



Boletim SOPERJ

IMPRESSO ESPECIAL
CONTRATO
Nº 9912170446
ECT/DR/RJ
NESTLÉ DO BRASIL LTDA.

Órgão Informativo da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro Vol. XVIII - Nº 4 - dezembro 2015

EDITORIAL

Último Boletim Final de Ano: Final de Gestão Tempo de Balanço

Sentimentos diversos desde dever cumprido até muitas realizações e sonhos..... pelo caminho. Destacaremos algumas conquistas:

1. Série SOPERJ

Publicação de livros de 10 especialidades: Adolescência, Cardiologia, Endocrinologia, Gastroenterologia, Infectologia, Neurologia, Pediatria Ambulatorial, Saúde Escolar, Nutrologia e Psiquiatria. Esses 2 últimos foram lançados no Congresso Brasileiro de Pediatria, com preços especiais para os associados.

2. PedsOPERJ

Começo de um programa de educação à distância. Enviamos aos nossos associados de forma gratuita, ou melhor, como retorno ao seu investimento na SOPERJ, algumas publicações em DVDs e revistas: Crescimento e desenvolvimento, Emergência e Nutrição (no prelo, já gravadas e editadas as aulas).

3. Revista SOPERJ

Algumas ações: novo corpo editorial, bem como investimento em um novo site e um novo sistema de gerenciamento (Scholar ONE). Os resultados já começaram a aparecer com a periodicidade e a melhor qualidade dos artigos. Ainda há um amplo campo de crescimento para a revista.

4. Eventos

Os principais eventos foram:

- SOPERJ 30 anos, em Búzios.
- Jornadas regionais.
- Jornadas de especialidades.
- VIII e IX SIMEP.
- CONSOPERJ, que passou a ser realizado de 2 em 2 anos.
- CAP SOPERJ/CREMERJ.
- Curso Nestlé.
- Congresso Brasileiro de Perinatologia.
- Congresso Brasileiro de Infectologia.
- Congresso Brasileiro de Pediatria.
- Festa de confraternização com os congressistas do XXXVII CBP, no Maracanã.

Realizamos todos os grandes congressos de Pediatria, e, em especial, o nosso grande Congresso Brasileiro de Pediatria, em outubro de 2015.

5. Defesa profissional e da criança

Algumas ações em prol da defesa profissional e da criança:

- Coluna fixa de Defesa Profissional em nosso Boletim.
- Saúde pública – manifestamo-nos em todos os fóruns de valorização. Reuniões com o Secretário Municipal de Saúde,

continua pág. 2

 **Nestlé**
Faz Bem



continuação pág. 1

mostrando a nossa posição contrária ao fim do agendamento das consultas com os Pediatras para as crianças do Município do Rio de Janeiro.

- Saúde suplementar - realizamos diversas reuniões com as operadoras. A última atuação foi a realização de uma assembleia de pediatras com envio de mala direta, na qual foi aprovada o nosso anexo ao contrato que institui a Lei nº 13.003/2014.
- Participação em diversas campanhas e programas de defesa da criança (Aleitamento materno; Não bata. Eduque – Educar sem bater dá certo; Obrigatoriedade de Pediatra na sala de parto; Iniciativa Unidade de Saúde Parceira do Pai, Maioridade Penal, entre outros).

6. Residência e Ligas de Pediatria

Principais ações:

- Reuniões de todos os residentes de Pediatria do Rio de Janeiro em cursos obrigatórios para médicos residentes em Pediatria.
- Investimento nas Ligas de Pediatria, com suporte pedagógico e financeiro, facilitando a realização de eventos.

7. Gestão

7.1. Seminários de planejamento

Realizamos 1 seminário por ano, com um total de 6, a fim de planejar o ano seguinte,

com a participação da Diretoria, dos Presidentes de Comitês e das Regionais, da Reanimação Neonatal e PALS. Pode ser o começo de um planejamento estratégico para a SOPERJ.

7.2. Reunião de ex-presidentes

Profissionais com experiência na gestão, que também podem ajudar em um futuro planejamento estratégico para a SOPERJ.

7.3. Gestão de pessoas

- Cursos de pós-graduação em gestão, financiados pela SOPERJ, para Regina Cardoso e Isabel Meirelles.
- MBA em gestão, com 50% de patrocínio da SOPERJ.
- Instituição do vale cultura.
- Bonificação de final de ano pelo empenho dos funcionários.

7.4. Gestão financeira

Foram multiplicadas por 5 as reservas financeiras.

Nada seria possível sem a participação, o trabalho árduo e muita inspiração dos Comitês Científicos, dos Grupos de Trabalhos, das Regionais, do Programa de Reanimação Neonatal e do PALS. Nossos agradecimentos a todos vocês.

Agradecimentos especiais a Regina, Isabel e Diego, que sempre nos acompanham nos pe-

quenos e grandes eventos da nossa SOPERJ.

No próximo ano haverá eleição na SBP e estaremos fazendo parte deste pleito levando a nossa experiência.

Desejamos aos Pediatras e à sua família um ano de 2016 com muita saúde e muita luz.

Diretoria Executiva

Triênio 2013/2015

Presidente: *Edson Ferreira Liberal*

Vice-presidente: *José Roberto de Moraes Ramos*

Secretário Geral: *Márcia Fernanda da Costa Carvalho*

1º Secretário: *Maria de Fátima Monteiro Pereira Leite*

2º Secretário: *Sheila Souza Muniz Tavares*

1º Diretor: *Financeiro: Daniella Santini Souza Lemos*

2º Diretor: *Financeiro: Silvio da Rocha Carvalho*

Diretoria de cursos e eventos: *Katia Telles Nogueira*

Diretoria de Publicação: *Claudio Hoineff*



Boletim SOPERJ

Filiada à Sociedade Brasileira de Pediatria – Volume XVIII - Nº 4 - dezembro 2015



SOPERJ

Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro

DIRETORIA DA SOPERJ

TRIÊNIO 2013-2015

Presidente: *Edson Ferreira Liberal*; Vice-Presidente: *José Roberto de Moraes Ramos*; Secretário Geral: *Márcia Fernanda da Costa Carvalho*; 1º Secretário: *Maria de Fátima Monteiro Pereira Leite*; 2º Secretário: *Sheila Souza Muniz Tavares*; 1º Diretor Financeiro: *Daniella Santini Souza Lemos*; 2º Diretor Financeiro: *Silvio da Rocha Carvalho*; Diretor de Cursos e Eventos: *Katia Telles Nogueira*; Diretoria de Publicação: *Claudio Hoineff*; Diretoria de

Relacionamento com Associados: *Suzana Tschöpke Aires*; Dir. de Ética e Valorização Profissional: *Maria Nazareth Ramos Silva*; Coordenação de Comitês Científicos: *Joel Conceição Bressa da Cunha*; Coordenação do Curso de Atualização: *Denise Garcia de Freitas Machado e Silva*; Coordenação do Curso PALS (Pediatric Advanced Life Support): *Regina Coeli Cardoso*; Coordenação do Curso de Reanimação Neonatal: *José Dias Rego*

Diretoria de Coordenação das Regionais: *Paulo César Guimarães e Luiz Ildegardes* – Regional Norte Fluminense, Presidente: *Sylvia Regina de Souza Moraes*; Regional Lagos, Presidente: *Denise Garcia*

de Freitas Machado e Silva; Regional Sul Fluminense, Presidente: *Luciano Rodrigues Costa*; Regional Zona Oeste, Presidente: *Sérgio Elias Estefan*; Regional Leste Fluminense, Presidente: *Adriana Rocha Brito*; Regional Serrana, Presidente: *Claudia Salvini Barbosa M. da Fonseca*;

Redação: **DB Press**: Rua Marquesa de Santos, 5/702 – 22221-070 - Rio de Janeiro - RJ, Tel: (21) 9959.7375; **Jornalista Responsável**: Debora Meth (16745/76/117 - MTb); Diagramação: **DC Press** (21) 2205-0707; Impressão: **Reproarte**



Carlos Eduardo Schettino de Azevedo



Carlos Eduardo Schettino de Azevedo tem um currículo invejável. Formado em Medicina pela UFRJ, com residência médica em Pediatria no IPPMG e Mestrado em Pediatria na UFRJ, ele é Professor Adjunto de Pediatria da Faculdade de Medicina da UFRJ desde 1980. É Especialista em Pediatria e em Infectologia Pediátrica, títulos obtidos junto à SBP. Foi editor de 5 livros, já apresentou 89 trabalhos de Pesquisa, participou de 52 congressos/jornadas nacionais e internacionais e exerceu uma série de funções administrativas em hospitais e sociedades médicas. Vencedor do prêmio “José Martinho da Rocha”, em 1998, e do prêmio “Excelência em Ensino Médico”, em 2004, foi homenageado 49 vezes pelos Formandos de Medicina da UFRJ, além de ter sido Paraninfo e Patrono de turmas. Ele é o nosso entrevistado desse boletim.

O que o levou a ser Pediatra?

R: Gostei muito da disciplina de Pediatria na graduação de Medicina e depois resolvi fazer o Internato Eletivo em Pediatria por influência de muitos colegas que já tinham escolhido a Pediatria como especialidade. E logo nos primeiros meses do Internato percebi que estava no rumo certo de optar pela Pediatria como especialidade!

Cite um momento pessoal marcante na Pediatria.

R: Foi muito marcante quando fiz o diagnóstico de meningite meningocócica, em um caso difícil de um menino de 10 anos de idade, sem sinais de irritação meníngea e com lesões purpúricas disseminadas. Sobretudo porque esse paciente teve o tratamento instituído precocemente e recebeu alta em 20 dias, com nenhuma seqüela.

Quem o inspirou na Pediatria?

R: Muitos médicos pediatras me inspiraram, mas citarei os principais que são: o meu pediatra Dr. Egberto Mattos, meu tio pediatra Clóvis Schettino, os Professores Cesar Pernetta e Pedro Solberg, da UFRJ, e o Professor Eduardo Marcondes, da USP.

Qual a qualidade indispensável a um médico?

R: Creio que a generosidade é indispensável, mas outras 3 qualidades são também essenciais: Competência, Dedicção e Habilidade.

Um filme inesquecível?

R: Gostaria de citar três: um francês, “A fraternidade é vermelha”; um americano, “Beleza Americana”; e um indiano, “Quem quer ser um milionário”.

Um livro inesquecível?

R: São dois: “A Revolução dos Bichos”, do inglês George Orwell, e “O Dia da Tempestade”, da fantástica escritora inglesa Rosamunde Pilcher

Sua comida preferida?

R: Bobó de Camarão

Sua bebida preferida?

R: Caipirinha

Qual o seu tipo de música favorito?

R: Sou muito eclético, gosto de quase todos os tipos de música e acho que o ideal de música depende da ocasião.

Praia ou serra?

R: Praia, sem dúvida !

Uma viagem inesquecível?

R: À Europa (França, Inglaterra, Espanha, Itália, Grécia e Turquia) em junho de 1987, com meus pais e meus irmãos.

Algum personagem ou herói preferido na infância?

R: Tarzan (não perdia os filmes e lia sempre as revistinhas) quando criança, no interior de Minas Gerais, na minha terra natal.

Time de futebol?

R: Flamengo (sempre)

Algum hobby?

R: Fotografia

Uma personalidade que admira.

R: Tenho que citar duas personalidades: O presidente Barak Obama e o Papa Francisco.

Uma mania.

R: Manter tudo organizado

Um motivo de tristeza.

R: Morte de familiares e/ou amigos

Um motivo de alegria.

R: Presenciar muitas crianças alegres e cuidadas entrando numa escola !

Algum arrependimento?

R: De não ter estudado a língua alemã.

Dê um conselho aos jovens.

R: Estudar muito sempre, tentando escolher a profissão, com muito carinho e critério, não se deixando influenciar por modismos ou por ilusões financeiras. Acredito que um profissional realizado é sempre um indivíduo feliz !

LEIAMOS 5



Apresentamos-lhes mais dois textos de artigos médicos para sua consideração. Vejamos:

Delayed sleep phase syndrome is a common disorder among adolescents and young adults... The condition is characterized by habitual sleep/wake patterns that are delayed relative to conventional sleep times by 2 hours or more. The essential issue with this disorder is the timing rather than the quality of sleep. Adolescents who have this disorder complain of sleep-onset insomnia and extreme difficulty waking in the morning. They make up the short nighttime sleep period by afternoon naps or by extending sleep time on weekends. These behaviors serve to disrupt their circadian rhythm even more, and a vicious circle ensues.¹

(Pausa)

Esse texto parece enganosamente simples, mas possui algumas armadilhas. Em primeiro lugar, precisamos entender bem a denominação da síndrome: alguém poderia ser tentado a traduzi-la por 'síndrome da fase tardia do sono' ou 'síndrome do sono de fase tardia'. Contudo, a tradução correta é 'síndrome de retardo da fase de sono'.

Em segundo lugar, o texto oferece a definição de que o diagnóstico é apropriado quando

o padrão de sono habitual ou rotineiro do adolescente é retardado em pelo menos duas horas em relação ao horário convencional. Porém, o autor não nos explica o que seria "convencional" nesse contexto, ou seja, confia em nosso bom senso, embora forneça duas características adicionais da síndrome: insônia no início da noite e dificuldade intensa para despertar pela manhã.

Então, o autor utiliza o verbo "makeup", que possui uns 1.200 significados diferentes. Nesse caso, cremos que o correto seria dizer que os pacientes 'compensam' o sono noturno breve com sonecas diurnas ou longos períodos de sono nos finais de semana, o que induz um círculo vicioso, ou seja, o distúrbio do sono torna-se cada vez pior.

Ongoing work seeks to define specific diagnostic criteria for each of the FASD conditions along the continuum, such as has been possible for fetal alcohol syndrome (FAS). The FAS diagnosis is made only when an individual meets all 3 diagnostic criteria: prenatal and/or postnatal growth deficiency, the 3 cardinal facial features (reduced palpebral fissure length, smooth philtrum, and thin upper vermilion-lip border), and any of a range of recognized structural, neurologic, and/or functional central nervous system deficits.²

(Pausa)

Para entender o texto, seria necessário ler o início desse excelente artigo, o qual pode ser obtido gratuitamente no site da revista. Os autores situam a síndrome do álcool fetal entre os distúrbios do espectro do álcool fetal. O problema é que as siglas são bem parecidas, mas representam conceitos distintos.

Então, primeira dica: quando o texto contiver duas ou mais abreviaturas, devemos ter certeza do significado de cada uma delas, pois do contrário nos confundiremos. O texto descreve as três características faciais essenciais da síndrome, e o artigo contém figuras interessantes que mostram claramente a partir de que ponto o filtro deve ser considerado liso e a margem vermelha do lábio superior, fina. Por fim, a expressão "any of a range of" parece-nos confusa, mas pode ser lida simplesmente como 'um de vários' déficits.

Feliz Natal e Próspero Ano Novo!

Referências

1. Bhargava S. Diagnosis and Management of Common Sleep Problems in Children. *Pediatrics in Review*. 2011;32(3):91-98.
2. Williams JF et al. Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Pediatrics*. 2015;136(5):e1395-e1406.

CONSOPERJ
XXI CONGRESSO DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Centro de Convenções Sul América - Rio de Janeiro

10 a 12 de Outubro de 2016

Tema central: Emergências em Pediatria.

O Rio de Janeiro espera rever vocês. Até breve!

Site: www.soperj.org.br
Email: soperj@soperj.org.br



Realização:
SOPERJ
Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro

Amamentação e prevenção contra a obesidade



Obesidade é atualmente a doença crônica mais prevalente na população pediátrica. Segundo dados da Pesquisa de Orçamento familiar (POF), realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010, 1 em cada 3 crianças apresenta excesso de peso. Nos últimos 34 anos, o aumento de peso em adolescentes de 10 a 19 anos foi contínuo, e a obesidade nos meninos aumentou de 0,4% a 5,9%, já nas meninas passou de 0,7% para 4%. Prevenir parece ser a forma mais segura e eficaz de controlar essa doença grave e suas repercussões. Câncer, diabetes e doenças cardiovasculares são as principais causas de mortalidade em todo o mundo, e estudos comprovam que algumas dessas doenças começam a desenvolver-se na infância, como, por exemplo, a aterosclerose.

Os períodos de maior risco para o desenvolvimento da obesidade são o intrauterino, os primeiros 2 anos de vida e a adolescência. A atuação do pediatra é de extrema importância na prevenção da doença, pois ele tem a possibilidade única de acompanhar a criança desde a vida fetal até a idade adulta, conhecer a família, estabelecer uma relação de confiança e ser capaz de identificar os pacientes de risco para o desenvolvimento de doenças crônicas. No entanto, todos os segmentos da sociedade, incluindo setores públicos, privados, escolas e comunidades, têm responsabilidade de criar estratégias para deter o avanço dessa epidemia.

Os fatores de risco pré-natais são o excessivo ganho de peso materno, diabetes gestacional e tabagismo. A obesidade materna é um forte preditor de obesidade na infância, assim como o excesso de peso em crianças e adolescentes tem importante relação com a obesidade na vida adulta. São consideradas crianças de risco aquelas que não foram amamentadas e que apresentam rápido ganho de peso associado à oferta inadequada de nutrientes e ao comportamento sedentário. Esses últimos são importantes fatores de risco na adolescência.

Estimular o aleitamento materno exclusivo por, pelo menos, 6 meses é a estratégia de maior impacto quando o assunto é prevenção. Todavia, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), os indicadores de amamentação no Brasil estão bem abaixo do ideal. O aleita-

mento materno exclusivo em menores de 6 meses é apenas razoável: 41% das mães amamentam. No que se refere à duração mediana do aleitamento materno, o período de 10 meses é considerado ruim.

São indiscutíveis os benefícios que o leite materno fornece devido à sua composição única, adequada distribuição de macro e micronutrientes, proporção adequada de proteínas, menor taxa calórica e presença de grelina, adiponectina e leptina são alguns dos fatores que favorecem o adequado ganho de peso e o menor risco para o desenvolvimento da obesidade. A leptina parece desempenhar um papel regulador no metabolismo ao inibir o apetite e estimular o gasto energético. Além disso, bebês que mamam no seio regulam melhor o mecanismo de fome e saciedade, contribuindo, no futuro, para melhor controle da ingestão energética.

Cabe ao pediatra e a outros profissionais da saúde promover e apoiar o aleitamento materno desde o nascimento, bem como a atuar preventivamente para reduzir o desmame precoce e suas consequências.

Após 6 meses, deve-se reforçar a importância da adequada introdução da alimentação complementar e da manutenção do aleitamento até 2 anos, pois ele continua sendo uma importante fonte de energia e de proteína de alto valor biológico, além de proteger contra doenças infecciosas. Estudos comprovam que crianças amamentadas têm risco 20% menor de desenvolver obesidade, e esse fator protetor é dose e tempo dependentes.

Na impossibilidade do aleitamento materno, as fórmulas infantis devem ser utilizadas. O pediatra deve orientar quanto à correta di-

leição e à menor oferta de proteínas, pois o excesso dessas está associado ao desenvolvimento da obesidade no futuro. Lembrar que o leite de vaca não está indicado para crianças menores de 1 ano, já que não atende às necessidades do bebê, colocando-o em risco de desenvolver anemia ferropriva, deficiência de ácidos graxos essenciais, zinco e vitaminas, e, a longo prazo, obesidade.

A atuação do pediatra perante as famílias, escolas, comunidades e sociedades científicas é fundamental para o sucesso das estratégias relacionadas à prevenção da obesidade na criança e no adolescente. Cabe a esse profissional da saúde, promover o aleitamento materno, orientar quanto à adequada introdução da alimentação complementar, monitorar o crescimento e o ganho de peso, utilizando os gráficos de peso/estatura e índice de massa corporal (IMC), estimular hábitos alimentares saudáveis e a prática de atividade física para toda a família.

Referências

- Weffort VR, Lamounier JA. Nutrição em pediatra: da neonatologia à adolescência. 1ª ed. Barueri: Manole, 2009.
- Campos Junior D, Burns DAR. Tratado de pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 3ª ed. Barueri: Manole, 2004.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Nutrologia. Obesidade na infância e adolescência: manual de orientação. 2ª ed. São Paulo: SBP, 2012.
- Horta BL, Bahl R, Martines JC, Victora CG. Evidence of the long-term effects of breastfeeding. Systematic reviews and metaanalyses. Geneva: WHO; 2007.

Tabela 1. Indicadores sobre aleitamento materno nas capitais brasileiras

Aleitamento materno exclusivo (< 6 meses)	Classificação da OMS	Distribuição das capitais
Ruim	0-11%	-
Razoável	12-49%	23
Bom	50-89%	04
Muito bom	90-100%	-

Duração mediana do aleitamento materno	Classificação da OMS	Distribuição das capitais
Ruim	0-17 meses	26
Razoável	18-20 meses	01
Bom	21-22 meses	-
Muito bom	23-24 meses	-

Fonte: Ministério da Saúde, 2011.

Defesa profissional 2013-2015

“A defesa profissional não busca privilégios ou benefícios extras para o profissional (pessoa física) e, desse modo, não pode ser confundida com corporativismo”

(José Hugo de Lins Pessoa, SBP-SPSP).



Estamos encerrando mais uma gestão da SOPERJ e faremos um breve retrospecto do que ocorreu no triênio 2013-2015 na defesa profissional.

As ações da Diretoria de Ética e Valorização Profissional foram publicadas em boletins impressos, *folders* e *newsletter*, como também foram divulgadas no *site* da SOPERJ.

Em relação à saúde pública, reivindicamos ao então Secretário de Saúde: (i) a contratação por meio de concurso público de médicos reconhecidamente habilitados na prática pediátrica; (ii) o fim das contratações por meio das organizações sociais; (iii) a isonomia salarial; (iv) a revisão da atual normatização do atendimento à criança e ao adolescente no Município do Rio de Janeiro; e (v) o aumento do número de leitos de enfermaria, quartos, terapias intensivas neonatais e pediátricas.

Entretanto, fomos surpreendidos com a implantação do Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária, nas Clínicas de Saúde da Família, pela Secretaria Municipal de Saúde, objetivando substituir os médicos especialistas em Clínica Médica, Ginecologia, Obstetrícia e Pediatria que atuavam nas policlínicas municipais.

Aos pediatras, somente restariam atender às intercorrências em ambiente hospitalar, pois as agendas ambulatoriais desses profissionais foram excluídas do sistema de regulação e das policlínicas da Secretaria Municipal de Saúde.

Apesar dos nossos veementes protestos, o referido protocolo, com resumidas 32 páginas destinadas ao atendimento de pediatria, está sendo aplicado, e pessoas sem capacitação ou com capacitação inadequada prestam atendimento à criança e ao adolescente, prescrevendo de acordo com o protocolo, sem o devido raciocínio clínico, tão importante na elaboração de diagnósticos diferenciais e no tratamento apropriado, como temia o Comitê de Saúde Ambulatorial da SOPERJ.

O Sistema Único de Saúde (SUS) também trouxe outra má notícia. Desde 2010, foram desativados mais de 13 mil leitos em todo o

país, dos quais cerca de 6 mil eram destinados à Pediatria. Entre as capitais, o Rio de Janeiro foi o que mais perdeu; e levando-se em consideração os fechamentos recorrentes dos serviços de emergência e dos leitos de internação pediátricos das instituições privadas, a situação beira o caos.

Em relação às empresas e às cooperativas de saúde privadas, realizamos várias visitas com o objetivo de informar, entre outros assuntos, que o atendimento ambulatorial em Puericultura, em vigor desde 2 de janeiro de 2014, assim como o teste do reflexo vermelho realizado pelo pediatra, devem ser remunerados, pois ambos constam no rol de procedimentos da CBHPM. Solicitamos o aumento do número de leitos de enfermaria, quartos, terapias intensivas neonatal e pediátrica e reivindicamos o credenciamento de consultórios pediátricos proporcionais à clientela por área geográfica.

Sobre o fechamento das emergências pediátricas, a SOPERJ demonstrou preocupação com a consequente superlotação das unidades remanescentes, onde se observou, após um longo período de espera pela consulta, a realização de grande quantidade de procedimentos desnecessários, o que obviamente aumenta o risco à saúde de nossas crianças e de nossos adolescentes.

Por último e também muito importante, questionamos os critérios adotados para as glosas. Glosar – o mesmo que retirar, estornar, devolver alguma coisa ao estado original, subtraindo parte dela de onde se encontra e a reposicionando ao montante original – é a definição do ato utilizado pelas empresas e pelas cooperativas de saúde, justificando a recusa em remunerar procedimentos realizados, sob as mais diversas alegações, entre as quais a questionada e injusta consulta de retorno.

Apesar das frequentes queixas de médicos de todas as especialidades, pouco se tem conseguido para impedir essa prática nociva que vem trazendo muitos prejuízos à categoria. Entretanto, com o contrato de prestação de serviços entre médicos e empresas de saúde, previsto na

Lei nº13.003, sancionada em 24 de junho de 2014, em vigor desde dezembro de 2014, que obrigatoriamente deverá ser cumprida a partir do dia 1º de janeiro de 2016, conseguiremos mudar nosso relacionamento, fazendo constar, em contrato, critérios para a notificação de glosas, prazos para reconsideração, remuneração e, no que concerne aos pediatras, o atendimento ambulatorial em Puericultura.

O atendimento ambulatorial em Puericultura está sendo pago em alguns municípios e capitais; porém, nenhum com o valor atual (R\$157,87), previsto na tabela da CBHPM de 2014. No entanto, temos verificado a dificuldade da implantação nas grandes capitais, onde atuam um número expressivo de pediatras estabelecidos em consultórios particulares. Um dos motivos é que, embora tenham tomado conhecimento da nova lei, a mobilização dos especialistas em assembleias é dificultada pelos grandes deslocamentos e talvez pelos prejuízos resultantes da interrupção do atendimento aos pacientes no horário habitual.

As dificuldades encontradas pela SOPERJ em relação à implantação do atendimento ambulatorial em Puericultura são semelhantes às encontradas em outras grandes cidades e capitais do país. Durante esses três anos, SOPERJ vem insistentemente comunicando os pediatras sobre as deliberações e as novas leis que regulamentam o atendimento em Pediatria, como, por exemplo, os procedimentos específicos que já constam na tabela CBHPM e que deveriam estar sendo remunerados.

A Lei nº13.003/14 altera a Lei nº9.656/98 e que torna obrigatória a existência de contratos escritos entre as operadoras e os prestadores de serviços, o que nos dará novo ânimo para reverter essa situação.

“O grande desafio da defesa profissional é divulgar ideias que levem o médico a pensar sobre as suas dificuldades e a procurar soluções que a revertam. Todos nós somos protagonistas neste processo e, juntos, devemos enfrentar os conflitos existentes” (autor desconhecido).