



Boletim SOPERJ

Órgão Informativo da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro • Vol. XXII - Nº 1 - abril 2019

EDITORIAL

COMEÇANDO COM MUITO ENTUSIASMO!

Queridos colegas pediatras,

É com muito entusiasmo que a nova diretoria executiva da SOPERJ – formada por Katia Telles Nogueira, Anna Tereza Miranda Soares de Moura, Maria Marta Regal de Lima Tortori, Claudio Hoineff, Joel Conceição Bressa da Cunha, Christianne D Almeida Martins, Arnauld Kaufman e Aurea Lucia Alves de A. Grippa de Souza – começa o triênio de trabalho 2019-2021. Sabemos que será um período de grandes desafios, mas acreditamos que com coragem, transparência, animação e a parceria fundamental de todos vocês, faremos uma gestão norteada pela ética, pelo equilíbrio e desejo de fazer sempre o melhor pela SOPERJ.

E já começamos com novidades! No mês de fevereiro a SOPERJ e o Conselho Regional de Medicina do Estado do Rio de Janeiro realizaram no auditório do CREMERJ o evento: “A prevenção da gravidez na adolescência em visão ampliada”. A atividade fez parte da Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência, instituída pela lei nº 13.798.

Também estamos fazendo algumas mudanças para nos mantermos alinhados com a Sociedade Brasileira de Pediatria. Adequamos a denominação de Comitê Científico para Departamento Científico, mesma denominação usada pela SBP. Criamos novos grupos de trabalho. São eles: Segurança, Mídias Sociais, Imunizações e Ligas de Pediatria.

O XIII Encontro de Atualização em Pediatria da Zona Oeste, marcado para os dias 15 e 16 de agosto, será o nosso grande evento do ano e já estamos trabalhando na sua produção e organização para que atenda as expectativas de todos vocês. Iniciamos nossa gestão organizando ou apoiando outros eventos. Foi o caso da primeira edição do ano do Curso de Capacitação em Saúde Mental da Criança e do Adolescente, do Serviço de Saúde Mental do Hospital Municipal Jesus. A atividade, que tem o apoio do SOPERJ, discutirá, em dez encontros, desenvolvimento, epidemiologia dos transtornos mentais, considerações etiológicas, diagnóstico e avaliação psiquiátrica das principais condições e transtornos.

Em 2019 daremos continuidade às publicações da série SOPERJ. Os lançamentos dos primeiros livros estão previstos para este semestre. Nossas publicações são referência para os pediatras cariocas e do Brasil.

Também teremos neste semestre a eleição da nova diretoria da Sociedade Brasileira de Pediatria. A campanha começou no dia 23 de março. A chapa Pediatra em Primeiro Lugar foi a única a se inscrever para o processo de escolha da nova diretoria para a gestão do triênio 2019 a 2021. A votação poderá ser feita pela internet entre os dias 23 e 27 de abril. Todos os pediatras associados adimplentes que honraram seus compromissos com a SBP até o dia 4 de fevereiro podem exercer o direito ao voto.

E o Boletim? Nossas publicações contam com a colaboração dos departamentos científicos. Nosso maior tesouro está no entusiasmo e dedicação de cada colaborador. Destaco ainda o trabalho da nossa diretoria de publicações que está empenhada em trazer atualizações consistentes e importantes para nossa prática pediátrica.

Nos próximos números vamos iniciar uma série de entrevistas com nossos ex-presidentes. A proposta é conhecer melhor a prática clínica, projetos e experiência.

Nesta edição teremos *Epidemia de miopia, Doença de Kawasaki e Influenza 2019*. Todos os temas são frequentes no dia a dia do Pediatra. Pretendemos esclarecer as dúvidas mais frequentes.

É muito importante que você pediatra acompanhe as publicações da SOPERJ, assim como nosso site e nossas redes sociais. Estaremos sempre atualizando nossas plataformas.

Nosso sucesso só será completo com a ampla participação de todos. Boa leitura!

Dra. Katia Telles Nogueira
Presidente da SOPERJ
Triênio 2019 - 2021



► Curso de Reanimação Neonatal

Datas:

11/05 ► > 34 semanas – Reanimação

18/05 ► Transporte

08/06 ► < 34 semanas – Prematuro

20/07 ► Instrutores

10/08 ► > 34 semanas – Reanimação

Local: Sede da SOPERJ

Informações: (21) 2531-3313

Inscrições: www.soperj.org.br

► PALS (Pediatric Advanced Life Support)

► 24 e 25 de maio

► 28 e 29 de junho

Local: Sede da SOPERJ

Informações: (21) 2531-3313

inscrições: www.soperj.org.br

► CAP (Curso de Atualização em Pediatria)

Datas: ► 27/04 ► 25/05

► 29/06 ► 31/08

► 28/09 ► 26/10

Local: CREMERJ

Informações e inscrições: (21) 3184-7136 /

Fax. (21) 3184-7138

www.cremerj.org.br

seccat@crm-rj.gov.br

ABRIL

► Atualização em Reumatologia Pediátrica - Regional Sul Fluminense e Médio Paraíba

Data: 27 de abril

Local: Centro de Estudos Unimed - Volta Redonda

Informações e inscrições: (21) 2531-3313
www.soperj.org.br

JULHO

► Jornada Prática de Emergência e Terapia Intensiva Pediátrica

Data: 05 de julho

Local: Windsor Flórida Hotel

Informações e inscrições: (21) 2531-3313
www.soperj.org.br

AGOSTO

► Agosto Dourado - II Workshop – Aleitamento Materno

Data: 05 de agosto

Local: Hotel Atlântico Copacabana

Informações e inscrições: (21) 2531-3313
www.soperj.org.br

► XIII Encontro de Atualização em Pediatria da Zona Oeste

Data: 15 e 16 de agosto

Local: Círculo Militar - Estrada São Pedro de Alcântara, 2020, Vila Militar, Rio de Janeiro - RJ

Informações e inscrições: (21) 2531-3313
www.soperj.org.br

► Curso de Atualização em Diferenciação Sexual – Dr. Gil Guerra

Data: 17 de agosto

Local: Windsor Flórida Hotel

Informações e inscrições: (21) 2531-3313
www.soperj.org.br

MANTENHA-SE INFORMADO
CONSULTANDO O SITE DA SOPERJ

Boletim SOPERJ

Filiada à Sociedade Brasileira de Pediatria – Volume XXII - Nº 1 - abril 2019

DIRETORIA DA SOPERJ

TRIÊNIO 2019-2021

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

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

PRESIDENTES REGIONAIS – Regional Baixada Fluminense: Fernanda Silva Guimarães; **Regional Lagos:** Denise Garcia de Freitas Machado e Silva e Gabriela Santos Magalhães Nogueira (Vice-Presidente); **Regional Leste Fluminense:** Ana Flavia Malheiros Torbey; **Regional Médio Paraíba:** Luciano Rodrigues Costa e Amaro Ronaldo Inácio Filho (Vice-Presidente); **Regional Norte Fluminense:** Sylvania Regina de Souza Moraes; **Regional Serrana:** Felipe Machado Moliterno; **Regional Sul Fluminense:** Luciano Rodrigues Costa e Amaro Ronaldo Inácio Filho; (Vice-Presidente); **Regional Zona Oeste:** Elisabete Isidoro Caetano. **Editor Chefe - Revista de Pediatria SOPERJ:** Adauto Dutra.

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



SOPERJ

Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro

ESTAMOS VIVENDO UMA EPIDEMIA GLOBAL DE MIOPIA?

A chegada do novo século e com ele um avanço tecnológico surpreendente e mudança de hábitos de vida trouxeram alterações na epidemiologia de várias patologias, não só das infecciosas. Entre elas registra-se, em todo o mundo, um aumento significativo na incidência de miopia, principalmente entre adolescentes e adultos jovens. Estima-se que o número de míopes aumente de 1,950 bilhões em 2010 para 4,758 bilhões em 2050 (cerca de metade da população mundial esperada para a época). Esta “epidemia” vem se tornando uma crescente preocupação global em saúde pública.

Especialistas avaliam que nesse rápido aumento, verificado em uma determinada geração, os fatores ambientais desempenhem um papel relevante na patogênese da desordem. Dentre os fatores ambientais tradicionalmente considerados como de risco para o desenvolvimento da miopia: urbanização, alta escolaridade, QI elevado etc., os estudos atuais têm destacado de forma consistente dois principais: aumento da atividade visual para perto e a redução das atividades ao ar livre.

Com o crescimento da criança e automaticamente crescimento/ desenvolvimento das estruturas do globo ocular define-se uma modulação orgânica à emetropização (ausência de erro refrativo). A idade é o fator determinante mais importante na distribuição dos erros refrativos em determinado grupo, sendo a miopia rara ao nascimento e de baixa incidência em crianças menores de 6 anos de idade. Mas, a cada ano, vem sendo observada uma progressão no número de crianças que mais precocemente se tornam míopes. Observa-se ainda uma mudança na fisiologia ocular com uma tendência a um maior diâmetro anteroposterior final do olho. Esses dois fatores associados implicam em mais pessoas míopes, assim como um aumento no número de pacientes com miopia de alto grau. Isso é observado em todo o mundo, principalmente em países da Ásia onde a prevalência de miopia sempre foi maior. Em alguns desses países, como Singapura, estima-se que cerca de 90% das crianças que saem do ensino médio são míopes. Em outros países, a situação não

é tão drástica, mas o quadro também avança.

Não podemos vincular à miopia apenas custo econômico e desconforto do uso de óculos e lentes de contato, ou até mesmo cirurgia corretora. A alta miopia é uma condição não benigna, com grave risco de complicações e comprometimento da acuidade visual, estando entre as principais causas de cegueira no mundo. O olho míope (principalmente acima de 5 dioptrias) pode evoluir com graves complicações (descolamento de retina, degeneração retiniana miópica, buraco macular, catarata e glaucoma, entre outras). A correção cirúrgica do erro refrativo não previne o aparecimento desses eventos, uma vez que atua na córnea e não altera o formato do globo ocular.

Os trabalhos mostram uma significativa associação entre miopia e esforço visual para perto, o que nos remete ao fator de risco ambiental já citado de maior escolaridade (e consequentemente maior período de leitura), destacando-se atualmente o uso das telas digitais. O uso de *smartphones* e *tablets* com telas cada vez menores, a associação do esforço visual para perto também nas horas de lazer e não só de estudo, parece ter um grande impacto na chamada “epidemia”. Segundo dados divulgados pelo Instituto *think with Google*, o Brasil teve um aumento de 112% na participação dos *smartphones* nos acessos à internet, no ano de 2015; além disso, em 2010, o Brasil tinha 10 milhões de *smartphones* e cinco anos depois este número cresceu para 93 milhões.

Estudos mais recentes têm relacionado um efeito protetor das atividades ao ar livre contra o desenvolvimento da miopia. Esses estudos compararam alunos de escolas com atividade ao ar livre padrão e outras com aumento da exposição à luz solar. Todos eles observaram diminuição na incidência de miopia naqueles que tiveram a oportunidade de maior tempo ao ar livre. A exposição à luz solar parece modular o crescimento do globo ocular, mas o mecanismo preciso pelo qual isso acontece ainda está na área das hipóteses.

Na prevenção da miopia temos, então, que ter duas abordagens: em primeiro lugar evitar o seu surgimento e, em segundo lugar,

reduzir ou prevenir a sua progressão. No primeiro caso um melhor entendimento dos mecanismos ambientais causadores de miopia se faz necessário para identificação das melhores estratégias de prevenção. Redução do esforço visual para perto e aumento das atividades ao ar livre devem ser incentivadas, mas ainda não são precisos os limites de tempo para cada uma dessas orientações. As propostas mais aceitas atualmente para a redução e/ou prevenção da progressão da miopia, além das mesmas citadas anteriormente, incluem-se o uso do colírio de Atropina e a ortoceratologia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Petty AD, Wilson GN. Reducing the impact of the impending myopia epidemic in New Zealand NZ Med J. 2018 Dec 14;131(1487):80-85.
- Zloto O, Wagnanski-Jaffe T, Farzavandi SK, Gomez-de-Liaño R, Sprunger DT, Mezer E. Current trends among pediatric ophthalmologists to decrease myopia progression-an international perspective. Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol. 2018 Dec;256(12):2457-2466.
- Mameesh M, Ganesh A, Sana Al Zuhairi Oman S. Facing the epidemic of myopia: Exploring the possibilities. J Ophthalmol. 2017 May-Aug; 10(2): 61-62.
- Morgan IG, French AN, Ashby RS, Guo X, Ding X, He M, Rose KA. The epidemics of myopia: Aetiology and prevention. Prog Retin Eye Res. 2018 Jan;62:134-149.
- Ruiz M, Debert I. Crescimento pós-natal do olho, emetropização, erros de refração e tratamentos para o controle de progressão da miopia. In: Oftalmologia Ped e Estrab Serie Oftalmol Brasil CBO:vol 1. Cultura Médica. 2017
- Nature. Vol: 519; 19 march 2015: 276 – 278.
- McCarty C A. Refining the aetiology of myopia. Br J Ophthalmol 2004;88:1.
- American Academy of Ophthalmology: Myopia Prevention and Outdoor Light Intensity in a School-Based Cluster Randomized Trial. Ophthalmology: 2018;125:1239-1250
- Vilar MMC, Abrahão MM, Mendanha DBA, Campos LM, Dalia ERC, Teixeira LP, Nassaralla JJ. Aumento da prevalência de miopia em um serviço oftalmológico de referência em Goiânia – Goiás. Rev Bras Oftalmol. 2016; 75 (5): 356-9.

DOENÇA DE KAWASAKI

A Doença de Kawasaki é uma das vasculites primárias mais comuns da infância, sendo caracterizada por acometimento sistêmico, com predomínio de vasos de médio calibre, que pode cursar com aneurismas coronarianos. Representa a principal causa de cardiopatia adquirida em crianças nos países desenvolvidos e 5% das síndromes coronarianas em adultos.

Cerca de 85% dos casos ocorrem em crianças menores de 5 anos, predominantemente do sexo masculino, sendo rara em escolares e adolescentes. É cerca de 5-10 vezes mais frequente nos asiáticos e seus descendentes.

Sua fisiopatogenia ainda não foi totalmente elucidada, sendo caracterizada por uma desregulação imune, em resposta a um agente desencadeante infeccioso, em indivíduo geneticamente susceptível. Os numerosos estudos buscando o isolamento de um agente etiológico infeccioso específico ainda não confirmaram esta hipótese.

A doença se apresenta em 3 fases clínicas: aguda, subaguda e de convalescença. A fase aguda se caracteriza por febre alta não remittente de duração superior a 5 dias, alterações laboratoriais inflamatórias (VHS e PCR elevadas, leucocitose) e por várias manifestações clínicas: 1) Hiperemia de lábios e orofaringe, fissuras labiais, "língua em morango", sem úlceras ou exsudato; 2) hiperemia conjuntival bilateral; 3) linfonomegalia cervical; 4) edema de dorso de mãos e pés, eritema palmo-plantar; 5) exantema polimórfico, sem vesículas. A presença de manifestações sugestivas de infecção de vias aéreas superiores ou gastrointestinal não afasta a possibilidade de Doença de Kawasaki.

Na fase subaguda, após cerca de 7-10 dias de febre, se inicia a descamação perineal e periungueal, os aneurismas coronarianos e a trombocitose. Na fase de convalescença, ocorre a normalização da VHS, da PCR e da contagem plaquetária.

O diagnóstico é realizado através dos critérios da *American Heart Association* (AHA) e da *European League Against Rheumatism / Pediatric Rheumatology European Society* (EULAR/PRES): Febre por pelo menos 5 dias, associada a 4 dos seguintes critérios: 1) Hiperemia conjuntival

bilateral não purulenta; 2) Alterações de lábios ou mucosa oral; 3) Exantema polimórfico; 4) Alterações de extremidades ou descamação perineal; 5) Adenomegalia cervical, unilateral, pelo menos 1,5 cm de diâmetro.

No entanto, 20-30% dos pacientes não preenchem estes critérios diagnósticos, sendo denominados casos de Kawasaki incompleto. Há achados subsidiários que auxiliam no diagnóstico destes casos: 1) VHS >40mm/h, PCR > 3mg/dL; plaquetas >450.000/mm³ (após 7 dias de doença); anemia, leucocitose > 15.000/mm³, elevação TGP, albumina < 3g/dL, piúria estéril, hiponatremia e Z-escore de coronárias > 2,5 ao ecocardiograma.

O ecocardiograma deve ser realizado na suspeita diagnóstica (basal para posterior comparação e para detecção de anormalidades de fase aguda como miocardite, pericardite) e repetido em 1-2 semanas e 6-8 semanas de evolução. Se houver aneurismas coronarianos, deve ser realizado 2 vezes por semana até estabilização do lúmen da(s) artéria(s) coronariana(s) acometidas. Novos métodos de imagem mais sensíveis e alguns que permitem até avaliação da arquitetura e função endoteliais vêm sendo estudados.

Então, devemos suspeitar de Doença de Kawasaki, na presença de febre prolongada e inexplicada com:

- Presença de mais de 4 critérios de classificação
- Elevação de VHS e/ou PCR e ecocardiograma compatível
- lactentes com irritabilidade inexplicada e/ou meningite asséptica
- exantema e laboratório inflamatório
- ecocardiograma com sinais de coronariopatia
- adenite cervical não responsiva a antibioterapia
- choque inexplicado ou com culturas negativas
- mesmo na presença de infecção documentada, se houver critérios clínicos típicos.

O tratamento com imunoglobulina humana endovenosa (IVIG) em dose única de 2g/Kg, até o 10º dia de duração de doença, reduz incidência de lesão coronariana de 25% para menos de 4%. No entanto, a IVIG também de-

ve ser administrada mesmo passados os 10 dias, enquanto houver febre e elevação de VHS e/ou PCR. Recomenda-se a associação de AAS em doses moderadas (30-50mg/Kg/dia) ou altas (50-80mg/kg/dia) a despeito da ausência de evidências consistentes de seu benefício na redução do risco de aneurismas.

A AHA recomenda a administração de metilprednisolona 2mg/Kg/dia até defervescência, com desmame em 2-3 semanas, nos casos de alto risco de aneurismas coronarianos: menores de 6 meses, maiores de 8 anos, hipoalbuminemia, trombocitopenia, leucocitose, aumento persistente de PCR, elevação de TGO, hiponatremia.

Quando a criança estiver afebril por 2 dias, o AAS é reduzido para a dose antitrombótica (3-5 mg/kg/dia) por 6 a 8 semanas, mas devendo ser mantido indefinidamente em caso de anormalidades coronarianas.

Em casos de Kawasaki resistente, definido como febre persistente 36 horas após o término da infusão da IVIG, recomenda-se repetir a IGIV na mesma dose. Se ainda persistir a febre, pode-se adotar pulsoterapia com metilprednisolona, infliximabe, ciclosporina ou plasmáfereze.

O prognóstico depende principalmente das alterações coronarianas e seu calibre, sendo maior a chance de normalização do diâmetro luminal quanto menor o calibre do aneurisma. A disfunção endotelial e espessamento da íntima ainda persistem mesmo nas lesões regredidas, reforçando a necessidade de prevenção e intervenção nos fatores de risco cardiovasculares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. McCrindle BW, Rowley AH, Newburger JW, et al. Diagnosis, Treatment, and Long-Term Management of Kawasaki Disease: A Scientific Statement for Health Professionals From the American Heart Association. *Circulation* 2017; 135(17):e927-e999.
3. Dhanrajani A, Yeung RSM. Revisiting the role of steroids and aspirin in the management of acute Kawasaki disease. *Curr Opin Rheumatol* 2017;29(5):547-552.
4. Amariljo G, Koren Y, Brik Simon D, et al. High-dose aspirin for Kawasaki disease: outdated myth or effective aid? *Clin Exp Rheumatol* 2017; Suppl 103(1):209-212.

INFLUENZA: GRAVE AMEAÇA À SAÚDE PÚBLICA

Cenário

A Influença, uma das infecções mais frequentes em todo o mundo, a cada ano infecta pelo menos 10% da população, podendo este número aumentar drasticamente em situações de pandemias. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) trata-se de grave ameaça à saúde pública em todos os países. Estima-se que anualmente ocorram um bilhão de casos, entre três e cinco milhões de quadros graves e entre 290 e 650 mil mortes relacionadas ao vírus da influenza.

No Brasil, não é diferente. Entre 2012 e 2018 foi registrada média anual de 4.653 casos de síndrome respiratória grave (SRAG) e de 840 óbitos relacionados à infecção pelo vírus.

De acordo com o Ministério da Saúde, em 2018, os casos de SRAG por influenza apresentaram uma mediana de idade de 37 anos, sendo que 46,6% dos casos ocorreram na região Sudeste. Neste mesmo ano, dos 5.278 óbitos por SRAG, o que corresponde à letalidade de 14,8% (5.278/35.564), 1.381 (26,2%) foram confirmados para influenza, sendo 917 (66,4%) decorrentes de A(H1N1)pdm09; 129 (9,3%) de influenza A não subtipado; 78 (5,6%) por influenza B; e 257 (18,6%) por influenza A(H3N2).

A taxa de mortalidade por influenza no Brasil está em 0,66/100.000 habitantes. Dos 1.381 indivíduos que foram a óbito em 2018, 1.055 (76,4%) apresentavam pelo menos um fator de risco, com destaque para os seguintes grupos: maiores de 60 anos (55,1%), pessoas com doença cardiovascular crônica (31,6%), pneumopatias crônicas (24,6%) ou diabetes (22,9%).

A OMS alerta: no mundo são 385 milhões de idosos acima de 65 anos de idade, 140 milhões de crianças e 700 milhões de crianças e adultos com alguma doença crônica, todos considerados grupos de risco para as complicações da influenza.

Alerta de pandemia

Pandemias de gripe são recorrentes e imprevisíveis e podem impactar na saúde e no bem-estar econômico mundial. É essencial planejar e se preparar com antecedência para uma pandemia e assim buscar atenuar seu impacto.

A OMS publicou recentemente o Plano Mundial de Luta contra a Influenza 2019-2030

que tem como objetivos principais: reduzir o impacto da gripe sazonal; minimizar o risco de gripe zoonótica; atenuar o impacto de uma pandemia de influenza.

Antecipando a sazonalidade

Nos últimos anos, infelizmente, as coberturas vacinais se mostram bem abaixo da desejável. Esta situação, além de permitir a ocorrência de surtos, deixa a população e o país em risco.

As perguntas que a cada ano se repetem: *Esse ano vamos enfrentar muitos ou poucos casos de influenza? Qual cepa de influenza vai prevalecer?*

Não se trata de antecipar o cenário da influenza no país a cada sazonalidade, mas sim, antecipar a vacinação para os meses que antecedem o pico de ocorrência da doença e mortes consequentes. Idealmente, até abril, nossos pacientes devem estar vacinados.

Vacina trivalente ou quadrivalente

Cepas A/H1N1, A/H3N2 e B (linhagens Yamagata e Victoria) circulam todo ano e têm a mesma capacidade virulenta. A composição das vacinas é definida pela OMS que considera as cepas que circulam em cada hemisfério a cada ano para definir sua composição anual. No entanto, quando as cepas A ou B incluídas na vacina não são coincidentes com aquelas previstas na vacina (*mismatch*), a efetividade da vacinação pode ser comprometida. Variações das cepas A são cada vez mais comuns, o que reforça a necessidade de vigilância epidemiológica.

Desde o ano 2000, temos observado em todo o mundo (inclusive no Brasil) a cocirculação das duas linhagens de vírus influenza B (Victoria e Yamagata) em uma mesma estação. Nesse período, em cerca de 50% das temporadas de circulação do vírus, a linhagem B contida na vacina não foi coincidente com a que predominou como causa de doença na população. Este não pareamento pode reduzir consideravelmente o perfil de efetividade da vacina em uma determinada estação. Por este motivo, a SBP e a SBIm recomendam o uso preferencial da vacina quadrivalente.

O uso da vacina quadrivalente na rede pública faz parte dos objetivos do Programa Nacional de Imunizações (PNI), mas depende, entre outros, de produção da vacina em quantidades suficientes para atender um ou mais grupos prioritários e não acontecerá em 2019.

Grupos prioritários na pediatria

A vacinação de crianças e adolescentes de todas as idades é recomendada, mesmo para aqueles sem fatores de risco.

Crianças menores de 5 anos estão entre os grupos que mais hospitalizam e morrem de influenza e, por isto, estão incluídas nas recomendações do PNI. Em 2018, no Brasil, 9,3% dos óbitos por influenza ocorreram nessa faixa etária.

Os menores de 2 anos apresentam um risco maior e, para a proteção daqueles com menos de 6 meses de vida (que ainda não podem ser vacinados), a vacinação da gestante se mostra altamente efetiva e associada com significativa redução do risco de infecção pelo vírus da influenza e de hospitalização por quadro gripal até os 6 meses de idade.

Crianças e adolescentes com doenças crônicas, mesmo que imunodeprimidos também estão entre aqueles de maior risco de hospitalizações e mortes por influenza e podem se vacinar na rede pública. A vacinação de médicos e outros profissionais da saúde é estratégia que protege o paciente, além de proteger o profissional.

Referências

Ministério da Saúde. Informe técnico 21a Campanha Nacional de Vacinação contra a Influenza. <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/marco/01/Informe-Cp-Influenza-29-02-2019-final.pdf>

Organização Mundial da Saúde. Global Influenza Strategy 2019–2030. https://www.who.int/influenza/global_influenza_strategy_2019_2030/en/

Ministério da Saúde. Situação epidemiológica da gripe (influenza). <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/gripe>.

Ballalai I, Kfourir R, Cunha J, Levi M, Feijó R. Vacinas influenza no Brasil em 2019 – Nota técnica SBIm de 08/03/2019. https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nota_tecnica-influenza-v2-190318.pdf

Sociedade Brasileira de Pediatria. Calendário de Vacinação 2018. http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21273e-Doc-Cient-Calendario_Vacinacao_2018-final2.pdf

Eick AA, Uyeki TM, Klimov A, Hall H, Reid R, Santosham M, O'Brien KL. Maternal influenza vaccination and effect on influenza virus infection in young infants. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2011 Feb;165(2):104-11. Epub 2010 Oct



CONHEÇA NOSSO CONSELHEIRO



O Rio de Janeiro tem um representante no Conselho Federal de Medicina (CFM).

Dr. Sidnei Ferreira é professor adjunto do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade Estácio de Sá (Unesa); membro do serviço de Pneumologia Pediátrica do Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG/UFRJ); coordenador da Unidade do Rio de Janeiro da Cátedra de Bioética da UNESCO, Departamento dos Países de Língua Portuguesa; do grupo editor da Revista Residência Pediátrica; Editor da Revista Bioética; Secretário Geral da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP); Conselheiro Diretor do Conselho Federal de Medicina (CFM); membro do Comitê Científico de Doenças Respiratórias da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro (SOPERJ); ex-presidente da SOPERJ e do CREMERJ.

Esta entrevista tem o objetivo de tornar a função do conselheiro mais conhecida e contextualizar a Pediatria dentro da complexidade que é o exercício da Medicina no Brasil.

Dr. Sidnei: O CFM e os CRMs são autarquias federais, criados pela Lei Federal 3268/1957. A Lei vigente determina que sejam eleitos vinte conselheiros titulares regionais e vinte suplentes nos CRMs, além de um titular e um suplente indicados pela AMB estadual. Para o CFM, são eleitos um conselheiro federal titular e um suplente que representam cada qual o seu Estado, além de um titular e um suplente indicados pela AMB nacional. As votações na plenária do CFM são unitárias, independente do número de médicos inscritos em cada Conselho Regional. O cargo de conselheiro é honorífico, sendo vedado o pagamento de qualquer tipo de remuneração por trabalhos prestados nos CRMs ou CFM, recebendo ajuda de custo para cumprir a missão designada.

Qual o papel do Conselheiro?

Dr. Sidnei: Uma vez por mês os conselheiros

titulares se reúnem por quatro dias para julgarem recursos de Processos Ético-Profissionais, discutir e votar pareceres e resoluções, elaboradas pelos próprios conselheiros, planejamento e questões da política e movimento médico. Além disso, participam de Câmaras Técnicas, grupos de trabalho, comissões, representações nos estados, audiências nos três poderes e órgãos governamentais e autarquias, educação médica continuada, entre muitas outras atribuições. A diretoria se reúne semanalmente e uma vez por mês com os presidentes dos CRMs.

Quais as principais demandas que o CFM tem recebido?

Dr. Sidnei: Fechamento de leitos, serviços e unidades de saúde; epidemias; abertura indiscriminada de escolas médicas; problemas com programas de residências médicas; Revalida; problemas graves em hospitais universitários, hospitais federais, estaduais e municipais, Santas Casas, rede básica de saúde; falta de vacinas, insumos básicos, exames, medicamentos; diminuição crônica do financiamento da saúde; problemas graves com os modelos de administração usados pelos gestores como OSs e EB-SERH; invasão ilegal do ato médico por outras profissões; violência contra médicos; corrupção, entre muitas outras demandas.

Qual a importância para a Pediatria em ter um pediatra como conselheiro e quais as ações recentes do Conselho mais relevantes para a Pediatria?

Dr. Sidnei: É importante a representação da pediatria nas entidades médicas e no movimento médico, já que a nossa especialidade tem peculiaridades e formação dirigida para atender a faixa etária que vai do recém-nascido ao adolescente, gerando necessidades e especificidades típicas. Exemplo disso foi a implantação da Câmara Técnica de Pediatria do CFM, a qual coordeno, logo que assumi o mandato de Conselheiro Federal. Realizamos quatro fóruns, sendo o quinto e último da gestão em setembro próximo. Elaboramos diversos pareceres relacionados à Pediatria, prepa-

ramos pesquisa nacional sobre sífilis congênita, iniciada no Rio de Janeiro pelo saudoso Dr. Gil Simões Batista e a equipe de fiscalização do CREMERJ e continuada nacionalmente pela CT de Pediatria do CFM, com alerta nacional e idas ao Ministério da Saúde e ao MPF. Assim foi com a falta da vacina BCG, da rifampicina, da penicilina, do VDRL, entre outras carências. Agimos com relação ao movimento antivacina, diminuição da cobertura vacinal, violência contra o pediatra, diminuição de 10.000 leitos pediátricos, parto domiciliar, pela presença do pediatra na sala de parto. Atuamos na Comissão sobre Criança Desaparecida – Tráfico de crianças e adolescentes, com atos e reuniões em vários estados e com entidades como MPF e Defensoria Pública. Palestras e reuniões em vários estados e em Madri, a convite da Organización Médica Colegial de España, sobre Tráfico de Crianças e Adolescentes e Adoção Ilegal. Como Conselheiro Federal, tenho sob minha responsabilidade a Revista Bioética, da qual sou editor geral, e a biblioteca. Participo da Câmara Técnica de Bioética, tendo sido agraciado com o título de melhor trabalho científico em congresso internacional de bioética; membro da Comissão de Ensino, Comissão Nacional pró-SUS, do Grupo de Trabalho sobre Drogas Lícitas e Ilícitas. Coordeno, além da CT de Pediatria, a Comissão para Discussão Sobre Tuberculose no Brasil; elaborei projeto relacionado ao aluno e médico com deficiência. Após trabalho realizado por mim, Gil e alunos de medicina em 24 unidades de saúde e quatro Escolas Médicas do Rio de Janeiro, tive aprovado projeto de implantação de itens de acessibilidade à fiscalização dos CRMs nos estados e a possibilidade de declaração de dados sobre a deficiência dos médicos já inscritos e dos novos médicos no cadastro dos conselhos, o que nos possibilitou dados regionais e nacionais sobre médicos com deficiência. Apresentei esse trabalho e projeto em Congresso Internacional de Bioética, apresentação oral. Membro da Comissão para Estudo da Transexualidade; Membro do Corpo Editorial do Jornal do CFM. Participação na Comissão Nacional de Revisão do Código de Ética Médica.