

Manual



*Manual Prático
de Atendimento
em Consultório e
Ambulatório de Pediatria*



SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA





**Sociedade Brasileira de Pediatria
2006**

Manual Prático de Atendimento em Consultório e Ambulatório de Pediatria

Coordenadores: Renato Minoru Yamamoto
Dioclécio Campos Júnior

Sociedade Brasileira de Pediatria

COORDENADORES

Renato Minoru Yamamoto

Presidente do Departamento de Pediatria Ambulatorial da Sociedade Brasileira de Pediatria. Membro do Grupo Técnico Saúde da Criança Indígena da Sociedade Brasileira de Pediatria. Mestre em Pediatria pela Faculdade de Medicina da USP. Membro da Diretoria de Relações Comunitárias da Sociedade de Pediatria de São Paulo. Médico pediatra coordenador da Seção de Assistência Comunitária do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Médico assistente do Centro de Saúde Escola “Prof. Samuel B. Pessoa” da USP.

Dioclécio de Campos Júnior

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria. Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade de Brasília. Chefe do Centro de Clínicas Pediátricas do Hospital Universitário de Brasília.

Sociedade Brasileira de Pediatria

Presidente

Dioclécio Campos Júnior

1º Vice-Presidente

Nelson Augusto Rosário Fº

Departamento de Pediatria Ambulatorial

Presidente

Dr. Renato Minoru Yamamoto

1º Vice-Presidente

Rosa Resegue Ferreira da Silva - SP

Secretária: Lúcia Margareth Perini Borjaille - ES

Membros

Antônio de Azevedo Barros Filho - SP

Isabel Rey Madeira - RJ

José Gonçalves Sobrinho - AL

José Paulo Vasconcellos Ferreira - RS

Ney Marques Fonseca - RN

Peter Abram Liquornik - RJ

Rudolf Wechsler - SP

Vera Lúcia Vilar de Araújo Bezerra - DF

Wagner Sérgio Silvestrini - SP

Índice

PARTE 1: PROMOÇÃO DE SAÚDE E PREVENÇÃO	11
Coordenadores Antonio de Azevedo de Barros Filho Vera Lúcia Vilar de Araújo Bezerra	
Orientações sobre aleitamento materno	11
Monitoração do crescimento	12
Avaliação do estado nutricional	13
Promoção do desenvolvimento	13
Abordagem dos problemas mais comuns ao recém-nascido	15
Atividade física na infância e na adolescência	17
PARTE 2: NUTRIÇÃO	21
Coordenadores Antonio de Azevedo de Barros Filho Renato Minoru Yamamoto Vera Lúcia Vilar de Araújo Bezerra	
Alimentação da criança até os dois anos de idade	21
Alimentação na idade pré-escolar	22
Orientação alimentar para a criança em idade escolar (7 a 9 anos)	23
Orientação alimentar dirigida aos adolescentes	24
Indicações das fórmulas infantis	26
PARTE 3: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E CONDUTA	27
Coordenadores José Gonçalves Sobrinho Ney Marques Fonseca Peter Abram Liquornik Rosa Resegue Ferreira da Silva	
Adenomegalias	27
Artrites	29
Baixa estatura	30
Dores recorrentes funcionais	31
Cefaléia	31
Dores abdominais recorrentes funcionais	34
Dores recorrentes funcionais em membros	35
Doenças exantemáticas	38
Estridor	41
Hepatoesplenomegalia	42
Lactente chiador	45
Púrpuras	46
Síndrome do respirador bucal	48
Sopro cardíaco	50

PARTE 4: PROBLEMAS COMUNS EM AMBULATÓRIO PEDIÁTRICO 52

Coordenadores **Isabel Rey Madeira**
José Paulo Vasconcellos Ferreira
Lúcia Margareth Perini Borjaille
Peter Abram Liquornik
Renato Minoru Yamamoto
Rudolf Wechsler
Wagner Sérgio Silvestrini

Doenças nutricionais e do crescimento 52

Renato Minoru Yamamoto

Anemia ferropriva 52

Anemia por deficiência de ácido fólico 52

Desnutrição 53

Hipovitaminose A 54

Raquitismo 55

Obesidade 55

Doenças do aparelho digestório 56

Lúcia Margareth P Bornjaile

Alergia alimentar 56

Constipação intestinal 57

Diarréia aguda 58

Diarréia persistente 59

Dor abdominal aguda 60

Intolerância à lactose 61

Refluxo gastroesofágico 61

Doenças do aparelho respiratório 62

José Paulo Vasconcellos Ferreira

Amidalite (Tonsilites) 62

Asma Brônquica 63

Bronquiolite 65

Gripe 65

Pneumonias 66

Rinites e Sinusites 67

Doenças infecciosas e parasitárias	68
Ney Marques Fonseca e Peter Abram Liquornik	
Erisipela	68
Estomatites	69
Impetigo	70
Infecções congênitas	70
Parasitoses intestinais	72
Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS)	74
Toxocariase	74
 Doenças endocrinológicas e metabólicas	 75
Isabel Rey Madeira	
Diabetes melitus	75
Hipotireoidismo	76
Puberdade precoce	77
 Doenças gênito-urinárias	 79
Isabel Rey Madeira	
Aderência balanoprepucial, fimose e balanopostite	79
Hematúria	80
Infecção urinária	81
Sinéquia de pequenos lábios	83
Vulvovaginites	83
 Doenças do aparelho circulatório	 84
José Paulo Vasconcellos Ferreira	
Febre reumática	84
Hipertensão arterial	86
 Doenças reumatológicas	 88
Isabel Rey Madeira	
Lesão por esforços de repetição	88
 Dermatopatias mais comuns na infância	 88
Peter Liquornik	
Dermatite seborréica	88
Dermatite de contato	89

Dermatite atópica	90
Disidrose	90
Estrófulo	90
Urticária	91
Ptíriase alba (dartro volante/eczemátide)	91
Celulite	91
Erisipela	92
Foliculite	92
Furunculose	92
Impetigo	93
Escabiose	93
Larva migrans cutânea	94
Pediculose	94
Ptíriase versicolor	95
Tinea capitis	95
Tinea corporis	95
Tinea pedis	96
Tinea cruris	96
Tinea unguium	96
Candidíase cutâneo-mucosa	96
Miliária	97
Hemangiomas	97
Molusco contagioso	97
Verrugas	98
Varicela	98
Doenças do ouvido	99
José Paulo Vasconcellos Ferreira	
Otite média aguda	99
Otite média aguda recorrente	100
Otite média secretora	100
Doenças do olho e anexos	101
Rudolf Wechsler e	
Wagner Silvestrini	
Conjuntivites agudas	101
Dacriocistite	103
Estrabismo	103

Doenças regionais	104
Lúcia Margareth P Bornjaile	
Dengue	104
Hanseníase	105
Leishmaniose visceral	106
Malária	107
Tungíase	108
Doenças não classificados em outra parte	109
Rudolf Wechsler e Wagner Silvestrini	
Choro	110
Cólicas do lactente	110
Distúrbios do sono	110
Encoprese	114
Enurese	114
Retirada das fraldas	115
Meu filho não come	115

Apresentação

O Departamento de Pediatria Ambulatorial da Sociedade Brasileira de Pediatria alcança, nos seus compromissos institucionais, abrangência científica que cobre a maior parte do território de atuação dos pediatras brasileiros. De fato, a maioria deles dedica, no consultório e ou no ambulatório de atendimento pediátrico, o tempo predominante de seu fazer profissional. Ademais, com a tendência evolutiva da pediatria na direção da primazia das ações preventivas e educativas sobre as curativas e do cuidado sobre a terapêutica, as atividades ambulatoriais retomam relevo e crescem em prioridade.

Nesse cenário dos novos tempos, o lançamento do **MANUAL PRÁTICO DE ATENDIMENTO EM CONSULTÓRIO E AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA** representa contribuição oportuna do Departamento Científico de Pediatria Ambulatorial ao empenho da SBP na recuperação da doutrina pediátrica, particularmente no momento em que se afirma, com clareza crescente, o direito da criança e do adolescente à melhor assistência médica de seu tempo, vale dizer da pediatria.

O Manual foi concebido para dar suporte científico atualizado e prático ao pediatra brasileiro consideradas as distintas realidades do país. Está escrito com a simplicidade e a concisão indispensáveis à finalidade a que se propõe: um instrumento objetivo de consulta para orientação segura do pediatra diante das situações diagnósticas e terapêuticas mais comuns, além de referência para o seu papel de educador em saúde que cumpre exercer na instância da assistência a que se destina. O temário foi selecionado cuidadosamente para incluir a maioria dos assuntos de maior representatividade no cotidiano do pediatra, sem a pretensão de ser completo.

Os autores se empenharam em produzir o melhor e tiveram pleno êxito em sua determinação. A pediatria brasileira passa a contar com mais um recurso de qualidade para garantir a excelência dos serviços que presta à saúde da infância e da adolescência do país. É um objetivo da nossa entidade associativa. Um compromisso diferenciado dos membros do Departamento de Pediatria Ambulatorial que se explicita no mérito do esforço de que resulta esta publicação.

Dioclécio Campos Júnior

Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria

Promoção de Saúde e Prevenção

ORIENTAÇÕES SOBRE ALEITAMENTO MATERNO

Algumas definições:

- *Aleitamento materno exclusivo*: a criança recebe leite humano da mãe, de ama de leite, ou leite humano ordenhado, sem outra complementação a não ser suplementos medicamentosos ou medicamentos propriamente ditos;
- *Aleitamento materno predominante*: além do leite humano, a criança recebe suplementos a base de água (água, chás, água adoçada, infusões), sucos de frutas, soros de reidratação oral, xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos;
- *Aleitamento materno*: a criança recebe aleitamento materno, complementado, predominante ou exclusivo;
- *Aleitamento materno complementado*: a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos (papas, comidinhas, frutas, mingaus), ou líquidos, incluindo aleitamento artificial;
- *Aleitamento materno pleno*: a soma do aleitamento materno exclusivo com aleitamento materno predominante (em inglês full breastfeeding).

A recomendação pela Sociedade Brasileira de Pediatria, órgãos do governo e pela Organização Mundial da Saúde é que o aleitamento materno seja exclusivo até os seis meses e complementado até pelo menos os dois anos de idade.

- 1 - O bebê deve ser colocado para sugar logo após o nascimento. Mesmo que não sugue, deixar sobre o corpo da mãe.
- 2 - O leite humano muda de composição e de características nas primeiras duas semanas.
- 3 - O bebê mama toda hora durante o primeiro mês, inclusive durante a noite. Isso não significa que o leite é fraco.
- 4 - Orientar a mãe para que fique em situação confortável, que ela e o filho estejam vestidos de forma a não restringir movimentos.
- 5 - O corpo do bebê deve ficar em contato com o tórax da mãe, seus braços não devem se interpor entre seu corpo e o corpo da mãe, e que ele deve estar firmemente apoiado no colo ou nos braços da mãe.
- 6 - A mãe segura o seio com a mão em C e aproxima o bebê ao mamilo. A mãe estimula o reflexo de sucção com o mamilo nos lábios. Assim que o bebê abre a boca, leva-o a abocanhar o mamilo. É ele que se aproxima da mama e não a mama que se aproxima do bebê.
- 7 - O bebê abocanha a aréola, com o queixo tocando a mama e os lábios curvados para fora.
- 8 - O bebê deve esvaziar a mama, a mãe, com o dedo mínimo provoca uma pequena abertura no canto da boca do bebê para modificar a pressão interna e não lesar o mamilo, espera o bebê arrotar e o coloca na outra mama até ele se satisfazer, o que pode acontecer sem esvaziar completamente a segunda mama.
- 9 - Na próxima mamada a mãe deve oferecer primeiro a segunda mama da mamada anterior.

Para evitar lesões nos mamilos, orientar:

- 1 - Técnica correta da amamentação e a forma de cessá-la, com o dedo no canto da boca do bebê.
- 2 - Expor as mamas ao ar livre e/ou à luz solar.
- 3 - Não usar álcool, sabões ou produtos secativos.
- 4 - Dar de mamar com bastante frequência.

Mastite não contra-indica a amamentação. Trata-se com antibiótico e analgésico e o esvaziamento da mama, o que não prejudica a saúde do bebê. A única contra indicação (até o momento) ao aleitamento materno é quando a mãe é HIV+. Neste caso a legislação brasileira garante o recebimento de leite adaptado.

O uso de qualquer droga pela mãe, durante o período de amamentação, deve ser avaliado com cuidado. A Academia Americana de Pediatria classifica-as nas seguintes categorias:

Drogas contra-indicadas na lactação, drogas que devem ser prescritas com cautela, drogas cujos efeitos adversos são desconhecidos em crianças amamentadas, e drogas compatíveis com a amamentação. Existem sítios na Internet e em livros de pediatria que devem ser consultados para o pediatra poder orientar a família.

Referência:

01. Giugliani ERJ. O aleitamento materno na prática clínica. J Ped (Rio J) 76 (supl 3): S238- 252, 2000.

MONITORAÇÃO DO CRESCIMENTO

Deve ser feita desde a vida intra-uterina até o término da adolescência.

Durante os dois primeiros anos de vida são detectadas as alterações relacionadas com várias patologias. É importante a verificação do peso (P), da estatura(E) ou altura (A) e do perímetro cefálico(PC).

No 1º ano de vida as consultas devem ser feitas aos:

- 15 dias de vida
- 01 mês
- 02 meses
- 04 meses
- 06 meses
- 09 meses
- 12 meses

No 2º ano de vida aos:

- 15 meses
- 18 meses
- 21 meses
- 24 meses

A partir daí é importante que se verifique o peso e a estatura ou a altura semestralmente até os 5 anos e anualmente entre 6 e 18 anos para a detecção dos desvios mais importantes relacionados ao crescimento como a desnutrição, a obesidade, a baixa estatura e o gigantismo.

É imprescindível que nos dois primeiros anos de vida as medidas do perímetro cefálico(PC) sejam colocadas em um gráfico que deve ser comparado com o gráfico de peso por altura(P/A). Sempre que há um traçado positivo (traçado em ascensão) do PC, deve haver também um traçado em ascensão no gráfico de P/A. Traçado positivo do PC com traçado negativo do P/A em mais de 2 consultas, pode indicar uma macrocefalia. Traçado negativo (traçado descendente) do PC com traçado positivo de P/A pode indicar uma microcefalia. Todos esses casos merecem rigorosa observação mensal por parte do pediatra, com um bom exame clínico, solicitação de sorologias para detecção de infecções congênitas como a rubéola, toxoplasmose, lues e citomegalovirus dentre outras. Faz-se necessário um estudo na área de imagens como ecografia transfontanelar, tomografia computadorizada e ou ressonância magnética a depender da indicação.

AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

A avaliação do estado nutricional deve ser um procedimento feito de rotina pelo pediatra em todas as idas da criança a uma unidade de atendimento não importando se de emergência ou uma consulta ambulatorial ou de consultório.

A avaliação nutricional pode ser: clínica
antropométrica e
laboratorial ou bioquímica.

Clínica – observa-se freqüentemente:

Estado geral - (irritabilidade, apatia, posição fetal, emagrecimento etc);

Cor da pele e mucosas;

Fácies - boca (queilite, queilose, perleche ou boqueira etc);

cabelos – rarefeitos, quebradiços;

cílios – longos e curvos;

Tórax – rosário costal;

Abdome – globoso, escavado, circulação colateral etc.

Antropométrica – usualmente se mede o peso, a estatura e o perímetro cefálico.

Após a verificação destas medidas colocá-las nos gráficos existentes na Caderneta Brasileira da Saúde da Criança e do Adolescente da SBP ou na Caderneta da Criança do Ministério da Saúde. Mostrar e explicar o gráfico ao acompanhante da criança.

Laboratorial ou bioquímica – Os exames mais solicitados são:

Hemoglobina;

Hematócrito;

sumário de urina com sedimentoscopia;

uréia;

creatinina;

glicemia e

perfil lipídico.

Algumas dosagens vitamínicas são importantes como a da Vit. A.

PROMOÇÃO DO DESENVOLVIMENTO

Desenvolvimento é a capacidade do corpo de adquirir funções ou seja é a capacidade que a criança apresenta de realizar tarefas.

Desenvolvimento e crescimento são processos integrados e devem ser avaliados em todas as consultas.

O desenvolvimento se faz no sentido céfalo-caudal (da cabeça para os membros inferiores, isto é, de cima para baixo) e próximo-distal (da parte central do corpo para as extremidades, portanto, de dentro para fora).

Levando-se em consideração alguns marcos da maturidade neurológica e marcos do desenvolvimento podemos ter no 1º ano de vida 4 períodos importantes:

- a) Fase cervical- 0 a 3 meses- ao final desta fase a criança sustenta a cabeça. Nesse período a criança gosta de ver os rostos da mãe e do pai e gosta que conversem com ela. Já começa a levar as mãos a boca e acompanha objetos com o olhar. Ela já se movimenta bastante.
- b) Fase troncular- 4 a 6 meses- ao final desta fase a criança já deve iniciar a tarefa de sentar. Ela já rola na cama e quando colocada de bruços levanta e sustenta a cabeça apoiando-se nos antebraços. Já brinca com os pés e os leva à boca. Alcança e pega objetos pequenos, emite sons, vira a cabeça na direção de uma voz ou de um objeto sonoro.
- c) Fase de reptação- 7 a 9 meses- ao final dessa fase a criança deve sentar-se sem apoio e já deve iniciar a tarefa de arrastar-se ou engatinhar. Nessa idade a criança “estranha” as pessoas desconhecidas, já começa a ficar de pé ou até mesmo a andar.
- d) Fase de deambulação- 10 a 12 meses- normalmente ao final dessa fase a criança já caminha com apoio ou sozinha. Ela gosta de imitar os pais, faz gestos com a cabeça, dá adeus e bate palmas. Já faz o movimento de pinça com os dedos polegar e indicador e já atende pelo seu nome.

No 2º ano de vida –

Anda sozinha e raramente cai;
come sozinha;
identifica a sua imagem no espelho;
fala várias palavras e consegue articular frases curtas e
pode ser iniciada a retirada das fraldas e o uso do penico e do vaso sanitário.

Nos 3º e 4º anos de vida-

Prefere brincar isolada mesmo na companhia de outras crianças;
sabe dizer seu próprio nome e até mesmo o seu endereço;
demonstra suas alegrias, tristezas e raivas;
gosta de ouvir histórias e também já as conta;
ajuda a vestir-se, a calçar chinelos e sapatos e
imita os adultos.

A partir do 5º ano até o início da adolescência entre 11 e 12 anos-

A criança passa a gostar da companhia de outras crianças e começa a ficar muito independente;
tem interesse em aprender sobre tudo o que a cerca;
escolhe seus amigos;
aprende canções;
fala bem o que quer e o que sente;
forma seu grupo de estudos e gosta de mostrar o que aprendeu.

E o adolescente?

Se pudéssemos defini-lo poderíamos dizer que é o portador de uma síndrome que se caracteriza por:

- a) hiperfagia- comem em exagero (os pais que o digam);
- b) hipoacusia- só escutam músicas usando todo o volume do aparelho de som (haja paciência dos vizinhos);
- c) mania de agrupamento- nunca estão sozinhos, sempre andam em grupos;
- d) sensação de imortalidade- adoram esportes radicais e quase sempre utilizam os veículos em alta velocidade;
- e) boa saúde física- quase nunca adoecem;
- f) mania de perseguição- constantemente falam se referindo aos irmãos e outros familiares: “mãe, você viu que ele sempre tá me olhando” ou então, “bicho, pare de fazer o que eu faço e de ir onde eu vou” ou ainda, “pai, você só briga comigo e nunca briga com ele.”
- g) gostam de ser diferentes: são adolescentes !!!

5 - Consulta de puericultura.

A primeira ida da criança ao pediatra. Assuntos que devem ser tratados.

Inicie a consulta congratulando-se com a família pelo nascimento da criança e perguntando sobre as dúvidas que a mãe, o pai e os outros familiares possam ter. Escute todas as dúvidas, se necessário anote-as e responda-as pacientemente.

- aleitamento materno, (reforço, fissuras, ingurgitamento, etc.)
- importância das vacinas no primeiro ano de vida;
- importância do cartão de crescimento e desenvolvimento;
- troca de fraldas;
- assaduras;
- uso de sabão e amaciantes nas roupinhas;
- problemas de pele;
- obstrução nasal;
- obstrução do conduto lacrimal;
- cólicas do rn;
- queda do coto umbilical;
- agasalhos do bebê (quando usar e como)
- uso de cobertores de lã;
- sono do bebê (troca do dia pela noite)
- outros.....

pergunte se ainda resta alguma dúvida e encerre a discussão convidando as mães a aguardarem para serem chamadas aos consultórios.

ABORDAGEM DOS PROBLEMAS MAIS COMUNS AO RECÉM-NASCIDO

Aleitamento materno; reforçar o aleitamento materno, falando da importância do mesmo para a saúde do bebê, para a relação mãe e filho e para o desenvolvimento da criança.

Abordar as principais dificuldades encontradas: **pouco leite** - não existe pouco leite a não ser que a mãe tenha algum problema mecânico, como cirurgia plástica anterior. orientar sobre o uso de líquidos como água e suco. (mais ou menos dois litros durante o dia)

Leite fraco - também é um mito, cada mãe tem o leite para seu bebê. orientar sobre o tempo das mamadas, lembrar que nos primeiros 5 minutos das mamadas o leite é composto de água e açúcares.

Fissuras - orientar para o banho de sol ou de luz nas mamas durante 15 minutos pelo menos duas vezes ao dia. Em casos de muita dor, pode ser usado o protetor de borracha para reduzir a dor, orientar as mães que tenham este problema a procurarem o banco de leite. (serão dadas orientações mais específicas e inclusive o protetor de borracha para a mãe) lembrar que é importante respeitar e apoiar a mãe não lhe impondo culpa mais sim favorecendo uma amamentação saudável.

Ingurgitamento - orientar para o esvaziamento das mamas, para as técnicas de amamentação, iniciar sempre as mamadas pelo seio que foi dados por último pois deve estar mais cheio. Observar que deve sempre ser esvaziado um seio para oferecer o outro. Este procedimento evita que a criança mame somente água e açúcar que é o *leite anterior* enquanto o *leite posterior* é mais rico em gordura!!!

Importância das vacinas: falar sobre as principais vacinas do primeiro ano de vida. **Abordar brevemente as vacinas**, bcg, anti-hepatite b, dpt, sabin, anti-haemophilus, mmr, e anti-amarílica.

Importância do cartão de crescimento: explicar um pouco sobre a curva de crescimento, mostrar como a criança cresce naquela curva em sentido ascendente, apontar novamente a *importância do leite materno*. **Falar sobre o desenvolvimento**, lembrar dos cuidados, do afeto, da música para melhorar a relação do bebê com o mundo. Incentivar o aleitamento materno, como forma de vínculo afetivo e a conversa com o bebê. Falar dos riscos de acidentes nesta fase da vida. Solicitar a observação da audição e a atenção da criança com o mundo. **A mãe é o primeiro agente de saúde da família.**

Troca de fraldas: mostrar a necessidade de limpar a criança em cada troca de fraldas para evitar assaduras, (dermatites da fralda). Ensinar como lavar com água limpa e algodão pois o uso de lenços umedecidos pode favorecer o aparecimento de alergias. Estes podem ser usados em situações de emergência mas a mãe deve sempre lavar a região quando chegar em casa. Nas meninas, a limpeza deve ser da frente para trás, pois evita o contato das fezes com os condutos uretral (é mais curto nas meninas) e vaginal. Pode levar a itu (infecção do trato urinário).

Mostrar a importância de lavar as mãos com água e sabão sempre que trocar a criança. Esta medida simples evita muitas doenças.

Uso de sabão e amaciante: explicar que estes produtos contêm substâncias químicas que ficam retidas nos tecidos e podem provocar alergias na pele do rn.

Problemas de pele; falar sobre a irritação da pele do rn, eritema do neonato, e as irritações produzidas pela obstrução dos ductos sudoríparos, como a miliária. Falar também do impetigo, lesão adquirida nos berçários. Orientar sobre a higiene do bebê e das mães em relação à lavagem das mãos.

Uso de agasalhos: esclarecer que, quando o tempo está quente e faz calor, as crianças devem usar roupas leves. O bebê deve ficar protegido mas não super agasalhado pois favorece a miliária, os "carocinhos" que tanto preocupam as mães. Os cobertores de lã também favorecem o entupimento do nariz (obstrução nasal). Nos cobertores de lã deve ser colocada uma capa de tecido de algodão para evitar que soltem pelos.

Obstrução nasal: lembrar que os bebês podem apresentar obstrução nasal transitória. Perguntar sobre regurgitação e vômitos (rge), sobre uso de cobertores de lã, bichos de pelúcia e poeira domiciliar que podem levar a obstrução nasal. Orientar sobre o saneamento ambiental e usar soro fisiológico nasal (sorine infantil, ou rinosoro gts, etc...) lembrar que não poderá usar outras substâncias pelo risco de depressão do snc.

Cólicas do recém-nascido: ressaltar que as cólicas representam uma grande inquietação para os pais e explicar que elas estão relacionadas com a imaturidade do sistema digestório do bebê. Aliadas a esta questão encontram-se mães muito ansiosas que muitas vezes passam esta ansiedade aos seus bebês. Alguns pediatras relacionam as cólicas, com a dieta materna:

uso de refrigerantes, carne vermelha, condimentos, chocolates, café, leite de vaca e derivados. Entretanto, não há referência científica para confirmar. Não esquecer que a ansiedade familiar é um fator contribuinte para o aparecimento do choro no RN que se compara com as cólicas. Não deve ser indicada medicação, só compressas mornas, massagens no abdome, muito carinho e tranquilidade por parte da família. Lembrar ainda que as cólicas vão até o terceiro mês de vida.

ATIVIDADE FÍSICA NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

A preocupação com o estímulo da atividade física para a criança e para o adolescente se deve, em princípio, a dois aspectos: o primeiro é com a saúde e o bem estar da própria criança e do adolescente (além disso, crianças e adolescentes que têm sobrepeso são mais susceptíveis a serem sobrepesados e obesos quando adultos); a segunda é que, criando hábitos nessa idade, é bem maior a possibilidade deles se tornarem adultos com hábitos saudáveis. Como as condições de vida atualmente predispoem a uma vida sedentária, é preciso que as pessoas tenham uma atitude consciente da importância da atividade física para ter uma melhor qualidade de vida.

Quadro I: Benefícios da atividade física

1. Faz a pessoa sentir-se bem.
2. Ajuda a desenvolver e a manter a massa óssea, muscular e as articulações.
3. Aumenta a força e a resistência muscular.
4. Melhora a flexibilidade e a postura.
5. Ajuda a manter o peso.
6. Diminui o risco para doenças cardíacas, cancer de colom e diabete tipo 2
7. Ajuda a controlar a pressão sanguínea.
8. Melhora a auto-estima e a sensação de bem estar.
9. Reduz a depressão e a ansiedade.

RECOMENDAÇÕES

Os tipos e contextos de atividades são variáveis e mudam com a idade durante a infância e a adolescência. As atividades de crianças de 6 a 9 anos são grandemente anaeróbicas (atividades como pega-pega ou queimada, jogo da amarelinha), e ajudam as crianças a aprenderem os movimentos básicos e mais complexos. Assim que as pessoas entram na puberdade, essas habilidades são incorporadas em uma variedade de atividades individuais e coletivas assim como nas atividades esportivas. As estruturas corporais e funções completam seu amadurecimento no fim da puberdade ou logo após, de modo que as atividades podem ser mais estruturadas. A recomendação de 60 minutos ou mais de atividade física pode ser atingida de maneira cumulativa nas escolas durante as aulas de educação física, nos recreios, nos esportes intramuros e nos períodos antes e após as aulas. É preciso que os profissionais da saúde reconheçam a importância da atividade física: um aconselhamento efetivo dependerá da habilidade do pediatra para ajudar os pacientes e seus familiares conseguirem contornar os problemas que limitam as oportunidades da criança ser ativo fisicamente (Quadros II e III).

Quadro II: O que fazer para incentivar atividades físicas entre crianças e adolescentes

- 1 - No consultório: avaliando o tempo e a qualidade da atividade física do paciente. Discutindo sua importância para a manutenção da saúde da criança e do adolescente e sua repercussão na adultícia. Discutindo com os pais sobre a disponibilidade do tempo e do espaço disponível no entorno, e sugerir formas alternativas para se criar o hábito da atividade física.
- 2 - Nos serviços de saúde: Discutindo com a equipe do serviço a importância da atividade física para a manutenção da saúde deles e dos pacientes e propondo e estimulando a criação de programas de atividade física para os pacientes, que apresentam obesidade, sobrepeso e pouca atividade física.
- 3 - Nas escolas: Discutindo com professores, orientadores e pais sobre a importância e propondo, junto com educadores físicos, atividades nos horários de educação física e em horários livres.
- 4 - Em outras atividades comunitárias em que participa: de natureza profissional, religiosa e outras.

Quadro: III Orientação aos pais

- Crianças e adolescentes devem ter pelo menos 60 minutos de atividade moderada a vigorosa todos os dias.
- Sirva de exemplo: organize eventos familiares em que todos participam, caminhem juntos.
- Encoraje os filhos a serem ativos, chutando e correndo atrás da bola, pulando corda, andando de bicicleta, passeando em praças e parques, brincando de pega-pega, jogando bolinha de gude, jogando queimada.
- Apóie a participação dos filhos em atividades esportivas, quer sejam coletivas ou individuais.
- Estabeleça limites de tempo para ver televisão, jogos eletrônicos, e outras formas de jogos inativos, alternando-os com período de atividade.

AValiação Física e Anamnese

A avaliação física da criança ou do adolescente que irá praticar esportes deverá ser feita pelo pediatra ou pelo médico do esporte, que tem como objetivo identificar possíveis condições clínicas e ortopédicas que impliquem em risco na participação de esportes, tais como:

- Pesquisar doenças ainda não detectáveis.
- Prevenir lesões.
- Identificar a existência de doenças que contra indiquem a prática de exercícios.

HISTÓRIA FAMILIAR E CLÍNICA

Pesquisar sobre

- familiares que apresentem problemas cardíacos com idade inferior a 50 anos.
- doenças crônicas como: asma, diabetes, epilepsia e distúrbio da coagulação sanguínea.

- sensação de cansaço, fraqueza, arritmias cardíacas ou desmaios durante qualquer tipo de exercício e asma desencadeada pelo esforço físico.
- o uso de medicamentos regulares.
- se a criança já participou de atividades esportivas, que tipo e por quanto tempo.
- se já apresentou algum tipo de problema decorrente da atividade física.
- história recente de mononucleose que leva a uma esplenomegalia, o que seria muito perigoso em um traumatismo abdominal.

EXAME FÍSICO

Deve incluir ausculta cardiopulmonar básica, aferição da pressão arterial, avaliação das acuidades visual e auditiva, palpação abdominal. Inspeção da cavidade oral com atenção para lesões dentárias ou infecções. A genitália é examinada para identificar hérnias, se os testículos são tópicos, e avaliar os estágios puberais de Tanner. O exame ortopédico vai identificar qualquer alteração do sistema músculo-esquelético, como deformidades ósseas ou articulares.

É importante que durante a anamnese e o exame físico, o paciente seja visto de forma global, observando o estado nutricional, grau de obesidade, lesões dermatológicas. Também deve estar incluída a avaliação de habilidade motora, capacidade de aprendizado individual, para que a recomendação do esporte seja definida de acordo com cada aptidão.

Verificar se não há anemia. Dependendo das circunstâncias, avaliar a idade óssea, para determinar se não há discrepância entre a atividade pretendida, a maturidade esquelética e a compleição física.

PREVENINDO LESÕES

Proporcionar estímulos adequados às atividades físicas resulta em adaptações gradativas com melhora do desempenho. Os estímulos excessivos e/ou inadequados podem provocar lesões pós-sobrecarga.

A criança está mais exposta do que o adulto aos danos provocados por uma carga inadequada de trabalho físico. O maior risco ocorre com a sobrecarga ortopédica, pois a capacidade de ossos, tendões e ligamentos dos adolescentes suportarem um trabalho é bem menor, o que se constitui em um fator limitante aos treinamentos físicos.

Os exercícios de aquecimento devem ser realizados antes do início da atividade esportiva, diminuindo assim as chances de lesões musculares. Estes exercícios aumentam o fluxo sanguíneo, oxigenando mais a musculatura e dando maior elasticidade. Devem durar de 5 a 15 minutos e serem gradativos.

Em seqüência ao aquecimento, devem-se realizar os exercícios de alongamento, forçando-se as grandes articulações até a manifestação de um certo desconforto. Estes exercícios devem ser repetidos ao final da atividade física. Cada alongamento pode durar de 15 a 20 segundos. Os músculos alongados ficam mais elásticos, o que ocasiona menor risco de lesão.

Para prevenir lesões, é fundamental utilizar o equipamento adequado e apropriado que cada esporte exige. Respeitar e seguir as regras do esporte beneficia o atleta e o educa. Estima-se que metade das lesões ocorridas durante atividades esportivas com crianças e adolescentes pode ser evitada com os cuidados citados acima. Deve-se ressaltar, no entanto, que os maiores riscos de contusão ocorrem nas atividades de contato: futebol, basquete, lutas.

ATIVIDADE FÍSICA DE ACORDO COM A FAIXA ETÁRIA**Quadro IV: Recomendações de acordo com a faixa etária.^{6,13}**

IDADE	ATIVIDADE DIÁRIA MÍNIMA	COMENTÁRIOS
Lactentes	Não há recomendação específica, mas é preciso evitar o andador.	A atividade física deve permitir o desenvolvimento motor.
1 a 3 anos	Uma hora e meia de atividade física por dia.	30 minutos de atividade física planejada, e 60 minutos brincando ao ar livre.
4 a 5 anos	Duas horas de atividade física diária.	60 minutos de atividade planejada e 60 minutos brincando ao ar livre.
6 a 12 anos	Pelo menos uma hora diária. Evite períodos de inatividade por mais de 2 horas.	Pode ser dividida em tempos mais curtos, como 3x20min. Jogos, ciclismo, pular corda, natação.
10 a 15 anos	Atividade física por 60 min. ou mais.	Avaliar o estágio do desenvolvimento puberal para prescrever a atividade.
13 a 18 anos	Pelo menos 60 min de atividade moderada a vigorosa.	Período em que a inatividade mais se intensifica. Divisão entre atletas (minoría) e sedentários.

Nutrição

DEZ PASSOS PARA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O Ministério da Saúde/OPAS e a Sociedade Brasileira de Pediatria propõem dez passos para a alimentação saudável para crianças brasileiras menores de dois anos:

- Passo 1. Dar somente leite materno até os seis meses, sem oferecer água, chás ou quaisquer outros alimentos.
- Passo 2. A partir dos seis meses, oferecer de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o aleitamento materno até os dois anos.
- Passo 3. A partir dos seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes) três vezes ao dia, se a criança receber leite materno e cinco vezes ao dia, se não estiver em aleitamento materno.
- Passo 4. A alimentação complementar deverá ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando-se sempre a vontade da criança.
- Passo 5. A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher; começar com consistência pastosa (papas e purês) e, gradativamente, aumentar a consistência até chegar na alimentação da família.
- Passo 6. Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. “Uma alimentação variada é uma alimentação colorida”.
- Passo 7. Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.
- Passo 8. Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.
- Passo 9. Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos: garantir seu armazenamento e conservação adequados.
- Passo 10. Estimular a criança doente convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando sua aceitação.

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE

A criança deve ser alimentada exclusivamente com leite materno até os seis meses de idade. Não há necessidade de fornecer nenhum outro alimento ou líquido.

A partir de seis meses continuar com o aleitamento materno e introduzir comida sólida ou semi-sólida. Não oferecer sopa, pois diminui a densidade energética. Esclarecer a mãe que o lactente pode recusar a comida no início, pois apresenta tendência a recusar sabores estranhos, chamada de neofobia. Insistir com a mesma comida durante alguns dias, até que ela passe a aceitá-la. Pode-se iniciar com alimentos mais adocicados (batata, cenoura, mandioca, beterraba). À medida que a criança for se habituando, substituir um dos alimentos, mantendo os outros. A introdução desses alimentos pode variar de região para região e de acordo com a temporada. A partir da aceitação a refeição deve ser constituída de legumes, cereais (arroz, milho, aveia), leguminosas (feijão, ervilha, grão de bico), carne sem gordura, carne de frango, gema de ovo cozida. Peixe a partir dos onze meses. Usar óleo vegetal e pouco sal.

Introduzir frutas, de preferência, não em forma de sucos. Por ex. banana amassada com aveia, mamão, maçã raspada. Nenhuma fruta é contraindicada. Assim que a criança esboçar alguma autonomia estimulá-la a se alimentar por conta própria, sendo complementada pelo adulto que a alimenta. A criança come o que aprende a comer, dessa forma, esses primeiros meses de introdução de comida são fundamentais para o estabelecimento de padrões alimentares posteriores.

Oferecer água nos intervalos das refeições. Não dar refrigerantes. Quando oferecer sucos, evitar adoçar.

O departamento de nutrição da SBP recomenda a suplementação de 400UI de vitamina D e 1500 UI de vitamina A por dia, a partir da 3ª semana de vida. Banho de sol pela manhã, até as 10,00hs, de 10 a 15 minutos pode substituir a suplementação com vitamina D.

Com relação à suplementação de Fe:

- recém nascido de termo, de peso adequado para a idade gestacional em aleitamento materno: do 6º ao 24º mês de vida – 1mg de ferro elementar/kg peso/dia.
- em caso de leite de vaca: partir da interrupção do aleitamento materno exclusivo até o 24º mês de vida – 1mg de ferro elementar/kg peso/dia.

Crianças recebendo leites modificados enriquecidos com ferro não precisam complementação de Fe.

O pediatra deve orientar a família para estimular a independência da criança, deixando-a comer por conta própria quando começar a manifestar essa vontade, mesmo que se suje, suje em volta e demore mais para comer. Também é aconselhável que a criança sente-se à mesa, quando a família vai comer, mesmo que já tenha sido alimentada antes.

Em torno de um ano de idade a criança já pode comer a comida da família desde que não condimentada em excesso e bem cozida.

Entre 1 e 2 anos de idade a criança já aprende a beber com o copo. Esse aprendizado deve ser aproveitado logo que possível para fornecer qualquer líquido por esse meio, dispensando a mamadeira e a chuquinha. Nunca fornecer leite pela mamadeira com a criança dormindo.

ALIMENTAÇÃO NA IDADE PRÉ-ESCOLAR

Na idade pré-escolar, a queixa dos pais de que a criança não come surge principalmente pelos seguintes motivos: a desaceleração do crescimento ponderal e estatural diminui naturalmente as necessidades de ingestão de alimentos pela criança; nesta idade, os pais diminuem o valor conferido às refeições lácteas e aumentam o valor atribuído às refeições de sal; erros alimentares introduzidos nos primeiros dois anos de vida acarretam, na faixa etária pré-escolar, diminuição do apetite particularmente para os alimentos oferecidos no almoço e no jantar. Além disto, embora o brincar e as atividades físicas ocupem espaço fundamental na vida da criança, não devem invadir o espaço destinado à alimentação. O organismo possui mecanismos de saciedade, que determinam a quantidade de alimentos que necessita, por isso, deve ser permitido o seu controle de ingestão. Quando a criança já estiver apta a se servir e comer sem auxílio, isto deverá ser permitido e até mesmo estimulado. Devem ser respeitadas as preferências alimentares individuais. Se a criança repetidamente recusar um alimento, deve-se substituí-lo por outro que possua os mesmos nutrientes, ou variar o seu preparo.

A aceitação dos alimentos se dá principalmente pelo condicionamento social e a sua família é o modelo para o desenvolvimento de preferências e hábitos relacionados à alimentação. Portanto, é importante que, desde o início da vida, na introdução dos alimentos complementares, a criança observe outras pessoas se alimentando. O ambiente na hora da refeição deve ser calmo e tranquilo, pois à criança deve ser permitido vivenciar as refeições como momentos

de convivência familiar, prazerosos, em que os alimentos sejam associados a aspectos positivos de sua vida. Não deve haver televisão ligada ou quaisquer outras distrações, como brincadeiras e jogos. É importante que a atenção esteja voltada ao ato de se alimentar para que o organismo desencadeie os mecanismos de saciedade.

Recomenda-se, na alimentação do pré-escolar:

- A criança deve sentar-se à mesa de refeições, com a sua família.
- As refeições e lanches devem ser servidos em horários fixos. As refeições devem ter intervalos de 2 a 3 horas.
- Como parte do processo de educação alimentar, deve-se mostrar à criança a necessidade de respeitar horários de refeições.
- Negociar a aceitação do alimento pela criança com recompensas, chantagens ou castigos para forçar a criança a comer, devem ser evitados, pois podem reforçar a recusa alimentar da criança.
- Doces, bolachas, bolos e balas devem ser oferecidos como sobremesa ou nos horários estabelecidos para os lanches.
- É necessário que se estabeleça um tempo de duração para cada refeição. Se nesse período a criança não aceitar os alimentos, a refeição deverá ser finalizada e oferecido algum alimento apenas na próxima.
- Controlar a oferta de líquidos nos horários das refeições porque pela distensão do estômago levam à sensação de saciedade mais precocemente. O ideal é oferecê-los após a refeição. Recomendar a ingestão de refrigerantes em ocasiões especiais ou nos finais de semana.
- Envolver a criança nas tarefas de realização da alimentação como participar da escolha do alimento, da sua compra no mercado ou feira e da preparação dos alimentos.
- A monotonia alimentar, sem variações do tipo de alimento e de preparações é um fator que pode diminuir o apetite da criança. Assim, a alimentação deve ser representada por uma grande variedade de cores, texturas, formas e disposição no prato de forma atrativa.
- Estar atento para a ingestão de alimentos com teor elevado de gordura, sal e açúcar, pois estão associados ao desenvolvimento de doenças crônicas na adultícia.
- Preocupar-se com o tipo de gordura consumida, limitando o uso de gorduras tipo “trans” e saturadas, incentivando o consumo de gorduras monossaturadas e poliinsaturadas, principalmente na forma de ômega 3.
- Oferecer alimentos ricos em ferro, cálcio, vitamina A e D e zinco, pois são essenciais nesta faixa etária.

ORIENTAÇÃO ALIMENTAR PARA A CRIANÇA EM IDADE ESCOLAR (7 a 9 anos)

Na idade escolar, a criança que ainda não iniciou o estirão puberal apresenta um ganho médio de peso mensal igual a 200 gramas e o incremento estatural médio é de 0,5 centímetro ao mês. Desta forma, nesta faixa etária, a necessidade de ingestão calórica e de nutrientes corresponde às necessidades metabólicas basais acrescidas da necessidade gerada pelo crescimento lento característico do escolar. Entretanto, como esta idade precede ou, em algu-

mas crianças, já é acompanhada pelo estirão puberal, é fundamental o pediatra estar atento para adequar a alimentação ao rápido crescimento que caracteriza o indivíduo a partir do início da puberdade até o final da adolescência.

O dia alimentar da criança em idade escolar deve acompanhar a rotina da família, conforme a disponibilidade de alimentos e preferências advindas dos hábitos e costumes da família. A criança deve ter como refeições diárias, pelo menos, o café da manhã ou desjejum, o almoço e o jantar. A merenda escolar deverá adequar-se aos hábitos regionais, devendo ser evitado o uso de alimentos isentos de valor nutricional.

A seguir, são apresentadas as diretrizes gerais para a alimentação do escolar, conforme definidas pelo Departamento Científico de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria:

1. A ingestão de nutrientes deve ser em quantidade e qualidade adequadas ao crescimento e desenvolvimento desta faixa etária.
2. A alimentação deve ser variada, que inclua todos os grupos alimentares, evitando-se o consumo de refrigerantes, balas e outras guloseimas.
3. Orientar o consumo diário e variado de frutas, verduras e legumes, ótimas fontes de calorias, minerais, vitaminas hidrossolúveis e fibras.
4. Consumo restrito de gorduras saturadas e trans para profilaxia de aterosclerose e doença coronariana na vida adulta.
5. Controle da ingestão de sal para prevenção de hipertensão arterial.
6. Consumo adequado de cálcio para formação adequada da massa óssea e profilaxia da osteoporose na vida adulta.
7. Controle do ganho excessivo de peso através da adequação da ingestão de alimentos ao gasto energético e desenvolvimento de atividade física regular.

ORIENTAÇÃO ALIMENTAR DIRIGIDA AOS ADOLESCENTES

A condição nutricional na adolescência é influenciada pelas transformações físicas do estirão puberal, maturação puberal, aumento da massa corpórea, modificação da composição corpórea, bem como pelas diferentes atividades físicas. A diferenciação sexual estabelece diferenças na massa magra, no índice de massa corpórea e na época e velocidade de ganho de peso e de estatura. Os meninos tendem a ganhar mais peso e seu crescimento estatural continua por um período maior que o das meninas. As meninas aumentam proporcionalmente mais a gordura corporal e, os meninos, a sua massa muscular. Entre os 10 e os 20 anos de idade, o adolescente aumenta sua massa magra em média 35kg, enquanto nas adolescentes o aumento é de aproximadamente 18kg. Nesse período, ocorre também aumento da densidade mineral óssea, alcançando pico no final da adolescência, correspondendo ao estágio 4 de Tanner, e evoluindo gradativamente até a idade de adulto jovem. A nutrição tem papel fundamental no desenvolvimento físico do adolescente e o consumo de dieta inadequada pode influir desfavoravelmente sobre o crescimento somático e maturação.

Outro fator que influi sobre as necessidades nutricionais durante a adolescência é a realização de exercício físico, que varia em função do gênero (masculino ou feminino) e do momento em que ocorre o estirão puberal. As necessidades energéticas estão aumentadas. As diferenças entre o sexo masculino e o feminino, evidentes no início da puberdade, acentuam-se ao longo da adolescência e estão de acordo com a atividade física. O rápido crescimento da massa muscular durante o estirão pubertário exige elevada oferta protéica. Devido ao rápido crescimento, é necessário que cerca de 10-14% da ingestão total de energia corresponda a proteínas de alto valor biológico.

A alimentação inadequada na adolescência pode levar ao risco imediato ou na idade adulta de desenvolvimento das doenças crônicas como a hipertensão, a doença arterial coronariana, as dislipidemias, a obesidade, diabetes e a osteoporose. Sabe-se que constitui-se hábito comum, entre os adolescentes, não realizar refeições, especialmente o café da manhã e que o almoço e o jantar são substituídos por lanches ou refeições rápidas, compostos principalmente por embutidos, doces e refrigerantes na maioria das famílias. Alguns estudos demonstraram este padrão alimentar na adolescência, caracterizado pela ingestão excessiva de açúcares, sódio e gorduras saturadas, muitas vezes podendo representar de 35% até 55% da sua oferta energética diária. Observa-se a carência do consumo de frutas, grãos, fibras e produtos lácteos.

A adoção de hábitos alimentares adequados, com o aumento da ingestão de produtos de origem vegetal, como é o caso das leguminosas, cereais integrais, legumes, verduras e frutas, inclusive por seu teor de fibras, associada à redução do consumo de gorduras, colesterol e açúcares, é primordial para diminuir o risco de doenças crônicas na idade adulta. Entretanto, há de ser adotada atitude flexível, uma vez que os hábitos alimentares, que incluem os sanduíches com alta concentração de gordura e outras refeições rápidas, fazem parte da sociedade ocidental globalizada. Porém, deve-se estabelecer um limite para o seu consumo e promover o consumo de uma dieta variada, buscando o equilíbrio em porções adequadas de cada um dos grupos principais de alimentos.

Cuidados especiais com o aporte de minerais

Cálcio

A maioria dos adolescentes ingere menos cálcio do que o recomendado. A quantidade de cálcio absorvida de diferentes tipos de dieta é muito variada devido a fatores inibidores de sua absorção. Quase 50% do tecido ósseo é adquirido nessa fase e o acúmulo de cálcio triplica. Cerca de 60% das necessidades de cálcio devem ser fornecidas sob a forma de leite ou derivados, devido à sua maior absorção. A necessidade diária estimada de cálcio para o adolescente é de 1300 mg. (3 a 5 porções de derivados lácteos, 1 porção = 250ml de leite ou iogurte ou 2 fatias de queijo - 40g).

Ferro

A deficiência de ferro na adolescência é muito freqüente. Neste período de vida, há alta prevalência de anemia por aporte insuficiente de ferro da dieta e pelo aumento das necessidades desse mineral nesse período. Após a menarca, a necessidade de ferro é três vezes maior para o sexo feminino, devido às perdas menstruais que podem chegar a 1,4 mg/dia. As necessidade diárias de ferro são de 8mg/dia para ambos os sexos nas idades entre 9 e 13 anos e 11mg/dia e 15 mg/dia, para os meninos e meninas entre 14-18 anos. O ferro tipo heme, que se encontra nos alimentos de origem animal, possui maior absorção, que não sofre a influência de fatores inibidores presentes nos outros alimentos, devendo-se estar atento para a deficiência de ferro no adolescente que ingere pouca carne (bovina, suína, de pescados e de aves) ou nenhuma carne, adepto de dietas vegetarianas.

Zinco

Este micronutriente tem importância clínica por estar relacionado à regeneração óssea e muscular, desenvolvimento ponderal e maturação sexual. Atraso de crescimento e hipogonadismo têm sido observados em adolescentes do sexo masculino, deficientes em zinco. As recomendações diárias são 8-11 mg/dia.

Quadro 1: Sugestões de porções para compor a alimentação de adolescentes durante um dia, baseadas na Pirâmide Alimentar

	Adolescentes do sexo feminino (11 a 14 anos ou 15 a 18 anos) VET 2200 Kcal	Adolescentes do sexo masculino 11 a 14 anos (VET 2500 Kcal)/ 15 a 18 anos (VET 3000 Kcal)
Pães e cereais	7 porções	8 porções / 9 porções
Verduras e legumes	4 1/2 porções	4 1/2 porções / 5 porções
Frutas	4 porções	4 porções / 5 porções
Leguminosas	2 porções	1 porção / 1 porção
Carnes e ovos	2 porções	2 porções / 2 porções
Leite e produtos	3 porções	3 porções / 3 porções
Lácteos	1 1/2 porção	2 porções / 2 porções
Açúcar e doces	1 1/2 porção	2 porções / 2 porções
Óleo e gorduras	1 1/2 porções	2 porções / 2 porções

Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria. *Manual de Alimentação do lactente, pré-escolar, escolar e adolescente.* Departamento Científico de Nutrologia, 2006.

INDICAÇÕES DAS FÓRMULAS INFANTIS

Quando a mãe refere que precisa desmamar por alguma razão, deve-se discutir a possibilidade da mãe continuar amamentando nos horários possíveis e usar substitutos do leite nos horários em que ela não pode amamentar. Mesmo em situações em que não pode, avaliar antes com ela a possibilidade de ordenhar o leite quando distante do filho e assim, quem estiver cuidando da criança oferecê-lo nesses horários.

Quando essas alternativas não são possíveis, por qualquer razão, inclusive por opção da mãe, utiliza-se o aleitamento artificial. Com o conhecimento sobre a composição do leite materno, da composição do leite de vaca, das peculiaridades digestivas do lactente e de suas necessidades metabólicas, tornou-se possível durante o século vinte, elaborar fórmulas lácteas que protegessem o crescimento do ser humano nesta faixa etária.

Encontram-se atualmente no mercado uma variedade de leites em pó adaptados para a alimentação do lactente, inclusive respeitando a sua idade. Esses leites seguem as recomendações do “Codex Alimentarius” e modificam a proporção de proteínas, alteram por adição e subtração dos componentes a composição das gorduras e dos carboidratos, além de serem enriquecidos com vitaminas e micronutrientes, em especial o ferro. Dessa forma, nos casos em que não haja possibilidade da manutenção do aleitamento materno, esses leites se tornam a melhor opção para o substituírem, conforme publicado no Manual de Orientação Alimentar do Departamento Científico de Nutrologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Antes do sexto mês deverá ser oferecida ao lactente, que está impossibilitado de receber o leite materno, uma fórmula de partida e, a partir do sexto mês, recomenda-se a oferta de uma fórmula infantil de seguimento.

Diagnóstico Diferencial e Conduta

ADENOMEGALIAS

Condição clínica mais comum: A maioria dos casos associa-se ao crescimento normal do tecido linfóide ou a processo reativo de doenças benignas e autolimitadas.

Dados importantes da anamnese e exame físico: Idade da criança (não costumam ser palpados em recém-nascidos), tipo de início, tamanho dos linfonodos (linfonodos de até 1,5cm de diâmetro podem ser atribuídos à evolução do tecido linfóide, que se desenvolve progressivamente atingindo o pico entre 4 e 8 anos com involução até a puberdade), velocidade de crescimento, localização (a palpação de gânglios em algumas cadeias como as pré ou pós-auriculares, supraclaviculares, epitrocleares e poplíteas deve suscitar o aprofundamento da investigação diagnóstica) e características do gânglio como dor à palpação, aumento de temperatura, aderência a planos profundos e consistência. Uso de drogas como difenil-hidantoína, pirimetamina, fenilbutazona, alopurinol, isoniazida e hidralazina. Situação vacinal. Sintomas e sinais associados: Febre, exantemas, infecções de pele ou outras infecções, perda de peso, anemia, sintomas gastrintestinais, respiratórios, do aparelho osteoarticular e hematológicos (petéquias, púrpuras ou sangramentos), hepato e/ou esplenomegalia. Antecedentes epidemiológicos: procedência, viagens recentes, contato com animais.

Classificação:

- Evolução – aguda (até 3 semanas) ou crônica.
- Distribuição – localizada (regional) ou generalizada (acomete mais de duas cadeias ganglionares não contíguas).
- Localização - Superficial – áreas que permitem visualização e/ou palpação. Profunda – Sintomas de compressão ou inespecíficos, como tosse e dispnéia na adenopatia hilar por tuberculose ou dor abdominal na adenite mesentérica.

Quadro 1: Área de drenagem e principais causas de adenomegalia localizada

Cadeia ganglionar	Área de drenagem	Principais causas
Occipital	Porções posteriores do couro cabeludo e pescoço	Leões de couro cabeludo, rubéola, outras infecções virais
Pré-auricular e infra-orbitária	Pálpebras, saco conjuntival, pele da região temporal	Síndrome oculoglandular (tracoma, clamídia, adenovírus) Doença da arranhadura do gato Linfoma de Hodgkin Tuberculose, LUES, Chagas
Submandibular e submentoniano	Mucosa da boca, dentes, pele da face (região geniana), parte da drenagem das amígdalas	Amidálites, lesões de boca, LUES, caxumba, rinofaringites
Cervicais	Superiores: parte da língua, ouvido externo, parótida. Inferiores: cabeça, pescoço, laringe, traquéia, tireóide, braços, pulmões, mediastino, abdome	IVAS, mononucleose infecciosa, adenite piogênica, tuberculose, histoplasmose, toxoplasmose, leptospirose, doença da arranhadura do gato, neoplasias (linfomas, leucemia), histiocitose, pós-vacinal

(continua...)

(...continuação)

Cadeia ganglionar	Área de drenagem	Principais causas
Supraclavicular	Membros superiores, porção superior do tórax, abdome	À esquerda: lesões intra-abdominais (infecções, neoplasias) À direita: lesões torácicas
Axilares	Membros superiores, parede torácica, mamas, parede abdominal superior	Adenite piogênica, inflamação de pele, pós-BCG, neoplasias, Doença da Arranhadura do Gato
Epitrocleares	Mão e antebraço	Infecções de pele, LUES secundária, doença reumatológica com acometimento de mãos/punhos, Doença da Arranhadura do Gato
Inguinais	Membros inferiores, genitais, pele do abdome inferior, região glútea, canal anal	Infecções de membros inferiores, linfogranuloma venéreo, LUES primária, herpes genital, filariose
Poplíteos	Joelho, pele da perna e do pé	Infecção local importante

Quadro 2: Principais causas de adenomegalia generalizada:

Infeciosas

- Hiperplasia reativa benigna inespecífica
- Virais
 - Rubéola, mononucleose infecciosa*, citomegalovirose, sarampo, rubéola, infecção pelo HIV, varicela
- Bacterianas
 - Tuberculose, lues, escarlatina, endocardite subaguda, bacteremia, brucelose
- Fúngicas
 - Histoplasmose, coccidiodomicose, paracoccidiodomicose
- Parasitárias
 - Toxoplasmose*, toxocaríase, Chagas, leishmaniose visceral

Reação às drogas

- Fenil-hidantoína, isoniazida

Doenças auto-imunes

- Artrite Reumatóide Juvenil, lupus eritematoso sistêmico, doença do soro, anemia hemolítica auto-imune

Anemias hemolíticas

Doenças de depósito

- Niemann-Pick e Gaucher

Imunodeficiências

- Doença Granulomatosa Crônica

Neoplásicas*

- Primárias do tecido linfóide
 - Linfoma de Hodgkin e não-Hodgkin
- Outras neoplasias
 - Leucemias, neuroblastomas

Outras causas

- Kawasaki, hipertireoidismo, sarcoidose, histiocitose, reticulo-endoteliose

* Podem ser inicialmente localizadas

ARTRITES

SINAIS E SINTOMAS

As artrites são classificadas em agudas (< 6 semanas) e crônicas (> 6 semanas). Embora o diagnóstico diferencial seja amplo, mas de 90% das formas agudas são enquadrados em 6 grupos:

Séptica	Traumática	Vasculite
Reativa	Onco-hematológica	Colagenose

Artrite Séptica: Responsável no máximo por 6% dos casos, deve ser a primeira a ser afastada, em virtude do fato do retardo diagnóstico e do tratamento, terem implicações prognósticas.

Artrite Reativa: É aquela relacionada a uma infecção onde não se encontram microorganismos viáveis dentro da articulação, podendo ser trans ou pós-infecciosa. Em nosso meio, pela alta prevalência de complicações cardíacas, tem maior importância a artrite da Febre Reumática, relacionada a uma infecção da orofaringe pelo estreptococo β - hemolítico do grupo A.

Artrite Traumática: Relacionada a traumatismos, é mais freqüente após a idade escolar quando se iniciam as atividades esportivas.

Artrite relacionada c/ doença Onco-hematológica: As crises de dor acompanhadas de edema das mãos e pés podem ser as primeiras manifestações de uma anemia falciforme. A artrite ou dor osteo-articular, pode ser também uma manifestação inicial de uma neoplasia, principalmente das leucoses, como a Leucemia Linfóide Aguda, a mais prevalente nesta faixa etária.

Artrite relacionada c/ Vasculites e Colagenoses: A artrite faz parte do quadro clínico de praticamente todas as síndromes vasculíticas sistêmicas e colagenoses.

DIAGNÓSTICO

Artrite Séptica: Quadro sistêmico de infecção invasiva (febre alta e queda do estado geral); geralmente monoartrite com sinais locais inflamatórios intensos; hemograma infeccioso; líquido sinovial com leucometria superior a 50.000/mm³, (polimorfonucleares).

Artrite Reativa: Na Febre Reumática é rara antes dos 5 anos. É uma poliartrite migratória acometendo preferencialmente grandes articulações, com dor intensa desproporcional aos outros sinais inflamatórios, com rápida resposta a introdução de antiinflamatórios não hormonais, como o AAS. Provas de atividade inflamatória (VHS, mucoproteínas, PCR) e principalmente a antiestreptolisina O (ASLO).

Artrite Traumática: É importante a história traumática (esportes) e a estreita relação temporal entre o traumatismo e o início dos sintomas. Raio X, ultrasonografia e as vezes ressonância magnética, para detectar lesões de partes moles.

Artrite das doenças onco-hematológicas: Quadro atípico de artrite, com má-resposta aos antiinflamatórios, associada a sinais sistêmicos como, palidez progressiva, perda ponderal, hepatoesplenomegalia e dores ósseas em outros locais. Hemogramas seriados e marcadores de destruição celular (LDH, ácido úrico), mielograma.

Artrite das síndromes Vasculíticas/Colagenoses: Predominam as manifestações extraarticulares, como o rash na síndrome de Henoch-Schonlein; a febre, rash, adenomegalia cervical unilateral, lesões mucosas e de extremidades na doença de Kawasaki; o rash e a fraqueza muscular na Dermatomiosite, etc.

TRATAMENTO

Antibióticoterapia e drenagem ou punções repetidas de alívio, na artrite séptica. Antiinflamatórios não hormonais nas artrites reativas (AAS na febre Reumática). Tratamento da doença de base, nas artrites das doenças onco-hematológicas. Nas artrites das síndromes vasculíticas/colagenoses, antiinflamatórios não hormonais e corticosteroides em alguns casos.

COMO PREVENIR

Prevenção das doenças ou causas relacionadas com as respectivas artrites, com ênfase especial a prevenção da infecção pelo estreptococo b hemolítico, no caso da Febre Reumática.

BAIXA ESTATURA

ANAMNESE	EXAME FÍSICO
Peso e comprimento ao nascer Estatura dos pais Época de maturação sexual de pais e irmãos	Peso, estatura, perímetro cefálico. Alteração da relação segmento superior/segmento inferior: em doenças ósseas, raquitismo, síndromes genéticas e dismórficas, hipotireoidismo. Fácies: alterado em doenças genéticas. Clinodactilia do quinto dedo: observada em nanismos dismórficos. Genitália: alterada em doenças genéticas ou hormonais.

DIAGNÓSTICO

Determinar as idades: idade-peso(IP), idade altura (IA), idade mental(IM) e idade óssea(IO).

Para determinar IP, deve-se verificar em que idade o peso atual da criança corresponderia ao percentil 50. Fazer o mesmo para determinar IA.

IP e IA igualmente comprometidas: familiar, pituitária, desnutrição crônica.

IA mais comprometida que IP: hipotireoidismo; durante a recuperação do desnutrido.

IP mais comprometida que IA: desnutrição aguda.

IM alterada: doenças genéticas, hipotireoidismo, doenças neurológicas, desnutrido grave.

IO normal: baixa estatura familiar.

IO atrasada: possui melhor prognóstico quanto à estatura final. É encontrada nos indivíduos com atraso constitucional de crescimento, onde há história familiar de puberdade tardia. Também é observada na desnutrição.

A investigação é variável de acordo com a etiologia. Investigar e, se necessário, descartar inadequação nutricional e patologias sistêmicas diversas (digestórias, imuno-alérgicas, pulmonares, renais, hematológicas, oncológicas, entre outras)

- Exame clínico atento, observando presença de estigmas para síndromes genéticas (Turner, Noonan, Seckel, Silver-Russel, entre outras), com especial atenção à face e extremidades, além da simetria corpórea (relação entre estatura/envergadura, e segmento superior/inferior) que podem sugerir displasias ósseas. Avaliar o estágio de maturação puberal. Proceder e registrar cuidadosamente a antropometria em curva de crescimento adequada (NCHS):
- Abaixo do percentil 3: Baixa estatura (com ou sem doença associada)
- Entre percentil 3 e 10: Zona de vigilância para baixa estatura.
- Desaceleração do ritmo ou mudança do canal de crescimento estatural: independentemente do percentil de estatura, deve ser investigada.

EXAMES COMPLEMENTARES

Para todas as crianças com baixa estatura realizar:

- Hemograma, sedimento urinário, parasitológico de fezes, proteínas totais e frações
- Idade óssea

Para as crianças com estatura muito abaixo do percentil 3, realizar:

- Uréia e creatinina, sódio e potássio, gasometria: para afastar doenças renais tubulares ou intersticiais, que curse com insuficiência renal crônica.
- Glicemia de jejum: crianças com hipopituitarismo podem apresentar hipoglicemia.
- Raio X de crânio: para avaliar o tamanho da sela túrcica.
- Cariótipo: para afastar síndrome de Turner, em meninas.
- Dosagem de T3, T4 e TSH.

TRATAMENTO

Se os exames não indicarem doenças sistêmicas que justifiquem o déficit estatural, e que determinam o tratamento da causa básica, devemos considerar duas alternativas:

- O déficit é limitrofe, sem atraso significante de idade óssea (<2DP): Corrigir eventuais erros alimentares e comportamentais e seguir o ritmo de crescimento do paciente. Se ritmo insatisfatório e com evidência de perda de potencial de crescimento avaliado por sucessivas previsões de estatura final indicando piora do prognóstico, considerar déficit parcial de GH e indicar tratamento de prova por 6 a 12 meses.
- O déficit é importante e/ou apresenta atraso de maturação óssea significante (>2DP): Afastar doenças de fundo hormonal, principalmente a deficiência isolada ou combinada (pan-hipopituitarismo) de GH, e o hipotireoidismo. Se confirmados, tratar através de reposição hormonal adequada.

Nos casos de baixa estatura associada à atraso puberal (RCCP: retardo constitucional do crescimento e puberdade), se não houver desenvolvimento da puberdade até os 13 anos na menina e 14 anos no menino, afastar causas centrais (hipogonadismo hipogonadotrófico) ou periféricas (hipogonadismo hipergonadotrófico) e indicar estímulo com esteróides no sentido de acelerar a maturação do eixo hipotálamo-hipófise-gônada e assim desencadear a cascata de eventos levando ao estirão puberal.

COMO PREVENIR

A melhor prevenção para um déficit de crescimento é a monitorização adequada do crescimento, fruto de uma puericultura bem estruturada, capaz de impedir os erros alimentares e maus hábitos de vida, ao mesmo tempo detectando precocemente uma eventual desaceleração do ritmo, propiciando um diagnóstico precoce, com tratamento certamente mais efetivo.

Associado às melhoras no ambiente, incluindo-se condições sanitárias adequadas e acesso a programas de imunização, entre outras medidas de promoção de saúde, certamente o resultado final será a expressão máxima do potencial genético de crescimento de cada paciente, respeitando-se também sua individualidade, entendendo e transmitindo o importante conceito da variabilidade do crescimento normal.

DORES RECORRENTES FUNCIONAIS

CEFALÉIA

Enxaqueca (Migrânea)

A história familiar de migrânea em parentes próximos é frequentemente positiva, fato que, além de auxiliar no diagnóstico, tranqüiliza o paciente e seus familiares. No tratamento e profilaxia

da migrânea, a eliminação de fatores precipitantes da dor, como jejum prolongado, privação de sono, ansiedade, exercícios físicos, certos alimentos (queijos amarelos, chocolate, amendoim, bebidas alcoólicas, glutamato monossódico, aspartame, dentre outros), deve ser o ponto de partida. Desta forma, devemos orientar o paciente e seus familiares quanto ao controle destes fatores, bem como tranqüilizá-los de que a dor pode ser prevenida apenas com esta simples medida. É de grande valia solicitar aos familiares um recordatório dos episódios algícos, através do qual, juntamente com o médico assistente, podemos analisar frequência e duração da dor e os possíveis fatores desencadeantes.

Tabela I – Critérios Diagnósticos de Migrânea

CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE MIGRÂNEA SEM AURA	
A – Presença de, no mínimo cinco crises, preenchendo os critérios B-D	
B – Crises com duração de 1-48 horas	
C – Presença de, no mínimo dois dos seguintes critérios:	
	Localização unilateral
	Dor de caráter pulsátil
	Intensidade moderada ou severa
	Agravada por atividades físicas rotineiras (ex: andar ou subir escadas)
D – Presença de, pelo menos um dos sintomas, durante a crise dolorosa:	
	Náusea e/ou vômitos
	Fotofobia e fonofobia
CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE MIGRÂNEA COM AURA⁷	
A – Presença de, no mínimo duas crises preenchendo B	
B – Presença de no mínimo três dos seguintes critérios:	
	Um ou mais sintomas de aura completamente reversíveis
	Pelo menos 1 aura desenvolvendo gradualmente por mais de 4 minutos, ou 2 ou mais sintomas ocorrendo em sucessão
	Auras com duração máxima de 60 minutos
	Cefaléia se segue menos de 60 minutos após a aura

Ainda dentre o tratamento não farmacológico são de grande relevância o repouso, a redução da intensidade luminosa e sonora, o sono adequado e as técnicas de relaxamento. Caso não haja melhora com as medidas anteriormente citadas, indica-se o tratamento farmacológico, que se divide em abortivo e profilático⁹. Para abortar uma crise de migrânea em crianças, geralmente é suficiente o uso de analgésicos comuns como a Aspirina, o Paracetamol, a Dipirona ou antiinflamatórios não hormonais como o Ibuprofeno. As doses indicadas encontram-se na tabela II.

Tabela II – Tratamento abortivo da migrânea

DROGAS	DOSES	INTERVALOS
Ácido acetil salicílico	7-10mg/Kg/dose	6/6 horas
Paracetamol	10-15mg/Kg/dose	6/6 horas
Dipirona	6-10mg/Kg/dose	6/6 horas
Ibuprofeno	10mg/Kg/dose	6/6 horas

A profilaxia medicamentosa raramente é indicada na infância, o sendo apenas se houver mais de dois episódios de migrânea por mês ou se as crises forem incapacitantes. As medicações mais prescritas são o Propranolol, a Flunarizina e a Ciproheptadina. A duração do uso é de 4 a 12 meses, com redução lenta e progressiva. As doses preconizadas, de acordo com o Consenso da Sociedade Brasileira de Cefaléias, encontra-se na tabela III:

Tabela III – Tratamento profilático da migrânea

DROGA	DOSE DIÁRIA (mg)	DOSES/DIA	OPÇÕES PREFERENCIAIS	CONTRA-INDICAÇÕES
FLUNARIZINA	2,5 - 10 mg	1	Todas	Depressão
PROPRANOLOL	1-2 mg/Kg	2 - 3	Obesos	Asma Bradiarritmia Diabetes
CIPROHEPTADINA	4-8 mg	1 - 2	Baixa idade Inapetência Hipersensibilidade alérgica	Gestação Hepatopatia Glaucoma Obesidade

Cefaléia tensional

A cefaléia tensional é a mais comum das cefaléias. A dor ocorre com maior frequência que na migrânea, cerca de cinco a 30 vezes por mês, ocasionada pela contração muscular decorrente de stress, piora no fim do dia, é de leve a moderada intensidade e não costuma interromper as atividades habituais da criança. A dor pode estar na região frontal ou occipital, é em pressão e não latejante como na migrânea e não se acompanha de náuseas, vômitos, fotofobia ou fonofobia.

Fatores emocionais estão envolvidos na gênese da cefaléia tensional. A presença de dificuldades no relacionamento familiar, escolar ou social ou de adaptação a fatos novos pode gerar este tipo de dor recorrente funcional. A dor agrava-se nos períodos de grande tensão emocional e, de modo diferente da migrânea, não costuma ser aliviada pelo sono, além de não haver antecedentes de vômitos cíclicos, enxaqueca abdominal ou de vertigem paroxística benigna.

O tratamento e a profilaxia consistem na identificação e eliminação dos fatores desencadeantes, aconselhamento sobre como lidar com a dor através de técnicas de relaxamento e, quando necessário indicar psicoterapia de apoio ou uso de antidepressivos tricíclicos como a amitriptilina em dose única noturna de 10-50mg.

Cefaléia recorrente mista

Na prática pediátrica, frequentemente observa-se a ocorrência da cefaléia mista, a qual consiste na superposição de cefaléia tensional com episódios de migrânea, com predomínio característico do componente tensional em virtude de sua maior frequência, dificultando por vezes o diagnóstico do tipo de cefaléia.

Apesar de todo progresso no conhecimento sobre as cefaléias, são necessários estudos de acompanhamento a longo prazo de pacientes pediátricos com cefaléias recorrentes funcionais, bem como ensaios clínicos e consensos, já existentes para os pacientes adultos, para que possamos melhor definir as cefaléias recorrentes funcionais, entendê-las, tratá-las e principalmente preveni-las.

DORES ABDOMINAIS RECORRENTES FUNCIONAIS

DEFINIÇÃO

Três episódios dolorosos com intervalos assintomáticos num período superior a um mês, já definem a dor abdominal recorrente. As DARFs, apesar da sua benignidade, preocupam o paciente e seus familiares, podendo, como ocorre nas outras dores recorrentes funcionais, levar o médico a solicitar excesso de exames complementares e encaminhar a muitos especialistas, desnecessariamente.

CARACTERÍSTICAS

As DARFs ocorrem entre 4-18 anos de idade, com predomínio em escolares. São mais frequentes no sexo feminino, sobretudo em adolescentes. A sensação âlgica é referida na linha média, peri ou supraumbilical, de localização imprecisa e pode durar de minutos a horas. Raramente ocorre durante o sono, ou relaciona-se com alimentação, atividade física ou posição adotada pelo paciente, ou necessita de analgesia. Frequentemente se acompanha de alterações do ritmo intestinal (constipação ou diarreia) ou distúrbios de controle esfinteriano (enurese ou encoprese).

Estes pacientes podem apresentar características em comum como introspecção, ansiedade, hipersensibilidade emocional, superproteção materna, ausência da figura paterna, rigidez excessiva na educação, onicofagia, história prévia ou concomitante de outra dor recorrente funcional e história familiar materna de migrânea positiva. No entanto, alguns autores questionam a participação dos problemas de relacionamento intrafamiliar, escolar e social no desencadeamento das DARFs. As promessas de “ganhos secundários” pelos pais, como permissão de não ir à escola ou ganhar um brinquedo para melhorar as dores, também são considerados como fatores desencadeantes das DARFs.

DIAGNÓSTICO

Os exames laboratoriais a serem solicitados, quando há dúvida diagnóstica sobre a DARF, estão citados na tabela IV a seguir:

Tabela IV – Exames laboratoriais nas DARFs

FEZES Parasitológico Pesquisa de sangue oculto	SANGUE Hemograma Velocidade de hemossedimentação
URINA Elementos anormais e sedimento Urinocultura	IMAGEM Radiografia de abdome Ultrassonografia abdominal

É extremamente importante afastar sinais e sintomas de alarme que podem sugerir a presença de doença orgânica como: despertar noturno devido à dor, desaceleração do crescimento pondero-estatural, vômitos frequentes, diarreia crônica severa, sangramento digestivo, dor persistente no hemiabdomene direito, história familiar positiva de doença inflamatória intestinal, febre de origem obscura, presença de massa palpável ou hepatoesplenomegalia.

TRATAMENTO

O primeiro ponto é esclarecer aos familiares de que a dor é real e não deve ser ignorada ou questionada. Assim a criança é acolhida, ouvida, avaliada e orientada, explicando-se que não há uma doença grave subjacente, assim aliviando o drama do paciente e da família.

Outro ponto fundamental desta abordagem terapêutica é objetivar o retorno à vida habitual, mesmo antes da resolução definitiva das dores. Devemos detectar junto aos pacientes os fatores desencadeantes ou agravantes das dores para restringi-los. Também pode-se redirecionar a criança para outra atividade que lhe seja prazerosa (pular, correr, cantar, andar de bicicleta, assistir televisão...), quando ela comunicar a dor, fazendo com que o paciente não mais valorize a dor naquele momento.

No tratamento medicamentoso, devemos ser parcimoniosos, explicando que a abordagem biopsicossocial é a mais importante. Entretanto, podemos acrescentar, quando houver associação com dispepsia, um bloqueador H_2 como a ranitidina. Se houver constipação intestinal, pode ser instituída a reeducação alimentar, aumento da ingestão de fibras, além de um antifisético como a Dimeticona, se houver distensão abdominal gasosa. O uso de compressas mornas e massagens no abdome é por vezes mais eficaz que o uso de antiespasmódicos.

A psicoterapia de apoio está indicada na presença de depressão associada às DARFs, com diminuição da auto-estima, dificultando a vida normal do paciente, podendo ser recomendado também o uso, em pequenas doses, de um agente anti-depressivo¹.

Finalmente, devemos evitar o excesso de exames complementares que pode levar a “longas jornadas de investigação” exaurindo a criança, seus familiares e os próprios médicos, com um grande custo tanto financeiro quanto emocional, “para chegar ao ponto de partida”. Por outro lado, também devemos evitar a “conduta simplista”, de medicar os pacientes repetidamente com anti-helmínticos e sim, voltar a atenção para a criança como um todo, “acolhendo-a sem dramatizar”.

É importante o atendimento de crianças e adolescentes com dores abdominais funcionais a atenção à sua personalidade e à sua capacidade de estabelecer contatos emocionais saudáveis em casa e fora dela.

DORES RECORRENTES FUNCIONAIS EM MEMBROS

A queixa de dor recorrente em membros é mais freqüente na faixa etária de 4 a 10 anos de idade, tem discreto predomínio no sexo feminino e é de origem não orgânica em mais de 90% dos casos, assim como observado nas cefaléias e dores abdominais recorrentes.

Na abordagem diagnóstica da dor em membros, para auxiliar no diagnóstico diferencial, deve-se lembrar que há existem cinco grupos de causas orgânicas (mecânicas, inflamatórias, hematológicas, neoplásicas e metabólicas) e um grupo de causas funcionais.

Na anamnese específica, obter: caracterização da dor quanto à localização, intensidade, modo de início, freqüência, duração de cada episódio, variação de intensidade ao longo do dia, influência do repouso e da movimentação no desencadeamento, atenuação e piora da dor, uso de drogas e resposta terapêutica, além de repercussão sobre atividades diárias da criança. Perguntar sobre manifestações sistêmicas (queda do estado geral, palidez, febre, emagrecimento, erupções cutâneas, fraqueza muscular, artrite, adenomegalia, hepatoesplenomegalia, dificuldade de deambulação), envolvimento de outros órgãos e sistemas, história patológica pregressa (ocorrência prévia de sintomas similares, referência a doença associada ou stress psicológico) e história familiar.

O exame físico deve ser detalhado, sendo essencial o do aparelho locomotor, com avaliação da postura, marcha, semiologia articular (verificar se há artralgia, edema, rubor ou calor articulares, limitação funcional, dor à palpação de massas musculares e ênteses, alodinia). Também são de grande relevância, a avaliação de manifestações cutâneas, dos pulsos periféricos, e a análise da força muscular e dos reflexos tendinosos.

Afastados os cinco grupos de condições associados à dor orgânica, permanece como hipótese diagnóstica um grupo bastante freqüente, que representa 4-15% das consultas pediátricas e 25%

das reumatológicas, constituído pelas dores funcionais. Nestes pacientes são freqüentemente observados, isolados ou em combinação: fortes indícios de distúrbios emocionais (assim como na família), problemas de adaptação ou relacionamento na esfera familiar e/ou escolar, perfil psicológico perfeccionista, alto grau de exigência pessoal e/ou familiar, queixas prévias ou concomitantes de cefaléia e/ou dor abdominal recorrentes sem solução e sem diagnóstico etiológico mesmo após exaustiva investigação, fadiga, depressão, alterações de sono, distúrbios do apetite, sintomas de conversão (paralisia, dormência, cegueira) e presença de um ou mais familiares com doença grave ou com o mesmo tipo de dor.

Geralmente, após a obtenção de anamnese e exame físico detalhados, não são necessárias investigações adicionais. Qualquer exame laboratorial deve ser solicitado e interpretado com cautela, já que, quanto mais testes são realizados, maior é a probabilidade de resultados falso-positivos, gerando dúvidas sobre o diagnóstico, preocupação de tratar-se de uma doença orgânica e retardo no início do tratamento apropriado. Um protocolo simples de exames complementares, quando houver dúvida diagnóstica, deve constar de hemograma completo, provas de atividade inflamatória (velocidade de hemossedimentação e proteína C reativa) e radiografias da região referida como dolorosa.

Não existe um tratamento universalmente padronizado para as dores funcionais em membros. A terapia deve visar dois objetivos primordiais: a restauração funcional e o alívio da dor.

As dores de crescimento, a fibromialgia, a distrofia simpático-reflexa e o reumatismo psicogênico representam as principais causas funcionais de dores nos membros.

Dores de crescimento

Apesar de acreditar-se que o crescimento físico seja indolor, este termo já foi consagrado pelo uso médico e popular. As dores de crescimento (DC) são a causa mais comum de dores nos membros, ocorrendo em pré-escolares e escolares, com prevalência de 35% a 40%. Existem três teorias que podem explicar o seu aparecimento: fadiga (em resposta ao superuso), fatores anatômicos (pés planos, genu recurvatum) ou fatores psicológicos (dores funcionais).

As DC são intensas, recidivantes, difusas, localizadas em membros inferiores (face anterior das coxas e tíbias, próximo aos joelhos, panturrilhas ou ossos poplíteos), de duração breve e resolução espontânea ou com massagens, vespertinas ou noturnas, de evolução benigna e autolimitada. Cursam com exames físico, complementares e de imagem absolutamente normais.

Tabela 1 – Critérios diagnósticos das DCs

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Dor intermitente	Dor contínua
Dor não articular	Dor articular
Dor em ambos os membros inferiores	Dor localizada em um membro
Ocorrência geralmente no fim do dia ou à noite	Edema, calor, rubor, limitação de movimentos, claudicação Alterações em exames laboratoriais ou de imagem

Peterson HA. Growing pains. *Pediatr Clin North Am* 1986; 33: 1365-72.

O tratamento desta condição consiste na prática de exercícios físicos, calor local, massagens e, sobretudo, identificação e eliminação dos possíveis conflitos emocionais subjacentes, além de tranquilização da família quanto à benignidade do quadro.

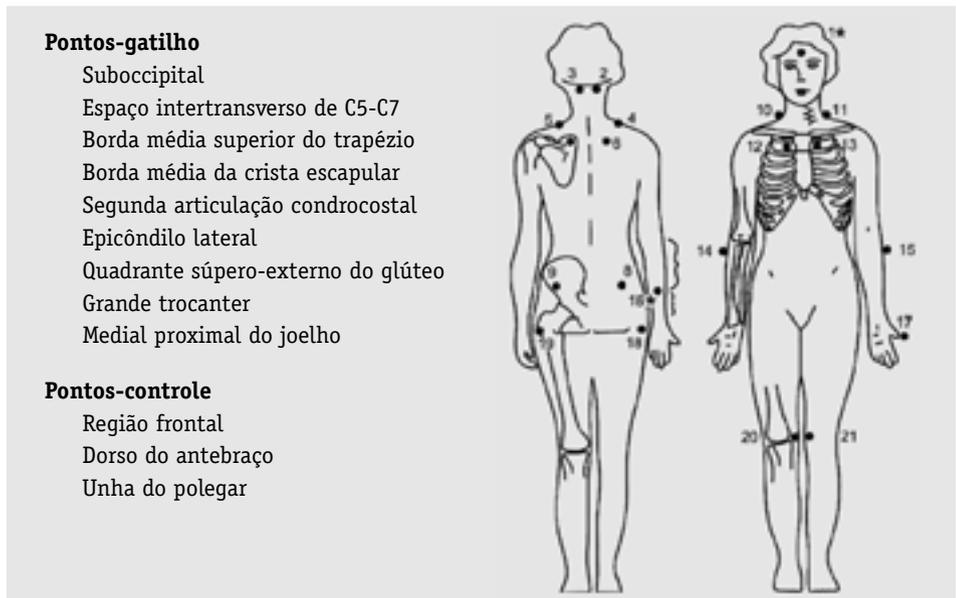
Fibromialgia

Foi recentemente descrita na infância. Predomina no sexo feminino (3:1) e adolescência e associa-se a episódio prévio de outra dor recorrente funcional. Também é relatada alta prevalência em familiares de pacientes com fibromialgia, sugerindo etiologia genética e ambiental.

Lembrar que 20-25% dos casos podem ser secundários a: trauma físico, doenças reumatológicas, hipotireoidismo, doenças sistêmicas, neoplasias e infecções virais crônicas. Sinais e sintomas associados são: fadiga, insônia ou sono não restaurador, ansiedade, depressão, irritabilidade, cefaléia, sensação subjetiva de dormência e edema e síndrome do cólon irritável.

O diagnóstico baseia-se nos critérios do American College of Rheumatology (1991) e requer: 1) Presença de dor difusa por mais de três meses, 2) Dor em 11 ou mais dos 18 pontos-gatilho padronizados (Figura 1), 3) Dor acima e abaixo da cintura, 4) Dor nos dimídios direito e esquerdo, 5) Dor axial (coluna vertebral e arcos costais). A presença de dor nos pontos-gatilho deve ser pesquisada à digitopressão ou com o uso do dolorímetro e ser comparada com limiar de dor em três a quatro pontos-controle que são pontos menos dolorosos ou indolores, localizados no terço médio do antebraço, falanges e frente.

Figura 1 – Pontos de Fibromialgia



Os exames laboratoriais e de imagem não exibem alterações. Diante da suspeita clínica de fibromialgia secundária, o Pediatra geral deve recomendar a avaliação de um Reumatologista Pediátrico. Há poucos relatos sobre a terapêutica da fibromialgia na infância. O tratamento desta condição consiste em exercícios aeróbicos de baixo impacto, psicoterapia de apoio e uso de medicamentos, como antidepressivos tricíclicos.

Reumatismo psicogênico

As dores musculoesqueléticas de origem psicogênica são mais frequentes em pré-adolescentes e adolescentes, surgindo em decorrência de conflitos psíquicos (mau desempenho

escolar, baixa auto-estima, alto nível de exigência pessoal e familiar, dificuldades no relacionamento com familiares, amigos ou professores ou de adaptação à mudanças) como uma espécie de tentativa, de amenizar ou desviar a atenção destes conflitos. Suspeita-se que a dor direcione a atenção da família para a criança e seu problema, aliviando anseios e angústias, reduzindo o alto nível de auto-cobrança e de expectativa imposto pela família ou pela escola.

Não existe um padrão definido, como nas dores de crescimento, distrofia simpático-reflexa e na fibromialgia. São comuns as descrições exageradas, de dor mal definida, constante ou intermitente, de localização e qualidade imprecisas ou que se modificam durante o relato ou exame físico, além de sensações de anestesia, hiperestesia e parestesias. Também podem ser detectados sintomas depressivos, distúrbios alimentares e labilidade emocional.

Ao exame físico, podem ser observadas três diferentes situações: manipulação indolor de regiões relatadas como extremamente dolorosas; mobilização inicial intensamente dolorosa e até mesmo presença de alodinia, mas que, após distração da criança, não é mais evidenciada; por último, ausência de expressão facial de sofrimento, apesar da queixa algica intensa, não havendo outras anormalidades exceto por imobilidade prolongada, que podem ocasionar edema e redução de temperatura local.

Os exames complementares a ser realizados são basicamente: hemograma, velocidade de hemossedimentação/ proteína C reativa e os de imagem, os quais não evidenciam alterações.

O diagnóstico desta condição é muito difícil, pois é necessário descartar causas orgânicas, além de identificar a alteração psíquica desencadeante do processo, e só então esclarecer e transmitir segurança à família de que não existe uma doença orgânica subjacente, que a dor pode ser resolvida e que a criança poderá ter uma vida normal através do estímulo à atividade física e do apoio psicológico.

DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

Alterações dermatológicas elementares

Exantema: Qualquer alteração de cor e/ou relevo da pele.

Enantema: Alteração da mucosa oral.

Mácula: Alteração circunscrita da cor da pele;

Pápula: lesão elevada, sólida, menor que 1cm de diâmetro.

Placa: lesão elevada, sólida, maior que 1cm de diâmetro

Vesícula: lesão elevada, conteúdo líquido, seroso, menor que 1cm de diâmetro,

Bolha: Lesão elevada, conteúdo líquido, maior que 1cm de diâmetro

Púrpura: lesão arroxeadada, secundária à hemorragia cutânea, quando puntiforme, denomina-se petéquia.

Classificação:

- I. **Exantema maculo-papular** – Manifestação cutânea mais comum nas doenças infecciosas sistêmicas
 - a. **Morbiliforme**: máculas e pápulas avermelhadas confluentes ou não com áreas de pele sã de permeio. Exantema típico do sarampo.
 - b. **Escalatiniforme**: eritema difuso, puntiforme, áspero ao toque. Típico da escarlatina.

- c. **Rubeoliforme:** semelhante ao morbiliforme, mas de coloração rósea e com pápulas menores. Ex: rubéola, enterovirose.
- d. **Urticariforme:** erupção pápuloeritematosa com contornos irregulares. Ex: reação medicamentosa, algumas coxsackioses.

II. Papulovesicular – É comum a sucessão de maculo-pápulas em vesículas, vesicopústulas e crostas. Ex: varicela, herpes simples.

III. Petequial ou purpúrico – Alterações vasculares (extravasamento de hemácias) com ou sem alterações das plaquetas ou da coagulação. Ex: meningococemia.

Algumas doenças podem manifestar-se com vários tipos de exantemas. Alguns vírus e bactérias comuns podem causar exantemas não característicos em crianças. Em algumas situações, o exantema não é característico, o que impede sua classificação.

Dados importantes da anamnese e exame físico:

Idade, procedência, história de febre (início, duração, intensidade), outras características do período prodrômico (coriza, tosse, conjuntivite, sintomas gastrintestinais), tipo de exantema (forma e local de início, evolução, distribuição), sinais e sintomas associados (sinais típicos ou patognomônicos de determinadas moléstias, como as manchas de Koplik no sarampo, linfadenomegalia, artralgia, hepatoesplenomegalia, repercussão no estado geral), uso de medicamentos, situação vacinal, viagens recentes e contato com caso-índice.

Quadro I: Principais características dos exantemas máculo-papulares

Doença	PI*	Pródromos	Exantema	Sintomas/sinais característicos
Sarampo	7-12 dias	3-5 dias: febre, coriza, tosse e conjuntivite	Morbiliforme, distribuição céfalo-caudal, generaliza-se até o 3º dia	Manchas de Koplik. Nos casos não complicados a febre cai entre o 2º e o 3º dia do exantema
Rubéola (escolares e adolescentes)	14-21 dias	Em crianças não costuma ocorrer.	Coloração rósea, começa na face. Progride mais rapidamente que o sarampo.	Linfadenopatia suboccipital, cervical posterior e retroauricular. Petéquias em palato. Artralgia e/ou artrite.
Exantema súbito (crianças 6m-2anos)	7-10 dias	3-4 dias de febre alta e irritabilidade	Coincide com o fim da febre, mais intenso do centro para periferia. Fugaz, duração máxima 72 horas.	
Eritema infeccioso (escolares e adolescentes)	7-14 dias	Não há	Padrão rendilhado, duração 7-10dias, exacerba-se com o frio, calor ou estresse.	<i>Cara de palhaço ou face esbofetada</i>
Escarlatina	12-48 horas	Geralmente 12 horas: febre, dor de garganta.	Início nas superfícies flexoras, esmaece à pressão, pele em lixa. Descamação lamelar que acomete mãos e pés.	Amigdalite purulenta, mais intenso nas dobras (sinal de Pastia), poupa região perioral (Filatov), língua saburrosa no início e em framboesa em alguns dias

(continua...)

(...continuação)

Doença	PI*	Pródromos	Exantema	Sintomas/sinais característicos
Viroses respiratórias (Parainfluenza, rinovírus, adenovírus, influenzae, VSR**)	Variável	Sintomas respiratórios	Sem características definidas	
Kawasaki (<5 de 5 anos)		febre alta por mais de 5 dias, adenopatia cervical, conjuntivite	Escalatiniforme, início em tronco. Descamação lamelar.	Alterações das extremidades (edema na fase aguda, descamação periungueal na fase subaguda), linfadenopatia cervical, alterações da mucosa oral, alterações cardiovasculares
Dengue	1-5 dias	Semelhante ao resfriado comum	Ocorre em 30% dos casos. Recrudescente, descamação fina. Na reinfeção, pode ser petequial ou purpúrico.	
Outras enteroviroses (não pólio)			5 - 50% dos casos. Pode manifestar-se de outras formas.	
Mononucleose	4-14 dias		10% a 20% dos casos. Semelhante à rubéola. ↑50% após uso de ampicilina.	Amigdalite membranosa, febre, linfadenomegalia, esplenomegalia em 50% dos casos
Toxoplasmose			90% são assintomáticos, quando sintomático, assemelha-se à mononucleose.	Coriorretinite
Infecção pelo Citomegalovírus			Maioria assintomática. Casos sintomáticos, assemelham-se à mononucleose.	
Síndrome da pele escaldada estafilocócica			Início abrupto. Eritema perioral. Inicialmente semelhante à queimadura solar. Após, evolui com grande bolhas.	Sinal de Nikolsky: descolamento da pele após leve fricção.
Miscelânea: reação medicamentosa, queimadura solar, miliária				Antecedentes de exposição solar, uso de drogas, sudorese excessiva. As reações medicamentosas podem manifestar-se com qualquer tipo de exantema.

* PI: Período de incubação

**VSR: Vírus Sincicial Respiratório

Quadro II: Principais características dos exantemas papulovesiculares

Doença	Período de Incubação	Pródromos	Exantema	Sintomas/sinais e outras características
Varicela	14-21 dias	Não é comum. Pode haver nos adolescentes.	Rápida evolução: mácula-pápula-vesícula-crosta de rápida e	Exantema centrípeto, (lesões em vários estágios numa mesma região)
Herpes Zoster	—	Febre, náuseas, hiperestesia no dermatomo acometido. Pode não haver.	Lesões aglomeradas, distribuídas ao longo das linhas dos nervos afetados.	
Herpes Simples	2-12 dias, na primoinfecção	Não há	A manifestação labial é a mais comum nos quadros recidivantes.	
Coxsackioses	4-6 dias	Leves: febre, anorexia, dor de garganta	Inicialmente maculopapular. Lesões vesiculares, mais comuns nas mãos do que nos pés. Maior acometimento nas regiões dorsais de pés e mãos.	Lesões intra-orais ulcerativas.
Molusco contagioso			Pequenas elevações nodulares, consistência firme, sem áreas eritematosas.	
Impetigo			Não atinge mucosas. Rapidamente progride para pústulas e crostas. Distribui-se em locais fáceis de coçar.	
Estrófulo			Não acomete couro cabeludo ou mucosas.	

ESTRIDOR

Os quadros de obstrução das vias aéreas, geralmente associados a infecções, há algum tempo eram designados “síndrome do crupe”. Posteriormente, com a identificação etiológica dessas patologias, preferiu-se desmembrar esta síndrome em diferentes entidades clínicas, de acordo com sua localização anatômica – laringite, laringotraqueobronquite (LTB), epiglotite, traqueíte.

Na criança, a anatomia da laringe, de arcabouço musculocartilaginoso, é diferente quando comparada com adolescentes e adultos, predispondo ao desenvolvimento de sintomas obstrutivos, às vezes freqüentes e graves.

Esses quadros obstrutivos das vias aéreas superiores comprometem laringe, traquéia, brônquios e bronquíolos e se caracterizam clinicamente por **estridor**, que corresponde à rouquidão ou tosse rouca, designada popularmente “tosse de cachorro”. O fluxo de ar, na passagem pelas vias aéreas superiores, estreitadas pelo processo inflamatório, torna-se rápido e turbulento, fazendo vibrar as cordas vocais. Costumam se acentuar durante a noite.

Predomina em crianças de seis meses a três anos de idade.

Pode ocorrer no período neonatal – **estridor laringeo congênito**, associado a laringotraqueomalácia – é inspiratório e piora com o decúbito dorsal; desaparece em torno de um ano de idade. Diagnóstico diferencial com hemangioma subglótico (dispnéia persistente), linfangioma epiglótico, abscesso ou celulite retrofaríngea e edema angioneurótico.

A intensidade da crise obstrutiva e do estridor e a progressão do quadro clínico são variáveis e têm duração de três dias a uma semana.

Nas crises de obstrução podem ocorrer tiragem, taquicardia, torpor, fadiga respiratória, hipóxia e cianose.

DIAGNÓSTICO

Clínico – baseado na anamnese e no exame físico.

Nos casos de obstrução respiratória – estridor moderada a grave - deve ser solicitado RX da região cervical para afastar a hipótese de aspiração de corpo estranho.

A laringoscopia pode confirmar o diagnóstico.

CONDUTA

Deve-se promover:

- **HIDRATAÇÃO** – de preferência V.O. – aumentar oferta de líquidos
Hidratação parenteral, nos casos mais graves, com dispnéia intensa
- **NEBULIZAÇÃO** – corticosteroide inalatório (budesonida) + O₂ (6 a 8 litros/minuto)
- **CORTICOSTEROIDE SISTÊMICO** – dexametasona: 0,6 mg/Kg, IM ou IV – dose única, ou hidrocortisona EV; ataque: 10 mg/Kg/dose.
- **ANTIBIOTICOTERAPIA** – em caso de infecção bacteriana evidente, visando especialmente o Hib.
- Transferir os casos mais graves ou complicados para hospital que disponha de UTI, em ambulância equipada, com acompanhamento médico.

HEPATOESPLENOMEGALIA

DIAGNÓSTICO

Percussão e palpação abdominal. A borda superior do fígado é percutível entre o 4º e 6º espaços intercostais direitos. Até o 6º mês, é palpável na linha hemiclavicular, até 3,5cm. Entre 6 meses e 2 anos, até 2 – 3cm. Entre 2 e 10 anos, até 2cm. O baço pode ser palpado em 14% das crianças saudáveis no 1º mês de vida e em 7%, até os 10 anos de idade.

CONDIÇÃO CLÍNICA MAIS COMUM

Hepatoesplenomegalia discreta, de curta duração, sem repercussão no estado geral, com remissão espontânea, geralmente reacional a processos infecciosos.

DADOS DA ANAMNESE E EXAME FÍSICO

Idade, forma de apresentação (súbita ou insidiosa), uso de medicamentos ou outros agentes hepatotóxicos, antecedentes epidemiológicos (procedência, viagens recentes, contato com indivíduos doentes, contato com animais), manifestações concomitantes (febre, alteração do estado geral, perda de peso, baixa estatura, fácies peculiar, anemia, icterícia, prurido, adenomegalia, manifestações hemorrágicas, alterações articulares, alterações cardiorrespiratórias, ascite, retardo do desenvolvimento, convulsões, alterações oculares e deformidades ósseas) e antecedentes familiares (anemia, síndromes colestatias, erros inatos do metabolismo, doenças de depósito).

Para o diagnóstico diferencial das hepatoesplenomegalias no período neonatal, ler o capítulo de infecções congênitas.

Quadro 1: Causas infecciosas de hepatoesplenomegalia

Condição clínica	Quando pensar
ITU	Importante em menores de 2 anos. HE discreta (fígado a menos de 4,0cm, ponta de baço palpável). Pode haver icterícia (hiperbilirrubinemia direta), por hepatite transinfecciosa.
Leishmaniose visceral	Maioria dos casos: infecção assintomática ou com sintomas moderados e transitórios (discreta HE), que evolui ou não para a forma clássica. Forma clássica: febre, HE (esplenomegalia volumosa), peso ↓, tosse, diarreia, dor e distensão abdominais. Na fase tardia, pode haver edema e ascite.
Endocardite infecciosa	Quadro variável. Sintomas comuns: febre, sudorese e calafrios. Outras alterações: anemia, toxemia, fraqueza, adinamia, mialgias, cefaléia, perda de peso, dor abdominal, artralgia, diarreia. Ausculta cardíaca com mudança do padrão de sopro anterior ou aparecimento de novos sopros. Esplenomegalia em 75% dos casos.
Febre tifóide	Mais freqüente em adolescentes e adultos jovens. Febre de início insidioso. HE no final da 1ª semana de doença. Na 2ª e 3ª semanas, há aumento da febre, prostração, adenomegalia e ↑ da HE. Mais da metade dos casos brasileiros ocorrem na Amazônia
Salmonelose septicêmica prolongada	Áreas endêmicas de salmonelas e esquistossomas. Principalmente crianças ↑ de 5 anos. Início insidioso de febre, cefaléia, calafrios e queda do estado geral. HE acentuada.
Brucelose	Baixa freqüência em crianças. Fonte de contágio: leite <i>in natura</i> . Febre prolongada (+ de 5 semanas), artralgia, perda de peso e HE.
Doença de Chagas	Fase aguda: HE leve ou moderada associada a edema, linfadenomegalia, comprometimento cardíaco (miocardite) e meningoencefálico.
Malária	Suspeição obrigatória em doente febril procedente da região Amazônica, onde é endêmica. Nos adolescentes e escolares a sintomatologia assemelha-se à do adulto. Nas crianças menores, a doença pode manifestar-se sem a tríade clássica (febre, cefaléia e calafrio).
Hepatites virais	Período pré-ictérico (curto em crianças): inapetência, febre, sintomas gastrintestinais. Período ictérico (duração 10-15 dias): colúria, hipocolia fecal transitória, hepatomegalia em 80% dos casos. Esplenomegalia, menos freqüente. As formas anictéricas (com hepatomegalia e distúrbios gastrintestinais) são mais comuns nos lactentes.
Mononucleose infecciosa	Pródromos inespecíficos, febre (presente na maioria dos casos), faringite e linfadenomegalia. Esplenomegalia presente em 50% a 75% dos casos. Hepatomegalia em 15% a 25%.
Infeção adquirida pelo citomegalovírus	Maioria assintomática. Pode haver quadro mononucleose “símile” com HE na maioria dos casos.
Tuberculose	HE na forma miliar. Início insidioso com perda de peso, anorexia, febre persistente, linfadenopatia generalizada. Acometimento do Sistema Nervoso em 20% a 30% dos pacientes.

(continua...)

(...continuação)

Condição clínica	Quando pensar
Esquistossomose	Fase aguda (frequente em crianças): febre, anorexia, diarreia sanguinolenta, cólica, hepatomegalia dolorosa e discreta esplenomegalia. Fase crônica: ausência de febre. Hepato e/ou esplenomegalia presentes nas formas hepatointestinal e hepatoesplênica com ou sem hipertensão portal.
Toxocaríase	Quadro clínico variável. Achados mais frequentes: febre, palidez, quadro pulmonar e hepatomegalia.
Abscesso Hepático	Acomete mais crianças desnutridas e imunodeprimidas. Febre prolongada, astenia e hepatomegalia dolorosa

Quadro 2: Outras causas de HE

	Quando pensar
Anemias hemolíticas	Triade clássica: anemia, icterícia e esplenomegalia. A esplenomegalia é mais acentuada na esferocitose. Na anemia falciforme, a esplenomegalia ocorre no quadro inicial. Posteriormente, o baço atrofia-se devido a infartos sucessivos. Na <i>talassemia major</i> o baço aumenta progressivamente, podendo atingir grandes dimensões.
Anemia ferropriva	HE discreta pode estar associada à anemia ferropriva, nos primeiros anos de vida.
Síndrome colestática do recém-nascido e lactente	Triade clássica: icterícia, colúria e hipocolia ou acolia fecal. Basicamente, 3 condições: doença hepatocelular (hepatite neonatal), distúrbios dos ductos biliares extra-hepáticos (obstrução de ductos e atresia de vias biliares), distúrbios dos ductos biliares intra-hepáticos. Em toda criança com colestase, é fundamental a realização de toque retal para avaliar a cor das fezes. A atresia de vias biliares é diagnóstico de urgência que deve ser feito até a 6 ^a -8 ^a semana de vida.
Doenças do Sistema Conectivo	HE está presente na Artrite Reumatóide Juvenil de início sistêmico e na maioria dos casos de Lúpus Eritematoso Sistêmico.
Distúrbios metabólicos	A presença de HE deve suscitar suspeita de alterações metabólicas, particularmente os casos de Gaucher (geralmente em associação com anemia, e lesões ósseas) Doença de Niemann-Pick, Galactosemia e mucopolissacaridoses. A deficiência de alfa-1 antitripsina é a principal doença genética que dá hepática crônica em crianças, sendo responsável por 5% - 10% dos casos de hepatite neonatal "idiopática".
Doenças neoplásicas	Partlamente nos casos de Leucemias e Linfomas.
Hipertensão portal	Esplenomegalia é o sinal mais frequente da Hipertensão Portal. Na forma pré-sinusoidal, a causa mais importante é a trombose de veia porta secundária à onfalite ou cateterismo umbilical no período neonatal.

LACTENTE CHIADOR

A **síndrome do bebê chiador**, lactente chiador ou simplesmente bebê chiador, representa um desafio para o pediatra, em função dos episódios recorrentes de sibilância, sem etiologia bem definida, na faixa etária de zero a vinte e quatro meses.

Considera-se **bebê chiador** o lactente que apresenta três episódios recorrentes de chiado ou sibilância de curta duração, no período de dois meses, ou que tem chiado contínuo de, no mínimo, um mês de duração.

São considerados fatores de risco, além da idade, baixo peso ao nascer, desnutrição, imunodeficiência, desmame precoce e poluição ambiental (fumo).

A associação com bronquiolite viral aguda é bastante freqüente, com predominância etiológica para o vírus sincicial respiratório (VSR), como também adenovírus, influenza e parainfluenza – quadro clínico de inflamação bronquiolar difusa, obstrução de vias aéreas inferiores e aumento do esforço respiratório, podendo ocorrer hipoxemia e acidose respiratória.

Estudos recentes sobre a fisiopatologia do bebê chiador sugerem que a criança que sibila nos primeiros meses de vida, de princípio não deve ser rotulada como asmática, pois em torno de 70% delas perdem esta característica até os três a quatro anos de vida; lembram que a crise de sibilância pode estar associada ao calibre e extensão dos brônquios, em algumas crianças, menores do que o esperado. À medida que o pulmão se desenvolve e aumenta de volume estas crianças param de sibilar.

Cabe ao pediatra estabelecer o diagnóstico diferencial com outros quadros de alergia respiratória com sibilância, estridor, dispnéia e cianose, especialmente considerando as seguintes condições clínicas:

- ✓ Rinofaringites virais de repetição, em lactentes que freqüentam creches
- ✓ Asma
- ✓ Rinosinusite
- ✓ Fibrose cística
- ✓ Bronquiolite
- ✓ Displasia broncopulmonar
- ✓ Aspiração de corpo estranho
- ✓ Coqueluche e outros.

O quadro clínico é caracterizado por sinais e sintomas de obstrução respiratória, com sibilância, taquipnéia e às vezes, coriza e febre. Agitação, irritabilidade, cianose e crises de apnéia podem ocorrer nos casos mais graves.

A avaliação da gravidade pode ser feita pela oximetria, durante as crises moderadas ou graves.

Do ponto de vista prático, os primeiros episódios de sibilância no lactente devem ser caracterizados como bronquiolite viral aguda, com as seguintes características clínicas:

- ✓ Três episódios recorrentes de chiado ou sibilância de curta duração, em período de 2 meses
- ✓ Presença de chiado contínuo com um mês de duração

CONDUTA

O tratamento é semelhante ao da crise de asma:

- ✓ Beta-2 agonista inalatório
- ✓ Corticosteróide inalatório – Budesonida (0,25mg, 2 vezes ao dia)
- ✓ Pode ser associado ao Beta-2 inalatório

- ✓ Corticosteróide sistêmico – Prednisolona VO, 1mg/Kg/dia, 2 doses
- ✓ Se não houver melhora significativa:
- ✓ Ribavirina – direcionada ao tratamento do VRS, por via inalatória, nos casos de evolução desfavorável – diluir o frasco de 100 ml (6g de ribavirina liofilizada) em 300 ml de água destilada (20 mg/ml) – nebulização contínua por 12 a 18 horas, 3 a 7 dias de tratamento.
- ✓ Encaminhar ao pediatra assistente

PÚRPURAS

Definição

Doenças caracterizadas por alterações da hemostasia primária (interação vaso-plaqueta). Decorrem de alterações quantitativas ou qualitativas das plaquetas ou de alterações vasculares.

Manifestações típicas

Petéquias, equimoses, sangramentos de mucosas como epistaxe, gengivorragia, menorragia e sangramento digestivo.

Púrpuras plaquetárias trombocitopênicas

- **Por produção insuficiente:**
 - **Congênicas:**
 - Anemia de Fanconi
Doença autossômica recessiva. Há hiperpigmentação cutânea e malformações congênicas: estrabismo, microftalmia, baixa estatura, malformações renais, hipoplasia ou agenesia dos polegares.
 - Síndrome TAR (Trombocitopenia e ausência do rádio)
 - Síndrome de Alport
Autossômica dominante. Apresenta-se com nefrite progressiva, diminuição da acuidade auditiva e alterações oculares.
 - Síndrome de Wiskott-Aldrich
Desordem hereditária ligada ao cromossomo X. Associa-se à imunodeficiência e história de eczema.
 - **Adquiridas:**
 - Infecções virais
Agentes como o citomegalovírus, vírus Epstein-Barr, Parvovírus e os causadores da caxumba, rubéola, varicela e dengue podem reduzir a produção de plaquetas, uma vez que os megacariócitos são sítios de replicação viral.
 - Anemia megaloblástica
 - Drogas imunossupressoras
 - Anemia aplástica
 - Infiltração medular
- **Por destruição excessiva relacionada a:**
 - **Mecanismo imune**
 - Púrpura trombocitopênica imunológica ou auto-imune (PTI)
Causa mais comum de trombocitopenia na infância. Quadro de início abrupto, às vezes precedido de infecções virais ou vacinação, caracterizado por petéquias, equimoses, epistaxe, hematúria e sangramento pelo trato gastrointestinal. Apresenta alto índice de remissão espontânea.

- A PTI pode também associar-se a outras doenças, geralmente auto-ímmunes, como o Lúpus Eritematoso Sistêmico, e a Doença de Graves, doenças linfoproliferativas como as leucemias e linfomas, infecções virais (HIV) e após a realização de transplante de medula
- Drogas
Quinina, sulfonamidas, rifampicina, aspirina, furosemida e outras.
- **Mecanismo não-ímmune**
 - Infecções agudas/sepsse
A presença de petéquias em crianças com febre sempre deve suscitar a possibilidade de sepsse.
 - Síndrome de Kasabach-Merritt
Hemangioma cavernoso, cutâneo ou visceral, múltiplo ou único e gigante associado à síndrome hemorrágica.
 - Coagulação Intravascular Disseminada (CIVD)
Anormalidades na coagulação e fibrinólise causadas por agentes virais, bacterianos, infecções por protozoários, vasculites, leucemia, grandes traumas ou queimaduras.
 - Púrpura Trombocitopênica Trombótica (PTT)
Primária ou secundária a colagenoses, infecções intestinais, infecções virais, sepsse, uso de antibióticos. A Síndrome Hemolítico-Urêmica (SHU) é considerada como uma expressão do mesmo processo e caracteriza-se pela presença de anemia hemolítica e insuficiência renal aguda. Associa-se à infecção por *Escherichia coli* 0157:H7. Acomete principalmente lactentes.
 - Hiperesplenismo

Púrpuras Plaquetárias Trombopáticas

- **Congênitas**
 - Púrpura de Glanzmann
Doença de transmissão autossômica recessiva caracterizada por alteração na membrana plaquetária. Quadro clínico variável de acordo com o tipo da doença. No tipo I a doença é mais grave. Apresenta-se com epistaxes de repetição, hemangiomas cutâneos e de mucosas.
 - Púrpura de Bernard-Soulier
Doença rara, de transmissão autossômica recessiva, em que ocorre alteração da adesividade plaquetária.
- **Adquiridas**
 - Uremia
 - Drogas, particularmente o ácido acetilssalicílico, teofilina, propranolol e outros.
 - Hepatopatias

Púrpuras Vasculares

- **Hereditárias**
 - **Malformações congênitas**
 - Síndrome de Louis-Bar (ataxia-telangectasia)
Início precoce com marcha atáxica. Caracteriza-se por telangectasias conjuntivais, em ombros, cotovelos e no pavilhão auricular associadas a infecções de repetição, apraxia oculomotora e tendência à neoplasia, particularmente linfomas e carcinoma gástrico.
 - Síndrome de Fabry
Doença ligada ao X. Há deposição de lipídeos na parede dos vasos, renal, no coração, ocular e no sistema nervoso autônomo.

- Síndrome de Osler-Weber_Rendu
Transmissão autossômica dominante. Há dilatações de pequenos vasos da pele e mucosas que sangram com pequenos traumas.
- **Alterações do colágeno**
 - Osteogênese imperfeita
 - Síndrome de Ehlers-Danlos
 - Síndrome de Marfan
Autossômica dominante. Há alta estatura, aracnodactilia, alterações oculares (luxação do cristalino), aneurisma de aorta, hipermobilidade articular.
- **Adquiridas:**
 - Escorbuto
 - Drogas
Penicilinas, iodetos, sulfonamidas, corticosteróides.
 - Agentes infecciosos
Dengue, malária, seps, meningococemia, rickettsioses.
 - Vasculites
 - Púrpura de Henoch-Schönlein (púrpura anafilactóide, alérgica, não-trombocitopênica)
Vasculite mais comum da criança. Púrpura palpável predominantemente de membros inferiores e glúteos, associada à artrite ou artralgia, edema de mãos e pés, dor abdominal, hemorragia digestiva e glomerulonefrite.
 - Doença de Kawasaki
Vasculite de etiologia desconhecida, cujo diagnóstico é dado pela presença de cinco dos seguintes critérios: febre com duração superior a cinco dias; hiperemia conjuntival bilateral; exantema polimorfo; adenomegalia cervical superior a 1,5cm; alterações de extremidades (edema de mãos e pés, eritema palmoplantar, descamação, geralmente periungueal); alterações de mucosas (eritema ou fissura labial, eritema difuso de orofaringe, língua em framboesa). Quando há aneurisma coronariano a presença de 4 critérios sela o diagnóstico.
 - Poliarterite nodosa

SÍNDROME DO RESPIRADOR BUCAL

O ar que passa pelo nariz, a caminho do pulmão, é aquecido, umidificado e filtrado e contribui para o aperfeiçoamento do sentido do olfato. A respiração nasal é essencial para o funcionamento das estruturas anatômicas da face.

A Síndrome do respirador bucal (SRB) consiste na alteração da fisiologia da respiração nasal que é substituída por um padrão anômalo de respiração bucal persistente. Pode ser funcional — obstrução mecânica que produz disfunção muscular e resulta de postura viciosa de abrir a boca, sem qualquer obstáculo mecânico ou disfunção neuromuscular. Como consequência, podem ocorrer vários prejuízos:

- ✓ Alterações craniofaciais – hipodesenvolvimento maxilar e desvio do septo
- ✓ Seqüelas odontológicas – mordida cruzada, protusão dental, palato ogival
- ✓ Distúrbios obstrutivos do sono, inclusive apnéia do sono, que pode ter consequências graves
- ✓ Distúrbio funcional de mastigação e deglutição
- ✓ Ressecamento labial e rachaduras – boca seca
- ✓ Aumento da incidência de gengivite
- ✓ Redução de olfato, paladar e apetite.

ETIOLOGIA

As principais causas da SRB estão associadas às seguintes situações clínicas:

- ✓ Obstrução nasal – hiperplasia de adenóides, rinite alérgica ou medicamentosa, desvio de septo, pólipos, tumores
- ✓ Abuso de mameadeiras e bicos (chupetas) – produzem elevação do palato, com alteração dos maxilares e da posição da língua
- ✓ Obstrução faríngea – amigdalite crônica hipertrófica, macroglossia
- ✓ Hipotonia muscular – Síndrome de Pierre Robin, Síndrome de Down e outras.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente possível, no sentido de evitar as danosas conseqüências anatômicas e funcionais que poderão ocorrer no futuro próximo. Portanto, é muito importante que inicialmente pediatra e odontopediatra, atuem em sintonia para evitar possíveis anormalidades.

Devem ser levantadas suspeitas nas seguintes situações:

- ✓ Respirar pela boca ao se alimentar
- ✓ Manifestar roncos, especialmente ao dormir
- ✓ Expor a gengiva ao sorrir
- ✓ Ajudar a deglutição com líquidos – preferência por alimentos pastosos
- ✓ Acumular saliva - cospe ao falar e baba ao dormir.
- ✓ A anatomia da face é mais estreita e alongada e o palato é ogival – má oclusão dentária.

Anamnese

- ✓ Investigar associação com rinite alérgica – coriza, espirros, obstrução nasal
- ✓ Perguntar se a criança tem roncos ou pausas respiratórias durante o sono
- ✓ Pesquisar tosse crônica noturna
- ✓ Avaliar diâmetro da nasofaringe em lactentes e pré-escolares.

Exame físico

- ✓ Facies adenoideano – boca entreaberta
- ✓ Estreitamento dos maxilares com protusão dos dentes superiores
- ✓ Salivação noturna, roncos, bruxismo
- ✓ Hiperplasia de cornetos e palato ogival.

CONDUTA

A correção precoce da respiração bucal pode evitar danos irreparáveis, tanto mecânicos como funcionais, da estrutura facial e é capaz de promover a regressão espontânea das deformidades dentofaciais.

Se a causa for devida à arcada, gerando problemas oclusais, o tratamento deve ser iniciado no período da dentição mista.

A intervenção, seja clínica ou cirúrgica, deve ser realizada por equipe, da qual participam pediatra, odontologista, otorrinolaringologista e fonoaudiólogo.

São recomendadas as seguintes medidas:

- ✓ Controle do ambiente – evitar contato com aeroalérgenos
- ✓ Higiene nasal
- ✓ Prática de atividades físicas e esportivas
- ✓ Anti-histamínicos orais, corticosteróides tópicos nasais ou sistêmicos, nos casos de rinite alérgica persistente

- ✓ Evitar maus hábitos – sucção digital, uso prolongado de chupetas e mamadeiras.
- ✓ Indicações cirúrgicas:
- ✓ Apnéia obstrutiva do sono
- ✓ Cor pulmonale secundário
- ✓ Amigdalites e otites de repetição.

Assuntos a discutir pela equipe multidisciplinar

- ✓ Dificuldades de aprendizagem claramente associada ao problema
- ✓ Casos de déficit de crescimento e desenvolvimento que comprometem a qualidade de vida
- ✓ Apoio sócio-familiar e educativo para famílias de baixo nível socioeconômico e cultural.

SOPRO CARDÍACO

São ruídos encontrados na ausculta cardíaca produzidos pelo fluxo turbulento que causa uma atividade vibratória nas estruturas cardíacas e/ou vasculares, de intensidade suficiente para ser transmitido à parede torácica.

Não constituem por si só nenhuma patologia, mas apenas um sinal de exame físico, que pode ou não, traduzir a presença de alguma doença. Quando existe o sopro sem a presença de doença, chamamos de sopro inocente ou fisiológico.

SINAIS E SINTOMAS

Cianose	Taquidispnéia	Sudorese
Mamadas intercortadas	Baixo ganho de peso	Sopro cardíaco
Infecções respiratórias de repetição	Crises de hipóxia	Alteração nos pulsos
Hipoperfusão tissular		

Sopros Inocentes de Ejeção: são os mais comuns na infância, também chamados de benignos, fisiológicos, funcionais, não patológicos. O mais comum deste grupo é o denominado sopro de Still que tem como características um tom vibratório, semelhante com aquele criado quando se vibra um pedaço de fio tenso, melhor audível na posição supina. O segundo mais comum é um sopro causado pela velocidade de fluxo aumentada em área pulmonar, menos freqüente em área aórtica, principalmente em crianças magras, em situações de alto débito cardíaco como febre, anemia, medo, tireotoxicose. Os sopros inocentes nunca se acompanham com frêmito.

Sopros de Ejeção Patológicos: situação onde há algum obstáculo à passagem de sangue dos ventrículos para as grandes artérias, estenoses aórticas ou pulmonar, valvar, subvalvar ou supravalvar. Tem a característica “crescendo-decrescendo” ou “em forma de diamante”. A intensidade do sopro será maior quanto for o grau da estenose, podendo estar presente o frêmito nos casos mais acentuados; sua localização acompanhará o foco da válvula acometida; nos casos da v. aórtica poderá se irradiar para o pescoço e da v. pulmonar para o dorso.

Sopros Sistólicos de Regurgitação: nunca são benignos, são causadas por defeitos do septo interventricular (CIV) ou incompetência da válvula mitral ou tricúspide. Ocupam toda a sístole com uma mesma intensidade e freqüência por isso são chamadas de holossistólicas. Nos casos da CIV sua localização mais encontrada é no bordo esternal esquerdo baixo se irradiando para o bordo esternal direito. Quanto maior a intensidade do sopro significará maior diferença de pressão entre os dois ventrículos e menor o orifício e a repercussão da comunicação; na insuficiência mitral o sopro será melhor audível no foco mitral se irradiando para axila.

Sopros Diastólicos de Regurgitação: são devidos a algum grau de insuficiência das válvulas aórtica ou pulmonar. Chamados de sopro em decrescendo, pois se iniciam com uma intensidade de frequência alta que vai diminuindo à medida que o gradiente de pressão entre a cavidade ventricular e o grande vaso diminui. A localização acompanha o foco da válvula acometida.

Sopros de Fluxo Diastólicos: são devidos a um fluxo aumentado de sangue passando pelas válvulas mitral ou tricúspide, ou alguma deformidade destas. São exemplos dos primeiros casos os sopros benignos, e o sopro diastólico em foco tricúspide presente em alguns casos de comunicação inter atrial. Caso típico de lesão mitral com algum grau de obstrução à entrada de sangue no ventrículo esquerdo são as estenoses mitrales reumáticas, apresentando um sopro diastólico de baixa frequência e intensidade, denominado de *ruflar* diastólico pela sua semelhança com o som produzido pelo *ruflar* do tambor.

Sopros Contínuos: geralmente não são gerados por estruturas intracardiácas, e sim vasculares. O sopro contínuo arterial mais encontrado na infância está relacionado a patência do canal arterial, é melhor audível no foco pulmonar e possui uma intensidade sistólica maior que diastólica; raramente se acompanham de frêmito. Outras situações como fístulas arteriovenosas pulmonares, fístulas coronárias também podem provocar sopros contínuos de origem arterial. Em crianças de 2 à 8 anos se encontra com relativa frequência, audível com o paciente na posição vertical, que desaparece quando gira a cabeça e se deve ao fluxo turbulento na confluência das veias inonimadas direita e esquerda que desembocam na veia cava superior.

DIAGNÓSTICO

RaioX Tórax: grande valia, poderá mostrar aumento de área cardíaca, situação da trama pulmonar (normal ou diminuída), ajudará no diagnóstico diferencial de alguma patologia pulmonar.

Eletrocardiograma: poderá mostrar sinais de aumento de alguma cavidade secundária a patologia originária do sopro cardíaco.

Ecocardiograma: fará o diagnóstico na maioria das vezes.

TRATAMENTO

Nos casos sem repercussão hemodinâmica, acompanhamento e avaliação pelo cardiologista pediátrico.

Nos casos com repercussão hemodinâmica (insuficiência cardíaca descompensada e/ou hipoxemia severa), avaliação imediata pelo especialista para investigação diagnóstica e tratamento específico.

Problemas Comuns em Ambulatório Pediátrico

DOENÇAS NUTRICIONAIS E DO CRESCIMENTO

ANEMIA FERROPRIVA

SINAIS	SINTOMAS
Palidez (palmas das mãos, conjuntiva ocular e oral)	Neurológicos: irritabilidade, dificuldade na concentração e na memorização. Gastro-intestinal: perversão do apetite

COMO DIAGNOSTICAR

Hemograma: hemoglobina abaixo de 11, associada a hipocromia e microcitose.

COMO TRATAR

Orientações alimentares

- Aumentar o consumo de carnes (boi, porco, aves, peixes).
- Aumentar a oferta de frutas cítricas (laranja, limão, acerola, maracujá).
- Evitar alimentos com ferro pouco absorvido pelo organismo: ovo, feijão, espinafre, lentilha, milho, aveia.
- Não oferecer chá preto ou mate, café ou refrigerante próximo às refeições (diminuem a absorção de ferro).
- Dar ferro medicamentoso por via oral: 4 a 6 mg/kg/dia de ferro elementar.

COMO EVITAR

Orientar:

- Consumo de alimentos ricos em ferro heme (carnes) uma vez por dia.
- Consumo de duas porções de frutas ou suco de frutas cítricas por dia.
- Consumo de alimentos enriquecidos com ferro (leite, cereais)

Prescrever, até os dois anos de idade:

- Ferro medicamentoso: 1mg/kg/dia.

Início da suplementação:

Nascidos de termo, sem baixo peso ao nascer:

- aos 6 meses, se em aleitamento materno exclusivo
- aos 4 meses, se precocemente desmamado.

Nascidos prematuros:

– a partir de 6 semanas de vida.

- Ferro medicamentoso: 2 mg/kg/dia.

Nascidos de termo, com baixo peso ao nascer:

– a partir de 1 mês de idade.

ANEMIA POR DEFICIÊNCIA DE ÁCIDO FÓLICO

SINAIS E SINTOMAS

Pele: palidez

Gastro-intestinal: glossite, diarreia, obstipação intestinal, náusea, vômito.

COMO DIAGNOSTICAR

Hemograma: hemoglobina abaixo de 11, associada a macrocitose, leucopenia, plaquetopenia.

Prova terapêutica: dar 100 a 200 mcg/dia de ácido fólico, observando-se após 48 a 72 horas, a melhora do apetite e da atividade física, desaparecimento da megaloblastose, da leucopenia e da plaquetopenia e reticulocitose.

COMO TRATAR

- Dar 1 a 5 mg/dia de ácido fólico por via oral, por três semanas.

COMO EVITAR

Orientar o consumo de fontes alimentares de ácido fólico:

- Verduras de folha escura (brócolis, espinafre, couve), gema de ovo, fígado, leguminosas (feijão, feijão branco, ervilha, lentilha, grão de bico), peixes, soja e derivados, laranja, melão, maçã.

OBS: pela resolução RDC nº 344, de 13 de dezembro de 2002, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, toda farinha de trigo ou de milho produzida no Brasil passou a ser fortificada com ferro e ácido fólico. As empresas tiveram no máximo até o mês de junho de 2004, para regularizar esta suplementação (para 100 g de farinha, a quantidade mínima estabelecida foi de 4,2 mg de ferro e 150 mcg de ácido fólico).

DESNUTRIÇÃO

CLASSIFICAÇÃO NUTRICIONAL

Desnutrição: peso abaixo do percentil 3 ou desaceleração em três consultas sucessivas.

Desnutrição grave: desnutrição associada a edema ou sinais de emagrecimento.

Risco para desnutrição: peso para a idade entre os percentis 3 e 10.

SINAIS E SINTOMAS

Desnutrição: dificuldade para ganho de peso

Desnutrição grave:

Marasmo:

Perda de peso, pele frouxa e enrugada. Os coxins adiposos das bochechas preservados. Abdomen distendido ou plano, desenho das alças intestinais pode ser visível. Atrofia e hipotonia muscular. Temperatura menor do que a normal, a frequência cardíaca pode estar diminuída. Apatia e diminuição do apetite.

Kwashiorkor

Apatia ou irritabilidade. Retardo de crescimento, perda de tecido muscular, susceptibilidade a infecções e edema que pode mascarar o ganho ponderal. Máculas hipercrômicas nas áreas expostas à luz solar e hipocrômicas nas não expostas. Cabelos finos e quebradiços. Cabelos de tonalidade avermelhada (“espiga de milho”).

EXAMES COMPLEMENTARES

Sangue: hemoglobina, hematócrito, volume corpuscular médio, hemoglobina corpuscular média, cálcio, fósforo, fosfatase alcalina.

Urina: sedimento urinário quantitativo, urocultura. Fezes: protoparasitológico

COMO TRATAR

- Esclarecer a família sobre as causas e conseqüências da desnutrição.
- Avaliar o relacionamento da família com a criança, para conhecer seus laços afetivos, pois a atuação da família como elemento protetor da saúde e da vida da criança, habitualmente

fraca nestes casos, precisa ser fortalecida e é uma das bases para o tratamento da desnutrição primária.

- Aumentar a participação do responsável em: cuidados de higiene corporal, oferta de alimentação para a criança, estímulo ao desenvolvimento.
- Acompanhar mensalmente até que ocorra a recuperação nutricional.
- Aumentar o aporte calórico, acrescentar farinhas ou óleo vegetal às refeições de sal.
- Tratar as doenças coexistentes.

HIPOVITAMINOSE A

SINAIS	SINTOMAS
<p>As lesões oculares são as mais típicas desta doença e têm desenvolvimento lento. Conjuntivas ressecadas e enrugadas (xerose conjuntival). Manchas acinzentadas na conjuntiva bulbar (manchas de Bitot), com localização temporal ou nasal. Em casos avançados, há xerose corneana, opaca e granular. A pele é seca e hiperqueratose folicular pode ser encontrada nos ombros e superfícies extensoras das extremidades.</p>	<p>O sinal mais precoce é a falta de adaptação da visão a ambientes escuros, conhecida como cegueira noturna. Fotofobia diminuição da atividade física, retardo do crescimento e do desenvolvimento neurológico. Anemia pode estar presente. esta doença leva a deficiência da imunidade, estando associada a aumento da taxa de mortalidade infantil e da prevalência de diarreia aguda infecciosa e infecções respiratórias agudas.</p>

COMO DIAGNOSTICAR

Lembrar que esta doença incide particularmente entre os 2 e os 6 anos, em crianças precocemente desmamadas, com dietas deficientes em carotenos e vivendo em localidades com saneamento básico precário. Estar atento para a maior possibilidade desta doença em crianças com desnutrição moderada ou grave, em função da deficiência global de nutrientes.

COMO TRATAR

Em casos de deficiência sub-clínica, 5000 unidades são suficientes. Quando há xeroftalmia, devem ser administradas 5000 UI/kg/dia durante cinco dias e, a partir daí, dar doses de manutenção de 25000 UI em soluções oleosas diariamente até que a criança tenha se recuperado.

COMO EVITAR

Em países em desenvolvimento, cerca de 85% da vitamina A é ingerida a partir de fontes vegetais, como pré-vitamina (beta caroteno e outras pré-vitaminas), que apresenta menor atividade do que a vitamina já formada (retinol), presente nos alimentos de origem animal.

É importante considerar que o beta-caroteno apresenta 16% da atividade vitamínica do retinol e que as demais pré-vitaminas apresentam no máximo 8%.

São fontes animais:

– Carne bovina; Fígado de boi; Aves; Pescados; Ovos; Leite e derivados; Gordura animal

São fontes vegetais:

– Milho; Abóbora; Batata doce; Cenoura; Manga; Mamão; Melão; Cajá (pele); Pitanga; Alface; Agrião; Couve manteiga; Chicória; Espinafre; Salsa; Buriti; Bocaiúva; Tucumã; Pupunha; Beldroega; Caruru; Mentruz; Serralha; Taiobá; Endívia

Os seguintes passos foram definidos pela OMS e pela UNICEF:

- a) a longo prazo: incentivar a introdução de alimentos ricos em vitamina A na alimentação das famílias, através da educação nutricional, hortas caseiras e estímulo ao aleitamento materno.
- b) a médio prazo: enriquecer alimentos com vitamina A (de baixo custo, boa aceitação cultural, sabor adequado após o enriquecimento e consumidos em pequenas quantidades para evitar o risco de toxicidade).
- c) a curto prazo: distribuir, a cada seis meses, suplementos de vitamina A na forma de cápsulas gelatinosas de 200 000 UI de vitamina A.

RAQUITISMO

SINAIS	SINTOMAS
<p><u>Cabeça:</u> Caput quadratum, craniotabes, fonte olímpica, bregma amplo, sudorese, atraso na erupção dentária</p> <p><u>Tórax:</u> rosário raquítico, sulco de Harrison</p> <p><u>Coluna vertebral:</u> escoliose, cifose</p> <p><u>Membros:</u> geno varo ou valgo, alargamento epifisário.</p>	<p><u>Neurológicos:</u> irritabilidade, diminuição da atividade física</p> <p><u>Ósteo-muscular:</u> frouxidão de músculos e ligamentos</p>

COMO DIAGNOSTICAR

Laboratório: Fosfatase alcalina alta, fósforo diminuído e cálcio normal ou diminuído.

Radiologia: Aumento do espaço interarticular, alargamento epifisário, borramento ou perda dos limites ósseos em relação à metáfise (imagem em pente), rarefação óssea, imagem em duplo contorno (dupla imagem periostal), encurvamento da diáfise óssea, fratura em galho verde.

COMPLICAÇÕES

Bronquite, atelectasia pulmonar.

COMO TRATAR

Administrar 600.000 unidades, a partir de um dos esquemas terapêuticos abaixo:

- Doses semanais de 66.000 unidades (por nove semanas)
- Dose única de 600.000 unidades.
- Doses diárias de 5.000 (4 meses) a 10.000 unidades (2 meses).

COMO EVITAR

- Exposição solar
- Uso profilático de vitamina D - 400 UI por dia.

OBESIDADE

FATORES DE RISCO	SINAIS E SINTOMAS
<p>História familiar de obesidade.</p> <p>Alto consumo de alimentos energéticos/ baixo consumo de alimentos ricos em fibras.</p> <p>Baixa atividade física.</p>	<p>Ganho de peso acima do esperado para a idade e sexo.</p> <p>Aumento de tecido celular subcutâneo evidente na região mamária e abdômen.</p> <p>Estatura habitualmente acima do esperado para a idade e sexo.</p>

COMO DIAGNOSTICAR

Calcular o índice de massa corpórea (IMC) a partir da equação: $\text{Peso (Kg)}/\text{Estatura (m}^2\text{)}$.

O indivíduo será portador de sobrepeso (ainda eutrófico, mas em situação de risco para obesidade) se o valor estiver entre os percentis 85 e 95 do referencial de IMC para a sua idade e sexo. Será obeso se estiver acima do percentil 95 do referencial.

QUANDO PENSAR EM OBESIDADE ENDÓGENA?

A obesidade endógena corresponde a apenas 2 a 5% dos indivíduos obesos. Pensar em obesidade endógena se houver:

- ✓ Baixa estatura
- ✓ Retardo do desenvolvimento neuropsicomotor

COMPLICAÇÕES ASSOCIADAS À OBESIDADE

Constipação intestinal, genu valgus, hipertensão arterial.

Distúrbios do metabolismo: diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia.

EXAMES COMPLEMENTARES

Glicemia de jejum, triglicérides, colesterol total e frações.

COMO TRATAR

- ✓ Definir horários para o café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar e procurar respeitá-los.
- ✓ Evitar a ingestão de alimentos nos intervalos das refeições.
- ✓ Aumentar o consumo de grãos, verduras e frutas.
- ✓ Diminuir o consumo de alimentos ricos em carboidratos e gorduras.
- ✓ Diminuir o tempo destinado a assistir televisão.
- ✓ Praticar atividades físicas regulares.

DOENÇAS DO APARELHO DIGESTÓRIO

ALERGIA ALIMENTAR

A Alergia Alimentar ou Alergia à proteína heteróloga pode ser desenvolvida a qualquer proteína introduzida na dieta habitual da criança, sendo uma das mais frequentes a proteína do leite de vaca pelo seu alto poder alergênico e pela precocidade de uso por crianças não amamentadas ou em aleitamento misto. O desenvolvimento da alergia alimentar depende de diversos fatores incluindo o genético, a exposição às proteínas alergênicas da dieta, a quantidade ingerida, a frequência, a idade da exposição e, ainda, o desenvolvimento da tolerância. A amamentação é um dos modos eficientes e simples de prevenção da alergia ao leite de vaca e para o desenvolvimento da tolerância oral aos alimentos.

SINAIS E SINTOMAS

Freqüentes em lactentes:

Manifestações clínicas gastrointestinais: a Diarréia crônica é uma das mais freqüentes com repercussões nutricionais negativas, náuseas, vômitos e dor abdominal, sangramento nas fezes e falhas de crescimento.

Menos freqüentes em lactentes:

Reações alérgicas agudas: *rush*, prurido, urticária e/ou angioedema sem sinais ou sintomas sistêmicos;

Manifestações respiratórias: dispnéia sibilância, rouquidão; e

Em, alguns casos, manifestações neurológicas.

DIAGNÓSTICO

A anamnese é uma importante ferramenta diagnóstica. A anafilaxia começa entre 30 minutos a 1 hora após a ingestão. A exposição oral deve ser feita em ambiente hospitalar com medicação de urgência disponível com acesso venoso prévio.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com outras causas de anafilaxia: venenos, drogas, picaduras de insetos, contrastes radiológicos, medicamentos e causas idiopáticas;

Exames laboratoriais: *prick test*, dosagem sérica de IgE específica, *rast* para determinado alimento suspeito. No caso das manifestações gastrointestinais, a reação imunológica predominante é do tipo celular e esses exames são negativos, portanto não são indicados.

TRATAMENTO

Retirada do alimento suspeito.

Sintomas leves a moderados: anamnese para determinar fatores causais, história de episódios anteriores, doenças preexistentes e medicamentos em uso. Exame físico para avaliação de vias aéreas, sistema cardiovascular, sistema gastrointestinal e estado de consciência.

Sintomas muito intensos: administração de adrenalina IM, administração de O₂ por via inalatória se houver comprometimento respiratório, ficar atento à possibilidade do paciente precisar de entubação, cricotireodectomia e ainda a necessidade de ventilação mecânica.

Caso haja necessidade: administrar anti-histamínico, tratar hipotensão, broncoespasmo, administrar corticóides.

PROFILAXIA

Identificar histórias progressas de reações, presença de atopia, alergia a algum tipo de alimento;

Isolar o paciente do alérgeno;

Orientar quanto a necessidade de portar uma identificação que contenha histórico de sua doença e o telefone de seu médico. Oferecer kits de auto injeção de adrenalina, imunoterapia

Dieta hipoalérgica, com estímulo ao aleitamento materno.

CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

É a eliminação de fezes endurecidas, com esforço, dor ou dificuldade associada ou não a aumento do intervalo de evacuações, escape fecal e sangramento em torno das fezes. Grande parte das crianças apresenta obstipação idiopática funcional que pode estar relacionada com alterações da motilidade em algumas circunstâncias. Apenas 5% da obstipação é causada por doença orgânica (doenças neuromusculares, anomalias anatômicas, tumores, doenças metabólicas e sistêmicas e aquelas causadas por drogas).

HISTÓRIA CLÍNICA

É muito importante uma história bem feita na anamnese com relato detalhado da defecação desde o nascimento, com sua duração e características, deve-se verificar mudança de hábitos alimentares e de defecação, além de detalhar a duração do aleitamento materno e a introdução de outros alimentos no desmame, época de treinamento evacuatório, além da relação entre os alimentos e as dejeções. Outra referência se relaciona com a dor abdominal e o excesso de gases, empachamento pós prandial, disfagia ou ardor retroesternal, inquirir hábitos de defecação da família e o uso de laxativos. Investigar o comportamento da criança e de seus familiares, distúrbios afetivos, situações de estresse e problemas psiquiátricos.

SINAIS E SINTOMAS

Encoprese, escape fecal, inapetência, distensão abdominal, dor abdominal, sangue nas fezes, flatulência, sintomas urinários, náuseas e vômitos, empachamento pós prandial.

CLASSIFICAÇÃO

Constipação aguda: situações nas quais a mudança de ambiente pode inibir a defecação, na vigência de episódios de infecção agudas que ocasionem anorexia e diminuição da frequência evacuatória ou ainda no pós operatório. Constipação crônica: envolve fatores hereditários e constitucionais, fatores alimentares (desmame precoce, consumo insuficiente de fibras alimentares) episódios de evacuação dolorosa que determinam o comportamento de retenção, fatores emocionais e alterações na motilidade colônica.

DIAGNÓSTICO

Exame físico: distensão abdominal, massa fecal palpável no abdome, fissura anal e presença de fezes impactadas no reto. Exame anorectal e perianal. Toque retal.

Exames complementares: são solicitados de acordo com as suspeitas levantadas para cada paciente

Retosigmoidoscopia, colonoscopia, enema baritado, biópsia retais, estudo de trânsito colônico com ingestão de material radiopaco associado a fibras;

Cintilografia, manometria anorectal, defecograma e ressonância magnética sacra.

ABORDAGEM TERAPEUTICA

Orientação dietética com adoção de esquema alimentar rico em fibras, maior consumo de líquidos.

Educação e recondicionamento do hábito intestinal normal. Orientação comportamental.

Desimpactação quando necessária. Prevenção da reimpactação.

Abaixo de 2 anos: Leite de Magnésia ou Lactulona.

Acima de 2 anos: Óleo mineral, Lactulona

DIARRÉIA AGUDA

ETIOLOGIA

Infecções virais, bacterianas, parasitárias, intolerâncias alimentares após quadros de antibioticoterapia, distúrbios motores e psicogênicos.

QUADRO CLÍNICO

Pode ser leve, com discretas repercussões sistêmicas, até formas graves acompanhadas de febre, vômitos, desidratação significativa podendo levar ao óbito.

CLASSIFICAÇÃO

Inflamatórias: Em geral são mais graves que as não inflamatórias e tem com causa mais freqüente a *Shigella*, *Samonella*, *Amebíase*, *Campylobacter*, etc., essas formas cursam com leucócitos, sangue oculto ou vivo presentes nas fezes;

Não inflamatórias: A diarreia tem como causa: Vírus, *Vibrio cholerae*, *Giárdia lamblia*, *E. coli* enteropatogênica. As fezes não apresentam leucócitos e sangue. O Rotavírus é muito freqüente após o desmame, nos primeiros três anos de vida;

Alta: Acometimento do intestino delgado, caracterizando-se por poucas dejeções, de grande volume, podendo haver restos alimentares;

Baixa: Traduz o envolvimento do intestino grosso, com grande número de dejeções, pouco volumosas, com tenesmo, podendo haver presença de sangue e pus (denominada Disenteria).

SINAIS E SINTOMAS

Febre, vômitos, tenesmo, flatulência, dor abdominal, distensão abdominal, tosse, coriza, anorexia, assaduras, ocorrências de eliminações durante o sono, dejeções pós alimentares, fezes explosivas, disúria.

COMPLICAÇÕES

A desidratação é a complicação mais freqüente e mais temida da diarreia aguda, ocorrendo mais nas crianças menores de 1 ano pelas características da composição corpórea das crianças nesse grupo etário. As perdas por diarreia são proporcionalmente maiores quanto menor o peso da criança. Pode levar, como consequência a desnutrição, distúrbio hidroeletrólítico, acidose metabólica, choque e insuficiência renal aguda.

DIAGNÓSTICO

Anamnese: Início, idade, histórico alimentar, duração do aleitamento, desmame, peso ao nascer, mamadeira, chupeta, tempo de duração da diarreia, concomitância de vômitos, número de dejeções por dia, características das fezes (aquosas, disentéricas, restos alimentares, presença de sangue, parasitos).

Exame físico: avaliação nutricional, estado de hidratação, prega cutânea, enchimento capilar, tensão arterial, secra da boca e mucosas, distensão abdominal, peritonismo, presença de massa abdominal, aumento ou ausência de ruídos hidroaéreos, acometimento hepático, neurológico e outros sistemas.

A maioria das crianças com diarreia aguda não necessita da realização de exames, mas em casas individualizados podem ser feitos: exame macroscópicos das fezes, parasitológicos, elementos anormais, pesquisa de vírus, pH fecal, substâncias reductoras (para verificação de intolerância secundária à lactose), hemograma e coprocultura.

TRATAMENTO

A maioria das crianças será tratada em nível ambulatorial, algumas delas podem ficar sob observação por um período para reidratar. A recuperação das crianças ocorre em torno de 14 dias.

DIARRÉIA PERSISTENTE

Caracteriza-se por apresentar duração superior a 14 dias, ocorre após uma diarreia infecciosa em crianças pequenas. Nos lactentes há maior prevalência antes dos 6 meses de idade, quando as defesas são insipientes, dando maior chance à instalação e à perpetuação dos enteropatógenos e

das lesões decorrentes de sua presença, além dos distúrbios hidroeletrólíticos e comprometimento nutricional mais significativos e freqüentes, o que determina conseqüências graves, sobretudo as relacionadas com desnutrição e mortalidade dos pequenos pacientes.

SINAIS E SINTOMAS

Quadro clínico leve: Não comprometimento significativo do estado geral, são crianças tratadas ambulatorialmente apenas com orientação dietética adequada.

Quadro clínico grave: Desidratação, evidências de infecções extra intestinais, distúrbios metabólicos, desnutrição importante, sangramento digestivo e até sepse.

DIAGNÓSTICO

Clínico: A anamnese é a parte mais importante na formulação diagnóstica. É preciso ouvir e interpretar corretamente as informações. O diagnóstico clínico baseia-se na caracterização da duração da diarreia a partir de um episódio agudo infeccioso com mais de 14 dias. Deve-se questionar sobre a evolução da doença, avaliação do estado geral, nutricional, apetite, histórico alimentar detalhado e o tratamento anteriormente empregado.

Laboratorial: Hemograma, eletrólitos, parasitológico de fezes, pesquisa de leucócitos e sangue oculto nas fezes, coprocultura, pesquisa de *Cryptosporidium*, Rotavírus, Giárdia e Ameba, pesquisa de gorduras e substâncias redutoras e pH fecal. Dependendo da análise de cada caso pode-se solicitar testes de tolerância, hemocultura e biópsia de intestino delgado e grosso.

Exame físico: Deverá ser completo e organizado para contribuir junto com história para a hipótese diagnóstica adequada.

TRATAMENTO

Prevenção da desidratação aumentando a oferta hídrica e utilizando a solução de reidratação. Estimulo a retomada ou a manutenção do aleitamento natural.

Fundamentalmente a base do tratamento é a orientação adequada da dieta.

Deteção dos pacientes considerados do grupo de risco para morbimortalidade e que requeiram vigilância e terapêutica diferenciada.

DOR ABDOMINAL AGUDA

É uma entidade que torna necessária a urgência no atendimento, a elaboração de diagnóstico específico e instituição de tratamento precoce pois a dor pode ser o prenúncio de grave emergência clínica ou cirúrgica.

SINAIS E SINTOMAS

Febre, vômito, diarreia, dor abdominal intensa, obstipação intestinal, dificuldade de deambulação.

DIAGNÓSTICO

Valorizar a história de trauma recente, passado cirúrgico, história clínica detalhada, incluindo a relação da dor com sintoma, tais como: febre, vômitos, diarreia, disúria e se já presente, a menstruação.

Exame Físico completo e cuidadoso do paciente é essencial, incluindo o toque retal, a observação da expressão facial da criança durante o exame auxilia a avaliação da gravidade do caso, assim como sua atividade, de deambulação e presença de sintomas associados (febre, vômito, diarreia e obstipação).

PRINCIPAIS CAUSAS DE DOR ABDOMINAL AGUDA DE ACORDO COM A IDADE

Período neonatal: enterite necrosante, perfuração gástrica espontânea, megacólon aganglionico, íleo meconial, estenose ou atresia intestinal, peritonite pós gastrosquise ou ruptura de onfalocele, perfuração traumática de vísceras.

Crianças até 2 anos: cólicas (menor de três meses), gastroenterite aguda, perfuração traumática de vísceras, intussuscepção intestinal, hérnia encarcerada, volvo (má rotação).

Escolares: gastroenterite aguda, infecção urinária, apendicite, trauma, constipação, pneumonia.

Adolescentes: gastroenterite aguda, infecção urinária, apendicite, trauma, constipação, pneumonia, doença inflamatória pélvica.

TRATAMENTO

Paciente em observação em ambiente hospitalar de acordo com o quadro apresentado

Solicitar exames laboratoriais: leucograma, urinálise, RX de abdômen. Em meninas adolescentes solicitar o teste de gravidez.

Se necessário fazer US de abdômen para descartar processos inflamatórios (adenite mesentérica, apendicite).

INTOLERÂNCIA À LACTOSE

Lactose é um dissacarídeo presente no leite com concentração de 5% no leite de vaca entre 7% e 9% no leite materno. O termo deficiência de lactose refere-se a qualquer diminuição na concentração intestinal dessa enzima, responsável pela digestão desse dissacarídeo. A presença de lactose não digerida na luz intestinal, gera uma alta osmolaridade intra-luminal com trânsito intestinal aumentado e favorecimento da fermentação por bactérias, traduzido pelos sintomas de diarreia, flatulência e dor abdominal.

CLASSIFICAÇÃO

Deficiência primária: instala-se após o desmame e se manifesta na primeira década de vida.

Deficiência secundária: ocorre em alguns quadros de diarreia aguda, diarreia persistente e com diarreia crônica de várias etiologias necessita de orientação dietética adequada.

SINAIS E SINTOMAS

Diarreia significativa acompanhada de desidratação principalmente nas crianças de baixa idade, evacuação explosiva logo após a ingestão do alimento, assadura perianal, distensão abdominal, presença de substâncias reductoras nas fezes, pH fecal menor ou igual a 5,5.

TRATAMENTO

Retirada da lactose da dieta ou na moderação em seu consumo

Complementação da dieta com cálcio naqueles casos em que o leite deve ser abolido

Excepcionalmente crianças muito novas e com imensa atrofia da mucosa deverão receber hidrolisados protéicos na sua dieta.

REFLUXO GASTROESOFÁGICO

A doença do refluxo gastroesofágico (**RGE**) é um problema pediátrico comum e muitas vezes segue um curso inofensivo e autolimitado. O refluxo fisiológico ocorre numa alta proporção nos primeiros dois anos de vida e se traduz por uma criança com vômitos e regurgitações, com bom

ganho de peso, sono tranqüilo e bom humor, entretanto, pode causar grande ansiedade nos pais, muitas investigações desnecessárias com intervenções terapêuticas danosas e indicadas desnecessariamente. Por outro lado a Doença do RGE quando não tratada ou tratada tardiamente pode associar-se a graves complicações afetando o desenvolvimento da criança.

SINAIS E SINTOMAS

Regurgitação, pirose, disfagia ou odinofagia, náuseas e vômitos, tosse noturna, broncoespasmo, atraso no crescimento, quadros respiratórios de repetição.

COMPLICAÇÕES

Esofagite, esôfago da Barret, estenose esofágica, asma brônquica.

DIAGNÓSTICO

Cintilografia com pesquisa de esvaziamento gástrico;
Estudo radiológico do esôfago, estômago e duodeno;
Endoscopia;
Phmetria esofágica.

TRATAMENTO

Depende do quadro clínico e das complicações apresentadas pelo paciente, necessitando sempre ser individualizado de modo crítico. O paciente deve ser revisto periodicamente para que se avalie a necessidade de acrescentar outras medidas terapêuticas e medicamentosas e até que ponto será necessária intervenção cirúrgica.

Os agentes procinéticos representados pela Metoclopramida, Domperidona e Cisaprida (não disponível mais no mercado brasileiro) agem sobre as regurgitações através de seus efeitos sobre a pressão do esfíncter esofágico inferior, sobre a peristalse esofágica e o *clearence* ou esvaziamento gástrico.

A experiência com antiácidos em crianças é limitada, mas antagonistas do receptor H2 (Ranitidina e Cimetidina) podem ser usados.

Os inibidores da bomba de prótons, já apresentam bons resultados e o Omeprazol é o indicado para a faixa etária pediátrica.

Cirurgia quando necessária.

DOENÇAS DO APARELHO RESPIRATÓRIO

AMIGDALITES (TONSILITES)

ETIOLOGIA

90 % viral (Adenovírus, Influenza, Parainfluenza, ...)

10% bacteriano (Streptococo b-hemolítico grupo A, Hemófilos, Moraxela, Pneumococo...)

SINAIS E SINTOMAS

Virais:

Febre, dor de garganta, com ou sem exsudato, aumento tonsilar, coriza, obstrução nasal, espirros, rouquidão, aftas e sintomas gastrointestinais.

Bacterianas:

Febre, dor de garganta, com ou sem exsudato, aumento tonsilar, petéquias no palato, adenopatia cervical, sem sintomas associados com IVAS.

DIAGNOSTICO

Clínico, Teste rápido (imunoenzimático), Cultura de orofaringe, ASLO

TRATAMENTO

1ª escolha:

fenoximetilpenicilina
penicilina G benzatina
amoxicilina

2ª escolha:

amoxicilina + clavulanato
cefalosporinas de 2ª geração
clindamicina
eritromicina e novos macrolídeos

A razão do tratamento é erradicar o EBHGA para prevenir a febre reumática. Prevenir seqüelas supurativas. Diminuir a transmissão da bactéria para outras pessoas. Encurtar o curso clínico da doença.

COMPLICAÇÕES

Abscesso peritonsilar, Bacteremia, doença invasiva, Febre reumática, Glomerulonefrite Escarlatina

TONSILECTOMIA

Indicações absolutas:

obstrução respiratória e / ou digestiva

Indicações relativas:

tonsilites recorrentes, abscesso peritonsilar, halitose, tonsilites como foco de infecção

Definição de tonsilites recorrentes:

Nº de episódios:

3 episódios/ano por 3 anos

4 episódios/ano por 2 anos

5 - 7 episódios/ano em 1 ano

ASMA BRÔNQUICA

DEFINIÇÃO

Doença inflamatória crônica das vias aéreas que se caracteriza por:

- obstrução reversível espontaneamente ou com tratamento (broncoespasmo);
- aumento da reatividade das vias aéreas a uma variedade de estímulos.
- aumento da secreção nos bronquíolos. A prevalência em adultos varia de 5 a 12%. Taxas similares são encontradas em crianças.

SINAIS E SINTOMAS

Episódios de sibilância, dispnéia e tosse particularmente à noite ou pela manhã.

DIAGNÓSTICO

Baseado nos achados clínicos. História clínica detalhada, exame físico centrado no trato respiratório superior e tórax. É importante determinar os fatores desencadeantes (irritantes, alérgenos, fumo, poluição; exercício, estresse, DRGE). Testes funcionais, como espirometria para demonstrar reversibilidade.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Principalmente em lactentes, bronquiolite viral aguda, obstrução por corpo estranho, laringotraqueomalácea, alterações alérgicas ou inflamatórias da região laringea, compressão extrínseca da via aérea, Síndrome de Loeffler.

TRATAMENTO

Os objetivos são prevenir o aparecimento de sintomatologia crônica; prevenir exacerbações recorrentes e minimizar a necessidade de visitas a hospitais ou salas de emergência; fornecer uma farmacoterapia adequada. O tratamento de manutenção é feito de acordo com os critérios de severidade. Sempre tentar usar β_2 inalável.

ASMA LEVE INTERMITENTE: β_2 de curta duração se necessário

ASMA LEVE PERSISTENTE: β_2 de curta duração + corticóide em baixas doses.

ASMA PERSISTENTE MODERADA: β_2 de curta ou longa duração + corticóide doses moderadas.

ASMA PERSISTENTE GRAVE: internação+ β_2 de longa duração + corticóide altas doses e/ou moduladores de leucotrieno.

CRISE: β_2 inalatório + corticóide (via oral ou endovenosa) + Oxigenioterapia.

PREVENÇÃO

Controle ambiental - evitar contato com alérgenos. A educação do paciente é fundamental para o sucesso terapêutico, deve ter conhecimento da natureza da doença, identificação dos fatores desencadeantes (cigarro, exercícios físicos, pelo de animais, poeira, mofo, pólen, umidade elevada, entre outros).

COMPLICAÇÕES

Estão mais relacionadas às intercorrências das exacerbações agudas que podem levar ao não comparecimento às aulas, qualidade de vida diminuída, pratica de exercícios físicos prejudicada, entre outras.

Anotações complementares: Classificação da Severidade da asma

Classificação	Sintomatologia	Noturna	Teste funcional
Intermitente leve	<2 semanas; PEF normal entre exacerbações. Breves exacerbações (horas a poucos dias). Intensidade variável	<2/mês	VEF ₁ /PEF<80% previsto. PEF < 20% (variabilidade)
Persistente leve	>2/semanas e <1/dia Exacerbações podem afetar atividade.	>2/mês	VEF ₁ /PEF<80% previsto. PEF-20%-30% (variabilidade)
Persistente moderada	Sintomatologia diária. Uso diário de β_2 agonista inalatório de curta duração. Exacerbações afetam atividade. Exacerbações >2/semanas	> 1/semana	VEF ₁ /PEF>60%-<80% previsto. PEF > 30% (variabilidade)
Persistente grave	Sintomatologia contínua Atividade física limitada Exacerbações freqüentes	Freqüentes	VEF ₁ /PEF<60% previsto. PEF > 30% (variabilidade)

Obs: A presença de um dos achados de gravidade é suficiente para colocar o paciente em determinada categoria.
PEF = pico fluxo-expiratório; FEV = volume expiratório forçado em 1 minuto.

BRONQUIOLITE

DEFINIÇÃO

Infecção respiratória aguda que se caracteriza por obstrução das vias aéreas inferiores, provocando um processo inflamatório com acúmulo de secreções nas vias aéreas. Em 75% dos casos, o vírus sincicial respiratório é o responsável pela doença. Adenovírus, *Mycoplasma pneumoniae* e Parainfluenza tipo-3, são outros patógenos que podem ser relacionados com os casos de bronquiolite.

SINAIS E SINTOMAS

A bronquiolite caracteriza-se por febre, taquipnéia, retrações e sibilos. Coriza e tosse muitas vezes precedem o quadro. O paciente apresenta irritação, recusa alimentar devido à dificuldade respiratória.

A ausculta pulmonar caracteriza-se por expiração prolongada, sibilos inspiratórios e expiratórios. Roncos e estertores podem estar presentes.

É uma doença de duração variada, de uma a três semanas.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é feito através das manifestações clínicas, dos dados epidemiológicos e da identificação do vírus nas secreções nasofaríngeas.

A radiografia de tórax mostra hiperinsuflação dos pulmões com achatamento do diafragma e aumento da trama brônquica hilar.

Pode-se identificar o vírus sincicial respiratório através de um teste de imunofluorescência nas secreções nasofaríngeas.

TRATAMENTO

Nos casos leves e moderados, o tratamento pode ser domiciliar e é baseado em medidas de suporte como hidratação e controle da febre.

Nos casos graves (cianose, dificuldade respiratória importante, sinais de descompensação cardíaca ou de colapso circulatório) o tratamento deve ser realizado em ambiente hospitalar e deve envolver: monitorização, aspiração de secreção, hidratação, oxigenioterapia. O uso de bronco dilatador mostra algum resultado mas não é consenso assim como o uso de corticosteróide.

Ribavirina é usada somente para lactentes imunodeprimidos ou com doenças cardiopulmonares subjacentes.

COMPLICAÇÕES

As complicações que a bronquiolite pode ocasionar são:

- Infecção Respiratória Aguda
- Infecção Bacteriana Secundária
- Bronquiolite Obliterante
- Sibilância Recorrente

GRIPE

DEFINIÇÃO

Infecção respiratória causada pelo vírus *influenza*. Altamente contagioso ocorre mais no final do outono, inverno e início da primavera

SINAIS E SINTOMAS

A disseminação do *Influenza* se dá principalmente pelo ar. O período de incubação é de 2 a 7 dias. Gripes em crianças mais velhas se caracterizam por início súbito de febre alta, coriza, cefaléia, dores musculares, calafrios, dor de garganta e tosse.

DIAGNOSTICO

As vezes, é difícil de diferenciá-la das outras infecções respiratórias inespecíficas. O diagnóstico se dá através dos sinais e sintomas e com o auxílio do exame físico. Exames laboratoriais nos mostram contagem de leucócitos normal ou baixa. O vírus influenza pode ser detectado por imunofluorescência direta, ELISA, cultura ou PCR mas, na prática, é muito pouco usado. O RX de tórax nos mostra um infiltrado intersticial peribronquascular.

TRATAMENTO

Tratamento sintomático e de suporte como repouso, ingestão de líquidos e antitérmicos. É importante o manejo de complicações pulmonares e infecções bacterianas secundárias. Em pacientes imunocomprometidos podemos usar tratamento antiviral até 48 horas do início dos sintomas. O tratamento adequado da gripe reduz o número de otites e pneumonias associadas.

PREVENÇÃO

Vacinação anual contra o *Influenza* preferencialmente nos meses de março e abril em crianças acima de 6 meses com maior risco para infecções ou crianças imunodeprimidas.

PNEUMONIAS

DEFINIÇÃO

Inflamação do parênquima pulmonar causada por agente microbiológico como vírus, bactérias, parasitas ou fungos. Aqui abordaremos as pneumonias bacterianas

SINAIS E SINTOMAS

Podendo variar enormemente pode apresentar-se por sintomas inespecíficos como febre e fadiga. Sintomas respiratórios como disfunção respiratória, tosse produtiva, secreção são mais específicos.

Fatores de risco:baixo peso ao nascer, desnutrição, desmame precoce, imunizações insuficientes, instrução materna insuficiente, poluição ambiental.

DIAGNOSTICO

A propedêutica pulmonar (pode mostrar diminuição da expansibilidade torácica, diminuição de murmúrio vesicular, estertores crepitantes) e a anamnese são importantes. Podemos encontrar leucocitose (>15.000 leucócitos) e o RX de tórax mostra focos de consolidação ou atelectasia. Devemos estar atentos também a derrame pleural e adenopatia hilar. A elevação da frequência respiratória ou dos movimentos respiratórios por minuto (taquipnéia) pode ser sugestiva de pneumonia.

IDADE	F. RESPIRATÓRIA
< 2 meses	> 60 MRPM
2 meses a 1 ano	> 50 MRPM
1 ano a 5 anos	> 40 MRPM

TRATAMENTO

Devemos dirigir ao germe mais prevalente, dependendo da idade do paciente. Acima de 2 meses até 5 anos, onde os patógenos mais freqüentes são *S. pneumoniae* e *H. influenza*, devemos usar penicilina procaína, por via intramuscular, ou amoxicilina, por via oral, por um período de 7 a 10 dias. Para pacientes acima de 5 anos, particularmente nos quadros acompanhados por tosse intensa, o *Mycoplasma pneumoniae* é agente etiológico freqüentemente observado. Nesta caso, o uso de eritromicina por 7 a 10 dias é indicado.

PREVENÇÃO

Contamos com imunização contra o pneumococo. A vacina conjugada com sete sorotipos é eficiente em 97% das doenças pneumocócicas invasivas. Recomendada entre 2 meses e 5 anos. Não consta do programa de vacinação oficial. A vacina anti *haemophilus influenza* do tipo B já consta do programa de vacinação oficial e deve ser utilizada a partir de 2 meses.

RINITES E SINUSITES

DEFINIÇÃO

O termo RINOSSINUSITE é consensual já que rinite e sinusite são, freqüentemente uma doença em continuidade. Dividem-se em:

- Aguda (sintomas até 4 semanas)
- Subaguda (sintomas de 4 a 12 semanas)
- Crônica (sintomas mais 12 semanas)
- Recorrente (+ de 4 episódios agudos/ano)
- Podendo ser alérgica, viral ou bacteriana.

SINAIS E SINTOMAS

Geralmente precedida por IVAS, obstrução nasal, rinorreia purulenta, tosse, hipertermia, gota pós-nasal, disfagia e cefaléia

DIAGNÓSTICO

A diferenciação entre um quadro gripal e uma infecção bacteriana nem sempre é fácil. O diagnóstico é fundamentalmente clínico (sinais, sintomas e o tempo de evolução) e podendo auxiliar-se de exames de imagem -RX de seios da face, cuidando sempre para valorizar os sintomas e não somente o resultado do RX

TRATAMENTO

- Lavagem nasal e controle ambiental
- Analgésicos e antitérmicos
- Vasoconstritores tópicos e sistêmicos
- Antiinflamatórios
- Antibioticoterapia

ANTIBIÓTICOTERAPIA

- Amoxicilina (45-50 mg/kg/dia, 12/12h)
- Amoxicilina-clavulanato (45-50 mg/kg/dia, 12/12h)

Axetil-cefuroxime (30 mg/kg/dia, 12/12h)

Se houver hipersensibilidade do tipo I

Macrolídeos

Sulfametoxazol-trimetoprima

TEMPO DE UTILIZAÇÃO

Aguda: 7 a 14 dias ou até 5 a 7 dias após a remissão dos sintomas

Crônica: 14 a 21 dias

RINOSSINOSITE ALERGICA

Mais conhecida como rinite alérgica. Devemos controlar o ambiente (agentes irritantes como mofo, pó, fumaça de cigarro, ...), podemos associar antialérgicos sistêmicos e corticóides de uso nasal.. O uso de soro fisiológico nasal deve ser estimulado em abundância principalmente quando não possuem conservantes

DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS

ERISPELA

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS	SINTOMAS
Hiperemia e calor local	Febre e calafrios
Edema de subcutâneo	Dor local
Linfangite	Limitação funcional
Adenopatia satélite	Astenia, mal-estar
Vesículas ou bolhas podem estar presentes	Queda do estado geral

DIAGNÓSTICO

Eminentemente clínico;

Na presença de solução de continuidade ou sinais de porta de entrada com supuração, colher cultura com antibiograma;

Hemograma com plaquetas, PCR, VSH e hemocultura com antibiograma quando houver febre alta e persistente com queda do estado geral e outras manifestações sistêmicas.

TRATAMENTO

Repouso

Elevar o membro acometido, se for o caso

Tratamento das lesões de pele associadas (impetigo, intertrigo e outras)

Antibioticoterapia oral: 10 dias

Cefalexina – 50 mg/kg/dia, 6/6 horas

Cefadroxil – 30 mg/kg/dia, 12/12 horas

Macrolídeos – Eritromicina 50mg/kg/dia, 6/6horas ou Claritromicina 15 mg/kg/dia, 12/12 horas

Antibioticoterapia EV:

Cefalotina ou Cefazolina – 100 mg/kg/dia, 6/6 horas

Penicilina Cristalina – 100.000 a 400.000 U/kg/dia, 4/4 horas ou 6/6 horas

Oxacilina – 100 a 200 mg/kg/dia, 6/6 horas; até 6 g/dia

COMO PREVENIR

Evitar picadas de insetos

Tratamento das piodermites e outras portas de entrada da pele

Controle adequado do diabetes

Manter a região interdigital limpa e seca – as infecções fúngicas são porta de entrada comuns

ESTOMATITES

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS	SINTOMAS
Ulcerações brancas de base hiperemiada em mucosa oral	Febre
Adenopatia cervical e/ou retroauricular	Odinofagia e disfagia
Vesículas em mãos e pés – Síndrome mão-pé-boca	Sialorréia
Vesículas que ulceram – primoinfecção pelo Herpes Simplex	Halitose
Exantema morbiliforme pode estar presente	
Desidratação	

DIAGNÓSTICO

História clínica e epidemiologia – Creche, contactantes familiares portadores de herpes simples.

TRATAMENTO

Aumentar oferta de líquidos

Paracetamol ou dipirona para alívio sintomático da dor e/ou febre

Higiene da cavidade oral com água filtrada e aplicação tópica de antisséptico bucal (Violeta Genciana 1%, spray de própolis ou pomada de extrato fluido de camomila)

Herpes Simplex

Não há indicação de antiviral de rotina para a primoinfecção

Estomatite recorrente

De origem multifatorial, provavelmente imuno-alérgica. Orientar dieta hipoalergênica, creme dental sem corantes e uso de medicação tópica com corticoesteróide

Observações.: O uso de spray ou gel contendo anestésico tópico é desaconselhado, sobretudo em menores de 03 anos de idade. Não se justifica o uso de Nistatina em suspensão rotineiramente, pois a infecção secundária por fungos não é freqüente. O uso de antibióticos deve ser reservado para os casos de complicação bacteriana.

COMO PREVENIR

Identificar os casos de estomatite nas creches e escolas, orientando permanência domiciliar durante a fase de contágio (lesões ativas);

Limitar contato físico com crianças durante a herpes simplex ativa

IMPETIGO

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS	SINTOMAS
<p>Vesículas com conteúdo seroso, que rompem rapidamente produzindo ulceração rasa, arredondada, com bordos pouco elevados (“queimadura de cigarro”)</p> <p>Formação de crostas</p> <p>Adenopatia satélite</p> <p>Localização mais comum: região peribucal e perinasal, MMII e couro cabeludo.</p> <p>Obs: Nos recém-nascidos há geralmente formação de pústulas menores e menos friáveis, em hipogástrio e área de fraldas</p>	Oligossintomático

DIAGNÓSTICO

Clínico

Não requer coleta de exames subsidiários

TRATAMENTO

Tópico:

Ácido fusídico em creme a 2% - Uso local, 3 vezes ao dia por 7 a 10 dias

Mupirocina creme a 2% - Uso local, 3 vezes ao dia por 7 a 10 dias

Antibioticoterapia oral:

Lesões perioculares e/ou em grande número

Cefalexina – 50 mg/kg/dia, 6/6 horas por 7 dias

Eritromicina – 50 mg/kg/dia, 6/6 horas por 7 dias

Antibioticoterapia parenteral:

Penicilina benzatina IM – dose única

Até 10 kg – 300.000 U

10 a 20 kg – 600.000 U

20 a 30 kg – 900.000 U

Acima de 30 kg – 1.200.000 U

Cefalotina EV – 100mg/kg/dia, 6/6 horas

Orientações Gerais:

Reforçar medidas de higiene corporal

Observar edema e hematúria

COMO PREVENIR

Tratamento adequado das condições de risco: escabiose, pediculose, estrófulo

Tratamento concomitante dos contactantes domiciliares

Higiene corporal – manter unhas curtas e limpas

Identificação e tratamento das crianças institucionalizadas

INFECÇÕES CONGÊNITAS

São infecções adquiridas pelo feto, por via transplacentária, durante todo o período gestacional. Quando adquiridas próximo ao parto são denominadas de infecções perinatais. São provocadas por uma variedade de agentes: vírus (citomegalovírus, rubéola, herpes simples, hepatite B, HIV,

varicela-zoster, coxsakievírus, echovírus, parvovírus B19 e Epstein-Barr); bactérias (*Mycobacterium tuberculosis*, *Listeria monocytogenes* e *Neisseria gonorrhoeae*); protozoários (*Toxoplasma gondii*, *Plasmodium* sp e *Trypanosoma cruzi*) e espiroquetas (*Treponema pallidum*). A incidência varia de 0,5 a 2,5% dos nascimentos.

SINAIS E SINTOMAS

A maioria dos neonatos acometidos congenitamente é assintomática (90% da infecção pelo citomegalovírus, 75% da toxoplasmose, 65% da rubéola e 50% da sífilis). Nos pacientes sintomáticos, a despeito da grande variedade de agentes infecciosos, os sinais e sintomas são idênticos e poderão apresentar retardo de crescimento intra-uterino; anormalidades do crescimento da cabeça (microcefalia ou macrocefalia); organomegalia (hepatomegalia e esplenomegalia) ou manifestações cutâneas (petéquias e icterícia). No entanto algumas combinações clínicas estão mais associadas a determinados patógenos específicos, conforme quadro abaixo.

Quadro 1: Manifestações clínicas associadas às infecções congênitas

Condição Clínica	Quando pensar
Infecções congênitas e perinatais	Prematuridade e restrição do crescimento intra-uterino estão presentes na maioridessas infecções.
Sífilis	Mãe com sífilis não tratada ou inadequadamente tratada na gestação. Coriza sífilítica, alterações ósseas (ostecondrite, periostite, osteíte), choro ao manuseio, pneumonia, icterícia, anemia, lesões cutâneo-mucosas (pênfigo palmo plantar, sífilides maculosas e papulosas, fissuras peribucais).
Toxoplasmose	Formas neurológica e oftalmológica: hidrocefalia, microcefalia, microftalmia, retinocoroidite, alterações da motricidade, convulsões, retardo do desenvolvimento. Forma visceral: HE, anemia e icterícia. Calcificações intracranianas generalizadas presentes em mais de 60% dos casos.
Rubéola	Alterações oculares (catarata, retinopatia pigmentar), malformações cardíacas, surdez e alterações do SNC. Manifestações transitórias (RN com infestação gestacional maciça): HE, púrpura trombocitopênica, icterícia, pneumonite intersticial e lesões ósseas.
Citomegalovírus	90% assintomáticos ao nascimento. Evolução posterior com alterações de desenvolvimento e surdez neurosensorial. HE e petéquia/púrpura presentes em 75% dos pacientes sintomáticos. Outras manifestações: icterícia, anemia, petéquias, microcefalia, calcificações periventriculares, retinocoroidite.
Herpes simples	História materna sugestiva. HE não acentuada. Lesões cutâneas típicas na 2ª semana de vida (ausentes em até 70% dos casos). Infecção sistêmica grave: sintomas na 1ª semana de vida. Encefalite grave com elevada morbi-mortalidade. Acometimento ocular: catarata, coriorretinite, retinopatia.
HIV	95% por transmissão vertical. Nos 1 ^{os} anos, há infecções de repetição com a mesma etiologia das infecções comuns para a faixa etária. É comum o comprometimento pôndero-estatural e do desenvolvimento da criança.

(continua...)

(...continuação)

Condição Clínica	Quando pensar
Varicela Zoster	Infecção materna < 20 sem de gestação: lesões cicatriciais de pele, membros hipoplásicos, coriorretinite e alterações do SNC. Infecção materna entre 4 dias antes e até dois dias pós-parto: varicela perinatal (até 10 dias de vida). Pneumonia, hepatite, encefalite, diátese hemorrágica. Mortalidade: 30%.
Doença de Chagas	HE e icterícia são os principais sintomas. Alterações neurológicas (meningoencefalite, convulsões e hidrocefalia) em 50% dos casos. Lesões necróticas em pele e mucosa, anemia, petéquias, púrpura. Disfagia, distúrbios do peristaltismo e megaesôfago. Manifestações cardíacas não são comuns.
Infecções adquiridas	
Sepse	No período neonatal: instabilidade de temperatura, alterações respiratórias, vômitos, diarreia, púrpura, petéquias, alterações neurológicas. Importante: avaliação da história perinatal (infecções maternas, manipulação excessiva do recém-nascido).

DIAGNÓSTICO

Frente à suspeita de uma infecção congênita, orientado pela história materna, ou uma combinação de sinais e sintomas ou mesmo um sinal isolado, são necessários estudos clínicos e laboratoriais como: testes inespecíficos (hemograma com plaquetas, punção lombar, radiografias dos ossos longos, ultrassonografia ou tomografia de crânio, avaliação oftalmológica, avaliação audiológica) e testes específicos (culturas virais, esfregaços de lesões cutâneas e sorologias específicas).

TRATAMENTO

Depende do agente etiológico envolvido, na sífilis utiliza-se penicilina cristalina, na toxoplasmose sulfadiazina e pirimetamina, no herpes aciclovir, no citomegalovírus ganciclovir, dentre outros, além de imunoglobulina em algumas viroses e medidas de suporte.

PREVENÇÃO

Realização de pré-natal adequado com tratamento das gestantes doentes, vacinação das mulheres para as doenças preveníveis por esta medida, imunoprofilaxia passiva e vacinação dos recém nascidos quando indicado (hepatite e varicela-zoster).

PARASITOSES INTESTINAIS

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS	SINTOMAS
Palidez, distensão abdominal Meteorismo e hipertimpanismo abdominal Fezes diarréicas, com muco e/ou sangue Diarreia alternada com constipação Tosse seca e irritativa, broncoespasmo	Dor abdominal, náuseas matutinas, hiporexia Irritabilidade Distúrbios de sono Astenia Dispnéia leve Prurido cutâneo

DIAGNÓSTICO

Exame parasitológico de fezes em amostra múltipla (MIF): Identificação de cistos de protozoários e ovos de helmintos

Pesquisa de trofozoítos nas fezes: exame a fresco de fezes diarréicas

Exame parasitológico de fezes pelo método de Baermann-Morais: Identificação de larvas de *Strongyloides stercoralis*.

TRATAMENTO

Mebendazol: a partir de 01 ano de idade – 100 mg, VO, duas vezes ao dia por 03 dias; repetir após 3 semanas

Apresentação: Frasco de 30 ml - 100 mg/5ml

Albendazol: a partir de 02 anos de idade – 400 mg, VO, dose única; repetir após 3 semanas

Apresentação: Frasco de 400 mg/ 10 ml

Metronidazol: a partir de 01 ano de idade – 20 a 40 mg/kg/dia, fracionado em 2 ou 3 vezes, 10 dias

Secnidazol: 30 mg/kg em dose única

Apresentações: Frascos de 450 mg/15ml ou 900 mg/30 ml (30 mg/ml)

Tiabendazol: 50 mg/kg/dia, duas vezes ao dia por 2 dias; repetir após 15 dias

Apresentação: Suspensão 250 mg/5ml, frasco com 40 ml.

Pamoato de Pirvínio: 10 mg/kg em dose única, pela manhã em jejum; repetir após 15 dias (dose máxima: 800mg)

Apresentação: Frasco com 400 mg/40 ml (10 mg/ml)

Praziquantel: 25 mg/kg/dia, repetir após 10 dias

Apresentação: Comprimidos de 150 mg ou 500 mg

COMO PREVENIR

Consumo de água potável

Higiene dos alimentos: lavagem em água corrente de frutas e verduras antes de seu armazenamento e consumo

Combate às moscas e baratas;

Não comer carne crua ou mal cozida;

Higiene das mãos antes das refeições e após evacuações;

Evitar andar descalço;

Tratamento preventivo de todos os susceptíveis em área endêmica a partir de 01 ano de idade: a cada 6 meses até 5 anos de idade e uma vez por ano até 12 anos de idade – em cidades sem saneamento básico a água deglutida durante o banho ou escovação dentária é fonte de contaminação.

A OPAS indica quimioterapia regular a 75-100% das crianças em idade escolar, devido ao risco de morbidade associada à contaminação com os helmintos intestinais (Resolução 54.19 de maio de 2001 da Assembléia Mundial da Saúde).

SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA (AIDS)

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS	SINTOMAS
Febre prolongada	Infecções de repetição
Hepatomegalia	Infecções bacterianas graves
Esplenomegalia	Parotidite de repetição
Adenomegalia generalizada	Herpes zoster
	Tuberculose
	Mau desenvolvimento pondero-estatural e neuropsicomotor

DIAGNÓSTICO

Criança com idade \leq 18 meses: 02 amostras de Reação de Cadeia de Polimerase (PCR) positivas, Sendo a primeira após o primeiro mês de vida e a segunda após o quarto mês de vida.

Criança com idade $>$ 18 anos: 02 amostras de sorologia (ELISA) reagentes, com confirmação por Imunofluorescência Indireta ou Western Blot.

TRATAMENTO

Para os casos sintomáticos graves e/ou com redução de contagem de linfócitos CD4.

Terapia inicial: AZT (90 a 180 mg/m²/dia 8/8 horas) e DDI (100 a 120 mg/m²/dia 12/12 horas)

Em casos graves iniciar terapia tríplice.

COMO PREVENIR

Prevenir a transmissão vertical do HIV;

Diagnóstico da Infecção Materna – sorologia para HIV no 1° e 3° trimestre de gestação;

Gestantes soropositivas: AZT durante a gestação (300 mg via oral 12/12 horas), AZT intraparto endovenoso;

Recém-nascido filho de mãe soropositiva: AZT via oral durante as primeiras seis semanas de vida (2 mg/Kg/dose 6/6 horas);

Cesárea eletiva;

Suspensão do aleitamento materno.

TOXOCARIASE

Patologia causada pela migração e persistência de larvas, principalmente do *Toxocara canis*, em órgãos de hospedeiros intermediários, como o homem. A severidade dos sintomas está relacionada com o número de larvas ingeridas e a intensidade da resposta alérgica. Atinge principalmente crianças de 1 a 5 anos de idade e existem três formas clínicas descritas: a larva migrans visceral, a larva migrans ocular e a forma oculta ou subclínica.

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS	SINTOMAS
Febre	Pica
Asma	Mal-estar
Rinite	Febre
Hepatomegalia	Tosse
Anemia	Dor abdominal
Comprometimento ocular: Endoftalmite	Prurido
Granuloma retinal	

DIAGNÓSTICO

História positiva de contato com filhotes de cão e contato com terra. Hemograma com hipereosinofilia e anemia. IgE sérica muito elevada, hipergamaglobulinemia, sorologia positiva para anticorpos anti *Toxocara canis* (ELISA). Exame oftalmológico.

TRATAMENTO

Mebendazol e albendazol são as drogas recomendadas. Nas formas oculares o tratamento pode não ser eficaz. A inflamação ocular pode ser tratada com injeções de corticosteróides e a lesão cicatricial por procedimentos cirúrgicos.

COMO PREVENIR

Tratamento dos filhotes de cão. Cobrir as caixas de areia quando não estão sendo utilizadas. Não se recomenda tratamento específico de pessoas expostas.

DOENÇAS ENDÓCRINAS E METABÓLICAS

DIABETES MELITUS

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS	SINTOMAS
perda de peso BMI alto no DM2 Acantose no DM2 hiperglicemia cetose acidose no DM1	poliúria, polidipsia e polifagia (podem estar ausentes no DM2) duração dos sintomas de dias a semanas no DM1 e de semanas a meses no DM2

DIAGNÓSTICO

Sintomas e glicemia casual ≥ 200 mg/dl ou

Glicemia em jejum ≥ 126 mg/dl ou

Glicemia de 2h ≥ 200 mg/dl durante o TTGO (75g de glicose)

Obs: na ausência de inequívoca hiperglicemia com descompensação metabólica aguda, esses critérios devem ser confirmados por repetição do teste em outro dia

Tolerância à glicose perturbada: glicemia de 2h 140-200mg/dl

Glicose de jejum perturbada: 110-125mg/dl

Exames laboratoriais: G; em suspeita de cetoacidose: hemograma, gasometria, Na, K, Cl, U, Cr, EAS

TRATAMENTO

DM1

Objetivos do tratamento: qualidade de vida, evitar complicações agudas, reduzir o risco de complicações a longo prazo (doença micro e macrovascular) e antever associações (tireoidite de Hashimoto, doença celíaca).

Terapia diabética intensiva: monitorização, insulina, regime alimentar, atividade física, suporte educacional e suporte emocional.

DM2

Objetivos do tratamento: promover diminuição do peso, normalizar a glicemia e a Hb1c, controlar e prevenir hipertensão arterial e dislipidemia, diminuir acantose e aumentar a capacidade de exercício.

Diminuir o consumo de refrigerantes, açúcar e sucos; exercício diário; diminuir horas de TV; agentes hipoglicemiantes (metformina e sulfoniluréia) e dieta fase I da AHA.

Cetoacidose diabética

HV, eletrólitos, glicose, insulina e tratamento do fator desencadeante.

COMO PREVENIR

No caso do DM2, prevenir a obesidade; testar a partir dos 10 anos ou do início da puberdade, de 2 em 2 anos, aqueles com risco para obesidade ou peso acima de 120% do ideal, mais 2 outros fatores de risco (HF de DM2 em 1º ou 2º grau; sinais de resistência à insulina ou condições associadas*).

- PCO, hiperuricemia, acantose, dislipidemia, aterosclerose, hipertensão arterial.

HIPOTIREOIDISMO**Hipotireoidismo Congênito****SINAIS E SINTOMAS**

SINAIS	SINTOMAS
Letargia, icterícia prolongada, tendência à pós-maturidade, hipotermia, hipotonia, hérnia umbilical, pele moteada, fontanela anterior ampla, macroglossia, choro rouco, abdome distendido, pele seca	Constipação, dificuldade na alimentação

DIAGNÓSTICO

Deteção precoce através do rastreamento pelo teste do pezinho, com coleta em papel de filtro de sangue do calcanhar do neonato para dosagem de TSH ou T4. Confirmação dos casos rastreados com dosagem de TSH e T4 livre no soro.

TRATAMENTO

Objetivos do tratamento: levar o T4 livre a valores normais o mais rapidamente possível, ajustar a dose de T4 para valores normais de T4 livre e TSH séricos (manter T4 livre na metade superior e TSH menor que 10mU/l); manter o crescimento e o desenvolvimento normais e evitar tratamento excessivo.

Dose inicial: 10µg/Kg/dia.

Monitorização laboratorial: dosar TSH e T4 livre com 2 e 4 semanas do início do tratamento; depois disto, a intervalos de 1 a 2 meses no 1º ano de vida, e a intervalos de 2 a 3 meses nos 2º e 3º anos de vida. A partir daí, a cada 3 a 6 meses, até que o crescimento se complete. Intervalos mais frequentes se a adesão é questionada. Repetir a medição após cada alteração de dosagem.

COMO PREVENIR

O teste do pezinho realizado no neonato possibilita o diagnóstico e o tratamento precoces, prevenindo retardo do crescimento, retardo mental e seqüelas neurológicas decorrentes do tratamento tardio, como incoordenação, ataxia, diplegia espástica, hipotonia muscular, estrabismo e surdez.

Hipotireoidismo Adquirido na Infância

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS	SINTOMAS
baixa estatura, desenvolvimento puberal atrasado, proporções corpóreas imaturas, mixedema, bôcio, pele seca, cabelos e unhas fracas	queda no desempenho escolar, sonolência, labilidade emocional, constipação

DIAGNÓSTICO

Aumento do TSH e diminuição do T4 livre
 Anticorpos anti-tireoperoxidase e anti-tireoglobulina (a tireoidite crônica auto-imune é a causa mais comum) aumentados
 Idade óssea atrasada

TRATAMENTO

Objetivo do tratamento: Restaurar o crescimento e o desenvolvimento normais; evitar o excesso de tratamento (alterações comportamentais, hiperatividade, baixo desempenho escolar).

Dose inicial: 2-3µg/kg/dia.

COMO PREVENIR

A tireoidite crônica auto-imune é mais comum em síndrome de Down, síndrome de Turner, síndrome de Klinefelter e DM1. Estes indivíduos devem realizar periodicamente dosagens de TSH, T4 livre e anticorpos.

PUBERDADE PRECOCE

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS	SINTOMAS
desenvolvimento sexual antes de 8 anos na menina e de 9 anos no menino meninas: telarca, pubarca, aumento da oleosidade do cabelo e da pele, acne, aumento da perspiração e do odor corpóreo, aceleração da velocidade de crescimento, menarca meninos: aumento dos testículos, pubarca, aumento da oleosidade do cabelo e da pele, acne, aumento da perspiração e do odor corpóreo, pelo corpóreo generalizado, engrossamento da voz, ereções e ejaculações, ginecomastia, aceleração da velocidade de crescimento	meninas: aumento do interesse em maquiagem e em roupas, mais atraente aos meninos, labilidade emocional meninos: aumento do interesse em meninas

DIAGNÓSTICO

Diagnóstico diferencial

Puberdade precoce central: Idiopática
 Hamartomas e tumores do SNC
 Outras lesões do SNC (TCE, MF, hidrocefalia).

Puberdade precoce periférica: Adrenarca prematura
 Esteróides exógenos
 Glândula adrenal: Defeitos enzimáticos
 Tumores
 Ovários: Cistos
 Tumores
 Síndrome de Mc Cune Albright
 Testículos: Tumores
 Testitoxicose
 Tumores secretores de HCG (hepatoblastomas, disgerminomas, pinealomas).

Telarca prematura

Avaliação clínica

História de menstruação, acne, ereções, comportamento. Velocidade de crescimento, percentís de altura e de peso. Estadiamento de Tanner para mamas, pelos pubianos e volume testicular. Exame físico completo.

Avaliação radiológica

Idade óssea, US de pelve, US de suprarrenal, TC ou MRI cerebral (em caso de puberdade precoce central) e inventário ósseo ou cintigrafia óssea (em caso de suspeita de síndrome de Mc Cune Albright).

Avaliação laboratorial

LH, FSH, LH e FSH pós-GnRH, estradiol (meninas) e testosterona (meninos) – em caso de suspeita de puberdade precoce central

17 hidroxiprogesterona, testosterona, androstenediona, sulfato de dehidroepiandrosterona – em caso de pubarca precoce

Citologia do esfregaço vaginal

A Puberdade precoce central é dependente de gonadotrofinas; cursa com aceleração da velocidade de crescimento e da maturação esquelética; é idiopática na maioria dos casos, principalmente em meninas. O hamartoma hipotalâmico é a lesão mais comumente detectada.

A Puberdade precoce periférica é gonadotrofina independente.

A Adrenarca prematura é a causa mais comum de pubarca precoce isolada, sendo uma condição benigna, mas que pode ser a manifestação inicial da síndrome plurimetabólica em meninas. Não ocorre aceleração da velocidade de crescimento e da idade óssea significantes. A conduta é expectante.

Na telarca prematura ocorre desenvolvimento mamário isolado, sem desenvolvimento de outros caracteres sexuais e sem aceleração da velocidade de crescimento e da idade óssea. É uma condição benigna, sendo a conduta expectante.

TRATAMENTO

Está indicado nos casos de Puberdade precoce central com previsão para baixa estatura na idade adulta, e também por causa do trauma psicossocial. É feito por endocrinologista pediatra, com análogos do GnRH de longa ação. O tratamento dos tumores, defeitos enzimáticos, da síndrome de Mc Cune Albright e da Testitoxicose é particularizado e foge ao escopo deste resumo.

COMO PREVENIR

O diagnóstico precoce da puberdade precoce será feito quando uma criança faz acompanhamento pediátrico regular, prevenindo complicações como baixa estatura na idade adulta e trauma psicossocial.

A puberdade precoce também pode ser a primeira manifestação de um tumor de SNC, de suprarenal ou de gônadas. O diagnóstico rápido destes tumores pode implicar em melhor prognóstico para o tratamento.

O uso dos esteróides exógenos deve ser evitado, como no caso de contraceptivos orais com estrogênio em nutrízes. Quando necessário, deve ser feito de forma criteriosa e sob supervisão pediátrica estrita, como por exemplo, no emprego de cremes de estrogênio para sinéquias de pequenos lábios em meninas.

DOENÇAS GÊNITO-URINÁRIAS

ADERÊNCIA BALANOPREPUICIAL, FIMOSE E BALANOPOSTITE

DIAGNÓSTICO

A fimose é diagnosticada quando um orifício prepucial estreito impede a exposição da glândula. Quase todos os neonatos apresentam esta característica, que é assim considerada fisiológica. Ao longo dos primeiros 3 anos de vida as adesões entre o prepúcio e a glândula vão sendo lisadas e o anel fimótico distal vai desaparecendo, de modo que em 70 a 90% dos meninos não circuncidados o prepúcio se torna retrátil após 3 anos. Este percentual vai aumentando até a puberdade.

Nos meninos mais velhos a fimose pode ser fisiológica, pode ser patológica (decorrente de inflamação e cicatrização) ou pode ocorrer após circuncisão. O prepúcio retraído à força no passado também pode resultar em fissuras e formação de cicatriz, com fimose patológica.

Pequenas coleções de smegma entre o prepúcio não descolado e a glândula, visíveis através da pele, são normais.

Complicações da fimose: balanopostite
parafimose

TRATAMENTO

Fimose

A dilatação manual do prepúcio estreitado por descolamento abrupto sem anestesia é desaconselhada, por ser extremamente dolorosa e causar traumatismo local, produzindo trauma emocional à criança.

O anel prepucial deve ser avaliado. Se for de calibre adequado, tentativas de descolamento suaves durante o banho devem ser realizadas. Pode-se também aplicar no prepúcio creme de corticóide de baixa potência 3 vezes ao dia por 1 mês, o que promove a redução do anel fimótico em 2/3 dos casos. Quando o descolamento não é obtido na infância, deve-se aguardar até a puberdade, quando as ereções promoverão o descolamento gradual.

Indicações da postectomia: prepúcio de calibre estreito, que impede a exposição da glândula, balanopostite recorrente, abaulamento do prepúcio à micção, e parafimose.

Balanopostite

No caso de sinais e sintomas leves, pode ser utilizado pomada ou creme à base de corticóide de baixa potência e antibiótico. No caso de infecção secundária, utiliza-se antibioticoterapia sistêmica.

Parafimose

Lubrificação do prepúcio e da glândula; comprime-se a glândula e ao mesmo tempo se exerce tração distal do prepúcio a fim de se puxar o anel fimótico para adiante do sulco coronal.

O tratamento também pode ser com injeção de hialuronidase na mucosa prepucial edemaciada, seguido da redução imediata depois de aliviado o edema.

Em raros casos, a circuncisão de urgência sob anestesia geral é necessária.

HEMATÚRIA

DEFINIÇÃO

Presença de 5 ou mais hemácias por campo microscópico em aumento de 400 vezes, após centrifugação da amostra urinária, em pelo menos 2 exames de urina, em ocasiões diferentes. Ocorre de forma assintomática em 0,5- 2% das crianças em idade escolar. Testes com fitas reagentes podem levar a falso-positivos, na presença de mioglobina, hemoglobina ou drogas oxidantes.

É macroscópica quando a coloração da urina sugere a presença de sangue, e microscópica quando as hemácias são detectadas somente pela sedimentoscopia urinária.

CAUSAS

Hematúria glomerular

Doença renal isolada: nefropatia por IgA, síndrome de Alport, doença da membrana basal fina, glomerulonefrite pós-infecciosa, nefropatia membranosa, glomerulonefrite membranoproliferativa, glomerulosclerose segmentar e focal, doença anti-membrana basal glomerular

Doença sistêmica: nefrite do LES, nefrite da púrpura de Henoch-Schönlein, granulomatose de Wegener, poliarterite nodosa, síndrome de Goodpasture, síndrome hemolítico-urêmica, glomerulopatia da anemia falciforme, nefropatia da SIDA

Hematúria extraglomerular

Trato urinário alto

Tubulointerstitial: pielonefrite, nefrite intersticial, necrose tubular aguda, necrose papilar, nefrocalcinose

Vascular: trombose, malformações, síndrome do quebra-nozes

Cristalúria: Ca, oxalato, ácido úrico

Hemoglobinopatia

Anatômica: hidronefrose, doença cística renal (rins policísticos, displasia multicística)

Tumor: Wilms, rabiomiossarcoma, angiomiolipoma

Trauma

Trato urinário baixo

Inflamação: cistite, uretrite

Urolitíase, trauma, coagulopatia, exercício pesado, síndrome de Munchausen, síndrome de Munchausen por procuração

DIAGNÓSTICO

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS	SINTOMAS
Cor da urina, edema, hipertensão arterial, infecção respiratória ou gastrointestinal, artrite, massa em flanco, epistaxe, ICC, trauma, malformações congênitas, lesões de pele	Oligúria, disúria, polaciúria, cólicas renais, artralgia, cefaléia, alterações visuais.

EXAMES COMPLEMENTARES

Iniciais

EAS e estudo morfológico das hemácias sob microscopia de fase

Outros

Hematúria com > 80% das hemácias dismórficas e/ou cilindros hemáticos e/ou proteinúria e/ou síndrome nefrítica aguda = **hematúria glomerular**: solicitar hemograma, Na, K, Ca, U, Cr, albumina, colesterol, C3, C4, ASO, ANA, cultura de *swab* de orofaringe e de pele, proteinúria de 24h e *clearance* de creatinina

Hematúria com < 20% das hemácias dismórficas e/ou os outros achados = **hematúria extraglomerular**: solicitar:

- etapa 1: urocultura
- etapa 2: Ca e Cr urinários, teste de afoçamento, US de rim e vias urinárias
- etapa 3: EAS de irmãos e pais; Na, K, Ca, U, Cr; em caso de cristalúria, urolitíase ou nefrocalcinose: urina de 24h para Ca, Cr, ácido úrico e oxalato; em caso de hidronefrose ou pielocaliectase: urografia excretora, cintigrafia renal

TRATAMENTO

De acordo com a etiologia.

As crianças com hematúria assintomática persistente isolada devem ser avaliadas trimestralmente com medida de pressão arterial e anualmente com dosagem de Cr sérica.

Os pacientes com nefrite, hipertensão arterial, insuficiência renal, urolitíase, nefrocalcinose, hematúria assintomática persistente por mais de 1 ano, ou história familiar de doença policística renal ou nefrite hereditária devem ser encaminhados ao nefrologista infantil.

INFECÇÃO URINÁRIA

SINAIS E SINTOMAS

PIELONEFRITE

SINAIS	SINTOMAS
febre vômitos diarreia icterícia em neonatos e lactentes irritabilidade em neonatos e lactentes perda de peso em neonatos e lactentes	dor abdominal ou em flancos mal estar náusea anorexia

CISTITE

SINAIS	SINTOMAS
urina malcheirosa ausência de febre	disúria urgência polaciúria dor suprapúbica, desconforto perineal incontinência

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA

Cultura de urina positiva sem manifestações de infecção urinária (ITU). Condição benigna que ocorre quase que exclusivamente em meninas.

DIAGNÓSTICO

Cultura de urina colhida apropriadamente:

- Por jato médio: em crianças que já controlam a micção. > 100.000 colônias de um único patógeno, ou mais de 10.000 colônias e a criança é sintomática.
- Por saco coletor estéril: em lactentes. De maior valor quando negativa, para descartar ITU. Se a cultura é positiva, o paciente sintomático, > 100.000 colônias de um único patógeno, presume-se a presença de ITU. Se qualquer destes critérios não é preenchido, é recomendada a colheita de uma amostra por cateterismo.
- Por punção suprapúbica (em neonatos e lactentes jovens) e por cateterismo vesical: quando é necessário maior certeza da possibilidade de infecção, como na possibilidade previamente mencionada, ou no caso de pesquisa de febre sem foco em lactente.

Urinalise: piúria, nitrito, estearase leucocitária, hematúria, cilindros leucocitários. Pode ser normal na presença de ITU.

Hemograma: leucocitose com neutrofilia no caso de infecção renal aguda.

Marcadores inespecíficos de infecção bacteriana: elevação de VHS e proteína C reativa.

Hemocultura: em lactentes e em crianças com uropatia obstrutiva, para avaliar a possibilidade de sepsis.

Estudos de imagem:

Ultra-sonografia renal; em todas as crianças.

Uretrocistografia miccional: nas crianças < 5 anos com ITU, em todas as crianças com ITU e febre, em meninas em idade escolar com mais de 2 ITU e em todos os meninos com ITU

Cintigrafia renal com DMSA: Durante a ITU: para confirmar o diagnóstico de pielonefrite, se este é incerto. Após 5 meses da ITU: para avaliar a possibilidade de cicatriz renal no caso de pielonefrite ou de refluxo vesico-ureteral (RVU).

TRATAMENTO

Cistite aguda

Sintomas severos: depois de colhida a urina, iniciar imediatamente antibiótico.

Sintomas leves, diagnóstico duvidoso: aguardar urinocultura. Repetir o exame se os resultados são incertos.

Antibióticos: sulfametoxazol-trimetoprim (SMX-TMT); nitrofurantoína; amoxicilina. Uso por 10 dias.

Pielonefrite

Antibiótico de amplo espectro por 14 dias.

Crianças desidratadas ou que não conseguem ingerir líquidos ou com possível sepsis: interinar para terapia IV.

Antibióticos: ceftriaxone; ampicilina e aminoglicosídeo; cefalosporina de 3ª geração VO (cefixime).

COMO PREVENIR

Combater disfunção miccional e constipação em todas as crianças. Profilaxia antibiótica com SMX-TMT ou nitrofurantoína (1/3 da dose terapêutica diária, dose única, à noite) em crianças com infecção urinária prévia que sejam portadoras de disfunção miccional, constipação ou RVU.

As ITU devem ser prontamente investigadas e tratadas, pois o dano renal crônico causado por pielonefrite pode trazer como consequência hipertensão arterial e insuficiência renal.

SINÉQUIA DE PEQUENOS LÁBIOS

DIAGNÓSTICO

Trata-se da aglutinação dos pequenos lábios resultante da inflamação do epitélio vulvar, que ocorre nas meninas com idade entre 3 meses e 6 anos. Pode ser total ou parcial. Predispõe a vulvovaginite e infecção urinária, embora isto não seja freqüente.

TRATAMENTO

Nas pequenas e assintomáticas a conduta é expectante, pois a sinéquia pode se desfazer apenas com a melhoria da higiene e o término do período de fraldas. Se persiste até o início da puberdade, com a estrogenização da mucosa vulvar cessa espontaneamente.

Nos casos extensos ou sintomáticos, pode ser utilizado creme à base de estrogênio de baixa absorção (promestriene) sobre a linha de fusão, uma vez ao dia, após o banho, exercendo-se após a aplicação uma leve pressão com um cotonete. O tratamento é utilizado por 10 dias, podendo ser estendido no máximo a 30 dias. Não deve ser empregado por mais tempo, sob o risco de desencadear puberdade periférica. A separação manual, após o uso do creme de estrogênio, pode também ser realizada em ambulatório, anestesiando-se o local com creme de xilocaína a 5%.

Após a separação da sinéquia deve-se manter higiene apurada, pois a recorrência não é rara.

VULVOVAGINITES

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS	SINTOMAS
corrimento, sangramento, edema, lacerações, eritema vulvar e anal, sinais de infecção secundária, odor desagradável, má higiene, presença de corpo estranho, sinais de puberdade, massas abdominais, sinais de abuso sexual	Prurido vulvar e anal, ardor que piora à micção, polaciúria, dor à defecação

DIAGNÓSTICO

Exudato vaginal fisiológico

Com o início da puberdade, a menina pode referir uma “massinha” na calcinha, ou uma secreção tipo “clara de ovo”, que não deve ser atribuída a vulvovaginite, pois é conseqüente da ação do estrogênio.

Etiologia inespecífica

As infecções bacterianas inespecíficas são responsáveis por 70% dos casos de vulvovaginites pediátricas, diferentemente da faixa etária adolescente, onde a maioria das vulvovaginites é por agentes específicos. É considerada secundária a má higiene perineal, infecção respiratória, infecção da pele, alergia a sabonetes ou roupas, obesidade, corpo estranho ou a invasão da vagina por parasita intestinal (oxiúrus). Na grande maioria dos casos há apenas vulvite, com secreção escassa ou abundante, que pode ter coloração amarelo-esbranquiçada, esverdeada ou castanha. Não é necessário cultura de secreção nem vaginoscopia, apenas nos casos em que não haja melhora após 2 semanas de cuidados de higiene.

Infecção micótica

É o microorganismo encontrado com maior freqüência na infância. O agente produtor geralmente é a *Candida albicans*. São considerados fatores predisponentes obesidade, diabetes,

imunossupressores, corticóides, esteróides, antibióticos, roupa justa e de material sintético e biquínis molhados por longo tempo. O corrimento é branco e em grumos. Identificação do fungo por exame direto a fresco do resíduo vulvar, ou cultura.

Infecções específicas

Sugerem a ocorrência de abuso sexual. Avaliar mudança geral no comportamento da criança.

Tricomonas: pouco comum em crianças, pois o protozoário prefere ambiente estrogenizado. Averiguar ocorrência de abuso sexual, embora o contágio indireto através de vasos sanitários, piscinas, saunas, toalhas e roupas íntimas também seja possível. A leucorréia é espumosa e com pequenas bolhas de ar. Identificação do parasita por exame direto a fresco, ou cultura.

Gardnerella vaginalis: também pouco comum em crianças, pelo mesmo motivo do Tricomonas. Também deve ser investigado abuso sexual, embora toalhas úmidas possam ser o veículo. Leucorréia branco-acinzentada com odor de peixe está presente. O exame a fresco demonstra a presença das células indicadoras.

TRATAMENTO

Higiene adequada e afastamento dos agentes irritantes (sabonetes, calcinhas de nylon e roupas justas). Urinar com os joelhos afastados e realizar a limpeza da região genital em direção ao ânus. Tratamento específico na presença de oxiúriase. Quando existe corrimento com odor fétido, indicando a presença de vaginose bacteriana, tratar com creme de metronidazol ou creme de clindamicina na vulva, por uma semana. Se não houver melhora em duas semanas, colher material para cultura e usar ampicilina ou amoxicilina por 10 dias.

Para a candidíase, utiliza-se a nistatina local durante 10 dias, ou creme à base de imidazólicos por 3 dias. Em raros casos, pode ser necessária a aplicação endovaginal destes cremes, com sonda-seringa. Antifúngicos orais podem ser empregados em casos resistentes.

Nos casos de tricomoníase, tratar com metronidazol, tinidazol ou secnidazol oral dose única. Pode-se associar cremes tópicos à base destas substâncias.

Para infecção por *Gardnerella* podem ser empregadas as mesmas medicações orais que na tricomoníase. Cremes à base destas substâncias ou de clindamicina também podem ser alternativamente empregados.

COMO PREVENIR

A prevenção se faz com cuidados de higiene. Deve-se evitar o uso de calcinhas de nylon, roupas apertadas e longa permanência com roupas de banho molhadas. A criança deve utilizar toalha própria para se secar. No caso da suspeita de abuso sexual, averiguar outros indicativos.

DOENÇAS DO APARELHO CIRCULATÓRIO

FEBRE REUMÁTICA

DEFINIÇÃO

A Febre Reumática (FR) é uma complicação inflamatória não supurativa da infecção de orofaringe provocada pelo *estreptococo β-hemolítico do grupo A* (EBHGA)

EPIDEMIOLOGIA

A FR ocorre igualmente em jovens de ambos os sexos, entre 5 a 15 anos, improvável antes dos 4 anos e na idade adulta. A incidência é de 0,2-0,5/100.000 habitantes/ano nos países desenvol-

vidos e de 1a 22/1000 habitantes nos países em desenvolvimento. A prevalência estimada de cardiopatia reumática nos países em desenvolvimento é de 2/1000.

SINAIS E SINTOMAS

Artrite, cardite, coréia de Sydenhan, eritema marginado, nódulos subcutâneos.

Ocorre entre o 10º e 21º dia após infecção de orofaringe pelo EBHGA não tratada, podendo em alguns casos surgir até a 5ª semana. A cardite é nossa principal preocupação.

Quadro 1: Critérios de cardite:

- 1) Aparecimento de sopro orgânico ou sopro diferente do que existia previamente.
 Insuficiência Mitral: holossistólico, ponta, não altera com posição ou respiração;
 (Diferenciação com sopro inocente: sopro suave, sistólico, mais audível na borda esternal 2º 4º EIC (espaço intercostal))
Carey Coombs: característico na fase aguda, mesodiastólico mitral;
 Insuficiência Aórtica: protodiastólico, melhor ouvido em posição sentada e antero-flexão, altera com respiração;
 Estenose Mitral: sopro (rolar) diastólico longo.
- 2) Aumento de área cardíaca;
- 3) ICC;
- 4) Atrito/ derrame pericárdico;
- 5) Taquicardia;
- 6) Alteração no ecocardiograma

DIAGNÓSTICO

Critérios de Jones modificados em 1992 (quadro 2) Não há necessidade de completar os critérios nas recorrências, presença de coréia como manifestação isolada e da cardite indolente (cardite insidiosa de progressão lenta).

Quadro 2: critérios de Jones, modificados em 1992

<i>Manifestações maiores</i>	<i>Manifestações menores</i>
Cardite Poliartrite Coréia Eritema marginado Nódulos subcutâneos	Achados clínicos: artralgia, febre Achados laboratoriais: reagentes de fase aguda elevados (PCR, VSG), PR prolongado
Evidência de infecção estreptocócica Cultura de orofaringe positiva ou detecção de antígenos ou elevados títulos de anticorpos antiestreptocócicos. Há alta probabilidade do diagnóstico de FR quando o paciente apresentar 2 manifestações maiores ou 1 maior e 2 menores	

EXAMES LABORATORIAIS

Para identificação de infecção estreptocócica recente dosam-se os títulos de antiestreptolisina O (ASLO) que estão elevados em 80% destes pacientes.

ASLO elevado não é diagnóstico de FR, somente indicando infecção estreptocócica. Impõe-se reavaliação do diagnóstico de FR nas crianças com dor nas pernas e ASLO elevado, por maior que seja o título.

PROFILAXIA PRIMÁRIA

A amigdalite deve ser tratada com penicilina

TRATAMENTO

Para a artrite, usa-se o AAS. No Brasil é consenso a utilização de corticoide em qualquer grau de cardite. A prednisona é indicada na dose de 2mg/kg/d em 3 doses divididas nos primeiros 15 dias. O manejo da Coréia inclui repouso em lugar silencioso, haloperidol (0,1 mg/kg/d até 4-6mg/dia), fenobarbital (5 mg/kg/d) ou ácido valpróico (20-40mg/kg/d).

PROFILAXIA SECUNDÁRIA

Penicilina benzatina a cada 3 semanas em pacientes localizados em áreas endêmicas, Como alternativas, Penicilina V (125 ou 250mg 2x/d); sulfadiazina (500mg ou 1gr/dia), eritromicina (20mg/kg 2x dia). Estende-se a profilaxia até os 18 anos ou 5 anos após o última surto, se não houver comprometimento cardíaco; até 25 anos ou 10 anos após o surto se existir cardite leve com resolução e por toda a vida se houver cardite grave.

PROFILAXIA DA ENDOCARDITE

Pacientes com doença cardíaca reumática que vão à cirurgia ou que vão fazer procedimento dentário, devem receber antibióticos.

Um esquema preconizado é amoxicilina 50mg/kg, no máximo 2g, 1 hora antes do procedimento. Não é necessário segunda dose. Nos alérgicos a penicilina recomenda-se cefalexina, cefadroxil, clindamicina ou azatioprina, na dose diária usual, mas oferecida em dose única, como a amoxicilina

HIPERTENSÃO ARTERIAL

DEFINIÇÃO

- Percentil abaixo de 90 - Normotenso
- Percentil 90 a 95 - Pré-hipertensão
- Percentil acima de 95 - Hipertensão

EPIDEMIOLOGIA

Influenciada pela idade, sexo, fatores genéticos, raça e massa corporal. O controle da hipertensão previne aterosclerose e doença coronariana na fase adulta

SINAIS E SINTOMAS

Muitas vezes silenciosa. Devemos nos preocupar não só no tratamento de pacientes hipertensos, mas também na identificação de indivíduos com risco de desenvolver hipertensão, bem como no estabelecimento de medidas preventivas, quando indicado.

DIAGNÓSTICO

Através da verificação seriada de tensão arterial em todas as consultas pediátricas a partir de 3 anos de idade com manguito adequado.

Manguito adequado: A parte inflável (borracha) deve cobrir 2/3 do comprimento do braço e 80 a 100% da circunferência do mesmo

TRATAMENTO

Não farmacológico

Restrição de sal na dieta, técnicas de relaxamento evitar drogas que aumentam a pressão arterial (nicotina, anfetaminas, cocaína, cafeína), redução de peso, exercício aeróbico (pelo menos 30 minutos 3 a 4 vezes por semana).

Farmacológico

Crianças e adolescentes com hipertensão essencial geralmente respondem à terapia não-farmacológica para redução da PA. Entretanto, quando não conseguimos sucesso sugerimos: Inibidores da enzima de conversão da angiotensina (captopril, enalapril, lisinopril, fosinopril) beta bloqueadores (propranolol, atenolol) bloqueadores do canal de cálcio (felodipina e amlodipina), diuréticos (tiazídicos, furosemide e espironolactona)

Deve-se iniciar sempre com uma droga e acrescentar novas drogas caso o controle de TA não seja alcançado após um período de observação de alguns dias. A escolha de medicação para tratamento de hipertensão secundária deve ser baseada na causa desencadeante. Em qualquer situação, o objetivo do tratamento é manter o paciente com os níveis de pressão em níveis iguais ou menores que o percentil 90 para idade e estatura, principalmente se houver repercussão em órgãos-alvo

Para o estabelecimento de percentis deve ser consultada a tabela de níveis de tensão arterial remodelada em 2004 que leva em consideração a altura do paciente.

Quadro 1: Classificação da pressão arterial segundo as recomendações da Task Force 4

Normal	média dos níveis sistólicos e diastólicos abaixo do percentil 90 para idade, sexo e altura
Pré-hipertensão	média dos níveis sistólicos ou diastólicos entre o percentil 90 e 95 para idade, sexo e altura
Hipertensão Estágio 1	média dos níveis sistólicos ou diastólicos entre o percentil 95 e o percentil 99+5mmHg para idade, sexo e altura
Hipertensão Estágio 2	Média dos níveis sistólicos ou diastólicos acima do percentil 99+5mmHg

DOENÇAS REUMATOLÓGICAS

LESÃO POR ESFORÇOS DE REPETIÇÃO

SINAIS E SINTOMAS

SINAIS	SINTOMAS
Ausentes ao exame físico	dores musculoesqueléticas localizadas ou difusas em vários pontos

DIAGNÓSTICO

A tenossinovite dos digitadores, ou lesões por esforços de repetição (LER) estão sob o título das Síndromes Dolorosas de Superuso. O diagnóstico é feito pela história de utilização excessiva de computadores por crianças e adolescentes, em situação de lazer (jogos eletrônicos) ou de trabalho, por várias horas durante o dia.

TRATAMENTO

O uso do computador deve ser temporariamente suspenso até que as dores melhorem. Podem ser necessários o uso de analgésicos ou de anti-inflamatórios não hormonais e fisioterapia.

COMO PREVENIR

A postura correta em frente ao computador, a utilização de ergonomia adequada e a realização de exercícios de alongamento e relaxamento dos membros superiores e coluna, em média 10 minutos por hora, previnem as LER. O tempo de uso do computador ou do videogame deve ser restringir a no máximo 2 horas por dia.

A situação afasta a criança de atividades físicas e facilita a instalação de obesidade, fadiga e outras modalidades de síndromes álgicas.

DERMATOPATIAS MAIS COMUNS NA INFÂNCIA

DERMATITE SEBORREICA

DIAGNÓSTICO

lesões eritemato-descamativas, papulosas, não-pruriginosas, em couro cabeludo, face, pescoço, axilas e áreas de fralda, podendo ocorrer desde o primeiro mês de vida.

Focal ou generalizada.

Podem cursar com lesões pós-inflamatórias pigmentadas.

TRATAMENTO

fase aguda (eritemato-exsudativa) – usar o veículo creme.

fase crônica (escamas e/ou crostas, sem eritema e/ou exsudação)- usar o veículo pomada ou óleo.

No couro cabeludo com descamação:

Leve – óleo mineral ou vegetal por 1 hora antes do banho + shampoo de sulfeto de selênio 2,5%.

Moderada – ácido salicílico 5% em pomada ou em vaselina por 2 horas antes do banho + shampoo de sulfeto de selênio a 2,5% ou piritionato de zinco 2%.

Grave – ácido salicílico 10% em vaselina por 2 horas antes do banho com ou sem uréia 10% + shampoo de coaltar.

Lesões cutâneas localizadas: corticóide de baixa potência em creme 2-3x/dia (fase aguda) + enxofre 2% e/ou ácido salicílico 5% loção ou pomada 2x/dia.

Lesões cutâneas generalizadas: corticóide de média potência em creme 2x/dia por 2 semanas, exceto na face.

No adolescente:

Shampoo de Cetoconazol 2% durante o banho.

Corticóide capilar de 2/2dias por 1 semana seguidos 3/3dias por mais 2 semanas, após os banhos.

DERMATITE DE CONTATO

Irritativa - injúria cutânea inespecífica resultante do contato prolongado ou repetitivo com vários agentes: saliva, sucos cítricos, espuma de banho, detergentes, materiais abrasivos, sabonetes, medicamentos, fraldas molhadas.

Alérgica - reação de hipersensibilidade tardia, por agentes tópicos (Neomicina, Timerosal, anti-histamínicos tópicos), roupas, sapatos, jóias, plantas...

DIAGNÓSTICO

Prurido intenso, eritema, microvesículas, e nos casos crônicos, liquenificação e alterações de pigmentação.

Obs: Dermatite das Fraldas:

Lesões eritematosas pápulo-vesiculares ou bolhosas, fissuras e erosões, reacionais à hiperhidratação cutânea, fricção, maceração, contato prolongado com urina e fezes, isoladas ou confluentes, poupando região inguino-crural.

Infecção secundária bacteriana e/ou fúngica são comuns.

Geralmente responde a medidas simples:

Manter a área das fraldas limpa e seca, através de troca de fraldas, sempre que úmidas.

A higiene deve ser realizada com água morna nas trocas e enxágüe abundante na presença de fezes.

Evitar fricção e uso de lenços umedecidos.

Evitar uso de sabão em pó e amaciantes na lavagem das fraldas.

Uso de óxido de zinco na troca de fraldas, evitando sua retirada excessiva, pois a fricção pode levar a uma maior lesão cutânea, pela retirada da camada de reepitelização em formação.

Exposição ao sol da área acometida.

TRATAMENTO

Identificação e eliminação do agente causal.

Corticóide tópico

Anti-histamínico oral

DERMATITE ATÓPICA

DIAGNÓSTICO

Achados maiores – prurido, envolvimento facial e de superfícies extensoras em crianças pequenas, liquenificação flexural nos adultos, história pessoal ou familiar de atopia.

Achados menores – intolerância alimentar, ceratose pilar, prega infra-orbitária de Dennie-Morgan, eczema do mamilo, palidez facial, ptiíase alba.

TRATAMENTO

- Profilaxia ambiental – FUNDAMENTAL!
- Evitar irritantes – saponáceos, abrasivos, cloro, alérgenos alimentares e inalatórios (ácaros, fungos, polens, epitélios de animais)
- Usar roupas leves (algodão), isentas de alvejantes e amaciantes.
- Banhos 2x/dia, 15-20min com água fria ou morna, secando a pele logo após sem fricção.
- Banhos de imersão com sal.
- Manter a pele sempre lubrificada e hidratada, mesmo nas fases consideradas assintomáticas, com preferência pelo uso de óleo ou creme de uréia 5-10%
- Anti-histamínicos (Hidroxizina, Cetirizina, Difenidramina) por 3 a 6 meses. Cetotifeno, após o período de crise por 3 semanas.
- Corticóides – de média potência, 1-2x/dia, por no máximo 3 semanas, para lesões mais espessas.
- Tratar infecções associadas.
- Antimicóticos preferencialmente tópicos nas lesões de difícil controle.

DISIDROSE

DIAGNÓSTICO

Lesões vesiculosas, de conteúdo claro tornando-se mais turvo com a evolução das lesões, muito pruriginosas, isoladas ou confluentes, limitadas aos pés e mãos.

Pode complicar com eczematização e infecção secundária.

TRATAMENTO

Banhos de imersão: hiperosmolar, antisséptico e anti-pruriginoso 2-3x/dia por 15-30min: Permanganato de K + 1 colher de sobremesa de sal e amido/1litro de água.

Medicação secativa tópica – pasta água (óxido de zinco) + álcool 1:1 no local após os banhos.

Hidroxizine

Hidrocortisona 1% creme – evitar ao máximo, pois apesar da melhora imediata, causa dependência. Reservar para casos de eritema e prurido intensos.

Psicoterapia de apoio.

ESTRÓFULO

DIAGNÓSTICO

Erupção pápulo-eritematosa pruriginosa.

TRATAMENTO

Banhos de imersão em permanganato de potássio bem diluído e amido.

Anti-histamínicos – Dextroclorfeniramina 0,15mg/Kg/dia VO 6/6h OU Hidroxizine 1-2mg/Kg/dia VO 8/8h.

Corticóide tópico de baixa potência, dependendo da fase – Hidrocortisona creme 1%.

Antibiótico em caso de infecção bacteriana secundária.

Medidas preventivas – vitaminas do complexo B via oral, aplicação de repelentes no mosquito.

URTICÁRIA

DIAGNÓSTICO

Placas e pápulas eritematosas de tamanho e forma variáveis, geralmente pruriginosas, desaparecem à digitopressão fugaz e podem vir acompanhadas de angioedema. Em alguns casos, pode persistir por dias ou semanas apesar do tratamento adequado.

TRATAMENTO

Identificação e eliminação do agente causal.

Anti-histamínicos VO geralmente sedantes – para alívio das lesões e do prurido.

Adrenalina SC 0,3mL-0,5mL – para casos de urticária severa e angioedema.

Corticosteróides VO (Prednisona, Prednisolona, Dexametasona, Hidrocortisona) – para casos refratários aos anti-histamínicos ou em casos severos para prevenir a fase tardia do processo alérgico.

COMO EVITAR

Cuidado com o uso de anti-inflamatórios não hormonais AINES, antibióticos, leite de vaca, clara de ovo, chocolate, infecções virais, estreptococcias.

PTIRÍASE ALBA (DARTRO VOLANTE/ECZEMÁTIDE)

DIAGNÓSTICO

Lesões arredondadas, **bordos imprecisos**, descamativas, em face, região cervical, tórax superior e membros, geralmente em crianças com **xerodermia** e sinais de **atopia**. Evolução lenta, frequentemente com recidivas. O retorno à pigmentação pode levar de semanas a meses.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Lesões iniciais de hanseníase.

Ptíriase versicolor.

Tinea corporis.

TRATAMENTO

Controle ambiental dos possíveis fatores alergênicos.

Hidratação da pele com creme de uréia.

CELULITE

DIAGNÓSTICO

Lesão eritematosa, elevada, dolorosa, bordos mal delimitados, porta de entrada (intertrigo, traumatismo, picada de inseto).

TRATAMENTO

Repouso no leito com elevação do membro acometido.

Limpeza e debridamento da porta de entrada.

Casos leves: Cefalexina 50mg/Kg/dia VO 6/6h 14 dias.

Casos graves: Oxacilina 100mg/Kg/dia IV 6/6h 14 dias.

Associar Cefuroxime (75-100mg/Kg/dia VO ou IV 8/8h) OU Ceftriaxone (50-75mg/Kg/dia IV 12/12h) OU Clavulin (50mg/Kg/dia VO ou IV 8/8h) em casos de celulite de face ou periorbitária em <es de 5 anos.

ERISPELA

DIAGNÓSTICO

Lesão endureada, eritematosa, muito dolorosa, bordos nítidos, febre alta, cefaléia, adenopatia satélite, preferencialmente MMII e face.

TRATAMENTO

Medicamentoso

1ª) Penicilina G procaína – 50.000 UI/Kg/dia IM 12/12h 10-14 dias.

2ª) Penicilina G cristalina – 100.000-150.000 UI/Kg/dia IV 6/6h 10-14 dias.

3ª) Eritromicina – 40mg/Kg/dia VO 6/6h 10-14 dias, para casos de hipersensibilidade à Penicilinas.

Orientações

Repouso no leito com elevação do membro acometido.

Limpeza e debridamento da porta de entrada.

COMO EVITAR

O risco é maior em pacientes com diabetes mellitus, estase venosa, úlceras cutâneas, síndrome nefrótica.

FOLICULITE

DIAGNÓSTICO

Lesões pápulo-pustulosas, centralizadas por pêlo de crescimento comprometido, sobre base eritematosa, resolução sem deixar cicatrizes. Acometimento preferencial de face, couro cabeludo, e extremidades. Tendência à cronicidade e recorrência.

TRATAMENTO

Limpeza com água +sabão.

Cefalexina.

Considerar descolonização estafilocócica com Mupirocina no vestíbulo nasal 2x/dia e dobras cutâneas por 3-5 dias.

FURUNCULOSE

DIAGNÓSTICO

Nódulo duro, eritematoso, doloroso, perifolicular → aumento progressivo → flutuação → drenagem de secreção purulenta → alívio imediato da dor. Resolução deixa cicatriz.

TRATAMENTO

Compressas mornas para facilitar a drenagem espontânea.

Usar antibióticos em: antraz, sintomas sistêmicos, celulite, áreas de atrito, lesão > ou = 3cm.

Drenagem – precedida por Cefalexina VO 1h antes ou Cefazolina/Cefalotina IV 30min antes.

Considerar descolonização estafilocócica nos casos recorrentes.

COMO EVITAR

O risco é maior em pacientes com obesidade, hiperhidrose, maceração, diabetes mellitus, imunodeficiências, desnutrição.

IMPETIGO

DIAGNÓSTICO

Máculas eritematosas → vesículas finas ou bolhas circundadas por eritema → pústulas friáveis → crostas espessas facilmente removíveis. Lesões pouco dolorosas, ocasionalmente pruriginosas, linfonodomegalia regional (90%), ausência de sintomas gerais, leucocitose neutrofílica (50%).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Varicela, herpes simples, prurigo estrófulo.

TRATAMENTO

Higiene das lesões com água e sabão.

Manter as unhas curtas.

Banhos ou compressas com permanganato de potássio ou água de alibour.

Antibioticoterapia utilizar um dos esquemas terapêuticos a seguir

1ª) Penicilina G benzatina – 30.000UI/Kg/dia IM dose única **OU** 300.000UI (até 10Kg), 600.000UI (<es 27Kg), 1.200.000UI (>es 27Kg).

2ª) Penicilina V – 50.000UI/Kg/dia VO 6/6h 10 dias.

3ª) Penicilina G procaína – 50.000UI/Kg/dia IM 10 dias.

4ª) Eritromicina – 40mg/Kg/dia VO 6/6h 7 dias para alérgicos à penicilina.

5ª) Cefalexina – 50-100mg/Kg/dia VO 6/6h 7 dias diante da suspeita ou isolamento de *S. aureus*.

Considerar descolonização estafilocócica.

COMPLICAÇÕES

GND, celulite, artrite séptica, osteomielite.

COMO EVITAR

A transmissão se dá por contato direto interpessoal, fômites, auto-inoculação.

ESCABIOSE

DIAGNÓSTICO

Lesões vésico-papulosas, **prurido intenso paroxístico** predominantemente noturno. Localização: interdigitais, punhos, cotovelos, axilas, periumbilical, nádegas, palmo-plantar.

Outras formas clínicas

Sarna norueguesa – escamas, crostas, hiperkeratose, fissuras palmo-plantares, disseminadas, envolvimento de face e couro cabeludo, prurido discreto ou ausente, geralmente em imunodeprimidos. Usar escabicidas bastante diluídos e por tempo prolongado.

Nódulos escabióticos – usar medicação tópica até a involução das lesões. Avaliar a necessidade de creme de Hidrocortisona 1-2x/dia durante 1-2 semanas, exceto em áreas cobertas pelas fraldas.

TRATAMENTO

Orientações

Identificação e tratamento dos contactantes, mesmo sem prurido.

Lavar e expor diariamente roupas pessoais, de cama e banho. Não é necessário fervê-las!

Se houver infecção secundária, tratar antes de aplicar escabicidas.

A maioria dos escabicidas causa dermatite por irritante primário, por isso, devem ser aplicados por 3 dias consecutivos, repetidos após 7 dias, à noite após o banho, retirando o produto pela manhã.

Medicamentoso: utilizar um dos medicamentos abaixo

Benzoato de benzila 25% - aplicar no corpo ainda úmido. Diluir 1:3 ou 1:4

Monossulfiram solução 25% - diluir 1 parte:3 partes de água, preparando no momento de uso. Evitar bebidas alcoólicas por até 10 dias após a aplicação.

Permetrina solução 25% - ideal para eczematização, peles sensíveis e lactentes.

Ivermectina – somente para >es de 15Kg = 0,2mg/Kg em dose única. Contraindicação: <es 15Kg, patologias do SNC, gestantes, lactantes.

Pasta d'água com enxofre 10% - por 10-20 dias consecutivos. Indicada principalmente para menores de 2 anos e gestantes.

LARVA MIGRANS CUTÂNEA

DIAGNÓSTICO

Lesão eritemato-papulosa encimada por vesícula, pruriginosa, localizada em áreas expostas, túnel sinuoso levemente saliente com conteúdo seroso, podendo haver vesículas, bolhas, infecção secundária e eczematização, extremidade papulosa onde se localiza a larva.

TRATAMENTO

Tende a desaparecer espontaneamente em 4-6 sem.

Casos leves – Tiabendazol pomada 2x/dia 5d, com aplicação prévia de gelo.

Casos de infestação maciça com lesões numerosas – Tiabendazol 25-50mg/Kg/dia VO 2x/d 3d em jejum OU Albendazol 400mg/dia 1x/d VO 3d OU Ivermectina 0,2mg/Kg VO dose única (crianças maiores de 5 anos ou acima de 15Kg).

PEDICULOSE

DIAGNÓSTICO

piolhos fixados com seus ovos na base dos cabelos, prurido intenso, cabelos sem brilho e ressecados, infecção secundária e adenopatia satélite.

TRATAMENTO

Orientações

Tratar os contactantes.

Colocar os travesseiros e almofadas ao sol ou usar ferro quente.

Não prender os cabelos úmidos, seca-los ao sol ou com secador.

Retirar as lêndeas – método mecânico: pente fino.

Método químico: vinagre morno ou água com sal, na proporção de 2 colheres de sopa: 1xícara.

Medicamentoso

Eliminar as formas adultas - Loções (benzoato de benzila 25% diluído em 2 partes de água ou Permetrina 25% ou Monossulfiram 25% diluído em 2 partes de água) por 10-15 min, durante 3 dias seguidos, repetidos após 7 dias.

PTIRÍASE VERSICOLOR

DIAGNÓSTICO

Máculas hipocrômicas, **superfície descamativa furfurácea**, início perifolicular, tendência à coalescência, **preferencialmente áreas seborreicas, bordos precisos**, frequentemente localizada em áreas de implantação dos cabelos, Sinal de Zileri e Sinal da Unha.

TRATAMENTO

Higiene adequada.

Evitar sudorese excessiva.

Shampoo de sulfeto de selênio 2,5% OU piritionato de Zn 2% OU solução de hipossulfito de sódio 20-40% na pele e couro cabeludo 2x/dia 20 min antes do banho por até 2 meses após a cura clínica.

TINEA CAPITIS

DIAGNÓSTICO

Forma clássica – áreas de alopecia arredondadas, com descamação central e cabelos tonsurados. Diagnóstico diferencial com alopecia areata (couro cabeludo liso e brilhante sem alteração de cabelos) e tricotilomania (formas variáveis com cabelos de tamanhos diferentes)

Forma inflamatória (kerion celsi) – eritema, pústulas e até abscessos na área de tonsura. Diagnóstico diferencial com foliculite ou abscesso de couro cabeludo.

Forma descamativa – descamação generalizada sem tonsura.

TRATAMENTO

1º) Griseofulvina – 15-20mg/Kg/dia VO dose única diária após alimentação gordurosa por 6-8sem.

2º) Cetoconazol (5-10mg/Kg/dia VO 6 sem) OU Fluconazol (6mg/Kg/diaVO até 1 sem após o desaparecimento dos sintomas, acompanhar função hepática e renal) OU Itraconazol (3-5mg/Kg/dia VO por 6 sem).

3º) Terbinafina - <10Kg=62,5mg/dia; 10-20Kg=125mg/dia; >20Kg = 250mg/dia.

4º) Shampoo de sulfeto de selênio 2,5% - para o Kerion celsi.

TINEA CORPORIS

DIAGNÓSTICO

Lesões arredondadas únicas ou múltiplas, de limites nítidos e circinados, sinais inflamatórios, descamação central e crescimento centrífugo.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Pitiríase alba, granuloma anular, hanseníase, psoríase.

TRATAMENTO

Imidazólicos tópicos 2x/dia por 4 semanas ou por mais 2 semanas após a cura clínica.

Terbinafina 1x/dia 15 dias.

Griseofulvina VO para imunodeprimidos e formas extensas.

TINEA PEDIS

DIAGNÓSTICO

Maceração e prurido interdigital; descamação nas faces laterais dos pés; vesículas, bolhas e prurido na face plantar.

TRATAMENTO

Ventilação dos pés.

Troca diária de meias, preferencialmente de algodão.

Desinfecção dos calçados com imidazólicos em pó.

Fluconazol VO por 4 sem Ou Itraconazol VO por 15-30 dias.

TINEA CRURIS

DIAGNÓSTICO

Lesão eritematosa, descamativa, de limites circinados, que se estende além das pregas inguinais, geralmente bilateral.

TRATAMENTO

Imidazólicos tópicos.

Roupas folgadas.

TINEA UNGUIUM

DIAGNÓSTICO

Perda de brilho, espessamento da unha, hiperqueratose sob a lâmina ungueal.

TRATAMENTO

Imidazólicos tópicos em solução ou esmalte para casos iniciais.

Itraconazol 3 meses OU Fluconazol 150mg/sem por 6 meses.

CANDIDÍASE CUTÂNEO-MUCOSA

DIAGNÓSTICO

Lesão úmida, de limites circinados, eritema intenso, lesões satélites próximas ao limite.

FATORES DE RISCO

Oclusão na área das fraldas, síndrome de Down, DM, ATB de amplo espectro prolongado, diarreia.

TRATAMENTO

1º) Nistatina creme 7 dias.

2º) Clotrimazol creme 7 dias.

3º) Imidazólicos solução.

4º) Antifúngicos sistêmicos não absorvíveis, nos casos mais graves: Cetoconazol por 15 dias.

MILIÁRIA

a) Cristalina (Sudamina): pequenas lesões vesiculares, de conteúdo claro, superficiais, sem reação inflamatória, em grande extensão corporal, autolimitadas. Geralmente ocorre em neonatos e lactentes, em condições de calor excessivo, umidade e febre.

b) Rubra (brotoeja): pequenas lesões papulo-eritematosas, pruriginosas, geralmente em áreas de oclusão ou flexurais.

TRATAMENTO

Resfriamento da pele.

Manter a pele seca.

Banhos de amido de milho (Maisena) com moderação.

Evitar ingestão hídrica excessiva.

Evitar exposição solar demasiada, uso excessivo de roupas e sabonetes.

Pasta d'água várias vezes ao dia ou Calamina loção cremosa 1-2%.

Loção de Mentol 1% OU Glicerina 4% OU Ácido salicílico 5% para casos graves.

Avaliar presença de monilíase concomitante e infecção secundária.

HEMANGIOMAS

DIAGNÓSTICO

Lesões elevadas, isoladas ou múltiplas, compressíveis, eritematosas, azuladas ou pálidas, de limites bem demarcados, em qualquer área corporal (principalmente face, couro cabeludo, dorso, tórax anterior), geralmente surgindo nos primeiros anos de vida e ocasionalmente ao nascimento. Podem interferir com alguma função vital na dependência de sua localização, por exemplo, pálpebra, uretra, árvore traqueobrônquica.

A involução espontânea não se correlaciona com o tamanho da lesão ou local de acometimento e ocorre em 60% das lesões por volta dos 5 anos e 90-95% por volta dos 9 anos.

TRATAMENTO

Orientar sobre a provável evolução: expansão rápida → período estacionário → involução espontânea.

Conduta expectante – na ausência de: complicações, crescimento excessivo, desfiguração severa, alteração funcional orgânica.

Acompanhar o desenvolvimento neurológico, cardíaco e renal.

US trans-fontanela – no caso de grande extensão e localização em pólo cefálico.

Encaminhar ao especialista em caso de alteração funcional orgânica.

MOLUSCO CONTAGIOSO

Mais freqüente em escolares saudáveis e imunodeprimidos.

DIAGNÓSTICO

Pápulas arredondadas, peroladas, firmes, com umbilicação central, sem sinais inflamatórios ao redor, distribuídas por toda a pele, exceto couro cabeludo e regiões palmo-plantares. Maior extensão e severidade em imunodeprimidos.

Fenômeno de Koebner – disposição linear por auto-inoculação pós-trauma.

TRATAMENTO

Expressão manual, seguida da aplicação de tintura de iodo.

Exérese das lesões por meio químico (ácidos em colódio, pasta ou adesivo)
Laserterapia.
Crioterapia.
Cimetidina 40mg/Kg/dia por 60 dias, nos casos disseminados.

COMO EVITAR

O contágio se dá por contato direto, fômites, auto-inoculação. A contagiosidade é baixa.

VERRUGAS

DIAGNÓSTICO

A intensidade depende do tipo de vírus, tamanho do inóculo, estado imune do hospedeiro, sítio de infecção.

COMO EVITAR

Para evitar o contágio, cuidado com o contato direto, auto-inoculação e fômites.

Verruga vulgar – pápulas da cor da pele ou róseas, de consistência firme, únicas ou múltiplas, limites precisos, superfície espessa, ceratótica e irregular, que podem coalescer, com localização preferencial em área extensora dos membros, dorso de mãos e pés e periungueais.

Verruga plana – pápulas de coloração variada (rósea a marrom), discretamente elevadas e ceratóticas, com distribuição em confete, de localização preferencial em face, dorso de mãos e pés e joelhos, freqüentemente distribuídas ao longo de uma linha de trauma cutâneo.

Verruga plantar – placa ceratótica umbilicada, com halo hiperkeratótico e pontos escurecidos no centro, muito dolorosa à deambulação sobretudo pela manhã.

TRATAMENTO

Ácido salicílico ou láctico em colódio, pasta ou adesivo, apenas sobre a verruga, cobrindo com esparadrapo, em dias alternados.

Ácido nítrico saturado, em aplicações semanais pelo médico.

Eletrocoagulação – avaliar em casos severos.

Eventualmente pode ocorrer cura espontânea, cerca de 2 anos após.

VARICELA

DIAGNÓSTICO

Pródromos – mais comuns em escolares e adolescentes – febre geralmente baixa (guarda estreita relação com o exantema), anorexia, cefaléia, dor abdominal.

Exantema acentuadamente pruriginoso, com pleomorfismo regional (máculas, pápulas, vesículas, pústulas, crostas) poupando regiões palmo-plantares, mais intenso nos casos secundários.

Pode haver enantema e vesículas nas mucosas oral e genital.

COMPLICAÇÕES

Infecção bacteriana secundária – persistência da febre sem o surgimento de novas lesões ou retomada do quadro febril.

Pneumonia intersticial – mais comum em neonatos e imunodeprimidos. Dor torácica, dispnéia, infiltrado intersticial, nódulos bilaterais.

Encefalite.

TRATAMENTO

antitérmicos, preferencialmente Paracetamol. Exceto AAS, pelo risco de Síndrome de Reye. Anti-histamínicos.

Soluções antissépticas.

Antibióticos nos casos de infecção bacteriana secundária com cobertura para *Streptococcus pyogenes* e *Staphylococcus aureus*.

Terapia antiviral específica (Aciclovir 800mg/dia 5x/dia VO ou 500mg/m² IV 8/8h por 7 dias, Fanciclovir, Valaciclovir) – reduz a duração e a gravidade se iniciado nas primeiras 24 -48 horas do início do exantema, alto índice terapêutico, baixa toxicidade. Indicada para imunodeprimidos, devendo ser avaliada para casos secundários.

COMO EVITAR

O contágio ocorre por gotículas respiratórias, contato com lesões. O vírus é eliminado de 2 dias antes do exantema até a evolução de todas as lesões cutâneas para a fase de crostas.

Vacina antivariçela – vírus vivo atenuado.

Vacinação de bloqueio até 72-96 horas do contato para contactantes intra-domiciliares e em comunidades fechadas.

Imunoglobulina hiperimmune antivariçela-zoster (VZIG) – gestantes e imunodeprimidos susceptíveis, RNs cujas mães contraíram varicela 5 dias antes até 2 dias após o parto, RNs > ou = 28 semanas cujas mães não tenham história de varicela, RNs < 28 semanas.

Nos casos leves (ambulatoriais), restringir o contato extradomiciliar, evitando contatos prolongados e estreitos entre doentes e susceptíveis no período de transmissibilidade.

Em caso de internação hospitalar – isolamento de contato e respiratório, até que todas as lesões estejam em fase de crosta.

Surgimento de caso em enfermaria – interditar para novas internações até que todas as crianças que tiveram contato com o caso-índice tenham tido alta ou após 21 dias + vacinação de bloqueio/VZIG.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) Schechter, M, Marangoni, DV. Doenças Infecciosas- Conduta diagnóstica e terapêutica. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
- 2) Azulay, RD, Azulay, DR. Dermatologia. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- 3) Schettino, CE, Fávero, WM. Terapêutica em Pediatria. 1.ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 2001.
- 4) Behrman, RE, Kliegman, RM, Jenson, HB. Nelson Textbook of Pediatrics: WB Saunders,

DOENÇAS DO OUVIDO

OTITES

Otite média aguda, Otite média aguda recorrente, Otite média secretora

A otite média aguda é uma das infecções bacteriana mais frequentes na criança. O diagnóstico pouco criterioso de otite média com conseqüente prescrição desnecessária de antimicrobianos resultou num crescente surgimento de bactérias resistentes.

DEFINIÇÃO

Otite Média Aguda (OMA): É a presença de secreção na orelha média associada ao início rápido de um ou mais sinais ou sintomas de inflamação da orelha média.

Otite Média Aguda Recorrente (OMR): É a ocorrência de três episódios de otite média aguda em seis meses ou quatro episódios em doze meses.

Otite Média Secretora (OMS): É a inflamação da orelha média em que há uma coleção líquida no seu espaço e a membrana timpânica está intacta. Não há sinais ou sintomas de infecção aguda.

Secreção ou Efusão da Orelha Média: É o líquido resultante da otite média. Essa secreção pode ser serosa (fina e líquida), mucóide (espessa e viscosa) ou purulenta. A efusão pode resultar de uma otite média aguda ou de uma otite média secretora.

SINAIS E SINTOMAS

Podem apresentar sinais e sintomas não específicos, tais como febre, irritabilidade, cefaléia, anorexia, vômitos e diarreia. Febre ocorre em 1/3 das vezes, mas febre alta ($>39,5^{\circ}\text{C}$) é incomum a não ser quando acompanhada de bacteremia. Otorrêa é o sintoma mais comum. Em crianças menores, a irritabilidade ou o “puxar a orelha”, especialmente quando associados à febre e IVAS, podem ser os únicos indicativos de dor. A otorrêa pode ocorrer na OMA supurada, na criança com perfuração crônica da membrana timpânica ou com tubo de ventilação. A OMS é aparentemente assintomática, “silenciosa” e frequentemente, não reconhecida pelos pais. A queixa principal da criança maior é a diminuição da audição ou uma sensação de “orelha entupida”. Dependendo da idade em que ocorre, pode provocar alterações no desenvolvimento cognitivo e da linguagem.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da otite média na criança é determinado pela história e exame físico, no entanto, somente a otoscopia estabelece o diagnóstico definitivo. Na **otoscopia**, a membrana timpânica normal está em posição neutra, é transparente, de cor pérola-acinzentada, podendo ficar hiperemiada com o choro da criança. Na OMA, a membrana timpânica está abaulada, hiperemiada, opaca, com aumento da vascularização e, na pneumotoscopia, com diminuição da mobilidade. De todos estes sinais, o abaulamento é o mais importante. A perfuração da membrana timpânica, quando presente, é pequena e de difícil visualização devido ao edema e à presença de secreção que ocorre na OMA supurada. O reflexo luminoso não é importante para o diagnóstico de otite média. Na OMS, a membrana timpânica está retraída, com protrusão do cabo do martelo, de coloração amarelada ou azulada e com a mobilidade diminuída. Quando há OMS persistente, podemos encontrar retração da membrana timpânica.

TRATAMENTO – USO DO ANTIIBIÓTICO

Idade	Diagnóstico OMA correto	Diagnóstico OMA duvidoso
< 6 meses	Antibióticos	Antibióticos
6 m a 2 anos	Antibióticos	Antibióticos se doença <u>severa</u> Observar, se <u>não severa</u>
2 anos ou +	Antibióticos se doença <u>severa</u> Observar se doença <u>não severa</u>	Observar

A observação só está indicada se há acompanhamento do paciente.

ATB NO MÊS ANTERIOR	DIA ZERO	FALHA TERAPÊUTICA NO DIA 3	FALHA TERAPÊUTICA DIAS 10 A 28
NÃO	Dose usual ou alta de amoxicilina	amoxicilina-clavulanato (doses altas); acetil-cefuroxima; ceftriaxone intra-muscular	Mesmo esquema que para falha no dia 3
SIM	Dose alta de amoxicilina ou amoxicilina-clavulanato; acetil-cefuroxima	Ceftriaxone IM, clindamicina ou timpanocentese	Dose alta de amoxicilina-clavulanato, acetil-cefuroxima Ceftriaxone IM, ou timpanocentese

PREVENÇÃO DAS OTITES MÉDIAS

- Evitar tabagismo passivo
- Estimular o aleitamento materno (4 meses ou mais);
- Suspender a mamadeira deitada
- Retardar o ingresso na creche ou berçário
- Evitar uso de chupeta na creche
- Tratar condições de co-morbidade (rinossinusite)
- Controlar alergia respiratória ou digestiva
- Imunoprofilaxia - Vacina

DOENÇAS DO OLHO E ANEXOS

CONJUNTIVITES AGUDAS

1. Oftalmia Neonatal

Primeiros 28 dias de vida

CAUSAS

- Irritativa (colírio de nitrato de prata – início nos primeiros dias de vida)
- Infecciosa (contaminação pela passagem do canal vaginal)
 - contaminação externa
 - Gonocócica – até 3º dia de vida
 - Estafilocócica – Herpes – do 3º ao 5º dia de vida
 - Clamídia – após a primeira semana de vida

DIAGNÓSTICO

Clínico com confirmação etiológica por exame laboratorial (material secreção – lâmina e cultura).

2. Bacteriana

- Etiologias** mais freqüentes na infância:
- Haemophilus influenzae (60%)
 - Streptococcus pneumoniae (20%)
 - Corinebacterium sp

- M. catarrhalis
- S. epidermitis

CLÍNICA

Unilateral (mais freqüente) / bilateral
 Edema palpebral
 Secreção muco-purulenta
 Hiperemia conjuntival
 Quemose
 Ausência de adenomegalia pré-auricular
 Associação com OMA (especialmente por Haemophilus influenzae)

TRATAMENTO

Higiene local com soro fisiológico; compressas frias e colírio antibiótico largo espectro

3. Viral

CLINICA

Semelhante à conjuntivite bacteriana no início
 Unilateral no início sendo, geralmente, bilateral em 1 semana
 Conjuntivite folicular com linfadenopatia pré-auricular
 Período de incubação de 5 a 10 dias
 Secreção muco-aguosa
 Hiperemia
 Quemose
 Hemorragia sub-conjuntival e foliculos na conjuntiva tarsal, posteriormente pode surgir ceratite subepitelial

3 (TRÊS) APRESENTAÇÕES CLÍNICAS

- Conjuntivite Folicular Aguda (restringe-se ao olho) tem discreto envolvimento do epitélio corneano, apresentando resolução rápida
- Febre Faringo-Conjuntival - apresenta concomitantemente faringite, febre, cefaléia, mialgias, náuseas e tosse
- Cerato Conjuntivite Epidêmica (forma mais grave) - apresenta conjuntivite membranosa, faringite, otite, vômitos e diarreia.

TRATAMENTO

Principalmente alívio dos sintomas (dor e sensação da presença de corpo estranho) com uso de colírios adstringentes ou lágrimas artificiais; limpeza local com soro fisiológico; compressas frias. Uso de colírio de corticóide somente quando houver infiltração corneana subepitelial ou formação de membranas

4. Conjuntivite Atópica

São processos alérgicos geralmente mais comuns em crianças menores de 10 anos. Apresentam-se com quadros de remissões e de exacerbações

CLÍNICA

Inicialmente surge desconforto ocular, ardor e fotofobia em seguida, hiperemia difusa, secreção conjuntival rica em eosinófilos.; aparecimento de papilas gigantes na conjuntiva tarsal su-

perior que podem levar a traumas na córnea e úlceras não infecciosas; presença de infiltrados límbicos e ceratite epitelial punctata.

TRATAMENTO

Compressas frias, colírio vasoconstritor e anti-histamínicos. O uso de corticóides tópicos somente se necessário e por curto período.

DACRIOCISTITE

DEFINIÇÃO

Obstrução congênita do ducto lacrimonasal. Cerca de 50% das crianças apresentam a obstrução no primeiro mês de vida, (uni/bilateral)

Formas de manifestação:

- Obstrução simples
- Dacriocistite crônica
- Dacriocistite aguda – saco lacrimal doloroso, hiperemiado e endurecido, podendo evoluir para celulite
- Fístula congênita do saco lacrimal
- Congênita (mucocele) – massa azulada na região do saco lacrimal presente ao nascimento ou nos primeiros dias de vida, causa uma obstrução secundária, com contenção de material mucóide
- Outras: Imperfuração do ponto lacrimal e fistula do saco lacrimal

TRATAMENTO:

Clínico: Apresenta resolução espontânea no primeiro ano de vida na maioria das vezes (90%). Aconselha-se massagem do saco lacrimal (compreensão com o dedo indicador na região dos canalículos em direção inferior, três vezes ao dia, com o intuito de favorecer hidraulicamente a perfuração da membrana de Hasner.) O uso de colírios restringe-se aos casos com infecção - conjuntivites ou dacriocistites

ESTRABISMO

É o alinhamento ocular anormal, podendo ser convergente (ESOTROPIAS) ou divergente (EXOTROPIAS). Pode também ser classificado quanto a sua permanência: quando se manifesta constantemente, de forma manifesta denomina-se TROPIA, quando não é constante, ou seja, quando o desvio é latente, denomina-se FORIA.

1) Estrabismos Convergentes (Esotropias): (forma + freqüente - >50%)

Causas: Anatômicas, refracionais, mecânicas, nervosas, genéticas e acomodativas.

Data de aparecimento: Geralmente surge entre dois a três anos, podendo surgir nos primeiros quatro meses de idade.

Evolução: Geralmente, no início intermitente e com o passar do tempo pode ficar constante. Pode estar associado à história familiar e/ou ser precipitado por trauma, oclusão ou doença.

Conduta: O tratamento consiste na correção do erro de refração (geralmente hipermetropia > 3 graus). Se o desvio desaparecer com esta correção, a cirurgia está contra-indicada.

Esotropia congênita ou infantil – Costuma surgir nos seis primeiros meses de vida.

Embora este estrabismo possa aparecer em até 30% de pacientes com paralisia cerebral ou hidrocefalia, geralmente as crianças que apresentam a esotropia congênita são normais do ponto de vista neurológico.

Quando tem um desvio preponderante em um olho pode ocorrer Ambliopia. Diagnóstico diferencial com paralisia IV par (nervo abducente) e síndrome de Duane (inervação aberrante dos músculos extra-oculares), pois neste tipo de esotropia o desvio geralmente é maior que 30 dioptrias.

Conduta: Iniciar com correção do erro de refração, especialmente se houver hipermetropia. Pesquisar ambliopia e se presente tratá-la por meio da oclusão do olho dominante. Geralmente há necessidade de tratamento cirúrgico destes pacientes, realizável somente quando o desvio se tornar estável e permitir uma propedêutica oftalmológica completa (cerca de um ano de idade).

Outras formas de estrabismo - associados à baixa acuidade visual:

- Catarata
- Atrofia óptica
- Cicatrizes de coriorretinite
- Retinoblastoma

2) Estrabismos Divergentes (Exotropias): Geralmente não tem uma causa definida. É controversa a influência por fatores anatômicos, mecânicos e/ou nervosos. O fator genético pode estar presente e pode surgir à partir de uma perda visual monocular (exotropia sensorial).

3) Exoforias: É o desvio latente, geralmente assintomático.

Clínico: Apresenta desconforto e alterações visuais após esforço visual prolongado, por leitura ou trabalho. Geralmente surge associado à cansaço, não conseguindo manter o paralelismo ocular.

Conduta:

- Exercícios ortópticos.
- Óculos com prismas.
- Raramente cirurgia (quando o tratamento clínico não resolver ou em grandes desvios).

4) Desvios verticais: São raros e podem ou não estar associados a desvios horizontais associados à problemas disfuncionais dos músculos cicloverticais (músculos oblíquos superior e inferior e dos músculos retos superior e inferior).

Fatores associados:

- Assimetria de órbita (craniossinostoses – Cruzon, Apert e Pfeiffer)
- Traumas (fratura de órbita)
- Inflamação (miosite, celulite, doença de Graves)
- Tumores (intracranianos e orbitários).

Tratamento:

Pequenos desvios – uso de prismas

Grandes desvios – cirurgia

5) Falso (pseudo) estrabismo: Devido a características fenotípicas. É freqüente em orientais, pela presença de prega em epicanto ou com crianças com uma distância interpupilar pequena. Não requer tratamento.

DOENÇAS REGIONAIS

DENGUE

Agente etiológico: É um vírus RNA. Arbovírus do gênero Flavírus, pertencente à família Flaviviridae com 4 sorotipos diferentes: 1,2,3,4.

Vetores hospedeiros: São mosquitos do gênero Aedes. Nas Américas, o vírus da Dengue persiste na natureza mediante o ciclo de transmissão homem-Aedes-homem.

ASPECTOS CLÍNICOS

Doença infecciosa febril aguda que pode ser de curso benigno ou grave, dependendo da forma como se apresenta: infecção inaparente, Dengue clássico (DC), febre hemorrágica do Dengue (DH), ou síndrome de choque do Dengue (SCD).

SINAIS E SINTOMAS

DC: é de início abrupto, com febre alta (39 a 40 graus) seguida de cefaléia, mialgia, prostração, artralgia, anorexia, astenia, dor retroorbitária, náuseas, vômitos, exantema, prurido cutâneo, hepatomegalia (ocasional), dor abdominal generalizada (principalmente em crianças). Pequenas manifestações hemorrágicas (petéquias, epistaxe, gengivorragia, sangramento gastrointestinal, hematórias e metrorragia) podem ocorrer. Dura cerca de 5 a 7 dias, quando há regressão dos sinais e sintomas, podendo persistir a fadiga.

DH e SCD: os sintomas são semelhantes ao DC, mas no terceiro ou quarto dia o quadro se agrava com sinais de debilidade profunda, agitação ou letargia, palidez de face, pulso rápido e débil, hipotensão com diminuição da pressão diferencial, manifestações hemorrágicas espontâneas com a prova do Laço positiva.

DIAGNÓSTICO LABORATORIAL

Isolamento do vírus através de sorologia;

Leucopenia e, às vezes, trombocitopenia;

Na DH deve-se dar especial atenção à dosagem do hematócrito e hemoglobina para verificar hemoconcentração;

Coagulograma com aumento do tempo de protrombina, tromboplastina parcial e trombina;

Diminuição do fator de fibrinogênio;

Albuminas baixas e alteração das enzimas hepáticas.

TRATAMENTO

DC: Sintomáticos

Aos primeiros sinais de choque o paciente deve ser internado imediatamente para correção rápida de volumes de líquidos perdidos e da acidose.

MEDIDAS DE CONTROLE

É uma doença de notificação compulsória e de investigação obrigatória;

A única medida de controle é a eliminação do mosquito transmissor, com ações de saneamento ambiental, educação em saúde para diminuir os criadouros das larvas do *Aedes Aegypti*.

HANSENÍASE

AGENTE ETIOLÓGICO

Bacilo álcool-ácido resistente, intracelular obrigatório, denominado bacilo de Hansen ou *Mycobacterium leprae*.

MODO DE TRANSMISSÃO

Contato íntimo e prolongado com pacientes bacilíferos não tratados.

Período de incubação: em média 5 anos, podendo ir de meses a mais de 10 anos.

ASPECTOS CLÍNICOS

Doença infecto-contagiosa, crônica, curável, causada pelo bacilo de Hansen que tem alta infectividade (infecta grande número de pessoas) e baixa patogenicidade (poucos adoecem).

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS um caso de hanseníase pode ser definido com um ou mais dos critérios a seguir:

1. Lesão de pele com alteração de sensibilidade;
2. Espessamento de nervo periférico acompanhado de alteração de sensibilidade;
3. Baciloscopia positiva para bacilo de Hansen.

CLASSIFICAÇÃO DAS FORMAS CLÍNICAS DA HANSENÍASE

Indeterminada (HI): Áreas de hipo ou anestesia, parestesias, manchas hipocrômicas e/ou eritemato-hipocromicas com ou sem diminuição da sudorese e rarefação de pelos. A baciloscopia é negativa;

Tuberculóide (HT): Placas eritematosas, eritemato hipocrômicas bem definidas, hipo ou anestésicos, comprometimento e nervos. A baciloscopia é negativa;

Dimorfa (HD): Lesões pré-foveolares (eritematosas, planos com centros claros). Lesões foveolares (eritematopigmentares, de tonalidade ferruginosa ou pardacenta). Apresenta alterações de sensibilidade. A baciloscopia é positiva (bacilos e globias ou com raros bacilos) ou negativa;

Virchoviana (HV): Eritema e infiltração difusa, placas eritematosas infiltrados e de bordos mal definidos, tubérculos e módulos, madarose, lesões das mucosas com alteração de sensibilidade. A baciloscopia é positiva (bacilos abundantes e globias).

DIAGNÓSTICO

Clínico: Baseado na definição de caso. A baciloscopia e a histopatologia podem ser úteis como apoio diagnóstico.

TRATAMENTO

Não é eticamente aceitável o uso de qualquer tratamento monoterápico, sendo recomendável, portanto, a associação de drogas. Os pacientes devem ser tratados em nível ambulatorial.

MEDIDAS DE CONTROLE

Doença de notificação compulsória no Brasil.

O diagnóstico precoce dos casos através do atendimento de demanda espontânea de busca ativa e exames dos contatos para tratamento específico;

Examinar todos os contatos de casos novos.

LEISHMANIOSE VISCERAL

AGENTE ETIOLÓGICO

Protozoário da família tripanosomatidae, gênero *Leishmania*, espécie *Leishmania chagasi*.

MODO DE TRANSMISSÃO

Transmitida pela fêmea do inseto hematófago flebótomo *Lutzomia longipalpis*. Não há transmissão pessoa a pessoa, nem animal a animal.

Período de incubação: varia de 10 dias a 24 meses, sendo, em média, de 2 a 4 meses.

CLASSIFICAÇÃO

A Leishmaniose visceral também chamada de Calazar pode se classificar da seguinte forma:

Inaparente: Paciente com sorologia positiva ou teste de leishmanina (DRM) positivo ou encontro de parasito em tecidos, sem sintomatologia clínica manifesta.

Clássica: Quadro de evolução mais prolongada que determina o comprometimento do quadro nutricional com queda dos cabelos, crescimento e brilho dos cílios e edema de membros inferiores, cursa com febre, astenia, adinamia, anorexia, perda de peso e caquexia. A hepatoesplenomegalia é acentuada, micropoliadenopatia generalizada, intensa palidez de pele e mucosas, conseqüência da anemia grave. Os fenômenos hemorrágicos são de grande monta: gengivorragias, epistaxes, equimoses e petéquias. As mulheres freqüentemente apresentam amenorréia. A puberdade fica retardada nos adolescentes e crescimento sofre grande atraso nas crianças e jovens. Os exames laboratoriais revelam anemia acentuada, leucopenia, plaquetopenia e hiperglobulinemia e hipoalbuminemia.

Oligosintomática: Quadro intermitente, a febre é baixa ou ausente, a hepatomegalia está presente, esplenomegalia quando detectada é discreta. Observa-se adinamia.

Aguda: O início pode ser abrupto ou insidioso. Na maioria dos casos, a febre é o primeiro sintoma, podendo ser alta e contínua ou intermitente, com remissões de uma a duas semanas. Observa-se hepatoesplenomegalia, adinamia, perda de peso e hemorragias. Ocorre anemia com hiperglobulinemia.

Refratária: É uma forma evolutiva do Calazar clássico que não respondeu ao tratamento, ou respondeu parcialmente ao tratamento com antimoniais. É clinicamente mais grave, devido ao prolongamento da doença sem resposta terapêutica. Os pacientes com Calazar, em geral, têm como causa de óbito as hemorragias e as infecções associadas em virtude de debilidade física e imunológica.

DIAGNÓSTICO

Clínico-epidemiológico e laboratorial: Exame sorológico, parasitológico (material retirado preferencialmente do baço e da medula óssea), exames inespecíficos, hemograma, dosagem de proteínas, reação de formol-gel.

TRATAMENTO

Antimoniais pentavalentes. Fazer acompanhamento clínico com exames complementares.

MEDIDAS DE CONTROLE

Doença de notificação compulsória no Brasil.

Eliminação dos reservatórios, cães contaminados, luta antivetorial (borrifação com inseticidas químicos), educação em saúde, busca ativa e tratamento de casos.

MALÁRIA

AGENTE ETIOLÓGICO

Três espécies de *Plasmodium* causam malária no Brasil: *P. malariae*, *P. vivax* e *P. falciparum*.

MODO DE TRANSMISSÃO

Os esporozoítas, forma infectante do parasito, são inoculadas no homem sadio através da saliva da fêmea anofelina infectante. A transmissão também ocorrem através de transfusão

sangüínea, compartilhamento de seringas, contaminação de soluções de continuidade da pele e, mais raramente, por via congênita.

Período de incubação: *P. falciparum*: 7 a 14 dias; *P. vivax*: 8 a 14 dias; *P. malariae*: 7 a 30 dias.

QUADRO CLÍNICO

Doença infecciosa febril aguda, causada por parasito unicelular, caracterizada por febre alta, acompanhada de calafrios, suores e cefaléia, que ocorrem em padrões cíclicos a depender da espécie do parasito infectante. Os ataques paroxísticos característicos da doença ocorrem em estágios sucessivos: o primeiro estágio é caracterizado por frio intenso, acompanhado de calafrios e tremores; o segundo por calor, febre alta, face hiperêmica, taquipnéia, seguida de suores e apirexia, duração total de 6 a 12 horas. Outras manifestações são náuseas, vômitos, astenia, fadiga, diarreia, tosse, artralgia e dor abdominal, que podem ser acompanhadas de palidez, icterícia, hepatoesplenomegalia.

O *P. malariae* e o *P. vivax* causam as formas brandas que cursam com febre, calafrios e suores em dias alternados ou a cada três dias.

O *P. falciparum* causa a forma clínica mais grave, o quadro clínico pode evoluir para distúrbio da coagulação sangüínea, choque, insuficiência renal ou hepática, encefalopatia aguda, edema pulmonar.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico clínico é realizado na presença de sinais e sintomas sugestivos da malária: febre intermitente acompanhada dos demais sintomas característicos.

O diagnóstico laboratorial específico é realizado mediante demonstração de parasitos, através do método da gota espessa em sangue periférico.

TRATAMENTO

P. vivax: cloroquina e primaquina;

P. malariae: cloroquina;

P. falciparum: sulfato de quinina, primaquina, doxicilina, mefloquina.

MEDIDAS DE CONTROLE

Doença de notificação compulsória no Brasil, exceto na Amazônia devido ao número elevado de casos.

Diagnóstico imediato e tratamento oportuno dos casos, medidas antivetoriais seletivas.

TUNGÍASE

AGENTE ETIOLÓGICO

Tunga penetrans, também chamado bicho-de-pé, onde apenas a fêmea penetra nos tecidos, alimentando de líquido tissular e sangue e se enchendo de ovos, tomando uma forma hipertrofiada chamada neusomas.

MODO DE TRANSMISSÃO

Ocorre através de dois mecanismos principais:

1º: ovos, larvas, pulpas ou adultos são disseminados junto com esterco oriundo de sítios e fazendas que são usados para adubos. O esterco ao chegar ao domicílio e contendo as diversas formas da pulga passa a ser um novo foco da mesma.

2º: cães vadios ou gatos parasitados por fêmeas grávidas de *T. penetrans* durante suas andanças podem disseminar ovos da pulga que se cair.

COMPLICAÇÕES

Veiculação mecânica do tétano (*Clostridium tetani*), micoses (*Paracoccidioides brasiliensis*), gangrena gasosa (*Clostridium perfringens*). As lesões iniciais podem servir como porta de entrada para outros agentes bacterianos. As fêmeas ao penetrarem na pele provocam um prurido intenso.

TRATAMENTO

Desinfecção local com álcool iodado, uma agulha previamente esterilizada, fazer pequenas dilacerações na pele, circundando a tumoração. Depois de retirado o mesmo é colocado no fogo para destruir os ovos.

MEDIDAS DE CONTROLE

Andar calçado e ao trabalhar com esterco usar luvas, pulverizar inseticidas sobre o esterco. Vacinação antitetânica em pessoas que lidam em áreas infectadas.

DOENÇAS NÃO CLASSIFICADAS EM OUTRA PARTE

CHORO

O choro é uma das formas de comunicação da criança – não verbal, que se manifesta principalmente nos primeiros meses de vida e que, geralmente, traduz uma necessidade não atendida. A sua interpretação nem sempre é muito fácil, pois dependendo da idade da criança, a verbalização é inexistente ou de difícil expressão, gerando uma ansiedade nos pais e se as atitudes decorrentes não satisfizerem às demandas da criança ocorre também um aumento de sua ansiedade e a persistência do choro. Muitas podem ser as razões desencadeantes do choro, tais como: sede, fome, frio, calor, necessidade de atenção, carinho, raiva, dor e diversos incômodos.

Desde o nascimento, o recém-nascido e os lactentes pequenos choram devido a estímulos fisiológicos ou ambientais, diferentemente das crianças maiores e adultos nos quais predominam os fatores emocionais. Até os três meses de idade, o choro é uma reação primitiva às situações de desconforto, entretanto após esta idade, começa a perceber que através dele consegue chamar a atenção, sendo então condicionada quando não consegue ser entendido em suas necessidades. No lactente o choro é acompanhado por um aumento da atividade motora, de todo o corpo, especialmente, dos membros, com tendência à flexão.

No entanto, o choro pode traduzir-se como uma manifestação clínica, por vezes, até mesmo única. As causas mais frequentes são as infecções, os traumas e a cólica. Pode, também ser devido às reações de vacinas (DPT), de medicamentos, problemas oculares (corpo estranho, úlcera de córnea, glaucoma), doenças neurológicas, problemas cardíacos (arritmias), metabólicos, leucemia, constipação intestinal, ingestão de corpos estranhos, abuso físico, sexual e negligência, fraturas e refluxo gastroesofágico. Nem sempre sua causa é facilmente identificável, mesmo após investigação de exames subsidiários, denominando-a, neste caso, de choro idiopático.

Geralmente uma boa anamnese e um exame físico completo permitem estabelecer um diagnóstico etiológico. Quando não encontra uma causa e o choro é persistente aconselha-se uma investigação laboratorial, acrescentando-se um exame oftalmológico completo e radiografias de crânio e ossos longos em suspeitas de maus tratos e, se necessário, uma observação hospitalar.

CÓLICAS DO LACTENTE

O choro excessivo, sem causa aparente, é uma queixas muito freqüente nos consultórios pediátricos, denominando-as de cólicas do lactente, com uma ocorrência de cerca de 20% entre as crianças de até três meses de idade.

É um assunto extremamente controverso, apesar de freqüente, pois sua etiologia não é clara, com inúmeras teorias explicativas, entre as mais comuns: doença orgânica, comportamental, emocional, ambiental, fisiológico, alimentar, dor visceral, familiar.

Definição: é uma síndrome clínica que, tipicamente, se manifesta após a segunda semana de vida, desaparecendo espontaneamente até o quarto mês de vida. O choro tem início súbito, a criança parece sentir dor, fica inconsolável e, após os episódios, elimina gases. A irritabilidade e o choro ocorrem preferencialmente ao anoitecer. Não há diferenças na prevalência da cólica entre sexos ou ordem de nascimento da prole.

Wessel et al. desenvolveram, em 1954, critérios que são utilizados até hoje, embora sua validade seja discutida, pois é baseada nos relatos familiares, nem sempre comprovados, que são os seguintes: “paroxismos de irritabilidade, agitação ou choro que duram mais de três horas por dia, ocorrendo em mais de três dias da semana, por pelo menos três semanas”.

Prevalência: os estudos descritos variam de 3% a 60%.

Etiologia: a causa permanece desconhecida, as principais hipóteses são: variante do normal; dificuldade em estabelecer o ritmo circadiano do sono; resposta alterada à dor; problemas na relação família (mãe)/bebê (relacionados a mãe e familiares – ansiedade, depressão, inexperiência e os relacionados à personalidade do bebê); distúrbios gastrointestinais (gases, distensão abdominal, alterações no tônus, má absorção, motilidade intestinal, problemas intestinais e da vesícula biliar e refluxo gastroesofágico); reação à alimentos (fórmulas lácteas, proteína LV) e outros fatores.

Conduta: possivelmente a causa das cólicas é multifatorial, raramente encontra-se uma origem orgânica, e na maioria dos casos resolve-se até o quarto mês de vida, porisso, aconselha-se aprofundar o vínculo com a família, realizar uma boa anamnese e um exame físico completo, destacando-se conhecer a rotina diária do lactente e de sua família e a partir daí, orientar os pais sobre os padrões normais de choro do bebê e tranquilizá-los sobre a evolução benigna dos sintomas.

Várias **medidas não medicamentosas** são sugeridas na literatura, a maioria, no entanto, não são comprovadas cientificamente, entre as principais:

- aumento do contato físico com a mãe;
- uso de chás;
- modificações na dieta;
- massagens;
- música;
- uso de chupeta;

Medidas medicamentosas: anticolinérgicos reduzem os sintomas de cólicas, mas não devem ser prescritos por apresentarem graves efeitos tóxicos, com risco de vida. O uso de antiflatulentos, não tem ação comprovada, embora sejam bem tolerados e talvez possam contribuir para que os familiares evitem utilizar medicamentos com maior risco para o bebê.

Se o choro for acompanhado de diarreia, vômitos, pouco ganho de peso, recusa alimentar ou outro sinal ou sintoma associado e/ou persistir depois do quarto mês de vida aconselha-se a investigar outras causas como infecção urinária, refluxo gastroesofágico e alergia alimentar, entre as principais.

DISTÚRBIOS DO SONO

São queixas freqüentes nos consultórios pediátricos, embora muitas vezes os pais não tragam estas queixas para o pediatra, por considerarem que são relacionadas com outros profissio-

nais/especialidades. Por outro lado, percebe-se também pouco treinamento, deste tema, nas escolas médicas, trazendo uma dificuldade de manejo e conseqüentemente uma pouca valorização ou até mesmo uma evitação da abordagem dos distúrbios do sono.

Evolução do sono na criança (do RN – adolescente)

Desde o nascimento os ritmos circadianos já estão presentes, mas os períodos de sono/vigília distribuem-se diferentemente nas diversas idades.

O RN dorme em períodos de 3-4 hs de sono contínuo, intercalados por cerca de uma hora despertos, uniformemente distribuídos entre o dia e a noite (ritmo ultradiano <24 hs).

O RN de termo totaliza em média 16 a 17 hs de sono/24 hs, enquanto no RN pré-termo apresenta cerca de 20 a 22 hs de sono/24 hs.

Em relação aos estágios do sono (REM/NREM), no período neonatal, inicia-se em sono REM com duração de 50-60 minutos, representando cerca de 60% em comparação ao sono NREM (40%). Nos pré-termos o sono REM é ainda maior (80% REM/20% NREM).

No final do primeiro mês, os períodos de sono noturnos passam a ser mais longos.

Do terceiro ao sexto mês de vida, o sono passa a iniciar na fase NREM dividindo-se igualmente com o sono REM (50% - 50%), aproximando-se ao estadiamento do adulto, isto é, em sono NREM com quatro estágios, seguidos do sono REM sendo os estágios 1 e 2 do NREM superficiais e o 3 e 4 profundos.

Até os três meses (15 hs sono/24 hs), o maior período de sono ininterrupto geralmente não ultrapassa 3 1/2 - 4 hs, enquanto que aos seis meses (14 hs sono/24 hs) dorme até 6 hs seguidas, à noite, em dois períodos, intercalados por um breve de despertar. Durante o dia embora inicie-se a consolidação da vigília, esta é interrompida por alguns períodos de sono diurno.

Entre nove e dez meses, dorme em média 9-10 hs/noite, e cerca de 2-3 hs/dia, em 1-2 sestas diurnas.

Ao final do primeiro ano, o lactente apresenta um sono noturno de cerca de 12 hs permanecendo 1-2 sestas diurnas é o período de consolidação do sono noturno.

Em relação ao ciclo de sono, nesta idade, distribuí-se com 30% sono REM e 70% NREM, semelhante à adolescência (25/75).

No pré-escolar ocorre uma diminuição das horas de sono diárias de 15 para 12 hs, sendo que as crianças entre dois a três anos apresentam cerca de 10 hs de sono noturno e 2 hs de sono diurnos divididas em 2 sestas (uma de manhã e de tarde). A partir dos três não é mais necessária a sesta da manhã e a da tarde é abolida por volta dos cinco anos.

No escolar, ocorre gradualmente a diminuição do tempo total de sono durando cerca de 9-10 hs, aproximando-se do padrão de sono do adulto (8 hs).

Os adolescentes tendem a dormir menos de noite (+/- 7 hs), variando nos dias letivos com o final de semana onde dormem mais, possivelmente para recuperarem-se da privação de sono de durante a semana.

O desenvolvimento do sono das crianças do nascimento até a idade adulta vai se estruturando e amadurecendo, embasado na integridade estrutural e funcional do seu organismo, nos padrões evolutivos neuro-psicológicos da criança e sofrendo influências das práticas interpessoais, sociais e culturais da família, agregadas ao conhecimento desta evolução na utilização destas informações para uma adequada educação do processo do adormecer.

Uma boa anamnese e uma abordagem que avalie o processo evolutivo do adormecer, conhecendo suas especificidades, possibilita ao pediatra um melhor diagnóstico e com isto orientar os pais e as crianças sobre os principais distúrbios do sono e, assegurar sobre a benignidade da maioria destes problemas e os devidos tratamentos quando necessários.

1. Apnéias do lactente: caracteriza-se por uma pausa respiratória inexplicada, cuja duração é de cerca de 20 segundos, acompanhada de cianose, palidez, bradicardia e hipotonia, em crianças nascidas com mais de 37 semanas.

- a. Causas:** refluxo gastroesofágico; arritmias cardíacas; convulsões. Em cerca de 50% dos casos consegue-se determinar a etiologia.
 - b. Manejo:** internação com monitorização cardiorespiratória com o objetivo de observar recorrências, avaliar hipoxemia, hipoventilação, distúrbio metabólico (acidose), anemia, infecção e evidências de causas etiológicas. Iniciar avaliação laboratorial com hemograma e outros exames, quando necessários, baseados em dados de anamnese e exame físico.
 - c. Terapêutica:** Específico: Tratamento da causa específica quando diagnosticada. Inespecífico: Quando quadro for severo (necessitou de intensa estimulação e manobras de ressuscitação) e/ou quando existir história familiar, síndrome da morte súbita do lactente ou quadros de recorrência – sugere-se monitorização cardiorespiratória domiciliar. Nos casos menos graves a monitorização é controversa. Terapêutica medicamentosa com metiloxantinas, também, é controversa.
- 2. Síndrome da morte súbita do lactente:** é a morte súbita e não esperada, não encontrando-se causa após investigação exaustiva (história clínica minuciosa, observação do local do óbito e necropsia.)

 - a. Etiologia:** Supõem-se que está relacionado à imaturidade do mecanismo de despertar associado a alguns fatores de risco como: idade entre dois e três meses; posição prona ao dormir; tabagismo durante gestação e no ambiente do lactente e excesso de aquecimento durante o sono e presença de muitos cobertores ou roupas que dificultam movimentação ou cubram a cabeça.
 - b. Tratamento:** Evitar fatores de risco.
- 3. Dificuldades em adormecer e despertares noturnos:**

 - a. Critérios:** é difícil caracterizar objetivamente os limites entre distúrbios do sono e o seu desenvolvimento normal. Geralmente, pode-se definir como dificuldade em adormecer quando uma criança maior de 12 meses demora mais de 30 minutos para dormir, ou quando a presença dos pais é necessária para que ela adormeça, com uma frequência de uma ou mais vezes por semana por um período de 1 mês. O distúrbio do despertar noturno pode ser caracterizado quando uma criança maior de 12 meses acorda pelo menos duas vezes por noite e necessita sempre da presença dos pais ou que a levem para a cama deles, pelo menos uma vez por semana, durante três meses. Em crianças maiores de dois anos, apenas um episódio por noite já caracteriza a perturbação.
 - b. Etiologia:** As mais comuns são:

 - i. Nos lactentes:** problemas nas rotinas do sono (horário ou atividades inadequadas antes do horário de dormir – horários fora do ritmo sono/vigília correspondente à idade; hiper-estimulação antes de dormir; estímulos para dormir como: ser embalado, ficar no colo ou na cama dos pais antes de dormir, ou uso de chupetas ou mamadeiras.
 - ii. 2-3 anos:** hábito de alimentação noturno ou ingesta noturna excessiva de líquidos (após os seis meses o lactente não necessita mais ser alimentado durante a noite); alergia ao leite de vaca; doenças crônicas ou agudas (doenças respiratórias, febre, otite, refluxo gastroesofágico, cólicas do lactente, traumatismos, início da dentição, entre os principais.
 - iii. Pré-escolar e escolar:** falta do estabelecimento de limites (geralmente associado a falta de habilidade dos pais em estabelecer e impor os limites por culpa; problemas psicológicos; depressão materna; estresse familiar; alcoolismo ou ganhos secundários); medos e ansiedades – a partir dos 10 meses pode surgir a ansiedade da sepa-

ração, ou em crianças maiores (2-3 anos) o medo de ficar sozinho, geralmente associado ao vivo durante o dia – filmes, histórias, brigas parentais, nascimento de irmãos, pressão em relação ao controle esfincteriano, abusos físicos ou sexuais e eventos amedrontadores; doenças agudas ou crônicas.

iv. Adolescentes: Ansiedade; depressão; pressão familiar ou escolar; distúrbios emocionais (anorexia, esquizofrenia, mania); doenças crônicas ou agudas; uso de drogas (caféina, tabaco, álcool, broncodilatadores, antidepressivos e estimulantes).

c. Manejo:

i. **Diagnosticar a causa** através de história ampla (que contemple a evolução do adormecer desde o nascimento e a forma do preparo do adormecer, levantando-se também, a rotina da criança nas 24 horas do dia) e exame físico completo e, se necessário, exames complementares.

ii. **Tratamento direto ou remoção da causa**

iii. **Higiene do sono**

iv. **Abordagem emocional (comportamental e outras)**

v. **Terapêutica medicamentosa:** muito restrita e controversa (anti-histamínicos; hidrato de cloral; melatonina)

vi. **Todas as abordagens citadas são sempre complementares.**

4. Parassonias: são fenômenos motores, autonômicos ou experiências indesejáveis, que ocorrem durante o sono, associadas ou não ao despertar parcial (estas ocorrem no primeiro terço da noite, em sono NREM).

a. Sonambulismo: é um comportamento estereotipado e caminhar noturno, podendo ser calmo (mais freqüente) ou agitado (fala inteligível; caminhar agitado; reação agressiva quando contido). Particularmente, não traz conseqüências maiores, a não ser por poder se envolver em situações de risco – janelas, escadas e sair de casa)

b. Despertar confusional: episódios de cerca de 5-15 minutos, associados a choro, agitação motora, confusão e gritos, que pioram gradualmente, mas cessam espontaneamente, ocorrendo, mais freqüentemente, em lactentes, pré-escolares e escolares. Geralmente, a criança não é acordada, piorando quando se tenta consolá-la.

c. Terror noturno: Ocorrem em episódios de curta duração (um minuto), de início súbito, com gritos, choro, sudorese, taquicardia, olhos abertos, midríase e expressão de medo. Tem riscos de se acidentar ao se levantar e bater em objetos. Ocorre geralmente em crianças maiores e em adolescentes.

d. Não associadas ao despertar: Sonolôquio (falar noturno), **alucinações hipnagógicas, paralisia do sono (sono REM) e bruxismo** (ranger dentes) (**sono REM ou NREM**). São condições benignas, não requerendo tratamento específico, a não ser no caso do bruxismo quando muito intenso, quando podem acarretar danos aos dentes e à articulação temporomandibular, podem necessitar de placas intra-orais ou aparelhos ortodônticos ou uso de toxina botulínica).

e. Tratamento: Pela sua benignidade e por serem autolimitados o principal é informar aos pais os mecanismos básicos e as questões relativas à segurança. Orientar sobre a não restrição a atividade motora. Evitar privações de sono e estimular a regularidade e os horários de dormir e acordar. Tratamento medicamentoso restringe-se quando ocorre despertares muito violentos podendo-se utilizar benzodiazepínicos. A realização de polissonografia e do EEG em sono é indicada na suspeita de associação com fatores desencadeantes como refluxo gastroesofágico, movimento periódicos dos membros, apnéia, crises parciais complexas.

ENCOPRESE

SINAIS	SINTOMAS
Presença de fezes formadas ou não nas roupas íntimas; Eventualmente acompanhada de odor fétido	Primária: não houve controle esfinteriano prévio que normalmente ocorre até os dois anos de idade Secundária: perda de fezes involuntárias ou não após controle esfinteriano prévio

COMO DIAGNOSTICAR

Historia clínica detalhada, toque retal, exame neurológico cuidadoso para afastar causas neurogenicas.

Radiologia da região lombo sacra na procura de alterações anatômicas (raras); manometria ano-retal na suspeita de aganglionose colônica.

COMO TRATAR

Orientações gerais

- Afastada causa orgânica discutir com os pais a possibilidade de causas emocionais associadas
- Crianças com temperamento dispersivo podem tentar controlar o reflexo da evacuação quando entretidas em atividades de seu maior interesse, ocorrendo então o escape fecal.
- Dor à evacuação pode ser causa de retenção voluntária de fezes por medo, criando um circulo vicioso.
- Forçar o treinamento esfinteriano pode levar a retenção fecal.
- A ansiedade provocada por alterações ambientais como inicio da escolarização, nascimento de irmãos ou mãe que retorna ao trabalho. Abuso sexual pode, ocasionar encoprese.
- Evitar uso de supositórios ou enemas, exceto nas situações de grandes fecalomas.
- Acompanhamento psicológico da criança e da família.

COMO EVITAR

- Treinamento esfinteriano adequado, observando-se a idade de seu inicio obedecendo à maturidade do sistema nervoso, ou seja, ao redor dos 18 meses de idade.
- Dieta rica em fibras e de líquidos (água de preferência)

ENURESE

SINAIS	SINTOMAS
Ausência do controle esfinteriano vesical geralmente noturno após os 5 anos de idade	Enurese Primária: nunca teve controle esfinteriano vesical Enurese Secundária: após ter controle esfinteriano, apresenta episódios de perda de controle do esfíncter vesical

COMO DIAGNOSTICAR

Exclusivamente pela história clínica. Enurese primária tem forte componente familiar. Na secundária, na maioria das vezes, há forte componente psicossocial (separação dos pais, nascimento de um irmão, inicio da escolarização, etc)

Diferenciar da incontinência urinária – perda de urina sem nenhum controle, é sempre de causa orgânica.

COMO TRATAR

Orientações Familiares

- Nunca reprimir ou ridicularizar a criança enuretica (reforço negativo)
- Reforço positivo – valorizar e incentivar quando a criança não apresentar enurese, porém, sem premiá-la com brinquedos ou outro tipo de atitude não habitual.
- Lembrar sempre que a enurese primária tem característica genética.
- Na enurese secundária, quando o fator psicológico for superado, há o desaparecimento do quadro.
- Não há, na quase totalidade dos casos, necessidade de uso de medicação para melhora do sintoma.

COMO EVITAR

Recomendações discutidas sempre em conjunto com a criança enurética:

- Evitar a ingestão de líquidos durante e após o jantar
- Urinar antes de dormir
- Não humilhar, estigmatizar com apelidos, puni-la, nem superproteger, como, por exemplo, proibi-la de dormir em outro ambiente que não seja seu lar, nem mimá-la
- Ter atitude natural e realista, não a culpando por um ato involuntário.

RETIRADA DAS FRALDAS

COMO PROCEDER

- O treinamento para a retirada das fraldas deve obedecer à maturidade do sistema nervoso, que no período de 18 a 24 meses, está adequada para sua iniciação.
- O momento adequado para início do treinamento depende da relação entre quem vai treinar (criança) e o treinador (mãe ou sua substituta).
- O controle esfinteriano inicia-se com o anal noturno, anal diurno, vesical diurno e por fim o vesical noturno.
- O uso de penico, troninho ou o redutor de assento quando do uso do vaso sanitário é de muita importância, para o conforto a sensação de segurança da criança (“cair no vaso”), além de, fisiologicamente, conferir apoio aos pés para facilitar a evacuação.
- A aquisição do controle esfinteriano dá a criança um sentimento de segurança e independência, favorecendo seu desenvolvimento.

EVITAR

- Não há nenhuma vantagem educativa – a não se economia de trabalho para o adulto e vaidade pessimamente colocada - em disciplinar a criança a controlar seus esfínteres antes da idade apropriada, que mais tarde pode vir a se manifestar como obstipação intestinal ou encoprese.

MEU FILHO NÃO COME

SINAIS	SINTOMAS
Queixa que costuma aparecer em pré-escolares e início da idade escolar. Criança com estado nutricional adequado para idade	Criança com resistência a ingerir determinados alimentos. Angústia materna externada por forçar a alimentação da criança e/ou substituir os alimentos por guloseimas.

COMO DIAGNOSTICAR

História clínica e exame físico geral que, na quase totalidade das crianças, é normal, tanto no aspecto físico, como nas condições nutricionais para a idade.

COMO TRATAR

Orientações gerais

- Fisiologicamente as necessidades nutricionais quantitativas dos pré-escolares e do escolar são menores quando comparadas às dos lactentes.
- Os hábitos alimentares da família e as condições socioeconômicas devem ser respeitados e avaliados.
- A apresentação e introdução de novos alimentos devem ser adequadas para os pré-escolares, em nenhuma hipótese deve-se forçar a aceitação do alimento.
- Oferecer quantidades adequadas de alimento, frisando-se que a capacidade do volume gástrico é menor do que o dos adolescentes e adultos.
- Respeitar as variações diárias do apetite.
- Estabelecer horários fixos para a alimentação
- Limitar e selecionar as quantidades de líquido ofertadas durante as refeições, sucos naturais não devem ser substituídos por refrigerantes ou sucos artificiais.
- Não ameaçar ou castigar quando não aceitarem determinados alimentos (é de hábito familiar utiliza-los?).
- Doces e guloseimas devem ser utilizados como sobremesa, não como substitutos alimentares (“sobre a mesa”)

COMO EVITAR

- Respeitar o apetite e as preferências da criança, não transformando um processo que deve ser prazeroso e nutricionalmente importante em uma “guerra” com baixas em ambos os lados (materno e infantil).

BIBLIOGRAFIA

1. Behrman, RE. Nelson textbook of Pediatrics, Saunders, 17^a ed, Filadélfia, 2004.
2. Leão E, Correa EJ, Viana MRA. Pediatria ambulatorial. 4^a ed., Belo Horizonte: Coopmed, 2005.
3. Marcondes E. Pediatria Básica, Ed Sarvier, 9^a ed, São Paulo, 2002, TomoI e II.
4. Pernetta CB. Semiologia Pediátrica, 5a. Ed., Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro, 1990.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Manual de orientação para alimentação do lactente, pré-escolar, escolar e adolescente e na escola. Departamento Científico de Nutrologia. 2006.
6. Sucupira ACSL, Bricks LF, Kobinger MEBA, Saito MI, Zucolotto SMC. Pediatria em consultório, Ed. Sarvier, 4^a ed, São Paulo, 2000.