



Boletim SOPERJ

Órgão Informativo da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro • Vol. XXII – Nº 2 – agosto 2019

O ESSENCIAL ESTÁ NA SIMPLICIDADE

Sim... Sou uma pessoa crítica. Ao final de cada dia de trabalho no consultório de neuropediatria me pergunto se realmente fiz meu melhor, se estou atualizada e se minhas orientações são pertinentes. Recentemente percebi que estava prescrevendo algumas coisas incomuns: “Brincar, tomar sol, correr, transformar caixa de papelão em navio pirata, ouvir histórias contadas pelos pais”. Devaneios de uma “neura”? Talvez...

Os preparativos para um congresso de Neurociência mudaram meu foco e o universo de “Mente, Cérebro e Emoções” ocupou o lugar da minha autocrítica. A expectativa de atualização em novas descobertas e novos medicamentos sempre enche nossos corações de esperança. E quando volto, sempre sou sufocada por perguntas, que refletem o desejo de algo que mude a vida de várias famílias.

Posso dizer que esse foi o congresso dos contrastes. De um lado, a tecnologia abraçando a saúde e trazendo para realidade algo que só víamos nos desenhos “*Os Jetsons*”. Visitas médicas sendo realizadas por meio de robôs e simuladores em 3D auxiliando pacientes com *síndrome do pânico* e diversas fobias. Por outro lado, diversas palestras falando sobre técnicas de meditação para crianças, a importância do sono, do esporte e da arte na vida de um indivíduo.

E de repente, minhas prescrições não parecem tão insanas...

Às vezes precisamos fazer o caminho de volta. Buscar nossa essência. Rever nossos valores. Essa necessidade ficou mais evidente quando percebi que *depressão*, *ansiedade* e *suicídio* tornaram-se temas comuns envolvendo o universo infantil. O que está acontecendo com nossas crianças? Onde estamos falhando? Em meu consultório ouço uma frase com frequência: “Eu dou tudo a esta criança!” Será?

Será que estamos dando as ferramentas para que consigam se frustrar e, apesar disso, se reorganizar emocionalmente e continuar? Será que estamos dando o tempo necessário para que sejam

crianças e tenham oportunidade de BRINCAR? Vejo crianças com agenda de executivos e sem tempo para exercerem uma atividade gratuita, capaz de estimular criatividade, coordenação motora, funções executivas, memória, linguagem, socialização: a *brincadeira*. O tempo virou artigo de luxo. Vazios emocionais estão sendo preenchidos com celulares, videogames, *fastfood* etc.

E nesse momento, recordo meu antigo professor de pediatria, Dr. Paulo Cesar Coelho, que há 20 anos já dizia: “O importante não é a quantidade de tempo que os pais ficam com seus filhos. É a qualidade desse tempo”. E posso afirmar que muitas vezes esse é o presente mais desejado.

Presenteie seu filho com um pouco do seu tempo, sem fazer nada de forma simultânea. Olhe o brilho dos seus olhos. Olhe sua expressão. Ouça suas histórias. Sinta o calor de suas mãos. Ensine com seu exemplo. Valorize seus pontos positivos. Elogie.

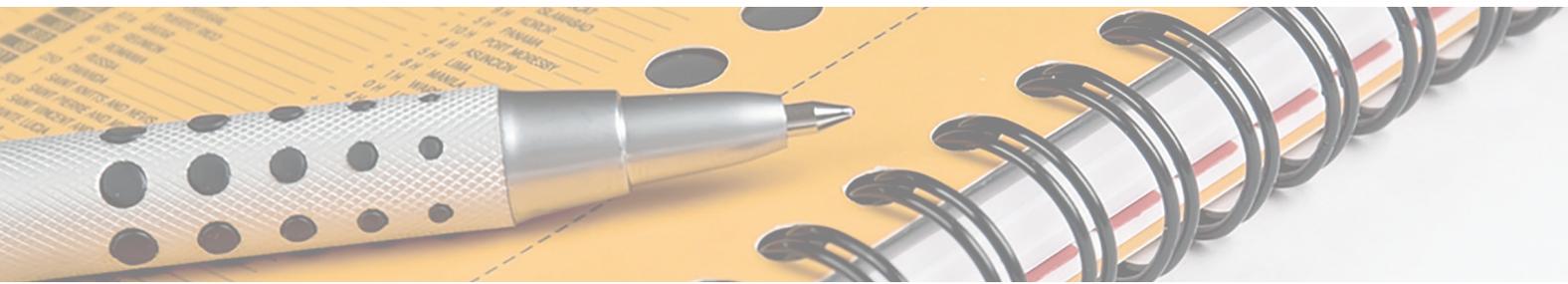
E hoje, volto às minhas prescrições pedindo licença a Saint-Exupéry, que dizia que “O essencial é invisível aos olhos.” Hoje eu complemento: O essencial está na simplicidade.

Fernanda Cristina Guedes Morgado, membro do Departamento Científico de Neurologia da SOPERJ.

O texto da Dra. Fernanda nos traz, de forma sensível, a reflexão sobre uma ação imperativa em nossos dias: a prescrição de uma vida saudável, voltada à natureza, à brincadeira, à interação com os pais e à simplicidade.

Dra. Katia Telles Nogueira

Presidente da SOPERJ
Triênio 2019 – 2021



Lançamento de mais dois livros da SÉRIE PEDIATRIA SOPERJ | Editora Manole
ORGANIZADORAS DA SÉRIE: Dra. Adriana Rocha Brito | Dra. Anna Tereza Soares de Moura



Cardiologia Pediátrica – 2ª edição
 Organizadoras do volume: **Talita Nolasco Loureiro | Anna Esther Araujo e Silva.**
 Centro de Convenções SulAmérica – 09/05/19.



Saúde mental da criança e do adolescente – 2ª edição
 Autores: **Roberto Santoro Almeida; Rossano Cabral Lima; Gabriela Crenzel; Cecy Dunshee de Abranches.**
 Livraria da Travessa – Leblon – 29/06/19.



Caminhada para marcar o Dia de Conscientização das Cardiopatias Congênitas. Organizada pela **Dra. Talita Nolasco Loureiro** (Departamento de Cardiopediatria), contou com a honrosa presença da **Dra. Rosa Célia Pimentel Barbosa.** Orla de Copacabana, 09/06/19.



XIII Encontro de Atualização em Pediatria da Zona Oeste. Excelentes organização e programação científica, com auditório lotado. Realizado nos dias 15 e 16 de agosto de 2019.



Posse de Editor Chefe da Revista de Pediatria SOPERJ, Dra. Clarisse Drumond Fortes, realizada em nossa sede, dia 11/07/19.



Sessão de cinema para comemorar o Dia do Pediatra. Aconteceu dia 25/07/19.

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

Boletim SOPERJ

Filiada à Sociedade Brasileira de Pediatria – Volume XXII – Nº 2 – agosto 2019



SOPERJ
 Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro

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:** 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, Hélio 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:** Clarisse Pereira Dias Drumond Fortes..

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

DESMISTIFICANDO A INFECÇÃO PELO HIV: POR QUE NÃO TESTAR?

O pediatra generalista, muitas vezes ainda hesita em solicitar exames laboratoriais para a investigação da infecção pelo HIV em seus pacientes. A suspeita diagnóstica da infecção pelo HIV na criança a partir de manifestações clínicas, em geral, só é possível em fases avançadas da doença e em pacientes hospitalizados, pois as manifestações iniciais e intermediárias não são específicas da doença. Por outro lado, o diagnóstico diferencial da infecção pelo HIV em crianças inclui várias doenças pediátricas comuns na infância, bem como as de maior gravidade. Assim sendo, somente por meio de exames laboratoriais específicos para a detecção da infecção pelo HIV é possível o diagnóstico antes do desenvolvimento de imunodepressão grave. É importante, no momento da solicitação, esclarecer aos responsáveis sobre a importância da inclusão de exames diagnósticos para a infecção pelo HIV dentre os outros diagnósticos possíveis para cada caso.

Como especialistas, não raramente recebemos crianças recém-diagnosticadas que já haviam apresentado quadros clínicos ou laboratoriais em que a infecção pelo HIV deveria ter sido mandatoriamente investigada. Frequentemente, nesses casos, a criança já havia apresentado quadro de pneumonia ou outra infecção grave que tenha motivado internação.

Entendemos que no início da epidemia, no Brasil e em outros países fora do continente africano, os casos de infecção pelo HIV ocorriam predominantemente em grupos identificados como em situações de risco, como os homossexuais/bissexuais masculinos, os receptores de transfusão sanguínea, os usuários de drogas endovenosas e os profissionais do sexo. A rápida disseminação do vírus nesses grupos, sem que tenha havido qualquer análise dos possíveis processos sociais envolvidos, propiciou o surgimento do que conhecemos hoje como o “estigma relacionado ao HIV”. Mais de trinta anos depois, a circulação do vírus saiu de grupos com comportamentos específicos, a infecção pelo HIV se tornou uma doença da família, mas o estigma, que tam-

bém afeta os profissionais de saúde, muitas vezes retarda o diagnóstico.

Alguns pediatras excluem o diagnóstico de HIV em crianças cujas mães tiveram testes negativos durante seu acompanhamento pré-natal o no momento do parto. Apesar da testagem obrigatória para o HIV em todas as gestantes, algumas que apresentam exames negativos no início da gestação não são testadas novamente no terceiro trimestre como preconizado. Essas mulheres devem ser submetidas a um teste rápido para o HIV na hora do parto. Uma criança cuja mãe tenha este perfil, com todos os testes negativos até o parto, se apresentar condição clínica sugestiva de imunodeficiência, deve ser investigada para HIV considerando a possibilidade de infecção no pós-parto via aleitamento materno.

As evidências científicas atuais demonstram que o diagnóstico precoce da infecção pelo HIV e seu devido tratamento reduzem o risco de progressão da imunodeficiência e das manifestações clínicas da AIDS.

O quadro ao lado traz a relação de condições clínicas e laboratoriais que sempre devem incluir a testagem para HIV no diagnóstico inicial.

O pediatra precisa considerar ainda que a infecção materna pelo HIV pode ter acontecido após o nascimento da criança e ter sido transmitida via aleitamento materno ou pela amamentação cruzada, muitas vezes por outras nutrizes da família ou vizinhas ou amigas, assintomáticas, mas que podem estar infectadas. Outra possibilidade é a ocorrência de abuso sexual, muitas vezes desconhecido pelos pais.

É importante ressaltar que a escolha do teste diagnóstico em crianças vai depender da faixa etária. Em crianças até 18 meses de idade, se a mãe tiver a infecção pelo HIV, o diagnóstico é feito com testes nucleicos para o HIV (RNA ou DNA), enquanto as crianças maiores podem realizar sorologia anti-HIV. Este exame só é indicado em menores de 18 meses em caso de triagem quando não é possível a investigação materna, por exemplo, em crianças institucionalizadas. Em crianças expostas ao HIV, a sorologia sempre será positiva nos primeiros 12-18 meses de vida, refletindo a passagem de

Quadro 1: Condições clínicas e laboratoriais que sempre devem incluir a testagem para HIV no diagnóstico inicial

Triagem familiar após diagnóstico de infecção pelo HIV em membro da família
Consulta de puericultura quando pré-natal incompleto. Nesse caso pode solicitar sorologia materna.
Infecções recorrentes de vias áreas superiores (incluindo sinusite e otite)
Parotidite
Doença pulmonar crônica, pneumonite intersticial, baqueteamento digital
Investigação de diarreia recorrente ou crônica
Em casos de tuberculose
Investigação de febre de origem obscura
Aumento de gânglios, fígado e/ou baço
Pneumonias de repetição
Candidíase oral persistente
Dificuldade no ganho de peso e altura
Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor
Atraso no desenvolvimento puberal
Infecção bacteriana grave que leve a internação
Epistaxe, hematomas
Exantemas cutâneos, dermatites, reativação de herpes zoster
Herpes recorrente ou disseminado
Cardiomiopatia
Nefropatias
Anemia, neutropenia, plaquetopenia
Hipergamaglobulinemia

Adaptado de: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes/Ministério da Saúde, 2017.

anticorpos maternos via transplacentária, não devendo, portanto, ser utilizada como exame diagnóstico. ●

Referência bibliográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 214 p.: il.

DOR DE CRESCIMENTO, DOR RECORRENTE EM MEMBROS OU ARTRITE?

Dores nos membros representam uma queixa comum nos consultórios de Pediatria e uma história detalhada deverá investigar tanto os aspectos físicos quanto os emocionais. Sugiro seguir uma orientação que denomino p, q, r, s, t onde P seriam os fatores predisponentes e paliativos; Q, a quantidade (intensidade da dor); R, o ritmo (horário e frequência); S, o significado, incluindo os aspectos subjetivos e T, tempo ou duração dos episódios. O exame físico deve ser completo para afastar uma doença sistêmica. O exame musculoesquelético diferenciará artralgia da artrite, avaliará presença de dor à compressão de ossos e enteses, identificará mialgia e fraqueza muscular. A solicitação de exames complementares baseada na suspeita diagnóstica inclui um hemograma e uma reação de fase aguda (velocidade de hemossedimentação e/ou proteína C reativa). Se necessário, um exame de imagem inicial (radiografia ou ultrassom) será solicitado.

Dor de crescimento

O crescimento não é doloroso e o termo “dor de crescimento” é impróprio. Muitos preferem usar a denominação de “dor recorrente em membros” que também não é boa, pois o sentido é muito amplo, incluindo várias condições que podem se expressar desta maneira. Eu prefiro o termo “dor de crescimento”, pois já é consagrado pelo uso. Pediatras e famílias sabem que é uma condição benigna, autolimitada e que pode estar presente em 20% das crianças.

A história é a parte mais importante para o diagnóstico. As “dores de crescimento” acometem ambos os gêneros e geralmente têm início entre os 3 e 10 anos. Na maioria das vezes as dores são bilaterais, mal localizadas, referidas geralmente em coxas, panturrilhas, sobre as tíbias ou na parte posterior de joelhos, sendo raras em membros superiores. Não têm relação com a atividade física. As dores surgem à noite, despertam a criança, às vezes chorando. No dia seguinte a criança estará assintomática e com exame físico completamente normal. A dor é recorrente e a frequência das crises varia de dias a semanas ou meses. Cerca de 95% dos casos referem alívio com massagens e raramente são necessários analgésicos. Na história familiar

é frequente o relato de dores semelhantes em um dos pais quando era criança.

O diagnóstico diferencial inclui a síndrome de hiper mobilidade articular, as síndromes de amplificação dolorosa, as osteocondroses e outras doenças mais graves, que necessitam de diagnóstico e intervenção precoces tais como: artrite idiopática juvenil, infecções e neoplasias.

Dor unilateral

Se a dor for unilateral, as hipóteses de infecção e tumor merecem uma investigação detalhada imediata.

Dor noturna

Dores noturnas também são frequentes na síndrome de hiper mobilidade articular, leucemia e osteoma osteóide.

- **Síndrome de hiper mobilidade articular (SHA)** – É uma causa frequente de dores recorrentes em crianças. As dores costumam surgir no final da tarde ou noite, são benignas e o exame físico revela os sinais de excessiva amplitude dos movimentos articulares. O diagnóstico se baseia na pontuação proposta nos 5 critérios de Beighton, onde 4 ou mais dos 9 pontos possíveis seriam necessários para o diagnóstico: (1) dorsiflexão passiva da 5ª metacarpofalangeana $\geq 90^\circ$ (1 ponto para cada lado do corpo), (2) encostar o polegar, de forma passiva, na face anterior do antebraço, mantendo o punho em flexão (1 ponto para cada lado do corpo), (3) hiperextensão dos cotovelos $\geq 10^\circ$ (1 ponto para cada lado do corpo), (4) hiperextensão dos joelhos $\geq 10^\circ$ (1 ponto para cada lado do corpo) e (5) colocação das palmas das mãos no chão, sem flexão dos joelhos (1 ponto).
- **Leucemia**- A hipótese de leucemia surge quando as dores são intensas, muitas vezes despertando a criança durante a noite. O exame físico deve buscar a presença de linfonodomegalia, esplenomegalia, dor óssea. É importante notar que nem sempre o hemograma inicial mostrará anemia ou blastos e a plaquetopenia pode ser um sinal de alerta. Outros exames que levam à suspeita deste diagnóstico são o aumento da desi-

drogenase láctica e do ácido úrico, mas é o mielograma que confirmará o diagnóstico.

- **Osteoma osteóide** - As dores do osteoma osteóide, tumor benigno do osso, são mais intensas à noite, ocorrem sempre no mesmo local e cedem com anti-inflamatórios.

Dores mecânicas

São dores que se agravam com atividade física. As causas mais frequentes são as osteocondroses: Legg-Perthes-Calvé (quadril), Osgood Schlatter (joelho - tuberosidade anterior da tíbia), Sever (apófise de calcâneo), Kohler (navicular do tarso), Sinding-Larsen-Johansson (polo inferior da patela). Apesar de Legg-Perthes-Calvé estar localizada em quadris, a dor pode ser referida na coxa ou joelho, há claudicação e limitação de rotação de quadris. Na outras osteocondroses a dor é reproduzida com a palpação do local.

Artrite idiopática juvenil

A fase inicial da artrite na AIJ pode ter uma escassez de sinais inflamatórios e, muitas vezes, um pequeno aumento do volume articular não é notado pela família ou pelo pediatra. Dores e/ou maior dificuldade para se movimentar pela manhã, ao acordar, caracterizam a rigidez matinal e revelam a natureza inflamatória da dor. O tratamento precoce da AIJ melhora o prognóstico destas crianças sendo importantíssimo o encaminhamento imediato para o reumatologista pediatra.

Síndromes de Amplificação Dolorosa

Este termo é usado para definir dor musculoesquelética não inflamatória, persistente, de intensidade flutuante, não associada a manifestações sistêmicas ou alterações laboratoriais. Pode ser dividida em dois grupos: localizada (distrofia simpático-reflexa) e difusa (fibromialgia juvenil). É comum observar-se o mesmo perfil psicológico das crianças e famílias.

Referência bibliográfica

Oliveira SKF. Dor de crescimento e síndromes de amplificação da dor. 431-442 in Oliveira SKF. Reumatologia para pediatras. Ed Revinter, 2ª ed, 2014. Rio de Janeiro.

TRANSTORNOS DE COMPORTAMENTO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA – UM OLHAR PELA HOMEOPATIA

Recentemente o astrônomo e físico brasileiro Marcelo Gleiser recebeu o prêmio Templeton, considerado o prêmio Nobel da espiritualidade. Para Gleiser, ciência, filosofia e espiritualidade são expressões complementares da necessidade humana de abraçar e explorar o desconhecido. Felizmente, algumas universidades já incluem atualmente, mesmo que como optativa, em sua grade curricular do curso de Medicina, a disciplina *medicina e espiritualidade*. Porém, por muito tempo a Medicina tem se dedicado a considerar a enfermidade, em sua dimensão física, como causa e não efeito de um desequilíbrio mais profundo do Ser.

Não devemos de modo algum desqualificar toda evolução alcançada pela medicina como a concebemos, com sua riqueza para diagnosticar, excelentes protocolos, medicina baseada em evidência, porém questionar quando tudo é focado na doença e não no indivíduo.

Samuel Hahnemann em seu livro *Organon da arte de curar*, escrito em alemão originalmente em 1810, descreve no parágrafo 9: “no estado de saúde, a força vital de natureza espiritual (autocracia), que dinamicamente anima o corpo material (organismo), reina com poder ilimitado e mantém todas as suas partes em admirável atividade harmônica, nas suas sensações e funções, de maneira que o espírito dotado de razão, que reside em nós, pode dispor desse instrumento vivo e são para atender aos mais altos fins de nossa existência”.

É nesse momento que começam a se manifestar os desequilíbrios deste tempo em que vivemos. Realidades paradoxais, muito acesso a informações, mas pouca relação entre as pessoas. Imagens de realidades virtuais inalcançáveis no íntimo de solitários adolescentes, famílias desestruturadas em meio a crises socioeconômicas. Adolescentes e adultos que desconhecem os mais altos fins de suas existências.

Segundo alguns escritos todos temos talentos únicos e um propósito em nossa existência, mas este é um grande questionamento de uma humanidade separada por

guerras, ideologias políticas, discriminação racial, entre outras.

Alguns perguntarão agora: mas o que isso tem a ver com a saúde de nossas crianças e adolescentes?

No estudo homeopático temos uma ferramenta conhecida por *repertorização*, na qual dispomos e pontuamos os sintomas do paciente em busca do medicamento homeopático indicado pela individualidade dos sintomas. Em Homeopatia, apesar de dois indivíduos receberem o mesmo diagnóstico, como por exemplo, *distúrbio de déficit de atenção e hiperatividade*, o homeopata irá prescrever de modo diferente, pois os seus contextos de vida, suas suscetibilidades serão diferentes, tornando os sintomas a serem considerados individualmente diferentes. Outro conceito muito importante é o de que o adoecimento ocorre pelo desequilíbrio na energia vital, gerado tanto por fatores externos como por fatores internos, no caso de sentimentos como mágoas, ressentimentos, decepções.

A Homeopatia entende que sintomas de ansiedade, depressão, agressividade, dificuldades em ser empático, dificuldades de sociabilização, baixo rendimento escolar, isolamento do convívio familiar, *síndrome do pânico*, entre outros, comumente sejam encontrados na prática do pediatra e na clínica do adolescente. O que importa é reconhecer o sintoma não como causa e sim como efeito de um sofrimento de alma, mais profundo, muitas vezes o desconhecimento deste senso de propósito que habita em todos nós, mas que tem ficado embotado diante de tantos estímulos exteriores.

A Homeopatia, inclusive pode e deve, em algumas situações específicas, ser prescrita de modo coadjuvante com a alopatia, com o benefício para o paciente de ter a dose de seus medicamentos alopáticos reduzidas, minimizando, desta forma, efeitos colaterais indesejáveis. Isto porque, por princípio, a Homeopatia atua estimulando a resposta orgânica do paciente, reequilibrando sua energia vital.

do sua energia vital.

Estudos de física quântica têm buscado trazer um entendimento entre filosofia, ciência e espiritualidade, correntes de pensamento que, diante do materialismo vigente, eram consideradas por muitos como divergentes.

Temos visto a cada dia notícias que demonstram uma desorganização de valores morais, crianças passando por situações que seriam inimagináveis para a maioria das pessoas há cerca de 50 ou 60 anos.

Precisamos ter uma leitura de um pedido de socorro de crianças que têm perdido sua infância e de adolescentes que não têm ideia de para onde estão se dirigindo.

É preocupante ouvir educadores defendendo a posição de que educar é função da família e que a função da escola é ensinar matemática, português e outras disciplinas, esquecendo de que na escola a criança também precisa exercitar conceitos como sociabilização, empatia, trabalho em equipe, respeito e despertar suas habilidades e aptidões para essa ou aquela área, hoje estudadas como diferentes modalidades de inteligência, tão importantes ou mais do que as disciplinas em si.

Devemos, mais do que em qualquer outro momento, nos unir em ações que tragam às famílias, crianças e adolescentes uma percepção de serem acolhidos por aqueles que têm por missão zelar por seu bem-estar e por sua saúde em todos os níveis, seja físico, mental, emocional e espiritual. ●

Bibliografia consultada

- Ariovaldo Ribeiro Filho. Repertório de sintomas Homeopáticos.
- Carlos Roberto D. Brunini. Repertório Homeopático Pediátrico.
- James Tyler Kent. Lições de Filosofia Homeopática.
- Samuel Hahnemann. Exposição da Doutrina Homeopática ou Organon da arte de curar.
- Ralph Twentyman. Homeopatia A Ciência e a Cura.
- Sri Prem Baba. Propósito A Coragem de Ser quem somos.
- Fritjof Capra. O Tao da Física. Um paralelo entre a Física Moderna e o Misticismo Oriental.

OS PRIMEIROS PASSOS

A partir desse número, o Boletim SOPERJ inaugura uma série de pequenos artigos e entrevistas que darão um panorama da nossa história. Consideramos importante informar aos novos pediatras, bem como reavivar a memória dos colegas mais antigos, que tiveram a oportunidade de acompanhar, desde o início, o sucesso de nossa trajetória.

Historicamente, os pediatras cariocas e fluminenses eram representados pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), desde a sua fun-

dação. Somente em 1972 concretizou-se uma mudança, discutindo e aprovando o estatuto da Sociedade Fluminense de Pediatria (SFP), que era filiada à SBP, integrava o Departamento de Pediatria da Associação Médica Fluminense e tinha sede na cidade de Niterói, capital do Estado na época.

Em 1975 foi concluída a fusão política e territorial dos antigos Estados da Guanabara e do Rio de Janeiro. A cidade do Rio, que já tinha sido capital do Brasil – do Império e da República – passou a ser a capital do novo Es-

tado do Rio de Janeiro. Em poucos anos foi percebida a necessidade de novas adequações, para dar mais força e representatividade à Pediatria no novo Estado. O empenho do saudoso Dr. Reinaldo de Menezes Martins (então Presidente da SBP) foi fundamental para discutir e apoiar a mudança dos estatutos, da razão social e da sede, transformando a SFP na nova sociedade, registrada em cartório em 1981, com o nome de SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (SOPERJ).



Dr. José Augusto da Silva (Biênio 1981 – 1983)

O Dr. José Augusto era presidente da Sociedade Fluminense de Pediatria e participou ativamente dos trâmites para a transformação da SFP em SOPERJ. Encabeçou a chapa “Inovação” e foi eleito para um biênio marcado inicialmente pelas dificuldades inerentes a um processo de mudanças e adaptações. Além de ser necessariamente inovador, como já se anunciava pelo nome da chapa.

Ele e sua diretoria promoveram eventos importantes, com reuniões mensais nos serviços de pediatria no Rio de Janeiro e em Niterói, bem como jornadas de pediatria em diversas cidades do Estado. Realizaram campanhas valorizando crescimento e desenvolvimento, vacinação, aleitamento materno, controle da infecção respiratória. Implantaram no Estado a terapia de reidratação oral (TRO), de comprovados benefícios às crianças, na prevenção, no controle e na diminuição dos riscos das doenças diarreicas.

Na gestão do Dr. José Augusto, a SOPERJ recebeu a honrosa visita do Dr. Albert Sabin que, na ocasião, tornou-se nosso sócio honorário.

A SOPERJ foi estruturada e deve muito ao trabalho e à determinação de seu primeiro Presidente.



Dra. Myrtes Amorelli Gonzaga (Biênio 1983 – 1985)

A SOPERJ ganhou fôlego e partiu para a ampliação de suas ações. Na primeira gestão, a Dra. Myrtes, como Secretária Geral, já havia trabalhado muito, responsável que foi pela elaboração do estatuto da sociedade. Enfrentando dificuldades financeiras, organizou, na sua gestão, a crescente complexidade da parte administrativa.

Estabeleceu cinco regionais para expansão das ações da SOPERJ a várias regiões do Estado. Criou, sob a responsabilidade do Dr. Nicola Albano, os primeiros comitês da SOPERJ, inicialmente em número de doze. Os comitês, hoje denominados Departamentos Científicos, são uma grande linha de frente no contato com todos os pediatras do Estado, por sua produção científica, participação em eventos e na sua organização. Falando nisso, o primeiro grande evento da SOPERJ foi na gestão da Dra. Myrtes, um seminário nacional sobre gastroenterologia. Pioneirismo que resultou na qualidade e no volume de cursos, simpósios e congressos que a SOPERJ organiza e recebe no Rio de Janeiro.

O dinamismo da Dra. Myrtes, aliado a sua atuação na área de infectologia e incansável incentivo às imunizações, contribuiu muito para os primeiros passos da SOPERJ. ●

Fonte: SOPERJ 25 anos. Organizadores: Sandra Mara Moreira Amaral, Marilene Crispino Santos, Clemax Sant’Anna.