Revista de Saúde da
Criança e do Adolescente

VOLUME 4 NÚMERO 2 JULHO / DEZEMBRO 2012

Sumário

7 PALAVRA DO EDITOR
Sessenta anos do Hospital Infantil Albert Sabin
Sixty years of Albert Sabin Children's Hospital
João Cândido de Souza Borges

8 COMPARTILHAR CONHECIMENTOS
Direitos da gestante e do bebê: mobilização e informação para garantir esses direitos e alcançar os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio – ODMS*
Pregnant women and infants´ rights: mobilization and information to enforce rights and attain the millennium development goals (MDGs)
Francisca Maria Oliveira Andrade, Márcia Maria Tavares Machado, Alisson Falcão de Carvalho, Fabíola Pinheiro Gomes Cavalcante, Jéssika Mourão Sá, Linna Albuquerque Sampaio, Lívia Campêlo Guerra

13 PEDIATRIA EM DESTAQUE
Vacinas para crianças e adolescentes no Brasil:
Atualização do calendário nacional de imunizações
Vaccines for children and adults in Brazil: Update to the national immunization schedule
Luís Carlos Rey

28 OLHAR DO ESPECIALISTA
Deficiência de HMG COA LIASE, um diagnóstico desafiador de uma criança com surtos de hipoglicemia
HMG-CoA lyase deficiency: a challenging diagnosis of a child with hypoglycemic seizures
André Luiz Santos Pessoa[1], Amanda do Vale Monteiro[2], Rafael Fonseca de Queiroz[2], Kécia Tavares de Oliveira [3] , Amália Lustosa Porto [4]

32 DESAFIO CLÍNICO
Otite Média Aguda - o diagnóstico pelo pediatra geral
Acute Middle Ear infection – When diagnosed by the general pediatrician
Jayme Murahovschi

35 DIRETRIZES CLÍNICAS
Conduta na parada cardiorespiratória em crianças
Management of cardiac arrest in children
Vera Lúcia Andrade Gomes, João Joaquim Freitas do Amaral

HUMANIZAÇÃO PEDIÁTRICA

43 Compreensão da morte pela equipe de saúde: um pedido de apoio à Tanatologia
Health workers´ understanding of death: getting help from Thanatology
Valéria Barroso de Albuquerque, Regina Lúcia Ribeiro Moreno

49 Reflexões sobre o cuidar
Reflections on care
Ana Julia Couto de Alencar

ENSINO IN FOCO

53 Sugestões para o ensino da Pediatria
Suggestions for education in pediatrics
Antonio Marcio J. Lisboa

TRAJETÓRIA DE UM HOSPITAL

65 Linha do tempo do Hospital Infantil Albert Sabin
Time line of Albert Sabin Children's Hospital
Francisca Lúcia Medeiros do Carmo

74 E a história continua... a construção compartilhada do Hospital Infantil Albert Sabin entre 1998 e 2000
The story goes on: building Albert Sabin Children´s Hospital together from 1998 to 2000
Anamaria Cavalcante e Silva

RETRATOS DE VIDA

78 Quem sou eu?
Who am I?
Alvaro Jorge Madeiro Leite

89 Histórias felizes no Hospital Infantil Albert Sabin
Stories with happy endings from Albert Sabin Children´s Hospital
Raquel Mourão Ferreira, João Cândido de Souza Borges, Francisca Lúcia Medeiros Carmo, João Joaquim Freitas do Amaral

Revista de Saúde da Criança e do Adolescente

Expediente

Editor-chefe

João Joaquim Freitas do Amaral
Pediatra e Psicoterapeuta. Doutor em Epdemiologia. Professor de Pediatria e Psicanálise da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

Editores associados

Francisca Lúcia Medeiros do Carmo
Neonatologista Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Coordenadora do Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital Infantil Albert Sabin

Ronaldo Pinheiro Gonçalves
Epdemiologista. Doutor em Administração em Saúde. Coordenador do Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento do Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital Infantil Albert Sabin

Conselho editorial

Aldaiza Marcos Ribeiro
Infectologista Pediátrica. Mestre em Patologia. Coordenadora da Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Infantil Albert Sabin

Anamaria Cavalcante e Silva
Pediatra. Doutora em Pediatria. Professora da Faculdade de Medicina Cristhus. Ex-diretora do Hospital Infantil Albert Sabin

Ana Júlia Couto de Alencar
Neonatologista. Doutora em Pediatria. Professora da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Médica da CTI Neonatal do Hospital Infantil Albert Sabin.

Ana Valeska Siebra e Silva
Enfermeira. Doutora em Saúde Pública. Professora da Universidade Estadual do Ceará. Enfermeira do Hospital Infantil Albert Sabin

Almir de Castro Neves Filho
Hebiatra. Doutor em Pediatria. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Álvaro Jorge Madeiro Leite
Pneumologista Pediatra. Doutor em Pediatria. Professor da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Anice Holanda Nunes Maia
Psicóloga Clínica e Hospitalar. Professora da Faculdade Católica Rainha do Sertão, Quixadá-CE. Coordenadora do Serviço de Psicologia do Hospital Infantil Albert Sabin

Denise Silva de Moura
Fisioterapeuta. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora da Universidade de Fortaleza e Fisioterapeuta do Serviço de Fisioterapia do Hospital Infantil Albert Sabin.

Francisco Walter Frota de Paiva
Cirurgião Pediátrico. Diretor do Hospital Infantil Albert Sabin.

João Cândido de Sousa Borges
Pediatra. Mestre em Administração em Saúde. Ex-diretor Geral do Hospital Infantil Albert Sabin

Lia Cavalcante de Albuquerque
Pediatra. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora da Universidade Estadual do Ceará. Médica do Hospital Infantil Albert Sabin

Luciana Brandão Paim
Reumatologista. Mestre em Clínica Médica. Professora de Medicina da Universidade de Fortaleza. Coordenadora do Serviço de Reumatologia Pediátrica do Hospital Infantil Albert Sabin

Maria Ceci do Vale Martins
Gastroenterologista Pediátrica. Doutora em Medicina. Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Onco-Hematologia da Associação Peter Pan.

Maria Conceição Alves Jucá
Pediatra. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Coordenadora da Enfermaria do Hospital Infantil Albert Sabin

Maria Helena Lopes Cavalcante
Pediatra. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Membro do Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital Infantil Albert Sabin

Mércia Lima de Carvalho Lemos
Pediatra. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Médica da Enfermaria e Ambulatório do Hospital Infantil Albert Sabin.

Regina Lúcia Portela Diniz
Pediatra. Doutora em Pediatria. Professora da Faculdade de Medicina Cristhus. Coordenadora do Serviço de Desenvolvimento Humano do Hospital Infantil Albert Sabin

Regina Lúcia Ribeiro Moreno
Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin

Rejane Maria Carvalho de Oliveira
Enfermeira. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente e Professora da Universidade de Fortaleza. Enfermeira do Hospital Infantil Albert Sabin

Tânia Maria Sousa Araújo Santos
Neonatologista. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Coordenadora da Residência Médica do Hospital Infantil Albert Sabin

Valéria Barroso de Albuquerque
Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Coordenadora do Serviço de Terapia Ocupacional do Hospital Infantil Albert Sabin.

Virna da Costa e Silva
Pediatra. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Professora da Universidade de Fortaleza. Médica da Enfermaria e UTI Neonatal do Hospital Infantil Albert Sabin

Normalização

Selma Maria Pinheiro de Oliveira Souza
Bibliotecária. Especialista em Organização e Administração de Centro do Informação. Coordenadora da Biblioteca do Hospital Infantil Albert Sabin

Secretaria

Maria das Graças Viana
Assistente Social. Membro do Centro de Estudos e Pequisas do Hospital Infantil Albert Sabin.

Hospital Infantil Albert Sabin
SECRETARIA DA SAÚDE DO CEARÁ

Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital Infantil Albert Sabin
Rua Tertuliano Sales, 544 - CEP: 60410-790 - Fortaleza/Ce.
Fone: (85) 3101.4200 | Fax: (85) 3101.4196
E-mail: centrodeestudos@hias.ce.gov.br
Web: **www.hias.ce.gov.br**

Revista de Saúde da Criança e do Adolescente

Normas de PUBLICAÇÃO

Informações gerais

A Revista de Saúde da Criança e do Adolescente é a publicação científica semestral do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), criada em 2009, sob a responsabilidade do Centro de Estudos e Pesquisas, instituição vinculada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Visa publicar artigos científicos, diretrizes, casos clínicos, e relatos, com o objetivo de aprimorar e atualizar os conhecimentos na área de saúde da criança e do adolescente, bem como humanizar o atendimento e resgatar a história do hospital.

Seções da revista

A Revista de Saúde da Criança e do Adolescente aceita a submissão de artigos originais e comunicações que devem ser enviados exclusivamente via e-mail, conforme as "Normas de Publicação" da revista.

Palavra do editor: opinião sobre um tema de interesse em saúde da criança relacionado aos artigos publicados. Recomenda-se não ultrapassar 2 páginas e conter no máximo 15 referências.

Compartilhar conhecimentos: apresentação de um tema atual e relevante em Pediatria ou áreas afins. Recomenda-se não exceder 4 páginas, incluindo referências que deverão ser atuais e em número máximo de 20.

Pediatria em destaque: opinião do pediatra sobre as ações básicas da saúde da criança e adolescente e clínica pediátrica. O texto deve ter entre 2 a 4 páginas. O número de referências não deve ultrapassar a 10.

Olhar do especialista: opinião do especialista sobre a sua prática clinica a partir de uma pergunta sobre um tema de interesse. O texto deve ter entre 2 a 4 páginas. O número de referências não deve ultrapassar a 10.

Desafio clínico: sedimentando o básico: apresentação de caso clínico, com perguntas-chave sobre a sua condução. O texto deve ter 4 páginas. Recomenda-se não incluir mais de duas ilustrações (fotos, figuras). O número máximo de referências é 10.

Saúde Baseada em Evidências: artigo de atualização de condutas clinicas sobre a saúde da criança baseado em evidencias cientificas. Recomenda-se ter no máximo 4 páginas. O número de referências não deve ultrapassar 20.

Diretrizes clínicas: comentário sobre uma conduta clínica com um algoritmo ao final. O número de páginas deve ter entre 3 e 4. O número de referências não deve ultrapassar 20.

Humanização pediátrica: artigo sobre aspectos relacionados a humanização ou projetos desenvolvidos no hospital. O texto deve ter no máximo 4 páginas. Não são necessárias referências.

Ensino in foco: comentário ou artigo sobre ensino e pesquisa sobre a saúde da criança e adolescente. O número de páginas deve ser entre 3 e 4. O número de referências não deve ultrapassar 10.

Retratos de vida: relatos de vivências ou experiências sobre o significado do hospital para profissionais, mães e crianças, bem como relatos de pediatras renomados de outras instituições. O texto deve no máximo 2 páginas. Não são necessárias referências.

Trajetória de um hospital: relato do passado e presente do hospital com apresentação do perfil de atendimento nas várias áreas do Hospital. O texto deve ter no máximo 4 páginas. Não são necessárias referências.

Referências:

Devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas por algarismos arábicos As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, segundo os modelos abaixo:

1. Artigo padrão

Amaral JJF; Victora CG. The effect of training in Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on the performance and healthcare quality of pediatric healthcare workers: a systematic review. Rev. Bras. Saude Mater. Infant. 2008; 8 (2): 151-162.

2. Livro

Winnicott DW. Privação e delinquência. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

3. Capítulo de livro

Howard CR. Breastfeeding. In: Green M, Haggerty RJ, Weitzman M, editors. Ambulatory Pediatrics. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1999. p.109-13.

4. Teses e dissertações

Leite AJM. Promoção do Aleitamento Materno a Crianças de Peso Desfavorável ao Nascer no Município de Fortaleza: estudo de intervenção randomizado [tese de doutorado]. São Paulo: Univ. Fed. São Paulo; 2000.

5. Trabalho apresentado em congresso ou similar (publicado)

Blank D, Grassi PR, Schlindwein RS, Mello JL, Eckert GE. The growing threat of injury and violence against youths in southern Brazil: A ten year analysis. Abstracts of the Second World Conference on Injury Control; 1993 May 20-23; Atlanta, USA. Atlanta: CDC,1993:137-38.

6. Artigo de revista eletrônica

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. Emerg Infect Dis [periódico eletrônico] 1995 Jan-Mar [citado1996 Jun 5];1(1). Disponível: www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm. Acessado: 14 de dezembro de 2001.

7. Materiais da Internet

Food and Agriculture Organization of the United Nations. Preparation and use of food based dietary guidelines [site na Internet]. Disponível: www.fao.org/docrep/x0243e/x0243e09.htm#P1489_136013. Acessado: 14 de dezembro de 2001.

Orientação completa de como elaborar referências bibliográficas, segundo o estilo Vancounver, encontram-se disponíveis em **www.bv.ufsc.br/ccsm/vancouver.html**

Os textos publicados são de responsabilidade de seus autores.
Antes de enviá-los, providenciar uma **cuidadosa correção ortográfica**

Palavra do Editor

SESSENTA ANOS DO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN
Sixty years of Albert Sabin Children's Hospital

João Cândido de Souza Borges
Mestre em Administração em Saúde. Ex-diretor geral do Hospital Infantil Abert Sabin.
diretor Do Hospital Municipal de Maracanaú.

A presente edição da Revista de Saúde da Criança e do Adolescente é comemorativa dos sessenta anos do Hospital Infantil Albert Sabin. O convite para fazer esse editorial seria motivo de orgulho e satisfação para qualquer pediatra cearense, dado que somos todos nós testemunhas de que esse hospital é o berço das melhores práticas da medicina infanto-juvenil do nosso estado.

O Hospital Infantil Albert Sabin nasceu no início da década de cinquenta, nomeado Hospital Infantil de Fortaleza, com a finalidade de atender as crianças mais necessitadas, que vinham de todo o estado em busca de soluções para os problemas de saúde que as acometiam. Desde então, em trajetória ascendente, vem se desenvolvendo. Tornou-se um hospital de alta complexidade e, inscrevendo seu nome no patamar nacional, tem sido reconhecido e acatado como um dos mais importantes centros de ensino, pesquisa e assistência multidisciplinar à criança e ao adolescente.

O grande hospital que hoje conhecemos resulta do trabalho compartilhado e idealista de todos os que se dedicaram em todos os tempos a construir cada uma de suas dimensões, tanto estruturais, como de sua configuração funcional. Os nomes dos que contribuíram em sua criação e crescimento não se perderam, constituindo-se essa oportunidade como momento para homenageá-los através da lembrança dos diretores que lideraram essa construção desde 1952, a saber: Pedro Borges, Carlos Pamplona, Valdenir Maia, Sílvio Falcão, Airton Rebouças, Ielda Alcântara, Francisco Moreira, Altani Paiva, João Batista de Aguiar, Anamaria Cavalcante, Ana Lúcia Nocrato, Emair Borges, João Borges e, atualmente, Walter Frota. Essa reflexão sobre o assim chamado Sabin não pode deixar de contemplar seu valoroso papel social que se vincula ao pioneirismo e à humanização presentes em decisões que mudaram a realidade da assistência, amenizando o sofrimento dos pacientes e de suas famílias como, por exemplo, a introdução da *mãe-acompanhante*, que ainda hoje induz à meditação de como era possível internar crianças doentes separando-as de suas mães.

Cuidar de crianças e adolescentes doentes exige conhecimento científico, tecnologia e, sobretudo, compreensão da natureza humana, das necessidades psicoemocionais do ser em desenvolvimento, entre tantos outros aspectos que compõem o estado de saúde. Esse cuidado transcende a assistência hospitalar requisitando ações inovadoras como as de tantos projetos grandiosos que ocorrem no Hospital Infantil Albert Sabin, os quais podem ser bem representados pela Associação Peter Pan.

O Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira, conferido pelo Ministério da Saúde ao Hospital Infantil Albert Sabin, em dezembro de 2004, em reconhecimento às ações desenvolvidas na humanização do atendimento pediátrico e no incentivo ao aleitamento materno, resume a qualidade da assistência prestada às crianças e aos adolescentes cearenses.

Comemoremos com muita alegria essas conquistas que são de todos!

Conflito de Interesse: Não declarado

E-mail: joaocandidoborges@gmail.com

DIREITOS DA GESTANTE E DO BEBÊ: MOBILIZAÇÃO E INFORMAÇÃO PARA GARANTIR ESSES DIREITOS E ALCANÇAR OS OBJETIVOS DE DESENVOLVIMENTO DO MILÊNIO – ODMS*

Pregnant women and infants´rights: mobilization and information to enforce rights and attain the millennium development goals (MDGs)

Francisca Maria Oliveira Andrade [1], Márcia Maria Tavares Machado [2], Alisson Falcão de Carvalho[3], Fabíola Pinheiro Gomes Cavalcante [3], Jéssika Mourão Sá [3], Linna Albuquerque Sampaio [3], Lívia Campêlo Guerra [3]

1. Doutoranda em Saúde Coletiva pela Universidade Federal do Ceará. Professora da Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte. Pediatra do Estado e do Município de Fortaleza. Especialista em Programas do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Fortaleza, CE.
2. Professora Adjunta e Pesquisadora do Departamento de Saúde Comunitária da Universidade Federal do Ceará (UFC) - Faculdade de Medicina. Pós-doutora pela Harvard School of Public Health. Fortaleza, CE.
3. Acadêmicos de medicina da Faculdade Christus. Fortaleza, CE.

RESUMO

O objetivo deste artigo é apresentar algumas informações sobre a saúde materna e neonatal no mundo, no Brasil e no Ceará, inclusive os esforços que estão sendo feitos para que o nosso país alcance os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio - ODMs, número 04 e 05 que tratam respectivamente da melhoria da saúde materna e da redução da mortalidade na infância. O texto descreve brevemente algumas iniciativas do governo federal para melhorar a saúde materna e neonatal, como a Rede Cegonha e fala de uma iniciativa do UNICEF juntamente com a Faculdade de Medicina Christus que objetivou mobilizar os municípios cearenses para que garantam os direitos das gestantes e dos bebês. Nessa iniciativa destaca-se o guia dos direitos da gestante e do bebê que foi elaborado pelo UNICEF em parceria com o Ministério da Saúde, apoio da editora Globo e ilustrações do Ziraldo e também o Seminário das Estações pela Vida, uma metodologia bastante dinâmica e inovadora que merece ser conhecida e replicada.

Palavras-chave: Criança, Gestantes, Defesa da Criança e do Adolescente

ABSTRACT

The objective of this article is to present some information on maternal and newborn health in the world, in Brazil and Ceará, including efforts that are being made to make our country to achieve the Millennium Development Goals - MDGs, numbers 4 and 5, respectively the improvement of maternal health and reducing child mortality. The text briefly describes some federal government initiatives to improve maternal and newborn health, such as “Rede Cegonha” and points out an initiative by UNICEF in partnership with the Faculty of Medicine Christus that aimed to mobilize the Ceará municipalities to guarantee the rights of pregnant women and babies. Under this initiative we highlight the guide of the rights the pregnant woman and baby which was prepared by UNICEF in partnership with the Ministry of Health, support from Globe editor and illustrations of Ziraldo and also the Seminar Stations for Life, a very dynamic and innovative approach that deserves to be known and replicated.

Keywords: Child, Pregnant Women, Child Advocacy

*. No ano 2000, mais de 191 representantes de países se comprometeram em alcançar 8 Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) até 2015, dentre eles a melhoria da saúde materna e redução da mortalidade na infância. Mais informações: http://www.objetivosdomilenio.org.br/

A MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL NO MUNDO

Em 1631, a imperatriz indiana Mumtaz Mahal faleceu durante o trabalho de parto do seu décimo quarto filho. Segundo conta a história, seu marido, o imperador Kurram e toda a corte choraram a morte da imperatriz durante dois anos (UNICEF, 2009). Em sua homenagem, o imperador ordenou que fosse construído um monumento sem igual, para que o mundo jamais pudesse esquecê-la. Assim surgiu o Taj Mahal, um dos lugares mais visitados do mundo. Muito se fala do grande amor que justificou sua construção, porém pouco se comenta do que casou a morte da imperatriz (Brasil Escola, 2012).[1]

Apesar de decorridos mais de 400 anos da morte de Mumtaz Mahal por causa obstétrica e mesmo com os inúmeros avanços tecnológicos, atualmente, todos os anos, cerca de 500 mil mulheres e de 4 milhões de recém-nascidos ainda perdem suas vidas por causas facilmente evitáveis, a maioria delas relacionadas à gravidez, ao parto e pós-parto. Isso ocorre porque mesmo com os grandes esforços realizados pela saúde pública, os benefícios não são acessíveis a todos de forma igualitária (Gill, 2012). [2]

Embora as possíveis complicações durante a gestação e o parto sejam as mesmas no mundo todo, suas consequências variam significativamente entre os países e dentro desses, entre as regiões. Segundo o Relatório Mundial da Infância (UNICEF, 2009), o risco de uma mulher que vive em um país menos desenvolvido morrer por complicações relacionadas à gravidez e ao parto é, em média, mais de 300 vezes maior do que no caso de uma que vive em um país industrializado. A melhoria das condições de saúde materna é fundamental para que sejam cumpridos os direitos das mulheres e crianças e atingidos os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. Caso o quinto ODM – melhorar a saúde materna – seja alcançado, isso contribuirá também para o cumprimento do quarto ODM, que busca reduzir em dois terços as taxas de mortalidade de menores de 5 anos entre 1990 e 2015 (UNICEF, 2009). [3]

Ainda segundo o UNICEF (2009), embora o número de óbitos de menores de 5 anos tenha caído de maneira consistente nos últimos 20 anos, a razão de mortalidade materna não teve o mesmo avanço. Em todo o mundo foram pequenos os progressos para alcançar à primeira meta do quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM 5), que visa reduzir em média 75%, até 2015, a taxa de mortalidade materna registrada em 1990(Nações Unidas, 2007). [4]

A SAÚDE MATERNA E NEONATAL NO BRASIL

O Brasil segue no desafio de cumprir o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) que tem como uma das metas reduzir a mortalidade materna para um valor igual ou inferior a 35 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV) até 2015, o que corresponde a, pelo menos, três quartos das 140 mortes maternas, por 100 mil nascidos vivos, estimadas para 1990. De 1990 a 2010, o número de mortes maternas caiu de 120 para 56 a cada 100 mil nascimentos, uma queda de 51%. Esses dados são do relatório *"Tendências da Mortalidade Materna: 1990 a 2010"* elaborado conjuntamente pela Organização Mundial da Saúde- OMS, Fundo das Nações Unidas para a Infância - UNICEF, Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA e Banco Mundial. O documento afirma que 50 países, incluindo o Brasil, conseguiram progresso substancial para atingir o ODM de reduzir em 75% a mortalidade materna entre1990 e 2015, porém ainda há um importante caminho a percorrer (PNUD, 2012). [5]

As principais causas de mortes maternas no Brasil são a hipertensão, as hemorragias, as infecções puerperais, além do aborto e das doenças do aparelho circulatório. Apesar da melhoria na cobertura da atenção pré-natal e da assistência ao parto hospitalar, a qualidade desses serviços ainda precisa melhorar muito, inclusive a humanização da assistência.

Com relação à mortalidade na infância, segundo o PNUD (2012), o Brasil está no caminho para atingir o ODM 4 graças à redução de cerca de

50% na taxa de mortalidade infantil no período de 2000 a 2010. Em 2000, 29,7 a cada mil crianças nascidas vivas não completavam o primeiro ano de vida. Em 2010, o índice reduziu para 15,6/1.000 (Blog da saúde, 2012). [6]

Até 2015, a meta é reduzir esse número para 17,9 óbitos por mil, mas a desigualdade ainda é grande: crianças pobres têm mais do que o dobro de chance de morrer do que as ricas, e as nascidas de mães negras e indígenas têm maior taxa de mortalidade que as brancas. O Nordeste apresentou a maior queda nas mortes de zero a cinco anos, mas a mortalidade da infância nessa região ainda é o quase o dobro das taxas registradas no Sudeste, Sul e Centro-Oeste (PNUD, 2012).

As afecções perinatais são a principal causa do óbito infantil no Brasil e estão relacionadas principalmente a falta de acesso a serviços de atenção ao pré-parto, parto e neonatal de qualidade, especialmente no Norte e Nordeste.

A SAÚDE MATERNA E NEONATAL NO CEARÁ

Recentemente o Ministério da Saúde noticiou a redução de 44% no número de casos de mortalidade materna no Ceará de janeiro a setembro de 2011 em relação ao mesmo período de 2010, a maior queda entre os estados brasileiros. Em 2011 foram no notificados 57 óbitos maternos. A taxa de mortalidade materna do Ceará de 2010, correspondendo a 70,6 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos, índice que preocupa e que é bem próximo ao índice do nordeste - 71,1 mortes maternas para 100.000 nascidos vivos (Portal da Saúde, 2012). [7]

De uma maneira geral, pode-se dizer que, a partir desses dois indicadores, o Estado do Ceará vem procurado melhorar a saúde das gestantes e, com isso, reduzir a mortalidade materna; entretanto, ainda é preciso reduzir bastante essa taxa para alcançar a meta estabelecida pela ONU, cujo valor é de 23.44 por 100 mil nascidos vivos, até 2015 (Ceara, 2010). [8]

O Ceará tem mostrado uma cobertura muito boa de pré-natal, mas a qualidade precisa melhorar. Nem todos os exames são feitos, as pessoas que realizam o acompanhamento não são qualificadas e a mulher deixa para fazer o pré-natal tardiamente. Isso tudo faz com que os riscos não sejam identificados e as complicações evitadas.

Para alcançar a meta é necessário reduzir o número de cesarianas, além de melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal, ao parto e pós-parto. Outro problema que merece destaque é o número ainda insuficiente de leitos de UTI para atender as mães e bebes em caso de complicações.

AÇÕES PARA MELHORAR A SAÚDE MATERNA E NEONATAL NO BRASIL

O desejo de melhorar a atenção ao pré-parto, parto e nascimento foi intensificado no Brasil a partir da década de 80, quando o movimento feminista passou a reivindicar que gravidez não fosse tratada como doença. Em 1983, o Ministério da Saúde lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. Em 2000, o Programa de Humanização do Parto e Nascimento foi lançado visando estimular iniciativas inovadoras.

Para reduzir as desigualdades entre as regiões e acelerar a melhoria dos indicadores no resto do País, o Governo Federal lançou no início de 2009 o Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil no Nordeste e Amazônia Legal, com o objetivo de diminuir em, no mínimo, 5% ao ano o número de óbitos, sobretudo dos bebês com até 27 dias de vida. As ações previstas abrangiam qualificação da atenção primária de saúde e do sistema hospitalar para garantir a melhoria da qualidade do acompanhamento pré-natal, ao parto, a puérpera e ao recém-nascido, impactando, assim sobre a mortalidade materna e infantil nessas regiões (Brasil, 2012). [9]

Mais recentemente o Ministério da Saúde lançou a Rede Cegonha, estratégia que visa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada durante a gravidez, parto e

puerpério, e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. A estratégia inclui três objetivos: 1) promover um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança; 2) construir uma rede de atenção que garanta acesso, acolhimento e resolutividade; 3) alcançar a redução da mortalidade materna e neonatal. A Rede Cegonha está sendo implantada em municípios com maiores taxas de mortalidade infantil e razão de mortalidade materna, além de maior densidade populacional (MS, 2012). [10]

Com os esforços do governo e da sociedade brasileira, foram obtidas importantes vitórias, no entanto, o país ainda enfrenta grandes desafios para assegurar o direito à sobrevivência e ao desenvolvimento de cada criança e à saúde de cada gestante, principalmente na Amazônia Legal e no Semi-árido. Persistem problemas que distanciam a assistência ao pré-natal, parto e puerpério do modelo ideal, tais como inadequação da estrutura física, rotinas inapropriadas, serviços pouco humanizados, recursos humanos despreparados e que não respeitam os direitos da gestante e da criança.

Garantir o acesso universal e melhorar a qualidade dos serviços de saúde é essencial. Para isso, os direitos assegurados em lei precisam se concretizar por meio de políticas públicas. Para isso, uma importante estratégia é assegurar que as mulheres, gestantes e famílias conheçam e saibam como exigir seus direitos e de seus bebês.

Visando promover esses direitos, o UNICEF e o Ministério da Saúde elaboraram o guia dos Direitos da Gestante e do Bebe, uma publicação desenvolvida para ajudar a fortalecer o controle social por meio da ação de conselheiros, agentes comunitários de saúde, profissionais da assistência social, lideranças comunitárias, da imprensa e da sociedade. Este Guia apresenta informações essenciais sobre o direito ao pré-natal de qualidade, ao parto humanizado e à assistência ao recém-nascido e à mãe, além de dados sobre a legislação vigente. Ele parte do princípio que a informação é fundamental para que os direitos sejam garantidos, respeitados e cumpridos (UNICEF, 2011).

O guia é dividido em quatro capítulos: Direitos da gestante e do bebê; Direito ao pré-natal de qualidade; Direito ao parto humanizado e assistência de qualidade; Como garantir os seus direitos; e faz parte das ações da Rede Cegonha (UNICEF, 2011). [11]

Esta publicação serviu de roteiro norteador para a realização do projeto “Os direitos da Gestante e da Criança em 4 estações – Caminhos pela Vida”. Este projeto aconteceu na faculdade de medicina Christus, e teve como principal atividade um seminário para técnicos municipais. Para a realização do seminário, a faculdade teve 04 salas adaptadas para demonstrar, em quatro estações (ou oficinas), como deveria ser o acolhimento, o planejamento familiar, o pré-natal, parto, o acompanhamento pós-parto da puérpera e do bebe, de qualidade. Representantes de 114 municípios do Ceará foram divididos em quatro grupos que passaram alternadamente por essas quatro estações, de modo a conhecerem todos os temas abordados. Em cada estação visitada, os técnicos municipais identificaram as dificuldades existentes em suas cidades para garantir os direitos da gestante e do bebe, bem como as possíveis soluções.

Com informação e mobilização, espera-se mudar a realidade e fazer com que os progressos conquistados pelo Brasil sejam uma realidade para cada bebê e cada gestante, sem nenhuma exceção.

REFERÊNCIAS

1. Brasil Escola: Taj Mahal. Disponível em:<http://www.brasilescola.com/historia/taj-mahal.htm>. Acesso em: 28 de junho de 2012.
2. Gill, Kirrin, Rohini Pande, Anju Malhotra. Women Deliver for Development: Executive Summary. Nova Iorque: Family Care International; 2007. p. 1.
3. Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF): Situação Mundial da Infância 2009: Saúde materna e neonatal. Brasília: UNICEF; 2009. p 11.
4. Nações Unidas. The Millennium development goals report 2007. Nova Iorque: UN; 2007. p. 17.
5. PNUD: Melhorar a saúde materna. Disponível em:< http://www.pnud.org.br/ODM5.aspx>. Acesso em: 30 de junho de 2012.
6. Blog da saúde: Brasil reduz taxa de mortalidade infantil em 47%. Disponível em:<http://www.blog.saude.gov.br/brasil-reduz-taxa-de-mortalidade-infantil-em-47/>. Acesso em: 30 de junho de 2012.
7. Portal da Saúde: Ceará registra queda de 44% na mortalidade materna; [aproximadamente 2 telas]. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/noticia/5324/162/ceara-registra-queda-de-44-na-mortalidade-materna.html>. Acesso em: 30 de junho de 2012.
8. Ceará. Objetivos de desenvolvimento do milênio. Relatório do Estado do Ceará. Fortaleza: IPECE; 2010. p.52.
9. Pacto pela diminuição da mortalidade infantil. Disponível em:http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/maternidade/pos-parto/pacto-pela-diminuicao-da-mortalidade-infantil>.Acesso em 28 de junho de 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Diretrizes Gerais e Operacionais da Rede Cegonha. <Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=37082>. Acesso em 10 de junho de 2012.
11. UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Guia dos direitos da gestante e do bebê. [ilustrações de Ziraldo]. São Paulo: Globo; 2011.

Conflito de Interesse: Não declarado

Correspondência:
Francisca Maria Oliveira Andrade
E-mail: fmandrade@unicef.org

VACINAS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: ATUALIZAÇÃO DO CALENDÁRIO NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES

Vaccines for children and adults in Brazil: Update to the national immunization schedule

Luís Carlos Rey

Infectologista pediatra. Professor adjunto doutor da Disciplina de Saúde Materno-Infantil da Faculdade de Medicina da UFC. Pesquisador do IBIMED – Unidade de Pesquisas Clínicas da UFC.

RESUMO

Introdução: O Brasil tem realizado esforços consideráveis para cumprir as metas do Programa Nacional de Imunizações (PNI), desde sua criação em 1973. A partir da introdução das vacinas contra tuberculose (BCG), difteria-tétano-pertussis (DTP) e pólio oral (OPV), as doenças imunopreveníveis sofreram forte impacto epidemiológico, enquanto que novas vacinas têm sido progressivamente introduzidas no PNI. **Objetivos**: Rever a situação atual da vacinação pública; descrever os imunobiológicos e seu impacto no calendário nacional de vacinação. **Métodos**: Foram revistos sistematicamente os artigos científicos nas bases de dados de Medline e Lilacs, além de pesquisadas as páginas do Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais de Saúde para dados epidemiológicos e de cobertura vacinal. **Resultados**: O Brasil está entre os países emergentes com maior diversidade de vacinas e elevada cobertura vacinal do mundo. Desde a início do PNI com 6 imunógenos (BCG, difteria, tétano, coqueluche, pólio oral e sarampo), já foram introduzidas as vacinas contra hepatite B, vacina conjugada contra Haemophilus influenzae tipo b, tríplice viral (sarampo-caxumba-rubéola), vacina contra rotavírus, vacina antipólio inativada (IPV), vacina meningocócica C conjugada e pneumocócica 10-valente conjugada. O Ministério da Saúde anunciou que vacinas contra varicela e hepatite A serão acrescentadas ao calendário em 2013. A vacinação contra a gripe foi ampliada para lactentes entre 6 e 24 meses de idade e gestantes de todas as idades. A IPV substituirá as duas primeiras doses da antipólio oral (OPV) e haverá apenas um dia de campanha com OPV. A vacina contra HPV (papilomavirus humano) é esperada no PNI provavelmente em 2014. Vacinas ainda ausentes da rotina podem ser indicadas para indivíduos com risco aumentado de morbimortalidade por doenças imunopreveníveis e estão disponíveis nos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE). **Conclusões**: O Brasil possui o mais extenso programa nacional de vacinação pública e mantém uma elevada cobertura vacinal da população infantil enquanto novas vacinas foram acrescentadas ao PNI e outras têm previsão de fazer parte do calendário a curto prazo.

Palavras-chave: Criança, Prevenção Primária, Vacina

ABSTRACT

Brazil has enjoyed a considerable success with its Expanded Program of Immunization (EPI), created in 1973. Since the introduction of BCG, diphtheria-tetanus-pertussis (DTP) and oral polio vaccines, new vaccines have been introduced steadly in the EPI. **Objectives**: To review the present situation of public immunization and to evaluate the impact of new vaccines in the EPI. **Methods**: A systematic review of scientific papers was made in Medline and Lilacs databases, as well as the search for publications at the Ministry of Health and State Secretaries of Health websites, for epidemiologic data and vaccine coverage. **Results**: Brasil is placed among the emerging countries with largest vaccine diversity and highest vaccine coverage in the world. Since the beginning of the EPI with 6 imunnogens (BCG, DPT, oral polio and measles) were added vaccines against hepatitis B, *Haemophilus influenzae* type b (conjugated), and measles-mumps-rubella (MMR). In recent years, vaccines against rotavirus, meningococcus C conjugated and 10-v pneumococcus conjugated were introduced, as well as the replacement of two doses oral polio (OPV) by inactivated polio vaccine (IPV), and the reduction of the National Campaign of oral polio immunization to a single day in the year. Vaccination against influenza now is routinely given to infants 6 to 24 months of age and pregnant women. In 2013, hepatitis A and varicella vaccine will join the EPI. HPV vaccine (human papilomavirus), is awaited probably for 2014. Vaccines still absent from routine schedule can be prescribed for children and adolescent with high morbidity and mortality risk of vaccine-preventable diseases and are available at the Reference Center for Special Immunobiologicals (CRIE).Conclusions: Brasil has the largest public national immunization program and keeps a high vaccination coverage of the child population while new vaccines has been added to EPI and others are forseen to join the schedule in the short term.

Keywords: Child, Primary Prevention, Vaccine

INTRODUÇÃO

A criação do Programa Nacional de Imunizações completou 38 anos em setembro de 2011. Trata-se de um dos mais bem sucedidos programas de vacinação pública do mundo, sobretudo por seus problemas de escassos recursos humanos e materiais, de transporte adequado (cadeia de frio), dificuldades próprias da grande extensão geográfica, barreiras de acesso, etc. No entanto, o país conseguiu rapidamente elevar suas taxas de cobertura, e modificar a epidemiologia de diversas doenças imunopreveníveis.[1,2]

A história da vacinação no Brasil começa com a campanha contra a varíola, iniciada no século XIX e comandada por Oswaldo Cruz. Pelo seu caráter compulsório, a campanha fracassou devido à alta rejeição popular à medida, ainda que a doença tivesse uma alta letalidade, como se viu na epidemia que se seguiu. A varíola foi erradicada somente em 1973, daquela vez graças ao sucesso da vacinação maciça no país. Durante os anos 1940, a febre amarela urbana foi contida no Rio de Janeiro através da erradicação do mosquito transmissor, da vacinação rotineira e dos bloqueios de caso (a vacina contra a febre amarela foi desenvolvida na década de 30)[1,2]. Um dos maiores laboratórios nacionais, Biomanguinhos produz hoje 100 milhões de doses/ano de vacina contra febre amarela (é o maior produtor mundial), sendo fornecedor desse produto para o mundo através da Organização Mundial da Saúde. [3]

Além da vacina contra febre amarela, o Brasil oferece a vários países e organizações mundiais tecnologia de estocagem e transporte de vacinas, treinamento em campanhas de vacinação em massa, além do envio de equipes técnicas para bloqueio de surtos. [1,2]

O impacto das vacinas BCG, difteria-tétano-pertussis (DTP), sarampo e poliomielite sobre a epidemiologia é imenso. Enquanto a tuberculose pulmonar vem caindo lenta mas continuamente, as formas graves de tuberculose (miliária e

meningoencefalite) foram reduzidas a poucos casos anuais. A difteria é hoje raríssima no Brasil, particularmente depois da implantação da vacina dupla tipo adulto para todos os casos de reforço de tétano nos pacientes com ferimentos e nas gestantes. A taxa de casos de tétano, tanto neonatal quanto acidental, resistia à queda devido às baixas coberturas em adultos, Após intensas campanhas de vacinação de adultos e gestantes, ambas as formas foram fortemente reduzidas.[4]

A campanha contra o tétano neonatal teve seu ritmo reforçado através da vigilância das gestantes suscetíveis no Plano de Erradicação de 1992, quando ainda ocorriam mais de 200 casos por ano no Brasil. Em 2003, o número de casos era inferior a 10 por ano. O sarampo, até os anos 70 uma doença considerada quase "normal" na infância, começou a ser fortemente prevenida pela introdução da vacina no PNI inicialmente aos 9 meses de idade. No entanto as coberturas eram baixas, e epidemias ocorreram regularmente, em 1980, 1084, 1986, até 1990. Como parte da implantação do plano de Controle e Erradicação do Sarampo em 1992, foi realizada uma campanha nacional de Erradicação do Sarampo, que vacinou em um mês 96% da população-alvo entre 9 meses e 14 anos de idade. O número de casos, que em 1991era de 23.990, caiu para 3.234 em 1992. Nos anos 1993 e 1994 ocorreram pequenos surtos, com metade dos casos acima de 15 anos de idade. Em 1995 não ocorreu nenhum surto de sarampo no país.[1,2] Em 1997 o Brasil sofreu um forte aumento de notificações (57000 casos, com 61 óbitos), devido a um visitante estrangeiro que contaminou muitos suscetíveis a partir de São Paulo. A doença se espalhou pelo país, sendo o sul do Ceará fortemente atingido pela epidemia. Nos anos seguintes ocorreram poucos casos, sobretudo pelas medicas eficazes de bloqueio vacinal nos municípios atingidos. Desde 2000 não há casos autóctones de sarampo no país, somente sarampo importado da Europa e da Ásia. Posteriormente, o continente americano foi declarado zona livre de transmissão de sarampo, o primeiro continente no mundo a ganhar essa condição. A introdução da vacina recombinante contra a hepatite B no Brasil em 1996, visou prevenir uma doença adquirida por contaminação com sangue e derivados, por via sexual e por via placentária (transmissão materno-fetal). O Brasil apresenta regiões com três níveis de incidência da hepatite B (elevada: região amazônica, áreas do Espírito Santo, vale do Itajaí em Santa Catarina e Ribeirão Preto e Santos em São Paulo), média (Nordeste, Centro-Oeste, Sudeste) e baixa (região sul).

Inicialmente introduzida em campanhas no Amazonas em 1989, como rotina a partir de 1991, e depois progressivamente em todo o país (com acréscimo anual dos estados ao programa) até 1998, sob a forma de três doses (antes das 12 horas de vida no RN, com 1 e 6 meses de idade). A partir de 2000 foram atingidas coberturas elevadas (90% ou mais), com a redução de casos confirmados de hepatite B caindo de 8500 em 1996 para 3200 em 2002. Em regiões da Amazônia, a prevalência de 15 a 18% de positivos na população em 1988, caiu para 3 a 7% em dez anos. A vacinação contra hemófilo b (*Haemophilus influenzae* capsulado tipo b - Hib), iniciada em 1999, atingiu rapidamente níveis de cobertura próximos de 100%, graças à introdução do antígeno conjugado na mesma aplicação dos antígenos tetânico, diftérico e da coqueluche, compondo a vacina quádrupla bacteriana aos 2, 4 e 6 meses de idade. A vigilância dos casos de meningite e outras doenças sistêmicas por Hib mostrou uma redução drástica já ao fim de três anos após o início da vacinação de rotina.

A vacina contra rubéola, juntamente com caxumba ou parotidite e sarampo (vacina tríplice viral), foi introduzida no PNI há menos de duas décadas. O objetivo maior da vacina anti-rubeólica não é prevenir contra a doença adquirida, mas, sobretudo evitar a síndrome da rubéola congênita, que ocorrem nos fetos cujas gestantes adquirem a doença antes dos 4 meses de gestação. O programa de vacinação contra a rubéola impõe uma elevada taxa de cobertura vacinal, uma vez que com baixas coberturas a doença tende a ocorrer em adultos (e mulheres em idade fértil), aumentando o número de casos de infecção congênita. Além da dose de tríplice viral com 1 ano,

está prevista uma segunda dose antes da entrada na escola, entre 4 e 5 anos. Foram realizadas campanhas de vacinação de mulheres em idade fértil (10-49 anos) e posteriormente também em homens. [2,5,6] Recentemente o Brasil recebeu da OMS o certificado de país livre de transmissão da rubéola. Hoje, todos os bloqueios vacinais de casos de sarampo ou rubéola notificados são realizados com a vacina dupla sarampo-rubéola. A redução dos casos de meningoencefalite por vírus da caxumba demonstrou a eficácia vacinal desse componente, associada às altas coberturas da vacina tríplice viral. [7,8]

A seguir abordaremos as características e os aspectos mais importantes das vacinas do calendário oficial.

VACINA BCG

A vacina BCG (sigla de Bacilo Calmette-Guérin) é composta de bacilos vivos atenuados de *Mycobacterium bovis* e desenvolvida em 1924 no Instituto Pasteur de Paris. A via oral foi utilizada no Brasil durante décadas até 1968. [1,2] A partir de 1973, a via intradérmica (ID) passou a ser a única utilizada, sendo a cepa BCG Moreau, de 1925, a referência nacional para a produção da vacina. A BCG é obrigatória por portaria ministerial de 1976.[2] O número de partículas infectantes é importante para que a eficácia seja mantida, razão pela qual a manutenção da rede de frio e a proteção contra a luz são fundamentais. A vacina (0,1 ml), é aplicada por via intradérmica. A cronologia da reação dérmica passa pela formação de mácula (7-10 dias), pústula, crosta (15-30 dias), úlcera (3-4 meses) que deixa cicatrização de 4-8 mm de diâmetro (5,6). Segundo dados mundiais, a proteção contra todas as formas de tuberculose é de 50%, sendo de 67% para a forma de meningoencefalite, e 78% para as formas disseminadas (miliária). No Brasil, estudos comprovam que a proteção contra a meningoencefalite tuberculosa das crianças vacinadas com BCG é próxima de 100% (8). As complicações da BCG são: abscessos no local da aplicação, fístulas de linfonodos regionais e abscessos por BCG à distância (ósseos, vísceras). [5]

A reação intradérmica com tuberculina ou teste tuberculínico é uma reação de hipersensibilidade tardia que ocorre cerca de 3 meses após a vacinação e permanece até dois anos após a aplicação. Os casos de reação forte fora desse intervalo pode significar doença pulmonar ou de disseminação linfática (tuberculose ganglionar). O PNI preconiza a vacina ao nascer (na maternidade). O peso mínimo para aplicação é de 2000 g. Uma segunda dose de BCG em escolares havia sido instituída em nível experimental, porém foi retirada em função de sua ineficácia para prevenir o pico de tuberculose pulmonar observado em jovens adultos. Os RN contatos de mãe bacilífera não devem ser vacinados, e a profilaxia primária deve ser feita com isoniazida 10 mg/kg durante 3 meses. Após esse período, caso a reação tuberculínica seja positiva, continua-se a profilaxia por mais 3 meses, ou trata-se a criança se ela apresentar tuberculose-doença. No caso de reação negativa após 3 meses, suspende-se a isoniazida e procede-se à vacinação com BCG-ID. A mãe com tuberculose pode amamentar durante seu tratamento quimioterápico, quando ela utilizará máscara durante a amamentação, respeitando-se o período de transmissibilidade (entre 15 e 30 dias após o início do tratamento, segundo a negativação do exame de escarro). [9]

VACINAS ANTIPOLIOMIELÍTICAS

A poliomielite é uma doença de transmissão fecal-oral gravíssima tanto pela letalidade quanto pelas seqüelas paralíticas que causa, ocorrendo em cerca de 5% dos infectados por um dos 3 poliovirus circulantes. A vacina antipoliomielite oral (VPO) é uma suspensão de poliovírus vivos atenuados dos três sorotipos existentes na proporção 10:1:6 respectivamente. A imunização básica é obtida com mínimo de três doses a intervalos de dois meses (aos 2,4,6 meses de idade). A utilização da vacina de forma maciça, com elevada cobertura vacinal de rotina quanto pela participação de crianças menores de cinco anos nos Dias Nacionais de Vacinação contra Paralisia Infantil (junho e agosto), permitiram ao Brasil, apesar das dificuldades logísticas de distribuição e conservação, acesso a populações

remotas etc., obter altas coberturas vacinais por décadas. As medidas de vacinação, vigilância e controle dos casos suspeitos fizeram com que o último caso no Brasil ocorresse em 1989 e a transmissão do poliovírus abolida do país no início dos anos 90. [1,2,3]

Em 1994, a OPAS certificou a erradicação da transmissão autóctone do poliovirus selvagem na América, o primeiro continente a atingir esta meta, seguido depois pela região do Pacífico Ocidental (inclusive China e Austrália) em 2000, e pela Europa em 2002. Atualmente a doença ainda ocorre de forma endêmica ou esporádica em países como Nigéria, Paquistão e Afeganistão. A Índia não refere mais casos de pólio selvagem há um ano. Há alguns anos, o sorotipo 1 foi eliminado em escala planetária. O número de novos casos nessas regiões da África e Ásia vem sendo reduzido ano a ano através de intensa vacinação, supervisão e vigilância epidemiológica, inclusive com vacinas monovalentes contra os sorotipos 2 e 3, mais eficazes. A grande vantagem da VPO é sua propriedade de multiplicar-se no intestino do recipiente e ser eliminada durante um curto período no ambiente, competindo com o vírus selvagem e imunizando outras pessoas suscetíveis. Apesar dessas qualidades, a VPO tem efeitos colaterais raros, mas graves associados a:

- pólio paralítica por vírus vacinal (PVV) – ocorre no Brasil cerca de 1 caso de pólio vacinal por milhão de doses por ano, tanto em indivíduos hígidos (mais raro) quanto em imunossuprimidos (milhares de vezes mais suscetíveis), seja em recipientes da vacina ou contatos com vacinados). Enquanto a VPO for utilizada, esses casos de pólio vacinal, ainda que raros, continuarão a ocorrer:
- pólio paralítica por vírus **derivado** da vacina (vírus vacinal mutante) (PVDV)– são casos de pólio causados por poliovírus vacinais mutantes circulantes (cVDPV) (>1% de diferença genética com o vírus vacinal original); a póllio paralítica decorre da reversão para a virulência dos poliovirus vacinais. Os cVDPV ocorrem em regiões onde a cobertura vacinal é baixa, permitindo que vírus vacinais circulem entre contatos suscetíveis através do ambiente, favorecendo a ocorrência de mutações.

Em 10 anos, mais de 10 bilhões de doses de VPO foram distribuídas a pouco mais de 2 bilhões de crianças no mundo todo. Nesse mesmo período, cerca de 9 surtos por cVDPV ocorreram em 9 países com baixa cobertura vacinal, resultando em 200 casos de pólio por cVDPV. Populações plenamente vacinadas com VPO estão imunes a qualquer infecção por poliovirus, seja este selvagem ou derivado da vacina. [8,10]

Em 2012, o Brasil introduziu na imunização de rotina a vacina inativada contra poliomielite (VPI) aos 2 e 4 meses de idade, substituindo a VPO pela VPI e mantendo VPO aos 6 e 15 meses. Houve redução dos Dias Nacionais de Vacinação contra a Poliomielite com VPO para apenas um, em junho. A VPI, além de mais imunogênica que a VPO, por ser constituída de vírus inativados, não gera PVV ou PVDV em suscetíveis.

VACINAS CONTRA DIFTERIA, TÉTANO E COQUELUCHE (PERTUSSIS)

A vacina contra difteria, tétano e ou DTP é conhecida como a tríplice bacteriana. Trata-se da combinação dos toxóides diftérico (D), tetânico (T) e de células de *Bordetella pertussis* mortas (P). Os componentes D e T constituem excelentes imunógenos, com taxa de soroconversão acima de 95%. Já o componente pertussis apresenta proteção sorológica entre 65 e 85% segundo os estudos. As doses de DTP podem ser administradas em crianças a partir de 2 meses (três doses com dois meses de intervalo), com reforços aos 15 meses e entre 4 e 5 anos. A imunidade conferida é de 10 anos para os três componentes, porém o componente diftérico necessita de doses menores (dT ou dupla adulto) e o componente pertussis não pode ser aplicado em indivíduos acima de 6 anos devido à elevada reatogenicidade.

As reações adversas causadas pela vacina DTP são devidas essencialmente ao componente pertussis da suspensão. Os episódios se classificam em localizados (freqüentes, caracterizados por dor, calor, tumefação e eritema na área de inoculação), e sistêmicos. As reações sistêmicas leves mais

comuns são febre e malestar. As moderadas são constituídas de choro prolongado de tonalidade aguda, irritabilidade, agitação ou sonolência. Reações sistêmicas graves podem ocorrer raramente (menos de 1 episódio por 100.000 doses) e são constituídas por encefalopatia apresentando-se como convulsão até 3 dias depois de uma dose, episódio hipotônico hiporresponsivo (shock-like syndrome) até 48 horas ou coma. [9] Nesses casos, a vacina DTP está contraindicada nas próximas doses e deve ser utilizada a dupla infantil DT ou a DTPa (vacina DT associada com vacina pertussis acelular, menos reatogênica). Quadros de encefalite ou morte súbita não foram associados com doses de DTP segundo vários estudos prospectivos.

Surtos de coqueluche têm ocorrido no Brasil, principalmente entre adultos, mas a letalidade por coqueluche é quase toda concentrada em crianças menores de 6 meses (que não completaram o esquema vacinal básico). Como a vacina de células inteiras é indicada somente a menores de 7 anos, a imunidade decai com o tempo, e os adultos tornam-se suscetíveis. A vacina acelular contra a coqueluche é uma suspensão de proteínas de superfície, composta de combinações de toxina pertussis, aglutinógeno, hemaglutinina filamentosa com ou sem pertactina. [11] Em 1997 a Agência Americana para Medicamentos (FDA) licenciou a primeira vacina tríplice bacteriana contendo pertussis acelular para imunização básica em crianças (DTPa); em 2005, outras duas vacinas pertussis acelulares associadas a diferia e tétano (dTpa, contendo menos antígenos de toxóide diftérico e de *B. pertussis*) foram licenciadas para reforços em jovens acima de 11 anos e adultos. A intenção é manter os adultos imunizados e não colonizados para evitar a coqueluche em neonatos e lactentes jovens. Uma estratégia denominada *coccoon* (nicho ou concha) se propõe a vacinar os pais e familiares jovens e adultos em contato direto com o RN para evitar a transmissão doméstica de *B. pertussis*. Jovens de 11 a 18 anos devem receber a vacina tríplice dTPa (em vez de dT) como reforço do esquema de cinco doses com DTP/DTPa na infância. A cada dez anos, esse reforço deve ser renovado. Os adultos < 65 anos que possam ter contato com lactentes jovens devem igualmente ser imunizados pela mesma razão. Acima de 65 anos, os idosos que não receberam dTap nos últimos 10 anos, contatos de lactentes etc podem receber uma dose da vacina tríplice acelular para adultos. Mulheres em idade fértil devem receber dTpa antes de engravidar como forma de transmitir anticorpos contra o tétano, e não contaminar o RN suscetível caso seja portadora assintomática de *B. pertussis*. Aquelas que não o fizeram podem receber a vacina no pós-parto imediato (antes de sair da maternidade). Apesar da gravidez não ser uma contraindicação absoluta, convém avaliar as vantagens e inconvenientes da vacinação da gestante com dTpa. [11,12]

VACINA CONTRA SARAMPO, CAXUMBA E RUBÉOLA

Esta vacina, conhecida como tríplice viral (TV), é composta de vírus vivos atenuados que conferem proteção elevada – 90 a 95% para sarampo e rubéola, 75 a 90% para caxumba. A vacina TV deve ser administrada idealmente aos 12 meses de idade, quando os anticorpos maternos já decaíram, deixando as crianças aptas a serem vacinadas. Um reforço é realizado antes da entrada na escola (entre 4 e 5 anos). As reações adversas a esta vacina são locais (dor, tumefação) e episódios sistêmicos como febre, cefaléia, exantema, náuseas, mialgia ou artralgia são comuns. A vacina dupla rubéola e sarampo devem ser administrados a todos os indivíduos jovens ou adultos não imunizados ou que receberam apenas uma dose da TV na infância.

Em 1973 foi criado o Programa Nacional de Imunização (PNI), mas a vacinação contra o sarampo manteve baixas coberturas nacionais. [2] Até o início da década de 90, o padrão epidemiológico do sarampo cursava com picos epidêmicos a cada 2 ou 3 anos. Em 1992, vacinaram-se crianças de 9 meses a 14 anos, através de campanhas de vacinação em massa, atingindo coberturas de 96,7%. No entanto, apesar dos esforços e um relativo sucesso durante 4 anos, em 1996 ocorreram surtos no sudeste

e sul do país, estendendo-se em 1997 e 1998 para o Centro-Oeste e Nordeste, que justificaram medidas de vacinação rotineira aos 9 e 14 meses, cobertura de catch-up até 39 anos, vigilância epidemiológica de casos suspeitos e bloqueio vacinal. Em 1998 foi criado o Plano Nacional de Erradicação do Sarampo, com políticas de elevação das coberturas vacinais e medidas de vigilância epidemiológica sem precedentes no país. Contra 135.400 casos em 1998, ocorreram apenas 11 casos em 2009, sendo que em 2010 o Ministério da Saúde requereu da OPAS o certificado de país livre de sarampo. O último surto de sarampo autóctone no país ocorreu no Acre em 2000 com 15 casos confirmados, e o último caso em Mato Grosso do Sul em outubro do mesmo ano. Todos os casos da última década no Brasil eram contatos de estrangeiros ou viajantes a países onde o sarampo não está controlado. Em ambos casos, não ocorreu transmissão autóctone. Somente em 2010 alguns casos autóctones entre familiares do caso importado foram confirmados em Belém do Pará. [8]

Quanto ao controle da rubéola, desde 1992 até 2000 o Brasil implantou progressivamente a vacina tríplice viral nos estados da federação. Em 1996, a rubéola passou a ser doença de notificação compulsória. Em 2001-2002 o Brasil realizou uma campanha nacional de vacinação de mulheres em idade fértil (10 a 39 anos) com vacina dupla sarampo-rubéola, talvez a maior já realizada em nível mundial para a erradicação destas duas infecções, dentro do Programa Brasil Livre de Rubéola. [7] A cobertura nacional alcançou 95% da população alvo. [5,6,8] O objetivo era eliminar o risco de rubéola congênita em grávidas suscetíveis, uma vez que a vacina estava sendo aplicada na rotina de crianças com um ano desde o início da década de 90, e antevia-se uma tendência de aumento dos casos de rubéola em idades maiores, inclusive gestantes. Em 2004 foi realizada campanha de seguimento até 4 anos de idade, e incluída a segunda dose da TV no calendário, entre 4 e 6 anos de idade. Posteriormente foi ampliada a campanha de vacinação também do sexo masculino, para eliminar a circulação viral nesse contingente. O Brasil aguarda a resposta da OPAS a seu pedido de certificação de erradicação da rubéola e do sarampo. Contraindicação absoluta às vacinas do sarampo e rubéola são: alergia grave ao ovo e derivados (reações imediatas), uso de gamaglobulina, sangue e derivados até 90 dias antes, gravidez comprovada, imunossuprimidos em geral.

Assim como as vacinas contra o sarampo e a rubéola, a vacina contra o vírus da caxumba é constituída de vírus atenuado da cepa Jerryl Linn ou Urabe em cultura de células.

Os efeitos adversos da TV são: 5-15% de febre a partir do quinto dia, 5% de rash morbiliforme 1 semana após a aplicação da vacina (componente do sarampo); meningite viral em 1 para cada 400-800 mil doses do componente caxumba; rash, febre e linfadenopatia em 5% dos vacinados, 5-12 dias de depois da vacinação, artralgia ou artrite em 0,5% das crianças e 10-15% dos jovens e adultos (componente rubéola).

VACINA CONJUGADA CONTRA *HAEMOPHILUS INFLUENZAE* TIPO B (HIB)

A vacina contra Hib, é constituída de um polissacáride conhecido como PRP (polirribosil-ribitol-fosfato), associado a uma proteína carreadora, que pode ser o toxóide tetânico (PRP-T), ou mutantes de toxóide diftérico CRM197, que conferem imunidade duradoura de células T de memória em crianças menores de dois anos. A proteção é elevada, sendo que a vacina é aplicada aos 2, 4 e 6 meses, sob a forma de vacina quádrupla bacteriana DTP-Hib, ou pentavalente DTP-Hib-HB. Com o uso da DTPa-Hib, é necessário um reforço aos 15-18 meses. Como se trata de um fragmento de cápsula bacteriana, sua contraindicação está limitada às do componente pertussis da DTP-Hib, quando se utiliza a vacina contra Hib monovalente ou DTPa-Hib. [2,5,6] As reações adversas da vacina são essencialmente locais, raramente há sonolência ou irritabilidade. A taxa de proteção é elevada (acima de 95%), eliminando o estado de portador, o que contribui para proteger os não-vacinados

(proteção coletiva ou "de rebanho"). A queda no número de casos de meningite, sepse ou epiglotite por Hib nos EUA desde a introdução da vacina foi superior a 99% .[4]

VACINAS CONTRA ROTAVIRUS

A vacina contra rotavirus, constituída por uma cepa viral humana atenuada, foi introduzida no Brasil de modo pioneiro, uma vez que poucos estudos extensos foram realizados antes de sua implantação no PNI. Foi demonstrado que a cepa vacinal conferia proteção cruzada contra outros sorotipos de rotavirus. A proteção para todas as diarréias por rotavírus é de aproximadamente 70%; para as formas graves, de 86% a 98% e para hospitalização de 80% a 95%. O sorotipo viral da vacina do PNI é o G1P[8]. Existe outra vacina no mercado brasileiro, pentavalente, com sorotipos G1P[5]-G2P[5]-G3P[5]-G4P[5]-G6P[8]. Não há diferença de eficácia entre uma vacina e outra até o presente. Foi comprovado em estudos de coorte de vacinados, que estas vacinas não se associam com a ocorrência de intussuscepção (invaginação intestinal), ou se o fazem, esses eventos muito raros. De todas formas, como esta complicação ocorria após a primeira dose por volta dos seis meses com a vacina anterior (Rotashield, retirada de mercado), o PNI estipula que nenhuma criança será vacinada depois de três meses e 15 dias para a primeira dose, ou depois de 5 meses e meio para a segunda dose. A vacina não sofre interferência quando aplicada simultaneamente com a OPV, mas para outro esquema deve ser respeitado intervalo de 28 dias.[5] Os efeitos adversos são essencialmente intestinais, como diarréia leve ou vômitos.

A vacina pentavalente necessita de três doses para a imunização básica (2, 4, 6 meses), e também tem limitações quanto à idade máxima de aplicação (terceira dose: idade máxima de 8 meses 0 dias). Por serem vacinas vivas atenuadas, estão contraindicadas nas imunodeficiências primárias e secundárias, uso prolongado de corticosteróides, doença crônica ou malformação do trato digestivo ou história prévia de intussuscepção.

VACINAS PNEUMOCÓCICAS CONJUGADAS

A vacina contra pneumococo conjugada 10-valente (PCV-10v) do PNI é uma suspensão de sorotipos (polissacarídeos, PS) conjugados individualmente com proteína D de parede de *H. influenzae* não-tipável (não-capsulado) (8 PS) mas também com toxóide tetânico e diftérico (1 PS cada). Os sorotipos 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14,18C, 19F, 23F estão incluídos na vacina pneumocócica conjugada 10-valente, que desde 2010 foi incluída no PNI para menores de 1 ano. A vacina pneumocócica conjugada 13-valente (PCV-13v) acrescenta os sorotipos 3, 6A e 19A; todos os 13 PS estão conjugados com a proteína CRM197. As duas vacinas são intercambiáveis e devem ser aplicadas aos 2, 4 e 6 meses de idade, com reforço aos 12 meses. A vacina, em três doses com reforço aos 12 meses, confere proteção contra doença grave (meningite e sepse). [13]

Estudos já realizados no Brasil com a introdução da vacina desde 2010 comprovam proteção contra pneumonia causada pelos sorotipos vacinais de 40% (14); a vacinação com PCV-10v eliminou o estado de portador em 36% das crianças. A vacinação completa com PCV-10v conferiu proteção para meningite pneumocócica por sorotipos vacinais em 60% das crianças.[14,15] Também foi demonstrado que ocorre proteção contra otite média por pneumococos contidos na vacina.

A vacina pneumocócica conjugada 13v (PCV-13v ou Prevenar) é a expansão da vacina PCV-7v, produto pioneiro desde 2000. Tanto a vacina PCV-7v e sua substituta PVC-13v apresentam títulos protetores para todos os sorotipos de pneumococo contidos na vacina, tanto para doença sistêmica quanto para otite média e eliminação do estado de portador, acarretando proteção de rebanho que repercute em faixas etárias de crianças além daquelas próprias da vacinação, incluindo infecções pneumocócicas em idosos. [13]

VACINA CONJUGADA CONTRA MENINGOCOCO C

A doença meningocócica (meningite e sepse) é carregada de forte conteúdo emocional pela velocidade de acometimento, alta letalidade (cerca de 18-20%) e evolução em surtos epidêmicos. Os sorotipos que causam a quase totalidade da doença em nível mundial são o A, B, C, W135 e Y. No Brasil, o sorotipo C acomete mais a população do Sul e Sudeste desde 2002, enquanto que o sorotipo B, ainda que prevalente, vem perdendo força no Nordeste em detrimento do sorotipo C. [16,17]

Vacinas polissacarídicas não conjugadas foram utilizadas no passado para reduzir casos durante epidemias de meningococo A ou C, como no Brasil na década de 70. No entanto, estas vacinas não imunizam de forma duradoura as crianças menores de 2 anos, principal alvo da prevenção. As proteínas conjugadas CRM197 (mutante tóxico de toxina diftérica) ou toxóide tetânico são utilizadas para gerar imunidade duradoura de células T a partir dos 3 meses de idade. A experiência bem sucedida da vacina meningocócica C conjugada (MenC) no Reino Unido a partir de 1999 foi determinante para que diversos países passassem a utilizá-la em seu calendário vacinal oficial. Os estudos mostraram dramática redução do número de casos e óbitos, eliminação do estado de portador e proteção de rebanho. As idades de maior eficácia foram os adultos e crianças maiores. Os estudos mostraram que duas doses antes dos seis meses e reforço após um ano conferem proteção duradoura acima de 95% em lactentes abaixo de 12 meses. Acima de um ano, apenas uma dose é suficiente para proteção superior a 95%. Desde o ano de 2010 o MS introduziu a vacina MenC conjugada com CRM197 no PNI no esquema de duas doses aos 3 e 5 meses e reforço com 15 meses de idade. Os efeitos adversos desta vacina MenC conjugada são raros e sobretudo locais.

VACINA CONTRA HEPATITE B

A vacina contra a hepatite B (VHB) é constituída de uma proteína recombinante de HBsAg, e foi incluída no calendário vacinal nacional a partir de 1998 na Amazônia Legal, posteriormente estendida para todo o Brasil. A vacina é eficaz em recém-nascidos, que devem ser vacinados preferencialmente até as 12 h de vida, necessitando no mínimo de 3 doses da vacinação básica (esquema 0, 1, 6m até 2011). Em prematuros abaixo de 2 kg ou menos de 33 semanas de gestação, o esquema preconizado é de 4 doses (0, 1, 2, 6 meses). Crianças maiores e adolescentes podem receber a vacina no esquema 0, 1 e 6 meses. A proteção conferida às crianças vacinadas é de 90 a 95%, melhor que em adultos. Não se recomenda a sorologia para verificar a resposta imune, mas indivíduos que não respondem com alta de anticorpos devem receber novamente 3 doses. Os títulos de anticorpos decaem com o tempo, mas a proteção permanece, sobretudo para as formas crônicas de hepatite B. Pacientes em hemodiálise devem receber uma dose de reforço se os títulos séricos ficarem abaixo de 10 mUI. A vacinação contra hepatite B foi estendida em 2012 até adultos jovens de 29 anos. Também a partir de 2012, a VHB será incorporada à vacina DTP-Hib na rotina da imunização de lactentes para tornar-se vacina pentavalente DTP-Hib-HB, e ser administrada em 4 doses aos 0 (VHB monovalente) e aos 2,4 e 6 meses (pentavalente). [18]

VACINA CONTRA HEPATITE A

A hepatite A é uma infecção aguda cuja epidemiologia varia segundo o estado de saneamento da região ou país. Com baixa cobertura de saneamento, a doença ocorre em crianças jovens, com muitos casos assintomáticos (até 80% anictéricos) e poucas complicações. À medida que melhoram as condições sanitárias, diminui a transmissão fecal-oral e a idade da hepatite aumenta, causando inclusive surtos de maior ou menor porte. As complicações aumentam, sobretudo as hepatites prolongadas, as clinicamente severas (com artrite, encefalite etc) e as fulminantes, potencialmente fatais caso não ocorra um transplante hepático a tempo.

A vacina contra hepatite A foi desenvolvida a partir de vírus cultivados em cultura de fibroblasto

humano, inativados por formalina, criando uma estrutura antigênica inerte conhecida como VLP (vírus-like particule), desprovida de material genético. A vacina é altamente imunogênica com duas aplicações, idealmente aos 12 e 18 meses de idade (eficácia de quase 100%). A vacina pode ser aplicada em associação com a hepatite B, mas são necessárias 3 doses para conferir imunidade aos dois antígenos (devido ao componente da hepatite B). A vacina causa poucos efeitos adversos locais e raramente mal estar ou cefaléia. Ela está contraindicada aos indivíduos que apresentam alergia ao alumínio e fenoxietanol existentes na vacina. A vacinação pós exposição para evitar doença é de eficácia controversa, sendo mais utilizada em associação com a gamaglobulina standard (eficácia de 80 a 95% até 15 dias após a exposição) na dose de 0,02 ml/kg IM. A vacina e a gamaglobulina devem ser aplicadas em locais diferentes. A vacina deverá ser introduzida no calendário vacinal oficial a partir de 2013. [2,6]

VACINA CONTRA VARICELA

A varicela é uma doença endemo-epidêmica que pode causar complicações graves como celulite, encefalite (sobretudo cerebelite transitória), glomerulonefrite etc. A infecção na grávida suscetível também leva perigo de malformação ao feto nos primeiros meses de gestação (embriopatia) ou ao final da gravidez (varicela grave do recém-nascido). As várias vacinas no mercado foram desenvolvidas a partir de vírus vivos atenuados de cepa Oka ou Biken. [2,6] Como outras vacinas de vírus vivos, a vacina contra varicela deve ser dada a partir de 1 ano, com uma segunda dose entre os 4 a 6 anos. A partir de 13 anos, recomenda-se uma segunda dose após 3 meses, com intervalo mínimo de 1 mês entre as duas aplicações. As reações adversas são febre e lesões papulosas sobretudo próximas ao local de aplicação. A proteção vacinal é alta, entre 95 e 100% no seguimento de 7 anos, e após a segunda dose, a imunidade é provavelmente perene. Mesmo quando o vacinado contrai varicela, esta se caracteriza por ser leve, com febre baixa e poucas lesões variceliformes. Em adultos, a eficácia da vacina é menor, de 89 a 94%, com perda da imunidade em 30% dos indivíduos ao longo do tempo. Também foi observado herpes zoster em adultos, alguns anos após a vacinação. As reações secundárias à vacina são locais (dor, edema ou vermelhidão em 30% dos recipientes), e exantema vesicular em 5% das crianças e 10% dos adultos (5-20 dias após a vacinação). A vacina está indicada como profilaxia até 72 horas após contato com caso de varicela, ainda que a gamaglobulina hiperimune contra varicela (VZIG) seja mais eficaz na profilaxia pós-contato. As contraindicações são os tumores de células linfocitárias (pode-se vacinar 3 meses após a remissão), uso de corticosteróides em altas doses ou de hemoderivados (pode-se aguardar seis meses após a suspensão da droga), gestantes e imunossuprimidos primários ou secundários. A vacina contra varicela será incorporada no calendário básico de imunizações da criança após os de 12 meses de idade, em dose única. [12,13]

VACINA CONTRA HPV

A infecção genital pelo papilomavirus humano pode ser aguda ou crônica. Nestes casos, há a possibilidade do vírus integrar-se no genoma das células epiteliais do colo do útero e produzir lesões típicas desse oncovírus, que vão da metaplasia ao câncer in situ (NIC) (estágios NIC-1 e NIC-2) e invasão da membrana basal com disseminação local e hematogênica. As vacinas existentes são produzidas por engenharia genética e constituídas de partículas VLP não infecciosas, expressando a proteína L1. Ambas vacinas possuem os dois sorotipos causadores de 70% das neoplasia do colo uterino (16, 18), e uma delas também imuniza contra duas cepas causadoras de 90% dos condilomas ou verrugas genitais (sorotipos 16 e 18). A eficácia de ambas as vacinas é próxima de 90 a 100% para prevenir a infecção pelo HPV. Ambas vacinas devem ser aplicadas preferencialmente em meninas e mulheres antes de iniciada a vida sexual ativa, pois o contato prévio com o HPV reduz a eficácia vacinal. A vacina quadrivalente deve ser aplicada a partir dos 9 até

os 26 anos de idade em esquema 0-2-6 meses, e a vacina bivalente entre 10 e 25 anos, no esquema 0-1-6 meses. A vacinação do sexo masculino está em estudos avançados, sendo provavelmente liberada para prevenção do câncer peniano pelo HPV. Há evidência científica de sua eficácia na prevenção de 90% dos casos de verrugas em jovens e adultos do sexo masculino sem contato prévio com HPV e 66% independentemente do contato prévio com HPV (entre 16 e 26 anos), com aprovação pela FDA em 2009 para esse fim. [19] Os efeitos adversos da vacina são febre e reações no local da vacina. Contraindicações são gravidez e alergia a componentes vacinais. Imunodeprimidos podem receber a vacina, mas a eficácia pode estar comprometida pela má resposta imune. [12,13]

Há informações de que o Ministério da Saúde irá introduzir uma destas vacinas no calendário vacinal do PNI a partir de 2014.

VACINA CONTRA INFLUENZA

A influenza ou gripe é uma infecção respiratória viral aguda que evolui sob a forma endemo-epidêmica sazonal. Os vírus RNA da influenza A e B sofrem pequenas mutações (drifts) que os tornam imunes a anticorpos presentes anteriormente no hospedeiro, mantendo assim os picos de infecção nos meses mais frios. Mutações maiores ou recombinações antigênicas importantes (shifts) podem causar pandemias com enormes conseqüências em termos de morbimortalidade em todos os continentes. Os vírus A e B são caracterizados pelos fatores de virulência antigênicos H (hemaglutinina) e N (neuraminidase). As combinações entre diversos sorotipos de H e N coexistem, como H1N1, H3N2, H2N1 etc. Além disso, descreve-se a cepa pelo ano e o local de seu isolamento. Para o ano de 2011-2012, o CDC dos Estados Unidos prevê infecções por A/Califórnia/7//2009 (H1N1)-like vírus, A/Perth/16/2009 (H3N1)-like vírus, e B/Brisbane/60/2008-like vírus (os mesmos do ano anterior), que constituirão a vacina do hemisfério norte a ser aplicada a partir de outubro 2011.[22] No hemisfério sul, as mesmas cepas foram identificadas para vacinação a partir de maio de 2012. A vacina anual ou sazonal é constituída de fragmentos virais de três cepas, 2 do tipo A e uma do tipo B. As Sociedades Brasileiras de Pediatria e de Imunizações preconizam a vacinação de todos os indivíduos para prevenir influenza. No PNI, a partir de 2011 foram identificados os grupos de lactentes entre 6 meses e 2 anos, gestantes e idosos a partir de 60 anos como grupos prioritários, além dos indivíduos com risco aumentado de doença respiratória grave pela influenza, como DPOC, asmáticos graves, cardiopatas, nefropatas e usuários crônicos de corticosteróides (CS) e aspirina (risco de síndrome de Reye). [2,6] A duração da imunidade (soroconversão contra cepas homólogas ocorre em 70-80% dos vacinados) é inferior a um ano, necessitando de doses anuais. Nas crianças menores de 9 anos, são necessárias no primeiro ano duas doses com intervalo de 1 mês, e posteriormente uma dose anual. A proteção da vacina é melhor para pneumonia, hospitalização e morte por influenza ou associada a esta. Nos imunodeprimidos, a proteção é menor. A vacina não previne a infecção, mas contatos (por exemplo, crianças) de suscetíveis com risco aumentado para doença grave (p. ex. imunodepressão, corticoterapia prolongada) podem transmitir varicela e devem ser vacinados. A vacina apresenta reações adversas essencialmente locais, mas casos de febre, mialgia e astenia pode ocorrer em 10% dos vacinados. [12,13]

VACINA CONTRA FEBRE AMARELA

A febre amarela é uma arbovirose causada pelo vírus RNA amarilium, um flavivirus como o vírus da dengue entre outros. Os casos recentes ocorridos no Brasil e na América do Sul foram de origem silvestre, não havendo casos urbanos. [1,4] Assim mesmo, por ser uma doença com letalidade elevada, acima de 80% em adultos, a vacinação da Amazônia Legal, Maranhão, oeste dos estados de São Paulo, Paraná e Santa Catarina, e todo o Centro-Oeste é mandatória. A vacina, existente desde os anos 30, é eficaz e a cepa de referência 17D-204 e a subcepa 17DD pouco variou desde então, mostrando-se segura e eficaz durante mais

de 7 décadas. [20,21] A vacina de vírus vivo atenuado é fabricada no Brasil sob supervisão da OMS e distribuída para diversos países. Apesar de seu uso sistemático em diversos continentes, não se conhece nenhum caso de reversão de virulência do vírus vacinal. Os casos de reação adversa grave à vacina são devido a suscetibilidades individuais, e ocorrem com frequência de 1: 100.000 a 1: 300.000 recipientes. A idade de vacinação rotineira é de 9 meses (podendo ser reduzida a 6 meses se necessário) na região amazônica, centro-oeste e áreas de transição; viajantes para essas áreas, sobretudo os que vão para zona rural ou a floresta, devem ser imunizados até 10 dias antes da viagem. A imunidade decai com o tempo, sendo que reforços a cada 10 anos oferecem proteção efetiva.

Contraindicações à vacina são: alergia severa a componentes de ovo, imunodeficiência, terapêutica imunossupressora, gravidez etc. Os eventos adversos da vacina são dor local e febre. Mais raramente ocorre urticária, broncoespasmo, náuseas ou linfadenopatia. São descritos 21 casos de encefalopatia relacionados com a vacinação em mais de 200 milhões de doses aplicadas. A maioria dos casos ocorreu em crianças com menos de 6 meses de idade. Há discussões sobre a possibilidade de inclusão desta vacina para toda a população infantil brasileira, devido à expansão do mosquito *A. aegypti*, transmissor do vírus amarílico, para quase todo o território brasileiro.

VACINA ANTI-RÁBICA

O cão é o principal transmissor urbano da raiva humana no Brasil. Na zona rural, o morcego é o principal agente transmissor. A doença se caracteriza por uma encefalite gravíssima caracterizada por espasticidade, demência ou paralisia, fatal em 100% dos casos. Em 1954 a China desenvolve uma vacina produzida a partir de cérebro de ratos recém-nascidos. Desde 1985, o PNI adotou a vacina anti-rábica humana tipo Fuenzalida e Palácios, produzida em tecido nervoso desmielinizado de camundongos lactentes infectados. No entanto, a vacina causava muitas reações sistêmicas (febre, cefaléia, irritabilidade, insônia, dores musculares e articulares, alérgicas (urticária e choque anafilático)). As complicações neurológicas eram raras mas graves (encefalite, mielite, neurite e paralisia ascendente), limitando sua utilização apenas na profilaxia pós-exposição. Mais recentemente, a vacina da cepa Wistar, cultivada em células Vero com tecnologia Sanofi Pasteur, adaptadas para cultivo em grande escala, mudou este contexto. Os vírus são inativados pela betapropiolactona, purificados e estabilizados até a liofilização.[23] Esta vacina é utilizada na profilaxia pré-exposição, em indivíduos com maior risco de exposição a raiva ou animais transmissores (técnicos de laboratório, trabalhadores da área florestal, limpeza urbana, veterinários etc). 100% dos vacinados têm soroconversão na primeira semana. Aos 14 dias, 100% dos vacinados apresentam níveis protetores. A vacina pode ser aplicada pela via SC ou IM, de preferência no deltóide. Para a profilaxia pré-exposição, três doses nos dias 0, 7 e 28 são suficientes. Uma a três semanas da última dose deve ser verificada a resposta de anticorpos. A OMS preconiza um nível protetor mínimo de 0,5 UL/ml. Para os indivíduos com exposição contínua a animais potencialmente transmissores, um reforço anual é necessário. Para indivíduos não expostos ao risco, realizar uma dose de reforço com um ano e após cada três anos. Para profilaxia pós-exposição, em indivíduos não imunizados o esquema empregado é 0, 3, 7, 14 e 30 dias, podendo ser feito um reforço após 90 dias. Em caso de alto risco de raiva, o soro humano (gamaglobulina humana anti-rábica) é utilizado na dose de 10 UI/kg de peso no D0. A vacinação pós-exposição de indivíduos previamente imunizados é feita da seguinte forma: se a última dose tiver menos de 1 ano, apenas uma dose suplementar é necessária. Se tiver entre 1 e 3 anos, 3 doses (0-3-7dias) são suficientes. Vacinado com mais de três anos ou esquema incompleto: deve ser considerado não vacinado, receber as cinco doses de vacina (0-3-7-14-30) e eventualmente soro anti-rábico. As reações vacinais à vacina anti-rábica de cultura celular são leves e tendem a desaparecer em 48 horas. Consistem em reações locais e reações sistêmicas raras como febre moderada, cefaléia, mialgia, astenia, desconforto e aumento de linfonodos. [2,4,6]

Quadro 1. Via de administração das principais vacinas do PNI e licenciadas no Brasil.

Princípio ativo	Via de administração	Comentários
Vacina BCG	Subcutânea	Ao nascer. Não aplicar em < 2000g
Vacina contra hepatite B (VHB)	Intramuscular	Região anterolateral da coxa (< 2 anos) ou deltóide (> 2 anos)
Vacina DTP-Hib-HB, DTPa, dTpa	Intramuscular	Idem acima
Vacina antipólio oral (OPV)	Oral	Repor a dose caso a criança regurgite
Vacina contra rotavirus	Oral	Não aplicar 1ª dose >3 m e 15 dias e 2ª dose >5 m
Vacina antipólio inativada (IPV)	Intramuscular ou subcutânea	Esquema pode ser: IPV pura ou IPV (2-4 m) + OPV (6m-15m)
Vacina meningocócica C conjugada	Intramuscular	Mesmas recomendações que DPT-Hib-HB
Vacina pneumocócica conjugada 10v	Intramuscular	Mesmas recomendações que DPT-Hib-HB
Vacina tríplice viral SCR	Subcutânea	Região posterior do antebraço ou anterolateral da coxa
Vacina contra varicela	Subcutânea	Região posterior do antebraço ou anterolateral da coxa
Vacina contra hepatite A	Intramuscular	Anterolateral da coxa < 2 anos; deltóide ou vasto lateral da coxa > 2 anos
Vacina contra HPV	Intramuscular	
Vacina contra influenza	Intramuscular ou subcutânea	Região posterior do antebraço
Vacina contra febre amarela	Subcutânea	Região anterolateral do braço ou região glútea em crianças que não usem fraldas
Vacina anti-rábica	Intramuscular ou subcutânea	Pós-exposição: sempre intramuscular Não aplicar no glúteo; preferencialmente no deltóide

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de Imunizações. 30 anos. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasilia: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/politicas/livro_30_anos_pni.pdf. Acesso em 05 setembro 2012.
2. Cunha J, Krebs LS, Barros E (Eds). Vacinas e imunoglobulinas: consulta rápida. Porto Alegre: Artmed, 2009. 608 p.
3. WHO. *Report of a meeting of international public sector vaccinology institutions*. 2000. WHO/V&B/00.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Doenças Infecciosas e Parasitárias: Guia de Bolso. 8. Ed. Brasilia: Ministério da Saúde, 2010. 448p.
5. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Controle de Doenças. CVE "Prof. Alexandre Vranjac". Norma técnica do programa de imunização / Brigina Kemps [et al.]-- São Paulo: CVE, 2008.68p.
6. Tregnaghi MW, Ceballos A, Martín PA et al. Manual de Vacinas da América Latina. 3ed. Madri (ES): Euro RSCGLE, 2005. 620p.
7. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasil será modelo para a vacinação contra o sarampo e rubéola na China. SVS em rede. 2010, 74:1, maio 2010. Disponível na rede em http://189.28.128.179:8080/svs_informa/svs-em-rede-edicao-74/brasil-sera-modelo-para-a-vacinacao-contra-o-sarampo-e-rubeola-na-china. Acesso em 05 setembro 2012.
8. CEALAG/OPAS/Ministério da Saúde. Inquérito de cobertura vacinal nas áreas urbanas das capitais. Brasil (cobertura vacinal 2007). CEALAG: São Paulo, SP. 2007. 640 p.
9. Sociedade Brasileira de Pediatria. Projeto Diretrizes.Vacina contra tuberculose. Disponível na internet em: http://www.sbp.com.br/img/diretrizes_pdf/Vacina%20Contra%20Tuberculose.pdf. Acesso em 05 setembro 2012.
10. World Health Organization. What is vaccine-derived polio? Online Q&A. Disponível na internet em: http://www.who.int/features/qa/64/en/index.html. Acesso em 31 agosto 2011.
11. Centers for Disease Control. Updated Recommendations for Use of Tetanus Toxoid, Reduced Diphtheria Toxoid and Acellular Pertussis (Tdap) Vaccine from the Advisory Committee on Immunization Practices, 2010. MMWR 2011, 60: 13-15. Disponível na internet em: http://www.cdc.gov/mmwr/pdf/wk/mm6001.pdf. Acesso em 05 setembro 2012.
12. Gilio, AE (coord). Manual de Imunizações: Centro de Imunizações Hospital Israelita Albert Einstein (4. Ed). Rio de Janeiro: Elsevier, 2009. Disponível na internet em: http://medicalsuite.einstein.br/doc/biblioteca/Manual_Imunizacoes_HIAE.pdf. Acesso em 05 setembro 2012.
13. Sociedade Brasileira de Pediatria. Sociedade Brasileira de Imunizações. Utilização das diferentes vacinas pneumocócicas conjugadas. Disponível na internet: http://www.sbim.org.br/SBIM_NORMA_PCV_SBP.pdf. Acesso em 05 setembro 2012.
14. Andrade AL, Ternes Y, Vieira MA et al. Early impact of 10-valent conjugate-pneumococcal vaccine on community-acquired-pneumonia and pneumococcal carriage after vaccination in Brazil: a cross-sectional population-based study. 8th International Symposium on Pneumococci and Pneumococcal Diseases. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. 11-15 Março 2012. Resumos.
15. Liphaus B,. Okay MIG, Yu ALF. Early impact of 10-valent conjugate-pneumococcal vaccine on community-acquired-pneumonia and pneumococcal carriage after vaccination in Brazil: a cross-sectional population-based study. 8th International Symposium on Pneumococci and Pneumococcal Diseases. Foz do Iguaçu, PR, Brasil. 11-15 Março 2012. Resumos.
16. Sáfadi MAP; Barros AMP. Vacinas meningocócicas conjugadas: eficácia e novas combinaçõesJ. Pediatr. (Rio J.) 2006 82(3).

17. Governo do Estado de São Paulo. Centro de Vigilância Epidemiológica. Informe Técnico Vacina Conjugada contra o Meningococo C. Disponível em: http://www.cve.saude.sp.gov.br/htm/imuni/pdf/IF10_VAC_CONJUGADA_MENIGOC.pdf. Acesso em 6 setembro 2012.
18. Programa Nacional de Imunizações. Calendário Básico de Vacinação da Criança. Disponível em: http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/pdf/2012/Ago/14/apresentacao_multivacinacao_portal.pdf . Acesso em 06 setembro 2012.
19. Giuliano AR, Palefsky JM, Goldstone S, Moreira ED, Penny ME et al. Efficacy of a quadrivalent HPV vaccine against HPV infection and disease in males. N Engl J Med 2011; 364:401-11. Disponível na internet em: http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0909537. Acesso em 05 setembro 2012.
20. FUNASA.Eventos Adversos Sérios com a Vacina 17D. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/eventos_adversos_serios.pdf. Acesso em 10 setembro 2012.
21. Fernandes GC. Imunogenicidade e reatogenicidade das vacinas contra febre amarela: implicações para o Programa Nacional de Imunizações. Tese: Doutorado. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro:2010. 137p. Disponível em: www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2598/1/ENSP_Tese_Fernandes_Guilherme_Côrtes.pdf2. Acesso em 10 setembro 2012.
22. Centers for Disease Control. Vaccine Selection for the 2011–2012 Influenza Season. Questions & Answers. Disponível na internet em: http://www.cdc.gov/flu/about/qa/vaccine-selection.htm. Acesso em 05 setembro 2012.
23. Pasteur-Mérieux Connaught. Verorab. Vacina anti-rábica humana preparada sobre células Vero. Disponível na internet em : http://www.vacinas.org.br/Pasteur01.htm. Acesso em 05 setembro 2012.

Conflito de Interesse: Não declarado

Correspondência

Luis Carlos Rey
E-mail: reyluis@gmail.com

Olhar do Especialista

DEFICIÊNCIA DE HMG COA LIASE, UM DIAGNÓSTICO DESAFIADOR DE UMA CRIANÇA COM SURTOS DE HIPOGLICEMIA

HMG-CoA lyase deficiency: a challenging diagnosis of a child with hypoglycemic seizures

André Luiz Santos Pessoa[1], Amanda do Vale Monteiro[2], Rafael Fonseca de Queiroz[2], Kécia Tavares de Oliveira [3], Amália Lustosa Porto [4]

1. Neurologista Infantil e Neurogeneticista – Hospital Infantil Albert Sabin – SESA-CE. Professor da Universidade de Fortaleza - Unifor-CE
2. Acadêmicos de Medicina da Unifor-CE
3. Acadêmica de Química da Uece-CE
4. Gastropediatra – Hospital Infantil Albert Sabin – SESA-CE.

RESUMO

A HMG CoA liase é uma enzima homodimérica da matriz mitocondrial que cataliza a clivagem de 3-Hidroxi-3-Metilglutaril CoA (HMG) em ácido acetoacético e acetil-CoA, último passo da cetogênese e do catabolismo da leucina. Assim, sua deficiência, descoberta em 1967, é um erro inato do metabolismo de herança autossômica recessiva e provoca clinicamente acidose metabólica e hipoglicemia. O diagnóstico bioquímico é feito pelo achado anormal de ácidos orgânicos, com aumento da excreção urinária de ácido 3-hidroxi-3-metilglutárico e de substâncias relacionadas. A enzima pode ser medida em leucócitos e fibroblastos. Este relato de caso é sobre uma criança de 10 meses, que no segundo dia de vida apresentou quadro de crise epilética, hipotonia associada a hipoglicemia sem cetose e acidose metabólica. Esse quadro se repetiu três vezes, aos quatro e seis meses, quando foi sugerido o diagnóstico de deficiência de HMG CoA liase. O diagnóstico foi confirmado pela cromatografia gasosa/espectrometria de massa (excreção de ácidos 3-metil-glutárico, 3-metil-glutacônico e 3-hidroxi-metilglutárico elevados). Foi orientada dieta especial e uso de L-carnitina. Todo o quadro da nossa paciente condiz com a literatura mundial pesquisada, envolvendo como os sinais e sintomas principais a hipoglicemia sem elevação de corpos cetônicos, a acidose metabólica. Atualmente encontra-se sem danos neurológicos e com crescimento e desenvolvimento esperados para a idade.

Palavras-chave: Deficiência de 3-hidroxi-3-metilglutaril CoA liase, HMG CoA liase, HMGCL, Defeito no Metabolismo da Leucina

ABSTRACTS

HMG-CoA lyase, a homodimeric mitochondrial matrix protein, catalyzes the cleaving of 3-hydroxy-3-methylglutaryl-CoA (HMG) into acetoacetic acid and acetyl-CoA, the final step in ketogenesis and leucine catabolism. First described in 1967, HMG-CoA lyase deficiency is an inborn error inherited in recessive autosomal manner producing clinical manifestations of metabolic acidose and hypoglycemia. The biochemical diagnosis is based on abnormal organic acid levels and increased urinary excretion of 3-hydroxy-3-methylglutaric acid and related compounds. The enzyme can be measured in leukocytes and fibroblasts. This is a case report of a 10 month-old child who

on the second day of life presented with acute epileptic seizure, hypotonia associated with non-ketotic hypoglycemia and metabolic acidosis. The condition recurred on three occasions, at 4 and 6 months, and HMG-CoA lyase deficiency was suspected. The diagnosis was confirmed by gas chromatography/mass spectrometry (abnormal levels of 3-methylglutaconic, 3-hydroxy-3-methylglutaric and 3-methylglutaric acids). The patient was prescribed a special diet and L-carnitine. The clinical picture was similar to descriptions in the reviewed literature, with non-ketotic hypoglycemia and metabolic acidosis as the main symptoms. Currently, the child's growth and development are compatible with her age, with no signs of neurological damage.

Keywords: HMG-CoA lyase deficiency, HMG CoA liase, HMGCL, Leucine Metabolic Deficiency

INTRODUÇÃO

A HMG CoA liase é uma enzima mitocondrial que cataliza a cetogênese e o passo final da degradação da leucina. A deficiência de 3-hidroxi-3-metilglutaril (HMG) CoA liase, descoberta em 1967, faz parte de uma lista crescente de erros inatos do metabolismo. É uma doença de herança autossômica recessiva que se apresenta clinicamente como uma hipoglicemia não cetótica. O gene HMGCL localiza-se no cromossomo 1p36.11 e é composto por nove éxons Já foram identificadas cinco mutações diferentes: uma deleção larga, uma mutação nonsense, uma mutação missense e duas mutações splice. O diagnóstico é sugerido pelo achado de aciduria orgânica anormal e aumento da excreção urinária do ácido 3-hidroxi-3-metilglutárico e substâncias relacionadas; e confirmado pela demonstração da deficiência da atividade da HMG CoA liase nos leucócitos e em culturas de fibroblastos. A enzima pode ser medida tanto em leucócitos como em fibroblastos. É uma condição tratável com dieta adequada (restrição de leucina) e suplemento de glicose para prevenir a hipoglicemia.

RELATO DE CASO

Paciente, sexo feminino, 10 meses, primeira filha de casal não consanguíneo, nasceu a termo de parto cesáreo, sem intercorrências pré-natais e durante o parto; com Apgar 9/9. No segundo dia de vida, iniciou o quadro com hipotonia generalizada com evolução posterior apresentando crise epilética tônica, principalmente em membros superiores. No hemograma apresentava leucocitose com desvio a esquerda. Ficou internada por 13 dias e a hipótese levantada foi de sepse neonatal tardia, sendo tratada com piperacilina e tazobactan por 10 dias. Após a internação apresentou crescimento (entre percentil 10 e 50) e desenvolvimento esperado para a idade.

Aos quatro meses, evoluiu novamente com hipotonia, agora associada a vômitos. Ao exame apresentava hipoglicemia não cetótica (glicemia de 4 mg/dL) corrigida com administração intravenosa de glicose, acidose metabólica (pH 7,21), cálcio de 10,7 mg/dL, magnésio de 2,9 mg/dL, creatinina 0,3 mg/dL, AST e ALT elevadas (148 U/L e 88 U/L respectivamente), bilirrubinas dentro da normalidade, TSH e T4 livre normais, tempo de protrombina 17,1 segundos (controle 11,5 segundos) e INR 1,48. Sumário de urina normal com ausência de corpos cetônicos, sódio e potássio apresentavam valores dentro da normalidade, assim como sorologias para CMV, toxoplasmose, hepatites A, B e C. A hipótese levantada foi de uma glicogenose, sendo orientada dieta especial com maisena, água e açúcar, além da amamentação. Após a internação voltou a apresentar crescimento e desenvolvimento normais.

Aos 6 meses evoluiu novamente com hipotonia e vômitos, apresentando acidose metabólica, hipoglicemia não cetótica (glicemia de 23 mg/dL), AST e ALT elevadas

(346 U/L e 302 U/L respectivamente). Apresentou ainda ultrassonografia abdominal e ecodopplercardiograma dentro dos limites da normalidade. Foi levantada a hipótese de deficiência de 3-hidroxi-metilglutaril CoA liase, confirmada pela cromatografia gasosa/espectrometria de massa (excreção de ácidos 3-metil-glutárico, 3-metil-glutacônico e 3-hidroxi-metilglutárico elevados). Foi orientada dieta fracionada a cada duas horas, com restrição protéica (0,7g/kg), baixo teor de gordura (25% da energia diária) e com carboidratos à vontade.

Atualmente, a paciente evolui sem crises, com dieta controlada, em uso de L-carnitina e crescimento e desenvolvimentos adequados para idade. Existe ainda outro caso na família confirmado da deficiência da HMG CoA liase.

DISCUSSÃO

A deficiência de HMG CoA liase trata-se de uma doença metabólica fatal, na qual os pacientes se apresentam com hipoglicemia sem cetose, acidose metabólica e frequentemente hiperamonemia[1], sintomas esses semelhantes ao da síndrome Reye, sendo essa doença definida anteriormente como síndrome Reye-like. Os principais sintomas relatados pela literatura ocorreram nas três internações que nossa paciente foi submetida, sugerindo o correto diagnóstico. Como outras doenças hereditárias também apresentam sintomas que podem ser englobados na síndrome Reye-like, é necessária a determinação dos ácidos orgânicos na urina, que não estão aumentados na síndrome Reye.[2] Assim, como nossa paciente apresentou ácidos orgânicos aumentados na urina, o diagnostico de deficiência de HMG CoA liase foi confirmado. Em uma considerável proporção dos pacientes a primeira crise metabólica ocorre no período neonatal precoce e na maioria dos pacientes antes dos 9 meses de idade.[3] Isso sugeriu ainda mais o diagnóstico no nosso caso, visto que a primeira crise ocorreu aos dois dias de vida sem nenhum outro fator agressor envolvido. A crise metabólica inicial pode ser induzida por vários fatores, incluindo vacina DPT, jejum e doenças intercorrentes.[4] No caso da nossa paciente as três crises foram precedidas de jejum prolongado. Diferentemente do relatado na literatura a primeira crise também foi precedida da vacina BCG. Essa condição tem sido associada a hepatomegalia, pancreatite e crises epiléticas.[5] Apesar da heterogeneidade clínica observada nos pacientes com deficiência de HMG CoA liase não houve evidência de heterogeneidade bioquímica nem genética.[6] A tomografia computadorizada de dois pacientes mostrava hipodensidade da substância branca, fato que não ocorreu com nossa paciente. Assim como relatado nesse caso, o desenvolvimento pré-natal de pacientes com deficiência de HMG CoA liase é normal.[7] O diagnóstico pré-natal pode ser feito pelo achado de ácido HMG na urina materna[8], diminuindo o tempo necessário para o correto diagnostico e dessa forma evitar seqüelas posteriores. A intervenção durante as crises envolve a administração de bicarbonato de sódio e glicose intravenosa, ou seja, a correção da acidose metabólica e da hipoglicemia. Enquanto o tratamento em longo prazo inclui a restrição de leucina, medicação de carnitina e evasão do jejum.[9] Com tratamento agudo e em longo prazo adequado a maioria das crianças não apresenta danos restantes, desenvolvendo-se sem anormalidades neurológicas.[10] Em uma minoria das crianças afetadas os episódios de descompensação metabólica levam a um sério dano neurológico, particularmente retardo mental, coma e até a morte.[11] A paciente do caso relatado foi precocemente diagnosticada e tratada adequadamente, evitando dessa forma algum tipo de seqüela neurológica.

Concluindo, A sintomatologia inicial da nossa paciente e a leucocitose com desvio à esquerda fez a equipe médica dar evidência à hipótese de sepse neonatal, porém com a recorrência da sintomatologia com evidências de hipoglicemia e acidose metabólica, a hipótese mais plausível foi o de deficiência de HMG COA liase, que posteriormente foi confirmado pela cromatografia gasosa da urina e pelo perfil de acilcarnitinas no

plasma. Todo o quadro da nossa paciente condiz com a literatura mundial pesquisada, incluindo os sinais e sintomas principais a hipoglicemia sem elevação de corpos cetônicos e a acidose metabólica. Esperamos que no futuro próximo o diagnóstico dessa doença seja feito o mais precocemente possível, evitando dessa forma as eventuais seqüelas subjacentes.

REFERÊNCIAS

1. Gibson KM, Breuer J, Kaiser K, et al. 3-Hydroxy-3-methylglutarylcoenzyme A lyase deficiency: report of five new patients. J Inherit Metab Dis. 1988;11:76–87.
2. Hegardt FG. L'acidúria 3-hidroxi-3-metilglutàrica: Una malaltia molecular per deficiència de 3-hidroxi-3-metilglutaril coenzim A liasa. Treballs de la SCB. 1999; 49: 133-150.
3. Van der Knaap MS, Bakker HD, Valk J. MR Imaging and Proton Spectroscopy in 3-Hydroxy-3-Methylglutaryl Coenzyme A Lyase Deficiency. AJNR Am J Neuroradiol. 1998; 19:378 –382.
4. Gilbson KM, Lee CF, Kamall V, et al. 3-Hydroxy-3-methylglutaryl-C0A Lyase Deficiency as Detected by Radiochemical Assay in Cell Extracts by Thin-Layer Chromatography, and Identification of Three New Cases. Clin. Chem. 1990; 36(2):297-303.
5. Leung AAC, Chan AK, Ezekowitz JA, et al. A case of dilated cardiomyopathy associated with 3-Hidroxy-3-Methylglutaryl-Coenzyme A (HMG CoA) Lyase deficiency. Case Report Med. 2009; 2009: 183125.
6. Sovik O, Sweetman L, Gibson KM, et al. Genetic complementation analysis of 3-hydroxy-3-methylglutaryl-coenzyme A lyase deficiency in cultured fibroblasts. Am. J. Hum. Genet. 1984; 36: 791-801.
7. Wang SP, Marth JD, Oligny LL, et al. 3-Hydroxy-3-methylglutarylcoenzyme A lyase deficiency: gene targeting causes prenatal lethality in HL-deficient mice. Human Molecular Genetics. 1998; 7(13): 2057-2062.
8. Duran M, Shutgens RBH, Ketel A, et al. 3-Hydroxy-3-methylglutaryl coenzyme A lyase deficiency: postnatal management following prenatal diagnosis by analysis of maternal urine. J. Pediat. 1979; 95:1004-1007.
9. Gibson KM, Breuer J, Nyhan WL. 3-Hydroxy-3-methylglutarylcoenzyme A lyase deficiency: review of 18 reported patients. Eur J Pediatr. 1988;148:180–186.
10. Ozand PT, Al Aqeel A, Gascon G, et al. 3-Hydroxy-3-methylglutaryl-coenzyme A (HMG-CoA) lyase deficiency in Saudi Arabia**.** J Inherit Metab Dis. 1991;14:174–188.
11. Wang SP, Gibson KM, Wanders RJ, et al. 3-Hydroxy-3-methylglutaryl CoA lyase (HL): mouse and human HL gene (HMGCL) cloning and detection of large gene deletions in two unrelated HL-deficient patients. Genomics. 1996; 33(1):99-104.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência:

André Luiz Santos Pessoa.
E-mail: andrepessoa10@yahoo.com.br

Desafio Clínico

OTITE MÉDIA AGUDA - O DIAGNÓSTICO PELO PEDIATRA GERAL

Acute Middle Ear infection – When diagnosed by the general pediatrician

Jayme Murahovschi

Professor Titular de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas de Santos. Ex- Presidente do Departamento de Pediatria Ambulatorial da Sociedade Brasileira de Pediatria. Mambro Titular da Academia Brasileira de Pediatria.

CASO

Enrique, 2 anos, desde que entrou na escolinha tem resfriad os frequentes. Há 2 dias com febre e catarro espesso no nariz. A mãe acha que está com dor de ouvido.

DIAGNÓSTICO?

Otite média aguda (OMA)

BEM, DEPENDE... DEPENDE DO QUE?

Dos critérios utilizados. Que critérios? Existem vários – da Sociedade Brasileira de ORL (2002), da Academia Americana de Pediatria (2004)...

OS CRITÉRIOS NÃO SÃO IGUAIS?

Existem algumas diferenças. Mas todos os critérios constam de duas partes: sintomatologia e exame direto do ouvido. A sintomatologia tem dois componentes, expressão de um estado infeccioso e dados de localização. O dado mais característico do estado infeccioso é a febre, mas nem toda otite se acompanha de febre e a febre pode ter muitas causas; abatimento de intensidade variável e perda do apetite são constantes; irritabilidade pode ser um dado inespecífico ou expressar a dor de ouvido.

A localização é dada pela manifestação característica: dor de ouvido (otalgia) ou eventualmente otorréia. Lembrar que a otite não causa obrigatoriamente dor de ouvido, podendo ocasionar apenas um desconforto vago. A otorréia pode ser confundida com a secreção da otite externa.

O consenso mínimo dos critérios inclui: início

OTITE MÉDICA AGUDA	
Dados clínicos	**Exame objetivo (ouvidos)**
início **súbito**	fusão no ouvido médio
quadro infeccioso **agudo**	vermelhidão inicial *
febre	
abatimento	abaulamento do tímpano **
sintomas de **localização**	
dor de ouvido	redução da mobilidade timpânica ***
otorréia	
* otoscópio; ** otoscópio pós-retirada total do cerume	
*** otoscópio pneumático ou timpanometria	

súbito, efusão no ouvido médio, abaulamento do tímpano e/ou diminuição de sua mobilidade; sinais de inflamação: hiperemia da membrana timpânica, otalgia. Isso implica na necessidade do uso do otoscópio e inclusive do otoscópio pneumático.

Acontece que o pediatra, tanto no Brasil como no resto do mundo, maneja mal o otoscópio. Mas mesmo que o fizesse e estabelecesse o diagnóstico de certeza do OMA, ainda não ficaria resolvida a questão essencial: prescrever ou não antibiótico.

MAS SENDO A OMA UMA INFLAMAÇÃO BACTERIANA ISSO NÃO IMPLICA NA INDICAÇÃO DA ANTIBIOTICOTERAPIA?

Depende do lugar em que você está. Entre os países desenvolvidos existem os dois extremos: nos EUA, 100% dos casos comprovados ou apenas suspeitos de OMA recebem antibióticos; na Noruega, há muitos anos que, com poucas exceções, não se usa antibiótico. Então lá deve ocorrer frequentes casos de complicação mais temível da OMA: a mastoidite! Não é assim, casos relatados são raros. Animados com esse fato e com os resultados das primeiras pesquisas controladas, alguns países europeus passaram a utilizar o sistema de só prescrever antibiótico (*Wait-and-see*) se não houver melhora após um período limitado de observação atenta 3 dias. *(Watchfull waiting).*

FEITO DIAGNÓSTICO DE OMA BACTERIANA ESTÁ INDICADO O USO IMEDIATO DE ANTIBIÓTICO?

Não, pode haver cura espontânea.
Aguardar sob observação atenta e contato permanente.

Só prescrever antibiótico, se:
- doença grave (estado toxêmico acentuado desde o início)
- lactente menor de 6 meses; considerar o uso até os 2 anos
- piora ou não melhora após 3 dias.

É possível uma maneira alternativa que nos forneça o diagnóstico clínico e a respectiva indicação para antibioticoterapia? Provavelmente sim.

UM NOVO CONCEITO DE DIAGNÓSTICO

Os pesquisadores de asma só recentemente restabeleceram o conceito de "via respiratória inferior unida" que começa no nariz – seios da face e desce até os brônquios.

Pois bem, é preciso reconhecer o caráter de **"vias aéreas superiores unidas"** constituídas pelo **nariz** e pelas cavidades (câmaras) paranasais as quais abrangem os **seios (sinus) paranasais** (na infância, destaque para os seios maxilares e etmoidais) e mais duas estruturas que tecnicamente se comportam com os seios da face por que se comunicam com o nariz, são revestidas pelo mesmo tipo de epitélio respiratório, são infectadas pelos mesmos microrganismos e reagem com a inflamação do mesmo tipo; são o **saco conjuntival** e o **ouvido médio.**

Nariz – seios da face (maxilares, etmoidas) – saco conjuntival – ouvido médio = VAS unidas.

Na infância, o nariz é sede frequente de infecção viral (rinovirus), conhecida como **resfriado** com consequente inflamação não piogênica, hoje reconhecida como **rino-sinusite aguda** não supurativa.

Nariz – seios da face (maxilares, etmoidas) – saco conjuntival – ouvido médio = VAS unidas.

Na realidade, essa infecção/inflamação se extende para o saco conjuntival e ouvido médio (caixa timpânica) constituindo uma rino-sinusite-conjuntivite-otite não purulenta, cujo quadro clínico é característico:

a) Estado infeccioso leve
febre ausente ou baixa, ocorrendo nos dois primeiros dias de infecção (viremia).
estado geral pouco prejudicado.

b) Inflamação aguda com congestão e secreção não purulenta (sero-mucosa):

- rinorréia com secreção liquida e muco claro.
- tosse discreta principalmente noturna.
- olhos congestos, lacrimejantes.
- desconforto auditivo.

c) Duração limitada – cura espontânea em até 7 dias.

Acontece que em 5-10% dos casos, na dependência de condições imunitárias desfavoráveis da criança ou da virulência do agente agressor, ocorre uma infecção bacteriana (penumococos, H. influenzae ou Moraxella catarrhalis) e o quadro clínico muda para o que podemos chamar de o "resfriado que não vai bem" - que constitui a rino-sinusite aguda supurativa mas que na realidade é um **rino-sinusite (conjuntivite)** – **otite média aguda** e que pode se expressar de 2 maneiras:

1. "**Resfriado" grave**

Após 3 dias de evolução, aparece febre alta com comprometimento do estado geral e/ou aparecimento de secreção muco-purulenta nasal, podendo ocorrer o mesmo tipo de secreção nos olhos e dor de ouvido.

2. **"Resfriado" prolongado**

Secreção nasal persistente e tosse incomodativa durante o dia inteiro com agravamento noturno que piora após o 7º dia de evolução e não apresenta tendência à melhora após 10 dias de evolução. Em ambos os casos, está feito o diagnóstico de infecção bacteriana e a indicação do antibiótico.

O período de observação até agora preconizada, não deixa de ser um equivalente ao que está aqui apresentado e ambos diferenciam a inflamação exsudativa (viral ou fase inicial da bacteriana) com potencial de reversão espontânea da inflamação supurativa que requer antibiótico.

Este caminho é relativamente original, sem querer ser dono da verdade.
"Respeita os que buscam a verdade; desconfia dos que já a encontraram" (André Gide - 1869-1951).

Sugerimos que, do mesmo modo que já se admite assentado que o diagnóstico de sinusite é clínico sem necessidade de RX, poderíamos também aceitar que o diagnóstico de OMA é clínico sem obrigatoriedade de otoscópio.

Conflito de Interesse: Não declarado

Correspondência:

Jayme Murahovschi
E-mail: jmura@osite.com.br

CONDUTA NA PARADA CARDIORESPIRATÓRIA EM CRIANÇAS

Management of cardiac arrest in children

Vera Lúcia Andrade Gomes[1], João Joaquim Freitas do Amaral[2]

1. Intensivista Pediatrica. Mestre em Saúde da Crianças e do Adolescente. Médica da UTI Pediátrica do Hospital Infatil Albert Sabin.
2. Pediatra e Psicoterapeuta. Doutor em Epdemiologia. Professor de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

CONCEITO

Parada cardiorespiratória (PCR) é a falência temporária das funções do coração e do pulmão que resulta na interrupção total de oxigênio e sangue no organismo, ou seja, ventilação e oxigenação inadequadas. Raramente é um evento súbito, sendo geralmente decorrente de uma doença de base. Na criança, ao contrário do adulto em que a causa básica é cardíaca, a maioria dos casos é devido a uma doença secundária que leva a insuficiência respiratória, tais como infecções respiratórias graves, desidratação grave, doenças neurológicas, morte súbita do lactente, obstrução das vias aéreas, traumatismo, septicemia e queimadura.

QUADRO CLÍNICO

O quadro clínico é muito variável, dependendo da doença que desencadeou a parada cardiorespiratória. Os sinais de confirmação incluem: ausência de pulso, apnéia ou respiração agônica e inconsciência. Em geral, apresenta os seguintes sinais e sintomas preditivos de gravidade (Quadro 1).

Quadro 1. Sintomas e sinais que antecedem a parada cardiorespiratória.

Falência respiratória	• Batimento de asa do nariz • Gemido expiratório • Tiragem • Dispnéia • Taquipnéia • Diminuição do murmúrio vesicular • Cianose
Falência cardíaca	• Taquicardia • Bradicardia • Hipotensão • Pulso filiforme ou paradoxal • Má perfusão periférica • Pele fria/quente
Falência neurológica	• Anormalmente sonolenta • Irritabilidade ou letargia • Incapacidade de reconhecer os pais • Diminuição do tônus muscular • Diminuição da resposta a dor • Convulsão

A avaliação de um paciente com risco de parada cardiorespiratória deve ser muito rápida centrada nas funções pulmonar, cardiovascular e neurológica e suas repercussões no organismo (Quadro 2). Inicialmente é importante verificar o estado de consciência e o padrão respiratório.

Quadro 2. Avaliação de um paciente em parada cardiorespiratória.

Vias aéreas (Airway)	• Permeabilidade das vias aéreas - Mantém-se independente? - Necessita de suporte para manter-se?
Respiração (Breathing)	• Tipo de respiração • Frequência respiratória • Mecânica respiratória - Gemência, BAN? - Uso da musculatura acessória? • Ausculta pulmonar - Ruídos adventícios? - Expansão pulmonar?
Circulação (Circulation)	• Circulação - Frequência cardíaca - Pressão arterial - Perfusão periférica - Perfusão cutânea
Sistema Nervoso (Distúrbio Neurológico)	• Sistema nervoso - Tônus muscular - Tamanho das pupilas - Postura - Responsividade

EXAMES COMPLEMENTARES

Depende muito de cada situação ou problema. Entretanto, a criança deve ser vista como um todo e solicitados exames que permitam o diagnóstico e dados para estabilizar o paciente, entre os quais: gasometria arterial, hemograma, uréia, creatinina, glicemia, eletrólitos, hemocultura se infecção, RX de tórax, tomografia de crânio se trauma ou patologias neurológicas, ECG e Ecocardiograma se patologias cardíacas.

TRATAMENTO

A primeira etapa na Ressuscitação Cardiorespiratória (RCR) consiste no Suporte Básico de Vida (SBV) que são medidas para que o sangue oxigenado possa ser mantido em circulação para a perfusão temporária do cérebro e outros órgãos vitais até que o Suporte Avançado de Vida (SAV) possa ser instalado. O primeiro passo consiste em verificar o nível de consciência sacudindo ou chamando alto a criança: se ela não

responder deve-se gritar por socorro e iniciar as manobras de reanimação por um minuto antes de solicitar ajuda no Serviço Médico de Emergência (Quadro 3).

Quadro 3. Suporte Básico de Vida na parada cardiorespiratória.

Vias Aéreas (Airway)	• Limpar a boca e a faringe das secreções • Posicionar a cabeça em posição neutra • Elevar delicadamente o queixo • Colocar um coxim sob os ombros ou na nuca • Remover um corpo estranho se visível
Respiração (Breathing)	• Avaliar se a criança respira: ver, ouvir, sentir • Iniciar ventilação bolsa boca • Realizar duas respirações lentas e profundas • Verificar expansão torácica • Proceder ventilação endotraqueal se não melhorar
Circulação (Circulation)	• Determinar se existe parada cardíaca • Avaliar os pulsos da carótida (> 1 ano) ou braquial e femoral (< 1 ano) por 5 segundos • Proceder a compressão torácica • Aplicar ritmo de 15:2 (compressão/ventilação) se 2 socorristas e 30:2 se 1 socorrista.

Se há suspeita de lesão cervical, deve-se elevar a mandíbula do seguinte modo:

- Inclinar a cabeça para trás até uma posição neutra.
- Estender ligeiramente o pescoço.
- Colocar o polegar no queixo e levar a mandíbula para fora e para o alto.
- Remover corpo estranho e vômito se presente.
- Imobilizar a coluna cervical.

O Suporte Avançado de Vida (SAV) inclui procedimentos sequenciais para manter ou restaurar a ventilação e circulação eficaz da criança em parada respiratória ou cardiorespiratória (Quadro 4).

Quadro 4. Suporte Avançado de Vida (SAV) na parada cardiorespiratória.

Acesso vascular	• Via venosa periférica (membros e couro cabeludo) ou via venosa profunda (femorais, jugular, subclávia) ou • Via intra-óssea
Acesso endotraqueal	• Utilizar até que se obtenha um acesso vascular • Usar somente substâncias lipossolúveis (atropina, naloxone, epinefrina, lidocaína)
Medicações e fluidos	• Expansores de volumes • Epinefrina • Bicarbonato de sódio • Atropina • Glicose • Cálcio • Lidocaína • Adenosina

O diâmetro interno da cânula orotraqueal deve ser selecionado de acordo com a idade da criança (Quadro 5). A fixação da cânula orotraqueal deve ser feita estimando a altura adequada da inserção em relação ao lábio superior, ou seja, multiplicando o diâmetro em mm por 3.

Quadro 5. Diâmetro interno da cânula orotraqueal.

Idade	**Diâmetro interno**
RNPT	• 2,5 a 3 mm
RNT	• 3 a 3, 5 mm
Lactente < ano	• 3,5 a 4 mm
Criança > 1 ano	• (idade em anos/4) + 4

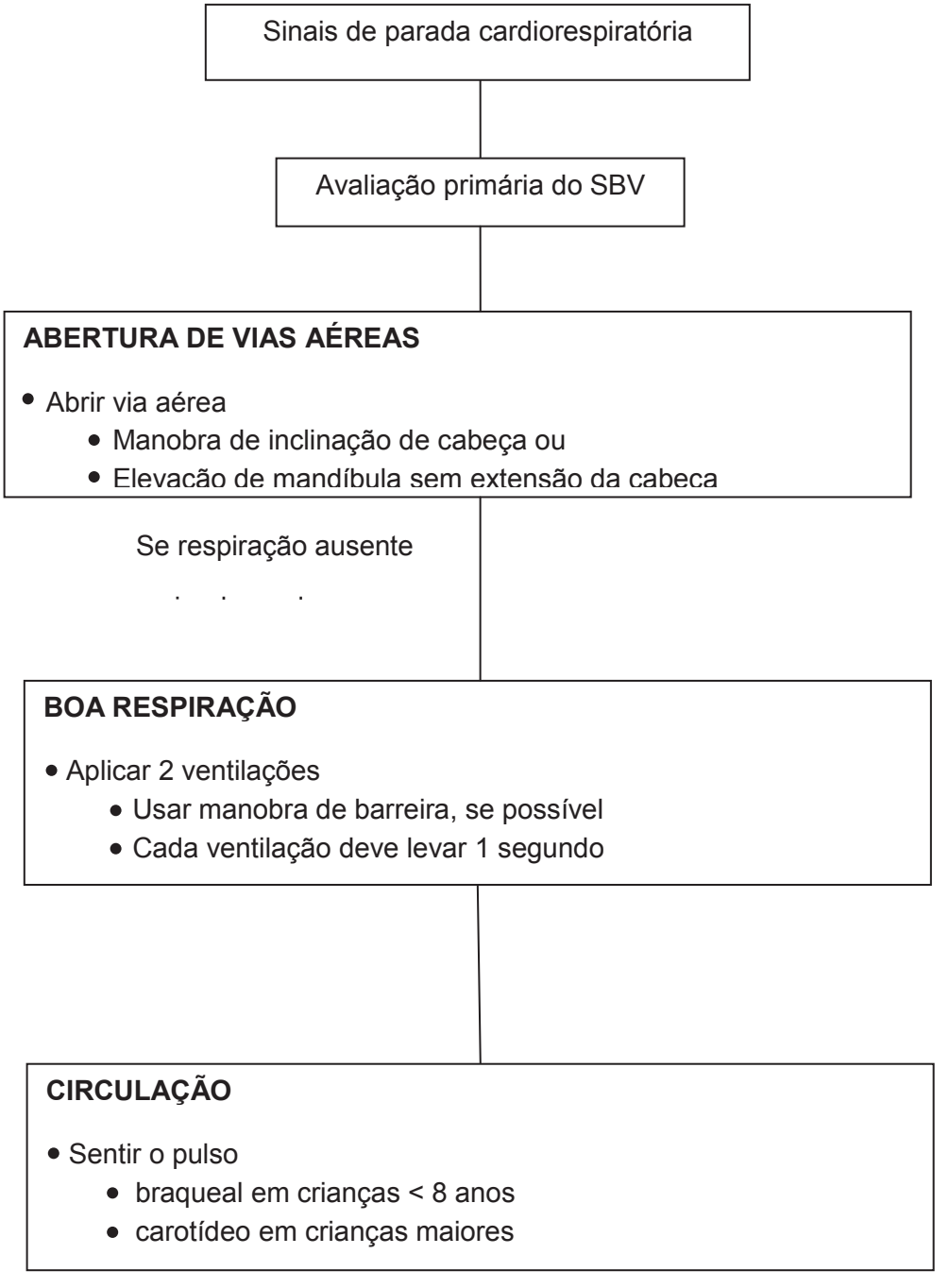
Quadro 6. Medicações e fluidos na parada cardiorespiratória.

Expansores de volume	• SF 0,9% - 20 ml/Kg/bolus. Repetir se necessário. • Albumina humana 20% – 0,5 a 1 g/Kg. • Concentrado de hemácias – 10 ml/Kg/2 horas. • Plasma fresco – 10 ml/Kg/2 horas.
Epinefrina	• Dose: 0,1 ml/Kg da solução 1:10.000. Repetir 3-5 minutos. • Se persistir: 1μg/Kg/min – 20 μg/Kg/min. Diminuir quando aparecer pulso palpável para 1 μg/Kg/min.
Bicarbonato de sódio	• Dose inicial: 1 mEq/Kg/dose (1 ml da solução de 8,4% 1:1) EV, seguida de 0,5 mEq a cada 10 minutos. • Indicado na acidose grave, reanimação prolongada e hipopotassemia.
Atropina	• Dose de: 0,02 mg/Kg. Dose mínima de 0,1 mg e máxima de 0,5 mg/dose. Repetir uma única vez, após 5 minutos. • Indicada na bradicardia acentuada, associada com má perfusão ou hipotensão, para prevenir ou tratar bradicardia por estímulo vagal e para tratar bradicardia associada a bloqueio atrioventricular (1 ampola=0,25 ou 0,50 mg/ml).
Glicose	• Dose de 200 mg/Kg/dose (2 ml/Kg/dose) SG 10% EV. Manter infusão a 10%. • Indicado na hipoglicemia, ou quando a criança não responde às medidas de ressuscitação.
Cálcio	• Dose de 5 a 7 mg/Kg Cálcio elementar ou 0,5 a 1 ml/Kg de Glucanato de Cálcio a 10%. • Indicado em hipocalcemia, hiperpotassemia, hipermagnesemia ou intoxicação por bloqueadores de canal de cálcio.
Lidocaína	• Dose de ataque: 1 mg/Kg EV em bolus. Repetir a cada 15 minutos. Manutenção: 20-50 μg/Kg/min em infusão contínua. • Indicado na fibrilação ventricular ou bigeminismo ventricular com instabilidade hemodinâmica.
Adenosina	• Dose de 0,1 mg/Kg EV. Se não houver efeito dobrar a dose. Dose máxima: 12 mg. • Indicada nos casos de taquicardia supraventricular.

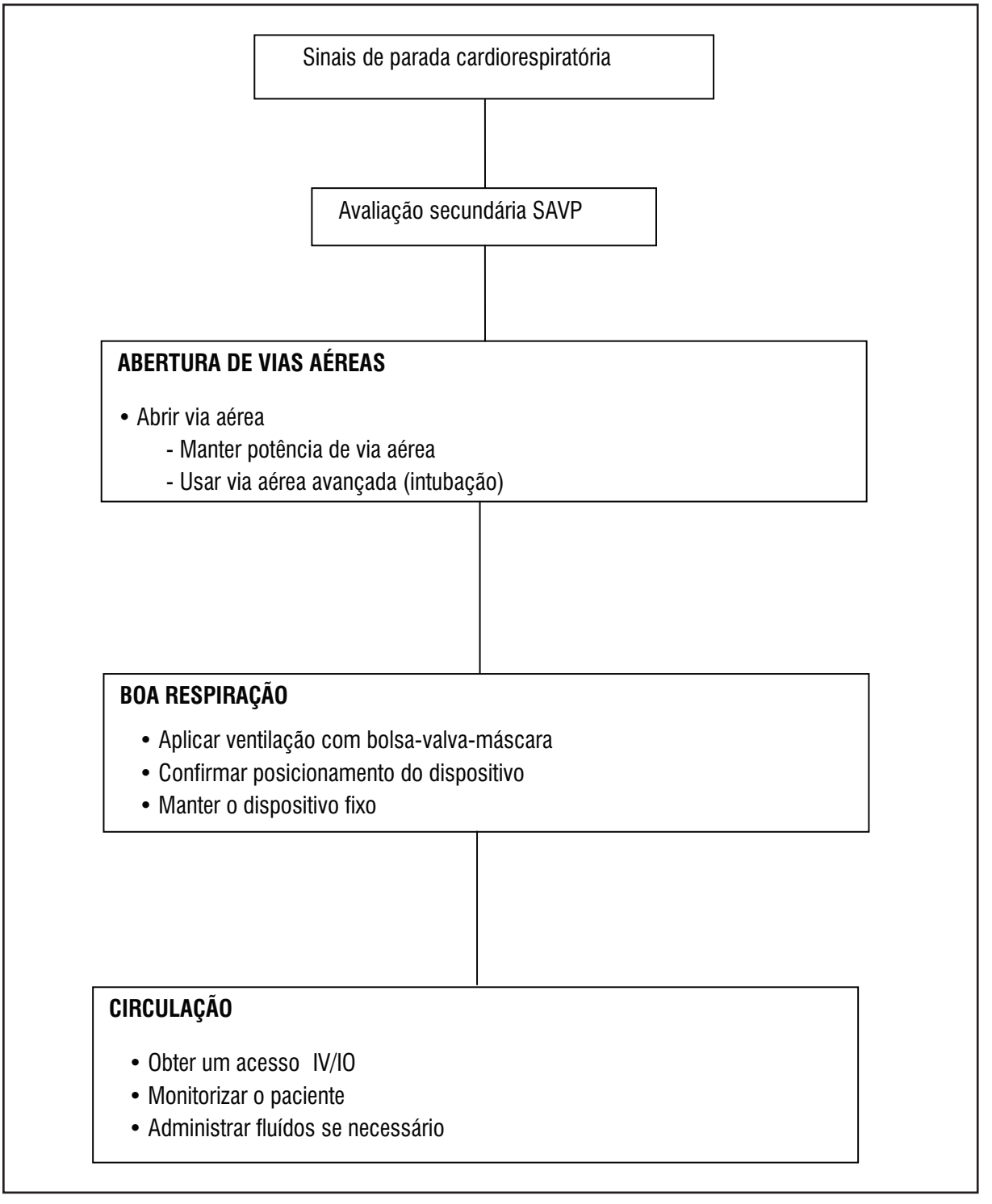
Quadro 7. Medicações para estabilização hemodinâmica pós ressuscitação

Epinefrina	• Dose: 0,1μg/Kg/min, aumentando até 1 μg/Kg/min. Indicada no tratamento da hipotensão e baixa perfusão.
Dopamina	• Dose: 2 a 5 μg/Kg/min – produz vasodilatação periférica e renal com efeito cardíaco. • Dose: 5 a 10μg/Kg/min – estimulação beta adrenérgica, aumenta contratibilidade cardíaca e pouco efeito periférico. • Dose: 10 a 20μg/Kg/min – aumenta a contratibilidade, leva a taquicardia e hipertensão arterial e vasoconstrição periférica.
Dobutamina	• Dose: 20μg/Kg/min. Iniciar com doses baixas. Indicada no baixo débito cardíaco e na função miocárdica pobre.

ALGORITMO DO TRATAMENTO PRIMÁRIO DA PARADA CARDIORESPIRATÓRIA



ALGORITMO DO TRATAMENTO SECUNDÁRIO DA PARADA CARDIORESPIRATÓRIA



REFERÊNCIAS

1. Abella BS, Alvarado JP, Myklebust H, Edelson DP, Barry A, O'Hearn N, et al. Quality of cardiopulmonary resuscitation during in-hospital cardiac arrest. JAMA. 2005;293:305-10.
2. American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Circulation. 2005;112(Suppl I):IV1-203.
3. Bhanji ACF, Canadian Paediatric Society, Acute Care Committee. A case-based update: 2010 paediatric basic and advanced life-support guidelines. Paediatr Child Health 2011; 16 (5): 295-297.
4. Carrillo Alvarez A; Martinez Gutierrez A; Salvat German F + Grupo Espanol de Reanimacion Cardiopulmonar Pediatrica y Neonatal Identifying children at risk for cardiorespiratory arrest. An Pediatr (Barc) 2004; 61(2): 170-6.
5. Costa R et al. Incidência de choques e qualidade de vida em jovens com cardioversor-desfibrilador implantável. Arq. Bras. Cardiol 2007; 88 (30): 258-264.
6. Ikeda AM, Iglesias SNO. Reanimação Cardiorespiratória avançada. In: de Carvalho WB, de Souza N, de Souza RL. Emergência e Terapia Intensiva Pediátrica. São Paulo: Atheneu, 2004: 62-75
7. Lopez-Herce J, Garcia C, Dominguez P, Carrillo A, Rodriguez-Nunez A, Calvo C, et al. Characteristics and outcome of cardiorespiratory arrest in children. Resuscitation. 2004;63:311-20.
8. Matsumoto T, Fascina LP. Ressuscitação cardiorespiratória. In: de Carvalho WB, Hirschheimer MR, Matsumoto T. Terapia Intensiva Pediátrica. 3ª. São Paulo: Atheneu, 2006: 149-168.
9. Rodrigues R. Ressuscitação Cardiopulmonar. In: Duarte MCMB et al. Terapia Intensiva em Pediatria, Rio de Janeiro: Medbook, 2008, p. 13-24.
10. Zorzela L, Garros D, de Caen AR. Análise crítica das novas recomendações para reanimação Cardiopulmonar. J Pediatr. 2007;83 (2 Suppl):S64-70.

Conflito de Interesse: Não declarado

Correspondência:

Vera Lúcia Andrade Gomes
E-mail: veralagomes@gmail.com

COMPREENSÃO DA MORTE PELA EQUIPE DE SAÚDE: UM PEDIDO DE APOIO A TANATOLOGIA

Health workers´ understanding of death: getting help from Thanatology

Valéria Barroso de Albuquerque[1], Regina Lúcia Ribeiro Moreno[2]

1. Terapeuta Ocupacional do Hospital Infantil Albert Sabin. Mestre em Psicologia e Especialista em Tanatologia.
2. Terapeuta Ocupacional do Hospital Infantil Albert Sabin. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente.

INTRODUÇÃO

A construção deste ensaio surgiu quando a autora, terapeuta ocupacional, no seu cotidiano profissional compartilhou com a equipe de saúde o mal estar diante de pacientes na eminência ou no momento da morte e tem como objetivo compreender como a equipe de saúde lida com a dor e a morte na infância.

Trabalhar diretamente com o sofrimento do outro nos faz refletir sobre a nossa vida e nossa morte também. Esta dificuldade ainda toma maiores dimensões quando os pacientes são crianças e jovens. Para os pais, familiares e até mesmo para os profissionais da saúde fica difícil entender e explicar quando a morte acontece contra a ordem natural da vida.

A autora deste ensaio trabalha em hospital público pediátrico de referência para o norte e nordeste do Brasil, caracterizado como quaternário por realizar cirurgias de alta complexidade. Trabalha precisamente na UTI geral, no bloco que atende pacientes com doenças neurológicas, síndromes genéticas e recém- nascidos com as mais variadas patologias.

Para elaboração deste trabalho o método utilizado foi o ensaio científico, de natureza qualitativa e de forma descritiva. Sendo abordado o assunto em questão a partir dos seguintes referenciais teóricos: A Morte – Revisão Histórica, Percepção de Saúde e Morte e Qualidade de Vida e de Morte – Cuidados Paliativos.

A MORTE – REVISÃO HISTÓRICA

Dentro de um contexto histórico cultural a morte sofreu modificações ao longo do tempo na nossa sociedade ocidental, mas acentuadamente na contemporaneidade, ocorreu um distanciamento cada vez maior da morte em nossas vidas. Reportando-nos a 1977, Aires fala que a morte na idade média era tida como domada, os homens sabiam quando iriam morrer através da observação de signos e de si mesmos, morriam na guerra e de doenças prevalentes na época, conhecendo a trajetória de sua morte. Entre os séculos XVII e XVIII, o homem confunde vida e morte, temendo ser enterrado vivo, acreditando que a alma do morto fica paralisada nos primeiros momentos, alternando entre o local do sepultamento e a casa[2].

No século XIX a morte era considerada sublime, pois propiciava ao encontro com o ser amado, passando a ser desejada como possibilidade de libertação e crença na vida futura; no século XX, a morte torna-se objeto de interdição, reforçada pelo deslocamento do lugar da morte. Devido o avanço científico e tecnológico da medicina as pessoas deixam de morrer em casa, cercadas de amigos e familiares, passam a morrer solitariamente nos hospitais.

No período entre 1930 e 1950 já não se morria mais em casa. O hospital torna-se lugar de morrer, pois se prestam cuidados que não podem acontecer em casa. Os hospitais antes locais

asilos que hospedavam os miseráveis e os peregrinos, tornou-se centro médico, onde se cura e se luta contra a morte. Continua tendo função curativa, mas começa-se a ser considerado um lugar privilegiado de morrer.

A morte no hospital não é mais ocasião de uma cerimônia ritualística presidida pelo moribundo em meio de seus parentes e amigos. Passando a ser um fenômeno técnico causado pela parada dos cuidados, ou seja, de maneira mais ou menos declarada, por decisão do médico e da equipe de saúde.

Sociólogos americanos ao estudarem a morte na contemporaneidade dizem existir dois tipos de doentes. Os mais antiquados ainda apegados às tradições da morte se esforçam para tirarem os doentes do hospital para que morram em casa, *more mojorum*;e, os mais modernos que vêm morrer no hospital por ser um local mais conveniente.

Na contemporaneidade ainda continua bastante difícil falar sobre a morte, com o avanço científico e tecnológico, o homem tenta a todo custo se distanciar dela, porém muitas vezes prorroga a morte, sem oferecer nenhum conforto nem esperança de qualidade de vida ao paciente terminal. Apenas dando mais tempo a uma vida vegetativa, o que ciência nomeia de distanásia.

Fazendo uma leitura de Edgar Morin, em seu livro O Homem e a Morte, ao se referir sobre a relação entre o indivíduo, a espécie e a morte, ele pontua que a espécie se nutre da morte de seus indivíduos para poder continuar a existir, e os futuros indivíduos dependem da manutenção da espécie para poder vir-a-ser. [3]

Em 1973, Ernest Becker, discordando do que foi dito anteriormente por Morin em 1970, fala da negação como sendo um sintoma atual desse mal-estar. Esse sintoma surge como uma forma de desapropriação da morte do seu caráter de necessidade, algo que possibilita a vida prosseguir, como se fizesse a comunidade humana continuar a viver. [4]

PERCEPÇÃO DE SAÚDE E MORTE

O profissional de saúde no seu cotidiano luta incessantemente pela vida, a depender da especialidade, a concepção de saúde vai se diferenciando de acordo com o objetivo de cada um.

Segundo a Organização Mundial de Saúde - OMS a saúde é definida como “Estado de bem-estar físico, mental e social completo e não somente a ausência de doença.[5] Baseando-se nesta definição, atingir o estado de saúde é uma condição quase utópica, pois a saúde plena deve contemplar o bem- estar integral do homem. Cada profissional valorizará o que é de mais representativo para sua especialidade.

Costumeiramente no dia-a-dia profissional, em instituições hospitalares, é comum ouvir por parte de especialistas afirmações como: “este paciente não tem mais pulmão, ou coração, ou fígado, ou cérebro...”; “na minha perspectiva ele não tem mais prognóstico terapêutico” ou “está fora de possibilidades...”.

Enquanto que para o médico a saúde está diretamente relacionada com a função de um órgão, para a terapia ocupacional está com a funcionalidade humana, com o fazer, com o trabalho, com a realização pessoal e a inclusão social. Sendo, portanto definida como: “O bem-estar físico, mental e social de uma pessoa. Engloba o foco da habilidade do indivíduo uma função ótima em seu ambiente. O equilíbrio de experiências afetivas através de todas as ocupações do indivíduo”.[6]

Já que saúde nos remete a vida e a esta por sua vez é parceira da morte, pois todos nós somos seres finitos. A morte também é vista diferenciadamente pelos profissionais de saúde.

Para Heidegger, o homem é um ser-para-a-morte, a morte é vista como um acontecimento humano e existencial, essa finitude é que move o homem. Logo morte e vida são indissociáveis. Apesar de toda contribuição filosófica, sociológica e

antropológica a morte continua sendo negada.[7] Lutar em prol do bem-estar das pessoas é dever fundamental de todo ser humano, para os profissionais de saúde este dever é ético e impregnado pela ação técnica e pelo conhecimento que lhe dá sustentação, consubstanciada pela competência humana, que implica uma atitude de cuidado, acolhimento, vínculo e responsabilização por quem é assistido na prática cotidiana dos serviços. [8]

A mudança do local de morrer no século XX, de casa para o hospital, vem ratificar a maior cobrança por parte do moribundo e da família para com o médico sobre a cura. Morre-se no hospital porque os médicos não conseguiram curar. A ida ao hospital não é mais para ser curado, mas precisamente para morrer.[2]

A prática clínica de hoje, em que a missão do médico está cada vez mais voltada para curar doenças do que assistir pessoas doentes torna cada vez mais difícil o acontecimento da morte. Sendo inerente ao exercício da medicina ocidental tentar de todos os modos, salvar vidas. Há momentos em que as medidas terapêuticas não aumentam a sobrevida apenas prolongam o processo longo e sofrido de morrer. A morte não pode mais ser tratada como um inimigo a ser temido e combatido, mas como um alívio par aqueles que sofrem. Devendo ser preocupação de todos, principalmente os médicos. [2]

O que é presenciado hoje geralmente é o afastamento por parte dos profissionais dos moribundos, decorrente da impossibilidade de curar e de manifestar suas emoções diante de quem está morrendo. Não é justo, nem eticamente aceitável que as pessoas se sintam abandonadas por parte daqueles em que confiaram e depositaram suas esperanças. Permanecendo solitárias e seus familiares desamparados no momento do enfrentamento da morte.

Ao observar o cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, é possível perceber que a postura adotada pode levá-los à negação de suas próprias emoções, não se identificando com o ser necessitado de seus cuidados, não o atendendo em suas carências e, por conseguinte, não se transformando, permitindo-se tão somente relacionar-se com o paciente como um corpo-objeto e sua somatização.[6]

A equipe de saúde no momento tão temeroso que é o da morte se depara também com o "desconhecido", aumentando o temor da morte, pois ao ver o outro morrendo a sua própria morte se faz lembrada. É fundamental que a morte não seja vista como incompetência profissional, pois com essa visão a culpa será mais um problematizador dessa situação.

Neste momento é importante refletir sobre a forma que os pacientes são atendidos. Será que é a mesma que o profissional queria ser? Essa maneira é a ideal ou existem outras mais dignas e humanizadas? Somente dessa forma o outro será cuidado de forma honesta e ética. A vida não será mais vista como um conjunto de sinais vitais a ser monitorado, nem a morte como algo impessoal, e os mortos como coisas. A morte desta maneira passará a ser vista como fase natural da existência.[8]

Portanto, diante de tantos conflitos e mal estar fica claro a dificuldade deste enfrentamento por parte dos profissionais de saúde. Definitivamente não são preparados para lhe darem com a morte. O terapeuta ocupacional não foge desta situação. Sabemos que com a debilidade orgânica, com situações de perdas os vínculos desfazem e os fazeres se alteram. Modificando e desestruturando toda a vida funcional do indivíduo. A não criação de novas possibilidades, a falta de compreensão desta nova condição de ser, influenciará negativamente as áreas: biológica, cultural, psicossocial, histórica e espiritual.

Assim fica evidente a importância da necessidade da visão multi e interdisciplinar no atendimento. O modelo biomédico e cartesiano das ciências da saúde se mostra insuficientes para a compreensão, exigindo uma assistência holística.

O profissional de saúde ao lidar com o paciente

deve procurar manter um limite adequado de envolvimento e nunca querer entender tudo sobre ele. Ao usar todas as possibilidades oferecidas pela ciência, sem subdividir o ser humano, tendência atual decorrente das multiespecializações. Pois o sujeito de nosso cuidado, é um ser único, essa unidade é que o torna capaz de entender-se como um ser vivente, possuidor da consciência de seu estar-no-mundo, capaz de prover suas necessidades e compreender as limitações dos seus dias, sabendo que é um-ser-para-o-morrer.[7]

O maior desejo do ser humano é a imortalidade, mas a ciência até hoje somente conseguiu prolongar a vida, muitas vezes sem nenhum sentido, apenas prolongando o sofrimento (distanásia), outras vezes conseguiu aumentar não somente o tempo de vida, mas a qualidade também. Este desejo de imortalidade está diretamente ligado ao medo de morrer, do desconhecido.

A noção de morte é o motor do desenvolvimento da ciência, das artes, das instituições, da economia e da política. Pois há um desejo no íntimo de cada homem de vida eterna na nossa realidade física temporal. A morte estimula o homem a viver, se relacionar, procriar e construir coisas que o "imortalizem", dando sentido à existência.[9]

QUALIDADE DE VIDA E DE MORTE – CUIDADOS PALIATIVOS

No período de 1970 a 1980 surgiram os movimentos pelos direitos do paciente, entre eles o direito de morrer com dignidade. Este importante avanço em busca de uma morte digna foi deflagrado a partir de movimento de cuidados paliativos que tem como representantes, Sanders, Baines e Dunlop (1995). Tudo ocorreu devido basicamente a duas tendências de mudanças sociais: 1- Crescimento de consumo vinculado à redescoberta do natural, na alimentação, nos cuidados da saúde, no estilo de vida, a visão de questões ecológicas e ambientais e no cuidado do morrer e 2- Crescente luta no meio acadêmico, nos profissionais de saúde e sociedade contra a medicalização da morte.[6]

Em 1990 a OMS definiu os cuidados paliativos como sendo o cuidado ativo e total dos pacientes cuja enfermidade não responde mais aos tratamentos curativos. Controle da dor e de outros sintomas, entre outros problemas sociais e espirituais, é da maior importância. O objetivo dos cuidados paliativos é atingir a melhor qualidade de vida possível para os pacientes e suas famílias.
Os cuidados paliativos surgiram numa tentativa de re-humanizar, minimizar o modo desumano de assistir aos pacientes, no momento muito difícil de suas vidas ou quando não há mais esperanças e seus familiares, no momento do luto. Enquanto que para os profissionais da saúde esses cuidados vêem ajudar, confortando, diminuindo a sensação de perda, culpa e medo de sua própria morte ao se deparar com a morte do paciente. Tudo isso compartilhado numa equipe interdisciplinar, no momento da tomada de posturas, decisões e do enfrentamento de problemas ameaçadores e desestruturantes.

Trabalhar na perspectiva do cuidado paliativo é estar também diretamente ligado ao controle da dor para aqueles pacientes que sofrem de doenças que desencadeiam este sintoma. A percepção da dor (nocicepção), como qualquer outra sensação, é individual e só pode ser medida pelo relato de quem sente. Mas pistas podem ser dadas a quem observa, como: contratura muscular e alterações posturais, mudanças de humor, falta de apetite e insônia.

A percepção álgica envolve a memória de dor, o significado da dor para o indivíduo, a percepção do controle da dor, o período de desenvolvimento cognitivo e os aspectos culturais e familiares. Como também psicológicos, sintomas como ansiedade, depressão, dificuldade de expressão emocional, perfeccionismo, déficits de linguagem e de aprendizagem podem ser fatores amplificadores desta percepção. A dor é um sintoma essencialmente subjetivo.
Hoje não se fala mais em pacientes fora de possibilidades de cura, e os cuidados paliativos devem ocorrer em conjunto com as terapias que modificam o curso das doenças. No Brasil a Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP)

é presidida pela coordenadora da comissão multiprofissional a Dra. Maria Goretti Maciel, a qual afirma, "Oferecer ao doente a segurança de ser assistido, permitir o exercício de sua autonomia, facilitar para que receba apoio espiritual da forma que lhe convier e ajudá-lo a perceber o sentido e a grandeza de sua vida certamente é uma melhor definição para os cuidados paliativos".[10]

É unânime entre os especialistas que os cuidados paliativos devem iniciar desde o diagnóstico, visando a integralidade no tratamento e preservando a dignidade e o respeito ao doente em todo percurso terapêutico, não somente no final da vida.

A terapeuta ocupacional Dra. Marília Othero, coordenadora do comitê de Terapia Ocupacional da ABRALE, comenta que no Brasil essa conduta não é uma regra, muitos pacientes chegam aos cuidados paliativos somente em fase avançada da doença. Para ratificar a necessidade desses cuidados ela diz, "É ao longo da doença que se sentem os benefícios dessa assistência. É preciso entender que a dor não é só diante da morte. Engloba aspectos psíquicos, sociais e espirituais, que sempre necessitam de intervenções".[10]

A equipe de cuidados paliativos e controle de dor devem considerar que no processo de cuidar todas as pessoas são seres de cuidado. As experiências são interativas e devem ser compartilhadas entre as pessoas que cuidam e as que são cuidadas. As ações, as atitudes e os comportamentos devem ser compreendidos com base não só nos conhecimentos técnicos e científicos, mas sim em habilidades técnicas efetivas e afetivas orientando ao paciente e aos familiares quanto às informações cabíveis e oportunas para o melhor enfrentamento da situação.

O terapeuta ocupacional que tem como um dos seus representantes oficiais a American Occupational Therapy Association (AOTA) tem como posicionamento perante os cuidados paliativos, "O morrer é um processo normal, resultado ou não de doença. O *hospice* existe nem para apressar, nem para adiar a morte. Antes, o *hospice* existe para afirmar a VIDA, ao providenciar apoio e cuidado para aquelas pessoas que estão na última fase de uma doença incurável, para que possam viver plena e confortavelmente o melhor possível. O *hospice* promove a formação de comunidades de cuidadores que são sensíveis às necessidades dos pacientes e de suas famílias nessa ocasião, para que fiquem livres para obter o grau de preparação mental e espiritual para a morte que lhes seja satisfatório".[11]

A AOTA acredita que as pessoas podem levar uma vida produtiva e significativa, a despeito de uma doença terminal, e que a terapia ocupacional oferece uma atuação essencial nesse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Quando a dor, a perda, o luto e a morte fazem parte do dia-a-dia profissional a tarefa diária se torna muito desgastante. É preciso formação para o enfrentamento de tais situações. Compor esta equipe não é tarefa fácil principalmente quando a clientela é criança, todo o processo se torna mais complicado e sofrido tanto para a família e profissionais envolvidos, pois a infância nos remete a esperança, alegria, brincar, sorrir, beleza... parece ser o oposto da idéia de dor, adoecimento e morte.

A morte é um dilema, é uma incógnita para todos nós. Apesar de todas as tentativas de compreendê-la, a contribuição de diferentes áreas do conhecimento, como a filosofia, a psicologia, a bioética, as religiões e outras formas de espiritualidade. Surge na década de 1970 a 1980 a tanatologia que vem estudar assuntos que dizem respeito a finitude humana.

Na contemporaneidade apesar de toda a contribuição citada, o avanço científico-tecnológico trouxe uma diminuição da mortalidade, mas, contudo elevou a morbidade. Aumentando a sobrevida, na sua maioria, de pacientes em fase terminal, quando a vida não tem mais sentido, aumentando o número de dias à vida, não mais qualidade de vida ao tempo que ainda resta. A

morte ficou medicalizada, a responsabilidade pesou ainda mais sobre o médico e a equipe de saúde.

Aumentando assim a responsabilidade, a "culpa" destes profissionais. O mal estar, o estresse leva-os a ter uma visão da morte ainda mais difícil de ser acolhida. Levando a um atendimento do outro, no momento em que precisa, pouco acolhedor e cuidado menos humanizado.

Depois de leituras exaustivas sobre o tema aqui abordado, a autora chegou ao entendimento da importância que a Tanatologia tem para quem vive. Ajudando bastante as pessoas que a procura, principalmente os profissionais de saúde que são mais envolvidos com a morte. Apesar da morte ser companheira da vida ela é vista como inimiga. O homem somente irá se reestruturar como ser finito quando a concebê-la como fazendo parte natural de sua vida.

REFERÊNCIAS

1. Kovács MJ. Educação para a morte: temas e reflexões. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003.
2. Ariès P. História da morte no ocidente: da idade média à nossos dias. Rio de Janeiro: Francisco Alves; 1977.
3. Morin E. O Homem e a morte. Rio de Janeiro: Imago; 1970.
4. Becker E. A Negação da morte. Rio de Janeiro: Record; 1984.
5. OMS – Organização Mundial de Saúde; 1974.
6. Carlo MMP, Queiroz MEG. Dor e cuidados paliativos: terapia ocupacional e interdisciplinaridade. São Paulo: Roca; 2008.
7. Heidegger M. Ser e tempo. Petrópolis: Vozes; 1989.
8. Gomes AM, Ruiz EM. Vida e morte no cotidiano: reflexões com o profissional de saúde. Fortaleza: UECE; 2006.
9. Azevedo C. Filosofia, religião e ciência. Rio de Janeiro/São Paulo/Fortaleza, ABC; 2005. v.2
10. Revista ABRALE. Março/ Abril/ Maio2010.
11. Jacobs K, Jacobs L. Dicionário de terapia ocupacional; guia de referência. 4ª ed. São Paulo: Roca; 2006.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Valéria Barroso de Albuquerque.
E-mail: valeriabarroso@hotmail.com

REFLEXÕES SOBRE O CUIDAR

Reflections on care

Ana Julia Couto de Alencar

Neonatologista. Doutora em Pediatria. Professora Adjunta da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Médica da CTI Neonatal do Hospital Infantil Albert Sabin.

Que nenhuma opinião seja uma convicção absoluta, imutável. Que o dia de hoje seja sempre uma passagem feita da soma das experiências de ontem, enriquecidas das experiências de amanhã. Somente com esta condição nosso trabalho nunca será monótono nem sem esperança.

Janusz Korczak,1929

Os profissionais de saúde, ao conviver com o sofrimento e a morte, são levados a negar ou levar um olhar diferenciado sobre o sentido da vida.

O poeta russo Chestov * em 1960, diz: "o anjo da morte tem asas consteladas de olhos; quando se aproxima de um de nós, dá-lhe olhos novos, olhos oriundos de suas asas, e que vêem para além do superficial e do aparente."[1]

Verificamos que ao lidar com o sofrimento encontramo-nos num estado de paralisia afetiva, não sabendo o que dizer, não conseguimos nos comunicar, não existindo profundidade com o próximo.

O bebê tem uma linguagem comportamental própria, e na nossa cegueira não percebemos as suas necessidades de contato, intimidade, o sofrimento de quem está confinado a solidão. [2,3]

Para Winnicott, 1999 uma boa parte dos problemas emocionais encontram sua origem em etapas precoces do desenvolvimento. O ambiente tem influencia decisiva na determinação do psiquismo precoce. "Um bebê não pode e existir sozinho mas é parte de uma relação". [4] A relação com a mãe é fundamental nesta sua época de dependência, pois ele necessita que ela esteja tão identificada com ele que atenda prontamente suas necessidades. Por trás destas necessidades eles são sujeitos a grande ansiedade e se deixados muito tempo sozinhos sem contato familiar e/ou humano passam por experiências descritas como: "ser feito em pedaços, cair para sempre", Morrer e morrer e morrer", perder todos os vestígios de esperança de renovação de contatos".[4]

A neurociência mostra que uma ligação forte e segura com os pais parece ter uma função biológica protetora, ficando a criança "resguardada" dos efeitos do estresse e da dor sofridos pelo bebê, causados, muitas vezes, por uma assistência generalista, pelo manuseio excessivo, pela sonoridade inadequada e pela luz intensa no ambiente da UTI. [2,3,5] Acontecimentos adversos, traumáticos, estressantes física ou psiquicamente, elevam os níveis de cortisol que podem afetar o metabolismo, o sistema imunológico e o cérebro. [2,5]

Lago et al, 2007 em artigo de revisão sobre os cuidados no final da vida, verificaram a importância da família participar das discussões e resoluções de cuidados para suas crianças. Afirmam os autores que assumir que as famílias brasileiras teriam "falta de interesse ou despreparo" é discriminatório e uma desculpa para os médicos continuarem com sua visão paternalista. Assim, ao desconsiderar a participação, os médicos podem não atender as expectativas, anseios e valores dos pais e paciente frente à morte iminente. [6]

O Conselho Federal de Medicina emitiu a resolução nº. 1.805/06 sobre cuidados paliativos onde reforça a obrigação de esclarecer ao doente

ou seu representante legal sobre as modalidades terapêutica adequadas a cada situação e que a vontade deles deve ser respeitada. [7]

A ausência do envolvimento da família na decisão de cuidados em pacientes com doenças graves ou incuráveis leva à confusão, insegurança, ansiedade e sofrimento, a ponto de verbalizarem: "se eles pudessem matavam o meu filho", "eles não querem mais cuidar do meu filho", "antes de vir para o hospital ele estava melhor", "eles não me dizem como ele está". A dor, o sofrimento e a sensação de perda levam à dificuldade de assumir a realidade como me foi relatado por uma mãe: "a gente até que sabe, mas não quer acreditar".

Kubler-Ross, 1969 descreve as cinco fases do luto e a necessidade de passar por cada uma delas. Quando alguém se nega a vivenciá-las sofre porque se agarra a uma situação que não mais existe e assim fica impedida de reconstruir sua vida. As fases de luto são: Negação e Isolamento, Raiva, Negociação, Depressão Aceitação. (8) Kubler-Ross, ressalta que este processo pode ser desencadeado por qualquer alteração importante de sua rotina como: A notícia de uma morte, de uma doença grave, a separação de um amor ou até o envelhecimento para alguns. [8,9]

Esta fixação na negação fica bem evidente ao convivermos com mães de filhos em estado grave, portanto dentro do cuidador existe uma necessidade de um trabalho interior a fim de realizar "Um parto de si mesmo" e possa ir ao encontro do outro. [1,10,11]

O outro, no nosso caso, é composto pelo bebê e sua família, e estes consciente ou inconscientemente esperam que mintamos para ficarem tranquilos, que lhes digamos que tudo vai dar certo, que breve a criança terá alta ou que não terá sequelas futuras.

Na medida em que não temos medo de vivenciar nossos momentos de luto, de ruptura, de crise, em que trabalhamos o interior de nós mesmos, essa questão da perda, nos tornamos mais sensatos e confiantes na vida. Este trabalho consiste em enfrentarmos nossos próprios medos e feridas, em encará-los com toda a honestidade, em ter a ousadia de compartilhá-los, em sentir que podemos evoluir por intermédio de tais medos e feridas. [1,9]

Alencar et al, 2008 em pesquisa investigatória da construção do conceito de morte pelos acadêmicos de medicina durante o curso de formação médica, verificaram que de maneira geral os acadêmicos de medicina entram na faculdade com uma visão negativa da morte, percebida como uma adversária que precisa ser vencida. Ao longo do curso de formação passam a vivenciar a morte de seus pacientes. Emerge então a morte como uma entidade real, remetendo-lhes à consciência da inevitabilidade da morte. Infelizmente estas questões ainda não são discutidas no curso onde foi realizada a pesquisa dificultando a elaboração do luto pelos futuros médicos. [12]

O medo da morte, o medo de que aquela situação nos remeta a nossas próprias experiências dolorosas, nos leva a rever o que foi vivido na ordem pessoal e coletiva. As perdas que acumulamos ao longo da vida podem potencializar nosso medo da morte ou ensina-nos a conviver melhor com nossa finitude. Todos os dias temos pequenas perdas (uma demissão, uma separação, a notícia de uma doença incurável) que nos ajudam a entender nossa natureza mortal. [8,9]

A sensação de fracasso diante do sofrimento e da morte faz com que neguemos ao outro o último ato de amor, que é restituí-lo ao seu destino. Enquanto não aceitamos os nossos limites, enquanto não assumimos nossa quota-parte de impotência, não podemos estar perto do sofrimento e da morte. (1) Ao baixarmos as nossas barreiras defensivas, abrimo-nos para aceitar a humanidade do outro e criamos uma ponte para a comunicação. Então, aprendemos que aprender a viver é aprender a amar e, portanto a perder e que a vida é essa aprendizagem de aceitação do real.

Assim, estamos prontos a oferecer ao outro a nossa presença e atenção. Ouvir e estar junto

da criança e sua família, permitindo que sejam o que são no momento em que estão. O essencial é não acrescentar nosso sofrimento pessoal ao sofrimento do outro. Permanecendo sem angústia diante da sua angústia. [1]

Os pais são geralmente a fonte mais importante de amor, proteção, apoio social e intimidade em nossa vida. Os relacionamentos no começo da vida são fatores de previsão de comportamentos e doenças mais tarde, isto porque o nosso cérebro registra tudo que nos acontece desde que somos gerados. [10]

Lembrar que o tempo vivido pela família e o bebê é um tempo diferente do cronológico que nos devora. Para eles todas as atividades do cotidiano são habitadas de grande intensidade. O tempo de puncionar uma veia, o banho, a aceitação da dieta, a balança que revela se aumentou de peso, a aspiração traqueal, o tempo do antibiótico, o tempo da coleta dos exames laboratoriais, o tempo da cirurgia, tempo da vida, o tempo do nosso corpo físico talvez seja o casulo no qual se prepara a borboleta que somos.

O olhar do cuidador para este pequeno bebê deve ser de aceitação total do ser em todas as suas dimensões: física, psíquica e espiritual.

A experiência com o sofrimento e a morte, nos desperta os sentidos espirituais e o conceito de sagrado.

Sempre que fazemos a higiene de um paciente, ministramos um tratamento ou temos uma mão presente e apaziguadora para aliviar uma tensão ou dor, colocando consciência no corpo que tocamos, nisto reside a dimensão do sagrado e tem valor similar à unção com óleo nos rituais religiosos. [1]

Em relação à escuta, não é o tempo, mas a atitude de disponibilidade, em estarmos perto sem expectativas, a mostrar para a família que existe um espaço para que possamos falar e expressar os sentimentos, é o que nos leva a estar em comunhão com eles.

Pois na vida, quanto mais estamos centrados em nós mesmos, sem compartilhar nossas alegrias e frustações, mais sofremos com a sensação de ausência de solidariedade e desamparo, o que torna o sofrimento insuportável, pela falsa sensação que isto só acontece conosco. [10]

O estar com sem ser o outro, entretanto sentindo com ele, aceitando as suas e nossas limitações abre o espaço para um convívio mais próximo e íntimo, em que ousamos inspirar-nos na riqueza e profundidade da natureza humana e restituirmos à nossa humanidade sua verdadeira dimensão. [1,8]

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Muito tem sido falado sobre humanização na área da saúde, entretanto ainda verificamos lacunas entre teoria e prática.
Existe a necessidade de realizarmos um trabalho dentro de nós mesmos, que consiste em reconhecermos nossa humanidade e, portanto nossa falibilidade. A partir daí observar como nossos atos e palavras afetam nossa vida e a das famílias por nós atendidas.

A frase: "Homem conhece a ti mesmo e conhecerás o universo e os deuses" inscrita à entrada do santuário de Delfos, na Grécia antiga, e difundida por Sócrates [(13)] percorre o tempo atualizada, pois a coragem de refletir sobre as nossas palavras e ações é o caminho que nos conscientiza e pode transformar em humano o nosso cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Leloup J-Y, Hennezel M. A arte de Morrer: tradições religiosas e espiritualidade humanista diante da morte na atualidade. Tradução Teixeira GJF. Vozes-Petrópolis,1999.
2. Brasil, Ministério da Saúde. Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso. Método Mãe Canguru.Brasília 2002.

3. Tamez, R N. Intervenções no cuidado neuropsicomotor do prematuro. UTI neonatal. Koogan:Rio de Janeiro. 2009.
4. Winnicott D W. Os bebês e suas Mães. Tradução Camargo JL, Patto MHS.Martins Fontes:São Paulo.1999.
5. Cunha, I. A neurociência e o vínculo mãe filho.In: Brasil Ministério da Saúde. BNDES, Fundação Orsa. Informativo método canguru. n.22. Brasília, 2001.
6. Lago PM, Garros D, Piva JP. Participação da Família no Processo Decisório de Limitação de Suporte de Vida: Paternalismo, Beneficência e Omissão. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. 2007:19:3:364-368
7. Conselho Federal de Medicina. Resolução CFM 1.805/2006. Diário Oficial da União 2006;28:196.
8. Kubler-Ross E. Sobre a morte e o morrer: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos próprios parentes. Tradução Menezes P. 8ªed. Martins Fonte:São Paulo, 1998.
9. Kubler-Ross E. A Roda da Vida: memórias do viver e do morrer. Tradução Silveira MLN. GMT: Rio de Janeiro,1998.
10. Ornissh D. Amor e sobrevivência. A base científica para o poder curativo da intimidade. Tradução Rodrigues A S, Rocco: Rio de Janeiro, 1998.
11. Vomero. Maria Fernanda. Morte, revista super interessante, editora abril: São Paulo 2002: 173;37-44.
12. Alencar E, Campos ACSC, Alencar AJC. Para além de curar. In: Escudeiro a (Org) Reflexões sobre a morte e Perda. 1ªed. LCGráfica:Fortaleza,2009.
13. Wikipédia. Conhece-te a ti mesmo. Texto, Internet,2010. [citado 2012 set 4]. Disponivel em: http://pt.wikipedia.org/wiki/Conhece-te_a_ti_mesmo.

Conflito de Interesse: Não declarado

Correspondência:

Ana Julia Couto de Alencar
E-mail: ancouto@uol.com.br

SUGESTÕES PARA O ENSINO DA PEDIATRIA

Suggestions for education in Pediatrics

Antonio Marcio J. Lisboa

Professor Titular de Pediatria da Universidade de Brasília. Membro da Academia Brasileira de Pediatria, Medicina de Brasilia, Leopoldinense de Letras e Artes. Membro honorário da Academia Nacional de Medicina. Ex-presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria.

"A inovação constitui uma dupla ameaça para as mediocridades acadêmicas: põe em perigo sua autoridade de oráculo e suscita o temor, mais profundo, de que pudesse ser demolido todo edifício intelectual laboriosamente construído por elas".

A.KOESTLER.

Há algumas décadas estamos passando por uma crise que afeta toda a humanidade. Crise multidimensional, complexa, de dimensões intelectuais, morais, espirituais. As transformações sociais, urbanização, industrialização, trabalho da mulher, progressos tecnológicos, qualidade do meio ambiente, segurança, relações sociais, política, economia, repercutem sobre o nosso modo de viver, afetando principalmente o núcleo mais importante da sociedade – a família.

A família tradicional está agonizante. A família unida, solidária, protetora, vem desaparecendo. O número de famílias "capengas", onde falta o pai ou a mãe, vem aumentando. O trabalho ou o estudo dos pais afasta-os, cada vez mais, dos filhos. A mãe é obrigada a deixá-los em creches ou escolas maternais, algumas de qualidade discutível. Uma em cada oito crianças de menos de três anos vive sem pai, pois é cada vez maior o número de casais separados. Sem falar nas mães solteiras, famílias constituídas, principalmente, por adolescentes.

As crianças e os velhos são os que mais sofrem. Como pediatra, acompanho, há 62 anos, as repercussões dessas transformações sobre o bem estar das crianças. E não tenho nenhuma dúvida de que elas tenham se tornado, paradoxalmente, mais fortes, sadias, porém, menos felizes.

A superpopulação e a tecnologia industrial têm contribuído bastante para grave deterioração do meio ambiente em que vivemos e do qual depende a nossa sobrevida. Pela primeira vez, o risco de extinção da raça humana e de todos os seres vivos pode ser real.

A conversa amiga, principalmente no horário das refeições, tornou-se quase impossível. Os lares onde existe amor, carinho, compreensão, segurança, vêm sendo substituídos pelas casas, local que serve somente de proteção contra as intempéries, mas que não têm alma. A infância alegre, risonha, prazerosa, segura, não é a mesma de poucos anos atrás.

Aumenta o número de crianças sem famílias, à procura de amor e carinho, à espera de alguém que se lembre delas, internadas em instituições regidas por normas burocráticas, que impedem ou dificultam que sejam adotadas.

Nas cidades as casas vêm dando lugar aos apartamentos, cada vez mais minúsculos. E a criança necessita, para exercitar sua autonomia, sua independência, de espaço. Elas não podem: correr, pular, brincar, extravasar sua energia; ficam tristes, infelizes. Muitas delas criadas pelo novo membro da Família: a televisão, a babá eletrônica, fria e distante. Atualmente a televisão

arranjou grandes amigos: os jogos eletrônicos e o computador.

As cidades são construídas por adultos para atender às suas necessidades - não consideram o bem estar das crianças. Poucas áreas de lazer, jardins e parques. Tal como os cães, as crianças são levadas para passear e, ás vezes, até com coleiras.

Boa parte das creches e escolas não têm áreas adequadas para recreação. O que não é o mais grave. Os sistemas educacionais, em boa parte delas, não atendem às necessidades do desenvolvimento mental e emocional das crianças. E nem é bom falar nas gigantescas mochilas que elas são obrigadas a carregar.

A alimentação privilegia massas, doces, frituras. A falta de exercícios e a dieta inadequada servem para aumentar o contingente de obesos.

O pior de tudo é que a desorganização social, a desestruturação das famílias e as falhas no sistema educacional, promovem o aumento da violência em todas as suas manifestações, cujas maiores vítimas são as mulheres, os velhos e as crianças.

E, infelizmente, a maioria dos pediatras não aprendeu a enfrentar essas situações.

Neste artigo pretendemos analisar alguns pontos frágeis na formação do médico e, em especial, dos pediatras.

O MÉDICO RECÉM-FORMADO ESTÀ PREPARADO PARA ATENDER ÀS NECESSIDADES DE SÁUDE DA POPULAÇÃO?

"Com certeza, não. Não tem experiência. O recém-formado tem uma condição muito ruim, e estou falando da USP. Imagine de outras faculdades. O residente tem que estudar dois anos, depois da faculdade, para ser clínico. Ou estudar dois anos para ser pediatra. Não há como fazer atendimento sem supervisão de um profissional experiente imediatamente depois de sair da faculdade" (LOTUFO, 2012). Lotufo está certo. Tanto que já existe uma corrente muito forte que acredita que o médico só deveria exercer sua profissão após cursar a residência, ou seja, a residência seria dedicada a suprir as deficiências dos seis anos de curso de medicina.

A Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM) vem, há mais de quarenta anos, tentando melhorar o ensino da medicina. Apesar disso, os resultados têm sido bem aquém do desejável, como mostrou a "Avaliação das Escolas Médias do Brasil", realizada de 1991 a 1997, pela Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação do Ensino Médico (CINAEM), constituída pela Associação Brasileira de Educação Médica (ABEM), o Conselho Federal de Medicina, a Associação Médica Brasileira, a Academia Nacional de Medicina, a Federação Nacional dos Médicos, o Sindicato Nacional dos Docentes das Instituições de Ensino Superior, o Conselho Nacional de Reitores das Universidades Brasileiras, a Diretoria Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, a Associação Nacional dos Médicos Residentes e os Conselhos Regionais de Medicina do Rio de Janeiro e de São Paulo. A Comissão buscava uma avaliação das escolas médicas, da estrutura organizativa, do ensino, das propostas pedagógicas, dos professores, dos alunos e, principalmente, se elas respondiam às necessidades de saúde da população. O desempenho das escolas não alcançou dois terços do escore desejável em nenhuma das variáveis estudadas, não atingindo metade deste valor em aspectos cruciais como, por exemplo, recursos humanos (docentes), papel das escolas na assistência, na pesquisa e em relação à qualidade dos médicos formados. Os achados revelaram um desempenho insuficiente e similar para a grande maioria das escolas estudadas. (CINAEM).

Em 1970, uma Comissão da Organização Mundial da Saúde, estudando o ensino médico na África, apontou como principais problemas o currículo inadequado; a separação entre ciências básicas e clínicas; a indiferença em relação às necessidades sanitárias reais da comunidade; a

falta de participação ativa dos alunos; a ineficácia de certas técnicas audiovisuais; os métodos de avaliação inadequados. Avaliações posteriores chegaram a conclusões semelhantes.

Em 2012, padecemos dos mesmos problemas acrescidos da falta de definição dos objetivos, multiplicação exagerada de disciplinas, falta de hierarquização e de integração interdisciplinares, que contribuem para a formação de médicos sem condições de cuidar da saúde da população, principalmente no que se refere à saúde mental, emocional e social.

Inúmeros trabalhos mostram que o ensino da medicina ainda está longe do desejável, fato agravado pelo aumento exagerado de escolas médicas, muitas delas sem mínimas condições de funcionamento e criadas obedecendo a critérios políticos ou pior, visando o lucro.

Preocupado com a qualidade da formação dos médicos no país e com a adequada assistência oferecida à população, o Conselho Federal de Medicina (CFM) manifesta sua posição contrária à decisão do Governo de abrir 2.415 novas vagas em escolas médicas no Brasil até o ano de 2014. Esta decisão ignora aspectos ligados ao preparo dos futuros médicos. Levantamento realizado ao longo de dois anos, no âmbito da Secretária de Ensino Superior do próprio Ministério da Educação, já demonstrou que parte significativa das escolas de medicina existentes não possui condições de oferecer a capacitação necessária aos seus alunos. O Conceito Preliminar de Cursos (CPC), divulgado também pelo Ministério da Educação, confirmou ser preocupante o número de escolas médicas que alcançaram notas ruins, entre 1 e 2 (de 141 instituições avaliadas, um total de 23). Também é lamentável que nenhuma delas tenha obtido nota suficiente para ser classificada na faixa máxima (nota 5). (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012)

Neste artigo apresentamos sugestões que acreditamos ajudarão a formar médicos e pediatras com conhecimentos que lhes permitam atender de forma mais completa as necessidades de saúde da população infantil.

CRIANÇA, UNIDADE BIOPSICOSSOCIAL

Sem dúvida, a maior mudança de rumo da medicina ocorreu com a revolução cartesiana, no século XVII. Descartes, um físico famoso, dividiu o ser humano em duas partes distintas: corpo e mente. Um pouco mais tarde, outro físico, Newton, comparou o ser humano a uma máquina – o animal máquina, e, como tal, poderia ser estudado como se fossem peças. A doença seria uma consequência do mau funcionamento dos mecanismos biológicos e estudada do ponto de vista da biologia celular e molecular. Os médicos interviriam física ou quimicamente, para consertar os defeitos específicos do mecanismo enguiçado.

Três séculos após, o paradigma newtoniano-cartesiano, mecanicista, rege o ensino na maioria das escolas médicas. Além de conseguir separar completamente a Medicina da Psicologia, estimulou e promoveu a criação de um número imenso de disciplinas, cada uma delas se encarregando de estudar e ensinar, isoladamente, como funciona cada órgão ou aparelho, sem levar em consideração com o todo. Ao dividir o corpo humano em partes cada vez menores, a medicina perdeu de vista o sentido unitário do ser humano.

Não são negados os inúmeros sucessos da visão mecanicista, na Biologia, na Medicina e fora delas. A ela pode-se atribuir grande parte do sucesso na diminuição da mortalidade, inclusive infantil, controle das doenças infectocontagiosas, técnicas de transplante, diagnóstico e tratamento de uma quantidade enorme de doenças.

Entretanto, com o passar dos anos, vêm aumentando significativamente os questionamentos a esse modelo, principalmente por ser reducionista, não levando em consideração, por exemplo, os fatores ecológicos e socioeconômicos, que podem ser responsáveis por mais saúde, ou por mais doenças, e permitiu que a Medicina ignorasse, durante muito tempo, que as doenças pudessem ser responsáveis por problemas psicológicos e vice-versa.

O modelo cartesiano estimula a especialização. Cada vez mais formamos especialistas que, segundo Bernard Shaw, é uma pessoa que sabe cada vez mais sobre cada vez menos, e acaba sabendo tudo sobre nada.

São cada vez mais raros os médicos que têm uma visão integral da saúde, como os antigos médicos do interior. Estes resolviam a maioria dos problemas de saúde das famílias, eram venerados pela população, e estão caminhando rapidamente para a extinção.

Contrariamente, estão proliferando os especialistas que, embora conhecendo bem sua área de atuação, não tendo uma visão do todo, podem desconhecer variáveis importantes para o diagnóstico e o tratamento de seus pacientes. Essa visão fragmentada do ser humano vem prejudicando a formação dos médicos e dos pediatras.

A PEDIATRIA é a ciência do homem, como homem, como ser humano, como pessoa. O homem, unidade biopsicossocial altamente diferenciada, é produto de um passado. Ao pensar-se que a criança é um homem com a maior quantidade de futuro e um passado recente, deixa de ser somente a medicina da criança para tornar-se a medicina prospectiva do homem. A "velha pediatria", assim entendida, se apequena, obrigando-nos a introduzir profundas modificações no seu ensino e na prática. O futuro pediatra tem que ter, além dos atuais, conhecimentos de psicologia do desenvolvimento, de etologia, de antropologia e de sociologia, para cumprir bem sua missão, que deixou de ser somente o de cuidar da saúde das crianças, mas se preocupar, também, com a saúde física, mental, emocional e social, do futuro cidadão.

A Pediatria é uma grande área da medicina que se preocupa com o crescimento e desenvolvimento dos seres humanos. Não é considerada como uma especialidade e, sim, medicina geral aplicada a indivíduos em fase de desenvolvimento, o que limita seu campo de ação ao período que se inicia na gestação e termina no final da adolescência. São seus objetivos: a criança, em seu conceito global, ecológico. O ensino por programas, utilizando módulos assistenciais, impede a fragmentação do ensino em múltiplas disciplinas autossuficientes, cada uma delas atuando de forma isolada, absorvente, desintegrada e complexa, com consequentes prejuízos à formação do futuro médico.

O PEDIATRA, o médico responsável pela saúde da criança e do adolescente. Sua área de atuação vai da fecundação à adolescência, ou seja, atua em todas as etapas do crescimento e desenvolvimento do ser humano. Cabe a ele atuar em os diferentes níveis de atenção à saúde - promoção, prevenção, diagnóstico precoce, recuperação e reabilitação, bem como nos diferentes níveis de assistência - primário, secundário, terciário. As ações mais importantes são as de promoção da saúde e prevenção das doenças.

"Se há uma dúzia de anos houvessem existido mais pediatras com um bom preparo para tratar psicossomaticamente as doenças da infância, os geriatras e psiquiatras, assim como aqueles que se preocupam das questões sociais e de bem estar público teriam que suportar uma carga menos pesada ao enfrentarem problemas de reabilitação. A Pediatria se acha em uma posição chave", escreve Raymond Hussey.

A SAÚDE, considerada como um estado de bem estar físico, mental, emocional e social (OMS).

A DOENÇA, entendida como um processo multicausal, com aspectos físicos, psíquicos, econômicos, culturais e sociais. A redução do processo mórbido à doença fez com que o pediatra se esquecesse de que a criança é uma unidade, um ser humano global. A doença está limitada a uma parte do corpo, que será o objetivo do tratamento. Entretanto, a criança pode estar enferma sem estar doente. Metade das consultas ao pediatra é para atender crianças sem doenças. Exemplo são os problemas emocionais, relacionais e sociais, que podem afetar a saúde sem serem doenças. Estão neste grupo as doenças psicossomáticas, tão comuns e tão desconhecidas pelos pediatras.

Por exemplo, crianças portadoras de doenças crônicas podem estar passando bem, mas infelizes, por terem algumas restrições. E isto é pediatria. E o caso de crianças que se acham doentes, sem evidência de qualquer doença, classificadas de "hipocondríacas"? E as "doenças" sociais, consequentes a morte de um ente querido, ao abandono, a vida no seio de uma família desestruturada?

A CRIANÇA deve ser considerada como uma unidade biopsicossocial, em seu conceito global, ecológico, vivendo em uma família, em uma sociedade, com suas interações com o meio ambiente e com sua capacidade de adaptação; não são somente unidades biológicas e, sim, sociobiológicas altamente diferenciadas. A família e o meio ambiente são de grande importância para sua sobrevivência.

Da concepção à adolescência a criança passa por várias fases, cada uma delas com peculiaridades que vão determinar suas necessidades que, por sua vez, irão definir as atividades em cada um dos níveis de atenção à saúde. As fases, ou etapas do crescimento e desenvolvimento são: fetal, neonatal, lactente, pré-escolar, escolar, adolescência. Cabe aos pediatras a promoção da saúde - física, mental, emocional e social - a prevenção das doenças, o diagnóstico precoce e o tratamento, ou referência, das patologias próprias de cada uma dessas etapas.

A aceitação de que a criança é um ser unitário obrigaria que o ensino da Pediatria levasse em consideração cada uma dessas etapas, pois em cada uma delas são identificadas peculiaridade que definirão suas necessidades o que, por sua vez, determinarão as atividades de promoção da saúde, prevenção das doenças, o diagnóstico precoce, as medidas para recuperação ou reabilitação da saúde a serem desenvolvidas.

Para uma melhor compreensão, o pediatra teria que conhecer, por exemplo, as peculiaridades dos recém-nascidos, para que pudesse atender suas necessidades físicas (amamentação), emocionais (alojamento conjunto, apego) e sociais (visitas, passeios, restrições), de maneira integral. E esse tipo de conduta é aplicável a cada uma das

etapas do desenvolvimento, pois, por exemplo, são diferentes bem das de um escolar, como poderemos ler abaixo.

FETAL - prevenção das: embriopatias, fetopatias, iatrogenias, baixo peso, prematuridade, distúrbios emocionais, desnutrição intrauterina, retardos mentais, deficiências sensoriais.

RECÉM-NASCIDO - prevenção: dos retardos mentais (anoxia, kernicterus, hipoglicemia), deficiências visuais (fibroplasia retrocristaliniana), surdez (estreptomicina), hospitalismo infeccioso e psicossocial, iatrogenias, desmame precoce, problemas respiratórios (síndrome da membrana hialina), metabólicos (icterícias, hipoglicemias, testes do pezinho e da orelhinha).

LACTENTE – promoção da amamentação. Prevenção do: desmame precoce, distúrbios do sono, privação materna, desnutrição, deficiências sensoriais. Manejo do choro, imunizações, controle do crescimento e desenvolvimento, estimulação, disciplina, limites, hábitos higiênicos, dentição (cuidados), televisão, fumante solidário.

PRÉ-ESCOLAR – conduta na "falta de apetite", problemas do sono, disciplina, limites, autoestima, negativismo, desobediência, indisciplina, birras, fantasias, ensino dos valores, privação materna. Prevenção dos acidentes e intoxicações

ESCOLAR - dificuldades no aprendizado, disciplina, autoestima, limites, ensino dos valores, exercícios físicos, televisão, jogos eletrônicos.

ADOLESCENTE - esportes, exercícios físicos, musculação, estudos, computador, televisão, identidade, autonomia, independência, humor, agressividade, autoestima, brincos, roupas, quarto; prevenção de acidentes, principalmente de trânsito.

A abordagem holística da Medicina surgiu como uma forma de reação ao modelo cartesiano; implica no atendimento da pessoa de uma forma integral e integrada, evitando-se a fragmentação do conhecimento. As pessoas são vistas como unidades biológicas, indivisíveis, que sentem, sofrem, têm alegrias, medos, angústias, tristeza e depressão; que pertencem a famílias que vivem em comunidades, e têm seus hábitos, seu costumes, seus tabus.

No modelo holístico o ensino e a aprendizagem utilizam programas e módulos assistenciais, o que impedirá a fragmentação do ensino em múltiplas disciplinas autossuficientes, cada uma delas atuando de forma isolada, absorvente, desintegrada e complexa, com consequentes prejuízos à formação do futuro médico.

SAÚDE, SITUAÇÃO DE BEM ESTAR FÍSICO, MENTAL E SOCIAL

Por definição é aceito, embora com algumas restrições, o conceito de saúde como uma situação de bem estar físico, mental e social. Entretanto, o modelo biomédico adotado pela maioria das escolas médicas, privilegia o ensino da saúde física. O mesmo acontece com o ensino da Pediatria, o que certamente explique os avanços em os cuidados à saúde física das crianças e adolescentes e a piora, principalmente, da saúde mental e emocional.

Noções de Sociologia Médica, Psicologia do Desenvolvimento, Antropologia Cultural, Etologia, tão importantes para a formação médica, e principalmente para os pediatras, não são ensinadas.

A SAÚDE FÍSICA – Atualmente as crianças nascem melhor, crescem bem nutridas, são imunizadas, têm menos infecções, ficam menos doentes, morrem menos. Os grandes avanços da Medicina ocorreram no sentido de proteger, manter e recuperar a saúde física.

Progressos notáveis, representados por cirurgias: em fetos e recém-nascidos, correção das malformações, estéticas e reparadoras, transplantes, implantes; progressos nos procedimentos anestésicos e nos pós-operatórios. Na clínica também ocorreram avanços, como aconselhamento genético,

diagnósticos e tratamentos nos fetos, assistência aos recém-nascidos sadios e doentes, as UTIs neonatais e pediátricas, as ações básicas de saúde, a prevenção de inúmeras doenças, o diagnóstico precoce e o controle do câncer e das doenças infecciosas (antimicrobianos, vacinas). Extraordinários avanços ocorreram em relação aos procedimentos diagnósticos - imageologia, isótopos, bioquímica, genética, e terapêuticos.

Entretanto, ainda existem algumas situações que ainda não mereceram a atenção do ensino da pediatria como o das deficiências.

A SAÚDE MENTAL – Ao contrário do que vem ocorrendo em relação à saúde física, está cada vez mais difícil a formação de pessoas mentalmente sadias, equilibradas, eficientes, com personalidades ajustadas ao meio social em que vivem e a prevenção de distúrbios do comportamento, onde se incluem os drogados, alcoólatras, marginais, delinquentes, violentos, corruptos, cujo aumento vem assumindo proporções assustadoras. . Não há dúvida de que as condições emocionais e sociais das crianças vêm decaindo.

"Ana Maria Escobar, pediatra do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas, em São Paulo, conduziu uma pesquisa com os pais de cerca de 900 crianças de 5 a 9 anos que estudavam em escolas particulares e estaduais". De acordo com os resultados do estudo, os pais disseram que 22,7% das crianças apresentavam ansiedade; 25,9% tinham problemas de atenção e 21,7% problemas de comportamento. O estudo foi concluído em 2005, mas Ana Maria acredita que se a pesquisa fosse feita hoje, "os níveis de ansiedade e de problemas de comportamento certamente seriam ainda mais altos".

Saul Cypel, membro do departamento de Pediatria do Comportamento e Desenvolvimento da Sociedade Brasileira de Pediatria, diz: "A impressão que eu tenho é a de que o número de crianças com queixas comportamentais cresceu muito nesses últimos dez anos. Se antes as queixas sobre o comportamento infantil correspondiam a 20% dos pacientes, agora são responsáveis por 85% do total do meu consultório de neurologia". Como Cypel, eu também acredito que as pessoas não têm dado a devida importância ao tempo que deveria ser reservado à criança para se dedicar a exercer sua criatividade, aos jogos, às brincadeiras e aos brinquedos, tão necessário ao seu desenvolvimento emocional.

A higiene mental é principalmente prevenção, é atenção primária, e deveria ser uma prioridade nos consultórios médicos, principalmente pediátricos, e nos serviços de saúde. Cuidados que deveriam ser iniciados desde a concepção e que são de extrema importância, principalmente nos primeiros anos de vida, pois deles dependerá a saúde mental e emocional das crianças e dos adultos, os seus destinos - felizes, realizados, vitoriosos, ou , ao contrário, infelizes, derrotados, com distúrbios de comportamento que poderão, eventualmente, levá-los aos hospitais ou as penitenciárias.

Infelizmente, desde que Descarte separou o corpo da alma, as escolas médicas ensinam aos alunos como cuidar do corpo, e as de psicologia, da alma. Essa dicotomia, incompreensível, acabou com o sentido unitário do ser humano, fazendo com que os médicos, desde sua formação priorizassem as necessidades do corpo, e não se preocupassem com as da alma. Isso explica, pelo menos em parte, os avanços relacionados aos cuidados com a saúde física e o aumento crescente das patologias ligadas à saúde mental e emocional, entre os quais se encontram as duas maiores pragas da atualidade - a violência e a delinquência. A criança é a maior vítima dos desajustes familiares, estruturais e sociais.

O ensino das práticas da higiene mental é uma responsabilidade dos pais, famílias, pediatras, psicólogos e professores. Será que os pediatras aprenderam a importância do exemplo dos pais, do amor, da atenção, da segurança, da educação, do ensino dos valores, dos limites, da disciplina, de boas maneiras, de bons hábitos e da autoestima, para a formação da personalidade das pessoas? Como a personalidade se estrutura principalmente

nos primeiros anos de vida, boa parte dessa responsabilidade é nossa, dos pediatras.

A Psicologia, principalmente do desenvolvimento, é fundamental para o exercício da Pediatria. Como cuidar de uma criança, em suas diferentes etapas de crescimento e desenvolvimento, sem conhecimento, nem que sejam rudimentares, de sua saúde mental, emocional e relacional?

O pediatra tem que ter condições de orientar os pais sobre os problemas emocionais comuns, do dia-a-dia. A concepção cartesiana, base do ensino biomédico, fez com que a Medicina ignorasse, durante muito tempo, que as doenças pudessem ser responsáveis por problemas psicológicos e que esses, por distúrbios orgânicos – a medicina psicossomática. Na concepção holística a enfermidade física é apenas uma das várias manifestações de um desequilíbrio do organismo como um todo.

Entretanto, a maioria dos pediatras está despreparada para cuidar ou orientar os pais sobre pequenos e comuns problemas de conduta, seja por ignorância ou por não darem a eles a devida importância.

Certamente minha proposta não visa transformar pediatras em psicólogos e, sim, que eles saibam a importância da saúde mental e como orientar os pais em pequenos problemas comportamentais.

A SAÚDE SOCIAL - Com toda certeza os pediatras minimizam seu papel em relação à saúde social das crianças. Talvez porque não estejam conscientizados da importância de seu papel na luta pela adoção- para conseguir uma família, um lar, para todas as crianças; pelo direito de brincar, contra o trabalho infantil; pela melhoria das condições das creches e escolinhas; contra o uso do fumo, drogas, álcool, consumismo televisivo; contra tudo que represente privação materna; a favor do alojamento conjunto e da presença dos pais nas enfermarias; contra a discriminação, maus-tratos, a palmada, e a favor do diálogo; contra a desnutrição, miséria, pobreza e a favor da amamentação, de uma alimentação sadia; a favor do saneamento básico, contra as favelas, os cortiços e todos aqueles que não pensam nas crianças ao construírem casas e cidades e, principalmente, contra o mau atendimento médico porventura prestado às crianças.

O pediatra não deve e não pode se limitar a trabalhar em prol da saúde física das crianças. Seu objetivo deve ser lutar para que todas as crianças possam alcançar a felicidade, ou seja, uma situação de bem-estar físico, mental, emocional e social.

Para que os alunos tivessem a noção exata da importância do fator social na gênese das doenças, colocamos um mapa de Taguatinga, cidade satélite de Brasília, na enfermaria de Pediatria. Usávamos marcadores de cores diferentes para identificar cada patologia. Passado algum tempo, os alunos verificavam que existiam áreas com grandes concentrações de marcadores. Em algumas, predominavam os relacionados às diarreias e desnutrição, em outras, problemas respiratórios. Existiam, também, áreas com poucos, ou nenhum, marcador. Em um segundo tempo, levávamos os alunos para visitar os locais de onde provinham as crianças. As crianças desnutridas e com diarreia, na sua grande maioria, provinham de uma favela que ficava próxima ao hospital, onde as condições socioeconômicas eram precárias e não havia saneamento básico. Nas áreas com maior concentração de problemas respiratórios, a maioria das famílias possuía fogão a lenha, no interior de suas casas. Em áreas com poucos ou nenhum marcador os moradores eram de classe média a alta.

Os alunos viam e aprendiam que, sem corrigirmos os problemas sociais, não conseguiríamos solucionar definitivamente os problemas médicos. Mostrávamos quão diferentes eram as cifras de mortalidade infantil nas distintas cidades satélites do Distrito Federal. Analisando as cifras, os alunos aprendiam que se uma criança nascesse em uma cidade com graves problemas socioeconômicos teria muito mais possibilidade de morrer antes de um ano do que nas áreas mais ricas do Distrito Federal.

No ensino de pediatria da Universidade de Brasília (1967-1976), os alunos e residentes visitavam o Centro de Desenvolvimento Social da cidade de Planaltina, para aprender a importância dos trabalhos ali desenvolvidos para melhorar a saúde e a qualidade de vida da população. Observavam o trabalho de assistentes sociais na identificação de lideranças comunitárias, conheciam o poder e a força da comunidade na solução de seus problemas, que poderiam inclusive, interferir na saúde das pessoas, como coleta de lixo, ligação de água potável e esgotos, iluminação.

Sem dúvida, os alunos de Medicina não aprendem ou mesmo desconhecem a importância do trabalho dos assistentes sociais, dos psicólogos, dos professores e, até mesmo, das enfermeiras, nossas colegas mais próximas.

Dezenas de exemplos semelhantes poderiam ser descritos, o que seria repetitivo e fastidioso. Entretanto, é do conhecimento geral que o saneamento básico, por si só, é capaz de diminuir as doenças, sem intervenção do médico.

Aulas de Sociologia ensinam os alunos a lidar com as pessoas; a importância de se cuidar de forma igualitária, humana, ética, quer sejam pessoas pobres ou ricas, poderosas ou não.

Aulas de Antropologia ensinam como eram cuidadas as crianças, na antiguidade e em populações primitivas, como as indígenas; as aulas de Etologia, permite o conhecimento do comportamento dos animais, inclusive do homem, em relação aos seus filhotes.

O pediatra não deve e não pode se limitar a trabalhar em prol da saúde física das crianças. Seu objetivo deve ser lutar para que todas as crianças sejam, além de saudáveis, felizes.

PEDIATRIA E O PEDIATRA

Ao pensar-se que a criança é um homem com a maior quantidade de futuro e um passado recente, deixa de ser somente a medicina da criança para tornar-se a medicina prospectiva do homem.

A pediatria é algo mais do que clínica médica. Ao atender a um enfermo, a tendência do clínico é a de se preocupar com a doença atual é a de lutar contra ela. Ao atender a uma criança, a preocupação do pediatra terá que ir mais além Tem que se lembrar que a criança tem anos de vida pela frente e que sua saúde futura poderá depender da sua orientação no dia de hoje. “Quem não entende, de modo vivo e real, que a criança não é uma presença senão uma continuidade, não deve ser pediatra”, dizia Florencio Escardó.

Cada dia aumenta o número de doenças físicas, mentais, emocionais, relacionais e sociais, que têm sua origem na infância, inclusive na etapa fetal. Boa parte delas estão relacionadas a hábitos maléficos à saúde ou a condutas que comprometem a formação de uma personalidade sadia. E as medidas para preveni-las começam antes do nascimento. Problemas de comportamento podem ter origem em agressões ao feto, como retardos mentais podem ser decorrentes do uso de drogas ou o fumo durante a gestação.

Para um médico ser um bom pediatra são necessários alguns requisitos. O primeiro, a meu ver o mais importante, seria gostar de crianças. Compreender as rebeldias, as insolências; que elas choram, gritam, esperneiam e, até xingam, e, sem nenhuma cerimônia urinam e defecam no doutor. Entender a angustia e o sofrimento dos pais, quando os filhos estão doentes. Tolerar as mães, as avós ansiosas, com seus telefonemas repetitivos e intermináveis. Tudo isso exige muita paciência, amor e carinho.

Por outro lado, as crianças são seres adoráveis, honestos, carinhosos. Como é gostoso ver o seus sorrisos!

O segundo, ter vocação, que é um chamado imperativo, poderoso, que parte de nosso interior, que nos impele a seguir um caminho. Marañon dizia que se tivesse que escolher entre um médico com pouca instrução e muita vocação e outro, muito instruído, porém sem vocação, escolheria o primeiro.

A vocação é essencial e quem não a tem não deverá ser médico e, muito menos, pediatra. Para quem a tem, o trabalho e o "hobby" se tornam muito parecidos pois ambos são fonte de prazer, de liberação, de realização, de engrandecimento; sem ela, o trabalho se torna uma fonte de sofrimentos, uma verdadeira escravidão. Pasteur dizia que o trabalho era sua forma de diversão.

Infelizmente, como todas as outras funções espirituais, a vocação se desgasta, cansa, desfalece, pode até acabar. O melhor remédio para prevenir essa situação é o êxito profissional. Não falamos de riqueza. É se sentir feliz com o convívio com as crianças, sentir que seu trabalho é recompensado, alegrar-se por sentir que tem evitado que seus pacientes fiquem doentes e se sentir realizado de ter contribuído para que eles recuperem a saúde. Sentir-se querido pelas crianças e suas famílias e respeitado pelos colegas. O pediatra "acerta" quando sua vocação, sua força interior, sua vontade de ser útil está presente em sua atividade profissional.

Se seu consultório está cheio de crianças irritadas, choronas, rebeldes, o chamado "odium plenis", é melhor mudar de ramo, pois você não tem vocação para ser pediatra.

A meu ver, talvez a dimensão mais importante do ensino médico seja a da cidadania. Tão importante e tão desvalorizada pelas escolas médicas, que não a considera na avaliação da qualidade de seus professores. Antes de sermos médicos, somos cidadãos. E depois de recebermos o nosso diploma, aumenta nossa responsabilidade com a comunidade em que vivemos. Mais uma vez a conduta e o exemplo do professor, são decisivos na formação do futuro médico. No caso dos pediatras, a luta pelo cumprimento dos direitos constitucionais da criança, participando ativamente de todos os movimentos que tenham como objetivo proteger e defender as crianças. As lutas pela melhoria do ensino médico e dos serviços de saúde, para acabar com a fila nos hospitais, pela humanização da medicina, pelo atendimento digno das pessoas, para preservar a saúde, para diminuir a mortalidade, o uso do fumo, do álcool, das drogas e da violência, em e suas várias formas de expressão.

O aluno de Medicina tem que aprender que nós médicos temos uma responsabilidade social só comparável com a dos professores. Aqueles que não se sensibilizam com a dor e sofrimentos alheios podem cuidar das pessoas, mas não são Médicos.

O médico deve gostar de exercer sua profissão. O utilitário, mercantilista, que pensa na profissão como uma forma de enriquecimento, que participa de reuniões cujos objetivos são exclusivamente salariais, que explora os pacientes, perdeu ou não tem vocação para exercer a medicina. A possibilidade de remuneração ou não, nunca deverá pesar em qualquer decisão. Eduardo Wilde dizia: "Eu deixo de cobrar dos pobres por decisão minha e dos ricos, por decisão deles".

QUEM ATENDE UMA CRIANÇA DOENTE FAZ CLÍNICA MÉDICA; QUEM TRATA E PENSA NAS CONSEQUÊNCIAS FUTURAS, FAZ PEDIATRIA

Ao pensar-se que a criança é um homem com a maior quantidade de futuro e um passado recente, deixa de ser somente a medicina da criança para tornar-se a medicina prospectiva do homem.

A pediatria é algo mais do que clínica médica. Ao atender a um enfermo, a tendência do clínico é a de se preocupar com o diagnóstico e o tratamento da doença atual. A preocupação do pediatra terá que ir mais além Tem que se lembrar que a criança tem anos de vida pela frente e que sua saúde futura poderá depender da sua orientação no dia de hoje. Repito aqui as palavras de FLORENCIO ESCARDÓ: "*Quem não entende, de modo vivo e real, que a criança não é uma presença senão uma continuidade, não deve ser pediatra*". Cada dia aumenta o número de doenças físicas, mentais, emocionais, relacionais e sociais, que têm sua origem na infância, até mesmo na etapa fetal. Boa parte delas relacionadas a hábitos maléficos à saúde ou às condutas que comprometem à formação de uma personalidade sadia. "É sabido

que o estresse não provém da situação em si que a pessoa vivencia, mas da interpretação que ela dá ao que vivencia. Tudo depende dos filtros por que passa o fato objetivo na mente de pessoa e esses filtros se chamam crenças e valores. Eles surgem de informações, ordens, exemplos, estímulos implantados em sua maioria até os sete anos de idade e, em conjunto, vão formar as características da personalidade da pessoa" (ROBERTO AZAMBUJA).

Em 1954, Spalding publicou um artigo em que insinuava que as condições de vida das crianças poderiam estar a um maior ou menor risco de doenças degenerativas no adulto. Posteriormente vários trabalhos e pesquisas vêm confirmando a origem na etapa fetal ou na infância das doenças nos adultos.

Barker acredita que exista um período de maior suscetibilidade na vida fetal e na primeira infância em que determinados acontecimentos poderiam provocar alterações estruturais e funcionais irreversíveis no organismo que poderiam perdurar por toda a vida.

Alterações na nutrição fetal que dão origem a recém-nascidos de baixo peso ou macrossômicos, repercutem negativamente sobre a saúde das crianças ou dos adultos podendo predispô-los a desenvolver doenças cardiovasculares, endócrinas ou metabólicas. Os de baixo peso ao nascer apresentam um risco maior de morte por doença cardiovascular, acidente vascular cerebral ou síndrome de resistência à insulina, caracterizada por resistência à insulina, diabete II, hipertensão e doença cardiovascular. A macrossomia, por sua vez, vem associada a doenças como artrite reumatoide e câncer de mama e em crianças e adolescentes.

A ateroesclerose, maior responsável pela morte de adultos, se inicia na infância e, à vezes, na vida intrauterina. Identificada e cuidada precocemente pelos pediatras poderá permitir uma longa sobrevida das pessoas.
Obesidade, diabetes mellitus, doença obstrutiva crônica, alergias e principalmente distúrbios mentais e de comportamento, onde se enquadram os violentos e os delinquentes, são condições que têm suas raízes na infância e, portanto, de responsabilidade pediátrica. Sendo assim, em algum momento, deverão ser ensinadas aos alunos e residentes de pediatria.

Hábitos saudáveis devem ser ensinados desde a mais tenra idade, como usar pouco sal, açúcar e gorduras na alimentação dos bebês; acostumá-los ao uso de frutas, verduras, peixes, aves; e a evitar as dietas ricas em colesterol, sal, açúcar, uso de bebidas alcoólicas, fumo, drogas. Além de combater o sedentarismo promovido pela televisão, computadores, e estimular a prática de natação, exercícios físicos e de um bom período de sono. Hábitos saudáveis, ou não, costumam perpetuar-se na vida adulta e promover a saúde ou, ao contrário, ser a causa de doenças crônico-degenerativas.

Um dos mais importantes papéis desempenhado pela "nova pediatria" é a sua contribuição para prevenir as doenças do adulto.

O PEDIATRA DO FUTURO DEVE TER:

- Maiores e melhores conhecimentos em ciências sociais e da conduta;
- Maior compreensão das relações humanas;
- Maior preocupação com os pacientes como pessoas;
- Maior compromisso com o social e com a humanização da Medicina;
- Maior compreensão e valorização do papel dos pais e da família, na promoção e proteção da saúde física, mental, emocional e social da criança;
- Maior consciência da importância da relação pediatra - pais da criança;
- Maior participação na defesa dos interesses das crianças.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O ensino da Pediatria melhoraria se as escolas médicas:

- Adotassem o modelo pedagógico holístico, que enfatiza o caráter unitário da criança e do adolescente;

- Selecionassem e utilizassem adequadamente os métodos e as técnicas de ensino, dando prioridade, as atividades de aprendizagem sob a forma de treinamento em serviço;
- Definissem as competências em função das áreas de treinamento e da importância e frequência das situações encontradas, identificadas por inquéritos epidemiológicos;
- Centrassem o processo ensino-aprendizagem no aluno, tornando-o o principal responsável pelo aprendizado, deixando ao professor as funções de orientação, supervisão e, principalmente, avaliação;
- Considerassem a saúde como uma situação de bem estar físico, mental, emocional e social e ensinassem a importância dos aspectos mentais e sociais para a manutenção da saúde;
- Criassem oportunidades para que os alunos pudessem treinar em diferentes níveis de saúde - promoção, prevenção, recuperação, reabilitação, e de atenção - níveis primário, secundário e terciário, utilizando a integração das funções educacionais - docência, pesquisa e serviço - em programas de integração docente-assistenciais;
- Considerassem a criança como uma unidade biopsicossocial, estruturando os cursos sob a forma de módulos ou programas. ao invés de disciplinas, para evitar a fragmentação do ensino e promover a integração multidisciplinar e multiprofissional;
- Considerassem a saúde como uma situação de bem estar físico, mental e social;
- Integrassem as áreas básicas com as clínicas, estimulando e promovendo a criação de blocos de ensino que contassem com a participação de professores das duas áreas, para que os alunos tivessem oportunidade de verificar a importância dos conceitos básicos na prática clínica;
- Valorizassem o professor, respeitando-o, remunerando-o condignamente e o avaliando, sobretudo, pela qualidade de competência profissional, do comportamento humano, ético e moral, e pelo seu compromisso social;
- Avaliassem periodicamente alunos, professores, objetivos educacionais, metodologia utilizada, atividades de ensino-aprendizagem, técnicas de avaliação e, principalmente, a qualidade do médico que está formando.

REFERÊNCIAS

1. Alves, J. G. B, Figueira, F. – Doenças do Adulto com Raízes na Infância, Medbook, Rio de Janeiro, 2010.
2. Capra, F. – O Ponto de Mutação, Ed. Cultrix, São Paulo.
3. Escardó, F. – La Pediatria – Medicina Del Hombre, Ed. Americalee, Buenos Aires, Argentina.
4. Lisboa, A. M. J. - O Currículo Arco Iris – Reflexões sobre o Ensino Médico, Ed. LGE, Brasília, 1999.
5. Lisboa, A. M. J. – O Ensino da Pediatria na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (1967-1876), Ed. LGE, 2011.
6. Lisboa, A. M. J. – Reflexões sobre o Ensino Médico, Brasília Med. , 2011;48(4); 428-430.

Conflito de Interesse: Não declarado

Correspondência:

Antonio Marcio J. Lisboa

LINHA DO TEMPO DO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN

Time line of Albert Sabin Children's Hospital

Francisca Lúcia Medeiros do Carmo

Neonatolgista. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Coordenadora do Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital Infantil Albert Sabin.

O Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) iniciou suas atividades em 1952 com o nome de Hospital Infantil de Fortaleza, sendo o primeiro Hospital pediátrico do estado do Ceará e atua nas áreas de assistência, ensino, pesquisa, treinamento e mobilização social.

Maior hospital de pediatria do Ceará, pertencente à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, com **317 leitos**, dos quais 50 são de internação domiciliar. O Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) é um centro formador de profissionais de saúde desde 1976, certificado pelo Ministério da Educação e da Saúde como Hospital de Ensino e Pesquisa. A Residência médica em pediatria completa 36 anos este ano e já formou 463 pediatras e especialistas na área pediátrica. Realiza anualmente cerca de **200 mil atendimentos** a pacientes de 0 a 18 anos em 27 especialidades médicas e nos 34 serviços de apoio assistencial. Possui quatro Unidades de Terapia Intensiva (Neonatal, Pediátrica, Pós-operatória e Oncológica).

Referência em atendimento de alta complexidade nas especialidades de cirurgia cardíaca, neurológica, ortopédica e em deformidades lábio leporino e fissura palatal; referência no atendimento do Câncer Infantil no Brasil desde 1998, pelo Ministério da Saúde, não existindo fila de espera para o tratamento desta patologia; ainda é referência para a atenção à saúde da criança nas áreas de atenção integrada às doenças prevalentes da infância, aleitamento materno e humanização para os estados do Norte e Nordeste, tendo recebido prêmio nacional em reconhecimento a essas ações. O HIAS busca o seu objetivo traçado em sua missão que é prestar assistência terciária à criança e ao adolescente, de forma segura e humanizada, sendo Instituição de ensino e pesquisa e procurando trabalhar com os valores: Ética, humanização, compromisso, participação, valorização profissional, eficiência e credibilidade.

ONDE TUDO COMEÇOU...

1952 – Inauguração do **Hospital Infantil de Fortaleza (HIF)** – **futuro Hospital Infantil Albert Sabin** no dia 26 de dezembro de 1952 – Foi o primeiro Hospital Infantil do Ceará e localizava-se na Avenida Olavo Bilac, no número 1200. Iniciou com três enfermarias. As crianças eram assistidas pelos médicos **Dr. Pedro Borges** e **Dra. Hilda Chaves.** Os diretores foram os **Drs. Pedro Borges (duas gestões), Carlos Ribeiro Pamplona, Valdenir de Albuquerque Maia, Sílvio Pinto Falcão, Airton França Rebouças** e **Ielda Alcântara Bezerra.**

1960 – Lançamento da pedra fundamental das novas instalações do futuro Hospital Infantil de Fortaleza.

1970 – Início das obras do novo Hospital Infantil de Fortaleza no Bairro Pareão, hoje denominado Vila União.

1975 – Finalização das instalações físicas do novo HIF e a desativação da antiga Unidade Hospitalar.

MUDANÇA DE ENDEREÇO...

Diretores:
Dra. Ielda Alcântara Bezerra (1976-1978)
Dr. Francisco Moreira de Sousa (1978-1979)

1976 – **Inauguração do novo Hospital Infantil de Fortaleza** no dia 29 de maio de 1976;

- Criação dos **Serviços de Pediatria Geral (ambulatório, enfermaria e emergência), Odontologia e Assistência Materno-Infantil** (Puericultura, Pré-Natal e Imunização);

- O **Serviço de Neurologia** é organizado e coordenado pela Dra. Sílvia Lemos e o de **Odontologia** sob a coordenação da Dra. Valdenúsia Maria de Barros Moreira.

VISITA DO DR. ALBERT SABIN E MUDANÇA DE NOME

1977 – **Visita do Dr. Albert Sabin** e mudança do nome para **Hospital Infantil Albert Sabin.**

SURGEM OS PRIMEIROS SERVIÇOS...

- **Tisiologia**: Dra. Heloísa Said;

- **Residência Médica:** como Preceptora - Dra. Altani Santos Paiva - com os primeiros residentes: Dr. Temóteo Soares e Diva de Lourdes Azevedo Fernandes;

- **Cirurgia** – organizado e coordenado por Dr. Luiz Carvalho de Souza, que depois formou a equipe de grandes cirurgiões: Dr. Augusto César Gadelha de Abreu e Dr. João Fortes de Siqueira Filho;

- **Cardiologia -** com Dr. Frederico Augusto Lima e Silva – cria o embrião do Serviço de Cardiologia Pediátrica.

1979 – **Implantação do Serviço de Oncologia** e surge o Serviço de Onco-hematologia, com os Drs. Augusto César Gadelha Abreu, Clara Maria Bastos Eloy da Costa, Alaíde Pitombeira, Nádia Mendonça Trompiere e, ainda, com a Enfermeira Regina Bezerra e a Assistente Social Zélia Pinho;

- **Criação do Centro de Estudos** pela Dra. Altani Santos Paiva no dia 12 de janeiro de 1979 que contou com a colaboração da secretária Maria das Graças Viana que continua até hoje, mesmo tendo concluído seu curso superior de Assistente Social;

- Criação do **CETIP** - enfermaria de crianças de 0 a 3 meses de idade com cuidados intensivos – idéia da Dra. Anamaria Cavalcante e Silva, recém chegada do Hospital dos Servidores do Rio de Janeiro, onde fez a sua Residência médica em Pediatria.

O PEQUENO GRANDE HOSPITAL DE ESPECIALIZA...

Diretores:
Dra. Altani Santos Paiva (1979-1982)
Dr. João Batista de Aguiar Ribeiro (1983 – 1986)
Dra. Anamaria Cavalcante e Silva (1987 – 1988)

1981 – Surge o **Serviço de Ortopedia** com o Dr. José Nilo Dourado e inicia-se o atendimento em Fisioterapia, sob a responsabilidade da Fisioterapeuta Maria Lúcia Marques Viana.

1982 – Implantação da **1ª UTI Pediátrica do Estado** coordenada pela pediatra e neonatologista Ana Júlia Couto Alencar e pelo Cardiologista Frederico Augusto Lima e Silva.

1983 – **Serviço de Nefrologia Pediátrica** é criado com a Dra. Altani.

1984 – Dra. Luiza Vieira de Castro reestrutura a Tisiologia, e nasce o **Serviço de Pneumologia**;

- **Credenciamento do Serviço de Oncologia Pediátrica**;

- Dra. Anamaria Cavalcante e Silva cria uma **enfermaria para as crianças desnutridas** com o teto transformado em um planetário a fim de estimular esses pacientes. Este Projeto foi o **embrião** do Instituto de Prevenção à Desnutrição e à Excepcionalidade - **IPREDE**;

- **2ª visita do Dr. Albert Sabin** que testemunhou os inúmeros avanços conquistados desde sua primeira visita.

1985 – Redimensionamento da UTI com divisão por faixa etária, ficando a **UTI Neonatal** que continuou com a coordenação da Dra. Ana Júlia e a **UTI Pediátrica** coordenada por Dra. Vera Lúcia de Andrade Gomes.

1987 – Criação dos **Serviços de Gastroenterologia e Nutrição Pediátrica** com Dra. Maria Ceci do Vale Martins - especialista em Gastroenterologia – e os de **Oftalmologia e Otorrinolaringologia** com Dr. João Nogueira Maia e Dra. Silvana Maria Coelho Pimentel.

1989 – **Coral do HIAS: Caminhando e Cantando** - o Albert Sabin é o primeiro Hospital no Estado a organizar um coral com os seus servidores por iniciativa da Dra. Altani;

- *Criação da* **CCIH** do HIAS com a coordenação do enfermeiro Expedito Lincoln Machado Aguiar e o médico Natanael Charles Monte da Cruz;

- **Projeto Mãe Participante** – com o objetivo de orientar e preparar as mães para aprendizado de uma atividade laborativa, coordenado pela assistente social Geslaine Bezerra da Silva.

ANOS 90 – DÉCADAS DE TRANSFORMAÇÕES...

Diretores:

Dra. Ana Lúcia Araújo Nocrato (1989-1992)

Dra. Emair Silva Borges (1993 – 1994)

Dra. Anamaria Cavalcante e Silva (1995 – 2002)

1990 – **Serviço de Cirurgia Plástica** sob a coordenação de Dr. João José Carvalho inicia o tratamento das crianças portadoras de lesões lábio palatinas.

1991 – Criação do **Recanto do Adolescente** através dos esforços da Pediatra e Hebiatra Maria do Socorro Almeida Peres e a Assistente Social Noeme Moreira Maia.

1992 – O **Programa Mãe Participante** agora tem teto e é criado o **Recanto das Mães.**

1993 – Para nortear a política de Atenção ao Desnutrido no Estado, nasce o **Centro de Nutrição Viva Criança.**

1995 – Publica-se **Livro I de Rotinas** *médicas do HIAS, de* **crianças de 0 a 3 meses de idade**: ***"Como Nós Tratamos as Crianças no HIAS – Rotinas Médicas I"*,** organizado pela Pediatra e Neonatologista Francisca Lúcia Medeiros do Carmo.

1996 – Editado o **Livro II de Rotinas** do HIAS**,** referente à **Pediatria Geral**, sob a coordenação das Dras. Maria Helena Lopes Cavalcante e Joana Angélica Paiva Maciel: ***"Como Nós Tratamos as Crianças No HIAS – Rotinas Médicas II";***

- O CETIP, enfermaria de crianças de 0-3 meses, com 08 leitos, cresce para 24 leitos e transforma-se no **Centro de Cuidados Semi- intensivos** para os lactentes no 1° trimestre (Bloco A) com a coordenação de Dra. Francisca Lúcia Medeiros do Carmo;

- **Criação do Centro de Pesquisas** do HIAS pelo Dr. João Joaquim Freitas do Amaral, sendo depois coordenado pelo Dr. Luis Carlos Rey e Manoel Fonseca;

- Criação da **Unidade de Vigilância Epidemiológica** do HIAS com a coordenação da enfermeira Raimunda Sulene Barros de Paula;

- **Projeto 1º Sorriso** – sonho concretizado pelo Cirurgião plástico Dr. João José Carvalho, que junto com a fonoaudióloga Evelin Gondim e o Dr. Francisco de

Assis Alves Teixeira, Cirurgião Plástico, promoveram atendimento transdisciplinar aos pacientes portadores de fissura labiopalatal, possibilitando a estas crianças sorrirem;

- **1ª Operação Sorriso** – Dr. Anastácio de Queiroz Sousa e Dra. Anamaria Cavalcante firmaram parceria com o cirurgião plástico americano Dr. Bill Magee, Presidente da "*Operation Smile*" internacional, para realizarem cirurgias corretivas em 150 crianças com lábio leporino. Atualmente, já foram beneficiados 1678 pacientes.

1997 - O **Projeto Peter Pan**, veio para acolher de forma aconchegante, divertida e carinhosa as crianças que comparecem diariamente ao Hospital para realizar quimioterapia. Este deu origem a **Associação Peter Pan**;

-**1º Projeto Canguru** é inaugurado em Hospital Geral de Pediatria por idéia inovadora da Dra. Ana Júlia;

- **Ambulatórios de Alergologia e Imunologia**, tendo à frente a Dra. Graça Nascimento e o de **Dermatologia**, sob a responsabilidade do Dr. Manuel Veras.

1998 – O HIAS é selecionado pela Fundação Banco do Brasil e Ministério da Saúde para tornar-se um dos oito hospitais brasileiros de **Referência no Tratamento de Câncer Infantil no Brasil;**

- **Livro III de Rotinas do HIAS**, de normas e rotinas em controle de infecção hospitalar: ***"Como Nós Tratamos o Problema de Infecção Hospitalar no HIAS – Rotinas Médicas III".*** Os organizadores foram a Dra. Aldaíza Marcos Ribeiro e as enfermeiras Francisca Luzilene N. Della Guardia e Isabel Socorro Monteiro Queiroz;

- Criado o **Comitê de Ética em Pesquisa do HIAS** sob a coordenação da Dra. Maria Ceci do Vale Martins;

- **Livro de Rotinas de Enfermagem:** ***"Como Nós Cuidamos das Crianças No HIAS – Rotinas de Enfermagem I"***, trabalho coordenado pelas enfermeiras Ana Valeska Siebra e Silva e Rejane Maria Carvalho Vasconcelos;

- **Projeto Cidade da Criança**, uma cidade em miniatura, idéia inovadora da Dra. Anamaria, inspirado na *Ciudad de los Niños*, em Buenos Aires. Esta ficou sob a Coordenação da Assistente Social Maria Teles Holanda (Mara);

- **Projeto Novo Futuro** nasce para mudar o paradigma educacional e cultural de dezenas de servidores do HIAS, Dra. Anamaria foi a responsável pelo Projeto. Contou com a parceria do Canal Futuro e apoio das Secretarias Estaduais de Educação e Administração. Este Projeto recebeu importante colaboração de muitos, que trabalhavam somente por acreditar no sonho, dos quais destacamos: Francisca. Wilma Nunes de Miranda, Lauro Antônio Cabral de Barros, Mª de Fátima M. Santiago, Mª do Carmo A. Gurgel, Renildo M. Freire, Selma Mª Pinheiro O. Souza, Mª das Graças Viana e muitos outros que gratuitamente ministravam aulas aos funcionários.

1999 – **I Congresso do Hospital Infantil Albert Sabin** – idealizado e organizado pela Dra. Anamaria Cavalcante e Silva e a equipe que ela formou, com o tema "**Atenção Segura e Humanizada à Criança e ao Adolescente – Defesa da Vida"**;

- **O NAVI – Núcleo de Apoio à Vida** – surgiu com o nome de Núcleo de Orientação e Estimulação para o Lactente – **NOEL** - a coordenação das Drs. Alaíde Pitombeira e Vânia Abreu com o objetivo de possibilitar uma melhor qualidade de vida para os RN e lactentes de risco, egressos das Unidades Neonatais, através do trabalho de uma equipe multiprofissional;

Entre 1995 e 1999 nascem ainda outros projetos de grande importância como

Projetos ABC + Saúde (Assistentes Sociais Socorro Alencar e Silva e Zélia Pinho de Pinto, a Pedagoga Professora Selma Gomes e a Psiquiatra Maria Helena Cardoso)**, Cirurgia Sem Medo** (Enfermeira Moema Bezerra, Terapeuta ocupacional Cláudia Meneses e outros profissionais)**, Biblioterapia** (Bibliotecária Selma Oliveira)**, Cinema Paradiso, Malhação, Projeto Maomé, Mão Amiga, Café com Açúcar e com Afeto, Projeto Professor Visitante** (já com 42 professores desde 1996 até 2012), **Prevenção de Maus tratos na Infância e Adolescência.**

O HOSPITAL NÃO PARA DE CRESCER E COLHE FRUTOS...

Diretores:

Dra. Anamaria Cavalcante e Silva (até 2002)

Dr. João Cândido de Souza Borges (2003 – 2006)

Dr. Francisco Walter Frota de Paiva (2007 – 2010)

2000 – Inauguração do **Hospital Dia Peter Pan** – uma casa-hospital para tratamento humanizado do Câncer infantil – uma parceria inovadora com a Sociedade Civil Cearense;

- Lançamento do **Livro "Pediatras de Mãos Dadas com a Criança**"- Manual de Rotinas, no XXI Congresso Brasileiro de Pediatria de 2000;

- **Mestrado Saúde da Criança e do Adolescente** – parceria HIAS/UECE que já formou mais de 30 mestres, funcionários do Hospital;

- Implantação do **Centro de Referência em Diagnóstico do Câncer Infantil** Professor Murilo Martins que envolve a **Biologia Molecular**, a **Imunofenotipagem**, a **Citogenética** e a **Anatomopatologia** com o apoio da Fundação Banco do Brasil que funciona em frente ao Hospital após aquisição e reforma de um novo imóvel. Dr. Jesamar Correia Matos e a Farmacêutica Fátima Guerreiro Jorge foram grandes colaboradores deste feito;

- Criação do **Programa de Assistência Domiciliar (PAD)** que é coordenado desde a sua fundação pelo pediatra Luiz Carlos Rebouças de França, tendo a valiosa colaboração da Assistente Social Verônica Colares Barros.

2001 – **II Congresso do Hospital Infantil Albert Sabin** – organizado, também, pela Dra. Anamaria e sua equipe, com o tema: **"Buscando a Interdisciplinaridade Humanizada no Cuidado à Criança e ao Adolescente";**

- O Hospital é escolhido pelo Ministério da Saúde como **Centro de Referência para a Atenção à Saúde da Criança** nas áreas de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância, Aleitamento Materno e Humanização, para os Estados do Norte e Nordeste;

- Criação do **Ambulatório de Genética Médica** com a coordenação de Dra. Erlane Marques Ribeiro;

- III Ciranda Científica - Entre 1999 e 2001 o HIAS promoveu 03 versões do Projeto Ciranda Científica onde se fortalecia a integração interdisciplinar visando o aprimoramento à atenção aos clientes e perseguindo o cumprimento da missão do Hospital. Á frente deste Projeto estavam vários profissionais que eram coordenados pelas Dras.: Anamaria Cavalcante e Silva, Joana Angélica Paiva Maciel e Regina Lúcia Portela Diniz.

2003 – **Livro IV de Rotinas** do HIAS que trata do **Diagnóstico e Condutas em Emergências Pediátricas: "Como Nós Tratamos As**

Crianças No HIAS – Rotinas Médicas IV", cujos organizadores foram as Dras. Maria Liduina Silveira Jales, Joana Angélica Paiva Maciel e Emair Silva Borges;

- Reestruturação e ampliação da assistência dentro de suas características de **Unidade Hospitalar Terciária**.

2004 – III Congresso do HIAS com parceria com a Sociedade Cearense de Pediatria (SOCEP), coordenado pelo Dr. João Cândido de Souza Borges, com o tema: "**Arte, Criança Vida**";

- **Prêmio Nacional Professor Fernando Figueira** conferido pelo Ministério da Saúde em reconhecimento às ações desenvolvidas na humanização do atendimento pediátrico e no incentivo ao aleitamento materno;

- Núcleo de Atendimento Integrado ao Fissurado (NAIF)- o projeto 1º Sorriso é transformado no NAIF, reconhecido pelo Ministério da Saúde, com o atendimento de alta complexidade em portadores de lesões lábio palatais sob a coordenação da fonoaudióloga Evelin Gondim;

- **Banco de Leite Humano -** mais uma ação pioneira do HIAS - implantado por Dr. João Cândido de Souza Borges que teve a colaboração da Pediatra Erandy de Freitas Cordeiro e Souza.

2005 – Serviço de Cirurgia Cardíaca Pediátrica é organizado e coordenado pelo Dr. Gotardo Dumaresk, sendo credenciado pelo Ministério da Saúde no mesmo ano**;**

- **Criação da 1ª UTI Pós Operatória do Ceará**, em outubro de 2005, sob a coordenação do Dr. Ricardo Viana Falcão;

- **Programa de Assistência Ventilatória Domiciliar (PAVD)**, programa inovador que beneficia crianças dependentes de suporte ventilatório contínuo. Coordenado pela Pediatra Dra. Cristiane Rodrigues, sendo mais um exemplo de uma ação pioneira e humanizada do HIAS.

2006 – Reestruturação e Fusão do Centro de Estudos com o Centro de Pesquisas, passando a ser chamado **Centro de Estudos e Pesquisas** com a formulação de um novo Regimento Interno sob a direção da Dra. Gilma Montenegro Padilha Holanda;

- Certificação do HIAS como **Hospital de Ensino e Pesquisa** pelos Ministérios da Educação e da Saúde;

- **Implantação do Serviço de Desenvolvimento Humano (SDH)** a fim de atender ao Plano de Capacitação do HIAS sob a coordenação de Dra. Regina Lúcia Portela Diniz;

- **Serviço da Dor** do HIAS é criado e liderado pela neonatologista Dra. Ana Júlia;

- **1º Planejamento Estratégico** do HIAS que elegeu a Acreditação Hospitalar como projeto prioritário nesta gestão;

- **Plano Diretor é aprovado pelo Ministério da Saúde** e reúne as diretrizes para a expansão física da instituição, a construção de um "novo" HIAS;

- **O Livro "Cuidando de Vidas: Resgate Histórico do HIAS – 54 anos**" é publicado com a autoria de João Cândido de Sousa Borges;

- Formação do Projeto de implantação de **Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT)** sob a coordenação da técnica de segurança de trabalho Clara de Assis Araújo Torres e do enfermeiro de trabalho Expedito Lincoln Machado Aguiar**;**

- Reestruturação da **Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA),** criada em 2003 sob a coordenação do enfermeiro Expedito Lincoln Machado Aguiar.

2007 - Realização da 1ª **auto-avaliação da Gestão pelo Modelo de Excelência/GESPÚBLICA,** sob a coordenação do Dr. Francisco Walter Frota de Paiva**;**

- Criação da **Comissão Intra-hospitalar de Doação de Órgãos e Tecidos para Transplantes (CIHDOTT)** sob a coordenação da enfermeira Francy Mary A. de Castro.

2008 – Implantação do **Ambulatório de Diagnóstico Precoce do Câncer** coordenado pela Dra. Nádia Mendonça Trompieri.

2009 – **IV Congresso do HIAS com parceria da SOCEP,** coordenado pela Pediatra Dra. Regina Lúcia Portela Diniz e a equipe organizadora**;**

- Lançamento do livro: "**Livro da Criança – Manual de Protocolos Clínicos na Hospitalização"** com parceria HIAS / USP pela Ed. Atheneu;

- **Reestruturação do Centro de Estudos e Pesquisas** com o novo organograma, contemplando os cargos das coordenações de Ensino, Pesquisa e Extensão sob a coordenação da Dra. Francisca Lúcia M. do Carmo;

- Criação do **Serviço de Espirometria** coordenado pela Dra. Viviane Calheiros Chaves Gomes tendo contribuído para o crescimento do Serviço e da Residência de Pneumologia Pediátrica;

- Criação do **Serviço de Estomoterapia** sob a coordenação da enfermeira Cláudia Alcântara;

- **Unidade Dra. Vânia Maria Abreu -** Inauguração do 1º Bloco das novas instalações do HIAS com 4 pavimentos com capacidade para 100 leitos;

- **1º Prêmio Inovação Medical Service,** concedido pelo trabalho do PAVD sob a coordenação de Dra. Cristiane Rodrigues;

- Faixa ouro no (PCGP Prêmio Ceará Gestão Pública);

- Credenciamento do Hospital em **Serviço de Alta Complexidade em Deformidades Lábio Leporino e Fissura Palatal**;

- Revista de Saúde da Criança e do Adolescente sob a coordenação do Dr. João Joaquim Freitas do Amaral, Dra. Francisca Lúcia Medeiros do Carmo e Dr. Ronaldo Pinheiro Gonçalves;

- **Projeto Salve Vidas: Higienize suas mãos** – o HIAS foi o único hospital, representante do nordeste, dentre os cinco escolhidos no Brasil pela coordenação Nacional da ANVISA/MS. Resultado dos esforços e competência da pediatra Aldaíza Marcos Ribeiro.

2010 – Criação do 1º Comitê Hospitalar de Bioética do Nordeste coordenado pela Pediatra Aldaiza Marcos Ribeiro**;**

- Criação do **Núcleo de Pesquisa e Desenvolvimento** do HIAS sob a coordenação do Dr. Ronaldo Pinheiro Gonçalves;

- **Implantação do Comitê de Educação Permanente** do HIAS com representante de todas as categorias e sob a coordenação de Dr. Francisco Rogério Rodrigues de Menezes e com a parceria do Serviço de Desenvolvimento Humano, coordenado pela Dra. Regina Lúcia Portela Diniz;

- **Centro Pediátrico do Câncer** (CPC) é inaugurado – Hospital Dia Peter Pan ampliado;

- Criação do **Serviço de Estomaterapia** do HIAS sob a coordenação da enfermeira Maria Cláudia Moreira de Alcântara;

- **Comitê de Cuidados Paliativos** é formalizado sob a coordenação da competente pediatra Dra. Cristiane Rodrigues;

- **Faixa ouro no PCGP (Prêmio Ceará Gestão Pública)** pela 2ª vez**;**

- **Projeto Cirurgia Segura -** surge com objetivo de desenvolver ações sistematizadas, seguras e humanizadas de enfermagem, nos momentos de pré,

intra e pós-operatório das crianças com indicação de procedimentos cirúrgicos. Foi implantado e coordenado pela enfermeira Moema Diogo Pompeu Bezerra;

- **Prêmio Melhores Práticas Relacionadas a Tricotomia - Faixa ouro** – sob a coordenação de Moema Diogo Pompeu Bezerra.

... E CONTINUA RECEBENDO PRÊMIOS COM UMA GESTÃO PARTICIPATIVA...

Diretor: Dr. Francisco Walter Frota de Paiva (2011 – 2014)

2011 – **Criação da 1ª UTI Oncológica Pediátrica do Ceará** sob a coordenação do médico Jesamar Correia Matos;

- Lançamento da "**Cartilha da Criança Ostomizada"** com circulação nacional, de autoria da enfermeira Maria Cláudia Moreira de Alcântara;

- **I Encontro de Estomoterapia em Pediatria** é realizado com o lançamento da "Cartilha da Criança Ostomizada";

- **NIR – Núcleo Interno de Regulação** é criado sob a coordenação da Dra. Cristina Coelho Reis Tavares**;**

- Criação do **NATS – Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde** sob a coordenação da enfermeira Moema Diogo Pompeu Bezerra;

- 2º Prêmio Inovação Medical Service na Categoria Ações, concedido pelo trabalho "Cartilha da Criança Ostomizada – Uma Estratégia para a Assistência Integral e de Qualidade" sob a coordenação da enfermeira Maria Cláudia Moreira de Alcântara;

- **Prêmio 3M Prevenção de Lesões de Pele,** Categoria Ouro, concedido pelas boas práticas implantadas no HIAS com o **Projeto Pele Íntegra,** sob a coordenação da enfermeira Maria Cláudia Moreira de Alcântara;

- Criação da **ADINS – Assessoria de Desenvolvimento Institucional** sob a coordenação da Dra. Joana Angélica Paiva Maciel;

- **Prêmio máximo PCGP (Prêmio Ceará Gestão Pública)** pelos relevantes trabalhos desenvolvidos na gestão hospitalar em 2011;

- **Prêmio 3M – Monitorização em Esterilização - categoria Ouro -**

Concedido pelas boas práticas em esterilização implantadas no HIAS, sendo a coordenação da enfermeira Maria Selma Matias de Lima.

2012 – Celebração dos **60 Anos do Hospital Infantil Albert Sabin;**

- 35 anos de Residência Médica do Hospital Infantil Albert Sabin;

- V Congresso do Hospital HIAS com o tema: **"Atenção Segura e Humanizada – 60 Anos de Experiência no Cuidar da Criança";**

- HIAS e Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) tornam possível o **transplante de fígado em criança no Ceará** – primeira criança, de 05 anos, é operada no HUWC pelo chefe do serviço de transplante – Dr. José Huygens Garcia – e encaminhada, no mesmo dia, para a UTI do HIAS;

- **1ª neurocirurgia por videolaparoscopia em Hospital da rede pública do Ceará** – para o tratamento de hidrocefalia, realizado pelo neurocirurgião Eduardo Jucá e a retirada de tumor cerebral, via nasal, pelo neurocirurgião Eduardo Jucá e o otorrinolaringologista João Flávio Nogueira que realizou o acesso à base do crânio

- Criação do **Núcleo Especializado em Tratamento Infantil da Incontinência Fecal (NETIIF)** – Coordenado pelo cirurgião pediátrico Dr. João Henrique Colares. O Núcleo é o **primeiro do Norte e Nordeste e o segundo do País** a oferecer este serviço a crianças e adolescentes portadores de incontinência fecal. Durante os nove meses de funcionamento 85% das crianças e adolescentes atendidos conseguiram êxito no tratamento e abandonaram as fraldas;

- 14ª Operação Sorriso do HIAS – sob a coordenação da fonoaudióloga Evelin Ponte Gondim, do Núcleo Integrado ao Fissurado (NAIF), os cirurgiões Geraldo Sérgio e Moacir Cymrot e toda a equipe multiprofissional possibilitaram o sorriso de 110 crianças. Totalizando 1678 crianças atendidas desde o início;

- II Encontro de Estomaterapia do HIAS – sob a coordenação da enfermeira Maria Cláudia Moreira de Alcântara;

- O NATS realizou a **I Oficina de Busca de Evidências em Bases Científicas em Saúde do HIAS -** com apoio da Comissão de Avaliação de Tecnologias em Saúde (CATS), da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (CGTES) e da Escola de Saúde Pública do Ceará (ESP) sob a coordenação da enfermeira Moema Diogo Pompeu Bezerra;

- Criação do Grupo de Acesso Venoso – GAV – sob a coordenação da enfermeira Maria Cleonilce de Freitas;

Conflito de Interesse: Não declarado

Correspondência:

Francisca Lúcia Medeiros do Carmo

E-mail: amjlisboa@terra.com.br

E A HISTÓRIA CONTINUA... A CONSTRUÇÃO COMPARTILHADA DO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN ENTRE 1998 E 2000

The story goes on: building Albert Sabin Children´s Hospital together from 1998 to 2000

Anamaria Cavalcante e Silva

Pediatra. Doutora em Pediatria. Professora da Faculdade de Medicina Christus. Ex Diretora do Hospital Infantil Albert Sabin.

No passado ainda recente, mesmo nos primórdios do século XX, a criança no Brasil, e como de resto em quase todo o Planeta era totalmente destituída de direitos. Até mesmo, no vestir quando eram retratadas pelos pintores, entre eles o impressionista francês, que mas admiro, Pierre August Renoir, suas roupas eram de adultos em tamanho pequeno.

No Brasil somente a partir da Constituição de 1934 na Era Vargas, é que a criança passa a ser "sujeito de direitos". Mas é na Constituição Cidadã de 1988 e, sobretudo a partir da promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente, o ECA em 1990, que os direitos à saúde e à vida com dignidade passaram a ser monitorados, inclusive pela sociedade brasileira.

A Cidade da Criança do Hospital Albert Sabin – para a garantia dos direitos da criança hospitalizada.

Nos meados da década de 70 quando vivíamos no Brasil uma ditadura militar que perdurou por longos 20 anos, tive a oportunidade de conhecer nas cercanias de Buenos Aires a Ciudad de los Niños, uma cidade em miniatura que Evita Perón decidiu construir. Nesta cidade, os adultos não adentrávamos prédios de 1,20m de altura – escola, hospital, teatro, banco, tribunal, assembléia... equipadas para que as crianças "brincando" conhecessem seus direitos.

No final da década de 90, ainda com as imagens muito bem gravadas nas nossas retinas, convidei o arquiteto/artista Medina, da SESA, para conversar sobre o nosso "projeto" para comemorar o Dia da Criança de 1998. Enquanto descrevia a Ciudad de los Niños... rabisquei no verso de uma folha de papel (reciclado, lógico) as edificações que julgava ser possível construir na pequena área entre os Blocos D e C. O Medina vibrou com a idéia, dando vida ao projeto "Cidade da Criança do HIAS". Os recursos sempre parcos, nos sinalizavam para as parcerias. O piso, pedaços de ladrilhos, foi doado pela construtora ARCOS – do amigo Luis Álvaro Teixeira; as madeiras (linhas, caibros e portas) vieram da reforma da COOPED (Cooperativa dos Pediatras)... E desta forma, fomos dando cor e arte ao Teatro Dora Andrade - a cearense que mudou o paradigma das crianças da Favela do Lixo, a Biblioteca Raquel de Queiroz, a Brinquedoteca Renato Aragão – e a Escola Monteiro Lobato, - único não cearense, por motivos justos. As mini edificações, também de 1,20m, eram de tijolo aparente envernizado, o "tom" era da total simplicidade - onde as crianças brincavam de ser professor – vestindo as batas confeccionadas pela Equipe da Fátima Maciel; de Teatro de Fantoche e liam os livros, doados pelos funcionários para os colegas pacientes que ainda não sabiam ler. No jardim, também para educar e garantir o verde – a Farmácia Viva com os pequenos regadores. E, na sequência foi também construído o Cabeleireiro Paulino's –

uma miniatura do salão do Iguatemi todo doado por ele – porque nas palavras do poeta Vinicius de Morais – "a beleza é fundamental". E, como as crianças e suas mães adoravam "fazer escova"...

A primeira Prefeita da Cidade da Criança foi a Assistente Social Mara Teles – e as principais recreadoras a Miriam e a psicóloga Cristiane que escreveu uma poesia para contar a "História da Cidade". Esta história foi pintada logo na entrada, onde o Renildo desenhou a frente de uma igreja com um sino de metal que as crianças adoravam badalar... ao lado, os mastros com as bandeiras do Brasil e do Ceará, porque na Cidade da Criança, os pequenos pacientes aprendiam a cantar o Hino Nacional, hasteando as bandeiras, idéia da bibliotecária Selma Pinheiro, para estimular o sentimento de brasilidade.

Em outubro de 2003, na gestão do João Borges, atendi o convite da "Prefeita" Isabel para participar das comemorações da Semana da Criança. E, me gratificou muitíssimo ao ver não somente a continuidade do Projeto. O João deu mais vida à Cidade ao construir o Pórtico da Cidade da Criança – alegre, bem colorido, lembrando a cidade de Gramado no Rio Grande do Sul.

Em 2008 o Dr. Walter Frota, precisando demolir a "Cidade" para construir o novo HIAS - a Unidade Dra. Vânia Abreu – tomou a decisão de manter o Projeto Cidade da Criança sob a coordenação da Prefeita Isabel, mesmo em espaço restrito, mas mantendo um mínimo da estrutura anterior, até que a Cidade seja reconstruída dentro do projeto do novo HIAS.

A Cidade da Criança, recebia em horários agendados os pacientes de cada Bloco, mesmo em cadeiras de roda. As que podiam pular – jogavam a amarelinha - o jogo foi pintado no piso pelos artistas Renildo, Rogenildo e Fátima Gomes.

As crianças pacientes da Emergência, não podiam adentrar no Hospital, não participavam da "Cidade", foi por isso surgiu a idéia do aquário.

A inclusão da cultura da humanização na Nova Emergência

No projeto da Nova Urgência-Emergência – elaborado e acompanhado diuturnamente pela pediatra Liduina Jales, não somente foi planejado a primeira Unidade de Reanimação. O Hospital ganhou uma nova UTI com oito leitos, além da ampliação para três enfermarias com divisão por critério de risco e faixa etária Isto significou com seus 40 leitos quase um "outro" hospital dentro do HIAS. Em cada lugar... em cada canto a Liduina arquitetou a cultura de informar, humanizar, alegrar, confortar...que estava impregnando o Hospital.

Bem na entrada, ao lado da sala de aerosolterapia – enquanto aguardavam com suas mães a consulta no pronto-atendimento em três consultórios muito bem ambientados, as crianças se divertiam, e até sorriam, ao acompanhar com seus olhinhos atentos, o nadar e o brincar dos peixinhos coloridos no aquário providenciado especialmente para elas. Estes peixinhos inspiraram, com outros animais e plantas marinhas a decoração das paredes de cada uma das enfermarias, no intuito de tornar mais ameno e alegre, o cenário da emergência.

E, enquanto a emergência era reconstruída, três novas casas para completara quadra da Tertuliano Sales foram desapropriadas pelo governo do Ceará – a bem do serviço público.

O Programa de Atenção aos Adolescentes do HIAS embrionou o Pintando o 7

A primeira casa decidimos que iria abrigar o Recanto dos Adolescentes. Nos quartos adaptamos os quatro consultórios, que foram decorados com pinturas na parede protagonizadas por eles mesmos os adolescentes com a participação dos professores artistas da OfArt HIAS. O Recanto aumentou a adesão dos adolescentes normalmente ausentes dos serviços de saúde. Mais isolado, favorecia a privacidade das adolescentes mães-crianças no pré-natal com

a ginecopediatra Elizabeth Carvalho. As hebeatras Socorro Peres e Suzana Glória conseguiram ampliar o programa de prevenção das DST/AIDS e atenção integral aos adolescentes. E, juntamente com as enfermeiras Dulce Medina e Graça Dourado já faziam a consulta de puericultura no final da gestação. A psicóloga Eva Marinho e a psiquiatra Helena Cardoso davam conta dos problemas emocionais, depressão e prevenção de uso do álcool e drogas com a participação também das assistentes sociais Noeme Maia e Rosemary Gadelha para o apoio familiar necessário.

A "sala da casa", foi adaptada para receber o Projeto Pintando o 7. Os adolescentes assistiam aulas da História da Arte e praticavam pinturas em lajotas e azulejos reciclados das demolições, que foram incrustados como "quadros" nos muros do HIAS.Hoje eles podem ser visualizados do Centro Pediátrico do Câncer. Os professores de Artes Plásticas? nós não contratamos de nenhuma Academia... eram os nossos artistas - os três mosqueteiros Renildo, Reginaldo e Fátima, que agora passavam a formar outros artistas que poderiam se profissionalizar

...E a sala de quimioterapia do Projeto Peter Pan se transforma no Hospital Dia

E, enquanto as três casas eram reformadas com recursos públicos aqui no HIAS – nascia um novo Hospital, que não tinha "cara" de hospital: o Hospital Dia do Peter Pan.

Em 1998, após uma ampla seleção nacional do Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer (INCA) com a decisão da Fundação Banco do Brasil – o HIAS, por indicação das pediatras oncologistas Silvia Brandalise do Instituto Boldrinida UNICAMP e Núbia Mendonça da Bahia tornou-se um dos oito hospitais de referência para o Câncer Infantil, o único hospital pediátrico do Norte-Nordeste.

A implantação do Programa da Saúde da Família em 1994 e a universalização dos Agentes de Saúde em todo o Ceará contribuíram sensivelmente para o diagnóstico precoce no interior do Estado. As fadas madrinhas do Projeto Peter Pan – uma e mais uma, agora formavam uma sólida ONG – a Associação Peter Pan – APP que se tornaria no início do novo século, a maior e mais conceituada do Ceará, sob a maestria da advogada Olga Nunes Freire, a partir de 1998. Mas a sala de 40 m^2 do Projeto Peter Pan, contígua ao Bloco C, não mais dava conta do crescimento exponencial de pacientes, e estas jovens senhoras decidiram realizar o sonho de construir o Hospital Dia Peter Pan. Os recursos arrecadados no 1° MC DIA FELIZ de agosto de 1997 – primeiro ano da APP – foi uma "injeção de ânimo" – que já permitiu comprar a primeira de uma série das seis casas que iriam ser adquiridas – quem imaginava?!

E, por todo o ano 2000, em ritmo de Brasília, as duas primeiras casas foram "transformadas" – as cadeiras de ônibus leito da sala/enfermaria Peter Pan de 1997(descrita no artigo da RSCA n°1/2012) foram "trocadas" por poltronas da 1ª classe da TAM neste ano 2000. O projeto foi das arquitetas Wládia e Artemis do DERT/Governo do Ceará. Acompanhado cuidadosamente pelo engenheiro Rosemberg Lima Verde da SESA. E, quando pensávamos que íamos parar a obra, que foi integralmente patrocinada pela Sociedade Civil, a Olga Nunes me dava a boa notícia: "conseguimos mais X mil reais da empresa X, Y, ou Z.". Os nomes destes cidadãos e cidadãs estão impressas em pequenos tijolinhos, formatando a frente de uma casinha que ficava no Jardim, ao lado da Brinquedoteca do antigo Hospital Dia. É que em 1999, visitando o Hospital de Clinicas da UFRGS, conhecemos "o caminho das pedras amarelas" – com os nomes dos doadores gaúchos para a ampliação do Serviço de Oncologia Pediátrica. Foram eles que nos inspiraram... esta parceria, com os empresários e cidadãos cearenses, que nunca mais parou de crescer.

E, em dezembro de 2000, o governador Tasso Jereissati, juntamente com a presidente da APP, e os parceiros cidadãos descerraram as placas com os nomes dos principais doadores. Não havia placa do Governo do Estado – que agiu como indutor de um processo ágil, criativo, e ético – a parceria público privada.

As crianças perguntavam... “Dra. Selma, Dra. Márcia, Dra. Nádia, Dra. Ideleide, Dra. Regina – “E isto aqui é mesmo um hospital”?” Lembro da música do Toquinho, porque... “Era uma casa muito engraçada...”linda, colorida, confortável... caprichosamente construída para cada uma delas...

E, este era apenas o meio do caminho, em direção ao Centro Pediátrico do Câncer, que viria a ser inaugurado 10 anos depois – agora uma edificação de quatro andares ambientada por “n” arquitetos cearenses, todos voluntários, onde o humanismo, a arte, e a cor e a beleza estão impregnadas em cada canto.

O Mestrado da Saúde da Criança e do Adolescente nasceu em “céu de brigadeiro...”

De repente um diálogo com o Reitor Manasses Fonteles – de fato uma breve reunião de trabalho nos céus do Ceará – vôo VARIG na rota para Brasília. “É possível sim, Anamaria, um Mestrado profissional em Saúde da Criança...” Nestas horas o papel e a caneta são os melhores instrumentos para selar compromissos e profícuas parcerias – o Hospital das Crianças do Ceará – o Albert Sabin e a Universidade do Ceará – a UECE, de mãos dadas construindo pontes entre o cotidiano do cuidar e o dia a dia da academia – que propicia a reflexão do conhecimento e a pesquisa cientifica.

A agenda do Reitor foi aberta, para o primeiro de uma série de encontros marcados de trabalho... E, já na semana seguinte nos reunimos na Reitoria juntamente com o Pró Reitor de Pós Graduação – prof. Jackson Sampaio (hoje Reitor da UECE) e Dr. Manoel Fonseca, selando compromissos e definindo os primeiros passos em direção da construção compartilhada do Mestrado.

De volta ao passado, e eu sou uma saudosista incorrigível, eu chego rapidinho ao final dos anos 70, quando estávamos construindo com Altani Paiva, Manoel Veras, Silvia Lemos, Helena Leal... a Residência de Pediatria do Albert Sabin. É que naquele ano 2000 já haviam sido formados mais de 260 residentes... Era, portanto chegado o momento de dar o passo seguinte... E a LDB, estava nos propiciando este caminho – o que fizemos foi tão somente unir a vontade á ação!

E o Albert Sabin que há 20 anos já atuava como um Hospital de Ensino – orientando e formando graduandos de todas as universidades cearenses, das diferentes faculdades da área da saúde, abriu uma nova estrada para seus Mestres de fato na perspectiva de Mestres de Direito.

Hoje, ministramos a disciplina Políticas de Saúde da Criança e do Adolescente, já para a 7ª turma do Mestrado – e temos uma sensação feliz, gostosa... ao constatar que muitos dos Mestres formados já são Doutores – Doutoras – entre eles e elas, somam mais de 40 pediatras, enfermeiras, farmacêuticas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas do nosso Hospital, formando novas gerações – dentro da maior Escola de Pediatria do Ceará – o Hospital Infantil Albert Sabin.

Conflito de Interesse: Não declarado

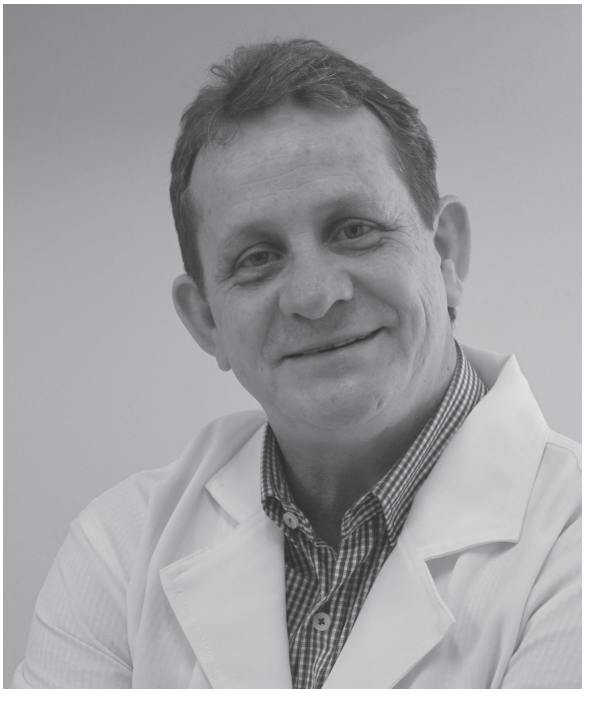
Correspondência:

Anamaria Cavalcante e Silva
E-mail: anamariacasil@yahoo.com.br

Retratos de Vida

QUEM SOU EU?

Who am i?



Álvaro Jorge Madeiro Leite

Seja paciente com tudo o que não está solucionado em seu coração./E procure amar as próprias perguntas./Não procure as respostas que não poderia vivê-las./E o que importa é viver tudo./Viva as perguntas agora.../Talvez gradativamente e sem perceber/Chegue a viver algum dia distante as respostas.
Cartas a um jovem poeta [Rilke]

Fogem-me à lembrança, minhas primeiras inquietações. Até onde posso alcançar reconheço-me tímido, com certo grau e prazer pelo recolhimento. Nas casas em que morei, a garagem, o quarto isolado no pavimento superior, eram os meus lugares prediletos. Talvez, isso explique a tranquila passagem da vida familiar para o isolamento de meus dois anos de Residência Médica (1983-4) quando morei sozinho num quarto do Hospital Infantil Albert Sabin (Fortaleza-CE) e em minha primeira passagem por São Paulo (1994) por ocasião do Mestrado em Epidemiologia Clínica quando dividi apartamento com duas outras pessoas nunca antes de meu convívio, e em parte do Doutorado (1997-98). Foram anos duros, difíceis, maravilhosos!

Quando anos mais tarde encontrei-me com a obra de Rainer Maria Rike, escritor tcheco radicado na Alemanha, foi uma confluência maravilhosa. Rilke traduzira minha condição mais profunda: um desejo insaciável, uma vontade enorme de saber das coisas, sempre mais, algo intenso; um coração peregrino. E alguma disponibilidade para pensar, me aproximar e prestar alguma solidariedade aos que diante de mim, ou não, apresentavam alguma necessidade. Percebo hoje que sempre segui a intuição rilkiana, ou melhor,

arrisquei meus melhores momentos em busca de um estilo de comprometimento profissional que trouxesse alguma quietude para meu coração, para minha alma, para minha interioridade, porque isso me aproximava das pessoas que, no futuro, seriam a mim confiadas por toda minha vida de médico: as crianças e suas mães. O que consegui? Admitir mais perguntas! E muitas delas serão submetidas a novos questionamentos neste texto que agora inicio extraído do Memorial que submeti à Universidade Federal do Ceará para concurso de Professor Titular de Pediatria.

PRIMEIRA INFÂNCIA

Gostaria de assumir a natureza complexa de meu nascimento, como sói ocorrer com qualquer criatura humana. Nasci numa certa manhã na cidade de Maceió; era 19 de agosto de 1959. Em seguida, regressei a Paulo Jacinto, cidade onde vivi minha primeira infância (zero a seis anos de idade); apesar de anos fundamentais (momentos decisivos) para tudo que irá ocorrer na vida de qualquer pessoa, pouco ou nada, me recordo desse período. Aliás, isso me assusta: período tão primoroso nos flagra completamente sem autonomia sobre nosso destino; nossos apelos em dependência absoluta do cuidado do outro; mundo mediado pela disponibilidade singular do outro. Acho que essa percepção inconsciente foi a que me fez escolher, dentre as inúmeras opções, o ramo da Medicina que se dedica às crianças e seus pais, em particular, às suas mães (mais ainda, alguma predileção por crianças pequenas, recém-nascidos, prematuros, prematuros extremos); o que me surge à consciência agora passa por crivos complexos de reconstrução ou ressignificação de eventos que não desapareceram da memória. Reconstrução real do vivido ou realidade transfigurada em ficção? Não há como fugir desse risco.

> *Esta é a estória. Ia um menino, com os Tios, passar dias no lugar onde se construía a grande cidade. Era uma viagem inventada no feliz; para ele, produzia-se em caso de sonho. Saíam ainda com o escuro, o ar fino de cheiros desconhecidos.*
> **Guimarães Rosa (As margens da alegria)**

CURSO DE MEDICINA. UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS

Meus primeiros anos de faculdade encontraram-me transitando da adolescência para uma visão mais ampliada dos problemas do mundo e da profissão que abraçara. Anos de intensa mobilização universitária. Os primeiros contatos com estudantes dotados de consciência política, discursos sobre a crise universitária debitados ao regime militar tiveram ampla repercussão em mim, recém chegado a um mundo grande, complexo e desafiador. Interessei-me pelo assunto, mas desde logo aprendi a religar assuntos que me chamavam atenção. Assim, eu e mais três amigos de turma fomos até João Pessoa para assistir a um curso de atualização em Reumatologia e Imunologia. Era outubro de 1978 e a sedução acadêmica já me afetara. Aprendi uma palavra forte que se instalara em minha memória cognitiva: espondilite anquilosante. Achei bonito o som das palavras, a forma como eram cuidadosamente pronunciadas, em suma, gostei da ritualística que me fora apresentada.

O movimento estudantil ferve e de um garoto com poucas leituras sobre as coisas do contexto em que vivia, passei em rápido intervalo de tempo, para um leitor voraz de jornais alternativos (Movimento, Tribuna da Luta Operária, Voz da Unidade, Em Tempo), jornais de circulação nacional (Folha de São Paulo, Jornal do Brasil), livros de personagens exilados ou professores aposentados compulsoriamente (Paulo Freire, Florestan Fernandes, Darci Ribeiro, Caio Prado Jr, Augusto Boal e tantos outros). Cheguei a comprar uma coleção chamada “Encontros com a Civilização Brasileira”, editada pelos poetas Ênio Silveira e Moacir Félix, cujos dois primeiros volumes foram retirados das bancas e livrarias por ordem da repressão militar. Nessa coleção encontrei um amplo leque de denúncias e reflexões sobre a conjuntura política e cultural do país; lembro-me vivamente dos autores e textos vibrantes que tive a oportunidade de apreciar. Foram meus primeiros passos...

Em julho de 1979, nova e mais decisiva experiência:

encontro científico dos estudantes de medicina (ECEM) em João Pessoa. Estava eu nessa cidade novamente agora nascendo como homem político (também nascera o homem amoroso – conhecera a namorada mais significativa que tivera - Célia Maria Pires de Sá -, que viera revelar-me a angústia e o deleite de nascer como pai de Gabriela em 1984 e Rafaela em 1987).

Interessei-me pelos discursos abrangentes, que correlacionavam a vida universitária com a vida do país e, com algumas ramificações com o que acontecia no resto do mundo. Aprendi a valorizar os ensinamentos obtidos pelo fato de ter o privilégio de ser aluno de uma Universidade (hoje penso, de forma mais profunda, nas oportunidades que tive para ampliar minha compreensão e estadia no mundo a partir dessa experiência singular: viver uma vida universitária).

Sobre a Medicina que estava diante de meus sentidos: de 1978 em diante, começo a perceber lenta e decisivamente a radicalidade da escolha que fizera e suas implicações[1]. Com a disciplina de Semiologia (primeiro semestre de 1979), surgem os primeiros contatos com os pacientes, professores em ação, sistema de saúde, hospitais e seus padrões de organização e funcionamento. Interesso-me pelo ritual; passo a apreciar o *modus operandi* da medicina: linguagem própria, modos de pensamento, jalecos brancos, hierarquia, palavras, gestos, atenção, proximidade, distanciamento. Já por essa época começam a surgir as primeiras desconfianças sobre a relação entre a natureza da profissão médica e o desempenho de seus agentes, nós médicos. Pacientes, gestores, médicos, todos insatisfeitos. Que estaria ocorrendo de anômalo?

Parece-me agora que primeiro fui acometido por uma enorme curiosidade e disponibilidade em relação às coisas do mundo - o que é sociedade, o que é universidade; a condição humana e sua precariedade; o que é medicina, seus primórdios; as relações entre medicina e sociedade; o homem como objeto das ciências humanas e sua captura pela medicina; conhecimento científico e medicina etc. Em seguida me vieram os questionamentos inerentes ao campo que escolhera: a medicina de crianças: a vulnerabilidade das crianças; os modos de constituição física e psíquica da criança; modos de adoecimento próprios da infância; pediatria atenta aos desejos e ansiedades maternas; os modos de atenção destinados às crianças.

Do ciclo clínico (5º ao 10º semestre, e mais os dois semestres do internato em 1982) gostaria de destacar alguns eventos definidores de minhas escolhas posteriores.

COQUEIRO SECO

Por volta do 5º ano, me candidatei a uma vaga para o Projeto Rondon. Fui para a cidade alagoana de Coqueiro Seco. Nosso trabalho consistia de atividades de saúde pública e alguma clínica. Logo fui flagrado como sendo o estudante do grupo que deveria atender as crianças e suas mães. De fato, nasci para a Pediatria em Coqueiro Seco. Interesse e escuta, prazer e atenção, tudo isso era induzido pelas mães e suas crianças (como era possível alguém confiar em um jovem estudante de 21 anos de idade e 55 quilos de peso? Nunca entendera completamente essa experiência; no entanto, é ela que alimenta as perguntas acerca da natureza da vontade que me fez ser pediatra). Acordava com o mar aceitando o nascer do sol e vivia um dia intensamente pleno de encontros com as crianças e suas mamães.

SANTANA DO IPANEMA

Um amigo que se formara há pouco tempo - João Batista Neto - fora trabalhar no interior do Estado enquanto aguardava chegar dezembro e os concursos para a residência médica em Cirurgia na cidade de São Paulo – de fato, passara para o Hospital Heliopólis. A cidade incrustada no alto sertão alagoano recebera-nos no período das

1 (...) ninguém é obrigado a escolher a profissão de médico. Se o faz, deve ter a consciência da enorme responsabilidade e sacrifícios que ela, por sua natureza especial, exige: não só uma óbvia competência, mas a vocação nata de transmitir ao paciente a sensação de sua importância como pessoa. Ismael, JC. O médido e o paciente: breve história de uma relação delicada. JC Ismael. O médico e o paciente: breve história de uma relação delicada. T.A. Queiroz Editor. 2002.

férias do meio do ano para sete dias de trabalho ininterruptos. Entre um ambulatório e outro, noites de plantão.

Certa vez, atendi a uma criança de 8 anos de idade com febre de 40 graus. Meu exame simplório nada encontrou de errado. Nosso amigo estava no centro cirúrgico; operava uma senhora de cesariana; era um natimorto. Eu adentro a sala de cirurgia, faça um pequeno relato sobre a criança e pergunto o que devo fazer: o cirurgião incontinente atira: "*aplique uma dipirona na veia do menino, animal!*" Sorri, fui reencontrar a criança e fazer o procedimento: percebi que estava nascendo para a Medicina!

PÃO DE AÇÚCAR

Escolhi uma cidade do alto sertão alagoano para fazer o estágio rural obrigatório (CRUTAC) nos meses de maio e junho de 1982, último ano da faculdade. Fomos, eu e meu amigo Jorge Pereira, animadíssimos para uma autêntica experiência interiorana: unidade mista com cirurgia (primeira especialidade para a qual se bandeara Jorge) e enfermaria pediátrica, além de plantões no Pronto Atendimento e atendimento ambulatoriais. Experimentamos uma pletora de sensações; dediquei-me ao estudo e à prática com crianças e suas mães. Pela primeira vez, me vi diante de pacientes quem podiam ser observados evolutivamente. Na faculdade, ao freqüentar ambulatórios semanais de várias especialidades médicas dificilmente encontrávamos o mesmo paciente uma segunda vez. Primeiras estranhezas: como aprender sobre evolução natural de doenças, o valor dos testes diagnósticos, a evolução das doenças após tratamento, os fatores contextuais determinantes etc. Como fazer vínculos com os pacientes, conhecê-los pelo nome, ser reconhecido por eles, construir uma relação de confiança? Todas essas questões foram contempladas nesse curto período em que senti cada vez mais perto a inexorabilidade de minha escolha.

Ressalto minhas significativas experiências no projeto Rondon e no Estágio Rural para definir o que Milan Kundera tão bem ilustrou com o personagem Tomás em seu livro "A insustentável Leveza do Ser". Escolhi Medicina Pediátrica por *"es muss sein".*

Mais tarde viria a ser fortemente influenciado pelo filósofo Edgar Morin ao recusar a cisão entre as ciências e as humanidades, ao propor a religação desses saberes. Esses princípios me permitiram "remediar a funesta desunião entre o pensamento científico – o que desassocia os conhecimentos e não reflete sobre o destino humano – e o pensamento humanista – que ignora as conquistas das ciências, enquanto alimenta as interrogações sobre o mundo e sobre a vida. (...) "O mundo técnico e científico vê na cultura das humanidades apenas uma espécie de ornamento ou luxo estético, ao passo que ela favorece o que H. Simon chamava de *general problem solving*, isto é, a inteligência geral que a mente humana aplica aos casos particulares. O mundo das humanidades vê na ciência apenas um amontoado de saberes abstratos e ameaçadores." (Morin, A cabeça bem feita: repensar a reforma, reformar o pensamento. Bertrand Brasil, 10ª edição. 2004).

MEUS AMIGOS DE TURMA E OS DA FACULDADE

Esse intervalo de vida, 17 a 23 anos, foram muito intensos; densos nos desafios para um aluno de medicina que almejava entender mais de tudo o que gotejava a sua frente. A experiência de ter vivido o movimento estudantil foi extremamente útil para calibrar o alcance para minhas ousadias; certamente, ajudaram a moldar o médico pediatra e professor que hoje sou e explica muito de minhas intervenções na vida universitária relatadas mais adiante.

Com James Ramalho Marinho, Múcio Lopes da Fonseca, Marcos Nunes Calixto, José Karlisson Tavares Valeriano, Émerson Rios e José Jorge Pereira Alves formei um núcleo de amigos bastante interessado em Medicina e também em suas vicissitudes. Aqui pude aprender a admirar a intensidade das diferenças da condição humana; éramos seis amigos diferentes e semelhantes nas origens, interesses e valores, como se

apresenta na realidade a riqueza e as dificuldades da convivência. Em seguida, um psicanalista que passei a admirar – Hélio Pellegrino – advertia: *(...) o convívio humano é uma construção, uma graça. Amar é uma arte difícil, e nada é de graça. Tudo é luta, é labuta, é mão no arado, e olhe lá.*

Nos últimos anos da faculdade, nosso grupo foi se ampliando e hoje alcança cerca de 20 pessoas - uma saudade profunda; posso dizer que tive a sorte de sentir o gosto compartilhado de ser acolhido e de me deleitar com a vivência dessas sinceras amizades. Nossa festa de 25 anos de formado em 2007 assistiu a um reencontro de amigos que se deleitaram pela simples presença de um sorriso, um gesto, uma palavra, tudo lembrando nossa doce amizade. Camélia, Marilurdes, Ângela, Valéria, Lenise, Geila de Amorim, Ana Maria Cavalcante Melo, Fernando Pedroza, Fernando César, Maria Quitéria Wanderley, Maria Luísa Duarte, Margareth Medeiros. Que saudades!

MEUS PROFESSORES DE GRADUAÇÃO

Depois do terceiro ano conheci os professores que deixaram marcas mais definidas em minha formação: um psiquiatra e dois pediatras. Gilberto de Macedo, um psiquiatra e escritor erudito que se aproximava de nós estudantes para ouvir nossas perplexidades, angústias e dúvidas. Quais as características da sociedade em que vivíamos? Quais as perspectivas para uma medicina humanista? Que leituras deveríamos fazer para compreender a sociedade e a medicina que nela se insere? No intervalo de nossas angústias, ele calmamente nos oferecia pistas para compreendermos um pouco mais do mundo que se descortinava; tudo com uma enorme paciência com nossas incompletudes e contradições.

Em seu livro, Aculturação e Doença, o capítulo 5, "A Pediatria – medicina da personalidade", logo me chamou atenção o conceito de que a Pediatria deveria ser compreendida como "ciência e filosofia da idade infantil", "como disciplina do menino em sociedade". Em 1981, Gilberto de Macedo de pontaria certeira atinge o núcleo central de nossa sociabilidade ao escrever "Diagnóstico da sociedade tecnológica: conflito e violência na sociedade contemporânea".

Nesse livro, após exame minucioso da alienação social e inautenticidade psicológica como características fundamentais da sociedade atual, Gilberto de Macedo nos indica: "*Humanizar a técnica, fundamentar a sociedade através de um critério de valor, organizar as instituições no respeito às exigências da natureza do Homem, eis o que o uso correto da Razão deverá permitir*".

Dois pediatras, Professores José Lima e José Gonçalves Sobrinho logo me "convenceram": meu desejo imutável é para ser pediatra. Suas figuras autênticas, atenciosas, respeitosas no trato com as mães e as crianças logo me chamaram a atenção. As aulas teóricas e as aulas práticas ministradas por esses dois professores encheram de alegria uma vocação que até então, desabrochara lentamente. Suas abordagens assumiam uma pediatria integral (criança-família-contexto). Senti uma vontade/necessidade enorme de ser pediatra. Mais tarde quando encontrei os livros e textos do Professor Pedro de Alcântara, catedrático da Universidade de São Paulo - que não cheguei a conhecer pessoalmente – reconheci muito de meus antigos professores. Nos sub-capítulos "O espírito da Pediatria" e "Bases do pensamento pediátrico"; nos capítulos "Os Fatores Ambientais – Ecopediatria"; "Etiologia geral da morbidade e mortalidade da criança"; e nos definitivos "Técnica de atendimento de consulta em Pediatria", "Criança normal: essa desconhecida"; "Dinâmica das relações intrafamiliares" encontrei-me por inteiro. Estava selado meu encontro intelectual e afetivo com a Pediatria, faltava-me agora, a Residência Médica, local privilegiado para meus encontros concretos com as crianças sadias e doentes, suas mães, seus pais, suas famílias, seus laços comunitários.

RESIDÊNCIA MÉDICA (1982-83)

Trata-se de um dos maiores presentes que se pode receber pela conclusão do curso; jamais esquecerei os encontros com pessoas predispostas a nos auxiliar em nossos primeiros passos. Desejava caminhar, faltavam-me aquisições básicas para engatinhar...

Fui generosamente acolhido. Vindo de Alagoas e de sua Universidade Federal, tendo como referência apenas uma amiga generosa que conhecera em Curitiba por ocasião do Encontro Científico dos Estudantes de Medicina - ECEM (Theresa Christina de Melo Vilar). Nunca havia estado em Fortaleza.

Fui aprovado pela coordenadora do programa do Hospital Infantil Albert Sabin da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará (HIAS/SESA-CE), Dra Anamaria Cavalcante e Silva, que viria a se tornar uma grande amiga, e a quem reconheço emocionado suas enormes qualidades humanas (lembro-me de nosso primeiro telefonema entre o Natal e o Ano Novo; não poderia chegar no dia 1º de janeiro e solicitara mais um ou dois dias para despedir-me da família. Anamaria acolheu-me com CANDURA, generosidade[2]).

Assim, inicio minha idade de adulto jovem (23 anos em diante) e, pela primeira vez morando fora da casa de meus pais. Em Fortaleza, morar no próprio hospital facilitou muitas coisas, inclusive, por possibilitar alguma sobra de dinheiro para dar vazão à minha curiosidade ampliando a formação de uma biblioteca por quem tenho o maior carinho. Mas poderia dizer hoje, como, aliás, sempre dissera: **residir em um hospital especializado no atendimento de crianças foi meu maior presente de formatura (diria também, de minha vida profissional), uma experiência avassaladora sobre minha disponibilidade e decisão para ser pediatra.**

Meus amigos de Residência foram: Amália Maria Porto Lustosa, Mércia Lima de Carvalho Lemos, Verônica Said de Castro, Francisco Airton Silveira Fontenele, Mary Teixeira Nogueira, Hélvia de Aguiar Feitosa e Regina Sílvia Almeida. Foi um excepcional começo de vida médica; uma doce acolhida no mundo do trabalho (desejo registrar o apreço que cultivei com os amigos de residência das outras turmas – R2 quando eu era R1, e R1 quando eu era R2). Receios e autoconfiança diante da incerteza e da provisoriedade. Primeiros plantões, primeiras responsabilidades. Fragilidades. Nesse momento descobri que teria que palmilhar os quatro pilares da educação do que falava o francês Jacques Delors em um livro que seria lançado em 1999 (EDUCAÇÃO: um tesouro a descobrir. Cortez Editora). São eles: Aprender a conhecer; Aprender a fazer; Aprender a conviver; Aprender a ser.

Confesso que foram anos dedicados ao aprendizado da prática pediátrica e de desenvolvimento de minha personalidade pediátrica, sempre com muitos questionamentos acerca dos atributos intelectuais, técnicos e psicoafetivos necessários ao exercício da prática pediátrica. Enquanto aprendia coisas, percebia meu desenvolvimento pessoal, minha capacidade de comando e de convivência me levou a liderar e ser convidado a liderar várias iniciativas educacionais durante o período da residência; penso que tais aspectos foram conformando certa disposição para seguir a carreira docente.

Anamaria Cavalcante e Silva, Helena Cavalcante, Célia Elias, Liduína, Manoel de Souza Veras Filho, Rosângela Albuquerque Ribeiro, Altani Santos Paiva, César Abreu, Nadia Trompieri, Luís Carvalho, Gilma Holanda, Januário Rodrigo, César Abreu, Norma Selma, Frederico Augusto de Lima e Silva; Diva de Lourdes Fernandes, Aldaíza Ribeiro, Nilo Dourado, Alaíde Pitombeira, Emair Silva Borges, Francisca Lúcia, Ana Júlia Couto Alencar, são algumas das pessoas que me apresentaram a beleza e a complexidade de ser pediatra. Muitas destas pessoas eu tive o prazer de reencontrar em vários momentos posteriores seja como meus alunos nos cursos de Medicina Baseada em Evidências e de Epidemiologia da Saúde da Criança seja participando na qualidade de orientador ou avaliador em suas bancas de Mestrado e de Doutorado. Muitas vezes empreendendo parcerias em diversos projetos (Viva Criança, Viva Criança Neonatal, Rede de Saúde Perinatal, artigos científicos, cadernos temáticos etc). Essas pessoas vivem em minhas melhores lembranças.

2 Anos mais tarde, um amigo psicólogo (João Vicente Menescal) apresentou-me a beleza poética de Dora Ferreira da Silva e o poema "Rude-suave amigo": (...) Quem não precisa ser socorrido alguma vez? Mas é preciso humanamente se aproximar dos outros.

Minha esposa à época cursava Residência em Medicina Preventiva na Universidade Federal da Paraíba (UFPB) quando em 16 de abril de 1984 nasceu minha primeira filha, Gabriela Pires de Sá Leite – **uma peraltinha de mais de três quilogramas de peso, que viria a encantar nossa casa com sua doçura.** Com a anuência da supervisora de minha Residência, organizei meu estágio de Neonatologia no Hospital Universitário Lauro Wanderley nessa mesma universidade. Em três meses, aprendi o básico da neonatologia, tempo suficiente para produzir em mim um interesse profundo por esse momento da vida das crianças e suas famílias. A partir daí, foi o campo do conhecimento que mais devotei estudos e pesquisas.

A partir daí foi crescente a minha disponibilidade para conhecer a Pediatria brasileira. Na Residência e nos primeiros anos de vida profissional, alguns livros e conseqüentes autores, prenderam minha atenção: Pediatria Básica (coordenado pelo Prof. Eduardo Marcondes, 6ª. edição de 1978, e depois a 7ª edição de 1985); Pediatria em Consultório, coordenado por Ana Cecília S Lins Sucupira (Sarvier Editora em suas quatro edições), e Pediatria: Urgências + Emergências; Sarvier Editora, de autoria de Jayme Murahosvchi.

Sempre me interessei pelo desenvolvimento acadêmico da Pediatria brasileira; penso que fui leitor assíduo de livros de quase todos os grupos representativos: Izrail Cat e Dinarte Giraldi-UFPR (Terapia Intensiva e Reanimatologia Pediatria); José Luiz Pitrez-UFRGS (Tratamento intensivo em Pediatria); Pedro de Alcântara & Eduardo Marcondes-USP (Pediatria Básica); Ana Cecília SL Sucupira e colaboradores-ICrUSP (Pediatria em Consultório). Recentemente, tenho acompanhado os livros Pediatria Prática de Sandra Grisi e Ana Escobar; A Promoção da Saúde na Infância (Ana Maria Escobar, Maria Helena Valente, Sandra Grisi) e a mais nova edição do "Pediatria em Consultório". Otelo S Ferreira e colaboradores do IMIP (Diagnóstico e Tratamento em Pediatria). Infectologia Pediátrica e Pediatria Ambulatorial, coordenados por professores da UFMG (Lincoln Freire e Paulo Camargos, respectivamente). Toda a coleção Monografias Médicas, Série Pediatria da Sarvier Editora (Higiene Alimentar, Crescimento normal e deficiente, Ecopediatria, Desnutrição, Desidratação, Afecções Respiratórias não específicas em Pediatria, Pediatria cardiológica, Medicamentos em Pediatria, Problemas neurológicos do recém-nascido, O recém-nascido de baixo peso, Cuidados ao recém-nascido normal e patológico); Benjamin Kopelman et al (Distúrbios Respiratórios do Recém-nascido). Infecções Perinatais (Calil Farhat & Benjamin Kopelman). Fernando Nóbrega (Desnutrição intra-uterina e pós-natal), dentre outros.

Dos primeiros tempos, menção especial devo fazer a três livros que produziram um grande impacto sobre mim, o que de certa forma, coincidia com as minhas buscas: 1) AÇÃO PSICOPROFILÁTICA DO PEDIATRA, livro inédito coordenado pela Dra Dulce V. M. Machado (ICr-HC-USP) de 1979; 2) "COMO CUIDAR DE BEBÊS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA" da Dra. Maria Teresa Maldonado. Li-os ainda na Residência e pude perceber a ampliação na qualidade de meus diálogos com as crianças e suas mamães. Em 2006, escrevi juntamente com dois colegas (Henrique Sá e Olívia Bessa), o texto "Habilidades de Comunicação na consulta com crianças" como parte de um livro coordenado por mim, João Macedo Coelho Filho e Andrea Caprara intitulado "Habilidades de Comunicação na consulta com pacientes e famílias" onde pode ser sentida a forte presença dos ensinamentos contidos nesses dois livros. O terceiro livro foi mais técnico, situado dentro do paradigma biomédico e coordenado pela Dra Tatiana Rozov, "AFECÇÕES RESPIRATÓRIAS NÃO ESPECÍFICAS EM PEDIATRIA"; ali se revelou mais claramente que eu também gostava de estudar doenças; o trabalho do pensamento clínico me aparecera fascinante: trazer à tona sintomas e sinais, ordená-los numa estrutura cronológica racional, gerar um quadro semiótico ajustado a uma categoria nosológica determinada levando em consideração o amplo espectro de apresentação de uma dada doença.

Se, no presente momento, não temos condições de ver com nitidez os contornos globais da crise de valores que nos assola, não será através da chamada "sedução da impossibilidade" que conseguiremos devolver dignidade à condição humana.

Jurandir Freire Costa

VIDA PROFISSIONAL.

Conclui a Residência Médica e imediatamente comecei a trabalhar em hospitais pediátricos na cidade de Fortaleza (1985-1991). Ainda em 1985, prestei concurso para o antigo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Medica e Previdência Social) sendo lotado no Hospital de Maracanaú, antigo hospital de Tisio-Pneumologia do Ministério da Saúde, localizado numa cidade da área metropolitana de Fortaleza. De lá, só sairia quando de meu ingresso como professor na Universidade Federal do Ceará em 1989.

EXPERIÊNCIA CLÍNICA INICIAL

a) Hospital de Medicina Infantil (privado, conveniado com sistema estatal de saúde; a época denominado INAMPS); hospital localizado em bairro periférico da cidade com serviços de pronto atendimento, emergência e internamento. Eram épocas sombrias. Diarreia infecciosa com diversos graus de desidratação, pneumonias, convulsões febris e crises agudas de sibilância/asma eram as doenças mais frequentes. Estudei-as atentamente. Para um plantão diurno de 12 horas, atendia-se cerca de 60-80 crianças. Foi o hospital onde pude afirmar minha independência de afetos e sentimentos. Atenção respeitosa dirigida às mães e suas crianças e nenhuma aceitação de normas que atentassem contra os valores que havia internalizado na minha primeira infância e em meu período de latência. Sombrio histórico de recusar internamento conjunto mãe-filho. Ufa!!! Ficou a amargura de conviver com o lado empresarial mais rude encastelado no setor saúde e de observar uma página triste de nosso sistema de saúde. Ficaram as alegrias de estar presente, minutos que fossem, na vida de tantas crianças e seus pais oferecendo-lhes alguma solidariedade e respeito.

b) Hospital Pronto Baby (privado): consultas ambulatoriais, pronto atendimento e um sistema ousado: cada médico tinha carga horária diária de duas horas durante toda a semana e mais um plantão noturno semanal. Experimentei a formação de vínculos com a clientela; fui aprendendo a lidar com aspectos da atenção para os quais eu não tinha alcançado qualquer experiência. Até que surpreendentemente em 1988, o Prof. Eduardo Marcondes edita uma brochura patrocinada pela Companhia Nestlé com o título "O Pediatra e sua Clínica Particular", material útil para as reflexões que vinha fazendo, dado que dois anos antes eu havia sido atraído por um amigo, Elivaldo Sampaio Almeida, para iniciar atividades de consultório privado. Esta foi uma experiência completamente diferente; entrar no mundo do trabalho privado; receber por serviços prestados; manter um padrão de relacionamento com os clientes mediados por pagamento, ainda que indireto. Toda a vivência até aqui fora em ambientes de serviços de saúde públicos.

Quando mais tarde desenvolvi estudos mais aprofundados sobre a relação médico-paciente, estudei os condicionantes do trabalho médico nas versões sociológicas e antropológicas; tais perspectivas defendem que não existe uma única relação médico-paciente; que tal relação assume um caráter interpessoal e social (encontro de sujeitos sociais concretos); envolve o médico e seu núcleo de saber específico, seu lugar simbólico; as instituições e seus projetos assistenciais específicos. Em suma, a Medicina não se dirige a todas as classes sociais da mesma maneira.

c) Hospital de Maracanaú (público; federal; Ministério da Saúde) Fui admitido por intermédio de concurso público para nível federal do antigo INAMPS; instituição morosa, quase um ano após o concurso praticamente não havia efetivado ninguém. A diretora do hospital, Dra Lucíola Santos Rabelo, incansável e dinâmica gestora, conseguiu a transferência da maioria dos aprovados para trocar de vínculo ministerial (MPAS para MS):

médicos obstetras, cirurgiões, pediatras, clínicos, pneumologistas, anestesiologistas, além de enfermeiras, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem. Nós todos, estávamos recém saídos da residência médica, jovens empolgados com o primeiro emprego, federal, hospital em transformação, possibilidades de compor uma equipe de empreendedores, um coletivo.

Neste hospital surgiram minhas primeiras oportunidades de lidar com temas que extrapolaram a Pediatria, bem como o início de minha inserção nacional. Os desafios de construção desse novo hospital me lançaram para além das experiências institucionais localizadas.

Fui indicado para participar como representante do hospital em vários cursos de "Metodologia da Investigação Científica" e de "Controle das Doenças Respiratórias da Infância" do recém lançado "Programa Atenção Integral à Saúde da Criança" (PAISC) do Ministério da Saúde. Tais cursos foram inicialmente realizados no Centro de Referência de Pneumologia Sanitária localizada no Hospital Raphael de Paula Souza no Rio de Janeiro. Os doutores Abner Cavalcante Brasil e Luís Carlos Ribeiro Saraiva são as pessoas a quem devo muito de meus primeiros passos.

A partir de minha inserção nesse novo ambiente de relacionamentos e práticas participei de vários encontros no Instituto Nacional de Epidemiologia Emílio Coni situado na cidade de Santa Fé, Argentina, para treinamento no componente "Controle das Doenças Respiratórias da Infância" do PAISC. Neste ambiente, pude travar contato com novas metodologias de trabalho e desfrutei do convívio com colegas de vários países, em particular, o Assessor Regional da OPAS, Yehuda Benguigui, que me estimulou e apoiou em várias iniciativas de sua coordenação. Esta inserção culminou com minha participação, na qualidade de vice-coordenador da investigação no Brasil do "The Multi-Country Evaluation of the Integrated Management of Childhood Illness Strategy (IMCI): effectiveness, cost and impact" (MCE - http://www.who.int/imci-mce/) coordenado pelo Prof. João Amaral (UFC) e tendo como um dos coordenadores em âmbito internacional o Prof. César Victora da Universidade Federal de Pelotas. Minha passagem pelo Hospital de Maracanaú é marcada por intensa atividade clínica (plantões noturnos às quartas-feiras; quatro dias de 6 horas em ambulatório e SPA/Emergência). Percebo e desenvolvo o gosto pela clínica pediátrica geral, o que significa prestar assistência aos principais problemas de saúde da criança de um município de médio porte. Além do atendimento no SPA/ Emergência, crianças com convulsão febril, GNDA, SN, doença reumática, sibilância recorrente, asma, pneumonias de repetição, problemas de pele, IVAS, diarréia, desnutrição, prematuras, problemas de crescimento eram todos problemas que eu me preparara para assistir, identificando padrões de evolução ou gravidade que indicassem referência para os ambulatórios da Faculdade de Medicina ou do Hospital Infantil Albert Sabin, centros de atendimento terciário. Com o tempo, vejo-me mais interessado em atender crianças recém-nascidas, de pouca idade e aquelas com doenças respiratórias, área a qual me dedico mais nos anos seguintes.

Meu período de trabalho no hospital de Maracanaú termina com minha admissão como professor de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFC no final de 1989. Fica como saldo múltiplas aprendizagens: uma ampla experiência clínica, a convivência multiprofissional e interdisciplinar, a complexidade da saúde coletiva, lapsos de amadurecimento humano na direção da alteridade. Foram anos de intensa militância clínica, sanitária e política em seus múltiplos sentidos e significações. Nada seria possível sem o entrecruzamento com tantos exemplares humanos fabulosos que viriam a se constituir em grandes amigos. Apenas sinto, verdadeiramente, que sofro com mais de 20 anos de distanciamento geográfico de tantos outros amigos. Socorro Martins, Lucíola Rabelo, Pedro Henrique Felismino, Valdelice Mota, Francisco Monteiro, Helena Paulino, Maria Abreu, Maria Lúcia, Anunciada, Maria Adalgisa, Neura Antunes, Ueleres Braga, Adelina Feijão, Neildes, Carlos Augusto, Helena Serra Azul, Mércia Lemos, Pio Bizarria, Verônica Said, Manoel Dias da Fonseca, foram amigos que me ajudaram a compreender

essa tumultuada fase da saúde pública e coletiva brasileiras. Dessa experiência ficaram marcas profundas de uma convivência plural, não menos tumultuada, exemplar da beleza da diversidade e complexidade humana.

d) Maternidade Escola Assis Chateubriand da Universidade Federal do Ceará – MEAC - (1985-89)

A Professora Socorro Nobre do Departamento de Saúde Materno-Infantil (UFC) me convidou para assumir uma vaga de plantonista na unidade neonatal da MEAC. Foram anos dedicados ao estudo da Neonatologia. Plantões em sala de parto numa época de ausência de um sistema de atenção obstétrica regionalizado; não havia definição de unidade de pré-natal de alto risco; as mulheres gestantes peregrinavam na hora de parir; muitas chegavam em condições precárias de saúde em situações de emergência: descolamento prematuro de placenta, pré-eclampsia grave, eclampsia, prematuridade extrema, RCIU, aspiração de mecônio, asfixia perinatal, síndrome hipóxico-isquêmica.

Anos seguintes, o Prof. Sulivan Mota assume a direção da unidade neonatal e empreende várias mudanças. Inicia a construção da nova unidade de alto risco. Começo a trilhar o início de minha carreira acadêmica/docente. Aceito o convite para coordenar o Núcleo de Atividades Científicas da Unidade de Neonatologia, passando a trabalhar diretamente com colegas de grande valor, que viriam a se transformar em grandes amigos. Assim, fui impulsionado a me dedicar a uma área da Pediatria fascinante e que logo me cativou: a Neonatologia. Foram aproximações decisivas para meu encontro com a vida docente que estava por vir.

Nessa unidade nasci para uma experiência fascinante: a clínica na interface do mistério da renovação da vida. Ainda hoje minhas aulas práticas concentram-se nessa unidade (alojamento conjunto, cuidado Canguru, unidades de médio e baixo risco). Assistir aos bebês saudáveis e suas mães nos primeiros encontros é confortante. Testemunhar e colaborar para o nascimento de mamães, papais e filhos tem sido uma experiência estética da qual nunca abri mão. O lado experiencial, humano desse trabalho convive com a assistência aos bebês e suas mães em situações aflitivas. Dimensão de cuidado que venho palmilhando desde então, com os estudos acerca da comunicação médico-paciente, e ênfase na comunicação de notícias ruins.

Paulo Alexandre Negreiros de Andrade, Almir de Castro Neves Filho, Luíz Carlos Batista de Sousa, Tânia Souza, Eveline Campos, Mônica Furtado, Osmiro Barreto, Rosabelle Sidrin, Fátima Maia, Ana Lenilce, Kátia Pinho foram parceiros desses anos, sob o comando inicialmente da Profa. Fernanda Elin e em seguida do Prof. Sulivan Mota.

Ao concluir esse início de minha vida profissional, de experiências clínicas diversificadas, de balizamentos éticos, primórdios das agruras e delícias de estar disponível para encontros tão intensos, sinto-me no lugar certo: próximo das crianças e suas mães, próximo de vidas humanas e seu amplo leque de diversidade; fico satisfeito em constatar uma certa disponibilidade para conviver, aos trancos e alguns barrancos.

CARREIRA DOCENTE (1989 – ATUAL)

De Professor Auxiliar a Professor Titular não consigo enxergar um caminho sem inconsistências ou contradições; acho que não tive carreira acadêmica, calculada, programada. Caminhei sim, em uma direção definida antes da minha latência e nela, e posso atestar que nada me apareceu inesperadamente. Fiz escolhas, sempre. Escolhas contingentes, mas marcadas pelo que mais gostava de ver: minha liberdade de responsabilizar-me totalmente por minhas escolhas. Sem indulgências. Trinta anos de formado em dezembro de 2012, me encontra imerso em projetos de longo alcance preparados ao longo do mestrado (1994-1996) e doutorado (1997-2000).

MOMENTO FINAL

Costumo ter uma concepção de vida plena de potencialidades, de movimentos que se einterconectam, que aceitam a imperfeição, a incompletude, a incerteza, que pulsam, que produzem experiências de enfrentamento com a vida atribulada que temos nessa quadra contemporânea. Sou de poucos minutos de desestímulo. Gosto de tristezas. Injetam-me gotas de entusiasmo e me são suficientes para perceber o mundo e as pessoas como elas são, em sua natureza bela e trágica. Adoto princípios protetores de minhas emoções e minha vida mental. Socorro-me da confluência com os poetas.

Assim, continuo cheio de projetos para empreender e compartilhar com aqueles que já estão na travessia comigo, bem como com os alunos de graduação, pós-graduação, professores e demais parceiros que possa vir a encontrar.

De um ponto de vista mais geral, encontro-me interessado em ampliar estudos e investigações relacionados ao tema da Comunicação Médico-Paciente e Método Clínico Centrado no Paciente, bem como continuar liderando o grupo de professores interessados e atuantes no campo das Humanidades Médicas, com o objetivo de aprimorar a sensibilidade médica.

Minha atenção também está voltada para duas seções de revistas internacionais que venho acompanhando já há algum tempo: *Words That Make a Difference* (Annals of Internal Medicine) e ***Becoming a Doctor*** **(New England Journal of Medicine).**

Para finalizar, apresenta o paradoxo de minha inquietude e minha disciplina no mundo concreto dos humanos e das instituições; aqui a confluência maior é com a doce poesia de Adélia Prado:

Eu sempre sonho que uma coisa gera,/
nunca nada está morto./O que não parece
vivo, aduba./O que parece estático, espera.
LEITURA (Adélia Prado)

Conflito de Interesse: Não declarado

Correspondência:

Álvaro Jorge Madeiro Leite
E-mail: alvaromadeiro@gmail.com

Retratos de Vida

HISTÓRIAS FELIZES NO HOSPITAL INFANTIL ALBERT SABIN

Stories with happy endings from Albert Sabin Children´s Hospital

Raquel Mourão Ferreira[1], João Cândido de Souza Borges[2], Francisca Lúcia Medeiros Carmo[3], João Joaquim Freitas do Amaral[4]

1. Jornalista. Assessora de Comunicação do Hospital Infantil Albert Sabin.
2. Pediatra. Mestre em Administração Hospitalar. Presidente da Cooperativa dos Pediatras.
3. Pediatra e psicoterapeuta. Professor de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.
4. Pediatra. Mestre em Saúde da Criança e Adolescente. Coordenadora do Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital Infantil Albert Sabin.

Nesta edição, a seção Retratos de Vida retrata as histórias da **Dra. Célia Elias, enfermeira Daura Porto, do Dr. Pedro Borges (In Memoriam) e do paciente Antônio Soares Jr**. Todas com histórias diferentes, mas com finais felizes no Hospital Infantil Albert Sabin.

A **Dra. Célias Elias** contagia a todos pelo seu conhecimento, mas principalmente a todos pelo seu olhar e sorriso acolhedores. Ela diz que o *"Relacionamento é tudo na vida. Gosto muito deste hospital, do clima de trabalho e da união que cultivamos na Pediatria. O convívio com os residentes e os internos é cativante e enriquecedor. Tenho consciência do quanto sou responsável pela formação profissional e ética deles".*

A enfermeira **Daura Porto** é um exemplo de dedicação, superação e amor pela profissão. Nos primórdios do HIAS relata *"Nós só tínhamos uma enfermeira em cada unidade de internação durante a semana. No fim de semana, no período noturno, a enfermeira plantonista tinha que ficar responsável tanto pela enfermagem quanto pela parte administrativa do Hospital. Essa experiência foi muita rica, porque eu tinha que ter iniciativa, resolver problemas e não tinha com quem compartilhar".*

A história do **Dr. Pedro Borges**, primeiro diretor do Hospital Infantil Albert Sabin, foi contada com rara sensibilidade pelo seu filho Dr. João Borges que seguiu os seus trilhos como pediatra. Foi uma vida que nos deixou precocemente, mas que deve ficar permanentemente em nossa memória pelos ensinamentos e exemplos de amor à criança e as pessoas. Como seu filho relatou, ele tinha como característica a humildade e bondade evidenciadas em seus múltiplos trabalhos.

Por fim, mostramos a história de **Antonio Alberto Soares Jr.**, um adolescente de 15 anos que teve uma retirada de tumor cerebral pelo nariz. Essa cirurgia foi realizada pela primeira vez no hospital pelo neurocirurgião Eduardo Jucá e pelos otorrinos João Flávio e Daniel com sucesso – mais um final feliz no HIAS. Aqui se mostra também a história da mãe de Antonio Alberto, que com amor não mediu esforços para buscar solução para o seu problema. Agora, ele pode voltar a ler as aventuras de Percy Jackson e os Olimpianos, que havia interrompido quando teve o problema de visão devido ao tumor cerebral.

Conflito de Interesse: Não declarado

Correspondência:
Raquel Mourão Ferreira
E-mail: raquelmouraof@gmail.com

Célias Elias

Olhar sereno, voz suave, sorriso acolhedor. A pediatra **Célia Elias** transmite paz e segurança à enfermaria da Pediatria Geral do Hospital Infantil Albert Sabin (Hias). Não só as mães dos pacientes ficam felizes com a sua chegada, mas também os colegas de trabalho, os residentes e os internos do curso de medicina. Claro que a experiência profissional e a bagagem de conhecimentos contam muito, mas existe algo mais. Célia Elias desperta nas pessoas a vontade de tê-la como amiga.

"Relacionamento é tudo na vida. Gosto muito deste hospital, do clima de trabalho e da união que cultivamos na pediatria. O convívio com os residentes e os internos é cativante e enriquecedor. Tenho consciência do quanto sou responsável pela formação profissional e ética deles", ressalta. Célia sempre orienta os mais jovens a cativar as crianças, a motivar as mães e a explicar tudo o que está acontecendo com o paciente. Essa forma humanizada de tratar os pequenos doentes é mais uma das qualidades dessa pediatra-educadora.

Se o pai da pediatra pudesse ouví-la falando assim sobre a medicina e as relações humanas, ficaria ainda mais orgulhoso. Ele sempre sonhou em ser médico, mas a vida o levou a ser contador. Quando a filha decidiu cuidar da saúde das pessoas, os lábios ficaram pequenos para o tamanho da alegria. Durante a faculdade, ela estagiou no Instituto Dr. José Frota (IJF) e na Santa Casa de Misericórdia. A paixão pela pediatria foi despertada durante o internato no Hospital Geral Dr. César Cals. Ao se formar, em 1976, na Universidade Federal do Ceará (UFC), não teve dúvida. Escolheu o Albert Sabin para ser seu primeiro local de trabalho.

Célia Elias conta que iniciou a carreira na Emergência, passando, tempos depois, a trabalhar no Ambulatório de Pediatria Geral. No início da década de 1980, a pediatra coordenou o extinto Programa Materno Infantil, em que passava

orientações para as futuras mamães sobre o pré-natal e os cuidados com os recém-nascidos. Na mesma época, foi convidada para coordenar, por três anos, a enfermaria de Pediatria Geral. Após deixar a coordenação, continuou como médica assistente, função que exerce até hoje. Já são mais de trinta anos se dedicando às crianças e aos adolescentes dessa enfermaria. "A decisão de deixar essa casa vai ser muito difícil. Aqui fiz a minha história", diz em tom emocionado.

Ao mesmo tempo em que se dedicava ao Hias, a médica conquistou o título de especialista em pediatria, manteve por 15 anos um consultório particular e foi plantonista do Pronto Atendimento do Hospital Luís de França por três anos. Por onde passou, conseguiu tocar o coração das pessoas. Para ela, a fórmula para atrair tantas amizades no ambiente de trabalho é simples. Basta trabalhar em equipe e respeitar as diferenças.

Daura Porto

Quando adolescente, **Daura** Porto adorava assistir a filmes sobre guerras e se emocionava com a coragem e dedicação das enfermeiras da Cruz Vermelha. Quando o vestibular chegou, não teve dúvida. Queria ser como as aguerridas Florence Nightingale e Anna Nery. *"Via as expedições e achava aquilo genial. Viajar, cuidar das pessoas, era fantástico"*, diz.

O sonho de menina se concretizou em 1979, quando se formou em enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará. A paixão pela profissão não cabia só em uma graduação. Era preciso aprender mais, buscar conhecimentos, viajar, acumular experiências. Focada nisso, Daura fez habilitação médico-cirúrgica na Universidade Federal de Minas Gerais e residência no Hospital Geral de Fortaleza e no Hospital de Messejana. Não demorou para ser contratada pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Como sempre teve um espírito aventureiro, partiu para o Interior com o objetivo de montar unidades mistas nos municípios.

A história de dedicação ao Hospital Infantil Albert Sabin começou em 1983. O começo foi difícil, um desafio. *"Nós só tínhamos uma enfermeira em cada unidade de internação durante a semana. No fim de semana, no período noturno, a enfermeira plantonista tinha que ficar responsável tanto pela enfermagem quanto pela parte administrativa do Hospital. Essa experiência foi muita rica, porque eu tinha que ter iniciativa, resolver problemas e não tinha com quem compartilhar",* relembra. Nessa época, o Hias tinha poucas enfermeiras. Hoje, são 182 profissionais e 554 auxiliares. Uma melhora significativa da assistência. Para Daura, que coordena toda essa equipe desde 2008, a criação da Cooperativa dos Profissionais de Enfermagem (Coopen) foi muito importante para a contratação de novos enfermeiros e auxiliares.

"Tenho orgulho da minha profissão. Tenho vaidade, gosto de trabalhar no Albert Sabin e saber que o Hospital é visto com bons olhos lá fora", ressalta. Além do trabalho no Hias, Daura também faz parte da diretoria do Sindicato de Enfermagem e da

diretoria da Associação Beija-Flor e é voluntária da Organização Não Governamental (ONG) Operação Sorriso. Por meio deste programa humanitário, Daura já ajudou a transformar a vida de crianças com lábios leporinos tanto no Brasil quanto em Honduras, Bolívia e Equador. E a Cruz Vermelha? *"Ora, mas isso é quase uma Cruz Vermelha"*, fala sorrindo. E mais que isso é a realização de um sonho de adolescente.

Pedro de Morais Borges (*In Memoriam*)

Pedro de Morais **Borges**, médico pediatra, foi o primeiro diretor geral do Hospital Infantil de Fortaleza (1952), primeiro hospital infantil do Ceará que, posteriormente, em 1977 receberia o nome de Albert Sabin. O pequeno hospital, com três enfermarias, funcionava num casarão adaptado localizado na Avenida Olavo Bilac, 1200, hoje Bairro Antônio Bezerra.

No início de suas atividades prestava assistência aos pequenos enfermos somente Dr. Pedro Borges e Dra. Hilda Chaves. Somando-se a ambos tinha-se a figura de Dona Mocinha, funcionária que residia no próprio hospital e que se envolvia com as mais diversas atividades necessárias ao pronto funcionamento. Muitas vezes Dr. Pedro Borges era chamado por ela, à noite, finais de semana, para examinar crianças que ela acreditava não estarem bem, pois na época não havia médico plantonista.

Pedro Borges nasceu na cidade de Crateús – CE, em 10 de fevereiro de 1913, filho de Pedro Felipe Borges e Maria José de Morais Borges. Estudou nos colégios Cearense, Militar e Liceu do Ceará, graduando-se como médico aos vinte e três anos (em 1936), pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia. Tinha como característica a Humildade e Bondade.

No início de sua carreira, praticou a medicina geral nos municípios de Tauá e Quixadá, mas tinha uma atenção especial que era atender crianças, tornando-se mais tarde especialista em pediatria.

Casou-se com Maria Lêda Silveira de Souza,em 1941, e tiveram como filhos: Lêda Maria (Assistente Social), Núbia Maria (Administradora), Pedro Felipe (Economista), João Borges (Médico Pediatra), Marco Antônio (administrador) e Marcelo Borges (Advogado).

Dr. Pedro Borges permaneceu como diretor do HIF, durante os primeiros dois anos de funcionamento, retornando anos depois para cumprir um novo período de gestão. Cumpriu seu papel de gestor do primeiro hospital infantil do Ceará, pautando

sua administração pelo carinho e humanização da assistência às crianças enfermas daquela unidade hospitalar.

Atuou ativamente na medicina privada, mais tinha uma vocação maior que era de assistir as crianças menos favorecidas que procuravam assistência na área pública.

Acreditava que o termo *saúde* não se traduzia apenas pelo curar das doenças e de seus agravos, mas principalmente pela atuação na prevenção e no crescimento sócio econômico de uma população.

Foi diretor do departamento estadual da criança em 1963, órgão governamental que coordenava, controlava e avaliava todas as ações e políticas de saúde da criança. Foi também membro fundador da Sociedade Cearense de Pediatria (1944), seu primeiro tesoureiro e presidente em 1968. Foi ainda professor adjunto da cadeira de pediatria, Diretor do Hospital das Clinicas (1966), da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará e do Instituto Rocha Lima de Proteção à Maternidade e à Infância por vários anos.

Segundo Wilcar Cavalcante Gondim em seu livro: Perfis de pediatras do Ceará, *"Pedro Borges era bastante ativo e irrequieto, do que nos diz muito bem a indicação de suas múltiplas atividades, ao longo de seus cinquenta e oito anos de vida".*

Ainda de acordo com referido autor, "Com tantas e tão diversificadas atribuições não lhe faltou tempo nem a n*ecessária boa vontade, para prestar serviços profissionais gratuitos, tendo sido o primeiro médico da casa da mãe solteira".*

Pedro Borges precocemente nos deixou, mais mesmo assim como incansável que foi, deixou um grande e importante legado de princípios e valores para a pediatria cearense.

Antônio Alberto Soares Júnior

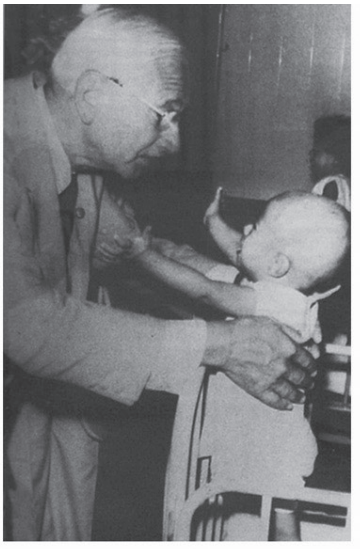
Antônio Alberto Soares Júnior, 15, sempre foi um garoto curioso. Super-heróis, guerreiros e feiticeiros sempre povoaram o imaginário deste adolescente de Morrinhos. Através da leitura, ele viajou para lugares distantes e participou de aventuras fantásticas. Porém, há três meses, Alberto vinha apresentando problemas na visão. Dizia para a mãe, Marta Ivone, que sentia um clarão no olho direito.

Muito preocupada, a mãe decidiu procurar um oftalmologista em Sobral. Ao mesmo tempo, Antônio Alberto teve uma paralisia facial. Como ele tinha passado os últimos seis anos fazendo um tratamento ortodôntico, Marta Ivone achou melhor adiar a consulta com o oftalmologista e levou o filho para o dentista. Lá, o especialista disse que a saúde bucal estava perfeita e aconselhou a família a procurar um fisioterapeuta que, por sua vez, recomendou a ida a um neurologista. Enquanto estavam pesquisando as causas do problema, Antônio Alberto disse que não estava mais conseguindo enxergar. Tudo foi muito rápido. O neurologista pediu uma ressonância, mas, fragilizada, Marta Ivone não quis saber o resultado do exame e pediu ajuda ao irmão em Fortaleza.

"Estava desconfiando que ele tinha um tumor, mas não queria aceitar. Estava com muito medo", disse a mãe. Ela contou que um sobrinho já havia falecido, aos sete anos, por causa de um tumor cerebral. Nessa altura, o desespero já havia tomado conta da família. Entraram em contato com um neurocirurgião, da rede particular, mas a consulta demoraria alguns dias. Foi quando o tio de Antônio Alberto, que já havia tido uma filha curada de um tumor no abdômen no Hospital Infantil Albert Sabin, resolveu trazer o menino para o hospital.

Após exames, a equipe médica diagnosticou que o paciente tinha um tumor cerebral benigno. Era caso de cirurgia. Ao saber da notícia, Marta Ivone perguntou ao neurocirurgião Eduardo Jucá se a retirada do tumor cerebral poderia ser feita pelo nariz, pois já havia pesquisado sobre o assunto e sabia que o procedimento era realizado na rede particular. Até então, a cirurgia nunca havia sido feita no hospital. Diante do pedido, Jucá convidou os otorrinos João Flávio e Daniel, ambos Nogueira, para participar da cirurgia, que foi realizada no fim de agosto. A operação foi um sucesso. Um casamento perfeito entre a sabedoria de Marta Ivone e a competência da equipe de saúde.

A partir de agora, Antônio Alberto pode voltar a ler as aventuras de Percy Jackson e os Olimpianos, que havia interrompido quando o olho começou a falhar.



Não É Todo Mundo Que Chega Aos 60 Anos Com Tanta Saúde.

Venha Comemorar Essa História De Vida Com A Gente.

29/05/2012
Alvorada / Homenagem aos Aposentados / Café da manhã
Horário: **8h** · *Local:* **Recanto das Acompanhantes**

20/06/2012
Quadrilha Junina
Horário: **15h** · *Local:* **Recanto das Acompanhantes**

27/07/2012
Comemoração do Dia do Pediatra
Horário: **9h** · *Local:* **Recanto das Acompanhantes**

01/11/2012
Solenidade de abertura da comemoração dos 60 anos do Hospital Infantil Albert Sabin
Horário: **20h** · *Local:* **Teatro José de Alencar**
- Apresentação do Balé Edisca
- Coquetel nos Jardins do Teatro com Música ao Vivo

21/11/2012
Abertura do V Congresso do Hospital Infantil Albert Sabin
Horário: **20h** · *Local:* **Centro de Convenções do Ceará**

22 a 24/11/2012
Realização do V Congresso do Hospital Infantil Albert Sabin
Horário: **8h às 17h** · *Local:* **Centro de Convenções do Ceará**

28/11/2012
Missa Solene em Ação de Graças
Horário: **9h** · *Local:* **Recanto das Acompanhantes**

30/11/2012
Festa de Confraternização do Hospital Infantil Albert Sabin
Horário: **21h** · *Local:* **Náutico Atlético Cearense**
- Show com Ítalo e Reno
- Banda os Brasas

Hospital Infantil Albert Sabin

Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Saúde

CURSO DE NEONATOLOGIA V

PERÍODO: 13/03/12 a 04/12/12
HORA: 7h às 8h
LOCAL: Auditório "A"

Público Alvo: Pediatras / Residentes / Internos

PROGRAMAÇÃO

TEMA	PALESTRANTE	DATA	TEMA	PALESTRANTE	DATA
1. Abertura: 1º Minuto de Vida	Dr. Almir de Castro Filho	13/03/12	19. Triagem Oftalmológica	Dra. Ana Valeria Teixeira	24/07/12
2. Reanimação Neonatal (Teoria e prática) 1ª parte	Dra. Janaína Oliveira	20/03/12	20. Triagem Neonatal	Dr. André Pessoa	31/07/12
3. Reanimação Neonatal 2ª parte	Dra. Janaína Oliveira	27/03/12	21. Hipoglicemia Neonatal	Dra. Deborah Cabral	07/08/12
4. Transporte do RN	Dr. Guilherme José Garcia	03/04/12	22. Hiperplasia Congênita Supra Renal	Dra. Sandra Geroldo	14/08/12
5. Dor no RN	Dr. Luiz Ferreira Jr.	10/04/12	23. Sifilia Congênita	Dr. Fernando Benevides	21/08/12
6. RN Cuidados iniciais / UTI Neonatal	Dra. Joice Guimarães	17/04/12	24. Toxoplasmose / CMV / Herpes Rubeola Congênita	Dra. Aldaíza Ribeiro	28/08/12
7. Injúria Renal do RN	Dra. Janaína Oliveira	24/04/12	25. HIV Neonatal	Dra. Aldaíza Ribeiro	04/09/12
8. Oxigenoterapia Neonatal	Dra. Tânia Sousa	08/05/12	26. Sepse e Meningite	Dra. Ana Rosana Guedes	11/09/12
9. Prematuridade: 1ª Parte – Novos Conceitos / Fatores de Risco	Dr. Fernando Benevides	15/05/12	27. Asfixia Neonatal	Dra. Rosicler Pereira de Gois	18/09/12
10. Prematuridade: 2ª Parte Evolução / Complicações	Dra. Denise Gonçalves Pereira	22/05/12	28. Convulsão Neonatal	Dra. Rosicler Pereira de Gois	25/09/12
11. Insuficiência cardíaca no RN	Dra. Mônica Bandeira	29/05/12	29. Ictericia Neonatal	Dra. Priscila de Souza Magalhães	02/10/12
12. RN Cianótico	Dr. Geni Barros	05/06/12	30. Doença Hemorrágica	Dra. Luciana Costa Lima	09/10/12
13. Nutrição Parenteral	Dra. Tânia Maria Sousa Araújo Santos	12/06/12	31. Transfusão Hemocomponentes	Dra. Luiza Daniele Barros Lins	16/10/12
14. Colestase Neonatal	Dra. Amália Porto	19/06/12	32. Imunodeficiências do RN	Dra. Janaína Fernandes	23/10/12
15. Diagnóstico Diferencial Dist. Respiratórios Neonatal	Dra. Rosicler Gois	26/06/12	33. Imagem no RN	Dr. José Holanda Filho	30/10/12
16. Distúrbio Hidroeletrolítico e Ácido Básico	Dr. João Osmiro Barreto	03/07/12	34. Principais Cromossopatias no RN	Dr. Guilherme José Lima Garcia	06/11/12
17. Más Formações Cirúrgicas no RN	Dr. César Abreu	10/07/12	35. Congresso Neo – HIAS 60 anos	-	13/11/12 a 27/11/12
18. Intervenções Fetais	Dr. Aldo Melo	17/07/12	36. Dilemas Éticos / Avaliação do Curso	Dra. Aldaíza Ribeiro	04/12/12

Realização: Serviço de Neonatologia

Apoio: Centro de Estudos / Residência Médica

Hospital Infantil
Albert Sabin

Diretor Geral
Francisco Walter Frota de Paiva

Diretor Administrativo/Financeiro
Lauro Antônio Cabral de Barros

Diretor Clínico
Francisco Rogério Rodrigues Menezes

Diretora Técnica
Marfisa de Melo Portela

CENTRO/COMISSÕES

Centro de Estudos e Pesquisas
Francisca Lúcia Medeiros do Carmo

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
Aldaíza Marcos Ribeiro

Comissão de Dor
Ana Júlia Couto de Alencar

Comissão de Ética em Pesquisa
Regina Lúcia Ribeiro Moreno

Internato
Viena Sales Ximenes Avila

Residência Médica
Tânia Maria Sousa Araújo Santos

SERVIÇOS

Anestesiologia
Josias Teixeira Martins

Cardiologia
Ângela Maria Ferrer Carvalho

Cirurgia
Antonio Aldo de Melo Filho

Emergência
Patrícia Jereissati Sampaio

Enfermagem
Maria Daura Porto

Fisioterapia
Maria de Fátima Leite Simão

Fonoaudiologia
Leonardo da Rosa Giglio

Gastroenterologia
Amália Maria Porto Lustosa

Hebiatria
Maria do Socorro Peres

Nefrologia
Kathia Liliane Lustosa Zuntini

Neonatologia
Tânia Maria Sousa Araújo Santos

Odontologia
Maria Lúcia Bonfim Chagas

Onco-Hematologia
Selma Lessa de Castro

Ortopedia-Traumatologia
Jacinta da Silva Prado

Pediatria Geral
Maria Conceição Alves Jucá

Pneumologia
Vivianne Calheiros Chaves Gomes

Psicologia
Anice Holanda Nunes Maia

Centro de Imagem
Afonsina Pereira de Aquino Campos

Serviço Social
Maria Moema Carneiro Guilhon

Terapia Ocupacional
Elaine Pontes de Araújo

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

UTI I: **Euzenir Pires Moura**
UTI II: **César Augusto Ferreira Gomes de Andrade**