edson Ferreira Liberal, Leda Amar de Aquino, Sheila Muniz Tavares, Hélcio Villaça Simões e Sergio Augusto Cabral; **Conselho Consultivo:** Edson Ferreira Liberal e Isabel Rey Madeira; **Coordenação do Curso Pediatric Advanced Life Support (PALS):** Regina Coeli de Azeredo Cardoso e Débora Santos de Oliveira; **Coordenação do Curso de Reanimação Neonatal:** José Dias Rego, Giselda de Carvalho da Silva e Fabio Chaves Cardoso; **Diretoria de Coordenação das Regionais:** Paulo César Guimarães e Luiz

Ildgardes Alves de Alencar; **Presidentes Regionais – Regional Baixada Fluminense:** Fernanda Silva Guimarães; **Regional Lagos:** Denise Garcia de Freitas Machado e Silva e Gabriela Santos Magalhães Nogueira (Vice-Presidente); **Regional Leste Fluminense:** Ana Flavia Malheiros Torbey; **Regional Médio Paraíba:** Luciano Rodrigues Costa e Amaro Ronaldo Inácio Filho (Vice-Presidente); **Regional Norte Fluminense:** Sylvia Regina de Souza Moraes; **Regional Serrana:** Felipe Machado Moliterno; **Regional Sul Fluminense:** Luciano Rodrigues Costa e Amaro Ronaldo Inácio Filho (Vice-Presidente); **Regional Zona Oeste:** Elisabete Isidoro Caetano. **Editor Chefe - Revista de Pediatria SOPERJ:** Clarisse Pereira Dias Drummond Fortes.

Diagramação: DC Press (21) 2205-0707; Impressão: Reoproarte

ESOFAGITE EOSINOFÍLICA

Esofagite eosinofílica (EEO) é uma doença inflamatória crônica mediada pelo sistema imune e antígenos, que causa inflamação da mucosa com predominância de eosinófilos, levando à disfunção esofágica. Os primeiros casos de EEO apareceram na década de 1970, mas só foram definidos como uma síndrome clínico-patológica no início dos anos 90. Atualmente, é a causa mais prevalente de esofagite após a doença do refluxo gastroesofágico (DRGE). Até duas décadas atrás era considerado um distúrbio raro, mas seu diagnóstico aumentou nos últimos anos, tornando-se uma doença epidemiologicamente relevante. Incidência e prevalência são difíceis de estabelecer, com diferenças entre regiões geográficas. Nos EUA apresenta uma prevalência de 30 a 90 casos por 100.000 habitantes, chegando a 1:2000 em outras regiões. Alguns estudos mostram uma predominância (76,3%) do sexo masculino. As manifestações clínicas mais encontradas são aquelas que coincidem com as manifestações da DRGE.

Dados publicados em 2019, de 492 crianças de 26 clínicas europeias de gastroenterologia pediátrica, revelaram: idade média no diagnóstico de 9,1 anos; tempo médio entre o início dos sintomas até o diagnóstico de 12 a 33,5 meses; dois terços dos pacientes (67%) tinham história de atopia, incluindo asma 30,4%, alergia alimentar 29,3%, rinite alérgica 24,3%, dermatite atópica 20,4% e urticária 5,8%; 65% tinham pelo menos 1 membro da família com atopia. Os principais sintomas que levaram à endoscopia foram disfagia (38%), suspeita de doença do refluxo gastroesofágico (31,2%), déficit de crescimento (10,5%), dor torácica (9,2%) e dor abdominal (9%). As indicações para investigação mais comuns nos lactentes e pré-escolares foram: falha no crescimento, diarreia e suspeita de doença celíaca. Nos escolares e adolescentes foram: impactação de alimento/bolus, dor abdominal e disfagia. Alguns casos de EEO têm sido descritos após infecções,

principalmente por vírus da família do Herpes.

A endoscopia com biópsias esofágicas é universalmente recomendada tanto para diagnóstico como para avaliação da resposta ao tratamento. Os principais achados endoscópicos são: anéis fixos (também conhecidos como anéis concêntricos, esôfago em anel, traqueização do esôfago), exsudatos (também referidos como manchas brancas e placas que na realidade são abscessos eosinofílicos), sulcos (também referidos como linhas verticais, sulcos longitudinais), edema (diminuição das marcas vasculares e palidez da mucosa) e estenose (não permite a passagem do endoscópio e necessita de dilatação). A EEO deve ser diagnosticada quando houver sintomas de disfunção esofágica e pelo menos 15 eosinófilos por campo de alta resolução no exame histológico das biópsias. As biópsias devem ser obtidas em todos os segmentos do esôfago. A EEO ativa é caracterizada também por infiltrado de mastócitos restrito ao epitélio.

Nas últimas duas décadas, a literatura específica tem chamado a atenção sobre a eosinofilia esofágica responsiva ao inibidor da bomba de prótons (EEO R-IBP). A doença responsiva ao IBP foi inicialmente considerada uma variante do refluxo gastroesofágico, posteriormente tornou-se uma entidade separada. Mais recentemente, a resposta isolada ao IBP (sem exclusão de alimentos) não é mais critério de exclusão de EEO.

Os tratamentos para a EEO incluem dietas de eliminação. A eficácia da dieta de eliminação guiada por testes cutâneos com remissão histológica foi de 45,5%, ou seja, muito baixa. Os alimentos mais envolvidos são: leite, soja, ovo, amendoim, trigo, nozes, castanhas, peixes, crustáceos, carne bovina e frango. No entanto, esses alimentos podem variar significativamente entre regiões geográficas. Esteroides tópicos por via oral como a budesonida ou propionato de fluticasona são opções de tratamento eficazes para pacientes com EEO. A sucralose viscosa (não disponível no Brasil),

mel ou glicose de milho são os veículos de escolha para a budesonida oral, mais eficaz que o propionato de fluticasona deglutido em crianças com EEO.

A ausência de asma é um importante fator para se obter resposta ou remissão. A necessidade de dilatação endoscópica nos casos de estenose do esôfago é rara. A EEO ainda é uma doença “jovem”, cujas diretrizes para diagnóstico e tratamento, e até mesmo sua própria definição e subtipos, ainda estão em evolução.

Referências bibliográficas:

1. Dellon ES, Liacouras CA, Molina-Infante J, et al. Updated International Consensus Diagnostic Criteria for Eosinophilic Esophagitis: Proceedings of the AGREE Conference. *Gastroenterology*. Oct 2018;155(4):1022-1033 e1010.
2. Hoofien A, Dias JA, Malamisura M, et al. Pediatric Eosinophilic Esophagitis: Results of the European Retrospective Pediatric Eosinophilic Esophagitis Registry (RetroPEER). *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. Apr 2019;68(4):552-558.
3. Iuliano S, Minelli R, Vincenzi F, et al. Eosinophilic esophagitis in pediatric age, state of the art and review of the literature. *Acta Biomed*. Dec 17 2018;89(8-S):20-26.
4. Kagalwalla AF, Sentongo TA, Ritz S, et al. Effect of six-food elimination diet on clinical and histologic outcomes in eosinophilic esophagitis. *Clin Gastroenterol Hepatol*. Sep 2006;4(9):1097-1102.
5. Molina-Infante J, Gonzalez-Cordero PL, Arias A, Lucendo AJ. Update on dietary therapy for eosinophilic esophagitis in children and adults. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. Feb 2017;11(2):115-123.
6. Arias A, Gonzalez-Cervera J, Tenias JM, Lucendo AJ. Efficacy of dietary interventions for inducing histologic remission in patients with eosinophilic esophagitis: a systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology*. Jun 2014;146(7):1639-1648.
7. Squires KA, Cameron DJ, Oliver M, da Fonseca Junqueira JC. Herpes simplex and eosinophilic oesophagitis: the chicken or the egg? *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. Aug 2009;49(2):246-250.

HPV: POR QUE VACINAMOS TÃO POUCO?

Cerca de 5% de todos os cânceres em homens e 10% dos que são diagnosticados em mulheres são causados pelo HPV.

No Brasil, o câncer do colo de útero é o terceiro tumor mais frequente na população feminina. Além do câncer do colo do útero, estima-se que o vírus HPV, associado a outros fatores, seja responsável por 90% dos casos de câncer anal, 71% dos casos de câncer de vulva, de vagina e de pênis, e 72% dos cânceres de orofaringe. Nos Estados Unidos, o número de casos de câncer de orofaringe já supera o de câncer cervical e lá, como no Brasil, a maioria deles registrados em homens.

Ambas as vacinas disponíveis em nosso país (HPV2 e HPV4) se mostraram, em pesquisa clínica e na prática, eficazes e efetivas na prevenção do câncer cervical, de vulva, de vagina e de ânus. Além disso, países que usam a vacina HPV4 assistiram a quedas robustas na incidência de verrugas genitais, doença com cerca de 1 milhão e 900 mil casos no Brasil.

Atualmente mais de 60 programas nacionais de imunizações disponibilizam a vacina e mais de 270 milhões de doses foram distribuídas globalmente desde 2006. É fato: a vacina é segura, desperta resposta imunológica duradoura e previne doenças.

A vacina HPV4 foi introduzida no PNI para meninas em 2014 e para meninos, em 2017. No entanto, apesar da vacina gratuita e disponível nos postos de saúde, a cobertura vacinal permanece muito baixa. Apenas 49% das meninas de 9 a 14 anos completaram o esquema de duas doses. O quadro é ainda pior em meninos, com apenas 20% dos meninos de 11 a 14 anos com esquema completo.

Quais as causas desse cenário tão ruim, e como podemos reverter isso?

Atingir coberturas vacinais nessa faixa etária é um desafio em todo o mundo e exige reflexão e pesquisa sobre estratégias que possam permitir a superação dos obstáculos e o alcance de melhores resultados. A vacina contra o HPV, além das barreiras comuns à vacinação, levanta questões familiares, culturais e religiosas que dificultam ainda mais a adesão. As ações de convencimento e o envolvimento do jovem na adesão ao esquema proposto, além da educação continuada de profissionais de saúde, pais

e educadores é um desafio permanente.

A prescrição médica é de suma importância para a adesão. Muitos profissionais de saúde ainda hesitam em prescrever a vacina contra o HPV. Existe uma dificuldade em falar de sexo e sexualidade e um temor a reações negativas dos pais. O baixo nível de conhecimento em relação aos desfechos das doenças provocadas pelo HPV e à segurança da vacina, por parte de muitos profissionais, tem impacto direto na redução das recomendações.

Os pais, por sua vez, trazem mitos e crenças que contribuem para a baixa adesão. Muitos subestimam as experiências sexuais de seus filhos e temem que a vacina estimule o início da atividade sexual. A ideia que apenas jovens sexualmente ativos precisam da vacina pode muitas vezes atrasar a vacinação.

A vacinação em ambiente escolar aumenta a adesão reduzindo as perdas, principalmente da segunda dose. Porém, é preciso estarmos preparados para reações psicogênicas em massa após a vacinação que podem levar à ocorrência de eventos adversos tais como síncope, fraqueza nas pernas, entre outros.

O acesso às redes de comunicação e a disseminação em massa de informações, muitas vezes errôneas, aumentam a resistência relacionada à vacina. Além disso, a divulgação na mídia dos eventos adversos após vacinação muitas vezes dificulta a percepção da população acerca dos benefícios da vacinação.

A baixa cobertura vacinal do HPV revela que a procura em postos de saúde não está suficiente para consumir essa vacina. Esforços contínuos devem ser feitos para que os profissionais de saúde entendam a importância de vacinar os jovens antes que eles iniciem atividade sexual.

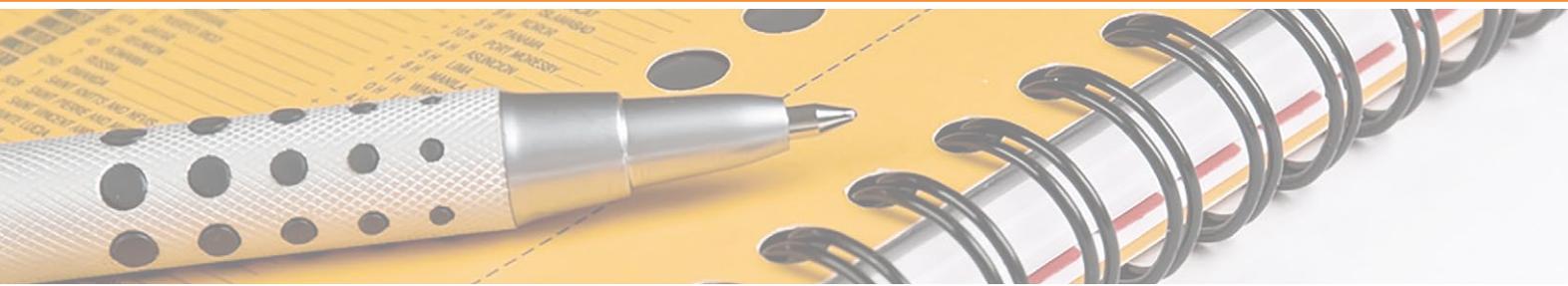
Pediatras precisam estar engajados para que a população alvo receba a vacina. A oferta de informação clara e adequada sobre a infecção pelo HPV, segurança da vacina, idade apropriada para vacinação reduz muitos erros e mitos. É fundamental que as famílias, líderes religiosos e educadores sejam esclarecidos quanto à segurança e importância da vacinação, para que assim, de fato haja redução das patologias causadas pelo HPV.

Esquemas vacinais propostos:

- Programa Nacional de Imunizações (PNI):
- Meninas de 9 a 14 e meninos de 11 a 14 anos de idade: duas doses (0-6 meses);
 - Pessoas de 9 a 26 anos que vivem com HIV/AIDS, transplantados e pacientes oncológicos em tratamento com quimioterapia e radioterapia: três doses (0-2-6 meses).
 - Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), a Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIIm) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo):
 - Meninas e meninos de 9 a 15 anos: duas doses (0-6 meses);
 - Adolescentes maiores de 15 anos: três doses (0-2-6 meses);
 - Mulheres de até 45 anos de idade, e homens de até 26 anos três doses (0-2-6 meses);
 - Homens e mulheres em idades fora da faixa de licenciamento também podem ser beneficiados com a vacinação, de acordo com critério médico.

Referências bibliográficas:

- Serrano, B., Brotons, M., Bosch, F. X., & Bruni, L. Epidemiology and burden of HPV-related disease. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 47, 14–26. doi:10.1016/j.bpobgyn.2017.08.006.
- CDC. Trends in Human Papillomavirus–Associated Cancers — United States, 1999–2015. *Weekly / August 24, 2018 / 67(33)*;918–924
- What Affects Human Papillomavirus Vaccination Rates? A Qualitative Analysis of Providers' Perceptions R.B. Perkins, J.A. Clark / *Women's Health Issues* 22-4 (2012) e379–e386
- Parental acceptance and uptake of the HPV vaccine among African Americans and Latinos in the United States: A literature review, K.V. Galbraith et al. / *Social Science & Medicine* 159 (2016) 116e126
- Provider perceptions of barriers and facilitators of HPV vaccination in a high-risk Community, M. Javanbakht et al. / *Vaccine* 30 (2012) 4511–4516
- Health care professional communication about STI vaccines with adolescents and parents, A.M. Hofstetter, S.L. Rosenthal / *Vaccine* 32 (2014) 1616–1623



UM ANO MUITO PRODUTIVO

O ano de 2019 vai se encerrando com a SOPERJ em grande forma, dando continuidade e impulso às atividades, especialmente as científicas, que caracterizam nosso compromisso com a Pediatria do Rio de Janeiro, no sentido de sua valorização profissional, atualização científica e relacionamento com a comunidade e com todos os pediatras, em particular os associados.

Demos um novo enfoque e impulso às redes sociais e renovamos o nosso Site (www.soperj.org.br)

Lançamos novos livros da Série Pediatria SOPERJ e publicamos novos números da Revista de Pediatria (www.revistadepediatriasoperj.org.br).

Organizamos, no Rio de Janeiro, a aplicação das provas do Título de Especialista em Pediatria e de outras especialidades pediátricas, que transcorreu com sucesso e eficiência.

Como novidades, tivemos um Curso de Gerenciamento Profissional e uma comemoração inédita do Dia do Pediatra, com uma divertida e relaxante sessão de cinema. E também foram criados novos Grupos de Trabalho, ampliando e diversificando ainda mais o alcance das atividades.

Em números resumidos:

11 atividades do Curso de Reanimação Neonatal; 7 cursos PALS; 6 edições do tra-

dicional CAP, em parceria com o CREMERJ; 7 cursos itinerantes, com o apoio das Regionais; 7 cursos e jornadas organizados pelas Regionais; 32 eventos organizados pela Diretoria, Departamentos Científicos e Grupos de Trabalho (foram seminários, simpósios, jornadas, workshops e cursos, das mais diversas áreas, com temas de atualização científica e ações de impacto social). E mais, a participação da Presidência e demais membros da Diretoria como convidados para mesas de abertura e participação na programação científica de diversos eventos de outras Associações e Entidades.

Seguem fotos de alguns dos eventos mais recentes.



Curso de Atualização em Pediatria – SOPERJ / CREMERJ. Coordenado pela Dra. Marcia Fernanda da Costa Carvalho.



Curso Itinerante – Regional Lagos.



Evento Saúde Mental e Saúde Escolar – Regionais Médio Paraíba e Sul Fluminense.



Discutindo Endocrinologia Pediátrica.

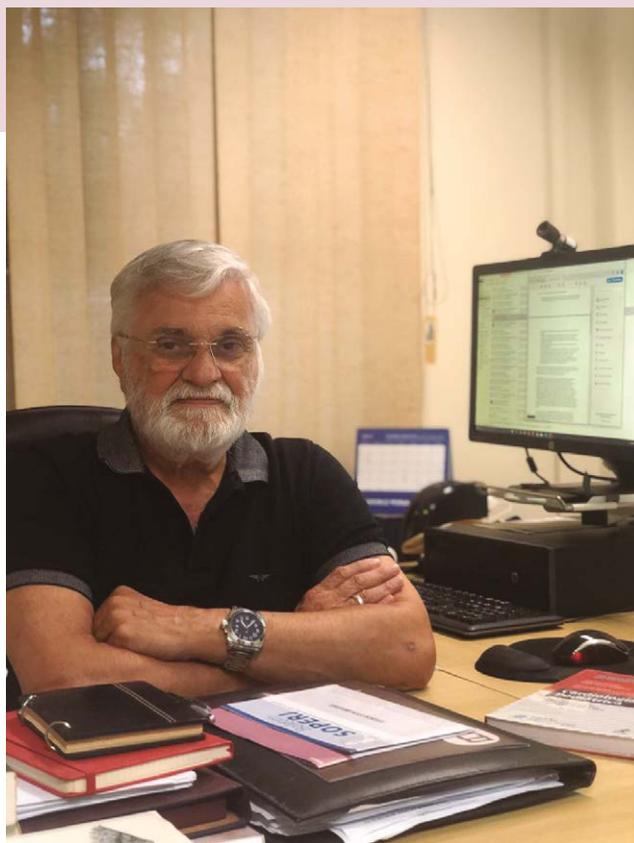
DR. JOÃO GONÇALVES BARBOSA NETO (Biênio 1986 – 1987)

O terceiro Presidente da SOPERJ nos recebeu em seu atual posto de trabalho, na Ouvidoria da Fiocruz, e nos concedeu uma entrevista no dia de seu aniversário, 29 de novembro. O presente quem recebe é o Boletim SOPERJ, na forma de uma simpática acolhida e sábias considerações sobre a Pediatria. Dr. João Barbosa tem uma interessante passagem pela Sociedade Brasileira de Pediatria, participou da criação da SOPERJ e teve sua carreira direcionada para a Fiocruz, onde ajudou a criar o Centro de Genética Médica, no Instituto Fernandes Figueira (IFF), como parte de um grande projeto de reestruturação e fortalecimento do Instituto. Após sua gestão como diretor do IFF, solicitou transferência para Manguinhos, dedicando-se aos aspectos de administração de unidades hospitalares e de saúde, colaborando no Curso para Diretor de Hospital Público, nos moldes e em parceria com a Escola de Saúde Pública da França. Elogiou a grandiosidade da Fiocruz, conversou sobre seu pioneirismo na área da Genética, com pesquisas na área de displasias ósseas, erros inatos do metabolismo, investigação de paternidade e outras, sempre valorizando o caráter social da Medicina.

Destaques da gestão na SOPERJ

Por ter sido secretário-geral da SBP, trabalhou pela autonomia da SOPERJ, replicando aqui sua experiência na organização da secretaria, no seu funcionamento e na eficácia do sistema de cobranças. As dificuldades financeiras da época passaram por uma importante discussão em sua gestão, resultando no repasse das anuidades recebidas pela SBP para a filiada, possibilitando sua organização mais efetiva.

Outro ponto importante foi o fortalecimento das Regionais, promovendo reuniões em várias cidades do Estado, para incentivo, apoio e manutenção de atividades desenvol-



vidas pelos colegas no interior.

Também houve avanço na organização dos Comitês Científicos, recém-criados na gestão anterior.

A SOPERJ de hoje e os impactos ao longo do tempo

O caráter da Pediatria, onde a relação do médico com o paciente e sua família é fundamental, tem se modificado, muitas vezes despersonalizando os atendimentos e sua qualidade. Dr. João vê a importância da SOPERJ em preservar e recuperar essa relação, que entende como um dos aspectos principais da Pediatria.

Falando de novas tecnologias, mostrou um conhecimento avançado sobre Inteligência Artificial, Internet das Coisas (IOT), com as novidades substituindo as tecnologias mais antigas, sendo difícil prever como tudo vai afetar a Medicina. Ele antevê possibilidades extraordinárias de sua utilização em benefício das pessoas, mas sem substituir o lado essencialmente humano da Pediatria.

Mensagem aos leitores do Boletim SOPERJ

“As conversas no século XXI são, às vezes, exaustivas e muitas vezes enlouquecedoras, não apenas entre especialistas e leigos, mas também entre todos os demais, todos. Mesmo entre os leigos em sua interação diária, a discordância e o debate se transformaram em trocas de contradições, factoides aleatórios e fontes estranhas que poucos dos próprios participantes entendem. Anos de melhor educação, o maior acesso aos dados, a explosão das mídias sociais e as barreiras reduzidas à entrada na arena pública deveriam melhorar nossas habilidades de deliberar e decidir. Em vez disso, esses avanços parecem ter piorado e não melhorado. Para os pediatras, ainda uma especialidade clínica fundamentalmente, todos esses desafios por melhor comunicação podem ser superados com educação, rigor e honestidade, mas somente se entendermos em primeiro lugar como eles estão nos atormentando.”