

Caderno Temático da **Criança**



Caderno Temático da

Criança

SUS
SMS
PMSP



Prefeitura do Município de São Paulo
Secretaria Municipal da Saúde

CADERNO TEMÁTICO DA CRIANÇA



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PREFEITA
MARTA SUPPLY**

**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE
GONZALO VECINA NETO**

Coordenação da Gestão Descentralizada (COGest): Fábio Mesquita

Coordenação Geral dos Cadernos Temáticos: Ana Cecília Silveira Lins Sucupira

Elaboração do Caderno Temático da Criança:

Ana Maria Bara Bresolin – Responsável pela Área Temática de Saúde da Criança

Ana Cecília S. L. Sucupira – Gerência de Desenvolvimento de Projetos COGest

**SÃO PAULO - SP
OUTUBRO – 2003**

Revisão Final

Sandra Maria Callioli Zuccolotto
Eunice Emiko Kishinami de O. Pedro

Colaboradores

Ana Cristina Bretas
Anette Katsuno
Anna Maria Chiesa
Cátia Martinez
Célia Cristina Pereira Bortoletto
Lídia Tobias Silveira
Márcia Mulin Firmina Da Silva
Maria Celeste Soares Ribeiro
Maria Laura Deorsola Nogueira Pinto
Rosilda Mendes
Tanira Gomes De T. Barros
Tanya Eloise Lafratta

Editoração Preliminar

Maria Cristina Brito Reis
Milton Salas Augusto

Capa

OLHOdeBOI
comunicações

Editoração, Fitolito, Impressão e Acabamento

imprensaoficial

Editoração Gráfica

Marli Santos de Jesus
Vanessa Merizzi

Apresentação

A Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo (SMS) tem como finalidade garantir no Município de São Paulo a proteção, a promoção e a recuperação da saúde da população paulistana, dentro das normas, princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS. Desde agosto de 2003, o município passou a ser o gestor único do SUS no âmbito do território da Cidade de São Paulo que tem 10 milhões e 500 mil habitantes.

Para cumprir sua finalidade a SMS vem, desde 2001, reorganizando os serviços de saúde em todos os seus níveis de atenção, com ênfase na atenção básica no primeiro momento.

O instrumento que ora lançamos - o Caderno Temático de Saúde da Criança - foi concebido para contribuir com essa proposta institucional e foi construído na Cogest - Coordenadoria do Desenvolvimento da Gestão Descentralizada pela Área de Saúde da Criança. Este caderno contém as diretrizes políticas da Área Temática de Saúde da Criança e seu caráter é técnico, não normativo.

Destina-se aos profissionais da Rede Básica de Atenção à Saúde e pode ser utilizado como subsídio para a construção de protocolos locais ou regionais.

A elaboração deste Caderno contou com a participação dos técnicos da SMS, profissionais da rede de serviços de saúde da prefeitura e professores de universidades. Isso explica, de certa forma, a heterogeneidade no formato dos textos, uma vez que se optou por preservar o original dos colaboradores. É intenção da SMS disponibilizar este Caderno na Internet e atualizá-lo periodicamente.

Temos a certeza de que esse material técnico fortalecerá o processo de consolidação do SUS e produzirá impactos positivos nos indicadores de saúde da cidade de São Paulo.

Gonzalo Vecina Neto

Índice

Apresentação	5
Introdução	11
Diagnóstico da situação da criança.....	13
Objetivo geral.....	17
Agenda de compromissos para o ciclo de vida da criança	17
Metas prioritárias.....	18
Diretrizes políticas.....	18
Diretrizes técnicas	19
PARTE I	
A ATENÇÃO À CRIANÇA	
Princípios do atendimento à criança.....	23
O registro do seguimento da criança	24
PARTE II	
O ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA NOS PRIMEIROS DOIS ANOS DE VIDA	
Os fundamentos para o seguimento da criança de baixo risco	29
Os fundamentos para o seguimento da criança de alto risco	33
A consulta do recém- nascido	37
Alimentação da criança normal	43
Aleitamento materno	43
Alimentação no primeiro ano de vida	47
Interação pais-bebê.....	51
Avaliação do estado nutricional	53
Avaliação do crescimento.....	57
Avaliação do desenvolvimento	61
Imunização.....	65
Atenção à saúde da criança com deficiência – 0 a 2 anos	71
PARTE III	
A ATENÇÃO AO PRÉ-ESCOLAR E AO ESCOLAR	
Os fundamentos da atenção integral à saúde do pré-escolar e escolar.....	79
O desenvolvimento da criança de 2 a 10 anos	81
Avaliação do desenvolvimento da criança de 2 a 10 anos	83
A criança com dificuldades escolares	85
A inclusão da criança com necessidades especiais.....	91
A prevenção do uso, abuso e dependência de drogas em crianças.....	95
PARTE IV	
AÇÕES ESPECÍFICAS NO CUIDADO DA CRIANÇA	
O cuidado com a visão	103
A conquista de um sorriso bonito	109
Principais problemas de saúde bucal.....	110
Saúde auditiva.....	115

PARTE V**OS PRINCIPAIS PROBLEMAS DE SAÚDE**

A criança com queixa de atraso de desenvolvimento.....	123
A criança com queixa de baixa estatura	127
AIDS na criança.....	131
Afecções Respiratórias.....	137
Afecções de Vias Aéreas Superiores.....	137
Otite Média Aguda	141
Faringoamigdalites.....	146
Resfriado Comum.....	148
Rinossinusite.....	150
Rinossinusite alérgica.....	151
Laringites.....	152
Afecções de Vias Aéreas Inferiores.....	155
Pneumonias agudas.....	155
A criança com chiado no peito	163
Asma.....	171
Anemia	189
Desnutrição.....	195
Doença diarreica	197
Diarreia Aguda.....	198
Diarreia Persistente.....	203
Diarreia Crônica	204
Dores recorrentes	205
Dores Recorrentes em Membros	206
Cefaléia.....	208
Dor Abdominal Recorrente.....	209
Infecção urinária.....	211
Parasitoses intestinais	217
Aspectos Clínicos	217
Tratamento das Helminíases	221
Tratamento das Protozooses	226
Problemas cirúrgicos	231
Problemas dermatológicos	235
Transtornos psíquicos.....	241
Assistência farmacêutica.....	245

PARTE VI**SITUAÇÕES DE RISCO À SAÚDE DA CRIANÇA**

A criança vítima de maus tratos.....	251
O trabalho infantil	261
Os acidentes na infância	265

PARTE VII**PROMOÇÃO DA SAÚDE**

O ensino da saúde como aprendizado para cidadania e a construção da escola saudável	277
O ambiente e a saúde da criança.....	279

BIBLIOGRAFIA

.....	283
-------	-----

— Caderno Temático — da Criança

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

SÃO PAULO - SP
OUTUBRO - 2003



Introdução

Historicamente, o perfil de morbimortalidade no Brasil tem definido o grupo materno-infantil como prioritário para as ações de saúde. As altas taxas de mortalidade infantil e a alta prevalência de doenças infecto-contagiosas exigiram ações especificamente dirigidas para a criança de 0 a 5 anos.

O aumento da cobertura vacinal, a melhoria das condições de saneamento básico e de nutrição, o advento da terapia de reidratação oral foram decisivos para a redução das doenças infecciosas e do coeficiente de mortalidade infantil.

Desenvolver ações que garantam a sobrevivência das crianças foi o objetivo maior das últimas décadas. Atualmente, não basta sobreviver, é preciso dar condições para a criança viver com qualidade. Ou seja, permitir que a criança possa desenvolver o seu potencial e usufruir os bens que a sociedade produz.

Em relação à mortalidade infantil, o componente neonatal passou a ser predominante, exigindo maior investimento na assistência à gestante e ao parto e na incorporação de tecnologia nos berçários e unidades de terapia intensiva neonatal. Ao lado das doenças respiratórias que constituem a grande demanda aos serviços de saúde, começam a se tornar importantes os cuidados com a saúde ocular, bucal e auditiva e as queixas referentes ao comportamento e às formas de relacionamento familiar. Surge assim uma nova morbidade determinada pelo modo como a criança vivencia seu processo de socialização nos bairros, na creche, na escola e nos demais espaços coletivos. A violência urbana já faz vítimas também entre as crianças. Os acidentes, atropelamentos e mesmo homicídios são os novos problemas de saúde que exigem ações bem diferentes daquelas tradicionalmente desenvolvidas nos programas de atenção à criança.

O profissional médico torna-se impotente para dar respostas a essas demandas, que exigem novos olhares, novos saberes. Ou seja, é fundamental a participação de outros profissionais na construção de uma visão interdisciplinar.

Ressalta-se, que a estratégia da saúde da família, atuando em uma população adscrita, permite à equipe de saúde maior aproximação das realidades da criança, da família e da comunidade, possibilitando desenvolver ações mais adequadas às necessidades da criança. Mas, mesmo onde não há equipe de saúde da família completa, a presença dos Agentes Comunitários de Saúde faz a diferença no atendimento.

Uma nova forma de abordar o processo saúde/doença é entender os problemas/necessidades de saúde na sua especificidade de acordo com o ciclo de vida. O ciclo de vida da criança compreende um ser que vivencia os diferentes riscos de adoecer e morrer, conforme o momento do seu processo de crescimento e desenvolvimento e a sua inserção social. Assim, suas necessidades de saúde são decorrentes da condição de ser criança em uma determinada sociedade e dos problemas relacionados à sua vivência nos diferentes territórios.

A criança de um modo geral é mais suscetível aos agravos nos primeiros anos de vida. Na medida em que a criança cresce diminui a vulnerabilidade biológica de tal forma que na idade escolar pode-se esperar uma verdadeira "calmaria biológica". Entretanto, as situações de risco determinadas pelas condições de vida modificam essa tendência evolutiva da redução de incidência dos agravos. Isso implica a necessidade de uma mudança de olhar da unidade, atualmente centrada na criança de 0 a 2 anos para voltar-se mais para o pré-escolar e escolar.

O desafio de abordar nesse caderno o ciclo de vida da criança aponta para a necessidade de priorizar os problemas/necessidades de saúde e as situações de risco mais importantes, entendendo-as no contexto de vida de cada um e identificando as potencialidades de saúde da comunidade onde vive essa criança.

Diagnóstico da Situação da Criança

Segundo os dados do IBGE/SEADE, em 2000, a população de zero a 10 anos de idade representou 18,8% do total de 10.405.867 habitantes da cidade de São Paulo. Sua distribuição em faixas etárias consta do Quadro 1.

QUADRO 1. Distribuição Etária da População de 0 a 10 anos do Município de São Paulo

Idade (anos)	Número	%
0 a 3	687.366	6,60
4 a 6	515.037	4,95
7 a 10	745.650	7,17

Fonte: IBGE/SEADE, 2000

O número de nascidos vivos foi de 207.462 e a proporção de RN de baixo peso (<2500g) 8,9%, ou seja, o dobro da proporção esperada em comparação com os países nos quais a assistência à gestação, ao parto e ao RN é adequada.

Em relação à morbidade, Monteiro e cols, em estudo realizado em 1994-95, em crianças menores de cinco anos de idade, residentes em São Paulo, encontrou uma prevalência de doença respiratória (DR) de 49,6%, sendo que 36,8% das crianças tinham doença respiratória alta e 12,8% doença respiratória baixa. Uma das explicações para esta alta prevalência de DR é a deterioração da qualidade do ar em São Paulo. Sua ocorrência é maior dos 6 aos 24 meses de idade, com tendência de aumento nos meses de outono e inverno. O autor encontrou uma relação inversa entre o nível socioeconômico e a ocorrência apenas das DR inferiores. Quanto às parasitoses intestinais, 10,7% das crianças de São Paulo albergam cistos ou ovos de pelo menos uma espécie de parasita intestinal. O protozoário *Giardia lamblia* e os helmintos *Ascaris lumbricoides* e *Trichuris trichiura* são os mais frequentemente encontrados.

A doença diarréica vem perdendo sua importância epidemiológica, tendo havido uma redução expressiva na prevalência da diarreia na década de 90 em relação aos anos 80, e na incidência anual de hospitalização por diarreia, de 2,21 para 0,79 internações por 100 crianças/ano. A melhoria do poder aquisitivo das famílias, o aumento na frequência da amamentação e a maior cobertura da rede pública de abastecimento de água justificam o declínio na ocorrência da doença diarréica.

Entre as doenças nutricionais, a mais importante atualmente é a anemia por carência de ferro, cuja prevalência é 46,9%, nas crianças menores de 5 anos de idade, sendo em torno de 70% dos 6 aos 12 meses e 65% dos 12 aos 24 meses.

Outro indicador de saúde importante no planejamento do atendimento é a análise das principais causas de morte, nos diferentes grupos etários. Na tabela 1 constam os números de óbitos por idade, em São Paulo, no ano 2000.

TABELA 1 - Número de óbitos por faixa etária, Município de São Paulo, 2000

Idade	Número	%
0 a 6 dias	1.597	40,1
7 a 27 dias	540	13,5
28d – 11 meses	1.140	28,6
1 a 4 anos	489	12,3
5 a 9 anos	221	5,5
Total	3.987	100,0

Fonte: PROAIM – 2000

O Coeficiente de Mortalidade Infantil, no Município de São Paulo, em 2000, foi de 15,8 por mil nascidos vivos, com diferença entre os distritos, sendo pior nos Distritos de Saúde de São Miguel (19,3/1000), Jardim São Luiz (19,2/1000) e Jardim Angela (18,9/1000). Vale ressaltar que 2/3 dos óbitos das crianças de menores de 1 ano ocorreram no período neonatal (até 27 dias de vida).

As três principais causas de morte, por faixa etária no ano 2000, foram as seguintes:

0 a 6 dias

1. Afecções do período perinatal
 - Desconforto respiratório
 - Afecções respiratórias
 - Outras afecções perinatais
2. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas
3. Doenças respiratórias (pneumonia)

7 a 27 dias

1. Afecções do período perinatal
 - Septicemia
 - Desconforto respiratório
 - Outras afecções perinatais
2. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas
3. Doenças respiratórias (pneumonia)

28 dias a 11 meses

1. Doenças do aparelho respiratório
 - Pneumonia
2. Doenças infecciosas e parasitárias
 - Diarréia
 - Septicemia
3. Malformações congênitas e anomalias cromossômicas

1 a 4 anos

1. Doenças do aparelho respiratório
 - Pneumonia
2. Causas externas
 - Acidentes de transporte
 - Afogamento
3. Doenças infecciosas e parasitárias
 - Infecção meningocócica
 - Diarréia e gastroenterite

5 a 9 anos

1. Causas externas
 - Acidentes de transporte
 - Agressões
2. Neoplasias
3. Doenças infecciosas e parasitárias
 - Doenças pelo HIV
 - Infecção meningocócica

Considerando que a morbimortalidade tem características homogêneas nos diferentes grupos etários, é possível dividir o Ciclo de Vida da Criança nas seguintes faixas etárias:

- Do nascimento até 1 mês de vida - recém-nascido
- De 1 mês a 2 anos - lactente
- Dos 2 aos 6 anos - pré-escolar
- Dos 6 aos 10 anos - escolar

Objetivo Geral

O objetivo geral do Caderno Temático da Criança é fornecer subsídios para compreender a situação da criança na sociedade e desenvolver ações de vigilância do processo de crescimento e desenvolvimento, para reduzir a morbimortalidade e promover condições de vida mais saudáveis que permitam à criança a realização plena de suas potencialidades.

Agenda de Compromissos Para o Ciclo de Vida da Criança

Uma forma diferente de trabalhar os problemas/necessidades de saúde da comunidade introduz um novo conceito que é o da responsabilidade social, o qual se expressa na agenda de compromissos que devem ser assumidos com os indivíduos, em cada ciclo de vida.

Nessa perspectiva, é preciso construir os compromissos relacionados à gestão e atenção à saúde nos distritos e nas unidades de saúde. A responsabilidade social aqui referida exige a construção de uma agenda de compromissos que dê conta tanto dos processos próprios do ciclo de vida da criança tais como o crescimento e o desenvolvimento, quanto dos problemas e agravos decorrentes do modo como os indivíduos de diferentes condições sociais vivenciam esse ciclo.

Apresentam-se em seguida os compromissos firmados pelo Conselho Municipal de Saúde para o Ciclo de Vida da Criança.

- Garantir atenção integral à criança
- Melhorar a qualidade da assistência ao nascimento e ao período neonatal precoce
- Assegurar atenção diferenciada para o bebê de risco nos serviços de saúde
- Implantar ações voltadas para o desenvolvimento infantil
- Reduzir a incidência de cegueira por causas evitáveis
- Realizar Teste de Acuidade Visual em 70% das crianças de 4 e 7 anos de idade
- Implantar a Triagem Auditiva nas maternidades da rede municipal
- Garantir atenção integral às crianças portadoras de deficiências e de transtornos globais do desenvolvimento
- Garantir o apoio terapêutico para a inclusão da criança portadora de deficiências e de transtornos globais do desenvolvimento nas unidades escolares
- Garantir o acesso às órteses, próteses e ajudas técnicas
- Aumentar em 15% o percentual de indivíduos livres de cárie aos 5 anos de idade – (situação atual = 63,5% da população dessa idade)
- Reduzir para valores próximos a 1,0 o índice de dentes atacados por cárie (CPO-D) aos 12 anos de idade (situação atual = CPO-D = 2,06 na população dessa idade)

- Aumentar a concentração de procedimentos odontológicos coletivos na faixa etária de 0 a 14 anos de idade para 0,6 procedimentos/crianças/ano
- Garantir atenção integral à criança vítima de violência
- Desenvolver projetos de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis (DST/AIDS) nas escolas da Secretaria Municipal de Educação (SME)
- Desenvolver projetos de prevenção do uso abusivo de drogas nas escolas da SME e nos serviços da Secretaria de Ação Social (SAS)
- Desenvolver projetos integrados com a SME de educação para a saúde
- Reduzir as internações infantis
- Reduzir a incidência de acidentes infantis
- Reduzir a incidência do trabalho infantil

Metas Prioritárias

1. Reduzir a mortalidade neonatal
2. Reduzir a morbimortalidade por doenças respiratórias
3. Garantir acompanhamento a todas as crianças de risco

Diretrizes Políticas

Projeto Nascer Bem

A Secretaria Municipal de Saúde considera o atendimento à gestante, ao parto, ao recém-nascido e à criança menor de dois anos como prioridade. Esse atendimento, que envolve ações dirigidas à saúde da mulher e da criança, constitui um dos Projetos Prioritários da SMS tendo recebido o nome de Nascer Bem – Gravidez saudável, Parto Seguro.

O atendimento à criança deve ser hierarquizado e regionalizado abrangendo todos os níveis de complexidade

A atenção primária na área da criança tem condições de resolver em torno de 80% a 85% dos problemas/necessidades de saúde da criança.

A unidade básica de saúde (UBS) deve ter, portanto, caráter resolutivo. Para isso é preciso assegurar a capacidade operacional da UBS, garantindo a existência de todos os equipamentos necessários aos procedimentos que devem ser ali realizados, recursos humanos capacitados em um processo de educação continuada e recursos laboratoriais que facilitem a abordagem dos problemas.

É importante a hierarquização dos serviços de saúde de acordo com o nível de densidade tecnológica de cada um, expressa principalmente em equipamentos, garantindo, também, a regionalização, de modo a permitir o acesso fácil a todos os níveis de atenção à saúde.

Uma condição necessária para a qualidade da atenção é a integração entre todos os serviços de saúde, para garantir a referência e contra-referência entre os serviços de saúde e a continuidade do atendimento nos demais níveis de atenção à saúde. A referência deve incluir desde consultas com especialistas até a internação para procedimentos de alta complexidade. Cabe à unidade básica de saúde acompanhar toda a trajetória dos pacientes sob sua responsabilidade.

O Programa de Saúde da Família constitui a estratégia estruturante da atenção básica

O atendimento no nível primário deve ser feito pela Equipe de Saúde da Família, devidamente capacitada. A presença da equipe permite ampliar o conhecimento da criança e do problema trazido. A adscrição da clientela no PSF viabiliza o vínculo entre a equipe e o paciente e a responsabilização pelo paciente. O enfoque na promoção da saúde buscando melhor qualidade de vida muda o eixo da atenção no sentido de intervenções nos determinantes da doença. O agente comunitário de saúde é um elemento novo que traz novas informações e facilita as propostas de intervenção na comunidade por meio da articulação inter-setorial.

Entretanto, os serviços que funcionam no modelo tradicional, também podem oferecer atenção à saúde de qualidade, garantindo o vínculo e o compromisso com a saúde da população.

Os diferentes serviços de saúde devem estar integrados e articulados

A integração entre os diferentes serviços de saúde implica o planejamento das ações de modo a definir o acesso e os fluxos.

Quando a equipe de saúde da família decide que há necessidade de um olhar mais específico, a criança deve ser encaminhada para o pediatra. Entretanto, caberá à UBS, como primeiro ponto de atenção, o compromisso de acompanhar todas as etapas ou o caminho da criança na investigação do problema de saúde, dando o apoio necessário à família.

O atendimento à criança compreende ações intersetoriais

O setor saúde isoladamente não tem condições de intervir em todos os problemas, necessitando compartilhar as ações com outros setores do governo e da sociedade civil. A formação de redes de apoio amplia as possibilidades de resolução de muitos dos problemas apresentados pelas famílias.

Participação da família e da comunidade

A participação da família deve estar garantida em todos os momentos da atenção à saúde. A informação à família sobre a natureza do problema de saúde ou sobre as intervenções recomendadas é um direito do paciente e contribui para um envolvimento da família no cuidado da criança. Da mesma forma, a comunidade deve ser informada e estimulada a discutir o perfil epidemiológico da região para entender e participar da busca de respostas para os principais agravos identificados no território.

Diretrizes Técnicas

Acolhimento da demanda, identificando os problemas/necessidades de saúde

A atenção à criança deve ser orientada para o atendimento da demanda programática e da demanda eventual. Assim, pretende-se atender os problemas de saúde referidos que constituem as queixas/sofrimentos e gerar demandas para o atendimento de necessidades de saúde não percebidas. É fundamental ir além da resolubilidade imediata da queixa trazida, reconhecendo as condições e os fatores envolvidos na produção da queixa, do sofrimento e da saúde.

O acolhimento deve ser entendido como um processo mais amplo, que não se restringe ao momento da triagem. Diz respeito ao modo como a unidade assume o paciente, estabelecendo um compromisso que impõe a responsabilidade da equipe diante de todas as suas necessidades de saúde. A noção de acolhimento implica, ainda, o reconhecimento do direito à atenção à saúde e a construção do vínculo com a família, assegurando o atendimento humanizado.

Comprometimento de toda a equipe de saúde na vigilância à saúde da criança

O processo de vigilância à saúde só é possível com a participação de todos profissionais da unidade, principalmente da equipe de saúde responsável pelo atendimento de uma dada clientela. A diversidade dos olhares permite o acúmulo de informações necessárias para acompanhar os eventos que interferem no processo saúde/doença.

Priorização da atenção à criança de risco

A equidade pressupõe atendimento diferenciado de acordo com as necessidades de cada criança. Dessa forma, devem ser priorizados grupos de crianças que apresentem condições ou que estejam em situações consideradas de maior risco.

Considera-se aqui que todas as crianças vivenciam situações de risco que variam de acordo com o seu grau de vulnerabilidade. Assim, propõe-se a denominação de criança de baixo risco, em vez do termo criança normal e criança de alto risco, para aquela que apresenta maior vulnerabilidade diante das situações e dos fatores de risco, como por exemplo, as que nascem com menos de 2.500 gramas.

Desenvolvimento de ações coletivas

As ações de saúde, realizadas em espaços coletivos como creches ou escolas, têm um efeito maior do que quando dirigidas individualmente às crianças. Dessa forma, as ações educativas em saúde bucal, tais como a escovação supervisionada ou ainda, os testes de acuidade visual apresentam resultados muito melhores quando são precedidas de preparo em grupo e realizadas pelos profissionais de saúde de forma integrada com os profissionais da educação.

Ênfase nas ações de promoção da saúde

A atenção à criança não se restringe ao atendimento curativo ou mesmo a ações voltadas apenas à prevenção de doenças, mas deve se estruturar visando ações sobre os determinantes dos agravos e a construção de ambientes e alternativas de vida mais saudáveis. Dessa forma, propostas dirigidas à aquisição de hábitos alimentares mais saudáveis, ao desenvolvimento de atividades físicas ou ações que possibilitem a incorporação de conhecimentos sobre o processo saúde/doença constituem caminhos efetivos de promoção da saúde. Obviamente, isso pressupõe pensar a saúde como produto da qualidade de vida e indica a necessidade de uma atuação conjunta de vários setores do governo e da sociedade civil.



— PARTE I —
A Atenção à Criança

Princípios do Atendimento à Criança

ANA CECÍLIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA
ANA MARIA BARA BRESOLIN

O processo de crescimento e desenvolvimento é um aspecto marcante da infância que deve nortear a atenção à saúde da criança, de tal forma que a vigilância dos fatores que podem interferir nesse processo constitui a base da assistência. Busca-se manter o estado de saúde física e afetiva para que o crescimento e o desenvolvimento possam ocorrer adequadamente.

O acompanhamento das crianças pela Unidade de Saúde constitui um dos procedimentos mais importantes, não só para a redução do coeficiente de mortalidade infantil e seus componentes, mas para que essas crianças possam alcançar uma qualidade de vida melhor. Embora seja evidente que a qualidade de vida está fundamentalmente marcada pelas condições de vida, atualmente não se contesta a importância que as políticas públicas na área da saúde e as ações intersetoriais têm também na determinação da qualidade de vida.

As transformações ocorridas com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) implicaram a reorganização dos serviços de saúde. Na área da criança, o antigo "Posto de Puericultura" deixa de ser um serviço cujo objetivo principal eram as orientações educativas, de acordo com os preceitos higienistas da Educação em Saúde, para se transformar em um serviço de atendimento ambulatorial, com uma proposta de atenção integral que não dissocia as ações de promoção da saúde e prevenção de doenças das ações de assistência à saúde.

Nessa perspectiva, as novas propostas na área da Puericultura, não mais orientadas com o objetivo de normatizar as condutas no cuidado com a criança, mas tendo como eixo principal o conceito de risco, podem efetivamente mudar a qualidade de vida das crianças. As novas formas de pensar o processo saúde/doença e os avanços nos conhecimentos sobre os fatores envolvidos na produção das doenças e, mais amplamente, do sofrimento geraram um novo campo de atuação para o profissional de saúde. Assim, o conceito de risco e a identificação de fatores e situações de risco possibilitam avanços na prática da Puericultura, colocando-a como uma atividade que é parte da atenção à criança em qualquer nível de atendimento.

O enfoque de risco consiste na constatação de que diferentes grupos populacionais apresentam riscos diferenciados de danos à saúde, em decorrência de características individuais ou exposições ambientais ou circunstâncias sociais: os chamados fatores de risco. A identificação dos fatores de risco tem ampla operacionalidade, pela sua capacidade preditiva e pela possibilidade de controle ou de eliminação dos fatores de risco e conseqüente redução da probabilidade de ocorrência dos agravos/danos. Além disso, permite a identificação dos grupos de maior risco que podem ser priorizados pelos serviços de saúde.

Impõe-se, portanto, repensar a Puericultura como um campo que permite atuação sobre condições que podem favorecer o aparecimento de determinados problemas de saúde, a partir do reconhecimento das condições concretas em que ocorre o processo saúde/doença, no contexto de vida de cada criança específica.

Outro aspecto importante é que a atenção à saúde da criança não se resume ao atendimento do médico, nem ocorre de forma isolada. O modo como se organizam os serviços de saúde, na perspectiva do SUS, e os novos modelos técnico-assistenciais têm introduzido modificações significativas no trabalho dos profissionais de saúde dirigido à criança. A socialização do atendimento exige maior integração de todos aque-

les que atuam nesse atendimento. O conceito de anamnese é ampliado, incorporando informações de toda a equipe de saúde. Ao olhar médico, somam-se os olhares de cada um da equipe de saúde e dos familiares. O agente comunitário de saúde (ACS) é fundamental no conhecimento da criança que traz uma queixa de sofrimento, porque amplia as informações que se pode obter sobre as relações familiares e as condições de vida. As visitas domiciliares realizadas pela equipe de saúde estendem o olhar para além daquilo que é possível observar na Unidade de Saúde.

A integração entre os serviços de saúde, com um efetivo sistema de comunicação entre eles, é fundamental para que os dados de um paciente sejam conhecidos por todos os profissionais que o atendem, nos diferentes locais de atendimento do sistema de saúde. Assim, essa integração repercute diretamente na qualidade da atenção, ao possibilitar a complementação das informações que permitem construir a história da queixa do sofrimento do paciente e estabelecer as estratégias de abordagem dos problemas/sofrimento.

Um outro aspecto a ser considerado na atenção à criança é a questão da especialização do profissional. O atendimento especializado, tal como foi se desenvolvendo, levou à fragmentação do indivíduo em partes, em que cada uma dessas partes é assumida como se contivesse em si uma totalidade, dispensando as relações com as "demais partes" do indivíduo. O paciente é decomposto nos seus sistemas ou aparelhos, que são cuidados por profissionais diferentes, perdendo-se a noção da totalidade. Nessa perspectiva, o pediatra vem ao longo do tempo buscando, também, se especializar, aparecendo as subespecialidades pediátricas, enquanto o pediatra geral vai se transformando em um mero triador.

No contexto de um sistema hierarquizado, como deve ser o SUS, o médico generalista e o enfermeiro são competentes para o atendimento na atenção básica, colocando-se o pediatra geral como referência para o atendimento de casos que necessitem de um saber mais específico sobre as doenças que acometem as crianças. Já o pediatra especializado deve lidar com as doenças cuja abordagem envolve uma densidade tecnológica maior (em equipamentos) e um acúmulo de experiência específica naquele tipo de doença que é menos freqüente na população. O encaminhamento para os níveis mais complexos deve considerar, portanto, as características do problema trazido, detectadas no atendimento inicial do generalista e/ou do pediatra de referência. Esse encaminhamento vai obedecendo a necessidade de utilização de tecnologias mais especializadas e de uso mais restrito. Assim, as infecções respiratórias, responsáveis pela grande maioria da demanda de crianças aos serviços de saúde, devem ser tratadas pelos generalistas. Os casos em que é necessária uma investigação de outros fatores que poderiam estar interferindo na freqüência e gravidade dos episódios, poderão ser resolvidos pelo pediatra nos ambulatórios de especialidades e somente alguns poucos casos, que requeiram tecnologias mais especializadas, como a realização de provas específicas de função pulmonar ou investigação de imunidade, deverão ser remetidos aos níveis de atendimento mais complexos para serem vistos pelo especialista.

Essa nova concepção do atendimento à criança tem sua forma mais acabada com a implantação do Programa Saúde da Família, no qual a criança é vista por toda uma equipe com diferentes olhares.

O Registro do Seguimento da Criança

O registro das informações obtidas pelos diferentes olhares no atendimento à criança tem importância fundamental, que deve ser vista sob diferentes ângulos. Primeiro, a informação sistematizada do paciente permite conhecê-lo ao longo do tempo e saber todas as formas de manifestação de um ou vários dos seus problemas de saúde. Segundo, o registro dos dados obtidos no atendimento de cada profissional possibilita a socialização do conhecimento sobre o paciente, de modo que todos possam se apropriar desse conhecimento para subsidiar o planejamento de sua atuação. Terceiro, o registro dos dados constitui a base epidemiológica para o planejamento das ações pela unidade, contribuindo para a eficiência e a racionalização do atendimento à população.

Dessa forma, é fundamental que as informações obtidas no atendimento de cada profissional sejam adequadamente registradas em um prontuário a que todos, inclusive a família, possam ter acesso. Em se tratando de uma criança, cuja principal característica é o processo de crescimento e desenvolvimento, a anotação dos dados em cada atendimento é fundamental para se ter uma noção da tendência desses processos, afastando ou confirmando problemas. A ausência do prontuário, no qual se registram os dados importantes obtidos no atendimento, representa dupla negação por parte do profissional. Ele nega a existência do paciente, ao mesmo tempo em que faz a sua própria negação, a negação do seu trabalho. Anotar as informações sobre um paciente, colhidas tanto junto à mãe, quanto diretamente com a criança, ou por meio de algum procedimento, significa assumir a responsabilidade pelo paciente, o que se concretiza no momento em que se subscreve o atendimento realizado. Ao não haver um registro do atendimento, o profissional isenta-se de "prestar contas" do seu trabalho, ao mesmo tempo em que inviabiliza a socialização das informações, em serviços nos quais vários profissionais podem prestar atendimento ao mesmo paciente.

Na proposta de registro para a consulta da criança, propõe-se que se anotem os principais dados da anamnese que têm por finalidade conhecer a queixa e o sofrimento trazidos pela família, ao mesmo tempo em que as informações obtidas vão revelando essa criança. Assim, a queixa deve ser ampliada em uma história com início e fim. A situação da criança no presente pode ser avaliada pelos dados de nutrição, crescimento, desenvolvimento e imunização. O passado da criança é recuperado pelos antecedentes pessoais que incluem os dados do pré-natal, nascimento e período neonatal, assim como intercorrências mórbidas. O conhecimento da criança completa-se com a descrição da família na sua composição, condições de saúde e antecedentes hereditários. Mas, ainda se faz necessário identificar que família é essa, que começa a ser visualizada ao se saber o ambiente de vida, ou seja, onde mora e quais as condições dessa moradia, tanto no aspecto da salubridade como do conforto. Finalmente, esse conhecer fica completo ao se saber a escolaridade e a inserção social da família, que determinam condições sociais de vida e de acesso ao trabalho.

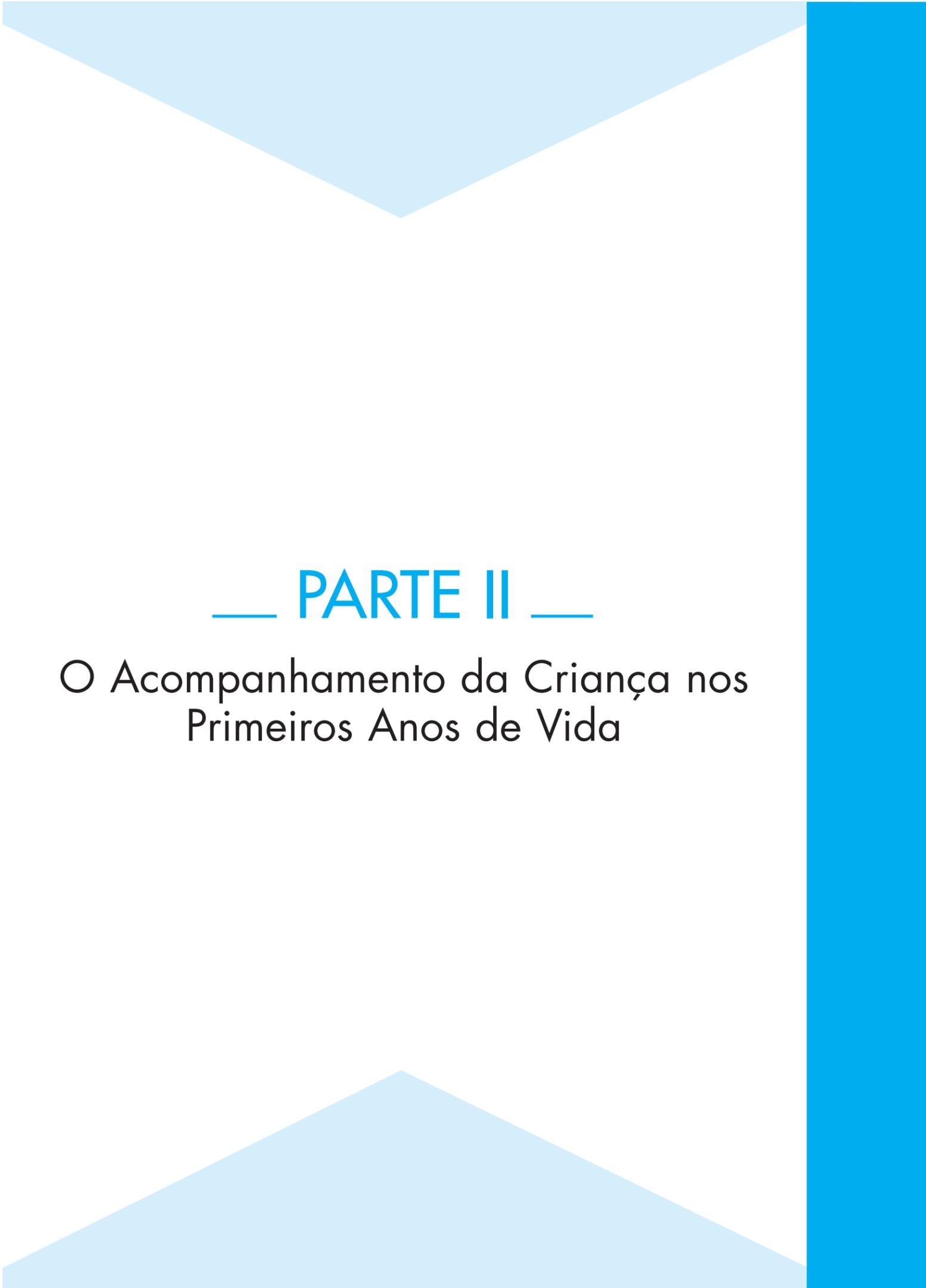
Após a descrição do exame físico, anotam-se os diagnósticos que devem dar conta dos principais aspectos da vida da criança. Assim, propõe-se que em toda consulta programática sejam preenchidos pelo médico ou pelo enfermeiro, os seguintes diagnósticos:

- | | | |
|-----------------------|------------------------------------|-----------------------------------------|
| 1. Estado Nutricional | <input type="checkbox"/> eutrófico | <input type="checkbox"/> distrófico |
| 2. Crescimento | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> baixa estatura |
| 3. Desenvolvimento | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> atrasado |
| 4. Alimentação | <input type="checkbox"/> adequada | <input type="checkbox"/> inadequada |
| 5. Imunização | <input type="checkbox"/> completa | <input type="checkbox"/> incompleta |

Além desses cinco diagnósticos básicos, os outros problemas de saúde da criança devem ser listados e numerados, anotando o problema mesmo quando ainda não for possível enquadrá-lo em um diagnóstico. Uma prática interessante é convencionar que **o diagnóstico de número 6 seja sempre o motivo principal** que trouxe a criança ao atendimento. O registro da consulta completa-se pela construção de uma proposta terapêutica para cada diagnóstico. A perspectiva de um atendimento seqüencial da criança permite que os profissionais estabeleçam um plano terapêutico que priorize em cada atendimento os problemas mais importantes e considere o contexto de vida da criança e da família.

A anotação dos diagnósticos por número facilita ao profissional acompanhar os problemas da criança. Assim, por exemplo, para saber o que aconteceu com o diagnóstico de anemia é só verificar em cada consulta o número correspondente àquele diagnóstico. Ao ser resolvido um determinado problema, diante do número que corresponde ao problema deve ser colocado um traço (—), que significa a sua resolução. Exemplificando:

Diagnóstico 6 -Anemia
Anemia curada, coloca-se 6. —



— PARTE II —

○ Acompanhamento da Criança nos
Primeiros Anos de Vida

Os Fundamentos para o Seguimento da Criança de Baixo Risco

ANA CECÍLIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA
ANA MARIA BARA BRESOLIN

Considerando as novas propostas do atendimento de puericultura, que passa a ter como principal fundamento o conceito de risco, o planejamento das ações na unidade de saúde deve levar em conta as características da criança nas diferentes faixas etárias, a composição etária da população e as condições de vida da clientela, além da disponibilidade de recursos humanos da unidade.

No PSF, toda criança deve ser visitada pela enfermeira nos primeiros 7 dias após a alta hospitalar. Nas demais UBS, sempre que possível, o recém-nascido deve ser avaliado nos primeiros 15 dias após a alta da maternidade, por meio de visita domiciliar ou por atendimento na unidade. A ênfase nesses atendimentos deve ser o processo de acolhimento da mãe e da criança.

O planejamento do cronograma de consultas deve ter como base os aspectos importantes a serem observados na criança e a vulnerabilidade que ela apresenta. Nos dois primeiros anos de vida, nos quais o processo de crescimento e desenvolvimento é mais intenso, os olhares devem ser mais frequentes. Para a determinação da frequência e espaçamento das consultas é importante definir quais os riscos que se pretende avaliar, identificando os melhores momentos para essa avaliação. Por exemplo:

Risco de agravos existentes desde o nascimento: 1º e 2º mês, sendo mais importante o olhar médico, pelo conhecimento semiológico que detém.

Risco de agravos nutricionais: nesse aspecto é importante avaliar o risco de desmame, tendo as consultas a finalidade de entender os fatores que naquela criança intervêm na amamentação e possibilitar o apoio para que a amamentação não seja interrompida. Nesse sentido, as visitas no 1º e 2º mês são fundamentais. Na criança entre 4 e 6 meses, quando ocorre o início do processo do desmame, caracterizado pela introdução progressiva de alimentos complementares e, de 9 a 12 meses, fase de aquisição dos hábitos alimentares, as consultas terão como objetivo identificar problemas e orientar a nutrição adequada.

Risco de comprometimento do desenvolvimento: existem alguns marcos do desenvolvimento que podem indicar o modo como a criança vem se desenvolvendo, alertando para a existência de possíveis problemas. Assim, toda criança nascida de termo, aos 3 meses de idade deve apresentar o sorriso social, aos 4 meses deve estar sustentando a cabeça, aos 9 meses deve sentar-se sem apoio e aos 18 meses deve andar sem apoio.

Risco de infecções: a imunização correta previne a ocorrência de doenças infecciosas graves. As vacinas são recomendadas nas seguintes idades: ao nascimento, com 1, 2, 4, 6, 12 e 15 meses. A verificação periódica do cartão de vacinação garante que a criança esteja sendo protegida desses agravos. A consulta aos 18 meses permite verificar se a criança fez a vacinação aos 15 meses.

Resumindo, o esquema mínimo teria visitas nos seguintes meses:

Risco de agravos:	1º	2º						
Risco nutricional:	1º	2º	4º	6º	9º			
Risco no desenvolvimento:		2º	4º		9º		18º	
Risco de infecções:	1º	2º	4º	6º		12º	18º	
Somatória:	1º	2º	4º	6º	9º	12º	18º	24º

As consultas aos 12 e 24 meses constituem marcos para o seguimento posterior nas datas do aniversário da criança. Outros momentos de avaliação ocorrerão conforme a necessidade determinada por problemas de saúde. Vale lembrar que em todas as consultas são obrigatórios o preenchimento do gráfico de peso e altura, a medida do perímetro cefálico e a verificação da carteira de vacinação.

Com exceção das consultas do primeiro e segundo meses que, preferencialmente, devem ser feitas pelo médico, os demais atendimentos podem ser realizados pela enfermeira ou auxiliar de enfermagem.

Essa é uma proposta mínima e *suficiente* de seguimento da criança de baixo risco. Para as crianças de baixo risco, não há necessidade de consultas mensais no primeiro ano ou bimensais no segundo ano, como os antigos programas da criança prescreviam. Esse acúmulo de consultas tem levado ao preenchimento das vagas na unidade, de tal forma que não há espaço para as intercorrências. Dessa forma, a criança consultada mensalmente, enquanto sadia, na hora que adoecer não é atendida, sendo encaminhada para o pronto atendimento, para ser vista por médicos que não conhecem sua história de saúde.

Como já foi afirmado, os Distritos devem definir seu cronograma de acordo com a disponibilidade de recursos humanos, a composição etária da população e a realidade epidemiológica.

Atendimento em grupo de mães

Uma alternativa interessante, que caracteriza outro esquema de visitas, é a realização de atendimentos em grupo coordenado por dois profissionais. Após a primeira consulta feita pelo médico, as crianças de baixo risco poderão ser acompanhadas, a partir da constituição de um grupo com no máximo 10 crianças, que terá seqüência mensal ou bimensal de atendimentos de puericultura. A dinâmica de funcionamento do grupo em cada atendimento compreende uma parte inicial individual, na qual se indaga sobre possíveis queixas, avalia-se o peso e a altura e é feito o exame físico com um olhar sobre o desenvolvimento. Esse momento, embora individual, ocorre no mesmo ambiente onde estão as outras crianças. Em seguida, é feita a discussão em grupo, na qual se avalia coletivamente a imunização, alimentação, desenvolvimento e outras questões colocadas pelo grupo. No final, entregam-se as receitas com as prescrições medicamentosas, quando necessário. Havendo necessidade, é agendada uma consulta individual, para avaliação de problemas específicos. Nos grupos em que não participam médicos, é importante garantir uma retaguarda para esclarecimento de dúvidas por esses profissionais.

Além do atendimento em grupos de mães, podem ser realizados grupos educativos, com temas transversais, sem haver necessariamente uma vinculação com o atendimento clínico.

Avaliação do seguimento da criança de baixo risco

Além dos indicadores já existentes, apresenta-se a seguir um conjunto de indicadores como sugestão para os Distritos avaliarem as propostas implantadas. Deve-se dar preferência àqueles que já são habitualmente coletados. Alguns indicadores podem ser utilizados em avaliações periódicas, uma vez que detalham mais especificamente os resultados.

INDICADORES DE PROCESSO MENS AIS – CRIANÇA DE BAIXO RISCO

- Número e percentagem de crianças com visitas domiciliares nos primeiros 7 dias de vida
- Número e percentagem de crianças que iniciaram o seguimento no primeiro mês de vida
- Número e percentagem de crianças com esquema completo de consultas no primeiro ano
- Número e percentagem de crianças atendidas em grupos
- Número de grupos em atendimento
- Número e percentagem de crianças de baixo risco faltosas
- Número e percentagem de crianças com esquema de vacinação completo
- Número e percentagem de cadernetas da criança adequadamente preenchidas
- Número e percentagem de crianças em aleitamento materno exclusivo aos 4 meses
- Número e percentagem de crianças em aleitamento materno exclusivo aos 6 meses
- Número e percentagem de crianças com atraso no desenvolvimento
- Número de crianças com internação naquele mês

INDICADORES DE RESULTADO MENS AIS

- Número de óbitos infantis
- Número de óbitos neonatais
- Número de óbitos neonatais precoces
- Número de óbitos neonatais tardios
- Número de óbitos infantis tardios

Os Fundamentos para o Seguimento da Criança de Alto Risco

ANA CECÍLIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA
BETTINA D. FIGUEIRA

Por que fazer o seguimento do Recém-Nascido de alto risco?

O seguimento do RN de alto risco após a alta hospitalar tem por objetivo acompanhar aquelas crianças com maior risco de morrer ou de apresentar distúrbios capazes de interferir na sua qualidade de vida. Esse acompanhamento permite a intervenção precoce nos problemas já identificados por ocasião da alta hospitalar, bem como a prevenção de outros, passíveis de ocorrerem durante os primeiros anos de vida. Além disso, o acompanhamento dos RN considerados de risco consiste num importante instrumento de avaliação da qualidade da atenção prestada a essas crianças nas unidades neonatais.

Quais crianças devem ser acompanhadas?

O grupo de crianças consideradas de alto risco e, portanto, merecedoras de um seguimento mais cuidadoso, pode variar de uma para outra região, dependendo das características demográficas e socioeconômicas locais, bem como dos recursos disponíveis.

CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DA CRIANÇA DE ALTO RISCO

As condições de risco apresentadas pela criança devem ser avaliadas no momento da alta da maternidade e durante o primeiro ano de vida.

Riscos identificados ao nascer: podem ser definidos na alta da maternidade ou na visita domiciliar ou ainda pela busca ativa dos RN

Critérios obrigatórios:

- Peso ao nascer < 2.500 g
- Morte de irmão menor de 5 anos
- Internação após a alta materna

Critérios associados, presença de dois ou mais dos seguintes:

- Mãe adolescente abaixo de 16 anos
- Mãe analfabeta
- Mãe sem suporte familiar

Mãe proveniente de área social de risco*
Chefe da família sem fonte de renda
História de migração da família há menos de 2 anos
Mãe com história de problemas psiquiátricos (depressão, psicose)
Mãe portadora de deficiência que impossibilite o cuidado da criança
Mãe dependente de álcool e/ou drogas
Criança manifestamente indesejada

É importante lembrar que os recém-nascidos que apresentam doenças genéticas, mal-formações múltiplas congênitas, lesões neurológicas, deficiências estabelecidas desde o nascimento, também são considerados de alto risco e necessitam cuidados diferenciados.

Para fins de análise da situação no município, é importante que todos os Distritos adotem os critérios de risco obrigatórios. Quanto aos critérios associados, o Distrito fará sua opção de acordo com as condições locais. É preciso, contudo, considerar que os critérios sejam discriminativos, ou seja, incluam apenas aquelas crianças que realmente precisam de cuidados mais intensos. Caso os critérios incluam uma população muito grande, ficará difícil para o Distrito realizar tais cuidados.

Fluxos para identificação da criança de alto risco

Os Distritos de Saúde devem definir as estratégias para captar o RN. A seguir são apresentadas sugestões dos momentos possíveis de captação, que devem ser analisados conforme a situação de cada Distrito e Unidade de Saúde, principalmente considerando as unidades que têm ou não equipe de saúde da família.

Momentos de Captação

NO PRÉ-NATAL

Para facilitar a captação:

- Introdução de conteúdos sobre o cuidado com o RN nos grupos de gestantes, no último trimestre. Informações às gestantes sobre a necessidade do seguimento do RN logo após o nascimento. Orientar para procurar consulta na unidade nos primeiros quinze dias de vida.
- No último trimestre da gravidez, é importante que seja definido o local do parto e que as gestantes, acompanhadas da enfermeira da unidade ou da maternidade, sempre que possível, visitem a maternidade para conhecer a sala de parto, o alojamento conjunto e o berçário. Nesses casos a captação torna-se mais fácil porque já se sabe onde o bebê vai nascer.
- Quando não for possível o item anterior, a unidade, por meio do monitoramento da gestante pelo auxiliar de enfermagem ou pelo ACS, deve identificar a maternidade onde a criança vai nascer, para que seja possível fazer a visita na maternidade.

NO NASCIMENTO

- Nos locais onde há equipes do Programa Saúde da Família, a identificação do RN de alto risco pode ser feita pelo ACS, monitorando a gestante no último mês de gestação para que o nascimento seja comunicado à equipe o mais precocemente possível.
- O hospital identifica o RN de alto risco e informa a UVIS (Unidade de Vigilância à Saúde do Distrito), que avisará a unidade de saúde da área de residência da família, para agendamento do pri-

*Área social de risco – definição de áreas homogêneas segundo o grau de risco, definidas no processo de territorialização no Distrito de Saúde.

A criança cuja mãe não fez pré-natal (menos de 3 consultas) deve ser avaliada para identificar os motivos dessa ocorrência e orientar o seguimento da criança.

meio atendimento, que deve ocorrer na primeira semana após a alta da criança.

- Nos locais onde for possível, a enfermeira ou o auxiliar de enfermagem visita diariamente as maternidades da região para identificar os RN de alto risco e agendar a visita domiciliar e a primeira consulta na unidade, tanto do bebê como da puérpera.
- A maternidade identifica onde foi feito o pré-natal ou a unidade de referência do domicílio e agenda, por telefone o atendimento do RN.

NA UBS

- Quando o RN não foi captado pelos mecanismos anteriores, essa captação pode ser feita por ocasião do acolhimento ou da aplicação da primeira vacina (BCG) na unidade, quando a enfermeira ou o auxiliar de enfermagem fará a classificação do RN quanto ao risco, priorizando o atendimento daqueles que preencherem os critérios.
- A UBS deve ter uma reserva de vagas para o agendamento da primeira consulta do bebê e da puérpera.
- Todo bebê de menos de 1 mês que vem pela primeira vez por uma queixa deve ser de imediato matriculado e classificado quanto ao risco.
- Deve ser feita a busca ativa das crianças faltosas, agendadas previamente por qualquer uma das estratégias acima referidas.

É importante que todos os bebês classificados como de alto risco sejam vistos na primeira semana após a alta da maternidade.

NA VISITA DOMICILIAR

Quando for realizada visita domiciliar pelos profissionais de saúde, deverá ser feita a classificação do RN quanto ao risco e já agendada a consulta para avaliação médica.

Até quando seguir o RN de alto risco?

Os RN considerados de alto risco devem ser acompanhados, no mínimo, até o final do 2º ano de vida. Dessa forma é possível obter-se uma avaliação confiável do desenvolvimento neuromotor, bem como intervir e tratar adequadamente as principais ocorrências capazes de causar o óbito nessa fase vulnerável da vida. No entanto, estender o acompanhamento até os 4-5 anos permite uma melhor avaliação da função cognitiva e da linguagem.

Com que frequência essas crianças precisam ser avaliadas?

Essa periodicidade pode variar de acordo com as possibilidades do serviço, necessidade da criança e condições familiares. O esquema a seguir é uma adaptação do proposto pelo Comitê de Follow-up da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro SOPERJ (1993) e pode servir de orientação para a organização do atendimento.

Nos primeiros 6 meses:	Mensal
Até 1 ano:	Bimensal
Até dois anos:	Quadrimestral
Acima de 2 anos:	Semestral

O Seguimento do RN de muito alto risco.

Nesse grupo incluem-se crianças que nasceram com peso inferior a 1500g e/ou apresentaram morbidade neonatal importante ou que apresentam ainda, doenças ou seqüelas de intercorrências neonatais. Essas crianças devem ser acompanhadas em ambulatórios de especialidades ou nas maternidades e ao mesmo tempo devem ser vinculadas à unidade de saúde em que a família está cadastrada, cuja equipe deverá monitorar esse seguimento. O monitoramento implica que os profissionais da unidade básica de saúde, responsáveis pela criança, deverão ter conhecimento de toda a programação de procedimentos aos quais aquela criança deverá ser submetida.

As crianças acima desse peso, mas que apresentem doenças ou seqüelas neonatais, deverão ter a mesma orientação de seguimento

O Seguimento da Criança com Risco Adquirido

Existe um grupo de crianças que não são classificadas como de risco ao nascer, mas durante o acompanhamento clínico podem passar a apresentar fatores de risco ou vivenciar situações de risco. Essas crianças devem ser identificadas pela unidade de saúde.

CRITÉRIOS PARA A DEFINIÇÃO DE CRIANÇA COM RISCO ADQUIRIDO

- Desnutrição
- Maus tratos
- Após a segunda internação
- Chefe da família sem fonte de renda
- Criança manifestamente indesejada
- Criança com 3 ou mais atendimentos em Pronto Socorro em um período de 3 meses

A rotina de acompanhamento dessas crianças deve ser estabelecida a partir da necessidade determinada pelo tipo de fator ou fatores de risco apresentados.

Avaliação do Seguimento da Criança de Alto Risco

Além dos indicadores já existentes, apresenta-se a seguir um conjunto de indicadores como sugestão para os Distritos avaliarem as propostas implantadas. Alguns indicadores podem ser utilizados em avaliações periódicas, uma vez que detalham mais os resultados.

INDICADORES DE PROCESSO MENSAIS – CRIANÇA DE ALTO RISCO

- Número e percentagem de RN classificados de alto risco
- Número e percentagem de RN de muito alto risco
- Número e percentagem de RN classificados de alto risco segundo o tipo de critério de risco
- Número e percentagem de RN visitados nos primeiros 7 dias após a alta
- Número e percentagem de RN faltosos à primeira consulta
- Número e percentagem de RN faltosos

INDICADORES DE RESULTADO MENSAIS

- Número de óbitos infantis
- Número de óbitos neonatais
- Número de óbitos neonatais precoces
- Número de óbitos neonatais tardios
- Número de óbitos infantis tardios

A Consulta do Recém-Nascido

WANDA TOBIAS MARINO
ANA MARIA BARA BRESOLIN

O primeiro atendimento do bebê de baixo risco, na unidade de saúde, deve ser feito nos primeiros 15 dias após a alta da maternidade. O RN de alto risco deve ser avaliado na 1ª semana após a alta.

Nesta fase da vida, considerada como um período crítico para o crescimento e desenvolvimento, a velocidade de crescimento é muito alta e ocorrem alterações estruturais e funcionais nos órgãos e tecidos, o que torna o RN mais suscetível a diferentes tipos de agravos à saúde. Assim, é fundamental estabelecer na primeira consulta um vínculo entre a equipe e a família e a responsabilização de ambos para o seguimento do bebê. A família necessita ser orientada quanto à importância do acompanhamento, as rotinas da unidade, o cronograma de consultas e de vacinação, os procedimentos nas situações de emergência e de problemas de saúde que a criança pode apresentar. Ainda é importante observar a atitude e a interação da mãe com o bebê, se ela está tranquila ou ansiosa para cuidar da criança, se recebe ajuda dos familiares e como está vivenciando as primeiras semanas da relação com o filho.

Peculiaridades do bebê normal

Idade gestacional - O conhecimento da idade gestacional ajuda a identificar riscos de morbidade e mortalidade segundo distribuição por grupo de idade gestacional.

RN de Termo é o bebê que nasce com idade gestacional de 37 semanas até 42 semanas de gestação incompletas. Geralmente tem pele descamativa, seca e enrugada e orelhas cartilaginosas com pavilhão auricular totalmente encurvado; mamilo com área pigmentada e nódulo mamário palpável; genital masculino com testículos pendentes e bolsa escrotal com muitas rugas e genital feminino com os grandes lábios recobrimo clitoris e pequenos lábios. A superfície plantar apresenta-se com sulcos que cobrem toda a planta do pé. O bebê tem poucos pêlos e a postura é de braços e pernas fletidas. O reflexo de sucção está presente ao nascimento.

O bebê **pré-termo** nasce com menos de 37 semanas de idade gestacional. Quanto mais prematuro, a pele é mais fina, transparente e gelatinosa. Os pelos (lanugem) são mais abundantes do que no recém-nascido de termo. O tecido mamário não é palpável e a formação do mamilo é apenas visível. As orelhas são chatas, o pavilhão auricular não é encurvado; pode não apresentar pregas plantares. O genital masculino apresenta-se com o escroto plano e liso e o genital feminino com clitoris proeminente e lábios planos. A postura do bebê é de braços e pernas estendidas. O reflexo de sucção pode ser fraco e não haver coordenação entre a deglutição e a respiração, quando a idade gestacional for menor de 34 semanas de gestação.

Pós-termo é o bebê que nasce com 42 semanas de idade gestacional completas ou mais. A pele é grossa e descamativa, principalmente nas mãos e nos pés, e a planta dos pés apresenta-se com sulcos bem marcados em toda sua extensão. Pode ter um aspecto de um bebê desnutrido, com pouco tecido gorduroso e pernas e braços alongados. O reflexo da sucção está presente e é efetivo.

Peso de Nascimento

O peso do bebê ao nascimento e a idade gestacional são parâmetros importantes da avaliação. A perda de peso varia conforme a idade gestacional ao nascimento. Geralmente, nos primeiros dias, ocorre perda de peso em torno de 10% do peso de nascimento nos bebês nascidos a termo. A seguir, o peso recupera-se e, em torno de 10 dias a 15 dias de vida, atinge o valor registrado ao nascimento.

Define-se o recém-nascido de baixo peso quando o peso ao nascer é menor de 2500g e de muito baixo peso quando o bebê pesa menos de 1500g ao nascer. Quando os recém-nascidos são classificados segundo a idade gestacional e o peso ao nascer, pode-se agrupá-los em situações de risco de mortalidade e de morbidade específica e programar os cuidados assistenciais no período após o nascimento.

Anamnese

Na anamnese do RN devem ser solicitadas à mãe as informações registradas na Declaração de Nascido Vivo (DNV), no Cartão da Maternidade e no Resumo de Alta, para caracterizar:

1. As condições da gestação e do parto;
2. As condições de nascimento, como a idade gestacional (IG), o peso, altura e perímetro cefálico e o boletim de Apgar;
3. Quais foram as intercorrências no período neonatal, o número de dias em que a criança permaneceu internada e a condições de alta;
4. A situação do aleitamento materno.

Estas informações permitem conhecer a situação de saúde e classificar o RN em relação aos fatores de risco presentes ao nascimento.

Condições habituais de vida

Alimentação: O papel do aleitamento materno é importante no RN, não apenas do ponto de vista nutricional, mas também imunológico e afetivo. O estímulo e orientações sobre o aleitamento devem ser priorizados nesse primeiro atendimento (Ver Texto Aleitamento Materno).

Diurese: Todo bebê sem anormalidades do trato urinário deve apresentar diurese nas primeiras 17 – 36 horas de vida. Grande parte dos bebês apresenta diurese na sala de reanimação, logo após o parto. A cor da urina deve variar de amarelo suave a incolor com uma ou duas micções nas primeiras 24h de vida e 5 a 8 vezes/dia após o segundo dia de vida.

Evacuação: Cerca de 98,5% dos RN sem anormalidade do trato gastrointestinal eliminam mecônio nas primeiras 24 horas de vida e 100%, nas primeiras 48 horas. A partir do 2º ou 3º dias as fezes são de transição com o estabelecimento da alimentação do recém-nascido. O bebê alimentado com leite materno apresenta fezes mais líquidas, às vezes esverdeadas e até explosivas, em maior número de vezes por dia, quando comparado ao que recebe leite de vaca. Pode também ficar sem evacuar por alguns dias, sem qualquer repercussão clínica e, posteriormente, eliminar fezes pastosas e sem esforço à evacuação.

Sono e repouso: Após o período inicial de reatividade, o bebê deve dormir de 2 a 4 h entre as mamadas. Na primeira semana de vida, a expectativa é de 20 a 22h de sono por dia. É normal que acorde 2 a 3 vezes por noite. No período diurno é melhor não escurecer totalmente o quarto, assim, torna-se mais fácil a adaptação ao padrão dia-noite. Os pais devem acariciá-lo, embalá-lo com canções, até que ele se acomode e durma. Um pouco de colo pode ajudar.

Choro: O choro é uma forma importante do RN comunicar o que necessita. Ele chora quando está cansado, com fome, frio, calor ou em posição desconfortável, quando tem cólicas ou quando é submetido a estímulos ambientais excessivos. Algumas vezes, nenhuma causa específica do choro é determinada. Para diminuir o choro e tranquilizar a criança, é importante manter a calma; alimentar o bebê; trocar a fralda; verificar se ele está com frio ou com calor; diminuir o estímulo do meio ambiente (diminuir o barulho, limitar a atividade no quarto, diminuir a intensidade da luz). O banho, as massagens e a música suave também acalmam o bebê.

Cólicas do Recém-Nascido: É comum a partir da terceira semana de vida o bebê apresentar choro contínuo que muitas vezes é confundido com fome. A mãe costuma interpretar esse choro como fome e torna a amamentar a criança que se acalma temporariamente, voltando logo em seguida a chorar, muitas vezes contorcendo-se com eliminação de gases. Após um período de tempo variável a criança pára de chorar, dormindo por um tempo mais prolongado. Não há uma explicação fisiopatológica definitiva para as cólicas. Elas podem ser expressão de uma fase de adaptação do RN à vida extra-uterina. A conduta deve ser no sentido de acalmar a criança colocando-a no colo, embalando-a, evitando a exposição a ambientes de muitos estímulos auditivos e visuais. Medicação está contra-indicada pelos efeitos colaterais das drogas utilizadas, que podem levar à sedação da criança. As cólicas costumam desaparecer entre o terceiro e quarto mês de idade.

Exame Físico Geral

O aspecto geral do RN é importante e representa o conjunto da fâcies, postura, atividade espontânea, tônus muscular, padrão respiratório. Em relação à postura, quando colocado em decúbito dorsal, o RN de termo mantém-se, em geral, com a cabeça voltada para um dos lados, os membros superiores fletidos, os inferiores semifletidos e as mãos fechadas. A atividade espontânea é variável. O RN de termo tem movimentos de membros inferiores mais irregulares enquanto os dos membros superiores tendem a ser mais simétricos. Os prematuros têm movimentos discretos ou permanecem quase imóveis por dias.

SINAIS VITAIS

- Temperatura – a temperatura média normal é de 36,5°C a 37°C (manter o termômetro por três minutos na região axilar);
- Frequência cardíaca – os valores variam de 100 a 180 batimentos por minuto; a frequência pode ser baixa quando o bebê está dormindo e ser mais rápida quando chorando;
- Frequência respiratória – os valores variam de 40 a 60 respirações por minuto. A respiração periódica é comum no prematuro e pode estar presente no recém-nascido de termo. É definida como pausas respiratórias de 5 a 10 segundos, com movimentos respiratórios normais entre os episódios, não associada com bradicardia, podendo associar-se com hipoxemia. A apnéia é a cessação da respiração por 20 segundos ou mais associada com cianose e/ou palidez e bradicardia. A apnéia do prematuro costuma cessar em torno da idade correspondente a 37 semanas de gestação, mas pode persistir por várias semanas após o nascimento.

PELE

A pele do bebê é macia, lisa, opaca e rósea. Observar face, tronco e extremidades para verificar se há cor azulada (cianose) ou coloração diferente da pele. A presença de cor amarelada de pele significa icterícia. Geralmente a icterícia só é visível após as primeiras 24 horas de vida e quando aparece nas primeiras 24hs pode significar incompatibilidade de grupo sanguíneo ou infecção do recém-nascido. Em cerca de 60% dos bebês de termo, a icterícia aparece a partir do segundo dia de vida e tende a aumentar durante a primeira semana. Quando a icterícia atinge braços e pernas do bebê ele deve ser avaliado pelo médico para as devidas providências. Palidez cutânea pode ser secundária à anemia.

Milia ("miliun sebáceo") - ocorre em aproximadamente 40% dos bebês de termo; caracteriza-se por múltiplos pontos esbranquiçados no nariz, testa, queixo e bochechas. São lesões benignas e representam cistos em comunicação com os folículos sebáceos que tendem a desaparecer dentro de poucas semanas.

Eritema tóxico - apresenta-se como áreas avermelhadas na pele, com a presença de uma pápula branco-amarelada no centro. Geralmente as lesões surgem após as primeiras 48 horas de vida. A resolução é espontânea dentro de 4 a 5 dias após o início do seu aparecimento.

Mancha mongólica - mancha hiperpigmentada de cor azulada escura ou cinza escura, usualmente localizada na região lombo-sacra (pode atingir as nádegas na altura da coluna lombossacra). Em 90% dos bebês da raça negra, indiana e asiática essa mancha é bem visível e tende a desaparecer durante os primeiros 4 anos de vida.

Nevus vascular- achado comum presente na nuca, base do nariz e pálpebras, que costuma desaparecer em alguns meses.

Exame Físico Especial

CABEÇA

O bebê de termo tem perímetro cefálico em torno de 32 a 36 cm e é, geralmente, 2 cm maior que o perímetro torácico. A fontanela anterior ("moleira") pode medir até 4 cm em seu maior diâmetro. Fecha-se por volta do 9º ao 18º mês e, em algumas crianças normais, em torno dos 4 a 5 meses de idade. O abaulamento ou tensão da fontanela anterior pode estar associado a aumento da pressão intracraniana.

Bossa serossangüínea é a anormalidade mais comum, resultante da passagem da cabeça pelo canal vaginal. A bossa serossangüínea é caracterizada por edema difuso no couro cabeludo, com limites imprecisos, que pode se estender além das linhas de suturas, cobrindo um ou mais ossos. Pode acompanhar-se de petéquias, púrpuras e equimoses na pele que a recobre. Frequentemente está localizada na porção do couro cabeludo que fez parte da apresentação no parto cefálico, pela compressão contra o colo uterino e/ou pélvis. Há extravasamento de sangue e líquido seroso para fora do periósteo, não respeitando os limites das suturas ósseas. Não é considerada como um trauma de parto. Em função dessa passagem pelo canal de parto, as suturas podem superposicionar-se (cavalgamento) nas primeiras horas de vida e ocorrer assimetria temporária do crânio resultante do trabalho de parto prolongado. O fechamento clínico das suturas cranianas ocorre dos 6 aos 12 meses.

Cefalohematoma é uma massa melhor definida à palpação e anatomicamente relacionada à superfície de um determinado osso craniano. É formada por sangue represado entre o osso e o periósteo e se diferencia da bossa por sua delimitação e consistência elástica. É mais freqüente nos ossos parietais. Não há necessidade de tratamento e sua resolução espontânea ocorre entre os 6 e 12 meses. Algumas vezes pode haver pequena área de calcificação residual.

OLHOS

Permanecem fechados a maior parte do tempo, nos primeiros dias de vida. Abrem-se facilmente em resposta a movimento de balanço. As pupilas reagem normalmente à luz. As pálpebras estão freqüentemente edemaciadas, em conseqüência da irritação provocada pela instilação de nitrato de prata, a chamada conjuntivite química, que desaparece em poucos dias. A ocorrência de hemorragia subconjuntival provocada pela ruptura de pequenos vasos capilares, durante o parto, é encontrada em 5% dos recém-nascidos. A íris freqüentemente apresenta uma cor azul escura até 3 a 6 meses de vida. Pode-se observar estrabismo no RN e outros problemas oftalmológicos como a catarata (Ver Texto "O Cuidado com a Visão"). A higiene dos olhos do RN deve ser feita apenas com água filtrada ou fervida e fria.

CAVIDADE BUCAL

O exame da orofaringe é importante para afastar malformações localizadas nesta região. Fenda labial ou fissura labiopalatina é de diagnóstico fácil, mas a fenda palatina posterior pode ser mais difícil. Um sinal diagnóstico é a perda freqüente de leite pelo nariz durante as mamadas. É importante a avaliação do tamanho da língua e se há desvio de rima bucal.

TÓRAX

Observar atentamente se o movimento é simétrico e o padrão respiratório, que é geralmente abdominal. O componente torácico da respiração, quando presente, sugere problema pulmonar. Deve-se contar a frequência respiratória observando o movimento do abdome e avaliar se existe algum sinal de insuficiência respiratória (gemido expiratório, retração esternal ou intercostal). A ausculta pulmonar e cardíaca deve sempre ser feita. O encontro de sopro sistólico no RN é comum nos primeiros dias de vida, especialmente no 3º e 4º espaços intercostais à esquerda do esterno. Se o sopro persistir após algumas

semanas é possível que exista uma doença cardíaca congênita. A aferição da pressão arterial no RN é um procedimento difícil e o encontro de PA elevada é raro, sugerindo o diagnóstico de coartação de aorta ou de malformação renal. A palpação do pulso femoral é obrigatória em todo RN, pois sua ausência sugere coartação de aorta, embora a presença do pulso não exclua esta malformação,

ABDOME

Observar se há distensão abdominal, palpar o fígado (normalmente palpável a 1 ou 2 cm do rebordo costal direito). Geralmente o pólo inferior do baço é palpável. O umbigo mumifica-se durante a primeira semana, destacando-se após 8 e 10 dias de vida. Pode permanecer mais tempo, sem nenhum problema, além da necessidade de assepsia da base de implantação com álcool a 70%. A presença de eritema e secreção purulenta na região umbilical indica infecção local. No tratamento, recomenda-se higiene com água e sabão para retirar o pus e as crostas e banho com solução de permanganato de potássio (1:40.000); após a limpeza, secar bem a região. Se o eritema umbilical se estender até a pele, a infecção pode ser mais grave, necessitando de avaliação médica. Às vezes existe um granuloma umbilical, que pode ser cauterizado com bastão de nitrato de prata, protegendo-se a pele normal em torno do umbigo. Este procedimento deve ser feito na unidade, pelo enfermeiro.

Deve-se examinar as lojas renais, onde se pode palpar o pólo inferior dos rins. Hérnia umbilical e diástase dos músculos reto-abdominais podem estar presentes no RN e tendem a regredir até os dois anos de idade. Quando se observa uma hérnia inguinal ou inguinoescrotal, o RN deve ser referido para atendimento com o cirurgião infantil.

GENITAIS

No menino observar o aspecto do pênis, se reto ou encurvado, a posição do meato, centralizada ou não (hipospádia ou epispádia) e o aspecto da pele da bolsa escrotal. Verificar a presença dos testículos na bolsa escrotal. É comum a presença de líquido nessa bolsa, o que é chamado de "hidrocele fisiológica", que costuma desaparecer até os 6 meses de idade. Se isso não ocorrer, se houver suspeita de hérnia inguinoescrotal ou presença de alterações à palpação testicular, a criança deve ser encaminhada para avaliação do cirurgião infantil. Na menina, examinar os lábios e o clitóris. Com frequência pode ocorrer perda sangüínea vaginal, secundária à impregnação de hormônios maternos. Deve-se apenas orientar a higiene local.

ÂNUS E RETO

É importante examinar o aspecto e posição do orifício anal e verificar a história de eliminação do mecônio para afastar obstrução intestinal e atresia de reto.

SISTEMA OSTEOARTICULAR

Realizar o exame dos membros superiores e inferiores para verificar a presença de dedos extranumerários (polidactilia) ou a fusão anormal dos dedos (sindactilia). As mãos devem ser examinadas para avaliar as pregas palmares e a presença da prega simiesca, que é comum na Síndrome de Down, mas pode ocorrer em 4% da população normal. A coluna vertebral deve ser examinada minuciosamente, pesquisando-se desde a presença de massas tumorais como meningoceles até sinais como seios ou fossetas, nevus vascular e placas pilosas, principalmente na região lombossacra, que podem conduzir ao diagnóstico de disrafismo oculto. O exame de quadril é obrigatório para afastar displasia do desenvolvimento do quadril (luxação congênita do quadril) por meio das manobras de Ortolani e/ou de Barlow.

Alimentação da Criança Normal

ANA MARIA BARA BRESOLIN

ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno exclusivo é o modo ideal de nutrir a criança até os 6 meses de idade.

A OMS, em 2001, recomendou o aleitamento exclusivo nos primeiros 6 meses de vida e, a partir dessa idade, a complementação do leite materno com outros alimentos para suprir o aumento das necessidades energéticas e de minerais da criança. No entanto, o leite materno ainda pode ser mantido até os 2 anos de idade, como parte da dieta da criança, conforme a situação de cada família, porque ainda continua garantindo aporte adequado de cálcio e de proteínas

Apesar das inúmeras vantagens e dos conhecimentos científicos sobre o aleitamento materno, o desmame ainda é precoce em muitos países. As vantagens da amamentação natural são bastante conhecidas, tanto para a criança, como para a mãe. A amamentação:

- atende as necessidades nutricionais do bebê;
- protege a criança contra doenças, em especial as infecciosas, num período de imaturidade do sistema imunológico, como são os três primeiros meses de vida;
- protege a criança contra doenças alérgicas;
- é prática, pois o leite está pronto e pode ser dado em qualquer hora ou lugar, o que torna praticamente nulo o risco de contaminação no preparo e manuseio de utensílios;
- proporciona condições ideais para a comunicação e troca de afeto entre mãe e filho;
- protege a mãe de hemorragias após o parto e, portanto, da anemia e diminui a ocorrência de câncer de mama e de ovário;
- proporciona maior espaçamento entre as gestações, por inibir a ovulação, desde que o aleitamento seja exclusivo no primeiro semestre de vida do bebê. Este efeito contraceptivo diminui com a redução do ritmo de sucção e a introdução de novos alimentos.

É papel da equipe de saúde incentivar e orientar a prática do aleitamento materno, o que pode ser feito em vários momentos:

1. **Durante a gestação**- As informações sobre o aleitamento natural devem ser dadas desde o período pré-natal, para esclarecer as futuras mães quanto à superioridade do leite materno, orientar as transformações e cuidados com as mamas, examinar o tipo de mamilo, se normal, plano ou invertido, além de discutir outros aspectos como direitos trabalhistas, contracepção, necessidade de apoio dos familiares após o parto. Não se recomenda, de rotina, os exercícios físicos de protrusão dos mamilos, porque não são eficazes e podem estimular as contrações uterinas.

2. **Na maternidade**- O recém-nascido normal e os prematuros clinicamente estáveis devem ser amamentados na sala de parto ou 1 a 2 horas após o parto. O contato pele a pele favorece a interação da mãe com o bebê e o mecanismo da lactação, mesmo que a sucção ainda não seja eficaz. Se a mãe estiver sedada e/ou se o Apgar for <6, aos 5 minutos, este procedimento não está indicado. O alojamento conjunto possibilita

maior contato mãe-filho, facilita o esclarecimento das dúvidas sobre a amamentação e as orientações dos profissionais de saúde nos primeiros dias de vida da criança.

Projetos de estímulo ao aleitamento materno como o "Projeto mãe-canguru" vêm sendo desenvolvidos com os bebês prematuros e possibilitam o sucesso da amamentação, um maior vínculo da mãe com o filho, além de diminuir o risco de doenças infecciosas e de reinternações dessas crianças.

3. No domicílio- É importante a participação do pai e de outros familiares no apoio e ajuda à mãe, tanto no que se refere aos cuidados do recém-nascido, como nas tarefas da casa, para que ela se sinta tranqüila, confiante e possa adaptar-se às suas novas funções, tendo êxito na amamentação.

O Agente Comunitário de Saúde(ACS) tem um papel relevante para agendar a visita domiciliar do enfermeiro logo após o nascimento, preferencialmente na primeira semana. Várias experiências de PSF têm mostrado um papel importante do ACS no acompanhamento do processo de amamentação, informando a equipe sobre como se dá a relação da mãe com a criança e esclarecendo muitas das dúvidas e dificuldades em relação ao aleitamento e rotinas de atenção à saúde do bebê.

É importante observar a mamada, como se dá a técnica da amamentação, a posição da mãe e da criança, a pega do seio, os cuidados com as mamas e, principalmente ouvir as dúvidas da mãe, buscando com ela as soluções para os problemas, no que for possível.

4. Na UBS- O recém-nascido deve ser matriculado na UBS nas duas primeiras semanas de vida para que o trabalho de estímulo ao aleitamento materno tenha continuidade. A mãe freqüentemente tem idéias incorretas sobre o leite materno como "o leite é fraco", "o leite é insuficiente" ou "o leite secou". Esses conceitos podem levar ao desmame precoce e, portanto, precisam ser esclarecidos pela equipe de saúde. A mãe comumente vê no aspecto mais diluído do seu leite um sinal de que o leite é "fraco" e interpreta o choro do bebê como sinal de fome, por desconhecer que o leite humano apresenta melhor digestibilidade e esvaziamento gástrico mais rápido que o leite de vaca, o que leva a um maior número de mamadas e a um estado maior de vigília da criança. O choro nem sempre é fome, podendo mais comumente ser devido às cólicas do recém-nascido. A pega adequada da aréola e a sucção freqüente do seio, sob livre demanda e sem rigidez de horários também contribuem para o sucesso da lactação, dando maior saciedade ao bebê, que pode consumir o leite do final da mamada, mais rico em gorduras. A sucção adequada favorece ainda a produção e a ejeção do leite, levando a um esvaziamento mais completo das mamas e impedindo os problemas decorrentes da estase do leite.

O não esvaziamento adequado das mamas leva a problemas durante a amamentação como mamas e mamilos dolorosos, ingurgitamento, fissuras (rachaduras) e mastite. Esses problemas não impedem a continuidade da amamentação e, muitas vezes, estão relacionados à técnica inadequada de amamentação e/ou à ansiedade da mãe e da família. Podem ser resolvidos pelo apoio e tranqüilização da mãe e de orientações que podem ser feitas em consultas individuais ou em grupos. O atendimento em grupos favorece a troca de experiências entre as mães e o esclarecimento de suas dúvidas. Muitas orientações podem ser úteis como:

- manter o aleitamento, reduzindo o intervalo entre as mamadas, evitando o ingurgitamento;
- orientar a pega correta do seio pela criança, abocanhando toda a aréola e não somente o mamilo(se possível, observar a amamentação durante a consulta);
- colocar a criança para sugar, primeiramente a mama menos dolorida;
- fazer a higiene das mamas com água, evitando o uso de sabão, álcool ou de medicamentos tópicos, como cremes e pomadas; o próprio leite tem um efeito lubrificante adequado. O uso do sutiã é recomendado para a sustentação adequada das mamas;
- expor as mamas aos raios solares ultravioletas, quando possível. Nas grandes fissuras pode-se suspender a amamentação no peito mais afetado, por 24 ou 48 horas, tomando o cuidado de esvaziá-lo manualmente para evitar o ingurgitamento;
- não orientar oferta de água ou chás para o bebê (o leite materno tem menor teor de solutos e de sais e a criança, em geral, não tem sede) porque podem diminuir a fome do bebê, sua sucção e conseqüentemente a produção do leite;
- avaliar o ganho de peso da criança, em consultas próximas, tranqüilizando a mãe quanto à evolução adequada do peso. É importante lembrar que o ganho de peso da criança em aleitamento materno pode ser menor do que aquele observado nas crianças que recebem leite de vaca. Os gráficos foram feitos tendo como base esse segundo grupo de crianças. Assim, a avaliação do

desenvolvimento ponderal da criança amamentada deve ser feita considerando os ganhos positivos de peso e o fato da criança estar bem, urinando e evacuando normalmente.

Em caso de armazenamento do leite materno, para consumo posterior pelo bebê, é importante observar os cuidados higiênicos relacionados ao acondicionamento e à validade do leite em geladeira por até 24 horas, no congelador ou no freezer por até 15 dias, desde que o congelamento seja imediato. Antes de oferecer ao bebê, aquecer o leite em banho-maria.

Contraceção

É freqüente o receio da mãe de uma nova gravidez, durante o processo de lactação. Sabe-se que o aleitamento, quando exclusivo, inibe a ovulação e diminui esse risco. As mães têm receio de tomar pílulas anticoncepcionais com medo que isso faça mal para a criança. Esse é um forte motivo para o leite secar. Portanto, é importante orientá-la, junto com o ginecologista, quanto aos métodos anticoncepcionais disponíveis, para que se sinta segura e possa continuar a amamentação. Os melhores métodos, nessa fase, são os de barreira como o dispositivo intra-uterino (DIU), diafragma e o preservativo. O uso de contraceptivos orais de progesterona de baixa dosagem também é compatível com a amamentação, mas os que contêm estrógenos devem ser evitados.

Contra-indicações

As contra-indicações para a prática do aleitamento materno são raras.

EM RELAÇÃO À CRIANÇA:

Doenças como a galactosemia e a fenilcetonúria
RN gravemente enfermo, com dificuldade de sucção.

Obs: A icterícia atribuída ao leite materno, que ocorre a partir da segunda semana de vida não contra-indica o aleitamento materno.

EM RELAÇÃO À MÃE:

HIV - Mães com AIDS ou portadoras do HIV não devem amamentar pelo risco de transmissão do vírus através do leite materno.

Hepatite-

1. Mães com hepatite A - Se a mãe está na fase aguda da doença, a criança pode ser amamentada, mas deve receber a gamaglobulina, na dose de 0,02ml/kg logo após o nascimento.

2. Mães portadoras do vírus da hepatite B podem amamentar, desde que o recém-nascido receba a imunoglobulina hiperimune específica (HBIG) na sala de parto e a vacina contra a hepatite B, até 48 horas de vida. Se a HBIG não for disponível, aplicar somente a vacina, nas primeiras 24 horas de vida. O esquema de vacinação deve ser completado com mais 2 doses de vacina com 1 e 6 meses de vida. Se a criança for prematura ou o peso de nascimento for menor que 2000g, a imunogenicidade da vacina é menor. Nessa situação, se a mãe for HBsAg +, aplicar a HBIG e a vacina, independentemente do peso e se o peso for <2000g, não considerar esta dose, devendo a criança receber, portanto, mais 3 doses.

Quando a sorologia da mãe for desconhecida, vacinar o RN nas primeiras 12 horas após o parto. Quando for possível colher a sorologia e se o resultado for positivo, aplicar a HBIG o mais cedo possível (nos primeiros 7 dias de vida). Se for negativo, a vacinação já realizada é suficiente. A segunda e a terceira doses da vacina contra a hepatite B são indicadas após um e seis meses da primeira.

3- Em relação ao vírus da hepatite C, até o momento, não se demonstrou sua transmissão através do leite materno, embora o vírus e os anticorpos já tenham sido detectados no leite. Nos casos de mães portadoras do vírus, a decisão de amamentar ou não deve ser baseada em discussão conjunta entre a mãe e o profissional de saúde. No entanto, a presença de fissuras e de sangramento nos seios de mães HCV positivas contra-indica a amamentação.

Tuberculose

A tuberculose pulmonar da mãe, desde que adequadamente tratada, não contra-indica a amamentação. Os cuidados com o bebê devem ser individualizados, conforme a situação específica.

1. Se a mãe é bacilífera, não tratada ou com tratamento iniciado há menos de 3 semanas do nascimento da criança:

- não suspender a amamentação;
- diminuir o contato íntimo entre mãe e filho;
- amamentar com máscara ou similar;
- lavar cuidadosamente as mãos;
- rastrear os comunicantes, principalmente domiciliares;
- iniciar quimioprofilaxia do RN com isoniazida, 10 mg/kg/dia, durante 3 meses e, ao final desse período, realizar o teste tuberculínico (PPD) no RN.

Se o teste for positivo, investigar a doença e se a doença for ativa, orientar o tratamento conforme Manual de Tuberculose (Orientações na UVIS do DS). Sem doença ativa, manter a quimioprofilaxia até o 6º mês. Se o teste do PPD for negativo (não reator), suspender a isoniazida e vacinar com BCG.

2. Se a mãe não é contagiante ou com tratamento iniciado há mais de 3 semanas do nascimento da criança, não suspender a amamentação e proceder a vacinação da criança com BCG.

Quando o diagnóstico de tuberculose for feito após o início da amamentação, o lactente será considerado potencialmente infectado devendo ser adequadamente investigado e tratado. Não suspender a amamentação.

SITUAÇÕES QUE CONTRA-INDICAM A AMAMENTAÇÃO:

- Doenças maternas graves com comprometimento do estado geral e nutricional;
- Neoplasias em tratamento com drogas citotóxicas;
- Doenças mentais como quadros psicóticos e depressivos ou deficiência mental grave.
- Varicela, quando o quadro clínico da mãe tiver início 5 dias antes ou 3 dias após o parto. O RN pode ser amamentado após receber a imunoglobulina específica contra varicela (VZIG).

Drogas e Aleitamento Materno

As drogas recebidas pela mãe podem ser transferidas ao filho através do leite. Há poucas situações que contraindicam a continuidade da amamentação por este motivo. Deve-se ponderar a necessidade do medicamento, o fato de que as quantidades que passam para o leite são mínimas. Orienta-se, portanto, a ingestão do medicamento logo após as mamadas para que, na mamada seguinte, a concentração da droga no leite já seja menor.

DROGAS QUE CONTRA-INDICAM A AMAMENTAÇÃO:

- Anti-neoplásicas
- Drogas de vício como álcool em grande quantidade, anfetamina, cocaína, heroína, maconha
- Drogas radioativas

Em relação a outras drogas, é importante monitorar o aparecimento de reações colaterais na criança e consultar bibliografia, em casos específicos.

ALIMENTAÇÃO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

O Processo do Desmame

O aleitamento materno exclusivo é suficiente para manter crescimento adequado, na maioria das crianças nascidas de termo, até os 6 meses de vida. A partir dessa idade, inicia-se o processo do desmame, período muito importante na vida do bebê, que se caracteriza pela retirada progressiva do leite materno e introdução de novos alimentos em sua dieta, chamados de alimentos complementares. Essa introdução deve ser individualizada e progressiva, respeitando a fase de desenvolvimento da criança, sem rigidez nas orientações. É importante conhecer quem é o responsável pelo cuidado da criança e o ambiente onde se realizam as refeições, para que a alimentação, além de suprir as necessidades nutricionais, seja também um momento tranquilo e agradável.

As condições de vida da família, seus conhecimentos e hábitos são também importantes para a elaboração de uma dieta. A equipe de saúde e o ACS, em especial, podem observar na visita domiciliar, se existe disponibilidade de alimentos, as condições de saneamento e de higiene no preparo e conservação dos alimentos e os riscos de contaminação, principalmente nas crianças que apresentam processos infecciosos gastrointestinais.

A introdução de cada novo alimento deve ser gradual, para testar a aceitação da criança, tolerância gastrointestinal e sensibilidade alérgica.

Considerando que a criança recebe leite materno exclusivo até os 6 meses de vida, a época de introdução de alimentos recomendada é a seguinte:

Esquema de Introdução de Alimentos

Criança em Aleitamento Materno Exclusivo

Idade	Tipo de Alimento
Até os 6 meses	Leite materno exclusivo
6 meses	Suco de frutas e papa de frutas Primeira sopa com hortaliças, cereais e leguminosas. A carne é colocada apenas durante o cozimento, sendo retirada depois. Gema de ovo cozida
7 meses	Segunda sopa com carne, hortaliças, cereais e leguminosas Sobremesa de frutas, doces caseiros, gelatina sem corante, sagú, geléias
10 meses	Clara de ovo cozida

O leite materno pode ser recomendado até os 2 anos de vida, desde que complementado, a partir dos 6 meses, para que a dieta possa suprir o aumento das necessidades calóricas, protéicas e de minerais, principalmente do ferro.

Existem diferentes maneiras de preparo da sopa, dependendo dos hábitos alimentares da família que sofrem influência cultural. O importante é que a sopa contenha carne (vaca, frango, miúdos), hortaliças, sendo uma de folha, cereais e leguminosas. A sopa não deve ser passada no liquidificador, devendo ser peneirada e oferecida com colher. A partir da erupção dos dentes é suficiente que seja amassada. Na segunda sopa já se recomenda a oferta da fibra da carne. A partir dos 8 meses de idade a carne de vaca, o frango, as vísceras ou o pescado podem ser moídos, desfiados ou picados.

Quanto aos sucos, não se deve ficar restrito ao suco de laranja, pois inúmeras frutas podem ser usadas, sendo recomendadas as da época, pela melhor qualidade e preço. A introdução deve ser feita com uma fruta de cada vez, para observar as reações alérgicas da criança.

A gema de ovo deve ser oferecida sempre cozida, para diminuir o risco de contaminação por salmonela. O cozimento facilita ainda a separação da clara, que é mais alergênica. A gema pode ser misturada em uma parte da sopa, ou oferecida pura.

Para a criança já desmamada nos primeiros 6 meses de vida, o esquema de introdução de novos alimentos difere do anterior pela necessidade de antecipar a introdução de determinados nutrientes como as vitaminas e os minerais, cujas necessidades não são supridas pelo leite de vaca.

Esquema de Introdução de Alimentos

Criança em Aleitamento Misto ou Artificial

Idade	Tipo de Alimento
Até os 6 meses	LV a 2/3 ou LV em pó a 9% (5% açúcar +3% farinha)
2 meses	Suco de frutas
3 meses	Papa de frutas
4 meses	Primeira sopa com hortaliças, cereais e leguminosas. A carne é colocada apenas durante o cozimento, sendo retirada depois. Gema de ovo cozida
6 meses	Segunda sopa com carne, hortaliças, cereais e leguminosas Sobremesa de frutas, doces caseiros, gelatina sem corante, sagú, geléias LV integral ou em pó a 13% (5% de açúcar)
10 meses	Clara de ovo cozida

Quando a criança já iniciou o processo de desmame no primeiro semestre de vida, por diversas circunstâncias como por exemplo em função do trabalho materno, por opção da mãe ou por ganho de peso insuficiente do bebê, geralmente o primeiro alimento complementar introduzido é o leite de vaca (LV). Este leite é rico em cálcio e proteínas, mas deve sofrer modificações no seu preparo, como a fervura e a diluição, para tornar-se adequado à capacidade digestiva da criança, menos alergênico e, além disso, apresentar menor teor de microorganismos patogênicos, de proteínas e de sais. A adição de hidratos de carbono, na proporção de 8%, sendo 5% de açúcar e 3% de farinha (milho, aveia, arroz, fubá), aumenta o teor calórico do leite e melhora seu aproveitamento protéico.

PRIMEIRO SEMESTRE DE VIDA:

LV "in natura" diluído a 2/3 ou em pó a 9% (2 colheres das de sopa rasas para 100ml de água)
No primeiro mês de vida utiliza-se o leite a 2/3, com adição apenas de açúcar a 5%.

EXEMPLOS DE PREPARO DA MAMADEIRA

- PARA PREPARAR 150 ML DE LEITE IN NATURA A 2/3

Ingredientes: 100 ml de leite

50 ml de água
 5 colheres das de chá rasadas de açúcar
 4 e meia colheres das de chá rasadas de farinha de milho

Modo de fazer: Misturar o leite, a água e o açúcar em uma panela e levar ao fogo para ferver. Colocar a farinha de milho (Maisena ou outro produto) com 50 ml de água fria num copo e misturar. Quando o leite começar a ferver, misturar aos poucos a água com a farinha de milho, mexendo bem e deixando ferver por 5 minutos, em fogo baixo. Os 50ml adicionais de água são fixos para qualquer quantidade de leite e servem para compensar a evaporação durante a fervura.

- PARA PREPARAR 150 ML DE LEITE EM PÓ A 9,0%

Ingredientes: 150 ml de água
 5 colheres das de chá rasadas de açúcar
 4 e meia colheres das de chá rasadas de farinha de milho
 2 e meia colheres das de sopa rasadas do leite em pó integral

Modo de fazer: Misturar a água e o açúcar em uma panela e levar ao fogo. Colocar a farinha de milho com 50 ml de água fria num copo e misturar. Quando a água com o açúcar começar a ferver, misturar aos poucos a água com a maisena, mexendo bem e deixando ferver por 5 minutos, em fogo baixo. Deixar amornar e juntar o leite em pó, mexendo bem. Os 50ml adicionais de água são fixos para qualquer quantidade de leite e servem para compensar a evaporação durante a fervura.

SEGUNDO SEMESTRE:

LV "in natura" (líquido), sem diluição, que equivale ao leite em pó integral a 13% (3 colheres das de sopa rasas para 100ml de água) com adição de açúcar a 5%.

Observações:

a) O açúcar e a farinha são adicionados para aumentar o aporte calórico do leite, principalmente quando o leite é oferecido diluído. Orienta-se uma quantidade pequena para que não se crie um hábito de consumo excessivo do açúcar. Com esse mesmo objetivo, existem recomendações de substituir a farinha pela gordura (óleo), entretanto, essa prática não faz parte da cultura alimentar de nossa população.

b) As farinhas pré-cozidas (tipo mucilon) podem ser adicionadas diretamente ao leite;

c) O leite em pó não deve ser fervido;

d) Em relação ao peso em gramas dos alimentos:

1 colher das de sopa rasada do leite em pó integral = 6,0g

1 colher das de sopa rasada do leite em pó instantâneo = 5,3g

1 colher das de chá rasada de açúcar=1,5g

1 colher das de chá rasada de farinha de milho=1,0g

1 colher das de chá rasada de farinha de aveia=1,0g

e) Como o leite materno tem alto teor de açúcar (lactose) e no preparo da mamadeira é adicionado o açúcar, recomenda-se higiene dos dentes após cada mamada, ou no mínimo à noite.

Outros leites infantis modificados industrialmente pela adição de hidratos de carbono, minerais, vitaminas, acidificação, alterações no teor de gorduras e de proteínas apresentam custo muito elevado. Esses leites não são indicados de rotina. O enriquecimento do leite com ferro é uma das alternativas propostas para diminuir a prevalência da anemia por carência de ferro, considerada atualmente o principal problema nutricional do lactente no município de São Paulo. O problema em relação a esses leites é o custo elevado, portanto de difícil acesso para a população. Se a mãe recebeu vitaminas e ferro durante a gestação e a criança não foi prematura, nem de baixo peso e recebe alimentação de sal adequada, não há necessidade de leite enriquecido com ferro.

Uso de Alimentos Industrializados

O uso rotineiro e indiscriminado de alimentos industrializados não é recomendado na alimentação infantil. Esses alimentos apresentam custo mais elevado em relação aos naturais, o que compromete o orçamento familiar. Geralmente os recipientes têm uma quantidade fixa, propiciando a ingestão obrigatória dessa quantidade, que pode ser insuficiente para uma determinada criança ou em excesso para outra. Em geral, contêm aditivos para melhorar aroma, sabor, textura e consistência e muitos podem ser nocivos à saúde, com efeitos alergizantes ou tóxicos. Os que contêm corantes não devem ser utilizados por crianças com antecedentes pessoais e/ou familiares de atopia. Outro cuidado com os alimentos industrializados relaciona-se à quantidade excessiva de sal, contida em caldos concentrados, em tabletes e temperos que contêm glutamato monossódico, aditivo responsável por intoxicação alimentar, principalmente em crianças. Alimentos com alto teor de gorduras saturadas e colesterol representam riscos para obesidade e doenças cardiovasculares.

Suplementos de Vitaminas e de Minerais

O recém-nascido normal, de termo, de mãe bem nutrida necessita receber suplemento de vitamina D na dose de 400 UI/dia, nos primeiros dois anos de vida, para prevenir o raquitismo carencial, porque a concentração de vitamina D presente no leite humano ou de vaca não é suficiente nessa fase de crescimento acelerado. Vale lembrar que a vitamina D é formada pela exposição da pele ao sol e, em um país tropical, não haveria necessidade de suplementação. No entanto, a poluição ambiental, o inverno, o hábito de agasalhar as crianças e, conseqüentemente a pequena exposição ao sol são fatores que contribuem para a carência de vitamina D. Ingestão excessiva de vitamina D, acima de 2000 UI/dia, deve ser evitada pelo risco de intoxicação. Os únicos alimentos-fonte de vitamina D são os óleos de peixe, pouco utilizados na dieta.

A maioria das crianças nasce com boa reserva de vitamina A e nos primeiros 4 a 6 meses de vida o leite materno supre as necessidades dessa vitamina. A partir daí, a oferta de novos alimentos na dieta, sejam os de origem vegetal que contêm pigmentos carotenóides (precursores da vitamina A), sejam os de origem animal que contêm a vitamina A pré-formada (retinóides), tornam sua suplementação desnecessária. A maioria dos medicamentos associa as vitaminas A e D e sua administração deve ser cuidadosa pelo risco de superdosagem. Com relação à vitamina A, não se deve ultrapassar 6000 UI/dia, como dose suplementar. São fontes ricas em vitamina A: fígado, leite, manteiga, queijos, ovos; e, em caroteno, as folhas verde-escuras, como couve, agrião, acelga, almeirão e hortaliças coloridas como a cenoura, abóbora, batata doce amarela ou roxa.

As necessidades de vitaminas hidrossolúveis como as do complexo B e a vitamina C são supridas por uma dieta balanceada contendo frutas cítricas, hortaliças, carnes, cereais, sendo raros os casos de deficiência em crianças.

Quanto ao ferro, recomenda-se que alimentos ricos nesse mineral sejam introduzidos na dieta da criança em aleitamento natural aos 6 meses de vida e, mais precocemente, ao redor dos 4 meses para aquelas em aleitamento artificial ou misto.

É importante estimular o aleitamento materno nos primeiros 6 meses de vida e o consumo de uma dieta adequada, com alimentos complementares que contenham ferro. As mães valorizam a oferta de leite e, na prática, muitas crianças continuam a receber uma dieta quase que exclusivamente láctea e como o leite é um alimento pobre em ferro, este é um fator determinante da anemia por carência de ferro. Por isso, recomenda-se que a dieta seja balanceada e contenha proteínas de origem animal, como as carnes, ricas em ferro tipo heme, de melhor biodisponibilidade, e proteínas de origem vegetal como as leguminosas, os cereais, as hortaliças de folha escura, que contêm ferro do tipo não heme, que pode ser melhor absorvido pela ingestão concomitante de facilitadores como o ácido ascórbico, presente nas frutas cítricas, e o próprio ferro heme. A gema de ovo contém ferro em sua composição, além de outros nutrientes como proteínas de alto valor biológico, gorduras, vitaminas lipossolúveis. No entanto, a absorção do ferro contido na gema do ovo também é baixa.

Recomenda-se a suplementação medicamentosa de ferro nos seguintes casos:

- Lactentes prematuros ou que tiveram peso de nascimento menor de 2500g, a partir do 2º mês de vida, na dose de 2 mg/kg/dia até os 6 meses de vida, diminuindo-se para 1 mg/kg/dia, dos 6 até os 24 meses;
- Lactentes e pré-escolares que recebem dietas inadequadas, 2 mg/kg/dia, enquanto o aporte não for suficiente.

Outra alternativa proposta é a da fortificação de alimentos como, por exemplo, enriquecimento de leites ou de cereais com ferro, para serem oferecidos em programas de suporte nutricional aos grupos de maior risco.

Interação Pais-Bebê

LÍGIA M. AZEVEDO*

Representações, fantasias, medos e desejos dos pais estão sempre presentes na interação pais/bebê e influenciam diretamente o bebê e os comportamentos do bebê, por sua vez, também influenciam diretamente os pais.

O processo do desenvolvimento é dinâmico e progride pela aquisição de novas capacidades motoras, sociais, afetivas e cognitivas que levam a mudanças qualitativas e à reorganização na interação do bebê com os pais, mais claramente estabelecida por volta dos 2 aos 3 meses de idade, dos 5 aos 6 meses e, aproximadamente, aos 18 meses. As novas aquisições e formas de interação proporcionam ao bebê outras possibilidades de comportamento e estratégias para lidar com as situações vivenciadas. Assim, cada forma de interação proporciona a base sobre a qual a forma subsequente de interação é construída.

Do nascimento aos dois meses e meio de vida as grandes tarefas interativas referem-se à regulação dos ciclos de alimentação, sono-vigília e atividade. É fundamental observar como ocorrem os intercâmbios sociais em torno dessas atividades - os sorrisos parentais, o jeito do cuidador de falar com o bebê, o colo e o aninhar-se do bebê. O manejo do choro é importante nesse início de vida, quando há maior fragilidade do bebê; qualquer situação pode romper ou desorganizar o processo de regulação do bebê, levando-o a chorar com frequência e tornando inevitável a interferência do adulto cuidador.

Durante a alimentação é importante a mãe ser responsiva e sensível às demandas da criança. Assim, pode-se observar se a mãe consegue alimentar o bebê com tranquilidade quando ele se mostrar avidamente faminto ou, quando a fome do bebê estiver parcialmente satisfeita, se ela é capaz de estimulá-lo apenas o suficiente para que comece a sugar novamente, sem sobressaltá-lo e ainda se é capaz de compreender os sinais de saciedade e responder adequadamente.

É importante também considerar como a mãe conduz a excitação e a atividade do bebê e se ela utiliza as iniciativas de interação propostas por ele.

Cabe ressaltar que todas essas experiências de vida da criança durante o processo do desenvolvimento (físico, motor, cognitivo, emocional, afetivo e da comunicação) são fundamentais para a formação de sua própria identidade.

Ao nascer, o bebê não apresenta ainda desenvolvimento mental suficiente para ter uma representação mental da imagem de si mesmo. O recém nascido necessita ser nutrido e reconhecido pelo olhar da mãe, do pai ou do cuidador. O olhar permite a construção da imagem corporal e da auto-estima. Assim, o olhar "coruja" dos pais, que olham o seu bebê como o mais bonito e capaz, desejando e reconhecendo nele todos os atributos que eles mais valorizam numa pessoa, é fundamental para que a criança se desenvolva e se sinta amada. Este olhar, no entanto, torna-se possível devido à auto-apreciação da mãe e do pai e, se esta estiver comprometida, rebaixada, provavelmente os pais não irão sentir que o produto por eles gerado possa apresentar tantas qualidades. Nestes casos, podemos auxiliar os pais, mostrando as competências que o bebê possui.

No entanto, quando a mãe não é capaz de ter sonhos e desejos em relação ao filho, valores positivos ou negativos, ela tende a impedir que a criança desenvolva uma representação materna, com sérios riscos de apresentar transtornos psíquicos. Por outro lado, estudos recentes verificaram que a criança dispõe de maior força para a interação do que se imaginava anteriormente, podendo intuir o estado emocional da mãe, pro-

* Texto elaborado a partir do cap. IV do livro "A constalação da maternidade" de Daniel N. Stern.

curando contato com ela, contato este necessário para sua sobrevivência e, muitas vezes, conseguindo alterar o estado emocional desta, para alcançar seu objetivo. Observou-se assim que diante de uma mãe deprimida, o bebê mostrou-se ativo na sua busca de interação e pôde por meio de várias tentativas provocar alterações nas reações ou comportamentos de sua mãe. Estes estudos levaram a novas descobertas sobre a vida psíquica do bebê, chegando a demonstrar a existência do psiquismo do feto, sendo ele influenciado pelo estado emocional da mãe durante a gestação.

Dos dois meses e meio aos cinco meses e meio de vida intensifica-se a interação face a face, com preferência pelo rosto, voz, toque e movimentos humanos. Há uma mútua regulação da interação social no que se refere à iniciação, manutenção, modulação, término ou evitação do envolvimento face a face. Observa-se um amadurecimento do controle do olhar, da vocalização e do sorriso responsivo.

Assim, uma mãe controladora pode regular excessivamente a interação face a face, iniciando quase sempre os diálogos, não respeitando se o bebê desvia o olhar para encerrar um contato de olhar mútuo, perseguindo-o para restabelecer o contato.

Dos 5 meses e meio aos 9 meses de vida, a criança já adquiriu uma coordenação adequada mão-olho e mão-mão levando-a a ter uma maior curiosidade pelo mundo inanimado e possibilitando a inclusão de objetos nas brincadeiras com seus pais. É importante observar como a mãe e o bebê conduzem a direção, o foco, a estimulação e o desligamento em relação às brincadeiras. Assim, retomando o exemplo de uma mãe intrusiva, nesta fase ela pode planejar e controlar excessivamente o brincar da criança com um objeto, trocando de brinquedo quando a criança está envolvida, ou voltando a oferecer aquele brinquedo pelo qual a criança já perdeu o interesse; ou a mãe pode ainda não participar o suficiente para incentivar as iniciativas do bebê.

Nessa fase o bebê começa a perceber que a mãe é uma pessoa separada e independente dele e da qual ele depende. Este aspecto traz modificações na qualidade da interação, na medida em que o comportamento do bebê não está mais voltado apenas para preservar a si mesmo como na fase anterior, mas apresenta os primeiros movimentos que poderão evoluir para uma relação de troca, de dar e receber e uma preocupação com o outro.

Por volta dos 8 - 12 meses, o bebê manifesta os comportamentos de apego e separação em relação à cuidadora primária e esse processo é acelerado pela capacidade do bebê de afastar-se e de voltar, engatinhando e depois caminhando.

Começa a se delinear um espaço psíquico no qual podem ocorrer trocas entre o mundo do bebê e de seu cuidador, na medida em que aquele começa a perceber que sua mãe tem intenções e interesses próprios que podem ser semelhantes ou diferentes dos seus.

Retomando o exemplo da mãe controladora, se o bebê estiver moderadamente entusiasmado com algo que aconteceu, a mãe pode considerar que o evento deveria ser visto como muito mais excitante e aumentar a sintonia para mostrar o nível de entusiasmo desejado, não sendo sensível às indicações do bebê, do que ele gostaria de compartilhar.

Dos 12 - 24 meses de vida, há um maior desenvolvimento da linguagem e observa-se uma tríade entre o bebê, a mãe (ou o pai) e a palavra com seu significado, possibilitando maior riqueza na interação. Nessa fase, a criança amplia a exploração do ambiente devido à sua crescente capacidade física. Ela "borboleteia" de uma situação para outra, com pequena capacidade de concentração e atenção. A agilidade física adquirida é extremamente prazerosa e provoca grande sentimento de poder, não sendo acompanhada pela capacidade em reconhecer e considerar sinais de perigo e risco. Cabe ao adulto a necessidade de estabelecer limites, com firmeza e empatia, sem bloquear as expressões criativas. É importante que a criança possa expressar sua desorganização diante de frustrações e de atitudes de oposição às interdições, características próprias desta fase, assim como seus movimentos e desejos de autonomia e independência progressivas. Há necessidade de protegê-la com firmeza dos excessos, auxiliando-a concomitantemente a uma adaptação criativa à realidade. A forma como os limites são introduzidos é reveladora do modo de funcionamento da interação pais-bebê.

Avaliação do Estado Nutricional

ANA MARIA BARA BRESOLIN

A avaliação do estado nutricional faz parte de toda consulta pediátrica uma vez que é um indicador do estado de saúde e nutrição da criança. Nesta avaliação classifica-se a criança como **eutrófica**, quando não apresenta comprometimento do estado nutricional ou **distrófica**, quando existem problemas nutricionais, seja pela carência de determinados nutrientes, como na desnutrição energético-proteica (DEP), anemia por carência de ferro, hipovitaminose D (raquitismo carencial) ou por excesso de calorias, como na obesidade. Na prática, o diagnóstico do estado nutricional deve ser feito em todas as consultas programadas médicas ou de enfermagem. Além disso, as crianças podem ser pesadas e medidas quando atendidas em grupos.

Na anamnese é importante caracterizar as condições neonatais da criança, o peso e a altura de nascimento, os dados antropométricos anteriores, a morbidade pregressa e atual, as inadequações alimentares e a história familiar. No exame físico, avaliam-se as medidas de peso, altura e perímetro cefálico atuais e a presença de sinais de comprometimento do estado nutricional como atividade diminuída, pele flácida, musculatura hipotrófica e hipotônica, cabelos finos e sem brilho, unhas quebradiças, anemia, glossite e queilose.

Avaliação Antropométrica

A avaliação antropométrica da criança é fundamental para classificar o estado nutricional. As medidas mais comumente utilizadas são: peso (P), altura (A) e perímetro cefálico (PC).

O peso é uma medida de fácil obtenção, devendo ser verificado com a criança sem roupa. Avalia o tecido muscular, ósseo, adiposo e a água corporal, sendo muito sensível aos agravos nutricionais agudos. A altura deve ser verificada com a criança descalça, sendo um ótimo indicador do crescimento linear (ósseo) e se altera nos agravos nutricionais crônicos. O perímetro cefálico apresenta relação direta com o crescimento do encéfalo, sendo pouco afetado pelos agravos à criança, mas constituindo um bom indicativo de problemas que alteram o desenvolvimento do cérebro. O acompanhamento do perímetro craniano é recomendado, prioritariamente, nas crianças de 0 a 24 meses de idade.

Essas medidas devem ser feitas com precisão e registradas no gráfico de acompanhamento da criança, instrumento que permite comparar os valores das medidas de cada criança com uma curva-padrão. No Brasil, até o presente, o Ministério da Saúde recomenda as curvas de peso e altura, por idade e sexo, para a população de referência do National Center of Health Statistics (NCHS), 1977-1978, adotadas como referência internacional pela OMS. Essas curvas serão também utilizadas no município de São Paulo. Além disso, as medidas podem ser combinadas para construir os índices antropométricos e os indicadores, definindo-se os níveis de corte que permitem situar a criança dentro de uma faixa aceita como normal, de acordo com a referência de crescimento utilizada. Os índices recomendados pela OMS para avaliar o estado de nutrição da criança são peso/idade (P/I), altura/idade (A/I) e peso/altura (P/A).

Classificação do Estado Nutricional

1) Avaliação antropométrica longitudinal

A melhor forma de avaliar a condição nutricional da criança é pelo acompanhamento evolutivo longitudinal das medidas antropométricas. Esta avaliação requer uma estrutura organizada do sistema de saúde, o agendamento de consultas programadas, a capacitação dos profissionais para o registro adequado das medidas no gráfico pondero-estatural, o que possibilita a vigilância do processo de crescimento e da nutrição.

Medidas de peso e altura que se encontram entre os percentis 25 e 75 provavelmente refletem um crescimento normal. Crianças que apresentam peso e/ou altura entre os percentis 3 e 5 devem ser consideradas de risco para a desnutrição, mas quando a medida acompanhar determinado canal de crescimento, ou seja, seguir o mesmo percentil, considera-se que o crescimento é harmônico, com velocidade adequada e não deve haver problemas nutricionais. Nesta situação é fundamental analisar todos os determinantes do processo já descritos acima, principalmente a altura dos pais e irmãos, bem como analisar comparativamente as medidas antropométricas atuais e progressas da criança (A criança sempre foi pequena? Ocorreram mudanças no canal de crescimento?)

As medidas do PC e da altura são mais estáveis e só se alteram após longos períodos de carência. No entanto, a perda de peso é o sinal clínico mais precoce da desnutrição e pode ser observada no seguimento da criança, pela curva Peso/Idade estacionária ou descendente.

Um índice útil para identificar uma criança com desnutrição aguda é o índice esperado de peso para a altura (P/A). Para calculá-lo, anota-se inicialmente a medida da altura da criança no gráfico, verifica-se o percentil que corresponde a essa medida e qual é o peso que corresponde a este percentil (peso ideal). O índice é calculado com os valores do peso observado (real) e do peso ideal, segundo a fórmula:

$$\text{Peso ideal para a altura \%} = \frac{\text{Peso real}}{\text{Peso ideal no percentil da altura}} \times 100$$

Este método classifica o estado nutricional como sobrepeso (superior a 110%); normal (90 a 110%), desnutrido leve (85 a 90%), desnutrido moderado (75 a 85%) e desnutrido grave (inferior a 75%). Prefere-se esse método em vez daquele que estima o peso ideal para a altura no percentil 50. Quando se usa o percentil 50, subestima-se a gravidade da desnutrição quando a altura da criança está acima do percentil 50, enquanto sobrestima-se o grau da desnutrição quando a altura está abaixo do percentil 50.

2) Avaliação antropométrica transversal

2.1) O método de avaliação nutricional mais utilizada na prática ainda é o de Gomez que classifica a criança como desnutrida ou não, na dependência da adequação do seu peso em relação à média teoricamente esperada (percentil 50) para sua idade e sexo. A criança é considerada como normal quando o peso para a idade situa-se até 10% do padrão esperado; desnutrida leve ou de primeiro grau, quando existe um déficit de peso para a idade de 10 a 25%; desnutrida moderada ou de segundo grau, entre 25 e 40% e grave ou de terceiro grau, quando o déficit é de 40% ou mais em relação ao padrão. Esta classificação não consegue diferenciar a desnutrição aguda da crônica, por não levar em conta a altura da criança. Assim, crianças com peso para a idade entre os percentis 3 e 20 do padrão NCHS são classificadas como desnutridas de primeiro grau, embora possam ser normais, quando a altura estiver nesses mesmos percentis. No entanto, o método de Gomez é muito útil na avaliação de crianças menores de 2 anos de idade, pois, em comparação com os outros métodos transversais é o que apresenta melhores valores preditivos positivo e negativo, ou seja tem menor probabilidade de erros.

2.2) A classificação do estado nutricional, recomendada pela OMS, considera como desnutridas ou em risco de desnutrição todas as crianças que apresentam déficits de altura ou da relação peso/altura, ou mais especificamente, toda criança cuja altura está dois desvios-padrão (DP) aquém da altura mediana esperada

para a idade e sexo ou cujo peso está dois desvios-padrão abaixo do peso mediano esperado para a altura e sexo. O padrão de referência adotado é o NCHS. Portanto, o nível de corte definido para identificar os déficits de altura e de peso/altura é de dois desvios-padrão abaixo da mediana do índice antropométrico da população de referência.

A correspondência da medida em DP em relação ao percentil é que +1,28 DP da mediana corresponde ao percentil 90 e -1,28 DP da mediana corresponde ao percentil 10. A criança cujas medidas de peso e altura estão localizadas acima do percentil 90 ou abaixo do percentil 10, fica na faixa de vigilância, devendo ser acompanhada com mais cuidado.

EM RESUMO:

Na prática, a avaliação do estado nutricional da criança deve considerar:

a) a situação das medidas de peso e altura da criança, em relação à idade, comparadas aos percentis da curva-padrão (NCHS). No diagnóstico nutricional transversal, definem-se as seguintes categorias para o peso:

- **sobrepeso** – peso no percentil maior ou igual a 97 - $p \geq 97$
- **adequado** - peso entre os percentis 10 (inclusive) e 97 - p entre 10 e 97
- **risco nutricional** – peso entre os percentis 10 e 3 (inclusive) - p entre 10 e 3
- **desnutrição** - peso menor que o percentil 3 - $p < 3$

b) A tendência das medidas de peso e altura - Canal de Crescimento –

A avaliação longitudinal reflete a história da criança desde o nascimento até a avaliação atual. Considera-se a marcação de vários pontos na curva (pelo menos 3) e avalia-se o traçado como:

- **ascendente** - satisfatório
- **horizontal** – sinal de alerta
- **descendente** – sinal de perigo

Avaliação do Crescimento

ANA CECÍLIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA
BETTINA D. FIGUEIRA

1. Crescimento da Criança de Baixo Risco

Um dos indicadores mais importantes na avaliação da saúde da criança é o desenvolvimento pondero-estatural. O processo de crescimento, embora apresente variações individuais decorrentes de um conjunto de fatores, tem uma trajetória que pode ser estimada. Nos primeiros anos de vida e na adolescência observa-se intenso crescimento, enquanto que na idade pré-escolar e escolar esse processo ocorre de forma mais lenta.

Existem padrões, curvas de crescimento, que permitem orientar a avaliação do crescimento de uma dada criança. Na SMS será utilizada como referência a Curva de Peso e Altura para a Idade e de Perímetro Cefálico para Idade do NCHS, 1977.

Medidas de altura situadas abaixo do percentil 3 do padrão NCHS são consideradas como baixa estatura que, no entanto, não expressam necessariamente um significado patológico, podendo ser o canal normal de crescimento da criança, geralmente de caráter familiar (Vide texto Baixa Estatura). Acima do percentil 3 a estatura da criança é considerada normal. Para a altura, mais importante do que uma faixa de percentil de vigilância, é o seguimento longitudinal para observar o canal normal de crescimento daquela criança.

CRESCIMENTO ESPERADO AO ANO:

1º ANO DE VIDA _____	25 cm
	15 cm no 1º SEMESTRE
	10 cm no 2º SEMESTRE
2º ANO DE VIDA _____	10 a 12 cm
3º E 4º ANO DE VIDA _____	7 cm
ATÉ O INÍCIO DA PUBERDADE _____	4 a 6 cm

É freqüente observar-se que, próximo ao início da puberdade, algumas crianças apresentam uma parada transitória no crescimento, para logo após iniciar o estirão próprio da puberdade.

EVOLUÇÃO DO PESO:

PERDA DE 10% DO PESO DE NASCIMENTO ATÉ O 10º DIA DE VIDA
GANHO DE 20 A 30 GRAMAS POR DIA DURANTE OS 3 PRIMEIROS MESES DE VIDA
TRIPLICA O PESO DE NASCIMENTO ATÉ O 12º MÊS DE VIDA

Os recém-nascidos pequenos para a idade gestacional (PIG), sem outras doenças associadas, costumam atingir os percentis de crescimento normal, da curva adotada como padrão, até o final do primeiro ano de vida. Já os pré-termos (PT) atingem os percentis de peso até os 24 meses e os de altura até os 36 meses.

EVOLUÇÃO DO PERÍMETRO CEFÁLICO:

NOS PRIMEIROS 3 MESES DE VIDA _____	2,0 cm/mês
DO 4º AO 6º MÊS DE VIDA _____	1,0 cm/mês
DO 6º AO 12º MÊS _____	0,5 cm/mês
NO 2º ANO DE VIDA _____	0,3 cm/mês

A relação do segmento superior/inferior é de:
aproximadamente 1,7 ao nascer
1,5 aos 12 meses
Decresce até a adolescência, quando se torna próximo de 1

Medida do segmento inferior – da sínfise púbica até a planta dos pés
Medida do segmento superior – altura menos o segmento inferior

2. Crescimento do recém-nascido de alto risco**Grupo especial de RN de risco**

Entre os RN de alto risco existe um grupo especial, que são os prematuros com idade gestacional menor ou igual a 33 semanas e peso de nascimento menor ou igual a 1500 g. Essas crianças são mais suscetíveis a desenvolver deficiências nutricionais que afetam negativamente o seu crescimento e desenvolvimento pós-natal. Os fatores que comprometem esse processo são a imaturidade metabólica de vários órgãos e sistemas, a presença de doenças comuns neste período como infecções, desconforto respiratório, agravos cirúrgicos e outros que levam à perda de nutrientes. A grande velocidade de crescimento, característica dessa fase da vida, contribui para colocar os RN em maior risco de distúrbios da nutrição.

COMO REALIZAR O ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO

A avaliação do crescimento do RN de alto risco engloba os seguintes aspectos:

1. Conhecimento da história clínica pregressa.
2. Medidas seriadas de peso, comprimento e perímetro cefálico em todos os atendimentos.
3. Registro dos valores encontrados nas curvas padronizadas de crescimento de crianças normais e interpretação dos resultados.

COMO UTILIZAR AS CURVAS DE CRESCIMENTO

É necessário fazer a correção da idade pós-natal do RN prematuro, antes de colocar suas medidas no gráfico.

Idade corrigida- é a idade pós-natal menos o número de semanas que faltaram para o nascimento a termo, considerando-se a **idade de 40 semanas como padrão para o termo**.

ATÉ QUANDO UTILIZAR A IDADE CORRIGIDA:

Perímetro cefálico : até os 18 meses
Peso: até os 24 meses
Altura: até os 3 anos e 6 meses

SINAIS DE ALERTA:

- Ganho ponderal insuficiente ou perda de peso maior que 10%, após a alta hospitalar.
- Ausência de alcance do percentil 3 para peso e altura ao final do 1º ano de vida.
- Mudança importante de percentil na evolução do perímetro cefálico
- Aumento do PC > 1,5 cm/semana.

SINAIS DE BOM PROGNÓSTICO

- Aumento do peso, PC e comprimento, nos primeiros 6 meses após a alta hospitalar.
- Presença de alcance do percentil 3 para peso e altura nos RNPIG (RN Pequeno para a Idade Gestacional) no 1º ano de vida.
- Presença de episódios intermitentes de crescimento acelerado em RN prematuro, até o 3º ano de vida.
- Presença de alcance do percentil 3 de crescimento do PC, com 6 semanas de idade corrigida.
- Medida do PC adequada aos 8 meses de idade corrigida.

Avaliação do Desenvolvimento

ANA CECÍLIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA

Propõe-se aqui que a avaliação do desenvolvimento seja ampla, não se restringindo às etapas do desenvolvimento neurológico, mas valorizando, principalmente, as atividades que a criança já realiza. Nessa perspectiva, a avaliação ocorre durante o desenrolar da consulta. Desde o momento em que a criança entra no consultório, o profissional já pode observar vários aspectos que informam sobre a relação das crianças com o pai e/ou a mãe, o processo de desenvolvimento e possíveis comprometimentos neurológicos ou musculares, que podem afetar esse processo. No primeiro mês de vida, já é possível observar aspectos da relação mãe-bebê, no modo como ela segura e olha para a criança. Aos 3 meses, o jeito como a mãe traz a criança pode informar se ela já sustenta a cabeça ou consegue ficar sentada com o apoio do colo da mãe. Com 9 meses, o bebê ao entrar no consultório pode expressar a reação de estranhamento típica dessa idade. A partir dos 9 meses até os dois anos, pode-se observar se a criança já anda ou vem no colo dos pais e com que firmeza anda.

No primeiro mês, na avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) devem constar a observação da reação da criança aos estímulos sonoros (reflexo cocleopalpebral) e luminosos (reflexo fotomotor - contração da pupila ao foco luminoso), a observação do choro e da amamentação, a medida do perímetro cefálico, a pesquisa dos reflexos transitórios. No primeiro mês de vida, a atitude de semiflexão generalizada dos membros, com as mãos geralmente fechadas, é indicação do tônus muscular do bebê. Aos 3-4 meses, a postura do bebê é simétrica e os membros costumam estar preferencialmente estendidos, com as mãos abrindo e fechando espontaneamente. No segundo mês o sorriso social é um importante sinal de que a criança começa a interagir e construir sua identidade. É a partir da relação adulto/criança, das trocas afetivas que se estabelecem, que a subjetividade vai se formando

Aos 3 meses toda criança deve apresentar sorriso social. A avaliação da acuidade auditiva pode ser feita pela resposta da criança a diferentes tipos de sons. A partir do 2º ou 3º mês a criança apresenta balbúcio ou lalação. A visão deve ser avaliada observando se a criança já consegue fixar o olhar e seguir objetos colocados à sua frente. A identificação de algumas habilidades já adquiridas pela criança é um dado importante na avaliação do DNPM nas várias idades.

Ao final do 4º mês de vida espera-se que todas as crianças nascidas de termo estejam conseguindo firmar a cabeça de modo completo no colo da mãe. Para avaliar se a criança sustenta a cabeça, uma das manobras é colocá-la em decúbito dorsal e, segurando-a pelos braços, procurar levantá-la. A criança deve vir para a posição sentada trazendo a cabeça. Nessa idade ela necessita do apoio tóraco-lombar para permanecer sentada, firmando bem a cabeça e os ombros. Quando colocada em pé, a criança suporta o peso nos membros inferiores, ainda que momentaneamente. Essa aquisição pode ocorrer entre os 3 e 7 meses de vida. No segundo ou terceiro mês, a criança traz as mãos para a linha média e fica brincando com elas. Aos 3 meses, o bebê é capaz de segurar um objeto colocado em uma das mãos, embora tenha habilidade limitada para pegá-lo ou soltá-lo voluntariamente. Os reflexos transitórios estão diminuídos ou mesmo ausentes.

No segundo semestre de vida a criança já não responde mais com um sorriso a qualquer adulto. Ela passa a distinguir o familiar do estranho, num período que vai dos 6 aos 12 meses de idade. Diante de

um adulto, a criança pode apresentar uma grande variedade de comportamentos, desde abaixar os olhos ou esconder o rosto, até chorar e gritar, atitudes que expressam o medo do estranho e a recusa em entrar em contato com ele. Essas reações fazem parte do desenvolvimento afetivo normal do bebê.

Oferecendo-se uma espátula à criança, observa-se que, após um período de hesitação, o bebê pode apanhá-la com a mão toda ou com a mão em pinça, o que é significativo em relação ao desenvolvimento motor. Depois a criança leva a espátula à boca e a sua coordenação motora é observada em relação a se acerta a boca, presença ou ausência de tremores e de hipertonia ou hipotonia. Em seguida, o bebê começa a brincar com a espátula, batendo-a na mesa ou jogando-a no chão. Este momento é adequado para observação de atitudes posturais, coordenação e competências motoras, além de ser importante para avaliar o grau de atenção e visão.

Dos seis aos nove meses, os bebês iniciam o processo de associar consoantes com vogais; dizem, por exemplo, ma-ma, sem necessariamente significar mamãe ou mamar. Já dos 9 aos 13 meses de vida, a criança pode falar palavras como "papa" ou "mama", referindo-se ao pai ou a mãe, respectivamente. A partir dos 9 meses de idade, o bebê pode voltar-se ao ouvir o próprio nome, responder a solicitações do tipo acenar ou bater palmas e repetir sons falados pelos pais.

A visão pode ser avaliada pelo interesse demonstrado pela criança em relação aos objetos disponíveis no consultório.

Em relação ao desenvolvimento motor, ao final de nove meses, a criança nascida de termo já deve ficar sentada sem apoio, com a cabeça e o tronco eretos. A capacidade de passar da posição deitada para a sentada sozinha pode se estabelecer dos 6 aos 11 meses. Colocando-se o bebê em posição de engatinhar ele procura deslocar-se até objetos nos quais esteja interessado ou até algum local de apoio, em que possa iniciar os movimentos para se colocar em pé e tentar trocar alguns passos.

Quanto ao desenvolvimento motor fino, a criança de 9 a 12 meses já pode apontar com o dedo indicador e desenvolve a preensão em pinça, pegando pequenos objetos com o indicador e o polegar. Já é capaz de usar ambas as mãos concomitantemente e passar um objeto de uma mão para a outra. Em relação aos reflexos primitivos, apenas o reflexo de preensão plantar pode estar presente nesta idade.

Dos 12 aos 14 meses, a maioria das crianças já está ensaiando os primeiros passos sozinha e aos 18 meses as crianças nascidas de termo já devem estar andando sozinhas. Por volta de 12 meses, consegue segurar o copo sozinha, tentando beber ou pegar a colher para tentar levar comida à boca. Aos 15 meses, pode subir degraus com apoio e no final do segundo ano está andando livremente. O reflexo cutâneo-plantar apresenta resposta normal em extensão até os 18 meses. Entre 18 meses e 3 anos a criança tem condições de adquirir o controle esfinteriano vesical e anal.

Quanto à linguagem, por volta de 18 meses, a criança organiza frases com 2 palavras ou utiliza palavras-frase. Quando houver suspeita dos familiares ou dos profissionais de saúde em relação à acuidade auditiva da criança, a avaliação deverá ser complementada por especialistas.

Durante o exame físico habitual, é possível analisar a atitude da criança em relação ao profissional de saúde e a interação mãe-criança.

Esta é uma abordagem semiológica básica da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor durante a consulta de rotina. Quando houver suspeita de comprometimento do sistema nervoso, há necessidade da realização de exame neurológico mais detalhado, com manobras específicas.

Alguns marcos do desenvolvimento

A seguir, apresentam-se alguns marcos que caracterizam o desenvolvimento da criança. Não existe um padrão rígido de referência para o desenvolvimento da criança. O setor motor apresenta uma regularidade maior, embora não haja universalidade. O que se apresenta aqui são alguns passos do desenvolvimento ressaltando o setor motor pela sua regularidade.

Quando estiverem ausentes alguns dos marcos e principalmente, aqueles em negrito, cuja ausência constitui um sinal de alerta, o profissional de saúde deve aprofundar a avaliação da criança, solicitando a participação do Agente Comunitário de Saúde que poderá observar a criança no seu próprio ambiente. Além disso, são feitas orientações que ajudem a interação da criança com outras crianças e adultos visando melhorar o seu desenvolvimento.

Marcos do desenvolvimento de crianças nascidas de termo.*

As orientações que podem ser dadas para a família situam-se na área da estimulação essencial que corresponde à estimulação advinda das interações que ocorrem no cotidiano da relação mãe-filho. O olhar do ACS e dos profissionais de saúde deve ser exatamente para observar como os pais se relacionam com a criança, se a relação é de afeto e carinho, se costumam brincar e conversar com a criança e finalmente, criar situações que favoreçam os ganhos motores.

1º Mês

	Sim	Não
Fixa o olhar no rosto da mãe ou cuidador		
Reage ao som		
Suga com força e de forma ritmada; faz pausas		
Postura em flexão dos membros		
Mantém mãos fechadas (preensão palmar)		
Produz sons guturais		

2º ao 3º Mês

	Sim	Não
Sorriso social		
Balbuício		
Segue objetos até 180º		
Sustenta a cabeça quando em pé no colo		

4º Mês

	Sim	Não
Sustenta a cabeça		
Busca fonte sonora		
Brinca com as mãos na linha média		
Tenta pegar objetos suspensos		
Interage com a mãe com um diálogo próprio		

*Para prematuros usar a idade corrigida

6º Mês

	Sim	Não
Emitte sons vocálicos		
Senta-se com apoio		
Segura objetos		
Procura objeto removido de sua mão		
Localiza o som lateral para ambos os lados		
Percebe e explora objetos com a boca		
De bruços levanta a cabeça e olha a sua volta		

9º Mês

	Sim	Não
Senta-se sem apoio		
Emita-se sons silábicos		
Desloca-se arrastando ou engatinhando		
Tem ou já teve reação de esquiva frente a estranhos		
Localiza sons acima e abaixo do nível do ouvido		
Entende palavras e ordens simples		

12º Mês

	Sim	Não
Pega objetos pequenos usando dois dedos (polegar/indicador)		
Permanece em pé, apoiando-se		
Anda com apoio seguro pelas mãos		
Reage a ordens: "tchau", "não", "vem"		
Imita movimentos com o corpo ; aponta o que quer		
Brinca de esconder e achar; tirar e por		
Pega pequenos objetos com a ponta dos dedos em pinça		

18º Mês

	Sim	Não
Anda sozinho sem apoio		
Começa a tirar peças de roupa(meia, sapato) e ajuda a vestir-se		
Mastiga alimentos sólidos		
Fala algumas palavras e compreende ordens simples		
Explora ativamente o ambiente		

Imunização

ANA MARIA BARA BRESOLIN

No Brasil, o Ministério da Saúde instituiu o Programa Nacional de Imunizações- PNI- para controle de doenças transmissíveis como a tuberculose, hepatite B, difteria, coqueluche, tétano, poliomielite, sarampo, caxumba, rubéola e, em algumas regiões, a febre amarela. As orientações do PNI devem ser conhecidas pelos profissionais que trabalham nas instituições de saúde, públicas e privadas e pela população em geral, para que se possa alcançar os objetivos de prevenir as doenças infecciosas e de diminuir a morbimortalidade determinada por esses agravos.

As normas técnicas do Programa de Imunização baseiam-se no comportamento epidemiológico das doenças, nos conhecimentos técnico-científicos e nas informações a respeito da experiência acumulada pelos serviços de saúde. As atividades de imunização são coordenadas pela Secretaria de Estado da Saúde, pelo CVE (Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac") e pela Secretaria Municipal de Saúde, pelo CCD (Centro de Controle de Doenças), com a participação da FESIMA (Fomento de Educação Sanitária e Imunização em Massa contra Doenças Transmissíveis). A execução cabe às Direções Regionais de Saúde -DIRs, Prefeituras Municipais e serviços credenciados. Laboratórios de referência e instituições produtoras de imunizantes também integram o sistema.

Na prevenção das doenças infecciosas as vacinas proporcionam amplos benefícios e por isso é fundamental que a avaliação da situação da imunização da criança seja feita em todos os atendimentos, na UBS e nas VDs (visitas domiciliares) realizadas pelos ACS.

A estratégia proposta é que a CADERNETA DE VACINA seja solicitada e seus dados registrados no prontuário da criança em todas as consultas.

A prática de vacinação envolve aspectos científicos e técnico-operacionais que dizem respeito aos agentes imunizantes e à pessoa a ser imunizada. A equipe de saúde deve conhecer todos estes aspectos, para assumir decisões em diferentes situações, através da consulta às Normas Técnicas ou da discussão dos casos que suscitarem dúvidas no atendimento.

Todo o material bibliográfico sobre o Programa de Imunização deve estar disponível para consulta nas Coordenadorias de Saúde - Unidades de Vigilância à Saúde (UVIS) e nas Unidades Básicas de Saúde.

O Calendário de Vacinação de rotina proposto para o Estado de São Paulo, na Norma do Programa de Imunização para 2003 é o seguinte:

Calendário de Vacinação, Estado de São Paulo - 2003

IDADE	VACINAS
A partir do Nascimento	BCG e HEPATITE B*
2 meses	TETRAVALENTE (DPT+Hib), POLIOMIELITE, HEPATITE B*
4 meses	TETRAVALENTE (DPT+Hib), POLIOMIELITE
6 meses	TETRAVALENTE (DPT+Hib), POLIOMIELITE, HEPATITE B
9 meses	FEBRE AMARELA**
12 meses	SARAMPO-CAXUMBA-RUBÉOLA (SCR)
15 meses	DPT, POLIOMIELITE
5 ou 6 ANOS	DPT, POLIOMIELITE
15 ANOS***	dT

*O intervalo mínimo entre a 1ª e a 2ª doses da vacina contra a hepatite B é de 30 dias. O intervalo entre a segunda e terceira dose é de dois meses, desde que o intervalo de tempo decorrido da primeira dose seja, no mínimo, de quatro meses, e a criança já tenha completado 6 meses de idade.

** Nas regiões onde houver indicação, de acordo com a situação epidemiológica (Regiões Norte, Centro-Oeste e Pré-Amazônia Maranhense). Reforço a cada 10 anos.

*** Reforço a cada 10 anos por toda a vida. Em caso de gravidez e na profilaxia do tétano, após alguns tipos de ferimentos, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos.

BCG: vacina contra tuberculose

DPT: vacina tríplice contra difteria, coqueluche e tétano.

dT: vacina dupla, tipo adulto, contra difteria e tétano.

Hib : vacina contra hemófilos tipo b.

Recomendações Importantes:

1. A avaliação da caderneta de vacinação é procedimento obrigatório em todos os atendimentos da criança;
2. Os profissionais da equipe de saúde devem conhecer as indicações, os efeitos colaterais, as contra-indicações gerais, as situações em que se recomenda o adiamento da vacinação e as falsas contra-indicações para que sua conduta seja adequada e possam ser mantidos altos níveis de cobertura vacinal, evitando-se as perdas de oportunidade de vacinar as crianças;
3. Os recém-nascidos de baixo peso, os prematuros e os desnutridos apresentam algum grau de comprometimento da imunidade celular, mas boa resposta à produção de anticorpos e sua vacinação deve ser feita de acordo com a idade cronológica, no mesmo esquema recomendado para as crianças normais. Faz exceção a vacina contra a hepatite B, cujos títulos de anticorpos são mais baixos quando a criança é vacinada antes de atingir 2 kg de peso. Portanto, se a mãe for negativa para o antígeno HBs, a vacinação é indicada após a criança atingir os 2 kg
4. A vacina BCG pode ser feita a partir do nascimento, mas recomenda-se adiar a vacinação em crianças com peso inferior a 2000 gramas.
5. A vacina contra a hepatite B deve ser administrada, preferencialmente, nas primeiras 24 horas de vida ou antes da alta da maternidade e com 1 e 6 meses de idade. Pode também ser feita em qualquer idade num total de 3 doses, com intervalo de um mês entre a 1ª e a 2ª dose e de 6 meses entre a 1ª e a 3ª dose.

6. As vacinas contra varicela e hepatite A não estão recomendadas no esquema básico, mas estão disponíveis para as indicações especiais nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais dos Estados.
7. Respeitar intervalo mínimo de 15 dias na administração de vacinas virais atenuadas (vacina contra febre amarela, sarampo e tríplice viral), quando não forem administradas simultaneamente, pois poderá haver interferência na resposta imunológica. Esta situação não se aplica à vacina contra a poliomielite.
8. Não há necessidade de recomeçar esquemas vacinais, caso o paciente não retorne na data agendada, pois todas as vacinas recomendadas no esquema são produtos que estimulam células de memória. Assim, não há intervalos máximos entre as doses, mas recomenda-se que o esquema vacinal seja completado nas idades indicadas.

**ESQUEMA DE VACINAÇÃO PARA PESSOAS COM 7 ANOS OU MAIS DE IDADE
(sem comprovação de vacinação anterior)*, 2000**

INTERVALO ENTRE AS DOSES	VACINA	ESQUEMA
Primeira visita	BCG** Sarampo-caxumba-rubéola** dT- Dupla tipo adulto Poliomielite oral** Hepatite B	Dose única Dose única Primeira dose Primeira dose Primeira dose
Após 1 mês	Hepatite B	Segunda dose
Após 2 meses	dT- Dupla tipo adulto Poliomielite oral** Febre amarela***	Segunda dose Segunda dose Dose inicial
6 meses após a 1ª visita	Hepatite B	Terceira dose
8 meses após a 1ª visita	dT- Dupla tipo adulto Poliomielite oral**	Terceira dose Terceira dose
A cada 10 anos e por toda a vida	dT- Dupla tipo adulto	Reforço

* Se a pessoa apresentar documentação com esquema de vacinação incompleto, é suficiente completar o esquema já iniciado;

** As vacinas BCG, contra sarampo-caxumba-rubéola e oral contra a poliomielite são indicadas até os 15 anos de idade, prioritariamente;

*** Nas regiões onde houver indicação, de acordo com a situação epidemiológica. Reforço a cada 10 anos;

**** No caso de gravidez e na profilaxia contra o tétano, após alguns tipos de ferimentos, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos.

BCG: vacina contra a tuberculose

dT: vacina dupla, tipo adulto, contra difteria e tétano.

Contra-Indicações Gerais

As vacinas com bactérias atenuadas (BCG, contra febre tifóide) ou de vírus vivos atenuados (pólio oral, sarampo, caxumba, rubéola, febre amarela) não devem ser administradas a pessoas:

- com imunodeficiência congênita ou adquirida;
- portadoras de neoplasia maligna;

- em tratamento com corticosteróide em dose alta (equivalente à prednisona 2mg/kg/dia, para a criança ou de 20 mg/dia, para o adulto, por mais de 2 semanas ou submetidas à terapêutica imunossupressora como quimioterapia antineoplásica, radioterapia);
- gestantes, exceto em situações de alto risco de exposição a algumas doenças virais como, por exemplo, a febre amarela.

Situações em que se recomenda o Adiamento da Vacinação

- até 3 meses após o tratamento com imunodepressores ou com corticosteróides em altas doses. Esta recomendação é válida inclusive para vacinas de componentes de organismos mortos ou inativados, por inadequação da resposta;
- durante a evolução de doenças febris agudas, para evitar que seus sinais e sintomas não sejam atribuídos ou confundidos com possíveis eventos adversos das vacinas;
- na presença de afecções dermatológicas extensas em atividade, adiar a administração da vacina BCG;
- crianças com peso inferior a 2000 g, adiar a administração da vacina BCG e da hepatite B;
- nos casos de diarreias graves e/ou vômitos intensos, adiar a administração da vacina oral contra a poliomielite.
- as vacinas contra a caxumba e a rubéola não devem ser administradas nas 2 semanas que antecedem ou até 3 meses após o uso de imunoglobulina ou de sangue e derivados. Em relação à vacina contra o sarampo, a interferência pode ser ainda mais prolongada.

Falsas Contra-Indicações

- doenças comuns, como afecções infecciosas recorrentes ou alérgicas do trato respiratório superior, com tosse e /ou coriza; diarreia leve ou moderada; doenças da pele, como impetigo ou escabiose.
- história e/ou diagnóstico clínico pregressos de tuberculose, hepatite B, difteria, tétano, coqueluche, poliomielite, sarampo, rubéola, caxumba e febre amarela no que diz respeito à aplicação das respectivas vacinas.;
- desnutrição;
- uso de qualquer tipo de antimicrobiano;
- vacinação contra raiva;
- doença neurológica estável, como convulsão controlada, ou doença neurológica progressiva, com sequela atual;
- antecedente familiar de convulsão;
- tratamento sistêmico com corticosteróide (CE), nas seguintes situações: curta duração (inferior a 2 semanas), independentemente da dose; uso de CE por via tópica, inalatória ou intra-articular; doses de manutenção fisiológicas.
- alergias, exceto às relacionadas aos componentes das vacinas;
- prematuridade ou baixo peso de nascimento não indicam o adiamento da vacinação (exceto vacina BCG e Hepatite B);
- internação hospitalar- é uma oportunidade de atualizar-se o esquema vacinal, desde que não haja contra-indicação formal.

Eventos Adversos Pós-Vacinação

A aplicação de vacinas pode determinar, em alguns indivíduos, eventos adversos locais como dor, edema, eritema, abscesso ou reações sistêmicas como febre, convulsão, reações de hipersensibilidade (urticária) e até choque anafilático. Esses eventos, quando apresentam relação temporal com a aplicação da vacina, devem ser diagnosticados pelo médico, por meio da anamnese e do exame físico, tratados e notificados à UVIS do distrito, preenchendo-se a Ficha de Notificação de Eventos Adversos. Deve ser feita ainda, orientação adequada em

relação à aplicação das vacinas subseqüentes. A conduta recomendada diante dos eventos adversos está disponível no Manual de Vigilância Epidemiológica Pós-Vacinação do Ministério da Saúde, 1998.

Vacinas Disponíveis nos Centros de Imunobiológicos Especiais (CIE)

Quando ocorrem eventos adversos graves após a vacinação de rotina e para imunizar os indivíduos de risco, estão disponíveis os seguintes imunobiológicos nos CIE:

- DPT acelular
- Salk (vírus inativado da poliomielite)
- Pneumo 23 e 7 valente
- Meningocócica tipo C
- Hib
- Vacina contra a gripe
- Vacina Pentavalente (DPT + Hib + Hepatite B)
- Vacina contra Varicela
- Imunoglobulina anti-Hepatite B
- Imunoglobulina Antitetânica
- Anti-Rábica
- Anti-Varicela

OBSERVAÇÃO:

Os conhecimentos específicos sobre cada tipo de vacina, as indicações, as contra-indicações e os eventos adversos devem ser aprofundados na bibliografia indicada, que deve estar disponível nas Coordenadorias de Saúde e nas Unidades de atendimento.

TELEFONES ÚTEIS PARA DISCUSSÃO DE SITUAÇÕES ESPECIAIS

SMS- SP/ CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS (CCD): 3885-8400

SES-SP/ CENTRO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA (CVE)

PLANTÃO: 0800 555466

Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais-(CRIE)

- UNIFESP: Rua Borges Lagoa 770, Vila Mariana,S.P- Fone: (11) 5084-5005

- Hospital das Clínicas: R. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar 155, Cerqueira César, SP- Fone (11) 3069-6392 (Imunização e Ambulatório dos Viajantes)

- Site do CVE: www.cve.saude.sp.gov.br

Atenção à Saúde da Criança com Deficiência - 0 a 2 Anos

LUCILA FALEIROS NEVES
SIOMARA ROLLA CHEN

A Declaração de Intenções da UNICEF inclui o compromisso de assegurar proteção especial para as crianças mais desfavorecidas, estando entre estas as crianças com deficiências.

A Convenção de Direitos da Criança declara o direito que possuem as crianças com deficiências em ter igualdade de oportunidades e que se detecte e atenda sua deficiência o mais precocemente possível (UNICEF).

1. Magnitude da Situação da Deficiência entre as Crianças:

De acordo com dados e estimativas obtidos pela Rehabilitation International e UNICEF, em diferentes países e regiões, pelo menos 10% das crianças nascem ou adquirem, impedimentos – físicos, mentais ou sensoriais – que interferirão em suas capacidades para um desenvolvimento normal, a não ser que lhes sejam prestadas assistência e atenções especiais. E, ainda conclui que, 15 em cada 100 crianças com deficiência necessitam de apoio no processo de educação inclusiva ou algum tipo de medida de reabilitação.

2. Medidas para a Redução das Consequências da Deficiência

Três categorias de atividades devem ser pensadas e dispostas neste compromisso:

1. Promover condições de saúde e prevenir a ocorrência de impedimentos físico, mental ou sensorial;
2. Instalada a deficiência, impedi-la de causar agravos funcionais, permanentes, evitar suas consequências incapacitantes e as deformidades;
3. Estimular a coletividade e tornar acessível o ambiente físico e social para a inclusão e equiparação de oportunidades das crianças com deficiência, favorecendo sua participação.

Numa clássica orientação didática, podem ser apontadas cinco categorias de deficiências:

DEFICIÊNCIA FÍSICA: definida pela presença de comprometimento motor dificultando controle dos movimentos corporais e realização de ações como, por exemplo, rolar, manter-se sentado ou em pé, andar, pegar objetos, comer, vestir-se. Com grande frequência está associada a quadros de Paralisia Cerebral, decorrentes de síndrome hipóxico-isquêmica, hemorragia intracraniana, distúrbios do metabolismo, doenças infecto-contagiosas como meningite, malformação ou acometimentos do sistema nervoso como mielo/meningoencefalite, hidrocefalia e outras anomalias congênicas e síndromes genéticas.

SINAIS DE ALERTA: 0 A 2 ANOS

- Alteração do perímetro cefálico (micro, macrocefalia)
- Alterações de tônus muscular com a presença de movimentos muito incoordenados, hipo (débil) ou hipertonia (tenso ou rígido);

- Presença de padrões patológicos de movimento e posturas (por ex: hiperextensão de cabeça, persistência em manter polegar empalmado, extensão global, extensão cruzada dos membros inferiores);
- Assimetria na movimentação ou na constituição física (crânio, face, membro);
- Dificuldade na movimentação dos membros superiores, inferiores, cabeça, tronco ;
- Atraso na aquisição das habilidades motoras funcionais, na criança nascida a termo. Aos 4 meses ainda não sustenta cabeça, não abre as mãos voluntariamente e nem segura objeto na linha média; não rola aos 6 meses; não senta sem apoio em torno dos 9 meses; não fica em pé por volta de 1 ano; não anda sozinha na idade de 18 meses;
- Comprometimento nas funções de sucção, deglutição, respiração, mastigação;
- Irritabilidade ao se movimentar;
- Deformidades, malformações;
- Fácies atípica.

DEFICIÊNCIA MENTAL: caracterizada pelas dificuldades intelectuais e cognitivas na aquisição de esquemas e repertórios de exploração do ambiente e função dos objetos, na aprendizagem, na comunicação, na solução de problemas práticos relacionados aos hábitos da vida diária. As doenças genéticas, os erros inatos do metabolismo como fenilcetonúria e hipotireoidismo congênito, as encefalopatias, as doenças infecciosas como rubéola, o alcoolismo e a drogadição materna encontram-se entre as causas mais conhecidas.

SINAIS DE ALERTA: 0 A 2 ANOS

- Atraso nas aquisições do desenvolvimento neuropsicomotor;
- Disfunção nos processos de integração sensorial: tátil, cinestésico, visual, auditivo, proprioceptivo e vestibular;
- Debilidade no desempenho da função de sucção, preensão, mobilidade;
- Indiferença ou apatia diante de brinquedos, pessoas, ambiente;
- Comportamentos estereotipados e repetitivos, às vezes de auto-estimulação; balançar a cabeça, bater os objetos, chupar ou morder mão e dedos;
- Fácies típica como na Síndrome de Down.

DEFICIÊNCIA VISUAL: estabelecida pelo impedimento total (cegueira = acuidade visual < ou = a 20/200 no melhor olho) ou diminuição da capacidade visual (visão subnormal = acuidade visual < ou = a 20/60 ou campo visual inferior a 10° no melhor olho com a melhor correção óptica) decorrente de imperfeições no órgão ou no sistema visual. As principais causas encontradas são doenças como glaucoma, catarata congênita, retinopatia da prematuridade ou de natureza infecciosa como sarampo, meningite, rubéola, toxoplasmose e malformações oculares.

SINAIS DE ALERTA: 0 A 2 ANOS

- Falta de interesse pelo rosto da mãe, objetos e ambiente;
- Aproxima a cabeça dos objetos que deseja ver, ou traz muito perto dos olhos;
- Tem dificuldade em iniciar sua mobilidade: rolar, engatinhar ou andar;
- Movimentação irregular ou desvio dos olhos, estrabismo, nistagmo;
- Comportamentos estereotipados como apertar ou esfregar os olhos, franzir a testa, fixar o olhar em pontos luminosos, passar a mão repetidamente à frente dos olhos, manter os olhos fechados ou a cabeça baixa.

DEFICIÊNCIA AUDITIVA: descrita pela perda total (surdez) ou parcial na capacidade de ouvir (graus de perda a partir de 25dB), relacionada mais comumente, neste período da vida, com as doenças infecciosas como meningite, sarampo, doenças da mãe durante a gravidez como rubéola, sífilis, toxoplasmose, incompatibilidade do fator RH, prematuridade, consangüinidade, uso de medicação ototóxica.

SINAIS DE ALERTA: 0 A 2 ANOS

- Ausência de reações a barulhos do ambiente como porta batendo, voz da mãe, brinquedos como chocalho, instrumentos musicais;
- Inicia o balbúcio e, por volta dos 3 meses, não mais o faz. Ignora os sons que produz;
- Não atende quando se fala com ela, ou só o faz quando de frente para a pessoa;
- Na época de começar a falar, emite sons que não se entende;
- Geralmente é uma criança que se mexe muito, tem grande atividade motora na tentativa de controlar o ambiente com os olhos;
- Pode se apresentar como uma criança irritadiça e impaciente;
- Dependendo da perda auditiva não localiza de onde vem o som.

DEFICIÊNCIAS MÚLTIPLAS: associação de quadros mais complexos de alteração motora, sensorial e mental, sendo muito comum em seqüelas das doenças infecciosas como rubéola, toxoplasmose, sífilis, sarampo, meningite, síndromes ou lesões do sistema nervoso central, decorrentes de hipóxia e hemorragia intracraniana. Há o comprometimento de muitas funções e diferentes habilidades como movimentar-se, comunicar-se, olhar, perceber e compreender as situações do contexto, responder aos estímulos adaptativamente, brincar e outras.

SINAIS DE ALERTA: DE 0 A 2 ANOS:

- Atraso nas aquisições do desenvolvimento neuropsicomotor, com características compostas pelos quadros acima descritos de acordo com o comprometimento envolvido.

3. Organização das Ações

A. PREVENÇÃO

Em relação às deficiências pode-se distinguir ações em diferentes níveis da prevenção, promoção da saúde, proteção específica e detecção precoce:

- Promoção de saneamento básico, condições de higiene pessoal e educação ambiental;
- Controle dos acidentes domésticos;
- Atenção à nutrição materna e infantil;
- Condições sócio-econômicas para o atendimento às necessidades básicas;
- Fortalecimento da dinâmica familiar e vínculos afetivos;
- Melhor assistência pré e perinatal;
- Imunização materna e infantil contra infecções virais e bacterianas (rubéola, sarampo, poliomielite, hemófilos tipo b);
- Tratamento de DST-AIDS;
- Controle nas gestações de risco (diabetes, hipertensão, alcoolismo e drogadição, uso de medicação);
- Exame e aconselhamento genético (antecedentes de deficiências na família, consangüinidade);
- Exames para identificação de erros inatos no metabolismo do recém-nascido (fenilcetonúria - PKU, hipotireoidismo)
- Controle e cuidados nas exposições prolongadas a medicações e procedimentos como oxigenoterapia e fototerapia;
- Controle de doenças causativas ou passíveis de seqüelas: infecções de repetição e doenças como pneumonias, otites, tracoma, glaucoma, catarata, retinopatia da prematuridade, cardiopatias, refluxo gastroesofágico, desnutrição e infecções congênitas como rubéola, toxoplasmose, sífilis.

B. INTERVENÇÃO PRECOCE

- As crianças que apresentam critérios de risco ao nascer, definidos por envolver diagnósticos como doenças genéticas e cromossômicas, comprometimento neurológico e/ou metabólico, malformações congênitas, apontam para a necessidade de intervenção precoce ou também chamada essencial. Esta intervenção é caracterizada por um conjunto de ações junto às famílias e ações interdisciplinares relacionadas aos cuidados intensivos, detecção e diagnóstico, tratamento e reabilitação, participação da família e suporte no processo de inclusão social.
- Estas ações devem ter seu início no âmbito hospitalar e maternidade, com continuidade nos diferentes serviços de saúde e em outros equipamentos sociais.
- Procedimentos de diferentes áreas como cirurgia, neurologia, oftalmologia, cardiologia, genética, serviços de apoio e diagnóstico – laboratório, imagem - e também cuidados especiais de enfermagem, nutrição, intervenções terapêuticas de fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, têm garantido a atenção integral às condições iniciais de vida e de saúde destas crianças,
- Este modelo de atenção revela uma preocupação não somente centrada na sobrevivência, mas também na qualidade de vida, uma vez que a instalação dos quadros de deficiência pode começar a se configurar desde os primeiros meses de vida.

A precocidade das ações interdisciplinares em relação ao desenvolvimento da criança com deficiência revela-se essencial, considerando:

- O período neonatal ser de grande vulnerabilidade para a criança e família, relacionado às exigências de cuidados especiais, – debilidade clínica da criança, aceitação da família, procedimentos invasivos, requisitando olhares e escutas diferenciados pela complexidade das necessidades presentes;
- A grande capacidade de aproveitamento e organização dos estímulos dada pelas condições especialmente favoráveis da plasticidade neuronal no desenvolvimento da criança neste período;
- A necessidade de suporte e informação à família desde os primeiros procedimentos, tendo em vista dar apoio, facilitar e potencializar a sua participação e envolvimento no processo dos cuidados;
- A existência de recursos terapêuticos que facilitem o desenvolvimento de melhores possibilidades clínicas, físicas, emocionais da criança, evitando o desencadeamento secundário de agravos e a estruturação de condições incapacitantes, e
- A inclusão ser um processo que requer tempo e convivência para as transformações individuais e sociais gradativas e profundas na aceitação das diferenças conseqüentes às deficiências.

Quando todo este processo é deflagrado já na maternidade, ou durante o período de internação hospitalar, muitas condições de alta são favorecidas e antecipadas e a chegada em casa pode se revestir de melhor qualidade, tanto para a criança quanto para a família, na apropriação de novos recursos para o seu desenvolvimento.

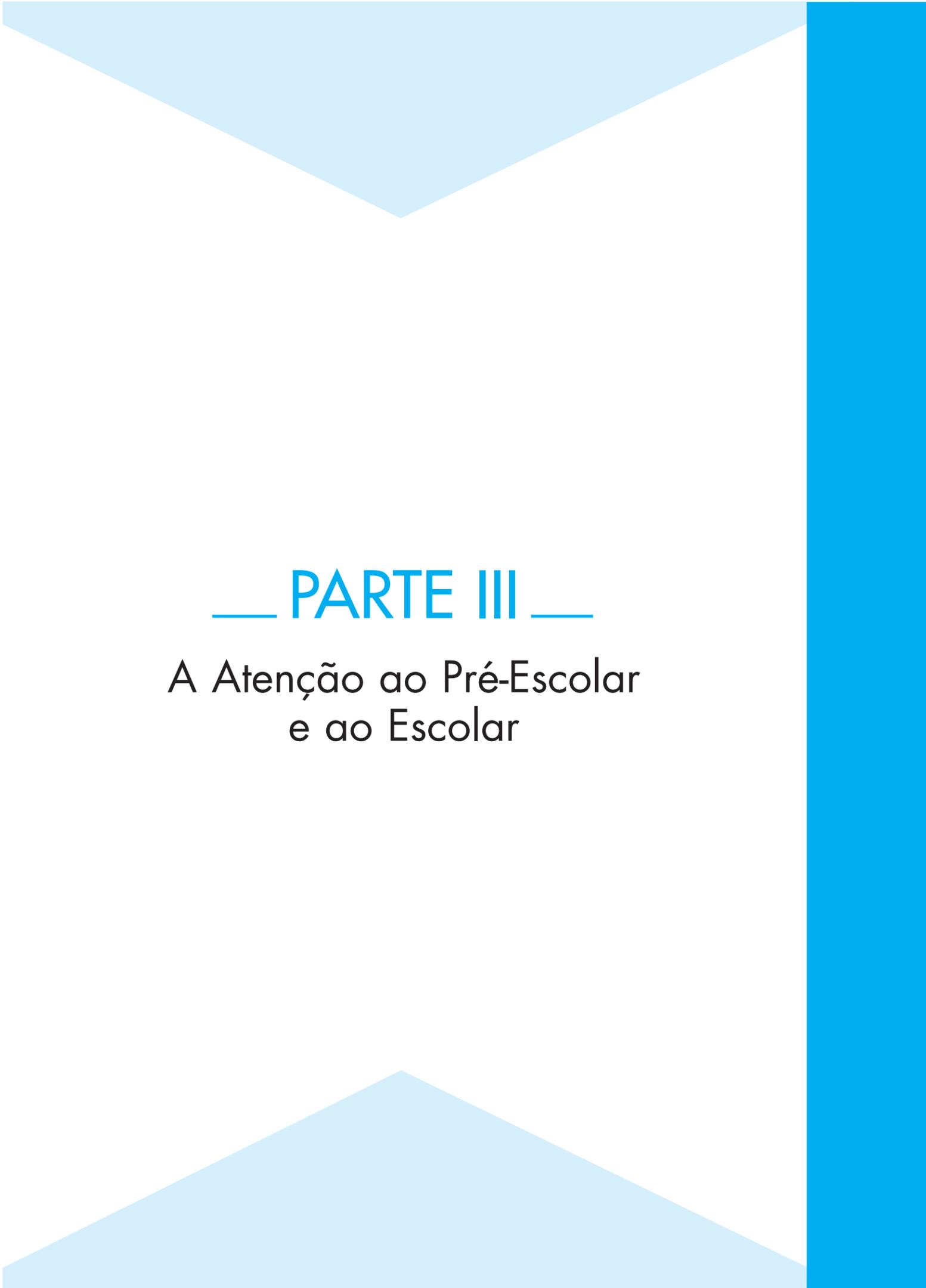
As equipes de saúde tanto do Programa Saúde da Família como das UBS passam a desempenhar papel fundamental no acolhimento e re-significação das diferenças e deficiências na vida da família e comunidade, a partir de ações como:

- Acompanhamento e intervenção das condições que envolvem o crescimento e o desenvolvimento da criança deficiente como doenças associadas, alimentação, imunização, situação ambiental, moradia, dinâmica familiar ;
- Valorização da auto-estima, segurança e apropriação da família nos cuidados com a criança, propiciando avanços gradativos no processo de independência e vínculo afetivo;
- Oferta de interação adequada com a indicação de brinquedos de qualidade sonora, visual e interativa, contato corporal, expressão corporal e comunicação oral para facilitar as aquisições de novas habilidades, desencadear processos de aprendizagem e criatividade, favorecer descoberta do mundo e do outro, evitar comportamentos estereotipados e pobreza de experiências;
- Identificação das potencialidades e necessidades da família e da criança, inclusive para encaminhamento a avaliações e tratamentos especializados;
- Orientação e informação sobre posicionamento, recursos, adaptações e manejo mais adequados diante das características específicas de cada criança;

- Acompanhamento e orientação no desempenho dos cuidadores nas atividades de vida diária da criança para promover melhor aproveitamento na alimentação sem engasgos ou perdas alimentares; mais participação e experiência sensorial no banho; interesse no ambiente, na relação interpessoal, na exploração dos brinquedos; melhor organização no ciclo sono-vigília; maior conhecimento do corpo, suas funções e desenvolvimento, evitando a instalação de deformidades e agravos secundários;
- Instrumentalização da família e comunidade para o exercício da cidadania, na busca de seus direitos, muitos dos quais já são garantidos por lei e outros a serem conquistados pela coletividade e
- Inclusão na família, na comunidade, nos equipamentos sociais, da diversidade humana, reconhecendo as diferenças e as necessidades de transformações das relações sociais e atitudinais.

Cada criança e ainda cada tipo de deficiência tem sua especificidade, mas todas precisam ter assegurado o direito às condições de saúde para melhor qualidade do seu desenvolvimento, sendo necessário por vezes o encaminhamento para atividades de reabilitação e equiparação de oportunidades, como parte da assistência integral à saúde da criança com deficiência, como:

- Controle medicamentoso, intervenção cirúrgica, tratamento específico na Neurologia, Fisiatria, Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Psiquiatria. ;
- Avaliações e terapias específicas de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia complementares à investigação diagnóstica, planejamento do programa de intervenção com a família e agentes de saúde, apoio no processo de inclusão em creche ou em outros equipamentos sociais;
- Intervenção terapêutica específica nos distúrbios funcionais e estruturais (físicos, mentais, emocionais, sensoriais), como:
 - Criação de situações que favoreçam a aquisição de habilidades e prevenção de deformidades
 - indicação e adaptação de órteses, próteses e equipamentos assistivos
 - indicação de cinesioterapia e terapia de integração sensorial
 - facilitar a independência nas Atividades da Vida Diária (AVD)
- Orientação aos cuidadores e agentes de saúde sobre manuseio, posicionamento, atividades de vida diária, recursos e adaptações para o desempenho funcional da criança, prevenção de agravos;
- Orientação, acompanhamento e desenvolvimento de projetos e ações de acessibilidade e inclusão.



— PARTE III —

A Atenção ao Pré-Escolar
e ao Escolar

Os Fundamentos da Atenção Integral à Saúde do Pré-Escolar e do Escolar

GRUPO DE TRABALHO SMS - SAÚDE DO ESCOLAR

- A atenção à saúde do pré-escolar e escolar deve ser integral. Assumir a saúde integral do pré-escolar e escolar, que estejam ou não na escola, significa englobar medidas de assistência individual e coletiva. O atendimento deve considerar a saúde como qualidade de vida para além do biológico e, neste sentido, as orientações devem abordar os hábitos mais gerais de higiene, a alimentação, o uso racional de medicamentos e considerar as questões ambientais.
- A existência de serviços específicos de atendimento apenas para as crianças que frequentam a escola contrapõe-se à universalidade do acesso, implicando a exclusão de uma parcela significativa da população nessa faixa etária que, no nosso meio, já se encontra excluída do sistema educacional, além de constituir uma duplicação de serviços e dispersão de recursos.
- A participação da família é fundamental na atenção integral à saúde do pré-escolar e escolar. A qualidade do atendimento depende da participação da família em todas as etapas, desde a anamnese até o tratamento. Por isso, a escola enquanto local de aprendizagem, não é um espaço adequado para atendimento individual à saúde de qualquer natureza.
- As ações coletivas de saúde, desenvolvidas no espaço escolar, bem como na comunidade, devem ser de responsabilidade dos equipamentos de saúde com a participação de outros setores de governo e da comunidade.
- A promoção da saúde no âmbito escolar é essencial. A escola é um espaço onde os alunos, pais e professores têm a possibilidade de estabelecer relações e vivenciar um diálogo com questões que relacionam o tema qualidade de vida e saúde, ambiente e cidadania.
- A saúde, enquanto direito e qualidade de vida, deve ser assumida também pela área da Educação e estar contemplada no currículo, com abordagem interdisciplinar e contínua e não apenas nas ciências físicas e biológicas, em momentos específicos ou em campanhas eventuais.
- Muitas ações dirigidas ao pré-escolar e escolar envolvem aspectos diversos, o que implica a necessidade de políticas públicas intersetoriais, com a participação de várias secretarias de governo e de setores da sociedade civil.

Atendimento da Criança Pré-Escolar e Escolar na Atenção Básica

As ações de saúde voltadas para as crianças dos 2 aos 10 anos de idade devem contemplar as novas demandas de saúde trazidas pela população. Do ponto de vista da assistência à saúde, a redução dos agravos infecciosos permitiu o surgimento de novos problemas de saúde, relacionados aos aspectos do desenvolvimento. A abordagem desses problemas possibilita à criança alcançar um melhor desempenho no seu ambiente de vida, na família, na escola e na sociedade.

As consultas programadas na unidade já não precisam ser tão freqüentes. Pode-se propor que sejam feitas consultas de avaliação, com ênfase no desenvolvimento, entre os 3 e 4 anos de idade e entre os 6 e 7 anos.

A organização de um cronograma diferenciado de atendimentos deve ser feita em função das necessidades de saúde específicas de cada criança. Há crianças que apresentam doenças recorrentes ou crônicas (otites de repetição, asma) que necessitam de atendimentos mais freqüentes. Elas podem ser captadas desde o acompanhamento feito nos primeiros anos de vida ou a partir do atendimento de emergência no Pronto Socorro, nas visitas domiciliares feitas pelos ACS ou ainda serem encaminhadas pelos professores.

O fato de grande parte dessas crianças freqüentarem escolas ou creches facilita a realização de procedimentos voltados para a detecção de problemas de saúde ou de ações com fins educativos. Assim, a triagem de problemas visuais realizada por meio do Teste de Snellen é mais fácil de operacionalizar quando feita nos espaços próprios de convivência da criança. Do mesmo modo as ações de saúde bucal tem maior eficiência quando realizadas em grupos (ações coletivas de saúde bucal).

A unidade básica de saúde deve programar a organização das ações coletivas de saúde ocular, saúde bucal, saúde ambiental, entre outras, levando em conta o território onde esses equipamentos se encontram. A execução dessas ações coletivas deve ser coordenada pela unidade básica, que deve viabilizar a participação dos outros setores sociais, principalmente da comunidade ligada ao equipamento onde as ações vão ocorrer.

O Desenvolvimento da Criança de 02 a 10 anos

A criança dos 2 aos 6 anos de idade - O Pré-escolar

O desenvolvimento da criança nessa faixa etária ganha novos contornos. Toda a experiência sensório-motora tão explorada nos primeiros anos passa por um maior aprimoramento permitindo a aquisição de novas habilidades. Trata-se de um período de tempo em que os ganhos motores vão se estabelecendo e as aquisições do pensamento, linguagem e interação deflagram um processo cada vez maior de independência e autonomia da criança.

A velocidade de crescimento do pré-escolar é menor do que a do lactente, o que se traduz em diminuição do apetite. Os familiares comumente ficam ansiosos e interpretam este fato como um problema de saúde e não como uma fase normal do processo de crescimento.

A suscetibilidade às infecções respiratórias e às doenças contagiosas ainda é alta, mas menor que nos 2 primeiros anos de vida. O risco de acidentes aumenta significativamente, a partir da maior independência e interação social da criança.

Aos 2 anos, além de andar, a criança já está correndo, pulando, subindo e descendo escadas sozinha. Ela adquire um repertório de ações muito variado para a exploração dos diferentes espaços. Começa a despir-se e a ajudar no vestir, tenta alimentar-se com a colher e já mastiga com facilidade.

As possibilidades no uso da linguagem ampliam-se. A criança inicia o uso de frases, reconhece figuras, aprende por imitação. Já tem senso de posse dos objetos, contudo limita-se mais a brincar ao lado de outras crianças, sem com elas interagir. É a idade do explorar e do brincar.

No período dos 3 anos aos 6 anos, o progresso social é mais acentuado. Vai ocorrendo uma transição do individualismo para a participação em grupos maiores.

A criança está aprimorando as habilidades para o jogo construtivo, a brincadeira grupal e a dramatização. É uma época de jogos simbólicos, de brincadeiras "faz de conta", nas quais a criança encena personagens e faz-se passar por outros. A curiosidade para os detalhes aumenta, a imitação vai cedendo espaço para a imaginação, a criatividade e para as brincadeiras de casinha, de super-heróis, as conversas no telefone, os amigos imaginários. A solicitação pelas histórias acentua-se, com interesse por temas que contenham dados sobre a sua vida.

O interesse pelo corpo ganha força e a simbologia das experiências genitais é muito rica nas brincadeiras. A criança começa a perceber o que é o "eu" e o que é o "outro", aparecem as interrogações sobre as diferenças sexuais e a curiosidade sexual, precursora da curiosidade intelectual.

A noção de tempo vai se formando e ela começa a reconhecer os horários de comer, tomar banho, ir para a cama.

Embora o desenvolvimento dessas funções tenha regularidade neuromotora, ele não se organiza por si só, mas depende das interações vivenciadas com os adultos e outras crianças. Essa organização psíquica possibilita a elaboração simbólica (falar de si, ser criativo na linguagem, pensar sobre si), que vai aumentando ao longo desse período de vida. A capacidade de representação é fundamental para a elaboração do pensamento, e a criança já consegue prescindir da presença da mãe e dos objetos, podendo pensar e falar sobre eles, mesmo na sua ausência.

A criança está diante de várias emoções e sentimentos intensos e contraditórios, que ela deverá aprender a administrar gradualmente, por meio do auxílio adequado dos pais e dos adultos com os quais con-

vive. Os pais precisam ouvir as crianças, dar espaço para que expressem seus conflitos e sentimentos negativos, propiciando a organização de sua vida afetiva.

A criança dos 6 aos 10 anos de idade - O Escolar

A partir dos 6 anos, a criança passa a ter maior independência nas atividades rotineiras do auto-cuidado: a alimentação é semelhante a do adulto, ela se veste e maneja os acessórios com habilidade, vai ao banheiro sozinha, toma banho sem ajuda.

A coordenação fina mostra-se bem desenvolvida: faz pequenas tarefas usando utensílios e ferramentas, já recorta, cola, constrói pipas.

Em torno dos 6 anos, ela já consegue adiar a realização de um desejo em virtude da aceitação e compreensão das regras e limites, como também por levar em consideração o outro, suas próprias limitações e possibilidades.

Entre os 7 e 8 anos, o corpo volta a ter papel fundamental, as brincadeiras físicas como pega-pega, esconde-esconde, corridas e competições estão muito presentes. Há uma grande agilidade motora grossa e fina. Os trabalhos manuais são mais ricos nos detalhes. É totalmente independente nas atividades de vida diária (alimentação, higiene, vestuário, comunicação e locomoção).

O pensamento abstrato vai se incorporando às atividades. Pode somar, subtrair, compreender melhor a relação de tempo e espaço como fatos passados, lugares distantes. Tem maior habilidade em exprimir suas idéias e pensamentos.

Aos 9 e 10 anos, a criança está apta para o pensamento crítico e começa a ter uma atitude mais científica em relação aos fatos. Calcula tempo, planeja suas atividades. Pode ler livros do começo ao fim. Passa a ter interesse em pertencer a algum grupo independente da família, como amigos da vizinhança ou da escola. Vai abandonando os brinquedos e começa a enriquecer-se as experiências entre os sexos.

Avaliação do Desenvolvimento da Criança de 2 a 10 anos

ANA CECÍLIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA

Na idade pré-escolar, pode-se avaliar o desenvolvimento neuropsicomotor por meio de informações fornecidas pelos pais, ou melhor, pela própria criança. Assim, deve-se perguntar aos pais o que a criança faz habitualmente na sua rotina de vida, incluindo as atividades de lazer, ressaltando suas preferências.

Conversando com a criança, pode-se verificar o estágio de aquisição da fala e a acuidade auditiva. Em relação à visão, quando houver condições, o profissional de saúde poderá realizar o teste de acuidade visual com a tabela de Snellen para investigar a presença de ambliopia e avaliar a acuidade visual. Caso não seja possível é necessário encaminhar a criança para exame oftalmológico, o qual deve ser feito até os 4 anos de idade. Para as crianças que freqüentam a pré-escola ou a escola essa avaliação deve ocorrer no ambiente escolar, pois a atividade em grupo é bem mais produtiva do que a aplicação individual do teste.

Solicitando-se à criança para que tire a roupa, pode-se observar sua coordenação motora e equilíbrio, bem como sua adaptação à vida social. Neste momento, é possível verificar a compreensão das ordens, o grau de independência, coordenação motora e adaptação psicossocial, isto é, o quanto ela já consegue ter autonomia para executar tarefas simples do seu cotidiano. É comum que a criança pré-escolar ainda solicite algum tipo de ajuda para uma dada tarefa. A recusa inicial não deve ser vista como incapacidade para realizar tal tarefa, pois pode ser decorrente de inibição ou timidez. Interagindo com o examinador, a criança vai fazendo o que lhe é solicitado, podendo-se assim, observar a coordenação motora ampla e fina, o equilíbrio estático e dinâmico, a noção de esquema corporal, numa simples atividade como subir na mesa de exame.

Retirar os sapatos e as meias requer um grau de desenvolvimento da coordenação motora que pode ser constatado na consulta, pedindo-se à criança para que retire os sapatos sozinha.

Para avaliar a memória global, visual e auditiva pede-se à criança que descreva o seu programa favorito de TV ou algum fato que tenha ocorrido na sua vida recentemente, um passeio, a chegada de alguém, o nascimento de um irmão. Procurar na conversa pedir detalhes que indiquem aspectos específicos da memória visual e auditiva.

Aos 7 anos, a avaliação do desenvolvimento pode ser feita por meio dos conhecimentos e habilidades já aprendidos/desenvolvidos. Assim, pedindo-se à criança que descreva detalhadamente o que fez no dia anterior, pode-se ter uma idéia do que ela já é capaz de fazer. Indaga-se tanto à mãe como à criança sobre a vivência escolar, obtendo-se informações sobre o grau de alfabetização já alcançado e o relacionamento com os colegas e a professora.

A descrição do dia anterior, indicando detalhes visuais e auditivos permite avaliar a memória global, visual e auditiva. Outra possibilidade é solicitar à criança que cante uma música, ou diga o nome dos jogadores do seu time. Caso essas perguntas não façam sentido para uma determinada criança escolher outras perguntas a serem feitas.

Por vezes, com crianças mais tímidas, a aproximação com o profissional de saúde pode ser facilitada pela oferta de papel e lápis para a criança escrever, desenhar e conversar a respeito dos seus desenhos. Estabelecendo o diálogo com o paciente, o profissional procura identificar os conceitos de tamanho, tempo, espaço, distância e quantidade, por meio de perguntas relacionadas ao cotidiano da criança. Exemplificando: pode-se perguntar pelo tamanho da casa, especificando se a casa é grande ou pequena e se é longe ou perto da

escola. Pode-se tomar como referência a própria família para se fazer perguntas, tais como se o irmão ou irmã é menor ou maior, quantas pessoas têm na casa, se o pai é alto ou baixo...enfim, a criatividade do profissional deve encontrar perguntas adequadas para que a criança possa expressar os conceitos já incorporados. Assim, a participação ativa da criança durante a realização da anamnese possibilita averiguar a sua atenção, memória, audição, formas de comunicação e capacidade de interação social.

Quando houver suspeita dos familiares ou do profissional em relação à acuidade auditiva da criança, essa avaliação deverá ser complementada por especialistas. Em relação à visão aos 7 anos, o teste de Snellen deve ser repetido para identificar vícios de refração.

Na continuidade da consulta, ao solicitar à criança para retirar as roupas sozinha e deitar na maca de exame, podem ser avaliados o equilíbrio estático e dinâmico e a coordenação motora, assim como a capacidade de entender e realizar ordens simples. Durante o exame físico habitual, é possível analisar a atitude da criança em relação ao profissional e a interação mãe-criança.

Esta é uma abordagem semiológica básica da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor durante a consulta de rotina. Quando houver suspeita de comprometimento do sistema nervoso, há necessidade da realização de exame neurológico mais detalhado, com manobras específicas.

A Criança com Dificuldades Escolares

ANA CECÍLIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA

O encaminhamento de crianças da escola para a unidade básica de saúde, com queixas referentes a problemas na escola, ainda é bastante freqüente no nosso meio. Em geral, são problemas de comportamento ou de mau rendimento. No primeiro caso, problemas disciplinares são encaminhados para que sejam resolvidos por meio do atendimento com psicólogos ou neurologistas. Quanto ao mau rendimento, busca-se encontrar uma causa orgânica que justifique as dificuldades apresentadas pela criança.

O despreparo dos profissionais de saúde quanto à natureza dos problemas escolares, muitas vezes, faz com que diagnósticos clínicos ou psicológicos sejam feitos, rotulando a criança como doente. É preciso, portanto, entender o que realmente se passa na escola e na família e avaliar adequadamente a criança. Como na maioria das vezes não há problemas orgânicos ou de desenvolvimento, o papel do profissional de saúde deve ser no sentido de reafirmar a normalidade da criança.

Muitas vezes, crianças mais agitadas e, principalmente, sem limites no comportamento são rotuladas como tendo hiperatividade ou déficit de concentração de causa neurológica. A tendência é encaminhar de imediato essas crianças para o psicólogo, que busca então o neurologista, para afastar lesões neurológicas. Essas crianças têm em comum a apresentação de comportamentos inadequados para o que se espera na escola. Na grande maioria das vezes, esses comportamentos expressam, na verdade, a inadequação da escola em lidar com as diferenças das crianças. Além, disso a inadequação da escola pode se manifestar na dificuldade em manter a atenção da criança. Outras vezes, esses comportamentos são produto da falta de limites no ambiente domiciliar.

Crianças rotuladas com déficit de atenção ou mesmo com hiperatividade são capazes de passar horas em frente ao computador, principalmente, quando diante dos jogos eletrônicos, que se caracterizam pela necessidade de grande atenção. Assim, antes de encaminhar para outros profissionais ou níveis de atenção cabe ao profissional de saúde avaliar a criança.

Avaliação da criança com queixa de dificuldade escolar

É importante ouvir diretamente a criança durante a consulta. Muitas vezes são necessárias entrevistas isoladas com os pais e a criança. É fundamental entender que, estando diante de uma queixa cujos determinantes são essencialmente sócio-pedagógicos, o modelo médico de investigação diagnóstica e terapêutica, centrado no indivíduo e no orgânico, é bastante limitado e inadequado. Portanto, o profissional de saúde deve ampliar sua forma de abordagem. Além disto, a abordagem de uma queixa que envolve aspectos tão amplos não se esgota em uma única consulta.

Cada criança que não aprende, o faz por uma determinada razão que pode envolver múltiplos fatores e que deve ser identificada. Os determinantes sócio-pedagógicos da dificuldade escolar vão interagir com histórias específicas de vida. Ou seja, as formas de interação de cada criança com os diferentes fatores que atuam no aprendizado é única e assim deve ser apreendida.

Apresenta-se uma sugestão de roteiro de anamnese e de avaliação das grandes áreas do desenvolvimento, enfatizando-se a importância do roteiro ser adaptado a cada situação particular.

Anamnese

A anamnese deve ter por objetivo o conhecimento da criança, incluindo o seu meio familiar e escolar. A queixa de dificuldade escolar deve ser desdobrada em uma história. Um bom indicador da percepção do problema por parte dos pais é identificar se é uma queixa espontânea destes ou se a criança vem à consulta por encaminhamento da escola.

A história deverá identificar quando o problema foi inicialmente percebido; quais as razões identificadas pelos pais que poderiam ter sido desencadeantes; as atitudes tomadas pela escola e pelos pais; a evolução e os tipos de dificuldades apresentados; os recursos utilizados e as condutas adotadas.

O interrogatório sobre os diversos aparelhos permite explicitar queixas orgânicas que podem interferir no dia-a-dia do escolar. A identificação de doenças crônicas, que impliquem tratamentos prolongados, deve se acompanhar de esclarecimentos sobre o modo como a doença e seu tratamento são percebidos pela criança e família, além das repercussões sobre a rotina escolar. Chama-se atenção para os diagnósticos de asma brônquica, doença reumática, convulsões, diabetes, cardiopatia e neoplasia. É preciso lembrar que essas doenças não necessariamente comprometem o desempenho escolar.

Nos antecedentes pessoais, recuperar dados da gravidez e do parto realmente importantes. A referência a uma anóxia neonatal não autoriza relações lineares simplistas de causa-efeito com as dificuldades escolares. Intercorrências mais sérias no parto e período neonatal, eventualmente, poderão ter seqüelas, cuja superação estará condicionada pelas condições posteriores de vida.

Quando há história de numerosas internações anteriores, apesar de este fato necessitar de maiores estudos, acredita-se que os efeitos psicológicos da separação mãe-filho durante a hospitalização possam de alguma forma, interferir no modo como a criança se relaciona com o aprendizado em diferentes setores. Além disto, o papel de criança "doente", "fraca", decorrente deste fato, pode repercutir na forma de percepção da criança não só pela escola como pelos pais, comprometendo os processos de interação e desenvolvimento.

Informações sobre os hábitos alimentares, nesta idade, mais do que esclarecimentos sobre a nutrição da criança dão uma idéia da dinâmica de relacionamento dos pais com a criança, principalmente em relação às práticas de disciplina e colocação de limites. Estes dados refletem o tipo de educação adotado na família.

Os antecedentes mórbidos familiares revelam as relações da criança com histórias de doença ou morte na família. A presença de queixas de dores recorrentes em familiares próximos pode induzir o mesmo tipo de queixa na criança, que passa a assumir um comportamento de "doente".

O desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) progresso deve ser analisado à luz dos processos de interação e das situações concretas de vida.

A escolarização anterior da criança deve ser recuperada em todos os seus aspectos. Abaixo indicam-se algumas das informações mais importantes a serem obtidas:

- A escolaridade anterior da criança – quando se iniciou, como foi preparada a entrada na escola e qual a reação da criança; o desempenho escolar anterior; nos casos em que ocorre mudança de comportamento em relação à escola investigar fatores temporalmente relacionados;
- Identificar mudanças freqüentes de professores;
- O relacionamento com professores e colegas e com as normas disciplinares da escola;
- Opinião da criança sobre a escola e o estudo;
- Caracterizar o rendimento escolar: identificar se há realmente mau rendimento ou apenas expectativas exageradas da família; se há dificuldades reais, em que áreas são mais nítidas;
- Composição familiar, nível de instrução, atitudes em relação à escola e professores, valorização de atividades intelectuais, reação familiar às dificuldades da criança; desempenho escolar dos irmãos e atitudes dos pais em relação a cada filho em particular; expectativas quanto ao futuro dos filhos;
- Tipo de escola, relacionamento família-escola, conflitos de valores entre pais e escola;
- Opinião da professora ou orientadora pedagógica sobre a criança e as dificuldades que apresenta.

No processo de conhecimento do escolar com o qual se lida, é fundamental saber como é o seu dia-a-dia. Para tanto, pede-se à criança que descreva um dia comum, relatando todas as atividades que costuma

fazer, onde e com quem. Como se verá, estes dados são importantes na avaliação do estágio de desenvolvimento da criança.

As características de personalidade e temperamento da criança, os comportamentos adotados, as atividades preferidas vão permitindo conhecê-la e avaliá-la melhor. A sexualidade também reflete as relações familiares, ou seja, o modo como a família lida com as questões sexuais favorecendo ou bloqueando o desenvolvimento da criança.

Finalmente, pretende-se um conhecimento maior das relações intrafamiliares, das características do núcleo familiar e das formas de inserção da criança neste núcleo.

A postura da criança durante a consulta é mais um dado para o conhecimento e avaliação do seu desenvolvimento. A desenvoltura com a qual se afasta dos pais e se locomove no consultório, a habilidade em se despir e posteriormente vestir-se e calçar-se, as relações de dependência que manifesta com a mãe, são elementos valiosos na compreensão da criança.

Exame físico

O exame físico, incluindo a avaliação neurológica, geralmente é um procedimento que adiciona poucas informações àquelas obtidas pela anamnese; entretanto, deve ser sempre realizado.

Avaliação do Desenvolvimento

O profissional de saúde tem condições de, pela avaliação de situações habituais vivenciadas pelo escolar, caracterizar o seu desenvolvimento. Dificilmente, um teste de QI poderá fornecer mais dados do que a própria história de vida da criança. Além disso, os testes intelectuais existentes foram idealizados e padronizados em crianças pertencentes aos estratos superiores da sociedade, muitas vezes em outros países. O desenvolvimento de cada criança processa-se segundo o tipo de experiências vivenciadas, as quais são determinadas pelos valores sociais, culturais e históricos do grupo a que pertence. Esses valores fazem com que, em determinado meio, certas capacidades e habilidades sejam mais valorizadas que outras e, portanto, sejam mais estimuladas. Assim, apesar de uma mesma base anátomo-fisiológica, o desenvolvimento cognitivo pode se expressar de formas diferentes, segundo o direcionamento realizado pelo contexto de vida da criança. Aceitar como dado absoluto a avaliação de qualquer criança por um teste padronizado em determinadas condições, em um grupo social específico, em um espaço geográfico e temporal concreto, significa ignorar diferenças fundamentais entre populações diferentes; significa ainda aceitar a noção de superioridade intelectual de uma comunidade sobre outra, de um grupo étnico sobre outro.

Em termos práticos, não se pode exigir o mesmo desempenho, em um teste que utilize lápis e papel, em duas crianças, uma acostumada a brincar com esse material e outra que só raramente usa um lápis. Avaliar a criança através das suas próprias atividades habituais é, antes de tudo, respeitar essa criança. Pode-se discutir se a forma de expressão do desenvolvimento da criança é adequada às necessidades para a escolarização. Porém, para que esta criança desenvolva seu potencial é importante, entre outras coisas, que a escola a respeite em sua individualidade, seu ritmo de aprendizagem e seu desenvolvimento anterior.

Propõe-se que, em vez de testes e questões padronizados, geralmente enfatizando "o que a criança não sabe", a avaliação ocorra sob a perspectiva inversa: a valorização de "o que a criança já sabe". Em termos concretos, significa perguntar à criança suas atividades, brincadeiras, jogos, responsabilidades, isto é, conhecer um pouco seu contexto de vida, preferências e gostos.

A partir dessas informações, o profissional de saúde pode avaliar as capacidades e habilidades. O profissional de saúde deve conhecer as diferentes fases do desenvolvimento, suas características principais e as idades correspondentes, e ser capaz de abandonar regras e tabelas rígidas e avaliar cada criança em sua individualidade. Por exemplo, uma criança que conte uma história ou um passeio tem boa memória; que obedece a uma seqüência de ordens simples tem memória imediata, compreensão e relação temporal; quando inventa brincadeiras, constrói pequenos brinquedos ou desenha, tem criatividade e atividade motora fina; quando anda de bicicleta, sobe em árvores, tem boa coordenação motora, equilíbrio e esquema corporal desenvolvido. Desta forma, se a criança sabe construir uma pipa, é dispensável avaliar sua coordenação motora fina por meio de desenhos (cópias de imagens simples, como cruz, figuras geométricas). Deve ficar claro que não se trata de

propor outros instrumentos de avaliação, ou seja, perguntar se sabe andar de bicicleta, se sabe fazer uma pipa, abordagem tão viciada quanto os testes aqui criticados.

A proposta é, partindo-se das funções neurológicas básicas que se pretende avaliar, procura-se identificar situações na vida da criança que para a sua realização exijam a maturação destas funções. Por exemplo, para avaliar a memória global, memória auditiva, audição, fala, entre outras, podem ser utilizadas situações como fazer compras corretamente sem necessidade de listas escritas, cantar uma música, contar um desenho ou novela da televisão. Para lidar com dinheiro é fundamental a presença de raciocínio aritmético, fato que é negado quando se afirma que uma criança habituada a passar troco em barraca de feira não tem tal raciocínio por não conseguir realizar as operações formais na sala de aula. Por outro lado, para saber o valor do dinheiro, é necessário um conhecimento anterior e uma prática com ele. Portanto, o saber lidar com dinheiro só pode ser utilizado na avaliação do raciocínio aritmético quando existe o conhecimento prévio. Da mesma forma, se uma criança não costuma fazer compras, este dado não significa uma "incapacidade" ou "imaturidade" sua.

A mesma diferenciação deve ser feita entre a percepção do esquema corporal (lateralidade) e o saber denominar direita e esquerda.

São apresentadas, a seguir, algumas situações freqüentes na vida das crianças e as capacidades e habilidades correspondentes, como exemplos concretos, para que se apreenda mais facilmente a proposta aqui apresentada. É importante ressaltar que a avaliação das diversas áreas se superpõe constantemente, sendo separada por itens apenas para facilitar a compreensão.

1. MEMÓRIA

a) Global

- sabe fazer compras corretamente (sem necessidade de listas escritas);
- descreve um passeio, contar uma história;
- relata como vai para a escola ou para casa.

b) Visual

- reconhece símbolos visuais presentes em sua vida, como cor ou outra característica do carro da família ou ônibus que usa com freqüência;
- sabe desenhar;
- identifica cores.

c) Auditiva

- reconhece sons, músicas de que gosta, canta uma música;
- obedece a uma seqüência de ordens simples.

2. RACIOCÍNIO ARITMÉTICO

- identifica os numerais, número de irmãos;
- sabe contar, fazer contas;
- sabe lidar com dinheiro, compras, troco.

3. RELAÇÃO ESPACIAL

- na conversa (durante a consulta) emprega conceitos de em cima, embaixo, ao lado, dentro, fora, sair, entrar, longe, perto (criar situações na conversa que propiciem o aparecimento destes conceitos).

4. ESQUEMA CORPORAL

- anda de bicicleta, carrinho de rolemã;
- pula corda, amarelinha;
- anda em cima de muro, sobe em árvores;
- tem noção de lateralidade – direita/esquerda (não se trata de denominar, mas perceber a diferença).

5. RELAÇÃO TEMPORAL

- na conversa aparecem conceitos de: antes, durante, depois, dia, semana, mês. Por exemplo, em relação à data de aniversário, festas, horário da escola, refeições, irmãos mais velhos e mais novos etc.
- ritmo: quando tem o conceito de velocidade: mais rápido versus mais lento (por exemplo, correr versus andar); se sabe assobiar, batucar, cantar, tocar qualquer instrumento.

6. TAMANHO, FORMA, CORES

Através de objetos de casa ou do consultório observar:

- a) tem conceito de igual versus diferente
 - maior, menor, igual;
 - mais leve, mais pesado.
- b) sabe diferenciar formas geométricas: círculo, quadrado etc. (não se trata de denominar, o que requer conhecimento prévio, mas perceber igualdades e diferenças).
- c) sabe identificar cores
 - se a criança não conhece o nome das cores, verificar se discrimina cores iguais e diferentes.

7. COORDENAÇÃO MOTORA E EQUILÍBRIO

- usa preferencialmente situações de brinquedo;
- anda de bicicleta, sobe em árvores, joga bola, corre, nada;
- faz/empina pipa ou quadrado;
- desenha, monta brinquedos de armar ou quebra-cabeças.

Avaliação da Audição e Fala

Áreas específicas como a audição e fala podem ser avaliadas razoavelmente pelo profissional de saúde, sem necessidade de técnicas e instrumentos sofisticados. Em relação à fala, deve se lembrar da existência de diferentes padrões e normas lingüísticas no Brasil, segundo regiões geográficas e sociais, para não diagnosticar como distúrbios de fala uma linguagem socialmente aceita e difundida. Se nenhum método simplificado se iguala à audiometria completa, as reações da criança a sons e ruídos, sua linguagem e compreensão de ordens permitem identificar os casos em que a avaliação específica está indicada.

Os itens relacionados a seguir são apenas exemplos de questões que auxiliam no "screening" da audição e fala. A partir destes exemplos, deve-se buscar as situações, dentro da vivência da criança, que permitam uma avaliação mais adequada.

1. AUDIÇÃO

- Apresenta reação a barulhos:
 - latido, avião, buzina, carro (reconhece som do carro do pai?)
 - campainha de telefone;
 - campainha ou palmas – percebe? Chama a mãe para atender?
- Atende o telefone.
- O modo como a criança assiste TV e escuta rádio.
- Reconhece os sons (música e outros) dos programas que gosta (quando está longe vem correndo assistir).
- Tem compreensão (diferenciar de obediência, distração etc.);
 - atende a ordens verbais não acompanhadas por gestos (utilizar situações agradáveis para a criança, como "vá buscar os sapatos para passear");
 - atende a chamados.

Esta avaliação é feita durante toda a consulta, observando-se como a criança responde às perguntas feitas.

Em caso de dúvida, tentar conversar de costas para a criança (para que não ocorra leitura labial).

2. FALA

- Fala de forma inteligível
 - outras pessoas entendem o que a criança fala (exceto mãe e irmãos muito ligados);
 - consegue fazer compras sem lista escrita;
 - consegue contar histórias ou alguma experiência anterior (passeio, novela, filme ou desenho na TV, brincadeira etc.) para o examinador.
- Apresenta trocas ou omissões de letras
 - diferenciar de padrões sócio-culturais, como "brusa" por blusa, "crube" por clube.
- Se a criança já estiver alfabetizada, pedir para ler palavras simples.
- Em caso de dúvida, pedir para a criança repetir palavras soltas, estando de costas para o examinador. O examinador deve dizer as palavras em voz baixa, pausada, monótona (sem entonações). Exemplos: faca/vaca – pente/dente – dado/pato etc.
- Se a criança não conseguir falar corretamente, apresentar os pares (ex.: faca-vaca, faca-faca, vaca-vaca), pedindo para dizer se são palavras iguais ou diferentes.
- Fala grupos consonantais: prato, Brasil, frente, clara, blusa, macarrão etc.
- Pedir à mãe que traga algum caderno da criança.

A partir dessa avaliação pode-se reconhecer que a capacidade de aprender "as coisas da vida" está presente, isto é, a capacidade cognitiva da criança está preservada e o que é preciso ser visto é porque essa criança não aprende "as coisas da escola". Reafirmar a normalidade da criança e sua auto-estima é a função maior do profissional de saúde diante dessas crianças. Entender porque a criança não está aprendendo na escola é função da escola.

A Inclusão de Crianças com Necessidades Especiais

LUCILA FALEIROS NEVES
SIOMARA ROLLA CHEN

Neste pequeno enunciado estão contidos importantes conceitos que poderão ajudar na compreensão da abordagem que estamos dispostos a desenvolver em relação às **crianças com deficiência** física, mental, visual, auditiva, múltipla, transtornos globais do desenvolvimento e outras que, por suas condições atípicas de danos ou doenças, enfrentam limitações no desempenho de suas atividades e restrições na sua plena participação em função de estruturas sociais que não contemplam a diversidade humana.

Assim, **necessidades especiais** devem ser consideradas como necessidades de equiparação de oportunidades para a garantia de inclusão de todas as pessoas com suas diferenças e singularidades aos bens e serviços da comunidade.

Diferentemente do processo de **integração** social em que a inserção depende exclusivamente das condições pessoais para participar, ou seja, da capacidade pessoal máxima para se adaptar às demandas sociais da maneira que elas se impõem, a **inclusão** constitui-se num processo bilateral pelo qual as pessoas excluídas, deficientes ou não, e a sociedade buscam em parceria, melhorar suas condições, equacionar problemas, decidir sobre propostas e ações para garantir oportunidades de participação para todos.

A **Resolução 37/52 da Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas** - ONU, 1982, aprovou o Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência "cuja finalidade é promover medidas eficazes para a prevenção da deficiência, para a reabilitação e a realização dos objetivos de igualdade e participação plena das pessoas deficientes na vida social. Isto significa oportunidades iguais às de toda a população e participação equitativa na melhoria das condições de vida resultante do desenvolvimento social e econômico".

Em 1990, a **Resolução 45/91 da Assembléia Geral da ONU**, "implementa e muda o foco do Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência passando da ênfase da conscientização para a ação, com o objetivo de se concluir com êxito uma **sociedade para todos no ano de 2010** e atender mais adequadamente a numerosa demanda por serviços de assistência e apoio". Isto está de acordo com o eixo da carta de Ottawa de criação de ambientes saudáveis, não somente do ponto de vista físico, mas de promotor de oportunidades.

As ações de saúde a serem implementadas em relação às pessoas deficientes envolvem necessariamente os seguintes aspectos:

1. Prevenção nos níveis primário, secundário e terciário
2. Intervenções específicas de reabilitação e equiparação de oportunidades
3. Inclusão

E são os diferentes níveis de alcance de cada uma destas ações que irão garantir a construção de um sistema de atenção integral à saúde da pessoa com deficiência.

1. Prevenção de deficiências: definida como a adoção de medidas destinadas a impedir que se produza deficiência física, mental ou sensorial (prevenção primária), ou impedir que as deficiências, quando já se produziram, tenham conseqüências físicas, psicológicas e sociais negativas (nível secundário). ONU 1993

Dados da Organização Mundial de Saúde – OMS, apontam que 50% das deficiências são evitáveis no âmbito da prevenção, tendo em vista as seguintes ações:

- a) promoção de saúde
 - cuidado pessoal e do ambiente, educação sobre acidentes domésticos e de trânsito, estímulo e cuidados na atividade física, suporte contra a violência, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento
- b) proteção específica
 - imunização contra doenças transmissíveis, medidas de controle de doenças endêmicas, suporte à nutrição adequada
- c) detecção precoce
 - testes de acuidade visual, triagem auditiva, avaliações funcionais das habilidades sensório-motoras, avaliação psicológica
- d) prevenção de incapacidades
 - orientar sobre posicionamento adequado, manuseio e facilitação nas atividades da vida diária –alimentação, vestuário, higiene,
 - favorecer a aquisição de novas habilidades neuropsicomotoras,
 - realizar avaliação clínica e intervenções terapêuticas,
 - apoiar as famílias no processo de inclusão da criança com deficiência.

2. Acessibilidade ao tratamento/reabilitação e a equiparação de oportunidades

A Declaração Universal dos Direitos da Criança - ONU, 1959 aponta que: "À criança incapacitada física, mental ou socialmente serão proporcionados o tratamento, a educação e os cuidados especiais exigidos pela sua condição peculiar".

Reabilitação: conceituada como processo terapêutico de duração limitada com objetivos definidos de potencializar habilidades e proporcionar meios, de modo a favorecer que a pessoa alcance um nível físico, mental e/ou social funcional, para que possa modificar a própria vida em direção a maior autonomia e independência. Incluem-se medidas destinadas a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional e outras destinadas a facilitar a inserção ou reinserção social. ONU, 1993.

Igualdade de oportunidades: definida como processo mediante o qual o sistema geral da sociedade – o meio físico e cultural, a habitação, o transporte, os serviços sociais e de saúde, as oportunidades de educação e de trabalho, a vida cultural e social, inclusive as instalações esportivas e de lazer – torna-se acessível para todos. ONU, 1993.

Considerando estas duas dimensões propomos:

- a) *Serviços descentralizados e equipes de reabilitação* (Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia) incorporados na rede de serviços de saúde para diagnóstico, avaliação funcional das capacidades motora, sensorial e psicológica, intervenção interdisciplinar para crianças com necessidades especiais e apoio às famílias no manejo com as especificidades da deficiência.
- b) *Acesso à tecnologia assistiva* (ajudas técnicas)

Esse processo consiste na informação, indicação, acesso e adaptação de equipamentos, produtos e sistemas que propiciem a melhora ou manutenção das habilidades das crianças com limitações funcionais, reduzindo incapacidades e facilitando a realização de atividades da vida diária e da vida prática nos diversos domínios do cotidiano.

O Decreto nº 3298 de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei federal nº 7.853 de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a **Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência** no Capítulo da Equiparação de Oportunidades e inclui a concessão de órteses, próteses, bolsas coletoras e materiais auxiliares como equipamentos que fazem parte da assistência integral à saúde e reabilitação, complementando o atendimento, aumentando as possibilidades de independência e inclusão. Considera ainda, ajudas técnicas, as próteses auditivas, visuais e físicas, as órteses que favoreçam a adequação funcional, equipamentos de mobilidade, de cuidado e higiene pessoal necessários para facilitar a autonomia e a segurança, utensílios adaptados para o trabalho, adaptações ambientais e outras.

- c) *Oficinas e grupos de atividades* que potencializem as oportunidades de envolvimento na comunidade minimizando as desvantagens sociais decorrentes da restrição e limitação na participação social da criança com deficiência.

3. Apoio à inclusão de crianças com necessidades especiais no ensino regular

A Declaração de Salamanca -UNESCO, 1994 pode ser considerada um marco no compromisso com a Educação para Todos, reconhecendo a necessidade e a urgência de ser o ensino ministrado, no sistema comum de educação, a todas as crianças, jovens e adultos com necessidades educativas especiais. A experiência acumulada neste sentido mostra que uma rede de apoios intersetoriais ainda é necessária para um processo de inclusão de qualidade.

Para a implementação de tais ações propomos:

- a) *Suporte terapêutico interdisciplinar à criança e cuidadores*
- b) *Recursos de tecnologia assistiva* como:
 - Sistemas de Comunicação Suplementar e/ou Alternativo -SCSA , Libras, Braille, Programas de Informática adaptados
 - Recursos ópticos (lupas, lentes, grandes telas de impressão, sistema de aumento e contraste para leitura).
 - Adaptação do ambiente físico escolar e entorno (rampas, elevadores, corrimão, piso diferenciado, banheiros ampliados, barras de apoio, guias).
 - Materiais adaptados para vida independente (ponteiras de cabeça, engrossador e alças para lápis, caneca, colher, teclados, cadeiras com apoios adaptados)
 - Auxílios de mobilidade e adequação postural no sentar – "Seating" (cadeiras de rodas e sistemas de apoio e segurança em cadeiras)
- c) *Parcerias na capacitação e acompanhamento de professores, profissionais da saúde e cuidadores* para o manejo das diferentes necessidades das crianças para a inclusão
- d) *Fóruns de discussão técnica intersecretarial e intersetorial* sobre concepção e estratégias nos processos de inclusão, acessibilidade no transporte e equiparação de oportunidades
- e) *Reuniões clínico-institucionais* sobre os processos de inclusão
- f) *Oficinas terapêuticas* de crianças com necessidades especiais e outras para promoção do acolhimento, interação, respeito e aprendizagem com o diferente
- g) *Grupos de atividades comunitárias* com enfoque nas diferentes condições de participação e diversidade humana.

A Prevenção do Uso, Abuso e Dependência de Drogas em Crianças

LUCIANA GONÇALVES
FRANCISCO CORDEIRO

Lidar com os problemas decorrentes do uso, abuso e dependência de álcool e outras drogas é uma das prioridades da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, no Projeto Cabeça Feita. O objetivo desse projeto é abordar a questão do uso de álcool e outras drogas de maneira ampla, sob a perspectiva da saúde pública, respeitando os direitos humanos dos usuários.

A prevenção primária com articulações intersetoriais é realizada por meio de ações educativas e ações que tentam restringir o acesso às bebidas alcoólicas. A prevenção secundária prevê estratégias de redução de danos, detecção precoce de abuso de álcool na atenção básica e melhora da atenção nos serviços de emergência. Ainda, está sendo planejada a reorganização e a expansão da rede especializada de tratamento aos dependentes.

O uso de drogas, incluindo álcool e tabaco, tem prevalência diferenciada na sociedade brasileira, de acordo com a condição social, faixa etária, razões para o uso, entre outras características da população. O uso de drogas é um fenômeno multi-causal. Poucas pesquisas epidemiológicas sobre este tema incluem a faixa etária até os 10 anos de idade e seus resultados são preocupantes, porque as crianças estão cada vez mais precocemente incluídas nestas estatísticas. O levantamento realizado pelo CEBRID (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas), em 1997, com 15.503 estudantes de 1º e 2º graus em 10 capitais brasileiras, revela que o uso inicial de drogas é bastante precoce para estes jovens, uma vez que 51,2% deles, com idade entre 10-12 anos, já fizeram uso na vida de álcool; 11% usaram tabaco; 7,8% solventes; 2% ansiolíticos e 1,8% já utilizaram anfetamínicos.

Com relação ao uso freqüente (seis ou mais vezes no mês), também se constatou o predomínio de álcool e tabaco. O consumo destas substâncias, de maneira freqüente, é uma realidade para 15% e 6,2% dos estudantes, respectivamente. A seguir aparecem os solventes e a maconha, utilizados freqüentemente por 1,3% e 1,1% dos estudantes; o uso de ansiolíticos e anfetamínicos foi citado por 0,7% dos entrevistados, enquanto que 0,4% referenciaram o uso freqüente de cocaína. As drogas mais comumente usadas por crianças e adolescentes em situação de rua são o tabaco (uso diário de 71% em São Paulo), os inalantes (24,5% em São Paulo), a maconha e o álcool (6,5% em São Paulo); seguidas da cocaína e derivados nas capitais do Sudeste do país (6% em São Paulo). Segundo a mesma pesquisa, os inalantes e a maconha foram as drogas iniciais, tendo muitas crianças relatado que começaram a usá-las antes dos oito anos de idade.

As ações prioritárias para lidar com esta questão devem ser de cunho preventivo, além de contemplar serviços de tratamento para crianças. As estratégias de prevenção têm um papel fundamental, pois o risco de experimentação de drogas aumenta à medida que avança a idade, por isso, recomenda-se que as intervenções preventivas sejam iniciadas antes dos 10 anos de idade.

É importante que seja promovida a capacitação dos professores para lidar com esse assunto dentro do espaço escolar. Orientar os alunos em relação ao uso de droga e suas possíveis conseqüências e encaminhá-los aos serviços de saúde quando necessário devem ser atribuições de todo corpo técnico da escola. Estes objetivos são comuns ao enfoque assumido pelo projeto das Escolas Saudáveis.

Dessa faixa etária, a escola é um parceiro fundamental. Admitindo-se que a maioria das crianças desta faixa etária está na escola durante boa parte do tempo, a abordagem preventiva ao uso de drogas deve estar integrada no dia-a-dia escolar. Quaisquer ações devem ser baseadas na idéia de "qualidade de vida" e não em informações sobre os efeitos das drogas ou mesmo na abordagem que tem como lema a "guerra às drogas" que já se provou contraproducente. Ressaltar um estilo de vida sem o uso de drogas, oferecer outras atividades prazerosas (esportivas, culturais), entre outras idéias, devem constar nas ações dirigidas às crianças.

Por outro lado, para as crianças que estão na rua e sem contato com a escola, deve-se ter estratégias diferenciadas, quanto à abordagem e intervenções no próprio local onde elas vivem, privilegiando o enfoque de reduzir os danos decorrentes do uso de drogas. Sob o mesmo ponto de vista (de ir ao encontro dessas crianças em seus espaços, seja a rua, seja a escola), trabalham as equipes do Programa de Saúde na Família. O acesso aos domicílios abre a possibilidade de identificar demandas que podem estar escondidas e, conseqüentemente, não-tratadas. Como porta de entrada privilegiada do sistema de saúde, os profissionais do PSF podem fazer a abordagem inicial, orientar e encaminhar para outros níveis de atenção, se necessário.

Ainda que seja pequeno o número de crianças que necessite assistência, a disponibilidade de tratamento para essa faixa etária específica é imperativa. É necessário que se tenha conhecimento específico sobre a ação das drogas e conhecimento para uma abordagem inicial.

Para a compreensão do uso de substâncias é necessário entender a complexa relação entre fatores que afetam o início e a continuação do uso. Uma maneira é a análise dos aspectos negativos e positivos relacionados ao uso de drogas e a avaliação dos fatores protetores e de vulnerabilidade que influenciam o uso de substâncias.

Substâncias psicoativas

São substâncias que quando consumidas afetam a maneira que as pessoas se sentem, pensam, vêem, cheiram e se comportam. Podem ser produtos naturais, medicinais ou industriais. Algumas são legais (álcool e cigarro) e outras ilegais (maconha, cocaína e crack).

Padrões de uso de substâncias psicoativas e suas conseqüências

O padrão de uso de substâncias é determinado pelo preço, disponibilidade das substâncias, predisposição pessoal e situação de uso.

Intoxicação: é um estado temporário que segue o uso de substâncias com alteração de comportamento e percepção, os efeitos dependem da substância utilizada e da susceptibilidade do indivíduo. Uma pessoa intoxicada (overdose) tem maior risco de ter convulsões e morte súbita. Tem maior chance de se envolver em acidentes, violência e sexo inseguro.

Uso prejudicial ou abuso: é um padrão de uso que resulta em problemas físicos ou mentais. Nem sempre os problemas são decorrentes da intoxicação. Padrões de uso experimental ou ocasional também podem acarretar problemas.

Dependência: é um padrão no qual o usuário tem desejo intenso de consumir a substância e não consegue controlar o uso. O uso da substância torna-se uma atividade central no cotidiano e, a longo prazo, aumenta a tolerância, isto é, a mesma quantidade de droga provoca efeito menos intenso. O consumo dessas drogas continua apesar dos prejuízos observados.

Abstinência: sinais e sintomas relacionados à falta da substância que era utilizada regularmente. Crianças e adolescentes raramente têm síndrome de abstinência. As síndromes de abstinência mais graves são de álcool e sedativos porque podem provocar convulsões e delírios.

O papel das drogas psicoativas

As crianças usam substâncias psicoativas para acrescentar ou resolver situações em suas vidas. Problemas como falta de recreação, isolamento social, tédio, problemas com a família, medo, solidão são mini-

mizados pelas sensações oferecidas pelas drogas. O uso de drogas pode ser uma diversão, faz com que as crianças se sintam ligadas a um determinado grupo, diminui dor e medo, alivia sentimentos depressivos, facilita o sono e em alguns momentos pode dar coragem para atos agressivos ou ilegais.

O uso de drogas por crianças pode ter conseqüências físicas como desnutrição, maior chance de sofrer acidentes, convulsões e infecções. Conseqüências psicológicas são restrição de interesses, mudança de estilo de vida, depressão, alterações de memória e concentração, dificuldade de aprendizagem.

A família e a comunidade também sofrem conseqüências do uso de drogas pela criança, como abandono de responsabilidades, desentendimentos, agressividade verbal e física, realização de atividades ilegais para manter o hábito, maior susceptibilidade a acidentes, envolvimento no tráfico, entre outras.

Como avaliar o comportamento das crianças

Existem seis esferas que necessitam de avaliação:

- Situações que geram estresse
- O modo como são vistas as drogas
- Efeitos no comportamento
- Capacidades e habilidades das crianças
- Vínculos
- Estrutura do indivíduo e recursos de ajuda disponíveis

Quanto mais fatores de risco estiverem presentes na vida de determinadas crianças, maior é o risco de começar, intensificar e manter o uso de drogas. E quanto mais fatores de proteção presentes, menor a chance das crianças se envolverem em comportamentos de risco. Devem ser avaliados fatores de risco e de proteção de cada criança e planejar como aumentar os fatores de proteção e como diminuir os fatores de risco.

1. SITUAÇÕES QUE GERAM ESTRESSE

As situações que mais comumente geram estresse em crianças podem ser facilmente observáveis (presença de alguma deficiência física, situações de violência, más condições de moradia) ou podem ser mais sutis (abuso emocional, trauma). Quanto maior o estresse, maior a chance da criança recorrer ao uso de drogas. Outros exemplos de situações de estresse são: morte dos pais, acidentes, abuso físico ou sexual, pobreza, dificuldades psicológicas, falta de acesso à escola e ao lazer, mudança de cidade, problemas de relacionamento com amigos.

2. O MODO COMO SÃO VISTAS AS DROGAS

Uma pessoa tem maior chance de usar determinada droga se essa droga for considerada normal no meio onde vive. Drogas legais são mais utilizadas que drogas ilegais. Quanto mais fácil for obter uma droga, maior a chance de ser usada (álcool, tabaco, solvente). O preço da droga influi no uso, quanto mais barata, mais fácil de ser usada. Por isso crianças usam álcool, solventes e crack. Propagandas de bebidas alcoólicas e cigarro estimulam o uso dessas substâncias pelos jovens. A apresentação do uso de drogas positivamente em filmes, desenhos e livros aumenta a normalização do uso. A aceitação da comunidade em relação a determinada droga também é um fator importante. Várias crianças moram em regiões onde produção e venda de determinada droga é importante para a comunidade como um todo. Os traficantes são considerados protetores de algumas comunidades e são modelos de pessoas bem sucedidas. Drogas que são importantes na cultura da região geralmente são consideradas normais. O álcool é utilizado para celebrar ocasiões especiais, o que faz com que seu uso seja considerado normal. Ao decidir se usa ou não determinada substância, uma pessoa vai observar o comportamento das pessoas mais próximas e semelhantes.

3. EFEITOS NO COMPORTAMENTO

O efeito da substância depende do usuário, da substância e da situação. Além das diferenças de ação das drogas, os usuários têm diferentes condições físicas e de estado emocional, variadas expectativas em rela-

ção ao uso e experiências prévias que influenciam no efeito obtido. As características do ambiente, tais como o local de uso, o clima do momento e as expectativas do grupo são fatores importantes.

4. CAPACIDADES E HABILIDADES

São competências físicas, psicológicas, sociais, morais e vocacionais necessárias para lidar com as demandas do cotidiano. São necessárias várias estratégias para que uma pessoa aprenda a lidar com estresse, como por exemplo: procurar apoio de outras pessoas, afastar-se de situações perigosas, lidar com problemas de saúde. Quanto maior a habilidade de uma criança para lidar com o estresse, menor a chance do uso de droga diante de problemas.

5. VÍNCULOS

Os indivíduos estabelecem ligações com pessoas, animais, objetos e instituições. Ter pelo menos um vínculo afetivo intenso e a sensação de ser aceito é importante para o desenvolvimento da auto-estima. Crianças têm maior chance de não iniciar ou de abandonar o uso de drogas quando têm vínculo afetivo intenso com pessoas que não usam.

6. ESTRUTURA DO INDIVÍDUO E RECURSOS DE AJUDA DISPONÍVEIS

A estrutura interna da criança e os recursos usados para satisfazer necessidades físicas e emocionais interferem na busca ou não das drogas. Recursos ou estrutura interna são: inteligência, capacidade de trabalhar, educação, religião, otimismo, senso de humor. Recursos externos são: informação, família, amigos, educadores, modelos de comportamento positivos, organizações da comunidade, escolas, igrejas, serviços sociais, serviços de saúde, atividades de recreação.

Prevenção

O termo prevenção geralmente é associado à atuação nas escolas para crianças e adolescentes. Em relação à prevenção, há consenso de que somente oferecer conhecimento não resulta em alteração de comportamento. A discussão sobre o uso abusivo de álcool e drogas deve estar incluída no currículo e ser feita por quem já tenha um bom vínculo com os alunos, como colegas ou professores. Estudos que avaliam a eficácia e efetividade das medidas de prevenção mostram resultados positivos, que não se mantêm com o decorrer do tempo. Portanto, essas medidas devem ocorrer de maneira mais contínua e sistemática. Fatores que podem dificultar a implementação e adoção de projetos de prevenção devem ser avaliados desde o início, como recursos humanos, capacitação de pessoal, custos, espaço físico, tempo necessário para implementação. Outro fator essencial é a institucionalização e o financiamento contínuo do projeto.

Programas educativos do tipo "Diga não às drogas" não são realistas e por mais que se deseje a abstinência total para as crianças e jovens, eles continuarão experimentando drogas. Por isso, programas preventivos devem fornecer informações realistas. Se, por exemplo, a mensagem "droga mata" é veiculada em determinado programa, provavelmente gerará descrédito entre os jovens, pois eles podem já ter presenciado várias situações de uso de droga não associadas à morte ou a problemas graves de saúde. Programas educativos devem levar em consideração a capacidade e autonomia dos jovens para tomar decisões. A diferença entre uso, abuso e dependência deve ficar clara. Deve ser salientada a importância da moderação e do cuidado com a situação em que se decide usar alguma droga.

A promoção da saúde mental deve sempre estar focalizada em mudanças de atitudes, como a redução de preconceitos e a desestigmatização das doenças mentais. Atividades de promoção de saúde mental incluem:

- desenvolver programas com ênfase na interação das crianças com os pais, que melhorem a qualidade das relações interpessoais, desenvolvimento emocional, cognitivo e físico;
- fortalecer as capacidades dos indivíduos e comunidades;

- promover mudanças sociais para apoiar a saúde mental;
- ajudar indivíduos e grupos expostos a situações particularmente estressantes, visando diminuir conseqüências negativas para saúde;
- promover a noção de identidade social da comunidade;
- promover a integração e apoio de grupos sociais.

Ações preventivas do uso de drogas em crianças

1. MEDIDAS GERAIS

Intervenções preventivas com crianças pré-escolares que demonstraram bons resultados são baseadas em currículos com aprendizagem ativa e intensa participação dos pais, aumentando a ligação entre a vida escolar e a vida familiar. O desenvolvimento do pensamento crítico e da auto-estima é fundamental para a postura da criança diante das drogas.

2. MEDIDAS ESPECÍFICAS

A escola deve aumentar o conhecimento sobre drogas, inserindo o tema no currículo e no seu cotidiano. Para crianças, inicialmente, a informação deve ser dada sobre medicamentos, álcool e cigarro, pois são as drogas que elas têm à disposição. As crianças podem discutir o uso de álcool na sua família, quais os fatores sociais e ambientais que influenciam no uso. A escola precisa ter uma política bem definida para casos de uso de álcool e drogas dentro da escola. Faltas, expulsões, suspensões são indesejáveis, uma vez que crianças que não freqüentam a escola têm risco maior de consumir droga. Atenção especial deve ser dada às crianças que não conseguem cumprir os acordos, mantendo-se sempre o sigilo.

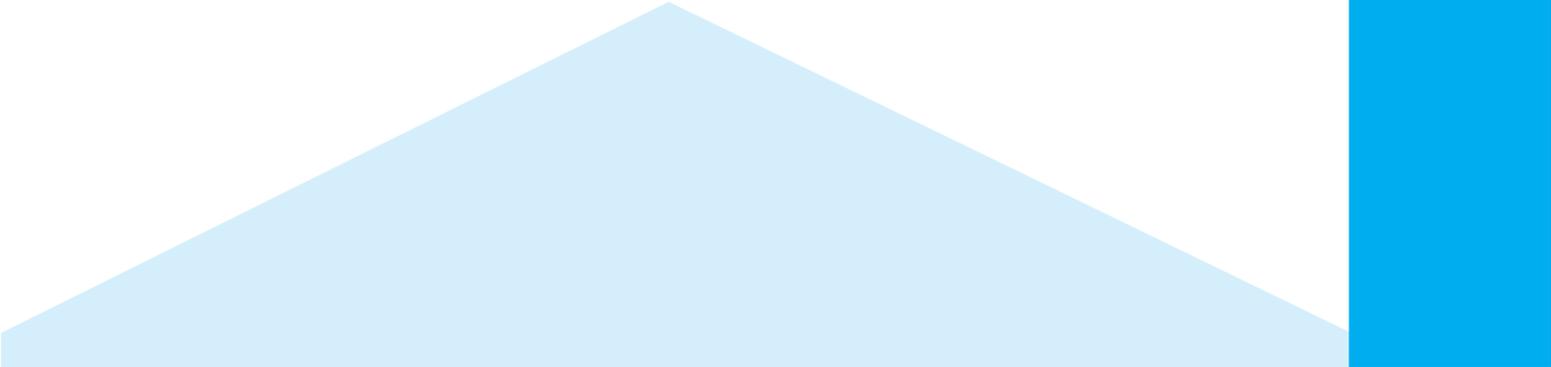
3. ORIENTAÇÃO PARA OS PAIS

Todo apoio deve ser dado aos pais para que possam ter discussões abertas com os filhos. A participação dos pais nos eventos da escola contribui para aproximá-los da criança e de sua vida escolar. Guardar bebidas alcólicas em local de difícil acesso e não permitir que crianças bebam e fumem em casa. Os pais precisam ter consciência de que o seu comportamento e atitudes são modelo para os filhos. A facilidade de acesso ao cigarro, aos medicamentos e solventes pode propiciar o seu uso.



__PARTE IV__

Ações Específicas no
Cuidado da Criança



O Cuidado com a Visão:

LIGIA SANTOS ABREU CALIGARIS, ERICA VIGIANE BICUDO
DENISE CALVO COSTA, SONIA MARIA LAGOA

A visão é a capacidade que o olho tem de perceber o universo que o cerca. Esta capacidade depende da ação coordenada entre o globo ocular, seus anexos e o cérebro. O aparelho visual continua seu desenvolvimento após o nascimento da criança, completando sua maturação por volta dos 8 anos de idade. É nesta época que a visão, resultante de um processo de aprendizado, atinge seu máximo. A saúde ocular está relacionada diretamente às condições gerais de saúde da população.

Aspectos do desenvolvimento da função visual e das estruturas oculares:

Recém-nascido

30 semanas de idade gestacional

- apresenta reação pupilar à luz

40 semanas de idade gestacional

- ao nascer, olhos normalmente fechados
- pupilas contraídas e fotofobia moderada
- percebe o rosto da mãe a 20 cm de distância
- chora sem lágrimas
- a cor dos olhos é mais clara porque a íris tem menos pigmento
- segue objetos deslocados vagarosamente na horizontal
- acuidade visual é de 20/400
- discerne objetos de alto contraste

1 mês

- reação pupilar à luz bem desenvolvida

2 meses

- fixação bem desenvolvida
- acompanha objetos na vertical
- pisca em resposta a ameaças visuais

3 meses

- acomodação e convergência semelhantes às do adulto
- acuidade visual é de 20/200
- campo visual de 60 graus
- olha para as mãos

6 meses

- movimentos oculares são mais rápidos e precisos com deslocamento da cabeça
- acuidade visual é de 20/100
- campo visual de 180 graus
- sensibilidade ao contraste bem desenvolvida

1 ano

- coordenação da atenção visual com a atividade motora
- discriminação de objetos e pessoas
- acuidade visual é 20/60

2 anos

- acuidade visual é 20/30

3 anos

- desenvolvimento anatômico do olho se completa

5 anos

- acuidade visual próxima de 20/20 (1,0)
- visão de profundidade
- aptidão para leitura

6 anos

- acuidade visual 20/20 (1,0)
- maturação do sistema visual

8 anos

- globo ocular do tamanho de adulto

Ações de promoção e prevenção à saúde ocular

Os índices de afecções oculares apresentados pelas crianças apontam para a necessidade de intervenção, tanto na prevenção primária, como na prevenção secundária (pela detecção e tratamento precoces da ambliopia, das ametropias e de outras anormalidades).

Na prevenção primária, concentram-se as ações destinadas a prevenir infecções e acidentes oculares, além de outros problemas oftalmológicos. Ressalta-se a importância dos seguintes aspectos:

- cuidados com a higiene (lavagem do rosto) e alimentação balanceada
- uso adequado de medicamentos oftalmológicos
- imunizações: para a saúde ocular são particularmente importantes as vacinas anti-sarampo e anti-rubéola
- prevenção de acidentes oculares: os traumatismos são considerados como uma das causas principais da perda da visão, sendo causa de cegueira bilateral e monocular em 18% e 50% respectivamente. Os acidentes na infância são mais comuns na faixa etária de 5 a 15 anos, sendo 75% das vítimas do sexo masculino e a ocorrência de acidentes pode ser reduzida em 70% com medidas preventivas (uso do cinto de segurança, criança no banco traseiro dos automóveis, entre outras).
- reconhecimento de sinais e sintomas de distúrbios da visão (aproximar objetos do rosto, prurido ocular, entre outros).

Na prevenção secundária estão envolvidas as ações de detecção e tratamento precoces de distúrbios oculares. A detecção é feita pela observação do olho e do comportamento da criança pelos pais, professores, agentes comunitários de saúde ou qualquer pessoa que conviva com a criança e também pela medida da acuidade visual.

É preciso estar atento ao tamanho, brilho, cor e transparência das diversas estruturas do olho. É fundamental o exame do olho, bem como do comportamento das crianças em relação à visão. Devem ser observadas as seguintes estruturas: pálpebras (se há assimetria da fenda palpebral), conjuntivas (se estão claras), escleras (cor), córneas (transparência), íris, pupilas (simetria, opacidade).

Quanto ao comportamento das crianças, as manifestações variam conforme a etapa de seu desenvolvimento e com o grau de deficiência da acuidade visual existente. Dessa forma, durante o atendimento o profissional de saúde deve observar se a criança:

- aos 2 meses, reage a estímulos luminosos (chora, e demonstra incômodo com foco de luz) e se as pálpebras estão constantemente fechadas ou só se abrem raramente.
- aos 3 meses, ergue a cabeça e demonstra interesse pelo ambiente a sua volta.

- de 4 a 6 meses, converge ou diverge para os lados o olhar, se os olhos tremem com frequência, se há dificuldade para reconhecer a mãe, se expressa alegria ou espanto na presença de estranhos ou se existe interesse da criança por objetos do seu ambiente.
- de 7 a 15 meses, existe dificuldade para engatinhar ou andar e se esbarra frequentemente em móveis e objetos.
- de 2 a 5 anos, se a criança apresenta irritabilidade, agitação, quedas frequentes, insegurança em brincadeiras externas, assiste televisão muito próxima à tela e aproxima objetos ao olho para melhor poder enxergar.
- de 6 a 12 anos de idade, se ocorre o aparecimento de fadiga visual após leitura ou escrita,
- na adolescência, geralmente se manifesta a miopia e observa-se dificuldade para enxergar objetos situados a distância e letras no quadro negro em sala de aula.

Exame Ocular Pelo Médico

O médico deve realizar os seguintes exames:

No recém-nascido e até os 3 meses:

- exame do reflexo vermelho - é feito com a criança sentada no colo da mãe em ambiente de penumbra para provocar dilatação pupilar. Para realizar este teste utiliza-se um oftalmoscópio portátil, colocando-se o disco de enfoque do aparelho no zero; o médico olha através da pupila da criança com o aparelho a uma distância de cerca de 30 a 40cm. O aspecto normal é observar um clarão avermelhado na pupila. Opacidades nos meios transparentes do olho (córnea, cristalino e vítreo) aparecem escuras contra o clarão vermelho.
- reflexo luminoso da córnea para identificar qualquer desvio ocular. Uma luz é colocada a 30 cm de distância e é direcionada aos olhos da criança verificando-se a simetria do reflexo luminoso nas pupilas.
- exame externo para identificar qualquer anomalia estrutural.

De 6 meses a 2 anos:

- exame do reflexo vermelho
- reflexo luminoso da córnea
- oclusão alternada de cada olho (feita com o polegar do examinador). Quando há ambliopia o bebê reage à oclusão de um dos olhos.
- fixação e seguimento de objetos

Fatores De Risco Para Doenças Oculares

Uma anamnese detalhada é importante para saber se é necessário encaminhar o recém-nascido (RN) para um exame oftalmológico. Assim, devem ser examinados pelo oftalmologista todos os RN com:

- história familiar de erros de refração importante, retinoblastoma, cegueira familiar, estrabismo, catarata congênita, glaucoma congênito
- filhos de mães diabéticas
- história de infecções congênitas confirmadas
- história de trauma de parto
- história de permanência em oxigenoterapia
- prematuros com peso de nascimento abaixo de 1500g.

Vale ressaltar, por sua importância, as seguintes doenças:

CATARATA CONGÊNITA

A catarata congênita aparece em 0,4% dos recém nascidos. Pode ser causada por infecção (rubéola, caxumba, herpes, sífilis, toxoplasmose ou CMV), por anomalias cromossômicas (trissomia do 21, 13 ou 18), por

distúrbios metabólicos (hipoglicemia, síndrome de Alport, deficiência de galactose transferase), por herança genética ou síndromes sistêmicas. Para prevenção da ambliopia, a catarata deve ser operada o mais precocemente possível. Se a criança não for operada no primeiro ano de vida, a cirurgia não trará mais benefícios à criança, sendo a cegueira irreversível.

O diagnóstico pode ser feito pelo reflexo vermelho com o auxílio do oftalmoscópio direto. Essa avaliação deve ser feita pelo pediatra em todos os recém-nascidos e se houver opacificação, a criança deve ser encaminhada ao oftalmologista imediatamente.

GLAUCOMA CONGÊNITO

O glaucoma congênito ocorre por elevação da pressão intraocular devido a anomalias estruturais do segmento anterior, com incidência de 0,02% dos RN. Os sinais clássicos do glaucoma congênito são lacrimejamento, fotofobia, blefaroespasmos. Há aumento do globo ocular, megalocórnea, edema corneano e dano ao nervo óptico. Aqui também o encaminhamento precoce é fundamental.

RETINOPATIA DA PREMATURIDADE

A retinopatia da prematuridade (ROP) é uma doença que ocorre em prematuros e afeta vasos da retina em desenvolvimento. Resulta em shunts vasculares, neovascularização e, nas formas mais graves, em descolamento tracional de retina, por isquemia local. A maioria das ROP involui sem seqüelas. A tecnologia recente tem aumentado a sobrevivência de prematuros com baixo peso, o que aumentou a incidência de ROP.

Vários estudos apontam a idade gestacional (IG) e o peso ao nascer como fatores de risco para o desenvolvimento de ROP. Prematuros abaixo de 1250g de peso ao nascer e com menos de 28 semanas são especialmente vulneráveis. Embora a oxigenioterapia seja reconhecida como um fator de risco para o desenvolvimento de ROP, não há consenso em relação à duração e concentração de oxigênio necessárias ao desencadeamento desse agravo. É recomendado que um exame inicial de fundo de olho seja realizado em prematuros abaixo de 1500g, após 4-6 semanas do nascimento e, se nenhum sinal de ROP for observado, repetir-se o exame em 1 mês.

AMBLIOPIA

A ambliopia é a falta do desenvolvimento da acuidade visual uni ou bilateral sem que haja alterações estruturais detectáveis. Ela é causada por estrabismo, altas ametropias, anisometropias (diferença de 2 ou mais dioptrias entre os olhos) e por privação visual (catarata). Sua prevalência na população é de 2,0 a 2,5%. É causa de cegueira prevenível e sua prevenção é de fácil operacionalização em termos de saúde pública.

ESTRABISMO

O estrabismo é a perda do paralelismo entre os dois olhos. Pode ser causado por ametropia ou alteração dos músculos externos oculares. A criança estrábica, qualquer que seja a idade do aparecimento do desvio ocular, deve ser encaminhada ao oftalmologista para evitar a ambliopia. Sua correção não visa somente o aspecto estético, mas também o restabelecimento da visão binocular.

CONJUNTIVITES NEONATAIS

Diagnóstico diferencial:

- Oftalmia gonocócica do recém-nascido: Aparece entre o 3º e 5º dia pós-natal. O agente etiológico é a bactéria *Neisseria gonorrhoeae* e a contaminação se dá no canal de parto. É uma conjuntivite aguda, geralmente bilateral, com edema palpebral intenso, edema conjuntival e secreção purulenta em grande quantidade. Pode ocorrer perfuração corneana. A prevenção desta conjuntivite se faz com o Método de Credé – Decreto nº 9713 de 19 de abril de 1977, que dispõe sobre a instilação obrigatória de nitrato de prata a 1% nos olhos dos recém-nascidos.

- Conjuntivite química: Aparece dentro das primeiras horas após a instilação de nitrato de prata a 1%. Apresenta-se como um quadro leve, auto-limitado com duração de 24 a 36 horas, não necessitando, portanto, de tratamento.
- Conjuntivite de inclusão do recém nascido: Seu agente etiológico é a *Chlamydia tracomatis*, aparece do 3º ao 10º dia após o nascimento. A infecção se dá no canal de parto e está geralmente associada a otite e pneumonia. Apresenta-se com secreção muco-purulenta e hiperemia conjuntival.
- Conjuntivites virais: aparecem nas duas primeiras semanas de vida e caracterizam-se por hiperemia ocular com pouca secreção. No caso da infecção ser causada pelo Herpes vírus, ocorre um quadro palpebral e corneano.
- Conjuntivites bacterianas: ocorrem após o 5º dia de vida. A intensidade da hiperemia conjuntival e a quantidade da secreção purulenta variam conforme a bactéria.

OBS: Qualquer que seja a etiologia da conjuntivite, as secreções devem ser retiradas com água filtrada ou fervida e fria, não devendo-se utilizar água boricada.

OBSTRUÇÃO DE VIAS LACRIMAIS

É uma obstrução congênita da válvula do saco nasolacrimal que se resolve espontaneamente em 90% das crianças até 1 ano de vida. Manifesta-se por lacrimejamento e secreção constantes do olho acometido. Pode haver associação com infecção de vias lacrimais (dacriocistite).

A desobstrução cirúrgica é indicada quando os episódios de dacriocistite são freqüentes ou quando a obstrução persiste após o primeiro ano da criança. Até então orienta-se massagem sobre o saco naso-lacrimal.

Pré-Escolar e Escolar

A partir dos 2 anos:

- observar o globo ocular e anexos
- realizar o teste de acuidade visual com tabela de Snellen após 3 anos de idade. Este teste não deve ser realizado por médico, para não ficar a falsa impressão de que a criança passou por uma consulta oftalmológica.

Os sinais de alerta de distúrbios visuais para encaminhamento ao oftalmologista são:

- a) criança que esfrega os olhos com freqüência
- b) desvio dos olhos ao olhar para longe e/ou perto
- c) inclina o rosto para o lado
- d) fecha um dos olhos na presença de luz forte
- e) desconforto à luz
- f) segura objetos muito próximos ao rosto

Em crianças maiores que 2 anos observar se:

- g) piscam mais que o usual
- h) têm as pálpebras avermelhadas
- i) desenvolvem freqüentemente inflamações nas pálpebras
- j) queixam-se de dor nos olhos

Distúrbios oculares mais freqüentes em pré-escolares e escolares

A Saúde Ocular têm como objetivos desenvolver ações de promoção, de prevenção de doenças e recuperação da saúde ocular nas crianças.

Os problemas oculares devem ser detectados e tratados o mais precocemente possível para serem maiores as possibilidades de recuperação. Estudos mostram que dentre as crianças que freqüentam escolas, 25% apresentam algum tipo de distúrbio visual, sendo que 18% são ametropias (vícios de refração) e 7% são problemas como conjuntivites, acidentes oculares e outras anormalidades.

A acuidade visual é a capacidade de percepção da forma e contorno dos objetos e sua medida permite uma avaliação do funcionamento do olho. Para medir a acuidade visual, aplica-se o teste de Snellen em crianças a partir de 3 anos, desde que bem preparadas e familiarizadas com ele. Qualquer pessoa adequadamente treinada pode aplicá-lo com boa eficácia, não devendo, entretanto, ser realizado por médicos pelo motivo explicado anteriormente. Este é um teste de triagem e as crianças com alterações devem ser encaminhadas ao oftalmologista para que o diagnóstico e a conduta sejam dados.

Os distúrbios oculares mais freqüentemente encontrados nesta idade são: ametropias, estrabismo e ambliopia, já referidos anteriormente.

As ametropias ou vícios de refração (miopia, hipermetropia e astigmatismo) são os problemas oftalmológicos mais freqüentes nos escolares. Entre os sinais e sintomas encontrados em uma criança com ametropia não corrigida temos cefaléia após esforço visual, hiperemia ocular, blefarite como também desinteresse pelas atividades de leitura ou esporte.

Nesse grupo etário, as ações coletivas da saúde ocular realizadas no município de São Paulo são:

1. Teste de Acuidade Visual (TAV)

O teste de Acuidade Visual é realizado com a tabela de Snellen, de acordo com as normas do Programa de Saúde Ocular. Atualmente, recomenda-se o teste nas seguintes situações:

- a. crianças ingressantes na 1ª série das escolas de ensino fundamental;
- b. crianças com 4 anos de idade, matriculadas nas Escolas Municipais de Educação Infantil (EMEI) e nas creches;
- c. crianças cursando qualquer série, com idade superior a 4 anos, que apresentem queixa de problemas visuais;
- d. crianças não matriculadas em creches ou escolas aos 4 anos de idade e, em qualquer idade, quando apresentem queixas visuais.

A realização do teste de Snellen na Prefeitura Municipal de São Paulo é uma prática de longa data, sendo feita nas escolas e creches municipais.

Desde 1998 a Prefeitura do Município de São Paulo e o Ministério da Educação em parceria com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia vêm realizando a Campanha Nacional de Reabilitação Visual – "Olho no Olho", que consiste no teste de acuidade visual nas crianças da primeira série do ensino fundamental, consulta oftalmológica e doação de óculos para as crianças que necessitarem.

2. Realização de consultas, exames complementares, cirurgia e fornecimento de lentes corretoras, quando necessário.

3. Capacitação de equipes de saúde e pessoal para primeiros socorros em acidentes oculares.

4. Vigilância de tracoma

Tracoma é uma ceratoconjuntivite causada pela bactéria *Chlamydia tracomatis*. É uma doença crônica, recidivante e cuja gravidade depende principalmente da freqüência dos episódios de reinfecção e da associação com conjuntivites bacterianas. No início aparece como conjuntivite folicular. Estes folículos podem regredir ou formar cicatrizes, que ao coalescerem provocam entrópio e triquíase. Os cílios ao tocarem a córnea provocam úlceras que ao cicatrizarem deixam opacidades podendo levar à cegueira. O tracoma está associado às precárias condições de vida da população.

O tracoma é de notificação compulsória, como agravo inusitado em todo o Estado de São Paulo. A suspeita da ocorrência de casos da doença deve ser imediatamente comunicada ao responsável pela Vigilância Epidemiológica. Os procedimentos estão normatizados no manual sobre tracoma publicado pelo CVE.

Procedimentos a serem realizados quando do diagnóstico de um caso de tracoma:

- Preenchimento da ficha epidemiológica;
- Visita domiciliar deve ser realizada para todos os casos novos e faltosos ao agendamento;
- Realização da busca ativa em escolas e creches deve ser sistemática nos locais onde existe a suspeita de tracoma

A Conquista de um Sorriso Bonito

CARLOS ALBERTO ADDE, MARCIA WALTER DE FREITAS, MUNIRA
YOUSSEF BARGIERI, REGINA AUXILIADORA DE AMORIM MARQUES

Do nascimento à maturidade, a boca representa a forma de contato com o mundo e com as pessoas. É através dela que as pessoas se nutrem, expressam seus sentimentos e se comunicam.

Em todas as fases da vida, a saúde bucal é indispensável para a saúde geral. Os dentes são importantes para uma boa mastigação, e são elementos fundamentais para a pronúncia das palavras (fonação), além de interferirem na estética.

Os dentes são órgãos vivos, formados por tecidos mineralizados (esmalte, dentina, cimento) que lhes conferem resistência, e por tecidos não mineralizados (polpa), através dos quais são transmitidas as sensações de temperatura e dor.

O desenvolvimento dos dentes

Ao nascimento, podemos identificar a boca como uma das primeiras formas de contato do recém nascido com o mundo. É através dela que o bebê percebe o mundo à sua volta.

Por volta dos seis meses de vida, irrompe na cavidade bucal o primeiro dente, marcando o início da dentição decídua ou "de leite", como é mais conhecida. Há crianças que já nascem com dentes e, em outras, eles podem aparecer até depois de um ano de idade, sem que isto represente qualquer problema. Esta dentição estará completa em torno de 2 anos e meio a 3 anos de vida. Nesta primeira dentição, quando completa, deverão estar presentes 20 dentes decíduos, sendo 4 incisivos, 2 caninos e 4 molares, para cada um dos arcos dentais. A dentição decídua desempenha o papel de fator estimulante no crescimento e desenvolvimento orofacial, sendo importante na manutenção do espaço e como guia para a erupção dos dentes permanentes.

Dos 3 aos 5 anos, poucas alterações dentárias fisiológicas acontecem. A dentição decídua está completa. Dos 5 anos e meio aos 7 anos podem irromper na cavidade bucal os primeiros dentes permanentes, atrás dos últimos dentes decíduos, não havendo a necessidade de que algum dente de leite tenha "caído". É muito importante que os pais estejam atentos para este fato, uma vez que estes dentes são permanentes e estão muito vulneráveis aos ataques ácidos dos microorganismos presentes na placa bacteriana, principal responsável pela doenças bucais.

Os dentes decíduos começam a esfoliar ("cair") em torno de seis anos e vão sendo substituídos por dentes permanentes até por volta de 12 anos. Nesta idade a criança deverá ter 4 incisivos, 2 caninos, 4 pré-molares e 4 molares, em cada arco dental. A dentição permanente irá se completar por volta dos 18 anos de idade quando erupcionam os terceiros molares ou dentes do "siso" ou "dentes do juízo", como costumam ser conhecidos.

Principais Problemas de Saúde Bucal

Cárie, gengivite, traumatismos dentais e, atualmente, fluorose são os problemas de saúde bucal mais comuns na infância.

É importante que os pais sejam orientados a cuidar da saúde bucal de seus filhos, uma vez que os microorganismos que irão colonizar a cavidade bucal dessa criança, juntamente com restos de alimento, determinam o aparecimento da placa bacteriana, principal responsável pelas doenças bucais, em qualquer fase da vida, até mesmo quando não se tem dentes.

A placa bacteriana é um depósito que se forma e se acumula sobre os dentes e mucosa bucal. Quando sofre calcificação, a partir dos sais de cálcio e fósforo, presentes na cavidade bucal, dá origem ao cálculo dental ou "tártaro".

A placa e o cálculo são os fatores determinantes das duas doenças bucais de maior importância, em qualquer fase da vida: a cárie e a doença periodontal.

Cárie

A cárie é, sem dúvida alguma, a principal responsável pela destruição dos dentes. É causada pelo acúmulo de placa bacteriana, por hábitos pessoais de higiene e dieta inadequados.

Em sua fase inicial, a cárie se apresenta sob a forma de uma mancha branca opaca, próxima à gengiva, podendo evoluir com coloração variável, entre amarelo claro, marrom e preto. Essas manchas são um sinal de desmineralização dos dentes, ou seja, o início de uma lesão de cárie. Se não forem interceptadas podem evoluir para a cavitação e destruição de todo o dente. Em crianças de 0 a 3 anos, quando a cárie ocorre em vários dentes ao mesmo tempo e de forma grave e destrutiva, identifica-se o que se chama de cárie rampante ou "cárie de mamadeira", associada ao elevado consumo de açúcar, quer pelo uso do leite de vaca, quer pelo uso de chupetas adoçadas com açúcar ou mel. A dor é um sintoma normalmente associado à cárie. Quando em fase inicial, restrita à parte mais externa dos dentes, sob a forma de mancha ou mesmo já cavitada, não há dor. A sensibilidade dolorosa aparece quando a dentina, tecido subjacente ao esmalte, foi atingida. Assim, é importante que se faça uma avaliação profissional periódica da cavidade bucal para que se identifiquem as lesões de cárie ainda na fase de mancha branca, quando ela ainda pode ser tratada, conservando-se ao máximo a estrutura natural dos dentes, sem a necessidade de restaurações.

Gengivites

A inflamação das gengivas é outra alteração comum na infância, decorrente do acúmulo de placa bacteriana. As gengivas se apresentam muito vermelhas, pode ocorrer sangramento provocado ou espontâneo, pode haver mau hálito, mas habitualmente não há dor. O quadro é reversível com a remoção da placa bacteriana, por meio da escovação e do uso do fio dental.

Traumas: Quedas/Fraturas Dentais

Acidentes domésticos, durante as brincadeiras ou a prática de esportes e crises convulsivas são as causas mais comuns de traumatismos dento-faciais.

A prevenção desses acontecimentos está relacionada diretamente aos cuidados com a criança. É importante reduzir ao máximo os riscos de acidentes nos quais a criança possa sofrer traumatismos na boca. É necessário que haja vigilância de todas as suas atividades. No caso de fratura ou avulsão do dente recomenda-se que o responsável coloque o fragmento dentro de um recipiente com leite ou soro fisiológico, à temperatura ambiente, e leve-o juntamente com a criança ao dentista, o mais rápido possível. Quando não houver fratura, mas existir mobilidade do dente, ou seja, o dente parece estar solto na boca, ou mesmo em choques violentos sem danos aparentes, a criança deve ser encaminhada ao dentista para que se verifique uma possível fratura na raiz.

Fluorose

A fluorose é uma alteração irreversível dos tecidos duros dos dentes, provocada por intoxicação crônica pelo flúor, quando este íon é usado por via sistêmica em concentrações acima das indicadas para a prevenção da cárie dentária. Isto pode acontecer quando se utilizam duas vias sistêmicas de flúor, como por exemplo consumo da água de abastecimento público fluoretada em níveis ótimos associada aos dentífricos fluoretados, quando a criança engole o creme dental, ou onde se desconhecem os teores de flúor da água ingerida. Esta alteração ocorre durante a formação dos dentes e é mais comum na dentição permanente. Ocorre em vários graus podendo levar a prejuízos estéticos e funcionais, dependendo de sua gravidade.

Clinicamente pode ser identificada pela presença de opacidade do esmalte e, nos casos mais graves, de manchas escuras e até erosões, em dois ou mais dentes homólogos, guardando simetria.

Cuidados Com os Dentes: Controle da Placa Bacteriana, Uso do Flúor

A preservação da integridade dos tecidos dentais e de uma boa saúde bucal dependem basicamente da incorporação de medidas de higiene da boca e do controle da dieta, desde os primeiros dias de vida da criança.

As orientações descritas a seguir poderão ser transmitidas por todos os profissionais que atendam a criança e em especial pelos agentes comunitários de saúde durante suas visitas domiciliares, assim como em atividades em grupo nas unidades ou em outros espaços sociais.

Dieta

Para evitar as lesões de cárie e as gengivites recomenda-se que, após a ingestão de alimentos que contenham açúcar, seja feita a higiene bucal. É importante lembrar que o mel também é cariogênico. O consumo de carboidratos refinados, principalmente dos açúcares, deve ser feito de forma disciplinada e racional, de preferência sob a forma de sobremesa, garantindo a limpeza da boca a seguir.

Recomenda-se aumentar gradativamente a consistência dos alimentos oferecidos à criança, estimulando dessa forma a mastigação, para que se promova um bom desenvolvimento das estruturas orofaciais.

Chupetas, Mamadeiras

As chupetas e bicos de mamadeira devem ter formato e tamanho adequado à boca do bebê. Os mais indicados são os ortodônticos. É importante que os furos nos bicos das mamadeiras permitam a saída lenta do líquido contido em seu interior. O ato de sugar em mamadeira deve estimular esforço na musculatura facial, com controle da quantidade e velocidade do fluxo, para que o bebê aprenda a deglutir e respirar de forma correta. Assim, a instalação de hábitos indesejáveis como a deglutição atípica, a respiração bucal e a conseqüente má-oclusão podem ser prevenidos desde a primeira infância.

Quando a criança chupa o dedo, a família deve ser orientada para desestimular esse hábito a partir da idade em que a criança compreende ordens. Tanto o uso da chupeta como o ato de chupar o dedo são recursos de relaxamento do bebê, principalmente daqueles que têm maior necessidade de sucção. A partir dos 3 anos de idade, esses hábitos podem causar deformidades importantes na arcada dentária.

Higienização

Desde a erupção do primeiro dente, a higiene deve ser feita friccionando-se cuidadosamente o dente, preferencialmente após cada mamada, ou no mínimo à noite, com tecido macio, umedecido em água filtrada.

Dos 12 aos 18 meses já é possível limpar os dentes da criança com escovas dentais. Até os 3 anos de idade a limpeza dos dentes deve ser feita por um dos pais ou responsáveis, de maneira mais completa, após a ingestão de alimentos, e antes da criança dormir. Em localidades onde a água de abastecimento público é fluoretada, esta limpeza deve ser feita só com escova e água, sem dentifrício ou com dentifrício sem flúor, pelo risco de ingestão de pasta, comum nas crianças desta faixa etária.

Entre 3 e 7 anos, após a criança ter escovado os próprios dentes, os pais devem complementar esta higienização da seguinte forma:

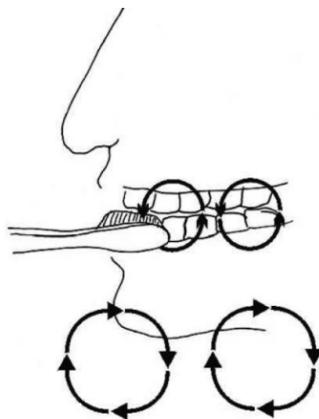


(FIGURA 1)

Colocar a criança sentada. O adulto fica de pé, atrás da criança. Com a mão esquerda afasta os lábios e bochechas da criança e com a mão direita escova os lados de fora e de dentro dos dentes, com movimentos circulares. A face dos dentes que morde deve ser escovada com movimentos de vaivém (Figura 1).

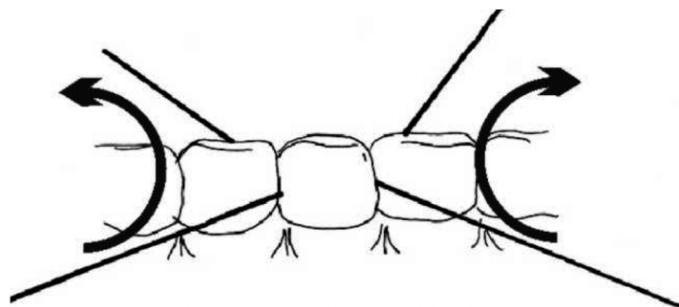
O adulto deve escovar os dentes da criança pelo menos uma vez ao dia, de preferência à noite, já que a criança só tem coordenação motora suficiente para escovar seus próprios dentes ao redor dos 8 anos de idade. A higienização deve ser encarada como um ato prazeroso. Os pais, irmãos e cuidadores devem procurar realizar suas próprias escovações na frente da criança, já que este é um estímulo positivo. Como regra geral o adulto deve saber que:

- A quantidade de creme dental a ser aplicada à escova deve ser equivalente a um grão de feijão.
- TODOS os dentes devem ser escovados em TODOS os lados(por dentro, por fora, e na superfície que " mastiga"). A língua também deve ser escovada, pois acumula germes (Figura 2).



(FIGURA 2)

- A escovação deve ser feita com firmeza, mas delicadamente, para não machucar a gengiva da criança. Se houver sangramento, este pode ser um indicativo de que há gengivite, precisando ser melhorada a higienização nesse local.
- A escova deve ser macia.
- O fio dental também deve ser utilizado, devendo-se cortar um pedaço de 50 cm. Na ausência de fio, pode ser utilizada linha de costura ou mesmo tirinhas de saquinho de leite. Enrolar as pontas nos dedos indicadores das duas mãos, esticando o fio. Ele deverá ser passado entre os dentes, tomando cuidado para não ferir a gengiva. Limpar o lado de um dente primeiro depois o outro, até alcançar o último dente (Figura 3).



(FIGURA 3)

- Em geral, os medicamentos de uso pediátrico contêm açúcar em sua formulação. Portanto, deve ser feita a higienização após a ingestão desses produtos.

O flúor presente no creme dental é extremamente importante na prevenção da cárie dental, e terá uma ação local na prevenção da cárie, sendo recomendado para crianças a partir do momento em que ela controla os reflexos de engolir e cuspir. Isto pode ser avaliado com auxílio de um copinho de mais ou menos 20 ml com 10 ml de água. Se a criança conseguir bochechar os 10 ml e depois de um minuto devolver ao copinho quantidade igual ou maior que à oferecida ela já pode usar creme dental. O flúor também está presente na água de abastecimento público da cidade de São Paulo, dentro dos teores recomendados para prevenção da cárie dental. Não se recomenda o uso de mais de uma via sistêmica de flúor, durante a fase de formação e maturação dos dentes pelo risco de fluorose.

Por esta razão não se deve utilizar complementos de flúor, quer sob a forma de polivitamínicos ou gotas, durante a gestação ou a infância, quando a água usada para beber provem de abastecimento público.

Considerações Epidemiológicas

Em 1986, durante o primeiro levantamento epidemiológico de abrangência nacional, observou-se uma condição extremamente desfavorável à saúde bucal das crianças. No município de São Paulo, o número médio de dentes permanentes atacados por cárie (CPO - D) aos 12 anos era de 6,47 (CPO - D=6,47).

A partir de 1985, com a ampliação da fluoretação das águas de abastecimento público e com a inclusão do flúor em quase todos os dentifrícios comercializados no país, além da realização de procedimentos coletivos de natureza preventiva nos espaços escolares, observou-se uma redução significativa da prevalência da cárie dentária na infância, em torno de 48%.

Em um estudo, de abrangência estadual, realizado pela Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo, em 1998, verificou-se um índice de ataque de cárie à dentição decídua (ceo) de 1,55 aos 5 anos de idade e um CPO - D de 2,06. Uma das constatações mais importantes deste estudo foi a de que 63,5% das crianças aos 5 anos e 42,4% aos 12 anos eram livres de cárie.

Em 1982, a Organização Mundial da Saúde publicou um artigo que apresentava metas globais em saúde bucal para ano 2000. A OMS recomendou que em torno do ano 2000, 50% das crianças de 5-6 anos fossem livres de cárie, e que aos 12 anos o número de dentes atacados por cárie fosse menor ou igual a 3 (CPO D \leq 3).

No estudo da SES já referido, apenas o município de São Paulo, entre 133 municípios do Estado de São Paulo atingiu as recomendações da OMS para o ano 2000.

No mesmo estudo explorou-se a prevalência de fluorose dentária, verificando-se 2,0% das crianças de 5 anos examinadas e 41,6% das examinadas com 12 anos com algum grau de fluorose.

Em 1993, durante o 4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva, discutiu-se a necessidade de se delinear metas em saúde bucal para os anos subsequentes.

Metas regionais têm sido propostas e baseando-se em experiências internacionais, que devem ser ponderadas, tem se trabalhado com a perspectiva de se ter 90% das crianças de 5 anos livres de cárie em 2010, e espera-se um CPO D menor ou igual a 1 aos 12 anos.

Sendo assim, a Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo reitera a necessidade da continuidade das ações coletivas em saúde bucal, em espaços escolares, incorporando critérios de risco no planejamento destas ações, especialmente a alta prevalência da cárie, de modo que se faça um uso mais racional de bochechos e géis fluorados.

Deve-se investir prioritariamente nas ações educativas, tanto nos espaços coletivos quanto no atendimento individual, para que outras doenças bucais sejam prevenidas, além de garantir que a escovação diária proporcione, não apenas uma boa saúde bucal, mas uma melhor qualidade de vida.

Outras ações preventivas de caráter individual devem integrar o planejamento do atendimento odontológico nas unidades de saúde do município de São Paulo. Ações curativas em saúde bucal devem ser realizadas nas unidades de saúde, com ou sem PSF.

Deve-se ainda garantir que por meio dos agentes comunitários se amplie o acesso a ações e serviços de saúde bucal preventiva e curativa, principalmente para crianças excluídas dos espaços escolares.

Saúde Auditiva

CLÁUDIA A RAGUSA
MARIA PAULA ROBERTO

Criança de 0 a 2 Anos de Idade

Os primeiros anos de vida têm sido considerados como o período crítico para o desenvolvimento de habilidades auditivas e aquisição da linguagem, pois nessa fase ocorre o processo de maturação do sistema auditivo central.

Dessa forma, é extremamente importante investigar como o sistema auditivo de uma criança recebe, analisa e organiza as informações acústicas do ambiente. A criança deve ser capaz de prestar atenção, detectar, discriminar e localizar sons, além de memorizar e integrar as experiências auditivas, para atingir o reconhecimento e a compreensão da linguagem.

Quando a criança apresenta uma perda auditiva grave, desde o nascimento, não diagnosticada, ela não terá uma estimulação auditiva, lingüística e social adequada. Clinicamente essa criança pode ser confundida com portador de síndrome de autismo ou de retardo mental. Nas formas mais leves, a criança pode ter dificuldades de comunicação e de interação, tanto com os familiares como na escola. Daí decorre a importância de identificar precocemente a perda auditiva, durante o primeiro ano de vida, possibilitando que a intervenção seja adequada e o prognóstico mais favorável em relação ao desenvolvimento global da criança.

AÇÕES DE PROMOÇÃO E PROTEÇÃO DA SAÚDE AUDITIVA

- Assistência à saúde da gestante e controle de fatores que interferem no desenvolvimento do feto, como hipertensão, diabetes, utilização de álcool e de drogas ototóxicas, entre outros;
- Aconselhamento genético visando prevenir doenças com comprometimento da audição;
- Imunização da gestante e controle de doenças que podem levar a infecções congênitas relacionadas à deficiência auditiva (rubéola);
- Imunização e controle de doenças infantis relacionadas à deficiência auditiva, como sarampo, caxumba, meningite.
- Atenção específica à saúde do recém-nascido de termo PIG (pequeno para idade gestacional) e do pré-termo (com baixo peso), que necessitem de cuidados intensivos ao nascimento;
- Orientações na maneira de aleitar a criança, em relação à posição do bebê, garantindo a elevação da cabeça durante a mamada para prevenir alterações do ouvido médio;
- Orientações para evitar acidentes com a introdução de pequenos objetos na orelha (conduto auditivo) e cotonetes, que podem ferir e prejudicar as boas condições de lubrificação natural do conduto (cera ou cerúmen);
- Atenção aos transtornos de vias aéreas superiores que podem comprometer a saúde auditiva, especialmente as otites de repetição.
- Orientações nas consultas programáticas e nas creches para que os adultos procurem favorecer o desenvolvimento da fala, conversando com a criança de modo correto.

COMO IDENTIFICAR POSSÍVEIS ALTERAÇÕES DA AUDIÇÃO NA CRIANÇA DE 0 A 2 ANOS

No acompanhamento do bebê nas consultas de rotina, alguns procedimentos são importantes para identificar possíveis alterações na audição, com a participação dos profissionais da equipe da UBS e do Programa de Saúde da Família:

- 1- Anamnese completa para identificar as condições neonatais e a presença de fatores de risco para deficiência auditiva (Quadro 2);
- 2- Observar o comportamento da criança nos atendimentos, incluindo o acompanhamento do desenvolvimento sensório-motor, psicológico, cognitivo, visual, auditivo e de linguagem;
- 3- Observar as respostas e o comportamento da criança aos estímulos sonoros, por meio de testes realizados de acordo com a faixa etária (Quadros 3 e 4);
- 4- Observar as respostas aos estímulos verbais: reação à voz, reconhecimento de comandos verbais, utilizando estímulos adequados durante as consultas (Quadro 3);
- 5- Realizar otoscopia como rotina para avaliar as condições da orelha externa e da orelha média.

Os familiares devem ser orientados em relação aos aspectos da fala, da linguagem e da audição. As queixas e dúvidas dos pais quanto à capacidade auditiva dos filhos devem ser sempre valorizadas, porque eles são os primeiros a identificar as perdas auditivas.

QUANDO ENCAMINHAR A CRIANÇA COM SUSPEITA DE PERDA AUDITIVA PARA ATENDIMENTO ESPECIALIZADO?

Os profissionais das áreas da Saúde e da Educação que cuidam de crianças de 0 a 2 anos de idade devem estar atentos a determinadas características que podem indicar a necessidade de encaminhar a criança para avaliação audiológica completa, em serviço especializado.

Assim, devem ser encaminhadas todas as crianças que apresentam:

- atraso no desenvolvimento normal da fala e da linguagem;
- falta de respostas a estímulos sonoros;
- fatores de risco para deficiência auditiva periférica e/ou central (Quadro 2), independente da realização de triagem auditiva neonatal;
- falha na triagem auditiva neonatal, com ou sem risco auditivo, ou sob suspeita;
- risco de perda auditiva progressiva, perda auditiva transitória (exemplo: otites de repetição).

AÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOCE

TRIAGEM AUDITIVA NEONATAL

Inúmeros programas de identificação e intervenção precoces têm sido desenvolvidos com o objetivo de reduzir a idade média do diagnóstico de perda auditiva na infância. Atualmente, os comitês nacionais e internacionais de perdas auditivas na infância recomendam a Triagem Auditiva Neonatal Universal (TANU) ao nascimento, pois o uso da informação dos fatores de risco para selecionar as crianças para triagem não se mostrou eficiente. Cerca de 30 a 50% das crianças com deficiência auditiva não seriam consideradas de risco e, portanto, não seriam identificadas nos primeiros meses de vida. Entretanto, vários países que instituíram a triagem neonatal universal vêm questionando o custo/benefício desse procedimento, especialmente pela capacidade de cobertura e condições de seguimento dos bebês, nos países em desenvolvimento.

Os testes de triagem devem ser implementados na medida em que se estabeleça o fluxo de assistência aos bebês identificados com algum grau de perda auditiva ou suspeita de perda, incluindo desde o diagnóstico até a indicação de aparelho auditivo e atendimento fonoaudiológico especializado. Como procedimento de triagem para as crianças de risco, as Emissões Otoacústicas Evocadas (EOAE) e o Potencial Evocado Auditivo de Tronco Cerebral (BERA) têm sido utilizados. Na fase seguinte de investigação diagnóstica são realizados o BERA diagnóstico, a avaliação auditiva comportamental e a avaliação de ouvido médio. Quando se confirma a deficiência auditiva, a criança deve ser encaminhada para atendimento especializado, seleção, indicação e adaptação de aparelhos de amplificação sonora individual.

Na SMS os serviços poderão optar por realizar a triagem auditiva, inicialmente, para as crianças de alto risco que são internadas na UTI neonatal, como uma primeira etapa das Ações de Saúde Auditiva. A triagem poderá se estender para os outros recém-nascidos, opcionalmente, até se tornar um procedimento universal, na medida em que as condições de continuidade da investigação e da terapêutica possam estar asseguradas para todas as crianças que necessitarem desses procedimentos.

Crianças de 2 a 10 Anos de Idade

A criança dos 2 aos 10 anos de idade deve ser capaz de prestar atenção, detectar, discriminar e localizar sons, além de memorizar e integrar as experiências auditivas, para atingir o reconhecimento e a compreensão da fala e desenvolver habilidades lingüísticas que são fundamentais no processo educacional. Qualquer grau de alteração auditiva pode interferir no desenvolvimento. A classificação de perdas auditivas quanto ao tipo e grau encontra-se no Quadro 5.

Espera-se que a maioria das crianças com perdas auditivas severas e profundas sejam identificadas antes do ingresso escolar, por meio da triagem auditiva, dos indicadores de risco para deficiência auditiva, ou do acompanhamento auditivo nas consultas de seguimento pediátrico. Os procedimentos de identificação foram descritos para a faixa etária de 0 a 2 anos de idade. Nas crianças pré-escolares e escolares deve-se principalmente focar as perdas auditivas leves e moderadas, inclusive as transitórias, decorrentes de alterações de ouvido médio, como as otites.

Podem ser indicativos de problemas auditivos as seguintes queixas:

- atraso ou alteração na produção da fala;
- pouco envolvimento com as atividades;
- necessidade que as ordens sejam repetidas;
- falar muito "hã?", "o quê?";
- procurar pistas visuais no rosto do falante;
- não responder quando está de costas;
- falar utilizando voz em forte intensidade;
- desatenção, desconforto para sons, hiperacusia, inconsistência para responder aos sons, ou dificuldades de compreensão.

Alterações de orelha externa e de orelha média geralmente provocam perdas auditivas condutivas, de grau leve. Quanto à orelha externa, pode-se encontrar agenesia de meato acústico externo, estenoses adquiridas, má-formação de pavilhão auricular, exostoses (osteomas), otite externa difusa, corpo estranho e acúmulo de cerúmen, entre outros. São alterações de orelha média: timpanosclerose, hemotímpano, tumores e a otite média (aguda, crônica supurada e com efusão ou secretora). A presença de acúmulo de cerúmen impactado, ou rolha de cera, obstruindo o meato acústico, pode comprometer temporariamente o nível e a qualidade do estímulo acústico recebido pela criança. A realização da otoscopia pelo médico e a devida conduta nos casos de obstrução por cerúmen, total ou parcial, uni ou bilateral, reduzirão os agravos causados por esta perda auditiva transitória de grau leve.

AÇÕES DE IDENTIFICAÇÃO E INTERVENÇÃO PRECOCE

Um grande número de crianças, durante o período de escolarização, sofre pelo menos um episódio de perda auditiva transitória, decorrente de alterações de orelha média. Fatores como infecção, disfunções da tuba auditiva, depressão do estado imunológico, alergias, problemas respiratórios, problemas ambientais e sociais podem estar relacionados com alterações auditivas na infância. Essas alterações, ainda que transitórias e de grau leve, estão associadas a uma série de dificuldades nas crianças: déficits na aquisição do vocabulário, habilidades articulatórias, desatenção, entre outros.

É importante prestar atendimento de qualidade na rede básica, que identifique precocemente as crianças que devem ser referidas para avaliação especializada a partir da história clínica, da presença de agravos que comprometem a saúde auditiva, e dos fatores de risco para deficiência auditiva (Quadro 2). Os pré-escolares e escolares, encaminhados pelos professores por apresentarem sintomas suspeitos de alteração da função auditiva, também devem ser avaliados, prioritariamente.

QUADRO 2. Indicadores de Risco para a Deficiência Auditiva*

Neonatos (até 28 dias de vida)
1. Permanência em unidade de terapia intensiva neonatal por mais de 48 horas.
2. Peso ao nascimento inferior a 1500 g
3. Sinais ou síndromes associados à deficiência auditiva condutiva ou neurosensorial
4. Antecedentes familiares de perda auditiva neurosensorial.
5. Malformações craniofaciais (anomalias de canal auditivo e pavilhão auricular).
6. Infecções congênitas: rubéola, sífilis, citomegalovirus, herpes e toxoplasmose.
7. Meningite bacteriana.
8. Medicação ototóxica (aminoglicosídeos, agentes quimioterápicos) por mais de 5 dias.
9. Hiperbilirrubinemia – exsanguineotransusão.
10. Ventilação mecânica por período mínimo de 5 dias.
Lactentes (29 dias a 2 anos)
1. Todos os anteriores
2. Suspeita dos familiares de atraso de desenvolvimento de fala, linguagem e audição.
3. Traumatismo craniano.
4. Otite média recorrente ou persistente por mais de 3 meses.
5. Distúrbios neurodegenerativos ou neuropatias sensoriomotoras.

***Fonte: 1.** "Joint Committee on Infant Hearing, Year 2000 Position Statement: Principles and Guidelines of Early Hearing Detection and Intervention Programs"

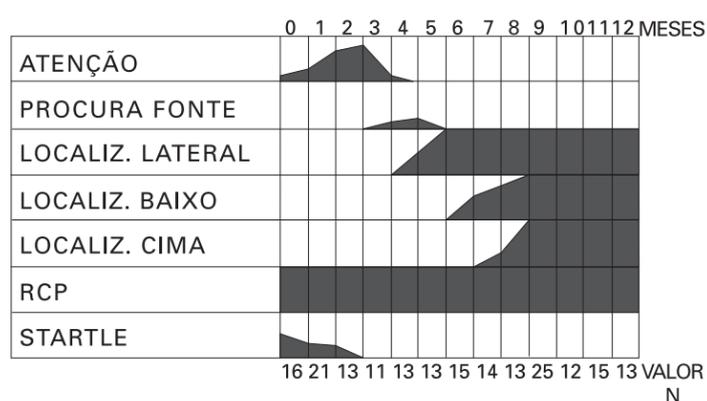
2. "Recomendação do Comitê Brasileiro sobre Perdas Auditivas na Infância – CBPA"

QUADRO 3 – Níveis de Referência das Respostas Auditivas de Crianças Normais

(Azevedo, 1997)

Faixa etária meses	Padrão de resposta esperado (sons instrumentais)		Padrão de resposta a estímulos verbais palpebral	RCP (Reflexo cócleo-palpebral)
0 – 3	Sobressalto atenção ao som		acalma-se com a voz da mãe	+
3 – 6	atenção ao som procura da fonte localização lateral (D/E)		procura ou localiza a voz da mãe	+
6 – 9	localização lateral (D/E) localização indireta para baixo e para cima		localiza a voz da mãe e do examinador	+
9 – 12	localização lateral (D/E) localização direta para baixo e indireta para cima		reconhece comandos verbais simples como: dá tchau!, joga beijo!, bate palmas!	+
12 – 15	localização lateral (D/E) localização direta para baixo e para cima		reconhece comandos verbais: (cadê a chupeta?), cadê a mamãe?, cadê o sapato?	
15 – 18	localização lateral (D/E) localização direta para baixo e para cima		identifica partes do corpo nomeadas: cadê o cabelo?, cadê a mão?, cadê o pé	+

QUADRO 4 – Respostas a Estímulos Sonoros em Bebês Nascidos a Termo sem Intercorrências (Azevedo, 1995)

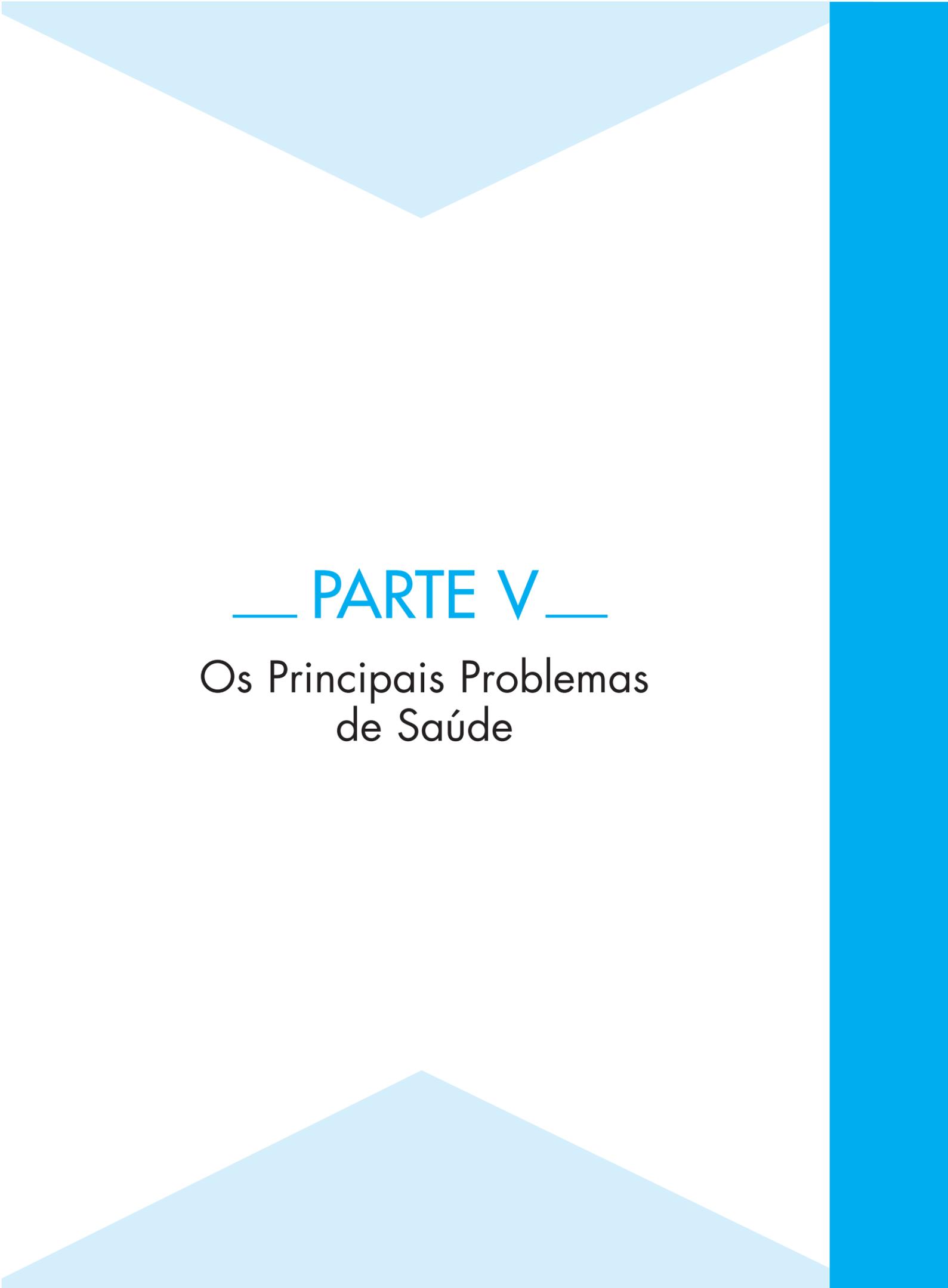


RCP = reflexo cócleo-palpebral-contração do músculo orbicular do olho, observada por meio de movimentação palpebral

Startle = reação de sobressalto-reação corporal global que aparece como a reação de Moro, completo ou incompleto ou como um estremeamento corporal com movimentação súbita de membros

QUADRO 5 – Classificação das perdas auditivas quanto ao tipo e grau

Tipo de perda	Porção do sistema auditivo atingida
CONDUTIVA	orelha externa, membrana timpânica, orelha média
NEURO SENSORIAL	Coclear retro-coclear
CENTRAL	córtex auditivo temporal
Grau de gravidade da perda	Média dos limiares tonais
LEVE	De 20 a 40 dB
MODERADA	De 41 a 60 dB
SEVERA	De 61 a 80 dB
PROFUNDA	maior que 80 dB



— PARTE V —

Os Principais Problemas de Saúde

A Criança com Queixa de Atraso no Desenvolvimento

ANA CECÍLIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA

A queixa de atraso no desenvolvimento, de modo geral, é trazida pelos pais em função da comparação do desenvolvimento do seu filho com o de outras crianças. Trata-se de uma queixa carregada de muita ansiedade, pois a perspectiva de que o filho possa estar "atrasado" compromete as expectativas em relação àquela criança. Além disso, o "atraso" é logo associado a uma possível deficiência orgânica. Portanto, essa é uma questão muito importante e delicada para os pais e diante da qual o profissional de saúde tem que ser muito cuidadoso para, de um lado, evitar julgamentos apressados e rótulos diagnósticos e, por outro lado, quando realmente houver problemas no desenvolvimento, contribuir para mobilizar os pais a ajudar a criança.

Nesse texto, não se pretende entrar na discussão dos modelos teóricos sobre o desenvolvimento, mas apenas instrumentalizar o profissional a lidar com as queixas referentes ao desenvolvimento, propondo formas de avaliação que têm como pressuposto o fato de que o desenvolvimento é um processo que envolve, além da base neurobiológica, um indivíduo que vive em relação com outros indivíduos e em situações sócio-culturais específicas. Assim, considera-se como **desenvolvimento normal quando a criança já adquiriu as habilidades, os comportamentos, modo de falar e conhecimentos próprios às crianças da sua faixa de idade e de seu grupo social ou de convivência.**

Os Testes Padronizados

Na avaliação específica do desenvolvimento, o pediatra costuma perguntar as idades em que a criança sustentou a cabeça, sentou, andou, falou e controlou esfínteres. Porém avaliar apenas tais marcos é insuficiente para uma conclusão global sobre o processo de desenvolvimento. É necessário que o profissional de saúde tenha um conhecimento maior sobre a criança, para ter condições de avaliar as alterações no seu desenvolvimento e propor alguma intervenção. A avaliação adequada não pressupõe a mera aplicação de testes e escalas, pois estes são muito limitados para captar a complexidade e a riqueza do desenvolvimento.

Na literatura, há algum tempo, questiona-se o valor desses testes, pois a sua utilização pode levar a distorções e conclusões precipitadas. Um dos problemas dos testes é o fato de serem padronizados para determinadas populações, com características geográficas, culturais e de classes sociais diferentes das crianças testadas. Ao se usar um teste, por exemplo, que proponha situações nas quais a criança tem que relacionar o lápis com o papel é necessário que ela esteja familiarizada com o lápis, o papel e o hábito de escrever, desenhar ou simplesmente rabiscar, para que possa ter um bom desempenho no teste. Entretanto, muitas crianças que são avaliadas com esses testes nunca tiveram a oportunidade de frequentar a pré-escola, apresentando assim um "desenvolvimento inferior" ao das crianças acostumadas à escola, desde os anos de pré-escola. Essas mesmas crianças teriam um desempenho bem mais satisfatório, numa situação de avaliação diferente, que valorizasse habilidades coerentes com o meio cultural e social no qual a criança vive. Por exemplo, no nordeste, veríamos que crianças de 10 anos de idade, classificadas como sem coordenação motora, em função da escrita que apresentam ou do desempenho nos testes habituais, podem ter uma habilidade fantástica ao manusear um facão para descascar côco, quando a história de sua família é vender água de côco em barracas. Esse fato ilustra que

para as crianças manifestarem determinadas habilidades (ler e escrever, pescar, caçar) é necessário estarem num meio social em que essas atividades são consideradas importantes e, por isso, conviverem desde cedo com pessoas que sabem fazer bem cada uma dessas atividades.

Pode-se afirmar que os testes não medem o potencial da criança, mas apenas avaliam as habilidades já aprendidas/desenvolvidas. Como essas habilidades são desenvolvidas em função de um meio histórico, cultural e social, isto é, dirigidas para as necessidades e modos de vida de cada grupo social, ao se utilizar testes que valorizam habilidades de um determinado grupo social para outro grupo social, pode-se rotular como "atrasadas" ou "deficientes" crianças que não sabem fazer determinadas atividades, simplesmente por não terem a oportunidade de aprender tais atividades. Ou seja, valoriza-se o que a criança não sabe.

A conduta na avaliação do desenvolvimento

A avaliação da criança com queixa de atraso no desenvolvimento não pode ser feita em apenas um encontro. É necessário acompanhamento longitudinal. Essa avaliação exige inicialmente uma anamnese detalhada na qual alguns pontos são fundamentais:

- o atraso é global ou restrito a alguns setores como o motor, psicossocial, linguagem;
- a idade em que foi percebido o atraso: desde o nascimento ou após o primeiro ano de vida, ou no início da vida escolar;
- como foi percebido o atraso: comparando com outras crianças ou por indicação de outras pessoas;
- a presença de alguma doença ou trauma comprometendo o desenvolvimento;
- a presença de algum tipo de deficiência física;
- problemas ao nascimento tais como prematuridade, internação em UTI;
- a ocorrência de casos semelhantes na família;

Em seguida, o exame físico trará informações sobre as condições biológicas da criança, identificando doenças e deficiências que podem dificultar as relações da criança com outras crianças e adultos e, dessa forma, comprometer o processo de desenvolvimento.

A avaliação do desenvolvimento deve ser feita observando-se os parâmetros estabelecidos em populações mais próximas da criança. O desenvolvimento motor apresenta uma regularidade que não significa necessariamente universalidade. Assim, as idades definidas para a aquisição das habilidades motoras devem ser analisadas à luz das condições em que vive a criança, principalmente no que se refere às interações com adultos e outras crianças. Para a avaliação do desenvolvimento: Ver o texto sobre Avaliação do Desenvolvimento no Lactente.

Concluída a avaliação inicial do desenvolvimento, a primeira questão que se coloca é verificar: **existe realmente um atraso no desenvolvimento?**

Duas situações podem ocorrer:

- O desenvolvimento é normal, portanto, é falso o atraso no desenvolvimento;
- Há um atraso real de desenvolvimento

FALSO ATRASO NO DESENVOLVIMENTO

Quando não existe realmente um atraso, a queixa pode ser decorrente de:

- a) Diferenças no perfil de aquisição das habilidades.
- b) Diferenças quanto ao tipo de habilidades adquiridas.

a) Diferenças no perfil de aquisição das habilidades em função de variações normais do desenvolvimento. O costume de comparar as crianças com outros filhos, parentes, vizinhos ou filhos de amigos, geralmente reforçando aquilo que a criança ainda não faz, deixa de considerar tanto as variações individuais como as experiências vivenciadas por aquela criança em particular.

Inicialmente, é importante lembrar que cada aquisição de uma nova habilidade, seja sentar, andar, falar, controlar esfíncteres, ler, ocorre em determinadas idades. Entretanto, não se trata de uma idade precisa, mas um intervalo de idade que corresponde ao período no qual a maioria das crianças já conseguiu adquirir

tal habilidade. Tem-se então uma distribuição normal, ou seja, uma curva de Gauss, em que, por exemplo, a maioria das crianças começa a andar por volta de 1 ano e 2 meses, mas existem crianças que andam com 7 meses (um dos extremos da curva e por isso, menos freqüente) enquanto outras só vão andar com 1 ano e 6 meses (também menos freqüente).

Dessa forma, aquele atraso referido como queixa pelos pais pode não ser um atraso, mas apenas corresponder a uma variação individual. Essas variações podem ter um caráter familiar ou serem devidas às experiências que a criança tem oportunidade de vivenciar. Algumas crianças andam sem ter engatinhado, outras começam a falar mais cedo e apresentam-se defasadas em relação ao setor motor, caracterizando diferentes perfis de desenvolvimento em função das relações vividas com outras crianças e adultos.

A avaliação geral da criança pode mostrar que o seu padrão de desenvolvimento não está atrasado de forma global, mas apenas em alguns setores em que a criança ainda não adquiriu determinadas habilidades esperadas para a maioria das crianças de sua idade. Nesses casos, a conduta deve ser sempre de orientação e observação. Orientação no sentido de que a família possa proporcionar à criança a vivência de situações que favoreçam a aquisição daquelas habilidades ainda não desenvolvidas. Vale ressaltar que esses pequenos "atrasos" são facilmente superados e não têm nenhum significado quanto ao prognóstico de desempenho da criança em outras etapas da vida.

b) Diferenças quanto ao tipo de habilidades adquiridas em função do grupo social e das oportunidades vivenciadas. O fato de a criança apresentar "atraso" na aquisição das habilidades esperadas para sua idade pode não constituir um atraso real no desenvolvimento. Muitas vezes o atraso é diagnosticado em função da seleção do tipo de habilidades utilizadas para definir a normalidade do desenvolvimento. Exemplificando, uma criança apresenta diferença na idade de aquisição do controle esfinteriano simplesmente porque, naquela comunidade em que vive, as crianças andam seminuas e não há uma preocupação maior dos adultos em ensinar, muito cedo, essa prática. Uma situação que pode ser freqüente é encontrar uma criança de 6 anos que ao pegar um lápis não sabe desenhar figuras ou qualquer letra, habilidade já apresentada pela maioria das crianças aos 5 anos de idade. Mas essa mesma criança, aos 6 anos, pode ser capaz de tomar conta do irmão menor, trocando-lhe as fraldas, consegue ir até a padaria fazer compras para a mãe ou em comunidades rurais, ordenhar vacas e caçar. É interessante a observação de crianças que nunca foram à escola e, portanto, não têm as habilidades que a escola ensina, mas que são capazes de tocar tamborim ou pandeiro nas escolas de samba ou o tambor no maracatu.

É preciso, pois, avaliar o desenvolvimento da criança a partir da sua vivência social e cultural. Como já foi referido, a criança tem um desenvolvimento normal quando já adquiriu as habilidades, os comportamentos, o modo de falar e os conhecimentos próprios às crianças da sua faixa de idade e de seu grupo social ou de convivência. Quando o atraso se dá por falta de experiências anteriores com aquelas situações em que se baseiam aqueles testes já comentados, não se pode afirmar que há um atraso.

Entretanto, se as habilidades valorizadas nos testes são fundamentais para o seu desempenho na escola, deve-se esclarecer aos pais que seu filho não apresenta nenhum atraso ou deficiência, orientando a família e a escola no sentido de propiciar interações com a criança que favoreçam a aquisição dessas habilidades.

ATRASO REAL NO DESENVOLVIMENTO

Quando há atraso real do desenvolvimento, ou seja, a criança não apresenta os comportamentos, habilidades, linguagem e conhecimentos próprios às crianças da sua faixa de idade e de seu grupo social ou de convivência, a criança deve ser sempre avaliada pelo médico. Três condições podem estar presentes:

a) o atraso é secundário à falta de oportunidade de interação adequada da criança com outras crianças e/ou com adultos significativos, como por exemplo, no caso de crianças institucionalizadas em "asilos" ou creches "depósito";

b) o atraso é secundário à doença "física" que impeça ou dificulte o estabelecimento de interações cotidianas normais, como por exemplo, quando a criança, em função de um quadro de desnutrição ou hipotonia congênita, não brinca com as outras crianças da sua casa, da rua onde mora, não freqüenta pré-escola, não vai a festas, à igreja do bairro etc. - diferentemente das outras crianças da comunidade.

c) o atraso é primário em função de deficiências sensoriais, motoras ou de "doenças" físicas e/ou psíquicas que interferem diretamente na comunicação/interação social, como a surdez, a amaurose, a paralisia cerebral, o autismo infantil, o retardo mental, entre outras.

Já foi comentado que a criança, para desenvolver uma habilidade, deve vivenciar situações que favoreçam a aquisição dessa habilidade. Portanto, na avaliação do desenvolvimento da criança é fundamental o conhecimento das suas condições de vida, rotina diária, formas de relacionamento familiar e oportunidades de interação com outras crianças, informações que devem ser colhidas na anamnese. Nesse sentido, a criança que não tem oportunidade de ficar no chão pode apresentar atraso no setor motor em relação a engatinhar ou andar. É muito comum o atraso na fala de crianças institucionalizadas, pois é difícil oferecer-lhes atenção individualizada, principalmente no que diz respeito a falar e conversar com a criança.

Dessa forma, antes de proceder uma série de exames e avaliações para investigar uma etiologia orgânica para o atraso no desenvolvimento é necessário afastar causas relacionadas ao modo de vida e às formas de interação da criança com o seu meio familiar e grupo social. Werner e Alves afirmam que a base biológica do indivíduo é importante, porém não suficiente para garantir o desenvolvimento psíquico típico do homem, isto é, o pensamento, a linguagem, os modos de fazer as coisas, a personalidade. O desenvolvimento psíquico da criança é, portanto, o resultado das experiências afetivas, culturais e sociais, ou seja, de um processo de aprendizagem que ela realiza na relação com outras pessoas. Isto faz com que o ser humano apresente um desenvolvimento profundamente diferente dos outros seres vivos.

Quando se constata que o atraso é decorrente do tipo de vida que a criança vem experimentando, cabe ao profissional de saúde, inicialmente, esclarecer aos pais as relações entre o desenvolvimento e o modo como lidam com a criança e orientá-los no sentido de propiciar à criança situações que possibilitem uma interação maior com o ambiente e as pessoas que a cercam. O acompanhamento dessas crianças confirmará a natureza e as condições geradoras do atraso.

Nos casos em que há atraso no desenvolvimento e a história e o exame clínico são sugestivos de que existe alguma alteração orgânica ou funcional, deve ser feita uma investigação maior da criança. Quando há hipotonia ou espasticidade, alterações no trofismo ou na força muscular ou nos reflexos, deve-se solicitar uma avaliação neurológica. Na presença de mal-formações é obrigatório o estudo genético.

Em muitos casos, apesar de estar presente uma hipotonia e haver um atraso real, não se consegue achar uma causa orgânica que justifique o quadro. Nos casos denominados de hipotonia benigna, o médico deve acompanhar a criança, observando se há progressos no seu desenvolvimento e, principalmente, o envolvimento da família na interação com a criança. É fundamental que o médico não feche prognósticos, demarcando o limite daquilo que a criança poderá alcançar ou não, pois essas previsões não têm fundamento, uma vez que mesmo crianças com lesão/disfunção têm, em geral, reais possibilidades de avanços significativos no desenvolvimento. Tudo vai depender, especialmente a aquisição específica de determinadas habilidades, do investimento realizado nos processos interativos vivenciados pela criança com adultos e outras crianças.

A Criança com Queixa de Baixa Estatura

ANA CECÍLIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA

Abordagem da criança com queixa de baixa estatura

A queixa de baixa estatura ou simplesmente de que a criança não está crescendo é muito comum, nos serviços de saúde. Entretanto, nem sempre essa queixa corresponde à realidade. Muitas vezes, a criança apresenta um padrão de crescimento diferente dos outros irmãos, parentes ou colegas. Crianças de uma mesma idade e de uma mesma família podem crescer em diferentes canais de crescimento.

Verificar se a criança realmente tem baixa estatura

- Medir a criança deitada com o antropômetro de bebê até o comprimento de 99cm e depois com a criança em pé em antropômetro isolado ou acoplado à balança. Pode-se utilizar uma trena fixa à parede ou a um suporte de madeira.
- Colocar a medida no gráfico de crescimento e anotar o percentil em que a criança se encontra.

A baixa estatura é definida quando a criança situa-se abaixo do percentil 2,5 do gráfico de Santo André ou abaixo do percentil 3 no gráfico do NCHS.

Quando a altura da criança situa-se nos percentis inferiores é importante acompanhar a criança para verificar se está havendo uma desaceleração do crescimento ou se este é o seu canal normal. A frequência com que esse seguimento deve ser feito depende da idade da criança. No lactente observam-se ganhos até mensais. No pré-escolar o seguimento não deve ser inferior a 3 meses e no escolar o acompanhamento deve ser no mínimo semestral. O crescimento não ocorre de forma linear podendo haver fases de crescimento rápido seguidas por intervalos de até dois meses sem que se detecte nenhum ganho na estatura.

A criança com baixa estatura

Diante de uma criança com baixa estatura, é importante afastar possíveis causas que estejam comprometendo o desenvolvimento. Assim, é preciso na anamnese pesquisar:

- Altura dos pais, irmãos, tios e avós – que justificam a baixa estatura da criança
- Idade de início do desenvolvimento pubertário dos pais e menarca da mãe - nas famílias com início tardio do desenvolvimento pubertário, pode-se encontrar crianças mais baixas por não terem iniciado o estirão.
- Intercorrências na gestação
- Fumo, álcool e drogas na gestação
- Gemelaridade
- Doenças genéticas
- Complicações no parto – levando a seqüelas graves
- Infecções congênitas

Nesses casos pode haver:

Prematuridade

Peso pequeno para a idade gestacional (PIG)

- daí a importância das medidas de peso e altura no nascimento

Doenças anteriores e atuais: asma rebelde, doenças renais

Desnutrição pregressa

Infecções de repetição no primeiro ano de vida

Uso prolongado de medicamentos (principalmente corticosteróides)

Dinâmica familiar, ausência de interação adequada com a criança

História de institucionalização (orfanatos, hospitais)

Atraso importante no desenvolvimento neuropsicomotor determinados por síndromes genéticas ou pela ausência de interação adequada com adultos e crianças, comprometendo o crescimento.

Afastados problemas ou fatores que justifiquem a baixa estatura pela anamnese, realizar o exame físico para identificar outras alterações que possam comprometer o crescimento.

No exame físico, verificar:

Aparência da criança, fácies característica de síndromes

Peso, altura, pressão arterial, relação segmento superior/segmento inferior

Frequência cardíaca e respiratória

Avaliação da maturação sexual

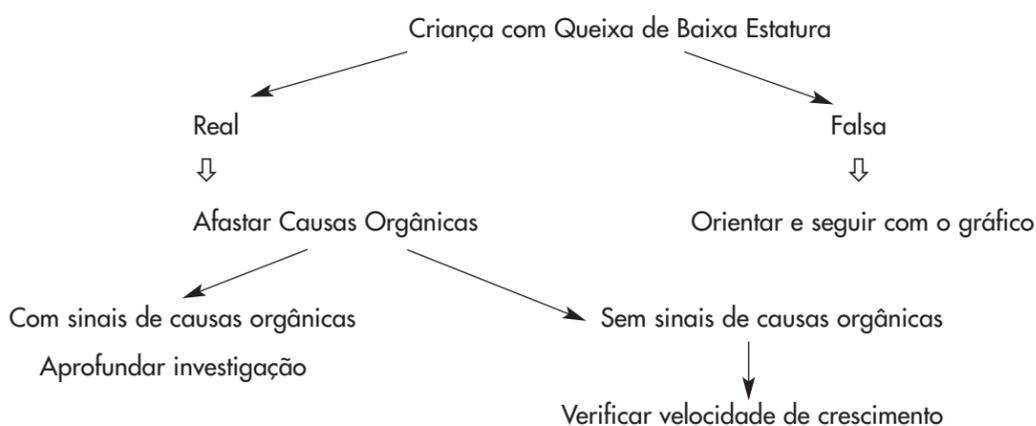
Sinais de alterações no exame físico.

Medidas anteriores de peso e altura para obter a curva de crescimento.

No diagnóstico da criança com queixa de baixa estatura, após a realização da anamnese e não tendo sido encontrada qualquer alteração que sugira uma doença, não é necessário realizar encaminhamentos ou exames laboratoriais excessivos.

A investigação laboratorial inicial deve constar apenas de idade óssea, hemograma completo (para afastar anemia e doenças sistêmicas) e sedimento urinário (comprometimento renal). O pH, a densidade urinária e a presença de proteinúria podem estar alterados mesmo sem outras manifestações clínicas de comprometimento renal. Na desaceleração acentuada e prolongada do crescimento em crianças menor de 2 anos, investigar raquitismo hipofosfatêmico, solicitando dosagem sérica de cálcio, fósforo e fosfatase alcalina. Nas crianças com idade inferior a 2 anos, recomenda-se a urocultura e não deve ser feita a idade óssea, pois as variações normais podem ser de até dois anos. Não há indicação para a realização anual de idade óssea, ela poderá ser repetida próxima ao início da puberdade.

Concluída a anamnese tem-se duas condições:



Nos casos em que há sinais de doença orgânica ou desaceleração importante do crescimento ou estatura bem abaixo do percentil 3, a criança deve ser investigada em ambulatórios especializados. Nos demais casos o generalista pode esclarecer o diagnóstico.

Conduta nos casos sem sinais de doença orgânica

Inicialmente, é fundamental acompanhar a criança para verificar a **velocidade de crescimento**. Crianças que apresentam velocidade de crescimento normal e seguem a curva logo abaixo do limite inferior, na maioria das vezes apresentam variações normais do padrão de crescimento.

VELOCIDADE DE CRESCIMENTO ESPERADA AO ANO:	
1º ANO DE VIDA _____	25 CM 15 CM NO 1º SEMESTRE 10 CM NO 2º SEMESTRE
2º ANO DE VIDA _____	10 A 12 CM
3º E 4º ANO DE VIDA _____	7 CM
ATÉ O INÍCIO DA PUBERDADE _____	4 A 6 CM

Padrões de Crescimento da Criança com Baixa Estatura

A análise da velocidade de crescimento, idade óssea e desenvolvimento puberal permitem definir três padrões de crescimento quando se avalia a curva da altura da criança em relação à idade, no acompanhamento seqüencial da criança com baixa estatura, feito na UBS.

1- Padrão de Crescimento I: Baixa Estatura Intrínseca

Velocidade de crescimento é normal
Idade óssea compatível com a idade cronológica
Desenvolvimento puberal na idade esperada

Diagnóstico – Baixa Estatura Familiar

Nesses casos, a altura final é compatível com a altura dos pais e familiares próximos.

O cálculo da altura esperada da criança em relação à altura dos pais pode ser feito da seguinte forma:

- Sexo masculino = média da altura dos pais + 6,5cm ,+ ou – 7cm
- Sexo feminino = média da altura dos pais – 6,5 cm, + ou – 5,5 cm

A baixa estatura intrínseca pode ocorrer também nas seguintes situações em que há sinais de causa orgânica –

- retardo do crescimento intra-uterino
- infecções congênitas
- doenças genéticas
- desnutrição pregressa

Essas crianças mantêm um crescimento em canal próximo ao limite inferior da normalidade (percentil 3), com velocidade normal.

2- Padrão de Crescimento II: Crescimento Lento

Velocidade de crescimento normal
Idade óssea atrasada entre 2 e 4 anos em relação à idade cronológica
Desenvolvimento puberal tardio

Diagnósticos - **Atraso Constitucional do Crescimento; Doenças Crônicas Leves (asma, anemia falciforme); Desnutrição**

Nesses casos, a criança cresce em canal inferior ao percentil 3, a velocidade de crescimento é normal, o estirão inicia-se mais tarde, com período de crescimento mais longo e a altura final é normal. Em geral, os familiares mais próximos tiveram puberdade tardia.

3 - Padrão de Crescimento III :Crescimento Atenuado

Diminuição da velocidade de crescimento
Idade óssea atrasada em relação à idade cronológica
Desenvolvimento puberal normal ou atrasado

Nesses casos, como há diminuição da velocidade de crescimento, a curva de crescimento da criança vai progressivamente afastando-se do padrão normal, podendo até haver retificação da curva.

Diagnósticos – **Doenças sistêmicas metabólicas ou endocrinológicas, doenças renais, cardíacas. Privação emocional. Desnutrição Grave Primária ou Secundária.**

Crianças com suspeita de doença de base

Crianças com baixa estatura:

- desproporcionada – alteração na relação segmento superior/segmento inferior – necessita de investigação de doenças ósseas ou genéticas.
- acompanhada de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor - investigar hipotireoidismo, hospitalismo, carência psicossocial.
- acompanhada de malformações fenotípicas – investigar doenças genéticas ou dismórficas.

É importante lembrar que as deficiências hormonais são responsáveis por apenas 5% das causas de baixa estatura, assim, devem ser pesquisadas outras causas de baixa estatura antes de encaminhar o paciente ao endocrinologista.

Em relação ao hipotireoidismo congênito, mesmo nos casos de testes neonatais (teste do pézinho) negativos ou duvidosos, na presença de sinais clínicos sugestivos como velocidade de crescimento diminuída nos primeiros meses de vida, dificuldade para sugar, letargia, hipotermia, icterícia neonatal prolongada, edema, obstipação intestinal, língua protrusa, pele seca, deve ser feita a dosagem sérica de TSH e T4, o quanto antes. No hipotireoidismo adquirido o diagnóstico é mais difícil pela pobreza de sinais, havendo muitas vezes apenas diminuição na velocidade de crescimento.

Nos casos de deficiência de hormônio de crescimento a idade óssea é bastante atrasada e a velocidade de crescimento é inferior a 4 cm por ano, a baixa estatura é proporcionada e a inteligência é normal.

Tratamento

Não se recomenda a prescrição de vitaminas, pois não têm efeito sobre o crescimento.

Os tratamentos hormonais devem ser decididos e realizados por especialistas.

A prescrição de hormônio sem uma indicação adequada pode comprometer a altura final da criança. Alguns medicamentos têm efeito inibidor do crescimento como é o caso do metilfenidato (Ritalina) que é usado na hiperatividade.

Cabe ao generalista acompanhar a criança, com medidas periódicas do crescimento para estabelecer a velocidade de crescimento e o diagnóstico pertinente e quando não houver causa orgânica orientar os pais de modo a afastar a utilização de terapêuticas intempestivas e prejudiciais à criança. É preciso esclarecer os pais que a altura da criança tem uma forte determinação genética e que é necessário reforçar a auto-estima da criança, que mesmo tendo baixa estatura pode ter uma vida saudável e com boa inserção na sociedade.

As medidas de altura e peso fazem parte do atendimento médico ou de enfermagem e, caso seja necessário, podem ser marcados atendimentos com o auxiliar de enfermagem só para avaliar o peso e a altura, colocando os resultados no gráfico.

Conclusão: Não há muito o que fazer, mas há muito o que não fazer.

AIDS na Criança

ELZA MARIA BRANCO PADRÃO

Epidemiologia

No Brasil, estima-se que existem 600.000 infectados e 210.000 casos de AIDS, sendo 7400 casos em crianças menores de 13 anos, o que corresponde a 3,5% do total. Na cidade de São Paulo foram notificados, a partir de 1980, 47.000 casos. A epidemia vem apresentando tendência em acometer mais as mulheres, os jovens, as classes sociais mais pobres e de deslocar-se dos grandes centros urbanos para as cidades do interior.

No Município de São Paulo de 1984 a 2001, o número de casos notificados de AIDS, em menores de 13 anos foi de 1433, distribuídos nos diversos Distritos Administrativos. Quanto à categoria de exposição, 1186 foram infectados por transmissão vertical, 60 por transfusão de sangue, 25 por hemofilia, 4 pelo uso de droga, 2 por via sexual e, em 156 casos, ignorada.

Os estudos têm demonstrado vários fatores associados ao aumento de transmissão do HIV da mãe para o filho, como:

- a) fatores virais, como a carga viral, genótipo e fenótipo viral, diversidade circulante e resistência viral;
- b) fatores maternos, incluindo estado clínico, nutricional e imunológico da mulher, presença de DST e outras co-infecções;
- c) fatores comportamentais, como uso de droga e prática sexual desprotegida;
- d) fatores obstétricos como tipo de parto, ruptura prolongada de membrana amniótica e hemorragia intra-parto;
- e) fatores inerentes ao recém-nascido como baixo peso, prematuridade e aleitamento materno.

O resultado do protocolo ACTG-076 (Estudo multicêntrico sobre o uso do AZT na gravidez) comprovou que o uso do AZT reduz em 67% a transmissão vertical. O medicamento deve ser recomendado sob a forma oral durante a gravidez, a partir da 14ª semana de gestação, injetável durante o trabalho de parto e por via oral para o RN, nas primeiras 8 horas até a 6ª semana de vida.

Definição de caso de AIDS no Brasil 2000

CRITÉRIOS DE CONFIRMAÇÃO POR SINAIS:

Toda criança menor 13 anos de idade que apresente evidência laboratorial de infecção pelo HIV e pelo menos 2 sinais maiores ou 1 sinal maior associado com 2 sinais menores, segundo o critério de classificação de sinais de AIDS na criança estabelecido pelo Ministério da Saúde

CLASSIFICAÇÃO DE SINAIS INDICATIVOS DE AIDS NA CRIANÇA COM EVIDÊNCIA LABORATORIAL DE INFECÇÃO PELO HIV

SINAIS MAIORES:

- Candidíase oral resistente ao tratamento habitual
- Aumento crônico ou recorrente da parótida
- Diarréia crônica ou recorrente
- Herpes zoster
- Tuberculose

SINAIS MENORES:

- Otite/sinusite crônica ou de repetição.
- Hepatomegalia e/ou esplenomegalia
- Miocardiopatia
- Dermatite crônica
- Linfadenopatia > 0,5cm em mais de 2 sítios
- Febre > 38° C pelo menos durante 1 mês ou recorrente
- Perda de peso > 10% do peso anterior
- Anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia.

CRITÉRIO CDC MODIFICADO:

Toda criança menor de 13 anos de idade que apresente evidência laboratorial de infecção pelo HIV e pelo menos uma doença indicativa de AIDS.

DOENÇAS INDICATIVAS DE AIDS

As seguintes doenças são consideradas indicativas de AIDS se diagnosticadas por método definitivo ou presuntivo

- Infecção bacteriana múltipla ou de repetição: meningite bacteriana, sepse, pneumonia, abscesso de órgãos internos, infecções ósteo-articulares.
- Pneumonia por *Pneumocystis carinii*.
- Toxoplasmose cerebral.
- Retinite por citomegalovírus
- Herpes simples muco-cutâneo
- Gengivoestomatite herpética recorrente.
- Candidíase do esôfago
- Pneumonia linfóide intersticial.
- Encefalopatia determinada pelo HIV.
- Síndrome da Emaciação (perda de peso).

Diagnóstico Laboratorial no Brasil

Crianças menores de 24 meses expostas ao HIV por transmissão vertical são consideradas infectadas quando apresentam resultado positivo em duas amostras testadas para detecção de RNA ou DNA viral (carga viral), segundo fluxograma proposto pela coordenação nacional de DST/AIDS, ou cultura viral positiva. A carga viral deve ser feita após os 2 meses de idade.

Em crianças maiores de 24 meses ou naquelas expostas a uma transmissão não vertical, o diagnóstico laboratorial de infecção pelo HIV é confirmado quando a amostra de soro for repetidamente reativa em teste para pesquisa de anticorpos anti-HIV e/ou presença de um teste repetidamente positivo para antígeno e/ou cultura positiva - PCR positivo.

Cuidados com as Crianças Nascidas de Mães Soro Positivas para o Vírus HIV

- O leite materno é contra-indicado devido ao aumento do risco de transmissão de 7% a 22%.
- O AZT xarope deve ser introduzido nas primeiras 8 horas após o nascimento até a 6ª semana de vida.
- Profilaxia primária contra pneumonia por *Pneumocystis carini* com sulfametoxazol-trimetoprima, a partir da 6ª semana de vida até os 12 meses, ou até a exclusão do diagnóstico de infecção pelo HIV.
- Aos 2 meses de idade, deve ser feita a contagem de linfócitos CD4 e CD8 e a carga viral. Se a carga viral for indetectável, repetir o exame após 2 meses; se detectável, repetir imediatamente, conforme fluxograma do Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em criança.
- Acompanhamento mensal da criança com controle de peso, perímetro cefálico, perímetro braquial direito, altura, desenvolvimento neuropsicomotor e exame físico geral.
- Avaliação clínica e laboratorial de possíveis co-infecções: pesquisa do *Treponema pallidum*, dos vírus das hepatites B e C, herpes simples, citomegalovírus, *Toxoplasma gondii*, micobactéria tuberculosis, de acordo com a epidemiologia familiar.

Imunizações: Recomenda-se que as crianças expostas ou infectadas pelo vírus HIV recebam todas as vacinas do calendário oficial, com as seguintes observações:

- BCG ID nas crianças assintomáticas
- Poliovírus – dar preferência para a vacina Salk; na ausência desta, é aceitável o uso da vacina oral contra a polio.
- Vacina contra a Hepatite B deve ser dada, se possível, nas primeiras 12 horas de vida.
- *Haemophilus influenza* tipo B - esquema básico e reforço a cada 5 anos.
- Influenza (gripe) - após 6 meses de idade/2 doses.
- Pneumococo conjugada 7 valente a partir de 2 meses de idade e a vacina 23 valente a partir de 2 anos, com reforço após 5 anos.
- Varicela para crianças assintomáticas (N1 A1).
- Sarampo e tríplice viral não devem ser aplicados em crianças com comprometimento imunológico grave (C3).
- Febre amarela – de acordo com a situação epidemiológica.

Quadro Clínico

As crianças, dependendo da história natural da infecção pelo HIV podem variar, de progressores rápidos a não progressores. Cerca de 10 a 15% dos pacientes evoluem com imunodepressão precoce e deterioração clínica nos primeiros anos de vida (progressão rápida), apresentando baixo peso, linfadenopatia, hepatoesplenomegalia, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor pela encefalopatia, infecções bacterianas graves, múltiplas ou recorrentes, sepses, pneumonia por *Pneumocystis carini*, candidíase oral prolongada e esofágica e outras.

A maior parte, 50 a 70%, apresenta padrão de evolução intermediário, em que predominam sinais leves nos primeiros 5 anos de vida, com infecções persistentes ou recorrentes de vias aéreas superiores (otite média, sinusites), parotidite.

Um terceiro grupo, cerca de 10 a 15%, tem progressão lenta e livre de manifestações de doenças até 8 anos de idade.

Tratamento Específico

É feito pelas equipes dos Centros de Referência (DST/AIDS), nas diferentes regiões de São Paulo. A escolha do tratamento depende do comprometimento imunológico da criança e dos sintomas e sinais clínicos presentes na avaliação, especificados nos quadros da categoria imunológica e da classificação da infecção pelo HIV em crianças <13 anos. Para garantir a eficácia do esquema terapêutico é importante a adesão ao tratamento por parte da criança e dos responsáveis. Na escolha da terapêutica deve ser considerada:

- 1) disponibilidade e palatabilidade da formulação
- 2) manter a qualidade de vida (número de doses, horários)
- 3) habilidade dos responsáveis na administração das drogas
- 4) potencial de interação com outras drogas.

Os agentes comunitários de saúde, por meio das visitas domiciliares, podem ajudar os familiares nos cuidados gerais da criança e esclarecer as dúvidas que ainda possam existir no momento de administrar os medicamentos. O sigilo do diagnóstico deve ser garantido no atendimento dos casos.

Categoria Imunológica da Classificação da Infecção pelo HIV na Criança (Menor de 13 Anos de Idade).

Alteração Imunológica	Contagem de LTCD4		
	12 meses	Idade 1 a 5 anos	6 a 12 anos
Ausente(1)	> 1500 (>25%)	> 1000(>25%)	>500(>25%)
Moderado(2)	750 - 1499(15-24%)	500-999(15-24%)	200 - 499 (15-24%)
Grave(3)	<750(<15%)	<500(<15%)	<200(<15%)

Classificação da Infecção pelo HIV na Criança (< de 13 Anos de Idade)

Alteração Imunológica sintomas clínicos	N = Ausência de sinais e/ou clínicos leves	A = Sinais e/ou sintomas moderados	B = Sinais e/ou Sintomas clínicos graves	C=Sinais e/ou Sintomas clínicos
Ausente(1)	N1	A1	B1	C1
Moderado(2)	N2	A2	B2	C2
Grave(3)	N3	A3	B3	C3

A classificação dos sinais e/ou sintomas como leves, moderados ou graves consta no Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em crianças.

As crianças N1 A1 não devem receber medicações.

Naqueles classificados como N2 B1, considerar tratamento, e as restantes devem receber esquema de anti-retrovirais em dupla ou tripla terapia.

A Revelação do Diagnóstico

A revelação do diagnóstico é um aspecto fundamental da assistência à criança com infecção pelo HIV, devendo ser feita de modo gradual e progressivo. A abordagem deve ser individualizada, o momento apropriado, o nível de informação e priorização dos assuntos dependem do contexto psicossocial e familiar em que a criança está inserida. A participação da equipe multiprofissional é importante. Podem ser utilizados objetos intermediários como histórias, desenhos, grupos de teatro. Com as histórias, fica mais fácil para as crianças, junto com as mães, discutirem suas dificuldades, entenderem a doença e progressivamente compreenderem seu diagnóstico.

A Criança na Creche e na Escola

O risco de transmissão da infecção por HIV a crianças em ambientes de educação infantil é desprezível. As crianças que entram para a creche não podem ser obrigadas a realizar o teste do HIV e os responsáveis não devem revelar o resultado do teste. Como crianças infectadas pelo HIV, cujo estado é desconhecido, podem frequentar a creche, devem ser adotadas para todas as crianças as precauções básicas ao se lidar com derramamentos de sangue e líquidos corporais contendo sangue e exsudatos de feridas.

A família tem o direito às informações, mas não é obrigada a informar a escola. As pessoas envolvidas na assistência e educação de um estudante infectado devem respeitar o direito de privacidade do estudante.

Na medida em que aumenta a expectativa de vida das crianças e dos adolescentes infectados pelo HIV, a população escolar de crianças e adolescentes com esta doença também vem aumentando. Com isto, as escolas devem estar preparadas para discutir e orientar as crianças, os adolescentes e os funcionários sobre temas como o desenvolvimento da sexualidade, preconceitos, direito à cidadania e métodos de prevenção às diversas DST.

Nas escolas do Município de São Paulo, vêm ocorrendo oficinas para a capacitação de professores, nas quais os profissionais têm a possibilidade de repensar a vulnerabilidade das crianças e adolescentes, sua sexualidade e a cidadania.

Acreditamos que com a ajuda dos professores-educadores, no dia a dia, pode-se conseguir uma convivência responsável e livre de preconceitos e medos.

Além disso, é importante que os profissionais das escolas e da saúde, por meio das UVIS (Unidades de Vigilância à Saúde) notifiquem as doenças transmissíveis e informem rotineiramente todas as famílias sempre que ocorrer uma doença altamente contagiosa, como varicela ou sarampo em qualquer criança matriculada. Este processo ajuda as famílias a protegerem suas crianças imunocomprometidas.

Afecções Respiratórias

ANA MARIA BARA BRESOLIN
MARIA ELISABETH B.A KOBINGER
ANA CECÍLIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA

Afecções de Vias Aéreas Superiores

ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

As doenças que acometem a árvore respiratória são muito comuns no ser humano. As crianças são mais suscetíveis aos agravos respiratórios, principalmente os de etiologia infecciosa, que constituem cerca de 40 a 50% dos motivos de consulta na atenção básica e na emergência e um dos principais motivos de internação hospitalar e de mortalidade.

As doenças respiratórias (DR) podem ser de etiologia infecciosa, alérgica ou de outras causas como, por exemplo, alterações anatômicas (malformações), processos tumorais ou inflamatórios crônicos. Na prática, no entanto, as doenças de etiologia infecciosa e alérgica são as mais frequentes e de maior interesse, devendo sua abordagem ser conhecida pelos profissionais das equipes de saúde.

POR QUE AS CRIANÇAS SÃO TÃO SUSCETÍVEIS ÀS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS?

Fatores individuais e do ambiente de vida da criança propiciam o aparecimento dessas doenças e sua evolução. A criança é mais suscetível aos agravos infecciosos, especialmente nos 2 primeiros anos de vida, em função de sua imaturidade anatômica e imunológica.

Assim, a partir do nascimento, a criança vai sendo exposta a inúmeros agentes infecciosos, como vírus e bactérias e a agentes não infecciosos, como os irritantes que estimulam seu sistema imunológico e permitem que ela desenvolva mecanismos próprios de defesa, concomitantemente ao desenvolvimento anatômico das vias respiratórias, sendo esse processo normal e esperado.

Além disso, fatores do ambiente de vida da criança, desde as condições climáticas e a poluição atmosférica do macro-ambiente, como a situação específica do domicílio, com exposição da criança à fumaça de cigarro, ao pó e a ambientes frios e úmidos com aglomeração de grande número de pessoas em espaço pequeno, são condições de risco que predispõem às infecções respiratórias. Todos esses aspectos explicam os inúmeros episódios de doenças respiratórias que ocorrem nesse período, cerca de 6 a 8 por ano, nas crianças que vivem em áreas urbanas.

É importante ressaltar que a morbidade por DR é significativa em todos os segmentos sociais e que essa demanda é trazida inúmeras vezes aos serviços de saúde.

No entanto, o risco de morrer por infecções respiratórias não é igual para todas as crianças. Existem grupos mais vulneráveis que devem ser priorizados no atendimento, como os RN de baixo peso ao nascer, as crianças desnutridas, aquelas com história de desmame precoce, de vacinação incompleta, de doenças de base e de internações repetidas por doenças respiratórias. As condições sociais e econômicas também definem uma população mais vulnerável e de maior risco.

COMO ABORDAR A CRIANÇA COM QUEIXA SUGESTIVA DE DOENÇA RESPIRATÓRIA?

No atendimento à criança com queixas de febre, tosse, coriza, obstrução nasal, dor de garganta, dor de ouvido, ronqueira no peito, dificuldade para respirar é preciso, no primeiro momento, esclarecer quatro aspectos fundamentais:

1- A localização anatômica predominante do processo respiratório**2- O período de duração das queixas****3- A presença de queixas associadas****4- O comprometimento do estado geral**

1- **A localização anatômica predominante do processo respiratório**, a partir dos sinais e sintomas identificados, permite classificar a criança como portadora de :

- a) **IVAS (Infecção de vias aéreas superiores)** - quando predominam os sinais e sintomas de comprometimento do nariz, seios da face, ouvido, orofaringe e laringe.
- b) **IVAI (Infecção de vias aéreas inferiores)** - quando predominam os sinais e sintomas de comprometimento da traquéia, brônquios, bronquíolos e alvéolos

Embora a localização anatômica não possa ser considerada de modo absoluto, na prática, é possível muitas vezes definir a síndrome clínica predominante naquele momento e a conduta mais adequada ao caso. As DR de vias aéreas superiores representam cerca de 3/4 dos casos da demanda aos serviços de saúde e, em geral, têm menor gravidade. As que acometem as vias respiratórias inferiores, como a bronquiolite, bronquite e pneumonia são mais graves e predominam nas indicações de internação da criança e como causas de mortalidade.

As principais síndromes clínicas que acometem as crianças e seus principais sinais e sintomas são apresentadas nos Quadros 6 (IVAS) e 7 (IVAI).

QUADRO 6 - Principais Síndromes Clínicas nas IVAS

Doença	Sinais e Sintomas
Rinofaringite Aguda (Resfriado comum)	Hiperemia de orofaringe, secreção e obstrução nasal
Sinusite	Tosse e secreção purulenta nasal e retrofaríngea, por mais de 10 dias, sem melhora. Tosse noturna
Otite média aguda (OMA)	Febre, otalgia, otorréia. Alterações otoscópicas: abaulamento e hiperemia de MT
Faringoamigdalite	Dor de garganta, dificuldade de deglutição, hiperemia de orofaringe, exsudato amigdaliano, linfadenopatia cervical dolorosa
Laringite aguda	Tosse, rouquidão, cornagem, estridor sem sibilância
Laringotraqueobronquite	Tosse, rouquidão, cornagem, estridor com sibilância
Laringite espasmódica	Tosse e rouquidão

QUADRO 7 - Principais Síndromes Clínicas nas IVAI

Doença	Sinais e Sintomas
Bronquite	Tosse, dispnéia, sibilância, tiragem subcostal e intercostal
Pneumonia	Tosse, dispnéia, tiragem subcostal e intercostal Gemido respiratório, toxemia. Agitação ou prostração FR=60 ou mais RPM nos menores de 2 meses FR=50 ou mais RPM de 2 meses até 1 ano FR=40 ou mais RPM de 1 a 4 anos Ausculta: crepitações finas ou evidência de consolidação pulmonar
Bronquiolite	Pode haver todos os sinais acima com predomínio da sibilância

2- **Período de duração das queixas:** até 2 semanas = doença aguda; recorrente quando os episódios se repetem em intervalos próximos, intercalados por períodos assintomáticos, ou crônica, quando os sintomas são perenes.

3. **Presença de queixas associadas:** vômitos, diarreia, conjuntivite e exantema, entre outras.

4. **Comprometimento do estado geral:** a criança está gemente, abatida, sonolenta, com sinais de dificuldade para respirar, não interagindo com a mãe nem com o examinador.

Todos estes aspectos auxiliam o profissional a definir a hipótese diagnóstica, quanto à localização e à gravidade e a conduta para o caso. A reavaliação da criança, no retorno, dará maior segurança quanto ao diagnóstico realizado, validando ou não sua hipótese e a terapêutica indicada.

COMO AVALIAR AS CRIANÇAS COM QUEIXAS RESPIRATÓRIAS?

Quando a criança apresenta queixa de "resfriado", com coriza, obstrução nasal, tosse, ronqueira no peito, perguntar:

Há quantos dias vem o quadro? Tem febre, há quantos dias? Medida ou não? Quando não tem febre, a criança brinca e aceita a alimentação? Tem cansaço ou dificuldade para respirar? Tem outras queixas como vômitos, diarreia, secreção nos olhos? A criança está melhorando, está na mesma, ou vem piorando, desde o início do quadro?

Quando a doença já tem mais de 5 dias, a febre já passou, a criança brinca, se alimenta e não tem cansaço para respirar, persistindo apenas com tosse e catarro no peito, nesses casos o auxiliar de enfermagem pode fazer as orientações gerais de higiene nasal, inalação caseira, preparações caseiras para a tosse e explicar para retornar se houver piora do quadro.

Se a criança persiste ainda com febre ou apresenta retorno da febre, está muito irritada, com recusa sistemática da alimentação, cansada para respirar e tendência à piora do quadro, enviar para avaliação do médico.

A frequência e a distribuição das diferentes síndromes clínicas respiratórias, de acordo com os grupos etários, ajudam o profissional no raciocínio clínico, uma vez que alguns quadros predominam em determinadas idades, conforme Quadro 8.

QUADRO 8 - Distribuição das principais afecções respiratórias nos lactentes, pré-escolares e escolares

	LACTENTE	PRÉ-ESCOLAR	ESCOLAR
Freqüência	5 a 8 episódio criança/ano	Tendências a diminuir	Tendência a diminuir
QUADROS CLÍNICOS VIAS AÉREAS SUPERIORES (VAS)	Rinofaringite viral aguda Otite média aguda	Rinofaringite viral aguda Faringoamigdalite viral Laringotraqueíte viral (crupe) Laringite espasmódica Hipertrofia adenóide/amígdalas	Rinofaringite viral aguda Amigdalite bacteriana Otite serosa Rinopatia alérgica Sinusite
Freqüência	20 a 30 episódios/100 crianças/ano	5 episódios/100 crianças/ano	5 episódios/100 crianças/ano
QUADROS CLÍNICOS VIAS AÉREAS INFERIORES (VAI)	Bronquiolite Sibilância transitória Pneumonia viral/bacteriana	Traqueobronquite Pneumonia viral/bacteriana	Asma Pneumonia viral/bacteriana/ por Mycoplasma

COMO TRATAR AS DOENÇAS RESPIRATÓRIAS?

A grande questão diante de uma criança com sinais e sintomas sugestivos de doença respiratória é decidir:

• A DOENÇA É BACTERIANA OU VIRAL? EXISTE OU NÃO INDICAÇÃO DE ANTIBIOTICOTERAPIA?

Embora a etiologia viral seja predominante, em várias situações o profissional fica receoso em não orientar o uso de antibióticos porque, na prática, o diagnóstico etiológico é presuntivo e baseia-se no quadro clínico e experiência.

Em relação às manifestações clínicas, muitas vezes o profissional tem certeza de estar frente a um quadro de resfriado comum, de etiologia viral em 100% dos casos, mas outras vezes, frente a uma faringite com exsudato, a chance de acerto de um quadro bacteriano é de 50%, porque alguns tipos de vírus também podem determinar o aparecimento de exsudato na faringe. Assim, na maioria das situações há dúvidas quanto à etiologia correta e a conduta terapêutica mais adequada.

Outro aspecto a ser considerado é que o mesmo agente agressor, viral ou bacteriano, pode determinar diferentes síndromes clínicas e, por outro lado, a mesma síndrome clínica pode ser causada por diferentes agentes. Como exemplo, o pneumococo pode causar otite média, sinusite e pneumonia. Por sua vez, a otite média aguda pode ser causada por diferentes vírus, pelo pneumococo, hemófilos, estreptococo beta hemolítico, entre outros.

Existe ainda o risco de complicações das doenças bacterianas, especialmente nas crianças menores de 2 anos e a pressão dos familiares para a resolução rápida dos casos. Na prática, o uso indiscriminado de antibióticos tem sido prevalente, o que é muito preocupante pela possibilidade de aumento das cepas de bactérias resistentes às drogas. Assim, a indicação do antimicrobiano para tratamento das IVAS deve ser feita de modo racional, levando em consideração o conjunto de dados clínicos, epidemiológicos, microbiológicos e a evolução dos casos.

Mais uma vez é importante salientar a necessidade de reavaliação da criança no retorno e as orientações para a detecção pela família dos sinais de gravidade: dificuldade para respirar, cansaço no peito, febre alta persistente ou que retorna, recusa em ingerir líquidos. O retorno é, portanto, a ferramenta mais importante do profissional para validar sua conduta garantindo um atendimento de boa qualidade.

COMO ABORDAR A QUEIXA DE "MEU FILHO VIVE RESFRIADO"?

A abordagem dos quadros respiratórios agudos apresenta ainda outra ordem de dificuldades. Quando a criança tem uma história de episódios repetidos de infecções respiratórias, essas dificuldades aumentam e a equipe de saúde precisa conhecer, de modo detalhado, a evolução deste processo, o comportamento esperado da criança e a situação de seu ambiente de vida, para orientar a investigação e a conduta adequada em cada caso. A família traz a queixa de que seu filho "vive resfriado", sendo preciso orientá-la quanto à normalidade deste processo. Nesta situação, as síndromes clínicas são diversificadas (ora resfriado, ora otite) os episódios são benignos, auto-limitados, de curta duração- 7 a 10 dias- não comprometem o estado nutricional e o crescimento e não existem sintomas entre os vários episódios.

No entanto, algumas crianças apresentam síndromes clínicas repetidas, com localização monótona e predominante, por exemplo, vários episódios de otite ou sinusite de repetição, que comprometem o estado geral, muitas vezes com persistência dos sintomas, ou seja, quadros perenes. Esta última situação pode ser definida como "IVAS de repetição" e merece uma abordagem mais detalhada, no atendimento pela equipe de saúde, considerando os fatores individuais e ambientais que podem estar atuando como predisponentes do processo:

- 1- Em relação à criança: idade, sexo, época do desmame (quando precoce diminui a defesa da criança às infecções), esquema e técnica da alimentação (mamar deitada facilita o refluxo do leite para o ouvido médio), presença de doenças carenciais, como a desnutrição e a anemia ferropriva (diminuem a defesa da criança), atopia, experiência imunológica, malformações congênitas, doenças crônicas cardiopulmonares, imunodeficiências. História pessoal e/ou familiar de atopia e doenças respiratórias crônicas.
- 2- Em relação aos agentes infecciosos: considerar a flora habitual presente na orofaringe; os agentes virais que determinam elevado número de infecções respiratórias na criança, com manifestações clínicas semelhantes e as complicações bacterianas como otite, sinusite, faringite, que podem ocorrer pela possível interação entre vírus e bactérias.
- 3- O ambiente físico na casa e creche, a aglomeração de pessoas em espaços pequenos, a exposição da criança a outras crianças menores de 5 anos (portadoras dos agentes infecciosos), condições de ventilação e insolação, presença de umidade, pó, fumantes, animais domésticos, poluentes do macro-ambiente (irritantes da mucosa respiratória) e sazonalidade são alguns fatores que merecem ser considerados.

Concluindo, a abordagem da criança com "IVAS de repetição" implica a necessidade de:

- Vincular a criança para seguimento na unidade;
- Caracterizar os episódios agudos em relação à frequência, gravidade e localização anatômica predominante;
- Aprofundar a investigação dos fatores de risco relacionados à criança, família e ambiente de vida.

Esta abordagem pode ser feita por meio de atendimento seqüencial e programado dos casos. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) podem identificar os fatores de risco presentes nos domicílios e propor, com as famílias, as formas de intervir sobre os determinantes das doenças.

Afecções de Vias Aéreas Superiores (VAS) Abordagem das Principais Síndromes Clínicas Otite Média Aguda (OMA)

A OMA consiste em processo inflamatório localizado na orelha média e anexos -tuba auditiva, ossículos e células da mastóide.

A incidência da OMA é alta na infância, sendo o pico entre o 6º e o 12º meses de vida. No primeiro ano de vida, 60 a 70% das crianças terão pelo menos 1 episódio de OMA; 30 % delas, três ou mais episódios.

dios, e 10%, 6 ou mais episódios. Dessa forma, a minoria das crianças não terá otite, um grupo constituído por lactentes terá episódios isolados, com boa evolução e um terceiro grupo, em torno de 40% das crianças até os 7 anos de idade, terá 3 ou mais episódios, caracterizando as otites recorrentes.

Existem várias formas de apresentação clínica da otite média, decorrentes do estágio do processo inflamatório, desde agudo, até subagudo e crônico. A causa é multifatorial sendo a disfunção da tuba auditiva, as infecções virais ou bacterianas das vias aéreas superiores e a rinite alérgica os fatores predisponentes mais importantes.

O diagnóstico da otite baseia-se nos sintomas clínicos -febre, irritabilidade, otalgia, otorréia, associados às alterações da otoscopia. Na criança menor, devem ser valorizadas a presença de choro, inapetência e irritabilidade, principalmente ao mamar e a interrupção do sono. Em cerca de 50% dos casos, a otite pode ser precedida por quadro de resfriado ou gripe. Na otoscopia, é importante observar abaulamento da membrana timpânica (MT), que é o sinal mais importante da otite, perda de transparência (opacidade), alterações na cor da MT com hiperemia de graus variados.

A otoscopia é um procedimento simples, que deve ser feito em todas as consultas, com a criança em posição adequada, sustentada pela mãe; o conduto externo deve estar limpo, para facilitar a visualização da MT, utilizando-se otoscópio com luz forte e clara.

A OMA pode ser causada por vírus e bactérias. Os agentes virais mais importantes são o vírus sincicial respiratório, adenovírus e influenza A e B e as bactérias são *Streptococcus pneumoniae* (pneumococo), que representa 40 a 50% dos casos, *Haemophilus influenzae*, cerca de 20% e *Moraxella catarrhalis*, 15%.

TRATAMENTO

Na prática é difícil a diferenciação entre a otite viral e a bacteriana. Quando se faz a hipótese de otite média aguda, considera-se que cerca de 70% dos casos podem ser causados por bactérias, e indica-se o uso de antibióticos. O tratamento visa a melhoria mais rápida dos sintomas e a prevenção de recorrências e de complicações, como a meningite ou a mastoidite, principalmente nas crianças menores de 2 anos de idade.

Se a otoscopia mostrar apenas hiperemia da MT e a criança estiver em bom estado geral e com outros sintomas sugestivos de quadro viral como obstrução nasal, rinorréia clara, diarreia, conjuntivite, deve-se reavaliar o caso e a otoscopia, após 24 horas. Podem ser orientadas medidas sintomáticas, como analgésicos e antipiréticos, além da higiene nasal com soro fisiológico para alívio da obstrução nasal. Tem-se encontrado em estudos cerca de 80% de cura espontânea, das crianças com OMA, num período de 7 a 14 dias, elevando-se esta taxa para 95%, nas crianças tratadas com antibióticos.

É importante frisar que os descongestionantes orais ou tópicos, anti-histamínicos, anti-inflamatórios não-hormonais e corticosteróides não são indicados no tratamento da OMA viral ou bacteriana, porque não alteram a evolução da doença e podem ter efeitos colaterais não desejados.

A escolha do antibiótico é feita de modo empírico, considerando a eficácia e a segurança da droga, aderência ao tratamento e custo, sendo importante levar em conta que:

1. a droga deve ser eficaz contra o pneumococo, responsável por 40 a 50% dos casos. Além disso, a OMA causada pelo pneumococo é mais grave e apresenta as menores taxas de resolução espontânea;
2. os estudos clínicos mostram que a amoxicilina continua eficaz, apesar da descrição recente de aumento das cepas resistentes entre os agentes que causam OMA.

Dessa forma, a amoxicilina é a droga de primeira escolha para o tratamento da OMA, tendo como alternativa para os pacientes alérgicos os macrolídeos (exceto a eritromicina) e o sulfametoxazol-trimetoprima (Quadro 9)

Quando a criança não recebeu antibiótico no último mês:

- Iniciar com amoxicilina na dose habitual (40 a 50mg/kg/dia, VO, 8/8hs, 10 dias)
- Se no 3º dia não houver melhora, dobrar a dose de amoxicilina (80 a 90mg/kg/dia, VO, 8/8hs, 10 dias), pela possibilidade de um microorganismo parcialmente resistente, ou indicar a amoxicilina-clavulanato (associando também a prescrição da amoxicilina para que esta fique no dobro da dose) ou axetil-cefuroxima.

Se a criança recebeu Amoxicilina no mês anterior:

- Iniciar com o dobro da dose de amoxicilina (80 a 90mg/kg/dia), ou indicar a amoxicilina-clavulanato (amoxicilina no dobro da dose) ou axetil-cefuroxima.

Os grupos de risco para desenvolver OMA por pneumococo resistente são:

- crianças menores de 2 anos de idade, pela maior ocorrência de processos infecciosos e indicação abusiva de antibióticos;
- crianças que freqüentam creche/escola;
- uso freqüente de antibiótico (profilaxia);
- uso recente de antibiótico (há menos de 1 mês)

Nessas situações deve-se indicar uma droga de segunda escolha e acompanhar o caso para verificar a eficácia do tratamento.

As crianças que não respondem ao tratamento clínico e apresentam toxemia, vômitos com recusa do tratamento por via oral e suspeita de complicações do SNC, principalmente as menores de 1 ano, devem ser encaminhadas para atendimento em Pronto Socorro, com médico especialista (ORL).

Embora esquemas curtos de tratamento da otite, por período de 5 a 7 dias sejam recomendados na literatura, os estudos não incluem em sua casuística as crianças menores de 2 anos de idade, que são as mais acometidas. O esquema curto não deve ser orientado para as crianças menores de 2 anos, nos casos de OMA supurada em qualquer idade, nas crianças que pertencem aos grupos de risco para otite recorrente ou crônica e naquelas que utilizaram antibiótico nos últimos 3 meses.

QUADRO 9 - Antibioticoterapia na OMA

Primeira escolha		
Droga	Dose mg/kg/dia	Esquema terapêutico
● Amoxicilina	40-50	em 3 doses, VO, 8/8 hs, 10 dias
● Azitromicina**	10	dose única, VO, 5 dias
Segunda escolha		
● Amoxicilina	80-9	3 doses, 8/8hs, VO, 10 dias
● Amoxicilina-clavulanato	40-6,4	3 doses, 8/8hs, VO, 10 dias
● Axetil-cefuroxima	30	2 doses, 12/12hs, VO, 10 dias
● Cefprozil	15-30	2 doses, 12/12hs, VO, 10 dias
● Ceftriaxone	20-50	dose única, IM, 3 a 5 dias
● Cloranfenicol	50-100	3/4 doses, 8/8hs ou 6/6hs, VO, 10 dias
● Sulfametoxazol* trimetoprima	40-10	em 2 doses, VO, 12/12hs, 10 dias

* SMZ-TMP- maioria dos pneumococos são resistentes

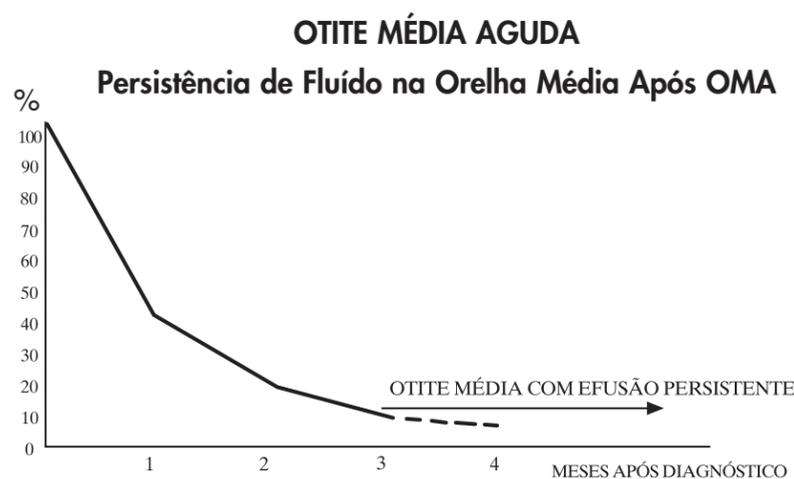
**Azitromicina- não indicado nos primeiros 6 meses de vida. Eficaz no pneumococo sensível; 100% de falha em cepas PEN-R

QUAL É A EVOLUÇÃO ESPERADA DE UM CASO DE OMA?

Todo caso de OMA deve ser seguido para avaliar a eficácia do tratamento na fase aguda e a evolução das alterações da otoscopia nos primeiros 3 a 4 meses após o episódio agudo. Sabe-se que, mesmo quando a resposta clínica ao tratamento é satisfatória, as alterações da otoscopia ainda estão presentes em 40% dos casos após 1 mês, em 20%, após 2 meses e, em 10 %, após 3 meses do episódio agudo (Gráfico 1) e a conduta do profissional deve ser apenas de acompanhamento do caso, em consultas programadas. Esse dado é importante, porque muitas crianças com resfriado têm diagnóstico de otites de repetição porque a membrana timpânica ainda se manteve alterada.

As queixas de febre, otalgia e otorréia devem ser valorizadas no seguimento da criança com otite média aguda. Quando ocorrem num período de tempo inferior a 30 dias, podem ser indicativas de falha do tratamento, por não adesão ou uso inadequado do medicamento, o que deve ser sempre investigado pelo profissional. Pode ser ainda ocorrer uma resistência parcial do agente infeccioso ao antibiótico, com resposta inicial e reagudização do processo.

Há um grupo de crianças que apresenta episódios isolados de OMA, com boa evolução clínica e desaparecimento das alterações otoscópicas, no seguimento. No entanto, há casos de recorrências frequentes das manifestações clínicas da otite, após tratamento adequado do surto inicial, com períodos intercríticos assintomáticos e com otoscopia normal, o que define a presença da OMR (otite média recorrente) e outros nos quais as alterações otoscópicas são persistentes, após 3 a 4 meses de acompanhamento, com ou sem reagudização clínica. Nesta última situação pode-se definir que a criança apresenta uma OME (otite média com efusão persistente), também chamada otite secretora.



OMA Recorrente (OMR)

Definida pela presença de 3 ou mais episódios de otite, nos últimos 6 meses ou de 4 ou mais episódios, nos últimos 12 meses, com cura dos sintomas entre os quadros agudos.

As otites recorrentes devem ser acompanhadas na Unidade Básica, sendo fundamental a investigação dos fatores de risco que podem estar contribuindo para a recorrência, como:

- Permanência em creches e escolas;
- Desmame precoce/ uso de mamadeira noturna (risco de refluxo gastro- ϵ sofágico);
- Ambiente físico desfavorável (fumante passivo e exposição excessiva aos agentes infecciosos e irritantes);
- Atopia pessoal e/ou familiar;
- História familiar de otites recorrentes;
- 1º episódio de otite antes do 6º mês de vida;
- Portadores de doenças genéticas, de malformações orofaciais ou de hipertrofia de adenóides;

As otites recorrentes podem evoluir com redução espontânea do número de episódios, cerca de 1,5 episódio/ano, mas 35% dos casos evoluem para OME (otite média com efusão).

A conduta recomendada é:

- Controle adequado dos surtos agudos
- Antibioticoterapia profilática (QP) com:

Amoxicilina ou sulfametoxazol-trimetoprima- metade da dose terapêutica, dose única diária, por um período de 3 a 6 meses ou durante os meses de maior incidência das otites.

A QP deve ser indicada em casos selecionados, nas crianças menores de 2 anos de idade, que não frequentam creche, para evitar o desenvolvimento de cepas de bactérias resistentes aos antimicrobianos. A QP vem sendo considerada uma conduta pouco eficaz nos estudos de otites recorrentes e sua indicação é cada vez mais restrita.

- Imunização –é um procedimento muito eficaz na abordagem desses casos e consiste em:
 - Vacinar contra a gripe as crianças maiores de 6 meses, que freqüentam creches;
 - Indicar a vacina antipneumocócica, polissacarídica 23-valente (Pn-23V) para as crianças maiores de 2 anos, que pode ser obtida nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE). As crianças <2anos, embora apresentem maior incidência de otite, não devem receber essa vacina por sua baixa eficácia nessa faixa etária. A vacina conjugada contra o pneumococo, recentemente liberada para uso nos menores de 2 anos, ainda não está disponível nos serviços de saúde;
 - Controlar os fatores de risco, especialmente as mamadas noturnas e a exposição ao fumo;
- Referir a criança para consulta com ORL, para aprofundar a investigação e orientar a conduta, quando após seguimento terapêutico não houver melhora clínica. Em alguns casos podem ser necessárias a colocação de tubos de ventilação e a realização de adenoidectomia.

OTITE Média Suprativa (OMS)

Caracteriza-se por perfuração timpânica e otorréia persistente, por período superior a 6 semanas. A supuração é visível no ouvido, na ausência de sinais e sintomas de infecção aguda. A chance de complicação da otite média é maior nas crianças que vivem nos países pobres, pela colonização precoce da orofaringe por germes patogênicos, condições nutricionais inadequadas (anemia, desnutrição), aglomeração de pessoas no domicílio, condições de higiene precárias e dificuldade de acesso aos serviços de saúde. O tratamento consiste em limpar o ouvido, com algodão seco e, quando necessário no uso de gotas otológicas com antibiótico, 3 a 4 vezes ao dia. Os casos de otorréia persistente ou recorrente devem ser encaminhados ao ORL, para investigação mais aprofundada.

OTITE Média com Efusão (OME)

Cerca de 10 a 20% das crianças com OMA podem evoluir para OME, que se caracteriza pela presença de secreção no ouvido médio, na ausência de sinais e sintomas de infecção aguda. Não existe dor e a perda auditiva é o principal sintoma. É mais freqüente na criança com OMA que mantém efusão no ouvido médio por mais de 12 semanas, na que tem o 1º episódio de otite antes dos 6 meses de idade e que freqüenta creche. A criança é desatenta, assiste televisão ou ouve rádio em som muito alto e pode apresentar atraso no desenvolvimento da linguagem. A otoscopia mostra MT íntegra ou opacificada, podendo haver retração e aumento da vascularização; o líquido presente no ouvido médio pode ser seroso, mucoso ou purulento. Esses casos devem ser encaminhados para o ORL, para avaliar a presença de líquido no ouvido médio e a acuidade auditiva.

OTITE Externa (OE)

Doença comum, nos meses de verão, relacionada aos esportes aquáticos (otite do nadador"), ao hábito de usar cotonetes ou às agressões do conduto auditivo externo (corpo estranho, traumatismo). Em 50% dos casos ocorre infecção bacteriana, por *Staphylococcus aureus* e *Pseudomonas aeruginosa* e, em 30% são isolados fungos. Observam-se edema e eritema da pele do conduto auditivo externo (CAE), com saída de secreção clara; o processo inflamatório pode evoluir e atingir a camada externa da membrana timpânica e o pavilhão auricular, o que torna a secreção mais espessa, ocorrendo dor à movimentação do trágus, prurido e perda auditiva, por oclusão do conduto. É preciso avaliar com cuidado se a otorréia se origina do ouvido médio, por perfuração da MT ou do conduto auditivo externo.

O diagnóstico diferencial deve ser feito com furunculose, corpo estranho, OMA, meringite bolhosa, mastoidite aguda. A presença de cerúmen no CAE, de cor e consistência variável pode dificultar o diagnóstico.

O tratamento da OE é tópico, devendo-se orientar a limpeza do CAE com algodão seco e gotas otológicas compostas por associação de medicamentos anti-inflamatório (corticóide), antibiótico e anti-fúngico. 2 a 3 gotas, 3 a 4 vezes por dia, por período que varia de 1 semana até 15 dias (micose). Às vezes indica-se analgésico e/ou antibiótico, por via oral. Deve-se também evitar a entrada de água no conduto externo e traumatismos causados pelo uso de cotonetes.

Faringoamigdalites (FA)

Processo inflamatório localizado na mucosa que reveste a orofaringe e as amígdalas palatinas, que fazem parte do anel linfático de Waldeyer.

As faringoamigdalites bacterianas são raras nas crianças menores de 2 anos. Sua frequência aumenta na idade pré-escolar e escolar, nos meses frios e em crianças alérgicas.

O quadro clínico caracteriza-se por dor de garganta, dor à deglutição, febre variável, calafrios, comprometimento do estado geral, astenia, mialgia, cefaléia, podendo haver aumento dos linfonodos cervicais.

Frente a um quadro clínico sugestivo de faringoamigdalite, o profissional de saúde tem dúvidas em relação ao diagnóstico da FA estreptocócica, que deve ser tratada com antibiótico. Na prática, alguns aspectos clínicos podem ajudar na sugestão da etiologia e decisão da conduta, conforme Quadro 10:

QUADRO 10: Aspectos Clínicos das Faringites na Criança

Sugerem etiologia viral	Sugerem etiologia bacteriana
<ul style="list-style-type: none"> ● Idade menor de 3 anos ● Início gradual ● Outras manifestações clínicas: tosse, coriza, conjuntivite, diarreia, rouquidão ● Hiperemia amígdalas ● Linfadenopatia cervical anterior dolorosa 	<ul style="list-style-type: none"> ● Idade maior de 3 anos ● Início abrupto ● Febre alta, cefaléia, dor de garganta ● Hiperemia, exsudato em amígdalas, petéquias no palato e/ou pilares. ● Erosões com crostas em fossas nasais

A maioria das faringoamigdalites, cerca de 80%, é de etiologia viral, sendo os adenovírus os principais agentes causais. O Streptococcus beta-hemolítico do grupo A é o agente mais importante das amigdalites bacterianas. Na prática, o diagnóstico é clínico e o seguimento do caso é importante para avaliar se a conduta foi adequada ou não. A presença de rash cutâneo em face, tórax, axilas, ombros e superfície interna dos membros, associado à amigdalite com exsudato e língua em framboesa faz o diagnóstico de escarlatina e de estreptococcia.

Entre os quadros virais vale a pena destacar a gengivoestomatite acompanhada de faringite com vesículas causada pelo herpes vírus e a herpangina pelo vírus Coxsackie A, que se caracteriza pela presença de ulcerações superficiais nas amígdalas, com hiperemia e congestão da mucosa faríngea. Estes quadros evoluem com febre alta, salivação abundante, mau hálito e anorexia importante (levando às vezes à desidratação) podendo durar de 7 a 10 dias.

TRATAMENTO

O tratamento das faringoamigdalites virais é sintomático, com analgésicos, antitérmicos e hidratação. O uso de anestésicos tópicos antes da alimentação, nos casos de dor muito intensa à deglutição, é contraindicado pelo risco de traumas enquanto a mucosa está anestesiada.

Na suspeita de infecção bacteriana, o tratamento é feito para o principal patógeno que é o estreptococo beta-hemolítico do grupo A (Quadro 11). A indicação precoce do tratamento determina alívio mais rápido dos sintomas e retorno mais precoce da criança às atividades escolares, além de diminuir as complicações supurativas precoces da infecção com adenite, otite, sinusite e abscesso amigdaliano ou retrofaríngeo. No entanto, para prevenir as complicações tardias da infecção estreptocócica, como a febre reumática, o antibiótico pode ser indicado até 7 dias após o início do quadro agudo, o que significa que é possível aguardar um período de tempo e observar a evolução do quadro, antes da indicação da droga, nas situações de dúvida.

QUADRO 11 - Tratamento da faringoamigdalite aguda bacteriana

Primeira Opção	Esquema terapêutico
<ul style="list-style-type: none"> ● Penicilina benzatina ● Amoxicilina ● Penicilina V 	<p>< 25 kg: 600.000U, IM, dose única >25 kg: 1200.000U, IM, dose única 40 a 50 mg/kg/dia, VO, 8/8hs, 10 dias <12 anos 400.000U/dose, VO, 12/12hs, 10 dias >12 anos 800.000U/dose, VO, 12/12hs, 10 dias</p>
Nos alérgicos à Penicilina	
<ul style="list-style-type: none"> ● Macrolídeos <ul style="list-style-type: none"> - Eritromicina - Azitromicina - Claritromicina 	<p>30 a 50 mg/kg/dia, VO, 6/6 ou 8/8hs, 10 dias <15 anos: 10 mg/kg/dia, VO, dose única, 5 dias >15 anos: 500 mg/dia, VO, dose única, 5 dias 15 mg/kg/dia, VO, 12/12hs, 10 dias</p>

A penicilina é a droga de primeira escolha no tratamento da FA aguda estreptocócica, por sua eficácia e baixo custo, em particular a benzatina, em dose única, intramuscular. Estudos têm mostrado que a azitromicina não é tão eficaz quanto a penicilina na erradicação contínua do estreptococo.

Deve-se sempre verificar, nos casos de falha de tratamento, se houve adesão ao uso do antimicrobiano e se o período de tempo foi adequado. Se o 1º tratamento foi feito por via oral, pode-se tentar a penicilina benzatina ou indicar drogas de maior espectro de ação como a amoxicilina-clavulanato, por 10 dias ou as cefalosporinas de segunda ou terceira geração, por via oral, por 5 a 7 dias. Estes esquemas mais curtos são eficazes na erradicação do estreptococo, mas ainda merecem mais estudos quanto à capacidade de prevenir as recorrências e as complicações não supurativas.

Medicação sintomática para a dor e a febre, como o acetaminofen, também é recomendada no tratamento das FA agudas. Drogas antiinflamatórias não-hormonais, pastilhas e antissépticos bucais não têm indicação.

Faringoamigdalite de Repetição

Existe um pico de incidência das FA, entre os 3 e os 7 anos de idade, pelo próprio crescimento do tecido linfóide, podendo a criança normal apresentar de 4 a 5 episódios de faringoamigdalite ao ano, sem que isso signifique uma situação preocupante.

A vinculação da criança ao serviço e o acompanhamento nos episódios sintomáticos são fundamentais para comprovar o diagnóstico, pois muitos quadros de hiperemia de orofaringe são erradamente diagnosticados como FA bacteriana. A definição de "FA de repetição", pelo critério do número de episódios é controversa e os estudos feitos por Paradise e col. definem as "FA de repetição" pela ocorrência de: 7 episódios/ano, no último ano ou, 5 episódios/ano, nos últimos 2 anos ou 3 episódios/ano, nos últimos 3 anos, desde que cada episódio tenha sido adequadamente diagnosticado.

Na FA de repetição, os estudos bacteriológicos têm mostrado presença de flora mista, com predomínio do Streptococcus beta-hemolítico, Haemophilus influenzae, e Staphylococcus aureus. Seu tratamento é feito preferencialmente com drogas de maior espectro como a amoxicilina-clavulanato ou as cefalosporinas de segunda ou terceira geração, por 10 dias, acompanhando-se a evolução do caso. Para aqueles que mantêm os episódios de FA de repetição, duas propostas terapêuticas podem ser recomendadas: antibioticoterapia profilática - com amoxicilina, metade da dose, uma vez ao dia, ou penicilina benzatina, uma dose intramuscular a cada 3 semanas, por 6 meses- ou amigdalectomia. Na literatura há referência de que a cirurgia pode reduzir o número de episódios nos primeiros 2 anos após o procedimento, mas decorrido este período, a diferença entre os operados e não operados não é significativa. A indicação da cirurgia deve pesar os riscos e os benefícios para a criança e a possibilidade de melhora espontânea do quadro.

É importante também eliminar os possíveis fatores predisponentes como a convivência com familiares portadores de estreptococo, a permanência em creches e instituições fechadas, bem como investigar possível atopia. Nesses casos deve ser feito um atendimento conjunto com o especialista (ORL) para definir a necessidade e a indicação dos procedimentos cirúrgicos.

Indicações de Adenoamigdalectomia

Existe uma tendência atual de diminuição das indicações de adenoamigdalectomia pela valorização destes tecidos linfóides nos mecanismos de defesa local e sistêmico, pelo risco cirúrgico de sangramento importante, principalmente na amigdalectomia, e pela dúvida da existência de causalidade entre as infecções repetidas e a terapêutica proposta.

Na literatura existem algumas indicações firmadas para adeno e /ou amigdalectomia:

- Obstrução respiratória alta importante, por aumento das adenóides ou das amígdalas, com desconforto respiratório (apnéia de sono), acompanhada de hipoventilação pulmonar;
- Interferência na deglutição;
- Suspeita de malignidade (aumento unilateral de amígdala).

As outras indicações são controversas, principalmente as relacionadas aos processos infecciosos de repetição, aos processos obstrutivos moderados ou para auxiliar na resolução das otites/sinusites de repetição e do abscesso periamigdaliano.

Rinite

Processo inflamatório da mucosa que reveste a cavidade nasal caracteriza-se pela presença de secreção e congestão nasais, tosse, ardor faríngeo. Mais comumente tem-se uma nasofaringite do que apenas a rinite. A inflamação pode, ainda, estender-se até os seios da face e o ouvido médio, por contiguidade. As principais causas da rinite são a infecciosa e a alérgica. A etiologia infecciosa pode ser viral ou bacteriana, com predomínio dos vírus como rinovírus. A síndrome clínica mais importante é o resfriado comum ou rinofaringite aguda viral.

Resfriado Comum

O resfriado comum apresenta alta prevalência na população, especialmente nos meses de inverno. É responsável por grande número de atendimentos, que levam a um consumo muitas vezes exagerado de medicamentos, além de prejudicar a rotina de vida das pessoas, ocasionando faltas à escola e ao trabalho.

A transmissão se dá de pessoa a pessoa, por meio da secreção contaminada pelo vírus, que pode ser inalada diretamente ou veiculada pelas mãos. O agente penetra através do nariz ou da conjuntiva ocular e alcança a mucosa respiratória. O período de incubação é de 2 a 5 dias e as manifestações clínicas variam com a idade da criança e o agente.

O quadro clínico no lactente caracteriza-se por febre, irritabilidade, obstrução nasal, vômitos, diarreia, anorexia, distúrbio do sono. Na faixa etária do escolar é comum a queixa de mal-estar, cefaléia, rinorréia, obstrução nasal, irritação nasal e faríngea, tosse. Febre e conjuntivite também podem estar presentes. O diagnóstico é clínico e o tratamento sintomático, devendo-se orientar sobre a evolução benigna e autolimitada dos sintomas, que costumam melhorar após 5 a 7 dias de evolução. As recomendações para o tratamento do resfriado comum são:

- Maior ingestão hídrica (água, sucos de frutas, chás), para fluidificar as secreções, facilitando sua eliminação;
- Lavagem nasal com soro fisiológico;
- Fluidificação e remoção das secreções;
- Umidificação do ambiente;
- Analgésicos comuns, tipo acetaminofen ou dipirona.

Embora a tosse, sintoma muito comum nos resfriados, incomode a criança e a família, é importan-

te lembrar que é uma queixa autolimitada, não deve ser suprimida e, na maioria das vezes, é um reflexo protetor que ajuda a remover as secreções da via respiratória. Seu alívio pode ser obtido pelo uso de preparações caseiras com alto teor de açúcar, ou com mel, pois o açúcar aumenta a produção de saliva e estimula a deglutição, interferindo no reflexo da tosse. O açúcar pode ainda recobrir as terminações nervosas e agir como uma barreira protetora contra sua estimulação.

No tratamento do resfriado comum devem ser evitadas as gotas nasais com medicamentos vasoconstritores ou mesmo os descongestionantes sistêmicos, pelo risco de efeitos colaterais como problemas cardiovasculares (hipertensão arterial, arritmias), irritabilidade, insônia, ou depressão do sistema nervoso e parada respiratória, nos lactentes. Deve-se também evitar o uso tópico de descongestionantes nasais em crianças acima de 2 anos, pelo risco de lesão da mucosa e vasodilatação rebote, ou de rinite medicamentosa. No tratamento do resfriado comum não devem ser indicados: medicamentos expectorantes, mucolíticos, antitussígenos, antiinflamatórios não hormonais (AINH) ou vitamina C.

Estas drogas não são eficazes para tratamento das gripes e apresentam efeitos colaterais indesejáveis. Os expectorantes com iodeto de potássio são contra-indicados porque podem suprimir a função da tireóide, além de provocar náuseas e vômitos. A eficácia dos expectorantes e mucolíticos em alterar a composição das secreções respiratórias e diminuir a tosse é duvidosa. Antitussígenos como codeína e dextrometorfano só suprimem a tosse em doses elevadas, próximas às tóxicas. Os AINH podem causar manifestações digestivas por ação irritativa local, com ou sem sangramento digestivo e reações anafiláticas como urticária, rinite, broncoespasmo e até choque. Não há também comprovação de que o uso da vitamina C previna ou reduza os sintomas do resfriado.

Após alguns dias do início do resfriado a secreção pode se tornar amarelo-esverdeada, sem que isso signifique complicação do quadro. No entanto, se essa rinorréia purulenta persistir por período superior a 10-14 dias e a tendência for de piora das manifestações clínicas, deve-se questionar a ocorrência de complicação bacteriana secundária. Nas crianças menores de 3 anos, devem ser lembrados no diagnóstico diferencial os quadros de adenoidite, estreptococose e corpo estranho nasal (nos casos de rinorréia purulenta e fétida unilateral) e de sinusite aguda, em qualquer faixa etária.

A estreptococose é um quadro de rinite mais grave, com rinorréia purulenta, crostas nasais, febre prolongada, adenomegalia cervical, e dor de garganta, que ocorre nos lactentes. Acredita-se que o primeiro contato do estreptococo com a criança de baixa idade possa determinar essa nasofaringite e, mais tarde, nos escolares, os quadros de faringoamigdalites. O tratamento é feito com antibióticos como a penicilina, amoxicilina ou eritromicina.

O diagnóstico diferencial da rinite aguda deve ser feito ainda com outras doenças infecciosas que se iniciam com a mesma sintomatologia, como, por exemplo, algumas doenças exantemáticas (sarampo, rubéola), hepatite, coqueluche, que evolutivamente vão se definindo pelo aparecimento de outras manifestações clínicas que as caracterizam.

Uma situação especial é a do recém-nascido, nas primeiras semanas de vida, que pode apresentar obstrução nasal secundária à descamação da mucosa e à drenagem do líquido amniótico contido na região da nasofaringe. Essa situação é conhecida como "obstrução nasal fisiológica", podendo ser confundida com o resfriado. Entretanto, a criança não tem febre e está em bom estado geral. Deve-se tranquilizar os pais e orientá-los para a retirada da secreção, evitando-se o uso de soro fisiológico tópico, que pode piorar o quadro. O diagnóstico diferencial é com atresia unilateral de coanas, malformações nasais, ou mesmo com rinites infecciosas como a lues congênita que se acompanham de outras manifestações clínicas sugestivas dessas doenças.

A equipe de saúde tem um papel importante junto às famílias no esclarecimento quanto à elevada frequência dos resfriados na criança. Um dos objetivos é diminuir ansiedade da família, orientando sobre a necessidade de observar a evolução dos episódios e de retornar ao serviço, quando ocorrerem sinais de risco, preditivos de complicação como:

- Piora do estado geral (gemência, sonolência);
- Recusa da amamentação ou da ingestão de líquidos;
- Aparecimento ou piora da febre;
- Dificuldade para respirar ou respiração rápida

A reavaliação dos casos, no retorno, pode ser feita pela enfermeira; se houver piora da criança e aparecerem sinais de risco, o médico deve ser consultado. Todas as orientações gerais da dieta, como maior apor-

te de líquidos, menor volume e maior número de refeições, cuidados com as secreções, orientações da medicação sintomática e da inalação podem ser feitas pelo pessoal de enfermagem e pelos ACS, nos domicílios.

Rinossinusite

Processo inflamatório da mucosa que reveste os seios paranasais - maxilar, esfenoidal, etmoidal e frontal. A sinusite está ligada à evolução da rinite, por isso o termo mais adequado é o de rinossinusite. Nas crianças a sinusite é uma doença freqüente, pois cerca de 0,5% a 5,0% dos resfriados podem se complicar com uma infecção bacteriana secundária e comprometer a região dos seios da face. Embora as cavidades paranasais maxilares e etmoidais estejam presentes ao nascimento, suas dimensões são reduzidas na criança. Estas cavidades comunicam-se com o nariz, através dos óstios de drenagem. Qualquer processo inflamatório no nariz, de origem infecciosa ou alérgica, pode obstruir esses orifícios e determinar acúmulo de secreções nos seios da face, alterações do mecanismo de defesa local da mucosa e do clearance mucociliar, levando conseqüentemente a uma infecção bacteriana secundária.

A rinossinusite é classificada como aguda, quando as manifestações clínicas duram até 12 semanas; crônica, se persistem por mais de 12 semanas e recorrente quando evolui com episódios sintomáticos, intercalados por períodos assintomáticos (quatro ou mais por ano).

Quando pensar em rinossinusite?

Na prática, o resfriado comum geralmente evolui com comprometimento dos seios paranasais- rinossinusite viral aguda- mas a tendência é de melhora significativa das queixas de obstrução nasal, rinorréia e cefaléia, após 7 a 10 dias do início do quadro.

Algumas situações podem ajudar o profissional a aventar a hipótese de uma complicação bacteriana localizada nessa região: a gravidade e a persistência dos sintomas.

1. Um quadro de "resfriado agudo grave", com febre, cefaléia, comprometimento do estado geral, toxemia e rinorréia purulenta desde os primeiros dias de evolução;
2. A persistência da sintomatologia após 10 - 14 dias do início do quadro ("resfriado que não cura") com tendência de piora da intensidade da tosse;
3. A presença de complicações extra-sinusais: intra-orbitária, intra-craniana ou sistêmica.

Outras situações, como tosse crônica e asma refratária ao tratamento, também podem sugerir o diagnóstico de sinusopatia.

O quadro clínico é fundamental para o diagnóstico da rinossinusite. Rinorréia e tosse persistente são as queixas mais importantes. A rinorréia pode ser fina ou espessa; clara, mucóide ou purulenta. O aspecto da secreção muda durante a evolução da sinusite, sendo no início aquosa e depois opaca e purulenta. A tosse pode ser seca ou produtiva, ocorre durante o dia e a noite, sendo mais intensa à noite, em função do decúbito e drenagem das secreções. Sua intensidade impede o sono da criança e pode provocar vômitos. A febre, cefaléia e dor facial são mais freqüentes nos adultos do que nas crianças. Cacosmia e halitose podem ser também referidas.

Na rinossinusite recorrente e crônica os sintomas mais comuns ainda são a tosse diurna e noturna e a rinorréia posterior. Dor de garganta também está presente, em função da obstrução nasal e respiração bucal. Halitose, anosmia, sensação de gosto metálico, dor facial e cefaléia são queixas referidas.

No exame físico, observa-se edema e hiperemia da mucosa nasal e presença de rinorréia mucopurulenta anterior e posterior na orofaringe ("sinal da vela"), que se encontra hiperemiada e com aumento dos folículos linfóides. Ocasionalmente pode haver dor à palpação dos seios da face.

O diagnóstico é clínico e não se recomenda a realização de exame radiológico dos seios da face, quando se tem a evidência clínica de sinusite. Nas crianças menores de 2 anos de idade, em função do pequeno volume das cavidades paranasais, a radiografia de seios da face é pouco sensível para o diagnóstico de rinossinusite. As alterações radiológicas sugestivas de inflamação sinusal são o espessamento da mucosa >5 mm (cultura + em 50% dos casos), a opacificação completa (cultura + em 80%) e a presença de nível hidroaéreo.

A tomografia computadorizada de seios paranasais tem indicação nos casos de complicação extrasinusal e nas rinossinusites recorrentes e crônicas, devendo ser feita após tratamento clínico adequado e no período entre as crises.

O conhecimento dos fatores de risco relacionados à ocorrência da rinossinusite, tanto os associados às doenças sistêmicas como aos fatores locais, pode ajudar o profissional na orientação da terapêutica, especialmente dos casos recorrentes e crônicos. São considerados fatores de risco para rinossinusite:

- Infecções virais de vias aéreas superiores (resfriados);
- Rinite alérgica/ Asma
- Corpo estranho nasal;
- Alterações anatômicas (desvio de septo nasal, pólipos)
- Hipertrofia de adenóides;
- Barotrauma (natação, mergulho)
- Abuso de medicação tópica nasal (vasoconstritores).
- Doenças sistêmicas como imunodeficiências, fibrose cística.

TRATAMENTO

A etiologia e o tratamento da rinossinusopatia aguda bacteriana são semelhantes ao da otite média aguda. Os agentes etiológicos mais comuns são o *Streptococcus pneumoniae* e o *Haemophilus influenzae* em mais de 70% dos casos. Em menor frequência, estão presentes a *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus beta-hemolyticus*.

O antimicrobiano recomendado no tratamento das rinossinusopatias agudas é a amoxicilina, na dose habitual de 40 a 50 mg/kg/dia, 8/8hs, 10 a 14 dias (primeira escolha). Podem também ser indicados sulfametoxazol-trimetoprim e os novos macrolídeos (azitromocina, claritromicina). Se não houver melhora clínica com a amoxicilina ou se esta droga já foi utilizada nos últimos 30 dias, pode-se dobrar a dose de amoxicilina, quando se quer atingir os pneumococos parcialmente sensíveis, e nas áreas de alta prevalência de agentes produtores de beta-lactamase, indicar a antibioticoterapia de segunda escolha, com drogas de maior espectro como a amoxicilina-clavulanato ou as cefalosporinas como axetil-cefuroxime, por período de 10 a 14 dias.

Nos quadros recorrentes e crônicos de rinossinusite na criança, a pesquisa dos fatores de risco é muito importante, para a eficácia da terapêutica. Os agentes causais são os mesmos descritos para os casos agudos e o tratamento deve ser feito com a amoxicilina associada ao ácido clavulânico e as cefalosporinas de segunda ou terceira geração, por período médio de 21 dias, ou até o 7º dia após a melhora da sintomatologia.

Nos pacientes com cefaléia intensa, associada ao edema da mucosa nasal, os corticosteróides podem ser utilizados, por via oral, por período de 5 dias.

A taxa de cura espontânea das rinossinusites varia de 40 a 60%.

Rinossinusite Alérgica

É a causa mais comum de rinite crônica na infância. Sua prevalência é de 15 a 20 % entre as crianças e de 10 a 15 % entre os adultos, porque uma parte dos casos tem resolução espontânea no decorrer dos anos. A prevalência da rinite alérgica é mais baixa nas crianças menores de 5 anos e o pico da doença ocorre na adolescência. O diagnóstico é clínico e as manifestações mais comuns são as crises recorrentes de espirro (em salva), obstrução e congestão nasal, coriza hialina e prurido nasal, que se estende aos olhos, palato e faringe, associadas à exposição de fatores desencadeantes como o pó doméstico, pêlos de animais, fumaça de cigarro, produtos de limpeza, perfumes e outros alérgenos. Pode também ocorrer otalgia, cefaléia, tosse, epistaxe e secreção faríngea.

O diagnóstico é difícil na criança e pode ser confundido com "resfriados de repetição" ou "faringite crônica" pelo predomínio de fenômenos congestivos e obstrutivos que determinam respiração bucal e drenagem contínua de secreção em retrofaringe, distúrbios de sono, crises de apnéia e dificuldade na alimentação. O processo inflamatório da rinite alérgica, quando perene, pode levar à otite média com efusão e/ou rinossinusite (30 a 50 % dos casos moderados ou graves) e à tosse persistente.

Na anamnese, além dos dados clínicos, os antecedentes de atopia pessoal e familiar também ajudam a elaborar o diagnóstico. A rinoscopia anterior mostra cornetos nasais congestos, edemaciados e mucosa de coloração pálida e acinzentada.

Quanto à evolução e indicação terapêutica, os casos podem ser classificados em:

1. Leves: bom prognóstico e medicação intermitente, nas crises;
2. Moderados ou graves: fácies alérgico, deformidades nasais, malares, da arcada dentária, hipertrofia gengival. Medicação tópica e ou sistêmica contínua.

TRATAMENTO

O objetivo do tratamento é o de restaurar a função nasal, por meio de:

1-Controle do ambiente físico para diminuir a exposição da criança aos alérgenos e irritantes mais freqüentes.

2-Higiene nasal com solução salina (soro fisiológico)

3-Tratamento medicamentoso

3.1. Anti-histamínicos orais ou tópicos, nas crises intermitentes. Esta medicação diminui a rinorréia, espirros e prurido, mas não alivia a obstrução nasal. Os antagonistas dos receptores H1, não sedantes, são uma boa opção terapêutica nos quadros leves ou moderados de rinite, com período intercrítico assintomático. Os novos anti-histamínicos do grupo da cetirizina, loratadina e fexofenadina podem ser usados em dose única e atuam rapidamente por via oral, principalmente quando usados no início da crise. A associação de anti-histamínicos e descongestionantes orais pode aliviar a obstrução nasal, mas existem as desvantagens do uso de vasoconstritores. O período de tratamento é em torno de 1 a 2 semanas ou o período necessário para melhora dos sintomas; o tratamento deve ser reiniciado nas recorrências.

O cetotifeno é uma droga com efeito anti-histamínico que pode ser usada por via oral, por período mais longo de tempo, quando não se tem adesão ao tratamento tópico, ou se as manifestações de atopia ocorrem em vários sistemas, como na pele (eczema) e na via respiratória (asma).

Os descongestionantes tópicos devem ser evitados, pelo risco de efeitos colaterais como aumento da pressão arterial, depressão do sistema nervoso central, indução de rinite medicamentosa, além do efeito rebote com piora da obstrução nasal.

3.2. Antiinflamatórios não-hormonais (cromoglicato) ou hormonais (corticosteróides) indicados nos casos graves, com sintomas obstrutivos persistentes entre as crises.

O cromoglicato dissódico é uma droga segura, com efeito anti-alérgico e anti-inflamatório, recomendada por período mínimo de 6 a 8 semanas, para se avaliar sua eficácia.

Os corticosteróides tópicos, como a beclometasona são muito eficazes no tratamento da rinite alérgica, perene ou intermitente, atuando sobre o processo inflamatório e congestivo. O uso tópico parece ter pouco efeito colateral sistêmico, especialmente em doses baixas. Recomenda-se a aplicação de 1 a 2 puffs por narina, 2 vezes ao dia, em pacientes acima de 6 anos de idade, por período de quatro semanas e reavaliação dos sintomas. Se houver melhora clínica, reduzir a dose ou suspender o tratamento, no assintomático. Os corticosteróides orais, como a prednisona, também podem ser usados nos quadros graves, para reduzir o processo inflamatório, por período curto, de 5 a 7 dias, em função dos efeitos colaterais.

Laringites

Processo inflamatório agudo que acomete a laringe e evolui com edema subglótico e obstrução local. A criança apresenta tosse, rouquidão, estridor (respiração ruidosa) e insuficiência respiratória em graus variáveis, dependendo da gravidade da obstrução. Os quadros clínicos mais importantes são a laringite viral, a espasmódica e a epiglote.

Laringite Viral

Acomete crianças de 3 meses a 3 anos. O início é insidioso, com progressão lenta por 12 a 48 horas, febre baixa a moderada (37 a 38,5 °C), sem toxemia. A tosse é rouca e freqüente, não há disfagia e a evolução é benigna. Raramente existem sinais e sintomas de insuficiência respiratória. A etiologia é viral (vírus parainfluenza) e o tratamento depende da gravidade dos sintomas. Os casos leves, com estridor quando a criança é

excitada ou mesmo em repouso, mas sem sinais de insuficiência respiratória, podem ser tratados em casa. Recomenda-se aumentar a ingestão de líquidos, vaporização úmida e repouso da voz. Os moderados evoluem com estridor em repouso e retração sub-costal; podem ser tratados com inalação de adrenalina, a cada 1 a 2 horas, solução 1/1000 (0,5 ml/kg, máximo de 5 ml, diluída em 2 ml de SF 0,9%) e/ou dexametasona oral, 0,3 a 0,6 mg/Kg, dose única ou budesonida por nebulização. Nessa situação a criança deve permanecer em observação na Unidade por período de 3 a 4 horas, pois pode haver rebote dos sintomas e, conforme a evolução será encaminhada para casa ou para o hospital. Na suspeita de laringite grave, com sinais de insuficiência respiratória e alterações do nível de consciência, a criança deve ser hospitalizada. Outros critérios de hospitalização são a toxemia, dificuldade de ingestão, idade inferior a 6 meses e dificuldade de acesso da família ao hospital.

Não há indicação de antibioticoterapia.

Laringite Estridulosa ou Espasmódica

É um diagnóstico diferencial importante dos quadros virais. Acomete crianças de 3 meses a 3 anos de idade e a etiologia é desconhecida. O início é súbito, a criança está bem e não tem sintomas prodrômicos como febre ou coriza. O quadro começa geralmente à noite, com tosse rouca, afonia, agitação e raramente sinais de insuficiência respiratória. A duração é curta, e tende a recorrer. As causas prováveis são alergia (algumas crianças evoluem com hiper-reatividade de vias aéreas) ou RGE (refluxo gastroesofágico).

O tratamento é semelhante ao da laringite viral. Não está indicado o uso de antibiótico.

Epiglote

Doença bacteriana causada pelo *Haemophilus influenzae* tipo b, que atinge crianças entre os 3 e 8 anos de idade. O início é abrupto, com progressão rápida e curso grave. A febre é alta (acima de 39°C), acompanhada de toxemia, ansiedade, prostração, palidez, disfagia e voz abafada. A criança assume uma postura com a cabeça em posição ereta, pescoço estendido, queixo para cima e língua protrusa, em função da insuficiência respiratória. O exame da orofaringe deve ser feito em ambiente hospitalar, pelo risco de parada respiratória. O tratamento é hospitalar. A vacinação anti-hemófilos tende a diminuir a incidência da epiglote.

Laringotraqueomalácia

É um problema congênito que causa estridor laríngeo e merece ser comentado. Resulta da imaturidade e flacidez das cartilagens laríngeas, de caráter transitório e autolimitado. O estridor começa entre as primeiras semanas e o segundo mês de vida, piora com o choro e agitação do bebê e durante os resfriados, confundindo-se, às vezes, com crises de "chiado no peito". Nos casos que não melhoram com o crescimento da criança devem ser investigados outros problemas que comprometem a laringe como malformações congênitas, hemangiomas, cistos, paralisia de cordas vocais e outros. A abordagem dos casos persistentes e graves deve ser feita pelo endoscopista.

Afecções Respiratórias

SANDRA MARIA CALLIOLI ZUCCOLOTTO

Afecções de Vias Aéreas Inferiores

Pneumonias Agudas

Pneumonia aguda é o nome genérico utilizado para definir uma variedade de processos inflamatórios do parênquima pulmonar por agentes infecciosos e não-infecciosos. Cerca de 80% das pneumonias na infância são devidas a vírus e bactérias.

Etiologia

Os agentes causais das pneumonias adquiridas na comunidade variam de acordo com a idade e o estado de saúde do paciente, sendo que nos países em desenvolvimento cerca de 60% dos agentes são bacterianos, enquanto que nos países desenvolvidos predomina a etiologia viral. Por isso e porque na prática é difícil identificar a etiologia da pneumonia (viral ou bacteriana) pelo quadro clínico, a abordagem da criança com pneumonia deve ser feita considerando-se os casos como bacterianos. A variação da etiologia bacteriana nas pneumonias, segundo a faixa etária, é a seguinte: nas crianças menores de 2 meses de idade predominam o estreptococo do grupo B e os bacilos gram-negativos, particularmente a *Escherichia coli*; nas crianças de 2 meses a 5 anos de idade (exclusive) há predomínio do *Streptococcus pneumoniae* - pneumococo, seguido pelo *Haemophilus influenzae* e, mais raramente, pelo *Staphylococcus aureus*; e nas crianças com idade igual ou superior a 5 anos, os agentes prevalentes são o pneumococo e o *Mycoplasma pneumoniae*.

Abordagem Diagnóstica

Na atenção básica, a abordagem diagnóstica da criança com pneumonia aguda deve ser feita por meio dos dados da história e do exame físico, não necessitando da complementação por exames radiológicos, cuja realização, muitas vezes, posterga a instituição do tratamento. Os dados clínicos permitem identificar, entre as crianças com queixas respiratórias, os casos de pneumonia e classificar as infecções respiratórias agudas (IRA) quanto à gravidade. Esta abordagem faz parte da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) da OMS/OPAS, que tem entre os seus objetivos diminuir a mortalidade por IRA nas crianças menores de 5 anos de idade.

A classificação baseada na gravidade do quadro clínico, cuja validade científica e impacto na redução nos índices de mortalidade estão bem demonstrados, tem a vantagem de ser simples e de orientar as ações do atendimento às crianças com IRA de forma imediata e adequada. Esta estratégia define os seguintes pontos:

1. identificar as crianças que devem ser examinadas por possível pneumonia (investigação de casos com base nos "critérios de entrada");

2. identificar os casos de pneumonia (diagnóstico de casos);
3. identificar se a criança está com algum sinal geral de perigo, isto é, se apresenta risco de morte por pneumonia ou por outra doença bacteriana grave; e
4. instituir tratamento apropriado (tratamento ou referência).

1) "**Crítérios de entrada**" - **Tosse e/ou dificuldade para respirar** são os dois critérios de entrada na avaliação clínica da criança para identificar a presença ou não de pneumonia. A febre não é considerada um bom sinal para ser utilizado como "critério de entrada", pois está presente em crianças com outras doenças infecciosas e pode estar ausente em crianças desnutridas com pneumonia.

2) **Identificação dos casos de pneumonia - a frequência respiratória alta e a tiragem subcostal** são consideradas os sinais de maior valor preditivo para identificar os casos de pneumonia.

Frequência respiratória (FR) - é avaliada segundo a idade, pois os seus valores normais diminuem à medida que a idade aumenta. Para contar a FR, é necessário que a criança esteja calma, no colo da mãe. Solicita-se à mãe que levante a roupa da criança, expondo o peito e o abdome. Observa-se a respiração da criança e contam-se os movimentos respiratórios durante 1 minuto. Se na primeira contagem da FR for identificada a presença de "respiração rápida" ou taquipnéia, deve-se conferir o resultado, repetindo a contagem por mais 1 minuto. A "respiração rápida" (taquipnéia) é o sinal de maior sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de pneumonia (quadro 12). Tem a vantagem de ser facilmente verificada pela mãe (a criança "respira rápido") e por qualquer profissional da saúde previamente capacitado.

QUADRO 12 - Parâmetros para a presença de "respiração rápida" ou frequência respiratória aumentada, segundo a faixa etária

Faixa etária	"Respiração rápida" ou frequência respiratória aumentada
menores de 2 meses	60 ou mais respirações por minuto
de 2 a menos de 12 meses	50 ou mais respirações por minuto
de 1 a menos de 5 anos	40 ou mais respirações por minuto
de 5 anos ou mais	30 ou mais respirações por minuto

Tiragem subcostal - é o afundamento na parte inferior do peito da criança, na área abaixo das costelas, que ocorre durante a inspiração, devido ao esforço acentuado dos músculos do tórax para que o ar chegue aos pulmões. A tiragem subcostal é um indicador sensível de pneumonia grave, coexistindo, às vezes, com gemência, batimento de asas do nariz ou cianose. A avaliação para verificar a existência ou não de tiragem subcostal deve ser feita com a criança calma, no colo da mãe, antes ou após a contagem da frequência respiratória. Na criança saudável menor de 2 meses de idade, a parede do tórax é tão fina que é possível ver um pequeno afundamento entre as costelas ou abaixo delas. Portanto, nessa faixa etária, a tiragem subcostal só tem valor quando for bem visível.

Estridor - é um som áspero produzido quando a criança inspira e, em geral, acontece na inflamação da laringe, traquéia ou epiglote, que dificulta a entrada do ar nos pulmões. Uma criança irritada e chorosa pode ter estridor, sem estar doente. Assim, o estridor é considerado um sinal de doença grave quando está presente na criança tranqüila, em repouso.

Sibilância - ao contrário do estridor, a sibilância é um som que soa como um chiado e acontece durante a expiração. É um sinal que surge na obstrução ao fluxo aéreo e que pode se confundir ou estar associado à infecção das vias respiratórias inferiores. A sibilância frequentemente está associada aos quadros de bronquiolite, bronquite, asma e à sibilância transitória (ver capítulo A criança com chiado no peito). A obstrução do fluxo aéreo por essas doenças pode determinar a presença de "respiração rápida" e tiragem subcostal, podendo ser confundida com pneumonia em algumas situações. A história de sibilância recorrente da criança pode orientar o diagnóstico para a suspeita de bronquite de etiologia a esclarecer.

3) Identificação de sinais gerais de perigo - A criança que apresenta algum sinal geral de perigo deve ser avaliada cuidadosamente, pois na maioria das vezes necessita ser encaminhada com urgência para internação hospitalar (quadro 13).

QUADRO 13 - Sinais gerais de perigo por faixa etária

- para crianças com menos de 2 meses de idade:
 - não consegue beber ou mamar no peito;
 - história de febre (temperatura maior ou igual a 37,5° C) ou temperatura muito baixa (inferior a 35,5°C) são sinais importantes para indicar a gravidade da doença nesta faixa etária;
 - convulsões durante a doença, nas últimas 72 horas;
 - está letárgica (sonolenta e com dificuldade para despertar) ou inconsciente;
 - outros sinais gerais de perigo: gemência, fontanela abaulada, secreção purulenta no ouvido, eritema umbilical que se estende à pele, pústulas na pele (muitas ou extensas).
- para crianças com idade entre 2 meses e menos de 5 anos:
 - não consegue beber líquidos ou mamar;
 - vomita tudo o que ingere;
 - apresentou convulsões durante a doença, nas últimas 72 horas;
 - está letárgica (sonolenta e com dificuldade para despertar) ou inconsciente.

Assim, a estratégia AIDPI, a partir do encontro desses dados clínicos na criança com tosse e/ou dificuldade para respirar, de acordo com a faixa etária, permite classificar a gravidade da doença em três categorias: "**doença muito grave ou pneumonia grave**", "**pneumonia não grave**" e "**não é pneumonia**" (quadros 13 e 14). Consta-se que na criança menor de 2 meses, com tosse e/ou dificuldade para respirar, o encontro de respiração rápida já classifica a gravidade do quadro clínico em **pneumonia grave e que não existe pneumonia não grave, nesta faixa etária**.

4. instituir tratamento apropriado - abordagem terapêutica.

Abordagem Terapêutica

A abordagem terapêutica da criança com pneumonia não se restringe à simples prescrição de antibiótico para os casos com pneumonia não grave e de referência ao atendimento hospitalar para aqueles com pneumonia grave. Requer o envolvimento de todos os profissionais da equipe de saúde da família, de modo a organizar o processo de trabalho com o objetivo de dar conta das condutas preconizadas, que variam com a classificação da gravidade da doença, de acordo com a faixa etária (quadros 14 e 15).

QUADRO 14 - Classificação da gravidade do quadro clínico e conduta para crianças com tosse e/ou dificuldade para respirar, com menos de 2 meses de idade

SINAIS:	<ul style="list-style-type: none"> • qualquer sinal geral de perigo ou estridor em repouso ou • tiragem subcostal ou • respiração rápida (≥ 60 resp./minuto). 	<ul style="list-style-type: none"> • nenhum sinal geral de perigo; • sem tiragem subcostal; e • sem respiração rápida (<60 resp./minuto).
CLASSIFICAÇÃO	DOENÇA MUITO GRAVE OU PNEUMONIA GRAVE	NÃO É PNEUMONIA
CONDUTA	<ul style="list-style-type: none"> • Referir com urgência ao hospital. • Manter o bebê aquecido (agasalhado). • Se o transporte não for imediato, dar a primeira dose de antibiótico na UBS. • Prevenir e tratar a hipoglicemia: <ul style="list-style-type: none"> - se a criança consegue mamar no peito, manter a amamentação; - se a criança não consegue mamar no peito, dar leite materno extraído do seio ou, na sua impossibilidade, outro leite; - se não houver leite disponível, dar água açucarada*, 30-50 ml; - se a criança não consegue engolir, dar 50 ml de leite ou água açucarada por sonda nasogástrica. • Tratar a febre. • Iniciar oxigenoterapia, na presença de cianose central, incapacidade de beber, inquietude ou tiragem intensa. 	<p>Orientações sobre os cuidados no domicílio e sinais de gravidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manter o bebê aquecido. • Amamentar. • Limpar o nariz para facilitar a alimentação. • Retornar se a criança: <ul style="list-style-type: none"> - respira com dificuldade, - respira rapidamente, - tem dificuldade para se alimentar, - piora o seu estado geral.

* Preparo da água açucarada: dissolver 4 colheres das de chá rasas de açúcar em 200 ml de água potável.

QUADRO 15 - Classificação da gravidade do quadro clínico e conduta na criança com tosse e/ou dificuldade para respirar, com idade entre 2 meses a menos de 5 anos

<p>SINAIS:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • qualquer sinal geral de perigo ou • tiragem subcostal (se também apresentar sibilância recorrente, tratar sibilância e reavaliar) ou • estridor em repouso 	<ul style="list-style-type: none"> • sem tiragem subcostal e • respiração rápida (≥ 50 resp./minuto, se idade entre 2 e 11 meses) (≥ 40 resp./minuto, se idade entre 1 e menos de 5 anos) 	<ul style="list-style-type: none"> • sem tiragem subcostal e • sem respiração rápida (< 50 resp./minuto, se tem de 2 a 11 meses de idade) (< 40 resp./minuto, se tem de 1 a menos de 5 anos de idade)
<p>CLASSIFICAÇÃO</p>	<p>DOENÇA MUITO GRAVE OU PNEUMONIA GRAVE</p>	<p>PNEUMONIA NÃO GRAVE</p>	<p>NÃO É PNEUMONIA</p>
<p>CONDUTA</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir com urgência para o hospital. • Se o transporte não for imediato, dar a primeira dose de antibiótico na UBS. • Tratar a febre. • Tratar a sibilância, se presente. • Indicar oxigenoterapia na presença de cianose central, incapacidade de beber, inquietude, tiragem intensa ou mais de 70 respirações por minuto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar tratamento no domicílio. • Fazer a mãe dar a primeira dose de antibiótico na UBS e orientar como administrá-lo no domicílio. • Tratar a sibilância, com broncodilatador. • Informar sobre os sinais de piora; • Orientar para retornar em 48 horas ou antes, se piorar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se está com tosse há mais de 30 dias, avaliar causas de tosse crônica; • Se tiver sibilância, prescrever broncodilatador oral ou inalatório, quando tiver aparelho de inalação no domicílio, por 3-5 dias; • Informar à mãe quais são os sinais de gravidade e para retornar se eles surgirem. • Orientar retorno em 5 dias, se mantiver o quadro inalterado. • Não prescrever xaropes, orientar preparações caseiras.

CONDUTAS PARA OS CASOS DE PNEUMONIA NÃO GRAVE, DE TRATAMENTO DOMICILIAR:

- verificar se a criança tem fatores de risco (baixo peso ao nascer, desnutrição moderada ou grave, internação anterior, mais de 2 episódios anteriores de pneumonia, doenças de base) e/ou situacionais (tempo de acesso do domicílio ao serviço de saúde maior de 2 horas; morte de irmão menor de 5 anos; criança proveniente de micro-áreas sociais de risco) e avaliar a melhor estratégia nessas situações;
- instituir antibioticoterapia adequada (quadro 17);
- dar a primeira dose de antibiótico na unidade de saúde;
- fornecer a medicação, quando a família não dispuser de condições para a comprá-la;
- orientar a mãe ou o responsável, verificando se é alfabetizado ou não, como dar o antibiótico em casa;
- verificar se existe adulto que se responsabilize pelo tratamento da criança no domicílio; caso isto não ocorra, a equipe deve elaborar alguma estratégia que dê conta do tratamento;
- verificar a situação vacinal da criança;
- agendar retorno em 48 horas e orientar a mãe para voltar antes, caso a criança piore;
- informar à mãe quais são os sinais de piora: aparecimento de tiragem subcostal ou qualquer sinal de perigo;
- esclarecer à mãe quais são os cuidados no domicílio: alimentar a criança durante a doença, manter o aleitamento materno, limpar o nariz para facilitar a alimentação, oferecer bastante líquidos para fluidificar a secreção, manter os lactentes pequenos aquecidos (especialmente nas regiões de clima frio);
- organizar o serviço de modo a identificar imediatamente as crianças que faltarem no retorno, especialmente para aquelas de risco, e providenciar a visita domiciliar.

No 1º retorno após 48 a 72 horas, espera-se que a criança apresente melhora evidente do quadro clínico e neste caso mantém-se o tratamento, no mínimo por 7 dias, quando está indicado o segundo retorno. Posteriormente recomenda-se que esta criança seja acompanhada mensalmente por 3 meses, especialmente para aquelas com presença de fatores de risco. A definição clínica de piora, melhora ou quadro inalterado e as respectivas condutas encontram-se especificadas no quadro 16.

QUADRO 16 - Reavaliação da criança com pneumonia não grave depois de 48 horas da instituição da antibioticoterapia

QUADRO CLÍNICO	PIOR	IGUAL	MELHOR
SINAIS:	● tem tiragem ou algum sinal geral de perigo	● frequência respiratória, febre e aceitação alimentar inalteradas	● respira mais lentamente, melhora da febre e alimenta-se melhor
CONDUTA:	classificar como pneumonia grave e referir com urgência ao hospital	referir ou mudar o antibiótico - ver quadro 17	manter o antibiótico por, no mínimo, 7 dias.

CONDUTA PARA OS CASOS DE PNEUMONIA GRAVE OU DE DOENÇA BACTERIANA GRAVE, DE TRATAMENTO HOSPITALAR:

- É responsabilidade da equipe de saúde da família:
- viabilizar o acesso ao hospital e o tratamento adequado durante o transporte;
 - instituir o tratamento adequado, administrando a primeira dose de antibiótico na unidade de saúde, se o transporte não for imediato:
 - para crianças menores de 2 meses, administrar por via intramuscular gentamicina (2,5/kg/dose de 8/8 horas) penicilina procaína (50.000 UI/kg/dia a cada 24 horas).
 - para crianças com idade entre 2 meses e menos de 5 anos, administrar uma dose intramuscular de penicilina procaína (50.000 UI/kg/dia a cada 24 horas para crianças até 10 kg e 400.000 UI/dose, de 12/12 horas para crianças com peso superior a 10 kg).
 - após a alta hospitalar: considerar a internação como um indicador de condições inadequadas de vida da criança. A equipe de saúde da família deve verificar as possibilidades de apoio para a família tais como: matricular a criança em creche; possibilidade de obtenção de cesta básica e outras ações de apoio para a organização familiar especialmente nos cuidados com a criança, recomendando-se um período mínimo de 3 meses para o seguimento mensal dessas famílias que tiveram crianças internadas por pneumonia.

QUADRO 17 - Esquemas de tratamento ambulatorial da criança com pneumonia bacteriana.

Faixa etária	Esquema terapêutico inicial	Esquema terapêutico quando o quadro clínico continua inalterado no retorno de 48 horas ²	agentes predominantes
De 2 meses a menos de 5 anos	<ul style="list-style-type: none"> ● amoxicilina: 40-50 mg/kg/dia, divididas em 8/8 horas, VO, para quem não recebeu antibiótico no último mês ou o dobro da dose, 80-90 mg/kg/dia, para os que receberam antibiótico no último mês*. <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> ● ampicilina: 100 mg/kg/dia, divididas de 6/6 horas VO <p style="text-align: center;">OU</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● amoxicilina, o dobro da dose, 80-90 mg/kg/dia, divididas em 8/8 horas, VO, ● claranfencol: 50 mg/kg/dia, divididos de 6/6 horas, VO ● amoxicilina + clavulanato ● cefaclor: 40 mg/kg/dia, divididos de 8/8 horas, VO. ● cefuroxima: 125 mg 12/12 horas, VO ● claritromicina: 15 mg/kg/dia, divididos de 12/12 horas, VO. ● azitromicina: 10 mg/kg no primeiro dia e 5 mg/kg a cada 24 horas por mais 4 dias, VO 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>S.pneumoniae</i> ● <i>H. influenzae</i>
5 anos ou mais	<ul style="list-style-type: none"> ● penicilina procaina¹ - criança até 10 kg de peso -50.000 UI/kg/dia a cada 24 horas, IM - criança com mais de 10 kg: 400.000 UI/dose. de 12/12 horas, IM 	<ul style="list-style-type: none"> ● eritromicina: 40-50 mg/kg/dia, divididos de 6/6 horas, VO <p style="text-align: center;">ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ● claritromicina <p style="text-align: center;">ou</p> <ul style="list-style-type: none"> ● azitromicina 	<ul style="list-style-type: none"> ● <i>S.pneumoniae</i> ● <i>Mycoplasma pneumoniae</i>

VO: via oral; IM: intramuscular.

* dobrar a dose pela possibilidade de microorganismos parcialmente resistentes à penicilina.

1. regressar todos os dias ao serviço de para receber injeção de penicilina procaina, durante 7 dias.

2. cefalexina não é um antibiótico alternativo neste caso, pois não é eficaz contra o *Haemophilus influenzae* produtor de beta-lactamase.

Abordagem Diagnóstica e Terapêutica em Crianças com Idade Igual ou Maior de 5 Anos

Nesta faixa etária, muitas manifestações aproximam-se do quadro clínico dos adultos. A criança já pode referir algumas queixas, que podem ser úteis para localização do processo, como por exemplo a dor torácica à inspiração que sugere acometimento pleural. A frequência respiratória elevada (maior de 30 respirações/minuto) e a tiragem subcostal são os sinais de maior valor preditivo para pneumonia.

Como nesta faixa etária predomina o pneumococo, para os casos de pneumonia sem sinais de gravidade a conduta inicial de tratamento ambulatorial pode ser: amoxicilina 50 mg/kg/dia, divididos de 8 em 8 horas, por via oral (dose máxima de 500 mg a cada 8 horas) ou ampicilina 100 mg/kg/dia, divididos de 6 em 6 horas, por via oral (dose máxima de 500 mg a cada 6 horas) ou penicilina procaina 400.000 UI de 12/12 horas, por via intramuscular (quadro 17).

CONDUTAS NO 1º RETORNO EM 48 A 72 HORAS. SE HOUVER:

- **melhora evidente do quadro clínico:** manter o antibiótico por, no mínimo 7 dias, quando será realizado o segundo retorno.
- **quadro clínico inalterado,** frequência respiratória inalterada e febre mantida: deve-se utilizar o esquema alternativo com eritromicina 40 mg/kg/dia, de 6 em 6 horas por via oral (dose máxima de 500 mg a cada 6 horas) ou com outro macrolídeo, visando manter a cobertura para o pneumococo e ampliá-la para o *Mycoplasma pneumoniae*.
- **piora do quadro clínico,** com tiragem subcostal, frequência respiratória mais elevada, cianose e febre mantida: referir com urgência para atendimento hospitalar.

O que não fazer nas Infecções Respiratórias Agudas, inclusive nas Pneumonias

Descongestionantes, antiinflamatórios não-hormonais, antitussígenos, expectorantes e mucolíticos não têm mostrado eficácia na modificação do curso da infecção respiratória alta ou baixa e não estão isentos de risco e, portanto, devem ser evitados.

O costume da população de utilizar, nos indivíduos com infecção respiratória aguda, óleos, gorduras, álcool e derivados do petróleo, nas formas oral, de tampões nasais ou de fricção no peito e pescoço, deve ser desencorajado, pela possibilidade de irritação das vias aéreas e de broncoaspiração.

Não existe indicação do uso de antibióticos nas infecções respiratórias agudas virais, com o intuito de prevenir pneumonia. Além disso, esta conduta pode piorar o curso da doença viral, pois os antibióticos, nestes casos, alteram a flora e facilitam a superinfecção.

Afecções Respiratórias

SANDRA MARIA CALLIOLI ZUCCOLOTTO

A Criança com Chiado no Peito

A expressão "chiado no peito" tem sido usada pelos pais e médicos referindo-se a situações diversas de acometimento das vias aéreas inferiores, agudas ou recorrentes e nem sempre se correlaciona com a presença de sibilos na ausculta pulmonar.

Características Pulmonares do Lactente

A ocorrência de crises de "chiado no peito" é muito freqüente nos primeiros 2 anos de idade devido a dois fatores:

- a elevada freqüência das infecções respiratórias nesta faixa etária, que constituem a causa mais freqüente das crises;
- as características do aparelho respiratório, que facilitam a instalação dos fenômenos obstrutivos nas vias aéreas.

As vias aéreas têm calibre muito reduzido, especialmente nas porções terminais e existe maior número de glândulas mucosas, que determinam tendência à maior produção de muco. Essas características do calibre e do epitélio das vias respiratórias são mais importantes na determinação dos fenômenos obstrutivos (e na ocorrência da sibilância) na criança pequena, do que a contratatura da musculatura peribrônquica.

Epidemiologia

Estudos de prevalência mostram que, enquanto 60% dos lactentes têm crises de sibilância, somente 15 a 20% das crianças maiores relatam o mesmo problema, indicando que, com o crescimento, a maioria torna-se assintomática.

Martinez et al, em estudos prospectivos, acompanharam crianças desde o nascimento e mostraram que:

- cerca de 50% delas nunca tiveram crises de "chiado no peito";
- ao redor de 20% apresentaram crises de sibilância antes do terceiro ano de vida, associadas às infecções respiratórias e tornaram-se assintomáticas até o sexto ano de idade (sibilância transitória);
- cerca de 15%, que apresentaram crises de sibilância antes do terceiro ano de vida, persistiram com crises recorrentes de sibilância após o sexto ano (sibilância persistente); e
- 15% das crianças iniciaram as crises após o terceiro ano de vida (sibilância tardia).

Os lactentes com sibilância transitória apresentaram características peculiares:

- início precoce das crises;
- geralmente eram filhos de mães que fumaram durante a gestação;
- não diferiam das crianças normais em relação aos indicadores de atopia e apresentavam alterações nas provas de função pulmonar, detectadas logo após o nascimento, antes da ocorrência de qualquer infecção respiratória;

- foi constatada diminuição do fluxo de ar nas vias aéreas devido à diminuição do tamanho dessas vias, considerada uma alteração estrutural congênita que predispõe à ocorrência de sibilância na vigência de infecções respiratórias;
- essas crianças, quando avaliadas aos 6 e 11 anos de idade, mantiveram as mesmas alterações nas provas de função pulmonar, mas encontravam-se assintomáticas às custas de mecanismos compensatórios estabelecidos durante o crescimento pulmonar.

As crianças com sibilância persistente tinham as seguintes características:

- maior frequência de mães com asma;
- maior número de crises no primeiro ano de vida (2 vezes mais que o outro grupo);
- maior possibilidade de apresentar eczema, rinite e crises de sibilância não associados a infecções;
- maior frequência de alterações laboratoriais sugestivas de atopia como níveis elevados de IgE (a partir dos 9 meses de vida) e testes cutâneos positivos para aeroalérgenos;
- valores normais de provas de função pulmonar ao nascimento, semelhantes aos das crianças que evoluíram sem sibilância, mas que, durante a evolução e ao redor dos 6 anos de idade, estavam alterados com redução importante dos fluxos expiratórios, sendo que metade das crianças já tinha recebido o diagnóstico de asma.

As crianças que iniciaram as crises de sibilância após o terceiro ano de vida - **sibilância tardia** - apresentaram prognósticos diferentes em função de terem ou não desenvolvido atopia.

Abordagem Diagnóstica

Os pais podem usar a denominação "chiado no peito" para se referirem ao estridor, à obstrução nasal ruidosa, à dispnéia e a outros sinais e sintomas. A queixa inicial da família também pode ser outra como "peito cheio", "tosse que não melhora", "pneumonias frequentes", "vive resfriado" e outras. Assim, é importante que o médico busque, nas avaliações clínicas iniciais, detectar se realmente estão ocorrendo fenômenos obstructivos das vias aéreas intratorácicas que se expressam pela sibilância pulmonar, em crises ou perene.

AVALIAÇÃO DA CRIANÇA COM QUEIXA DE CHIADO NO PEITO

Os principais dados a serem obtidos na avaliação da criança com queixa de chiado no peito constam do Quadro 18.

QUADRO 18 – Avaliação da criança com crise de "chiado no peito"**I - Idade de início****II - Descrição do 1º episódio****III - Evolução**

1. Períodos críticos:

- queixas respiratórias nas crises
- duração e frequência das crises
- gravidade
- tratamentos realizados e respostas obtidas
- fatores desencadeantes (alérgicos, irritantes, fatores físicos, infecções etc.)

2. Período intercrítico:

- assintomático
- sintomático

IV - Sintomatologia associada às crises e intercrise:

- Geral: atividade, emagrecimento, geofagia
- Pele: eczema, urticária
- Vias aéreas superiores: rinite, otite, laringite, rouquidão, obstrução de vias aéreas diurna e/ou noturna
- Cardiovascular: cianose, palpitações
- Gastrointestinal: vômitos, regurgitações, engasgos, diarreia crônica

V - Antecedentes pessoais:

- Período perinatal: prematuridade, fumo durante a gravidez, intercorrências respiratórias, época de desmame
- Padrão de crescimento pâncreo-estatural
- Situação vacinal
- Antecedentes patológicos: bronquite, contato com tuberculose, coqueluche, reações adversas a drogas/alimentos

VI - Antecedentes familiares

- Atopia (parentes de primeiro grau), tuberculose, fibrose cística

VI - Condições ambientais

- Número de pessoas/número de cômodos
- Presença de fumantes
- Condições de ventilação, insolação, umidade
- Presença de animais
- Técnica de limpeza habitual da casa e higiene pessoal
- Creche/escola: características ambientais, número de horas/dia

VIII - Exame físico

- Peso/altura
- Exame clínico geral
- Exame especial das vias aéreas superiores e inferiores

IX - Exames complementares iniciais:

- Raios X de tórax (PA e perfil)
- Hemograma
- Parasitológico de fezes

Espera-se que a criança com crises de "chiado no peito" tenha estado geral e nutricional preservados. Naquelas com déficit pômbero-estatural, com aspecto doentio, palidez e/ou cianose, impõe-se pesquisar uma doença sistêmica grave, que pode cursar com crises de chiado antes do aparecimento do quadro clínico clássico, como fibrose cística, tuberculose e outras.

Investigação laboratorial - os exames laboratoriais iniciais são:

- radiografias de tórax (PA e perfil), realizadas na intercrise para o diagnóstico diferencial e nas crises para identificar infecções agudas
- hemograma - visa detectar anemia, eosinofilia maior de 10-20% (sugestiva de atopia e parasitoses de ciclo pulmonar), neutropenia ou linfopenia (sugestivas de algumas imunodeficiências) e leucocitose (sugestiva de processos infecciosos ativos); e
- parasitológico de fezes.

Nos casos de evolução mais grave, a criança deve ser encaminhada aos serviços especializados para aprofundamento da investigação diagnóstica. Vale lembrar que os testes de hipersensibilidade cutânea não devem ser feitos em crianças abaixo de 3 anos de idade, em virtude da maior ocorrência de resultados falso negativos.

Causas de Sibilância

As doenças que cursam com crises de sibilância e tosse crônica na infância encontram-se listadas no Quadro 19.

QUADRO 19 - Doenças que cursam com sibilância e tosse crônica

Freqüentes	Pouco freqüentes	Raras
<ul style="list-style-type: none"> ● Infecções respiratórias - Sibilância transitória associada a infecções respiratórias - Bronquiolite - Bronquite - Pneumonia ● Asma ● Síndromes aspirativas - Doença do refluxo gastroesofágico - Distúrbios da deglutição 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aspiração de corpo estranho ● Tuberculose ● Cardiopatias ● Laringotraqueobronquiomalácia ● Parasitoses de ciclo pulmonar ● Fibrose cística ● Displasia broncopulmonar 	<ul style="list-style-type: none"> ● Alergia ao leite de vaca ● Anormalidades vasculares ● Anormalidades pulmonares congênitas ● Outras anormalidades laringotraqueobrônquicas ● Massas mediastinais ● Imunodeficiências ● Raquitismo ● Discinesia ciliar ● Deficiência de alfa-1-antitripsina

As causas mais freqüentes de "chiado no peito" no lactente são crises de sibilância transitória associadas às infecções respiratórias, bronquiolite, bronquite, pneumonia, asma e as síndromes aspirativas (refluxo gastroesofágico, aspiração de corpo estranho ou problemas da deglutição). Em nosso meio, ainda são freqüentes os problemas respiratórios decorrentes das parasitoses de ciclo pulmonar, inclusive da toxocaríase, e da tuberculose, embora se desconheça exatamente a prevalência destes quadros.

INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS**Sibilância transitória associada às infecções respiratórias**

Como referido na epidemiologia, cerca de 60% das crianças com crises de sibilância nos primeiros anos de vida vão ser englobadas, durante a evolução, no grupo com sibilância transitória, cujas crises vão estar associadas às infecções respiratórias. Essas crianças com crises recorrentes de chiado no peito não desenvolvem nenhuma doença pulmonar e se tornam assintomáticas até o sexto ano de vida.

BRONQUIOLITE

Tem maior incidência entre os 6 e 12 meses de idade. A etiologia é viral, predominando o vírus sincicial respiratório e o adenovírus. As crianças podem ter vários episódios de bronquiolite, causados por diferentes agentes virais. O quadro inicia-se como um resfriado e evolui após 2 ou 3 dias com intensificação da tosse, taquipnéia, tiragem intercostal e sibilância. A gravidade do quadro define-se nas primeiras 72 horas. O diagnóstico é clínico e, na maioria das vezes, a doença auto-limitada, não requerendo hospitalização. Evolui para cura em 3 a 4 dias. Apenas 2% das crianças com bronquiolite necessitam ser hospitalizadas. Metade das crianças que são internadas podem ter crises recorrentes de sibilância e 2% evoluem para doença obstrutiva crônica – bronquiolite obliterante.

BRONQUITE (TRAQUEOBRONQUITE)

Bronquite aguda é o processo inflamatório de traquéia e brônquios, cuja sintomatologia mais importante é a tosse produtiva. A bronquite crônica é definida quando a sintomatologia persiste após 2 a 3 semanas. O quadro tem início por sintomas de rinfaringite aguda e, na ausculta pulmonar, encontram-se roncos e estertores subcrepantes de grossas bolhas. Nos lactentes, podem ser auscultados sibilância e outros tipos de estertores. O diagnóstico é clínico e as radiografias de tórax podem ser normais ou mostrar áreas de espessamento peribrônquico, atelectasias e/ou hiperinsuflação pulmonar.

A bronquite aguda geralmente é um processo infeccioso viral (rinovírus, VSR, influenzavírus, parainfluenzavírus, adenovírus). A maioria das bronquites bacterianas é secundária à infecção viral. Os agentes etiológicos mais freqüentes são *S.pneumoniae*, *H. Influenza* e outros. Nos recém-nascidos e lactentes, deve-se pensar na possibilidade etiológica da *Chlamydia trachomatis* e nos escolares e adolescentes aumenta a freqüência de *M.pneumoniae*. A persistência da febre e da tosse sugere etiologia bacteriana primária ou secundária. O diagnóstico de bronquite gera muitas dúvidas, seja na fase aguda, quando pode ser confundida com bronquiolite ou pneumonia, seja na recorrência ou persistência do quadro respiratório por 2 a 3 semanas ou mais, quando deve ser diferenciada de outras doenças como asma, sinusopatia, fibrose cística e tuberculose.

ASMA

As crianças com crises de sibilância nos primeiros dois anos de vida, que persistem com crises recorrentes após os 6 anos de idade (sibilância persistente) têm características que as diferenciam das portadoras de sibilância transitória. No grupo de crianças com sibilância persistente, apesar de inicialmente as crises também estarem associadas às infecções respiratórias, ao longo do tempo surgem crises independentes de infecções, desencadeadas por aeroalérgenos e outros fatores. Nessas crianças, é mais frequentes o encontro de eczema, rinite não associada à infecção e níveis elevados de IgE sérico a partir dos 9 meses de vida. Esse grupo tem grande probabilidade de ter asma.

Na prática é difícil diferenciar a sibilância transitória associada aos processos infecciosos da asma de início precoce. Esse diagnóstico pode ser feito considerando os vários fatores de risco indicativos de asma (Quadro 20).

QUADRO 20 – Lactente com alto risco para sibilância persistente e diagnóstico de asma deve preencher:

<ul style="list-style-type: none"> • DOIS CRITÉRIOS MAIORES, SENDO UM DELES O NÚMERO 1 OU 2 OU • DOIS CRITÉRIOS MAIORES E DOIS MENORES 	
CRITÉRIOS MAIORES	CRITÉRIOS MENORES
<ol style="list-style-type: none"> 1. hospitalização por bronquiolite ou sibilância grave 2. pelo menos três episódios de sibilância durante os seis primeiros meses de vida 3. história parental de asma 4. dermatite atópica 	<ol style="list-style-type: none"> 1. rinorréia não associada a resfriado 2. sibilância não associada a resfriado 3. eosinofilia $\geq 5\%$ (sem parasitose intestinal) 4. sexo masculino

Fonte: Martinez, FD. Recognizing early asthma. Allergy 1999; 54:24, citado no III Consenso brasileiro no Manejo da Asma - 2002.

SÍNDROMES ASPIRATIVAS

Distúrbios da deglutição e doença do refluxo gastroesofágico (RGE) podem causar quadros de sibilância por microaspiração recorrente do conteúdo digestivo para as vias aéreas e/ou por estimulação vagal. Mesmo sem queixa de regurgitação, vômitos ou engasgos, é possível pensar no RGE como causa e/ou fator agravante de crises de chiado no peito.

A doença do RGE deve ser investigada, principalmente nos casos com crises de chiado no peito frequentes ou perenes que respondem mal às medidas terapêuticas habituais.

Abordagem Terapêutica

Em vista do grande número de doenças associadas às crises de "chiado no peito" na infância, com fisiopatologias diferentes, e da dificuldade em se estabelecer o diagnóstico etiológico logo nas primeiras consultas, especialmente na faixa etária do lactente, constata-se que a abordagem terapêutica encontra-se intrinsicamente associada à abordagem diagnóstica, pois ambas dependem da evolução clínica da criança. Assim, a família deve ser informada que vários retornos serão necessários para avaliar a evolução do quadro da criança, ao mesmo tempo que investigações laboratoriais e medidas terapêuticas vão sendo adotadas, de acordo com o quadro clínico evolutivo.

Essa atitude é importante uma vez que, quando o médico firma o diagnóstico precipitadamente, é alta a probabilidade de ele incorrer no erro de superdiagnosticar algumas doenças como, por exemplo, a asma ou de subdiagnosticar outras que necessitam de tratamento precoce e específico como, por exemplo, a fibrose cística.

De um modo geral, pode-se dizer que existem dois tipos de quadro clínico que se apresentam com dificuldades diagnósticas específicas:

1. O primeiro tipo de quadro clínico refere-se aos lactentes que cursam com crises recorrentes de "chiado no peito", associadas às infecções respiratórias, com período intercrítico assintomático, sem comprometimento do estado geral, com radiografia de tórax normal. Nestes casos, a dificuldade encontra-se em diferenciar o grupo de crianças com sibilância transitória associada às infecções respiratórias (cerca de 50 a 60% das crianças que "chiam" nos primeiros anos de vida), do grupo de lactentes com asma. Uma vez que não se encontram disponíveis, na prática clínica, as provas de função pulmonar para essa faixa etária, que auxiliariam na realização do diagnóstico diferencial entre essas duas entidades clínicas, essa diferenciação só é possível ao longo do tempo. A maioria dos lactentes portadores de asma manifestam, durante a evolução, alguma forma de atopia (eczema atópico, rinite alérgica, níveis de IgE elevados), crises de sibilância na ausência de infecção respiratória, tosse noturna ou desencadeada pelo riso e choro e início ou piora da sintomatologia respiratória com os estímulos que mais frequentemente desencadeiam a asma (aeroalérgenos).

2. O segundo tipo refere-se às crianças que mantêm sintomatologia respiratória prolongada ou com recorrências próximas (com ou sem período intercrítico sintomático) ou com quadro perene de sibilância ou com associação a pneumonias de repetição. Nesses casos, a dificuldade encontra-se no diagnóstico diferencial entre várias doenças. A radiografia de tórax normal afasta as possibilidades de tuberculose pulmonar, aspiração de corpo estranho, anomalias pulmonares congênitas ou adquiridas. O exame físico pode afastar o diagnóstico de raquitismo e de cardiopatia. Desnutrição com história de pneumonias de repetição sugerem o diagnóstico de síndromes aspirativas, fibrose cística ou imunodeficiências congênitas ou adquiridas. Nesse grupo, estão incluídos os pacientes com evolução prolongada pós-infecção respiratória - viral, bacteriana e por outros agentes- especialmente aqueles que necessitaram de tratamento hospitalar e os portadores de asma persistente. Vale ressaltar que a resposta positiva ao tratamento com drogas broncodilatadoras e/ou antiinflamatórias não auxilia no diagnóstico diferencial da criança com "chiado no peito" no sentido de confirmar o diagnóstico de asma, uma vez que ela pode ocorrer também em outras doenças respiratórias.

O uso isolado de sintomáticos, ou seja, apenas dos broncodilatadores, está indicado no primeiro tipo de quadro clínico descrito, no qual as crises são autolimitadas e essas drogas têm a função de aliviar os sintomas.

Já em relação ao segundo tipo de quadro clínico acima descrito, recomenda-se o uso de drogas antiinflamatórias inalatórias por 12 semanas, o que diminui o número de crises e a necessidade de broncodilatadores.

Nesse quadro, indica-se o uso de drogas inalatórias de tratamento do processo inflamatório (cromoglicato de sódio ou corticosteróides inalatórios) associado à medicação de alívio (broncodilatadores) independente da confirmação da doença que esteja causando o problema. Caso não haja melhora, encaminhar a criança para avaliação nos serviços de atenção secundária.

MEDIDAS GERAIS

- os lactentes "chiadores" devem ser protegidos da exposição excessiva aos agentes infecciosos (evitando-se freqüentar precocemente as creches, quando possível, e ambientes fechados), do fumo e do contato freqüente com alérgenos ambientais;
- deve-se considerar a imunização contra influenzae (vacina anti-gripal) nas crianças com curso crônico de "chiado no peito," nas quais se identificam as infecções respiratórias como fatores agravantes do quadro;
- imunização anti-pneumocócica (vacina conjugada em menores de 24 meses e não-conjugada em maiores de 2 anos de idade) deve ser considerada em crianças com crises de sibilância recorrentes associadas às infecções respiratórias bacterianas;
- devem ser adotadas as terapias posturais e dietéticas anti-refluxo nos lactentes com crises recorrentes de "chiado no peito", independente da confirmação laboratorial de RGE;
- durante as crises, a fluidificação das secreções pelo aumento da ingestão de líquidos e a fisioterapia passiva com tapotagem são medidas que auxiliam na eliminação da secreção e previnem atelectasias.

FARMACOTERAPIA

Vide texto de asma

Afecções Respiratórias

SANDRA MARIA CALLIOLI ZUCCOLOTTO

Asma

Asma é a doença crônica mais comum na infância, com prevalência entre 10 e 15%. Caracteriza-se por ser uma doença de morbidade extremamente alta, interferindo de forma importante na vida da criança e de sua família.

Por que a asma é um problema de saúde importante?

É causa de:

- faltas freqüentes à escola,
- distúrbio do sono,
- limitação para o exercício físico.

Pode afetar o desenvolvimento físico e emocional da criança e do adolescente e interferir na sua relação familiar e social.

Como deve ser o atendimento à criança asmática?

Toda criança asmática deve receber abordagem terapêutica ampla, que não se esgota no atendimento da crise, requerendo seguimento com consultas programadas durante o período intercrítico, com o objetivo de caracterizar o quadro asmático quanto à sua gravidade e intervir no sentido de espaçar as manifestações clínicas e diminuir as repercussões da doença na vida do paciente e de sua família.

DEFINIÇÃO - Asma é uma doença crônica das vias aéreas caracterizada por:

- 1) Obstrução do fluxo aéreo reversível (embora não completamente em alguns pacientes) espontaneamente ou com tratamento;
- 2) Inflamação na qual muitas células têm papel importante, em especial os mastócitos e os eosinófilos;
- 3) Hiper-responsividade brônquica a vários estímulos e
- 4) Episódios recorrentes de sibilância, dispnéia, aperto no peito e tosse, particularmente à noite e pela manhã ao acordar.

A inflamação brônquica é o fator mais importante na fisiopatogenia da asma e está sempre presente, independente da gravidade do quadro clínico, sendo resultante da interação entre mediadores inflamatórios e células existentes nas vias aéreas.

A obstrução das vias aéreas na asma pode ser causada por várias alterações como broncoconstrição aguda, edema das vias aéreas, formação crônica de rolhas de muco e remodelamento das vias aéreas.

EPIDEMIOLOGIA – Em estudos de seguimento a longo prazo, tem-se encontrado que a maioria das crianças com asma melhora durante a adolescência e que 50 a 60% permanecem assintomáticas durante a vida adulta. São considerados **fatores de risco** para a persistência da asma na vida adulta:

- asma grave durante os primeiros anos de vida,

- eczema infantil,
- níveis séricos altos de IgE,
- exposição ambiental continuada à fumaça de cigarro,
- asma em familiares próximos (pais e irmãos).

Apesar do aumento da prevalência de asma identificado em vários países, as taxas de mortalidade por asma são baixas e estão associadas principalmente ao erro na avaliação da gravidade do quadro, resultando em tratamento inadequado ou tardio, à dificuldade de acesso aos serviços de saúde e ao uso inadequado de medicações como uso excessivo de beta-2-agonistas e baixa aceitação da terapia com corticosteróides.

Quadro Clínico

Apresentação clínica típica da asma - episódios recorrentes e reversíveis de sibilância, dispnéia, tosse e tiragem intercostal. Geralmente, os sintomas são mais intensos pela manhã, ao acordar e à noite; a regressão da sintomatologia da crise típica ocorre em três a sete dias, independente da terapêutica utilizada, e o período intercrítico é assintomático.

Uma das dificuldades para a realização do diagnóstico de asma encontra-se nas **formas de apresentação atípica** como na asma induzida por exercícios, drogas ou aditivos e quando a queixa predominante é de tosse crônica ou de pneumonias de repetição. Sabe-se que cerca de 4% dos asmáticos podem ter como única manifestação tosse crônica.

Asma noturna - apresentação clínica da doença, caracterizada por despertar à noite devido à tosse, chiado e falta de ar ou aperto no peito à noite ou ao despertar pela manhã. A fisiopatologia não está completamente esclarecida, mas parece estar relacionada com o ritmo circadiano de várias substâncias do organismo. Além disso, outros fatores podem estar associados à asma noturna como a posição supina, a presença de refluxo gastroesofágico ou de rinosinusites e a exposição a aeroalérgenos (poeira e ácaros no colchão e no travesseiro) e outros desencadeantes presentes no quarto. Variações de temperatura e umidade podem desencadear piora noturna da asma, devendo evitar-se o uso de aquecedores elétricos e ambientes com ar seco.

O diagnóstico da asma é essencialmente clínico, fundamentado na anamnese, exame físico e evolução do quadro. Os exames complementares têm utilidade restrita, especialmente nas crianças menores de 6 anos de idade, para as quais não é possível realizar as provas de função pulmonar.

Fatores Precipitantes e Agravantes

Alérgenos - Existem dois tipos de resposta à exposição a alérgenos que clinicamente podem ser observadas nos asmáticos: a resposta precoce, na qual a broncoconstrição ocorre minutos após a exposição ao alérgeno, dura pouco tempo (20 a 30 minutos) e regride; a resposta tardia acontece 4 a 12 horas após a exposição ao alérgeno e geralmente desencadeia quadro clínico com sintomatologia intensa e prolongada (várias horas), podendo determinar, em alguns casos a cronicidade e gravidade da asma. Por este motivo, é importante instruir o paciente e/ou a família para, quando tiver crise asmática, recordar o que fez nas 24 horas que precederam o evento, com o objetivo de identificar se a criança esteve exposta a fatores alergênicos.

Para a asma são mais importantes os **aeroalérgenos** e, entre eles, a poeira domiciliar é a mais constantemente implicada e merece especial atenção por ser um produto misto, constituído por várias substâncias com capacidade antigênica como: fungos, insetos (baratas, moscas, pernilongos), epitélio e pêlo de animais (cães, gatos, ratos e outros), endotoxinas de bactérias, ácaros de alta prevalência em nosso meio como *Dermatophagoides sp* e *Blomia tropicalis*, entre outros. As baratas são fontes importantes de alérgenos intradomiciliares e em lugares públicos. Acredita-se que cerca de 50% dos asmáticos possuem alergia à barata em nosso meio.

Os alimentos, mesmo em lactentes, são desencadeantes pouco frequentes da asma.

Irritantes - são precipitantes de exacerbações de asma em todas as idades. Fumaça de cigarro é o irritante mais comum e está associado com o aumento de infecções respiratórias em crianças. Citam-se

como outros irritantes das vias aéreas poluentes ambientais, odores de tinta, produtos químicos, perfumes e vários produtos em "spray".

Mudança das condições climáticas - estão geralmente associadas ao aumento das exacerbações da asma. As mudanças de temperatura tanto para o frio quanto para o calor e ar seco e/ou frio podem desencadear obstrução das vias aéreas em asmáticos. Acredita-se que isto esteja relacionado também com as variações qualitativas e quantitativas de alérgenos e irritantes existentes no ar, que ocorrem com as mudanças atmosféricas.

Infecções - das vias aéreas são responsáveis pela exacerbação de asma em 86% das crianças e 50% dos adultos.

Drogas e corantes - A prevalência de asma induzida por ácido acetilsalicílico (AAS) e outros antiinflamatórios não-hormonais (AINH) é estimada em 10% dos adultos com asma persistente moderada ou grave, sendo ocasional em crianças na idade escolar e nos adolescentes. Assim, recomenda-se evitar o uso de AAS e os outros AINH nos pacientes asmáticos.

Aditivos como bissulfitos e metassulfitos utilizados como preservativos de alimentos, bebidas e medicações podem desencadear crises de broncoconstrição, que muitas vezes são interpretadas como alergia alimentar. A tartrazina, corante amarelo utilizado em alimentos, bebidas e medicações, pode induzir asma.

Fatores psicossociais - os problemas de origem emocionais e psicossociais podem desencadear crises, agravar o curso da asma e interferir na adesão da criança e do adolescente ao tratamento. A busca desses fatores deve estar sempre presente, em especial nos pacientes com asma persistente, independente da idade da criança.

Asma induzida por exercício (AIE) - Situação em que a atividade física intensa desencadeia crise de asma. AIE é descrita em 70 a 90% dos asmáticos. Pode ser a única manifestação em portadores de asma intermitente. Habitualmente, a crise da AIE ocorre no período entre 10 a 20 minutos após o início de esforço físico intenso e contínuo por 5 a 8 minutos, resolvendo-se espontaneamente, geralmente após uma hora de repouso. No entanto, alguns indivíduos voltam a apresentar os sintomas, após 4 a 10 horas do quadro inicial, constituindo a fase tardia da AIE. Enquanto alguns pacientes referem sintomas clássicos da asma (tosse, dispnéia e sibilância) após os exercícios, outros podem queixar-se apenas de falta de ar desproporcional à atividade física realizada. A ocorrência e a intensidade da AIE dependem do tipo e intensidade do esforço e das condições climáticas e ambientais. Existem atividades físicas consideradas mais asmagênicas como corrida e ciclismo e outras menos, como caminhada e natação. Constata-se que as atividades físicas realizadas em ambientes quentes e úmidos desencadeiam menos AIE do que aquelas feitas em clima frio e seco. Assim, exercícios intermitentes e de curta duração ou de intensidade leve ou moderada têm menor probabilidade de desencadear a AIE.

Deve-se ter o cuidado de distinguir os pacientes que apresentam crises de AIE daqueles com processo inflamatório crônico das vias aéreas sem controle adequado, asma persistente, para os quais o esforço físico tende a ser menos tolerado.

Rinossinusite - pode agravar a asma via estimulação do reflexo rinossinopulmonar ou pela, passagem direta de mediadores inflamatórios do trato respiratório superior para o inferior. O tratamento da rinossinusite de etiologia alérgica e/ou bacteriana resulta em melhora significativa da asma. Durante o acompanhamento do paciente asmático, esse diagnóstico deve ser sempre considerado quando houver piora da sintomatologia e/ou houver necessidade de utilizar as medicações com maior frequência.

Refluxo gastroesofágico (RGE) - é mais frequente em asmáticos do que na população em geral. Em indivíduos de 8 a 19 anos de idade, RGE foi encontrado em 60% dos quadros moderados e graves de asma, sendo 4 vezes mais frequente do que naqueles sem asma. A ocorrência de RGE é maior em crianças nas quais predomina a asma noturna e matinal. Vale ressaltar que menos da metade dos pacientes com RGE tem sintomatologia digestiva de RGE. A ausência de regurgitações, vômitos e sintomas compatíveis com esofagite não afastam tal diagnóstico. A sensação de boca amarga ou a presença de rouquidão ao acordar são sugestivas de RGE durante o sono

Avaliação Clínica

Anamnese - não deve se ater apenas aos sinais e sintomas da doença, sendo fundamental a sua ampliação no sentido de incluir o conhecimento dos aspectos psicoafetivos e psicossociais da criança, isto é, conhecer a rotina de vida e as suas reações e relações na família e na escola.

Deve abranger tanto o histórico das crises, quanto do período intercrítico. O roteiro de anamnese deve permitir obter informações que auxiliem na avaliação da gravidade do quadro clínico e na elaboração do plano terapêutico (Quadro 21).

EXAME FÍSICO

no período intercrítico - Medidas de altura e peso devem ser rotina no atendimento médico da criança. Nos pacientes com asma persistente grave, em uso prolongado de corticosteróides sistêmicos ou com presença de hipoxemia crônica e naqueles com asma persistente, moderada ou grave, em uso crônico de corticosteróides inalatórios, a monitorização do peso e altura tem importância para avaliar as repercussões das medicações e da gravidade da asma no crescimento do paciente.

Especialmente nos pacientes com asma persistente moderada e grave, deve-se verificar ritmo e frequência cardíaca, frequência respiratória, pressão arterial, lembrando que estes parâmetros podem estar alterados devido ao uso de drogas antiasmáticas.

A presença de cianose no período intercrítico, de baqueteamento de dedos ou de unhas em "vidro de relógio" são raras e apontam para o diagnóstico diferencial com cardiopatia ou doença pulmonar crônica de outras etiologias, devendo a criança ser encaminhada para serviços especializados.

O aspecto do tórax pode mostrar aumento do diâmetro torácico pela hiperinsuflação, deformidades, retração costal e uso de musculatura acessória na crise ou fora dela, ou pode ser completamente normal. Na ausculta pulmonar, pode ser encontrado murmúrio vesicular desigual, devido à existência de áreas de maior ou menor obstrução e/ou hiperinsuflação. Geralmente são auscultados roncos, estertores e sibilos. Quando a ausculta é normal e o período intercrítico sintomático, manobras de esforço como exame após exercício físico ou durante a expiração forçada podem ser utilizadas em crianças maiores e adolescentes, com o objetivo de verificar se desencadeiam o aparecimento de sibilos, os quais representam a persistência de obstrução pulmonar. A hiperinsuflação pulmonar, quando presente, pode levar ao rebaixamento do fígado e baço e dificultar a ausculta cardíaca.

QUADRO 21 - Dados de anamnese da criança com asma

1. Idade de início e descrição do 1º episódio
2. Evolução do quadro ao longo do tempo
3. Dados para classificação da gravidade da asma: (nos últimos 6 a 12 meses)

Períodos críticos:

 - queixas respiratórias nas crises: dispnéia, tosse, aperto no peito, distúrbio do sono
 - duração e frequência das crises
 - tratamentos realizados e respostas obtidas
 - fatores desencadeantes: alérgicos, irritantes, esforço físico, infecções, menstruação, fatores emocionais e outros.
 - consultas em pronto-socorro: número, frequência, uso de corticosteróides sistêmicos
 - hospitalizações: número, frequência, duração, cuidados intensivos, intubação
 - número/mês de faltas à escola ou ao trabalho, devido às crises

- Período intercrítico:** caracterizar a duração e se é sintomático ou sintomático
- necessidade do uso de broncodilatadores por dia e por semana.
 - limitações das atividades físicas: cansaço ou tosse a pequenos (andar no plano), médios (subir escadas ou ladeira) ou grandes esforços (correr).
 - número/mês de faltas à escola ou ao trabalho
 - número de noites com o sono interrompido por sintomas respiratórios (tosse, dispnéia, aperto no peito) por semana e por mês.
- tratamentos realizados: medicações para a asma, medicina alternativa, imunoterapia.
4. Condições mórbidas associadas: pesquisar se existe história ou sinais e sintomas de :
 - rinossinusite alérgica e/ou infecciosa
 - refluxo gastroesofágico
 - eczema atópico
 - contato com tuberculose

- doenças da tireóide
 - cardiopatia
 - reações adversas a drogas/alimentos
5. Medicamentos que utiliza ocasionalmente ou de modo habitual: AAS ou antiinflamatórios não-hormonais, betabloqueadores ou outros
 6. Imunização: calendário básico, vacina contra influenza e pneumococos
 7. Antecedentes em familiares próximos (pais e irmãos) de atopia: asma ou eczema
 8. Condições ambientais do domicílio, do quarto em que o paciente dorme e de outros locais que ele frequenta
 - Domicílio:
 - Tipo de moradia: casa, apartamento, barraco, quarto de cortiço
 - Tipo de piso: carpete, lajota, cimento, terra e outros
 - Número de pessoas/número de cômodos

- Condições de ventilação e insolação, presença de umidade e mofo
 - Ar condicionado e aquecimento
 - Exposição ativa ou passiva a fumaça de cigarro
 - Fatores para acúmulo de ácaros e baratas.
 - Presença de animais
 - Técnica de limpeza habitual da casa e produtos utilizados na higiene pessoal
 - Creche/escola/local de trabalho: características ambientais, número de horas/dia
9. Condições socioeconômicas:
 - ocupação dos pais ou responsáveis e renda familiar
 - grau de escolaridade do paciente e da família
 - repercussões da doença no orçamento da família
 - acesso a serviços de saúde
 10. Grau de conhecimento do paciente e da família sobre a doença
 11. Repercussões da doença na vida do paciente e da família

Investigação Laboratorial - Os exames complementares têm utilidade restrita no diagnóstico da asma.

Inicialmente devem ser solicitados: radiografia de tórax, no período intercrítico, hemograma completo, prova tuberculínica nas crianças sem BCG intradérmico e parasitológico de fezes. As radiografias de tórax (PA e perfil) permitem avaliar o grau de comprometimento pulmonar (hiperinsuflação) e a área cardíaca, detectar complicações (atelectasias, focos pneumônicos, pneumotórax) e descartar diagnósticos diferenciais como anormalidades congênitas, corpo estranho e outros. Os achados radiológicos no paciente com asma variam desde resultados normais até hiperinsuflação pulmonar com espessamento brônquico e áreas difusas de atelectasia.

Exames adicionais para pesquisa de fatores agravantes e para afastar outras doenças que cursam com sibilância têm sua indicação dirigida pela história, exame físico, gravidade e evolução do quadro asmático.

A **dosagem sérica de IgE total** não é exame essencial para diagnóstico de asma. O encontro de IgE sérica total elevada é sugestivo de processo alérgico. Deve-se lembrar que nível sérico normal de IgE não afasta o diagnóstico de asma.

Os **testes alérgicos cutâneos** estão indicados em pacientes com asma persistente para descartar ou comprovar a suspeita de que alérgenos presentes no seu ambiente possam estar contribuindo significativamente na evolução. **É fundamental para a interpretação dos testes alérgicos cutâneos que haja correlação clínica, obtida pela história, entre o alérgeno testado e o sintoma.**

A realização desses testes, assim como da prova de função pulmonar, deve ser discutida com o pediatra de referência para a unidade.

Pico de fluxo expiratório (PFE) existem aparelhos simples, que são úteis para a monitorização da obstrução das vias aéreas e da resposta ao tratamento no consultório médico, no pronto-socorro e no domicílio. O PFE é o fluxo máximo alcançado durante manobra expiratória forçada.

Classificação

Nas crises - os sinais clínicos como dispnéia, aumento da frequência respiratória e alterações da ausculta, do nível de consciência e da atitude da criança permitem classificar as crises como leve/moderada, grave ou muito grave (Quadro 22).

QUADRO 22 - Classificação da Gravidade da Crise Aguda de Asma na Criança

CLASSIFICAÇÃO/ SINAIS E SINTOMAS	LEVE/MODERADA	GRAVE	MUITO GRAVE
DISPNÉIA	ausente ou leve	moderada	grave
FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA*	normal ou aumentada	aumentada	aumentada
ATITUDES/FALA	fala frases completas, deambula, dificuldade para se alimentar	fala frases incompletas lactente: dificuldade para se alimentar	fala monossilábica, posição semi- sentada
CONSCIÊNCIA	normal	normal ou excitado	excitado ou deprimido
MUSCULATURA ACESSÓRIA	leve ou nenhuma retração intercostal	retrações moderadas	retrações intensas ou em declínio
AUSCULTA	sibilos - final da inspiração	sibilos ins e expiratórios	murmúrio inaudível
PFE (previsto)	> 50%	30-50%	< 30%

* FR em crianças normais: < 2 meses de idade: < 60 movimentos respiratórios/minuto (mrm); 2-11 meses: < 50 mrm; 1 a 4 anos: < 40 mrm; ≥ 5 anos: < 30 mrm.

PFE - pico de fluxo expiratório

Fonte: II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, 1998 (modificado)

Na intercrise - a classificação da gravidade da asma, durante o período intercrítico, tem por objetivo auxiliar o médico na elaboração do plano terapêutico, incluindo a escolha do tipo de medicação a ser utilizada: de alívio e/ou de controle (Quadro 23).

QUADRO 23 - Classificação da gravidade da asma (período intercrítico).

	INTERMITENTE	ASMA		
		PERSISTENTE		
		Leve	Moderada	Grave
Frequência dos Sintomas (tosse, chiado, falta de ar ou aperto no peito)	≤ 1 vez/semana	≥ 1 vez/semana e < 1 vez/dia	diários, mas não contínuos	diários e contínuos
Atividades	Em geral normais Falta ocasional ao trabalho ou à escola.	Limitação para grandes esforços Faltas ocasionais ao trabalho ou à escola.	Prejudicadas Algumas faltas ao trabalho ou à escola. Sintomas com exercícios moderados como subir escadas	Limitação diária Sintomas com exercícios leves como andar no plano
Crises	ocasionais leves controladas com broncodilatador, sem idas à emergência.	Infrequentes algumas requerendo curso de corticosteróides sistêmicos.	Frequentes com risco de vida, necessitando de internações ou de cursos frequentes de corticosteróides sistêmicos.	Frequentes-graves
Sintomas noturnos*	Raros ≤ 2 vezes/mês	Ocasionais >2 vezes/mês ≤1 vez/semana	Comuns > 1 vez/semana	Quase diários >2 vezes/semana
Necessidade de broncodilatador para alívio	≤ 1 vez/semana	≤2 vezes/semana	≥2 vezes/semana e <2 vezes/dia.	
Pico de fluxo expiratório (PFE)	pré-broncodilatador >80% do previsto	pré-broncodilatador ≥ 80% do previsto	pré-broncodilatador entre 60% e 80% do previsto	pré-broncodilatador < 60% do previsto

* Despertar noturno regular com chiado ou tosse é um sintoma grave

Fonte: III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma, 2002

Estima-se que cerca de 60% dos pacientes apresentam asma intermitente ou persistente leve, 25% a 30% persistente moderada e 5% a 10% persistente grave. Verifica-se, a partir desses dados, que a maioria das crianças e adolescentes com asma pode ser tratada pelo médico-generalista.

Fatores de risco para episódio fatal de asma - existe uma pequena parcela de pacientes com asma persistente grave que apresenta fatores de risco para episódio fatal de asma e que deve ser encaminhada para serviços de especialidades:

- crise de asma extremamente grave com insuficiência respiratória;
- parada cardiorrespiratória, que necessitou de terapia intravenosa com broncodilatadores e/ou intubação endotraqueal e ventilação mecânica;
- convulsões por hipóxia; asma lábil;
- crise caracterizada por broncoconstrição aguda e intensa, após exposição ao desencadeante, também denominada de asma aguda asfíxica;
- asma corticosteroide-dependente;
- problemas mentais e fatores estressantes psicossociais da criança, do adolescente ou da família.

Abordagem Terapêutica

A abordagem terapêutica da asma deve ser centrada em três pontos: farmacoterapia, esclarecimentos ao paciente e sua família sobre a doença e o seu manejo e abordagem psicossocial da criança e sua família.

FARMACOTERAPIA

O objetivo primordial da farmacoterapia é controlar os sintomas e prevenir as exacerbações, com o mínimo de efeitos colaterais, de modo a melhorar a função pulmonar do paciente e sua qualidade de vida.

Os medicamentos para o tratamento da asma podem ser divididos em duas categorias:

1. **de alívio**, utilizados para alívio imediato dos sintomas (tosse, sibilância e falta de ar), representados pelos beta-2-agonistas de curta duração e anticolinérgicos.
2. **de manutenção e prevenção**, utilizados para tratar a causa da asma, ou seja, o processo inflamatório das vias aéreas, e assim prevenir o aparecimento dos sintomas. São os corticosteróides (por via oral e inalatória), as cromonas, os antileucotriênicos e teofilina em baixas doses (pelo efeito antiinflamatório). Os beta-2-agonistas de longa duração, que devem ser utilizados em associação com droga antiinflamatória, são considerados drogas de manutenção e não estão indicados nas crises. Os medicamentos de manutenção são utilizados de modo regular e por tempo prolongado, com exceção dos corticosteróides por via oral, que são utilizados por curto período (5 a 7 dias) para acelerar a recuperação nas crises moderadas e graves de asma.

FARMACOTERAPIA E GRAVIDADE DA ASMA - FORA DA CRISE

Na **asma intermitente**, as drogas de escolha para o tratamento das exacerbações são os beta-2 agonistas de curta duração, em aerossol ou em nebulização. Prescreve-se inalação até de 4 em 4 horas, conforme a necessidade da criança e orienta-se a família que os sintomas respiratórios (tosse e dispnéia) regridem em uma semana. Se isto não ocorrer, o paciente deve ser reavaliado. Se durante o tratamento da crise houver necessidade do uso da medicação broncodilatadora inalatória mais do que 6 vezes por dia, a criança deve ser reavaliada, pois se trata de crise moderada ou grave, e, neste momento, deve-se considerar a possibilidade da associação de corticosteroide por via oral por curto período (5 a 7 dias).

Na **asma intermitente**, orienta-se os pais a observar se o paciente apresenta exacerbações em algumas situações específicas, como durante a prática de exercício físico ou exposição a alguma substância em especial.

Não se recomenda o uso regular, com horário fixo, dos beta-2-agonistas de curta duração. Os familiares da criança asmática devem aprender a reconhecer os sintomas da asma e passar a utilizá-los quando há

necessidade de alívio dos sintomas. Os beta-2-agonistas de curta duração não são drogas adequadas para o tratamento de manutenção.

Na **asma persistente leve**, mantém-se o uso de broncodilatador de curta duração para alívio dos sintomas e introduz-se tratamento de manutenção com baixas doses de corticosteróide inalatório (CI), 200 a 400mcg/dia de beclometasona ou equivalente e reavalia-se o paciente em 4 semanas. Se houver controle do quadro obstrutivo, a dose do CI deve ser mantida por 3 a 6 meses. Quando o paciente estiver pelo menos 1 mês totalmente assintomático, reduz-se gradativamente a dose de CI, monitorando o aparecimento ou não de sintomas respiratórios, até a sua retirada.

Quando o controle não for obtido, deve-se considerar a utilização inadequada dos medicamentos prescritos e a existência de fatores precipitantes ou agravantes como exposição a alérgenos ou a agentes irritantes das vias aéreas, rinosinusite alérgica e/ou infecciosa, fatores psicossociais e outros. Tendo-se afastado a existência desses fatores, a dose de CI deve ser aumentada e a criança deve ser reclassificada quanto à gravidade da asma.

Outras opções de drogas antiinflamatórias na asma persistente leve são os antileucotrienos e o cromoglicato de sódio. Quando instituído, o cromoglicato deve ser mantido por período mínimo de seis a oito semanas, no esquema de 20mg/dose, quatro vezes ao dia, para que a resposta clínica seja avaliada adequadamente. Quando houver boa resposta, pode ser mantido por períodos variáveis de 6 a 12 meses, dependendo da gravidade do quadro inicial da asma, tentando-se reduzir a dose para duas vezes ao dia.

Quando houver associação de rinosinusite e/ou conjuntivite alérgicas, pode-se introduzir o cetotifeno (anti-histamínico de uso prolongado), cuja resposta terapêutica deve ser avaliada após um período de 6 a 8 semanas. Se a resposta for boa, pode ser utilizado por longos períodos, de 6 a 18 meses. Geralmente não deve ser utilizado em crianças abaixo de 36 meses de idade, pois nesta faixa etária ainda é muito difícil saber se existe componente atópico associado, a não ser nos casos de eczema atópico. Seu principal efeito colateral é a sedação, principalmente no início do tratamento, podendo também levar a hiperfagia com conseqüente ganho de peso.

Na **asma persistente moderada**, além de manter o uso de broncodilatador de curta duração para alívio dos sintomas, introduz-se o tratamento de manutenção com doses baixas ou médias de CI, isto é, 100 a 400 mcg e 500 a 800 mcg de beclometasona ou equivalente, respectivamente, associadas ao uso de beta-2-agonistas de longa duração, quando disponíveis (salmeterol ou formoterol, para crianças com idade superior a 5 anos).

Como alternativas tem-se as seguintes opções: CI em altas doses (900 a 1200 mcg de beclometasona ou equivalente) ou CI em altas doses associado a antileucotrienos ou teofilina de liberação lenta.

Na **asma persistente grave**, ao mesmo tempo em que a criança é encaminhada para serviço especializado, deve ser instituído tratamento como na asma persistente moderada e monitorar a resposta clínica até o paciente ser atendido pelo especialista.

AEROSOLTERAPIA

A via inalatória é a via de administração de drogas de escolha no tratamento da asma e de várias outras doenças respiratórias. Existem vários dispositivos disponíveis comercialmente para a aerosolterapia, que podem ser divididos em dois tipos principais: nebulizadores e inaladores.

A **técnica para uso dos nebulizadores** é simples: a máscara deve ser colocada diretamente na face da criança e o ideal é que ela respire pela boca, lenta e profundamente. A principal vantagem desta forma de aerosolterapia é que não necessita da cooperação do paciente, podendo ser utilizada em crianças de qualquer idade e em pacientes com crise grave, devido à dificuldade em se manter o esforço inalatório nessa situação. Sua principal desvantagem em relação aos inaladores dosimetrados é que sua eficácia é muito variável, uma vez que há grande desperdício de droga. O aparelho deve ser limpo periodicamente, para diminuir o risco de contaminação.

O termo inalação refere-se ao emprego de drogas dispersas em fase gasosa, contidas em frascos sob pressão (inaladores dosimetrados pressurizados-IDP ou "bombinha" ou "spray") ou drogas sob a forma de pó que deve ser aspirado (inaladores de pó seco-IPS). Os IDP, principalmente, quando acoplados a espaçadores, são mais eficazes que os nebulizadores tradicionais. A principal vantagem dos IDP é que, além de fornecerem doses precisas, são portáteis.

A **técnica de uso dos IDP** é muito importante e os pacientes devem ser treinados a executá-la corretamente, na seguinte seqüência:

- Retirar a tampa
- Agitar o aparelho;
- Colocar o aparelho a 3 - 4 cm da boca;
- Manter a boca aberta;
- Realizar expiração forçada;
- Disparar o jato após iniciar a inspiração que deve ser lenta e profunda;
- Realizar pausa pós-inspiratória durante 10 segundos;
- Quando for utilizar outra dose, aguardar um minuto e repetir os procedimentos descritos.

Nota-se que é fundamental que haja coordenação entre o disparo e o início da inspiração, sendo esta a sua principal desvantagem. As crianças menores, e até mesmo muitos adultos, podem ter dificuldade nesta coordenação. Crianças menores de 7 anos não realizam as manobras corretamente.

O uso de espaçadores, acoplados aos IDP, também elimina a necessidade desta coordenação. Portanto, seu uso é obrigatório na corticoterapia inalatória, por reduzir a deposição da droga na orofaringe e conseqüentemente diminuir os efeitos colaterais locais e sistêmicos (pela menor dose deglutida e absorvida). Os espaçadores possuem formatos e volumes diversos e podem apresentar máscaras faciais ou não.

Os espaçadores artesanais fabricados, por exemplo, com frascos de soro ou garrafas plásticas têm mostrado bons resultados clínicos e são utilizados como uma opção de tratamento para pacientes cujas famílias não têm condições de adquirir espaçadores.

A **técnica para o uso dos espaçadores** é a mesma empregada para os IDP, lembrando-se que não há necessidade de coordenação disparo-inspiração e que o bocal do espaçador deve ser colocado diretamente na boca. Quando for empregado espaçador com máscara, esta deve estar colocada diretamente na face, com a criança sentada ou no colo com a cabeça levantada. Após o disparo, deve-se aguardar o tempo necessário para que a criança realize 4 a 6 movimentos respiratórios seguidos, antes de retirar a máscara do rosto. Quando for necessária uma segunda dose, esta deve ser inalada separadamente, aguardando-se 1 minuto e agitando o aparelho antes de usá-lo novamente. Para crianças menores de 3 anos de idade, recomenda-se espaçadores com volume de 250 a 500 ml e para crianças maiores e adolescentes, de 500 a 1000 ml.

Os espaçadores devem ser lavados e colocados para secar naturalmente para diminuir a quantidade de cargas eletrostáticas em seu interior uma vez que elas retêm a droga, diminuindo a quantidade que chega para o paciente.

- Os IDP acoplados a espaçadores com máscara são a primeira opção e os nebulizadores são a segunda opção para lactentes e crianças maiores que não conseguem utilizar os IDP com espaçadores sem máscara no tratamento de crises graves;
- na corticoterapia por via inalatória o uso de espaçadores acoplados aos IDP é obrigatório. Lembrar da importância de orientar a família para realizar higiene oral dos lactentes e supervisionar os bochechos ou os gargarejos sem deglutição das crianças maiores após o uso da droga;
- é essencial conferir periodicamente como paciente está utilizando o aparelho.

FARMACOTERAPIA NA CRISE ASMÁTICA - NA UBS

Nas crises leve/moderadas, geralmente há boa resposta aos beta-2-agonistas inalados: fenoterol: 1 gota/3 kg (máximo de 10 gotas) em 4-5 ml de soro fisiológico. Reavaliar em 20 minutos e repetir inalações até 3 vezes, se necessário, com intervalos de 15 a 20 minutos. Se for necessária a 3ª inalação, associar ao beta-2-agonista, o ipratrópio.

Na asma, os anticolinérgicos (brometo de ipratrópio) têm uso limitado nas crises, pois são broncodilatadores menos potentes que os beta-2-agonistas e seu início de ação é mais tardio. Podem ser uma alternativa como broncodilatador para pacientes com efeitos adversos aos beta-2-agonistas.

Em relação à associação de anticolinérgicos aos beta-2-agonistas nas exacerbações da asma, observou-se que pode ocorrer efeito broncodilatador aditivo especialmente no tratamento inicial das crises graves de crianças, sendo que esse efeito aditivo não foi encontrado nas crises leves e moderadas. Assim, para a maioria dos pacientes, tal associação não é necessária.

Há indicação de corticosteróide sistêmico se a resposta à inaloterapia não for adequada. O uso de corticosteróides por via oral ou endovenosa tem efeito equivalente. Portanto pode-se utilizar a prednisona por via oral na dose de 1 a 2 mg/kg/dia, máximo de 40 mg/dia.

Pacientes com sinais clínicos de crise muito grave devem ser colocados em oxinoterapia, receber terbutalina 0,01ml/kg subcutâneo, 2 mg/kg IM de metil-prednisolona (máximo de 125 mg) e inalação com beta-2 agonistas e ipratrópio e serem transferidos para internação hospitalar.

FARMACOTERAPIA E SITUAÇÕES ESPECIAIS

Asma induzida por exercício - A participação de criança e adolescentes asmáticos nas atividades esportivas favorece o seu desenvolvimento psicossocial, na medida em que, facilitando a sua socialização, possibilita que o paciente fique mais confiante em si mesmo e, conseqüentemente, mais independente da família. Não é incomum, em nosso meio, encontrar-se crianças e adolescentes excluídos até da prática da educação física escolar por receio da AIE.

O tratamento preventivo da AIE possibilita aos asmáticos participarem de qualquer atividade física, sem sintomas. Deve-se informar ao paciente quais são os fatores desencadeantes da AIE (ambiente frio e seco) e que existem exercícios potencialmente mais asmagênicos do que outros.

A prevenção da AIE compreende as terapias farmacológica e não-farmacológica. A terapia preventiva farmacológica deve ser feita antes do início do exercício. Existem muitas drogas que podem apresentar esse efeito, mas devem ser individualizadas para cada paciente. As drogas mais utilizadas, 15 minutos antes dos exercícios, são os beta-2-agonistas de curta duração e o cromoglicato de sódio. Tanto os beta-2 agonistas por via inalatória (1 ou 2 pulverizações) como o cromoglicato (20 mg) protegem contra a AIE por 2 horas. Quando o cromoglicato é associado ao beta-2-agonista de curta duração o efeito protetor contra AIE é mais prolongado, até 4 horas.

Para aqueles que necessitam de efeito protetor da AIE mais prolongado (4 a 8 horas), os beta-2-agonistas de longa duração são uma boa opção. Devem ser inalados 30 minutos antes do início do exercício.

No entanto, na ausência das apresentações das drogas mencionadas, pode-se tentar utilizar os beta-2-agonistas, por via oral, uma hora antes do exercício físico, apesar de essa via de administração apresentar eficácia bem menor no controle da AIE quando comparada à via inalatória.

As seguintes medidas gerais não-farmacológicas apresentam efeito preventivo da AIE: evitar exercícios em climas frio e seco, incentivar a respiração nasal, realizar pequenas corridas com duração de 30 segundos, meia hora antes do exercício.

Asma noturna - A presença ou piora da asma à noite de modo persistente indica que a doença não está controlada, isto é, o processo inflamatório das vias aéreas está presente e se exacerba à noite. As doses de CI devem ser avaliadas e, por vezes, aumentadas. Se não houver melhora dos sintomas noturnos, deve-se considerar o uso concomitante de beta-2-agonistas de longa duração ou teofilina de liberação lenta, sendo que os primeiros apresentam eficácia superior e menos efeitos colaterais. O horário de administração das drogas pode interferir na eficácia do tratamento. Assim, para o uso da apresentação de teofilina de liberação lenta (a cada 12 horas), recomenda-se que 1/3 da dose diária seja fornecida pela manhã e 2/3 à noite (entre 18:00 e 19:00 horas), visando atingir maior nível sérico da droga no horário de maior redução da função pulmonar (ao redor das 3:00 horas). Para ajustar a dose de teofilina, nível sérico deve ser obtido pela manhã, ao acordar, quando deve estar em níveis terapêuticos.

Em relação ao uso de CI na asma noturna, há evidências de que quando eles são administrados à tarde (por volta das 15:00 horas) há melhora da asma noturna. Assim, recomenda-se que a dose de CI seja dividida em três vezes ao dia, com a maior parte administrada à tarde.

ORIENTAÇÕES

É evidente que o conhecimento sobre a doença e o seu manejo é componente importante na abordagem de qualquer portador de doença crônica. Conhecimento inadequado certamente está associado com aumento da morbidade. A dificuldade, em geral, não está na transmissão de conhecimentos, mas na mudança de comportamentos e na aderência ao tratamento.

A aderência ao tratamento não depende apenas das informações que o paciente adquire a respeito da doença e do seu manejo; muitos outros fatores estão envolvidos para que ela ocorra, sendo primordial o estabelecimento de bom vínculo profissional de saúde/paciente. Assim, o profissional deve considerar a individualidade de cada caso, pois são diferentes as experiências de vida e de vivência da doença, os medos e conceitos sobre a asma e os objetivos e expectativas com o tratamento. É preciso escutar e identificar as questões mais importantes e angustiantes para o paciente/família, de modo que estas sejam discutidas e esclarecidas, antes de partir para a transmissão de informações que o profissional julga mais importantes (Quadro 24). As orientações não devem ser reduzidas a aulas expositivas sobre a doença e uso dos medicamentos. Este princípio deve estar presente para todos os profissionais de saúde que participam da abordagem terapêutica do paciente asmático.

QUADRO 24 - Conteúdos que devem ser transmitidos ao paciente/família sobre a asma

- o que é a asma ;
- como identificar os fatores precipitantes;
- formas de reduzir ou eliminar a exposição aos fatores precipitantes;
- a diferença entre drogas de alívio e de controle;
- como usar os aerossóis;
- sinais e sintomas que indicam piora da asma e o que fazer quando eles estiverem presentes; e
- quando e como será feito o acompanhamento.

É preciso identificar se existem barreiras que dificultam a aderência ao tratamento como: negação do diagnóstico ou da gravidade da situação, conceitos equivocados sobre a natureza da doença, medo do estigma da doença e do uso de corticosteróides e/ou de aerossóis, entre outros. Muitas vezes, o paciente aceita bem o diagnóstico de asma, mas não as suas implicações como as alterações no ambiente físico, o uso regular de medicações e outros. Material educativo de reforço, quando disponível, pode auxiliar nessa abordagem. Quando muitas medicações são prescritas, deve-se, junto com o paciente, organizar os horários de administração das drogas.

Sobre a asma, é importante o paciente ter conhecimento principalmente dos três aspectos que caracterizam essa doença: obstrução temporária ao fluxo de ar o que leva à dificuldade respiratória, inflamação das vias aéreas e sensibilidade aumentada das vias aéreas a vários estímulos. O conhecimento sobre esses aspectos da asma vai servir de base para o paciente compreender a diferença na atuação das drogas de alívio e de manutenção, a necessidade de reconhecer e atuar na redução dos fatores precipitantes e o curso da doença. O paciente deve ser informado tanto sobre quais são os fatores precipitantes mais comuns como o que fazer para identificá-los. Uma das formas é orientar o paciente e sua família para, no momento da exacerbação da asma, recordar o que fez nas 24 horas que precederam o evento crítico.

MEDIDA DO PFE - TÉCNICA E INTERPRETAÇÃO

No consultório médico, no pronto-socorro e no domicílio, o uso do medidor de PFE pode ser de ajuda para monitorizar alguns pacientes com quadros de asma persistente leve/moderada. Os fatores limitantes para o seu uso domiciliar são o custo inicial para a aquisição do aparelho, a idade da criança e a disciplina necessária para a realização desse procedimento regularmente. Geralmente é utilizado para crianças com idade igual ou superior a 6 anos.

Técnica do uso do monitor do PFE**Deve-se ensinar o paciente a realizar a seguinte seqüência:**

1. Ficar em pé;
2. Verificar se o marcador está no ponto zero;
3. Segurar o aparelho de modo que o marcador possa se movimentar livremente;
4. Inspirar profundamente com a boca aberta;
5. Colocar a boca no bocal, fechando bem os lábios para que não haja escape do ar;
6. Expirar com força e o mais rápido que puder;
7. Verificar a medida;
8. Repetir os mesmos procedimentos dos itens 1 a 7, por mais 2 vezes; e
9. Anotar a maior medida das 3.

Para a interpretação dos resultados encontrados com o monitor de PFE é preciso ter um valor de referência. Num primeiro momento, pode-se utilizar os valores previstos para a população normal (Tabela 2). Entretanto, como os valores encontrados para muitos pacientes são consistentemente mais altos ou mais baixos que os valores previstos para a população normal, recomenda-se utilizar o valor previsto até ser definido o melhor valor do PFE do paciente, por medidas repetidas feitas no consultório ou no domicílio, antes e após o uso de broncodilatador.

TABELA 2 - Valores de pico de fluxo expiratório máximo (PFE) previsto para a população de crianças e adolescentes normais por estatura

ESTATURA (cm)	VALOR (l/min.)	ESTATURA (cm)	VALOR (l/min.)
109	145	142	328
112	169	145	344
114	180	147	355
117	196	150	370
119	207	152	381
122	222	155	397
124	233	157	407
127	249	160	423
130	265	163	439
135	291	165	450
137	302	168	466
140	318	170	476

Fonte: Godfrey, S. Et al. Br.J.Dis.Chest, 64:14, 1970, citado no II Consenso Brasileiro de Asma

Existe correspondência entre o PFE e os sintomas da asma:

- no paciente que está bem, sendo capaz de realizar as atividades diárias e sem interrupção do sono por sintomas de asma, o PFE geralmente é superior a 80% do MVP;
- quando o PFE encontra-se entre 60 e 80% do MVP indica a presença de asma persistente moderada não controlada e costumam estar presentes os seguintes sintomas: fadiga fácil; tosse seca e persistente, geralmente à noite; chiado no peito com necessidade do uso de broncodilatador mais de 1 vez por semana.
- valores de PFE <60% indicam asma persistente grave não controlada, com crises leves ou moderadas.

Identificação dos sinais e sintomas que indicam piora da asma e condutas no domicílio -

Os dados clínicos mais importantes para a monitorização do tratamento são a presença de distúrbio do sono e/ou de tosse e chiado matinal e a frequência da necessidade de beta-2-agonistas de curta duração. Para a grande maioria das crianças e adolescentes, a resposta a essas questões permite monitorar acuradamente a eficácia do tratamento.

Ao longo do acompanhamento, o paciente e sua família devem aprender a identificar os sinais de alerta da crise de asma, que raramente aparecem de repente. Habitualmente surgem alguns sinais e sintomas que permitem identificá-la precocemente e instituir o tratamento de modo a evitar crise grave. Os sinais de alerta não são os mesmos para todos os pacientes asmáticos (Quadro 25).

QUADRO 25 - Sinais e sintomas de alerta mais comuns da crise de asma

- Tosse persistente, principalmente à noite.
- Cansaço fácil.
- Sensação de aperto no peito ou de peito fechado.
- Respiração mais rápida que a habitual.
- Sensação de falta de ar a pequenos esforços.
- Sono interrompido por tosse ou chiado.
- Uso mais freqüente que o usual de broncodilatador.
- Alívio obtido com o broncodilatador é menor que o habitual.
- Queda nas leituras do PFE.

É importante que o paciente e sua família estejam orientados em relação à identificação dos sintomas da crise asmática e às condutas no momento em que estas ocorrerem. A seguir, é apresentada uma proposta de conduta domiciliar na presença de crise asmática, de acordo com a gravidade do quadro:

- Conduta na crise leve e moderada:
 - caracterização do quadro clínico: presença de chiado, tosse, falta de ar leve, pequena retração intercostal, mas consegue andar e falar frases completas; os lactentes conseguem se alimentar (PFE entre 50 e 70% do MVP). Nível de consciência normal.
 - 1. Utilizar broncodilatador inalatório.
 - 2. Após 20 minutos, caso os sintomas tenham melhorado pouco (ou o PFE permanecer < 90%), repetir o broncodilatador inalatório. Após 20 minutos, pode-se repetir a medicação, se necessário.
 - 3. Após as 3 doses de broncodilatador: houve grande melhora da sintomatologia (ou o PFE voltou ao normal), deve continuar a utilizar broncodilatador a cada 4 a 6 horas, conforme necessário; houve pequena melhora da sintomatologia (ou o PFE continua < 90%), o paciente deve procurar atendimento médico.

- **Conduta na crise grave:**
 - caracterização do quadro clínico: falta de ar intensa, o paciente assume a posição sentada, reclinada para frente e com os ombros anteriorizados, fala frases incompletas (ou PFE entre 30 e 50% do MVP). Nível de consciência: normal ou excitado. Iniciar uso de broncodilatador inalatório e procurar o pronto-socorro.
- **Conduta na crise muito grave:**
 - caracterização do quadro clínico: fala apenas palavras, dispnéia intensa, presença de cianose (lábios e/ou unhas roxas) e/ou alteração de consciência (confusão mental, sonolência ou perda de consciência) ou PFE < 30 do MVP. Deve-se orientar a família para levar o paciente imediatamente ao pronto-socorro. No caminho, utilizar o broncodilatador aerossol com espaçador e máscara.

MEDIDAS PARA ELIMINAÇÃO OU REDUÇÃO DOS FATORES PRECIPITANTES E/OU AGRAVANTES

- **Antiinfeciosas e outras** - Como as infecções virais são fatores precipitantes de alta prevalência na infância, algumas medidas podem ser orientadas no sentido de reduzir a exposição aos vírus como evitar aglomerações, principalmente em ambientes fechados, e contato do paciente com **fumaça de cigarro**, por favorecer a instalação de infecções respiratórias.

Em relação à imunização ativa, deve-se verificar se as vacinas do calendário básico estão completas, com especial atenção para a vacina anti-hemófilos em crianças até 5 anos de idade. Além disso, recomenda-se imunização anti-pneumocócica e contra influenza para os pacientes com asma persistente moderada e grave.

Deve-se evitar o uso de AAS e os outros AINH nos pacientes asmáticos, orientando-se o uso de outros analgésicos como paracetamol. Quando for necessária a utilização dessas drogas, o acompanhamento do paciente deve ser monitorizado no sentido de verificar se a introdução dessas drogas vai alterar ou não o curso da doença, identificando, assim, se ele é sensível ou não a esses medicamentos.

- **Medidas de controle ambiental** - para reduzir a exposição do paciente aos fatores alergênicos e irritantes - são fundamentais no tratamento da asma. As orientações devem ser fundamentadas em um planejamento individualizado, no qual devem ser considerados: gravidade do quadro, identificação dos alérgenos, condições socioeconômicas e interferência dessas orientações nos valores afetivos e culturais da criança e família. As alterações quanto aos hábitos de higiene e à estrutura da casa devem ser elaboradas em parceria com a família, para que haja viabilidade na sua execução.

Como a maioria dos casos manifesta-se com quadros de asma intermitente e persistente leve e moderada, o enfoque inicial das medidas de controle ambiental deve se concentrar no quarto da criança (onde ela permanece de 1/3 do dia ou mais) ou nos cômodos onde permaneça maior tempo. Posteriormente, dependendo da evolução, estas medidas podem se estender para outros cômodos da casa e mesmo para outros lugares que a criança/adolescente frequenta.

Os **agentes irritantes** das vias aéreas como odores de tinta, perfumes, produtos químicos e vários produtos em "spray" utilizados tanto na limpeza da casa como inseticida devem ser evitados. Deve-se evitar, de modo especial, o contato com fumaça de cigarro.

Os **ácaros** predominam em lugares úmidos, escuros e naqueles que acumulam pó, como colchões, travesseiros, carpetes, roupas, bichos de pelúcia, cortinas e outros. Assim, uma das medidas mais importantes é o revestimento de colchões e travesseiros com capas impermeáveis. Existem capas feitas de tecido que são impermeáveis aos ácaros, mas permeáveis à transpiração e que são mais confortáveis do que as de plástico. Essas capas devem ser lavadas a cada 2 semanas. O carpete deve ser retirado, principalmente do quarto do paciente asmático, substituindo-o por um piso lavável. O uso de aspirador de pó comum aumenta significativamente a presença dos alérgenos dos ácaros em suspensão no ar e não é suficiente para reduzir os reservatórios de ácaros dos carpetes e estofados. Tem-se sugerido o uso de aparelhos com filtros HEPA ("high efficiency particulate air") que evitaria a dispersão dos alérgenos no ar. No entanto, como são aparelhos importados, o alto custo inviabiliza o seu uso. A limpeza a vapor pode reduzir os níveis de alérgenos nos carpetes, mas, no entanto, como o vapor não atinge as camadas mais profundas, a duração desse tipo de limpeza é muito curta. A limpeza da casa deve ser feita com pano úmido, ao invés de varrer o chão e espanar os móveis. O número de móveis deve ser o menor possível, evitando-se estantes e objetos empilhados que acumulem pó. As corti-

nas, quando indispensáveis, devem ser lavadas mensalmente, dando-se preferência ao uso de persianas. O calor e a luz têm atividade acaricida: exposição de colchões, travesseiros e carpetes à luz forte do sol por 3 horas determina a morte dos ácaros. No entanto, os ácaros mortos também são alergênicos e devem ser retirados por aspiração. O uso de produtos químicos com poder acaricida tem demonstrado pouca eficiência no controle dos ácaros, principalmente devido à sua baixa capacidade de penetrar nos tecidos e estofados. O uso de vários aparelhos, com filtros de ar e ionizadores, também não tem mostrado eficiência na melhora dos sintomas dos asmáticos alérgicos aos ácaros.

Como a sensibilidade dos asmáticos às **baratas** é alta em nosso meio, deve-se fazer algumas recomendações no sentido de controlar a sua proliferação como ter o cuidado de acondicionar adequadamente os alimentos e manter as lixeiras e os ralos fechados. A detetização periódica do domicílio, quando possível, pode ser eficaz nesse controle, lembrando-se que o paciente asmático deve permanecer fora de casa por alguns dias, devido à ação irritante dos produtos utilizados.

Em relação aos **animais domésticos**, com pêlos ou de penas, orienta-se que estes sejam colocados fora da casa, para que as descamações da pele, a saliva e os pêlos deixem de constituir parte da poeira doméstica. Vale ressaltar para os familiares que as crianças com alergia confirmada a esses fatores alergênicos podem não ter melhora imediata dos sintomas após a saída do animal do ambiente intradomiciliar, pois estes alérgenos podem permanecer na casa por vários meses, mesmo quando se faz limpeza cuidadosa.

O mofo e fungos são evitados mantendo-se boas condições de ventilação e de insolação. Detectando-se mofo nas paredes, deve-se tentar remover a causa (infiltração da umidade) e, se não for possível, orienta-se a aplicação de ácido fênico a 5% ou de hipoclorito de sódio a 0,5% com bomba de pulverização nova. Os xaxins de plantas geralmente encontram-se recobertos por fungo e, portanto, devem ficar na área externa do domicílio. Em ambientes muito úmidos pode-se colocar vasilha com sal grosso e trocá-la sempre que o sal ficar úmido. O uso de vaporizadores (umidificadores) no quarto não deve ser estimulado, mas quando utilizados, especialmente em climas secos, ventilação e insolação adequadas do cômodo devem ser garantidas durante o dia, a fim de dissipar a umidade que favorece o crescimento de fungos e ácaros. Além disso, os vaporizadores devem ser limpos diariamente, pois podem abrigar e disseminar esporos de fungos. Uma opção para umidificar ambientes secos é colocar bacia com água no local.

Abordagem psicossocial - A asma é uma doença crônica, cujos períodos de crise e mesmo a expectativa de crises geram emoções muito intensas na família e no paciente, que significam, em última instância, o medo da morte. Em vista disso, é importante que os pais estejam adequadamente orientados no manejo medicamentoso da crise e encontrem apoio do profissional de saúde nos períodos de exacerbação.

O paciente asmático geralmente torna-se o alvo das atenções da família que, na tentativa de evitar novas crises, mantém a criança e o adolescente sob vigilância constante, impedindo-os, muitas vezes, de participar das atividades normais para a idade. Nessa situação, muitas vezes, encontra-se crianças infantilizadas, com grande dependência dos pais.

A solicitação de mudanças dos hábitos de vida, os gastos com medicações e os períodos de internação podem interferir de maneira significativa na dinâmica familiar. O profissional de saúde deve ter a postura de escutar o que a família e o paciente têm a dizer sobre estes problemas e outros que surjam durante o seguimento ambulatorial. Deve-se estar atento para o comportamento diante da doença: alguns pacientes, altamente ansiosos, podem fazer uso abusivo de broncodilatadores e de outras drogas diante do surgimento de qualquer sintoma respiratório e as crises leves podem desencadear ataque de ansiedade, hiperventilação e pânico. É sempre importante estar atento aos medos relacionados com o uso de drogas antiasmáticas como corticosteróides e aerossóis.

Encaminhamento para Especialistas

Recomenda-se que sejam encaminhados para os serviços especializados:

- portadores de fatores de risco para episódio letal de asma;
- pacientes com asma persistente grave;
- adolescentes que apresentem piora da asma durante a gravidez;
- aqueles com co-morbidade como cardiopatia, refluxo gastroesofágico persistente e grave, rinosinusite crônica, pólipos nasais, entre outras.

Apêndice

MEDICAMENTOS ESSENCIAIS USADOS NO TRATAMENTO DA ASMA (fornece-se a seguir a relação dos medicamentos e apresentações disponíveis na REMUME – Relação Municipal de Medicamentos)

BRONCODILATADORES

● BETA-2-AGONISTAS DE CURTA DURAÇÃO

Fenoterol

Dose: via oral – 0,2mg/kg/dose, 3 a 4 vezes ao dia.
inalação – 1 gota/3kg de peso (máximo: 10 gotas), 4 vezes ao dia.

Apresentação:
Solução para inalação: 5mg/ml = 20 gotas

Salbutamol

Dose: via oral - 0,10 a 0,15mg/kg de peso/dose, 3 a 4 vezes ao dia
(Máximo: 4mg/dose)
Spray – 100mcg/dose, 3 a 4 vezes ao dia.

Apresentação:
Solução oral: 2mg/5ml
Spray: 1 dose = 100 mcg

Terbutalina

Dose: via oral - 0,075mg/kg de peso/dose, 3 a 4 vezes ao dia
nebulização - 1 gota/5kg de peso (máximo: 8 gotas), 4 vezes ao dia
Apresentação:
Terbutalina ampolas = 2ml; 0,5mg/ml (pode ser usado para nebulização)

● METILXANTINAS

Aminofilina

Dose: 5 a 7mg/kg de peso/dose, 4 vezes ao dia, máximo de 100 mg/dose.

Apresentação:
Comprimido=100mg

Teofilina

Dose: absorção rápida: iniciar com 10 mg/kg/dia, divididos em 4 vezes.
liberação prolongada: 10mg/kg /dia, 2 vezes ao dia
máxima: 16/mg/kg/dia até 600 mg/dia

Apresentação:
Teofilina 6,67mg/ml solução oral
Teofilina 100mg de liberação prolongada

● BETA-2-AGONISTAS DE LONGA DURAÇÃO

Salmeterol spray 25 microgramas
Uso inalatório
Dose: Adultos e Crianças >4 anos de idade: 50mcg, 2 vezes ao dia, máximo de 100mcg, 2 vezes ao dia.

- **ANTICOLINÉRGICOS**

Brometo de Ipratrópio

Dose: nebulização

- crianças maiores de 5 anos de idade: 0,125 a 0,250mg/dose, 4 vezes ao dia

- crianças menores de 5 anos de idade: 0,05 a 0,125mg/dose, 4 vezes ao dia

Apresentação:

Solução para nebulização a 0,025%: 4 gotas = 0,05mg

- **ANTIINFLAMATÓRIOS**

- **ANTIINFLAMATÓRIOS HORMONAIS PARA USO INALATÓRIO**

Beclometasona, dipropionato

Dose - 400 a 1.200 mcg/dia em 3 a 4 vezes

Apresentação:

Spray solução oral de 50 mcg e de 250 mcg

Fluticasona

Dose: para crianças maiores de 4 anos de idade: 50 a 100mcg, 2 vezes ao dia

Budesonida

Dose do pó para inalação: para crianças maiores de seis anos,

200 a 800 mcg/dia divididos em 2 a 4 vezes

Dose da suspensão para nebulização: 0,25 a 0,5 mg, 2 vezes ao dia

Suspensão para nebulização com 0,25mg/ml e 0,5 mg/ml

- **ANTIINFLAMATÓRIOS HORMONAIS PARA USO ORAL**

Prednisona

Dose-0,5 a 2,0mg/kg de peso/dia, dose única matinal

Apresentação:

Comprimidos com 5 e 20mg

Prednisolona

Dose-0,5 a 2,0mg/kg de peso/dia, dose única matinal

Apresentação:

Solução oral com 3mg/ml

- **ANTI-INFLAMATÓRIOS NÃO-HORMONAIS**

CROMONAS-USO INALATÓRIO**Cromoglicato de sódio**

Dose - 10 a 20mg, 4 vezes ao dia

Apresentação:

Cromoglicato de sódio aerosol spray oral de 5 mg/dose

- **ANTI-HISTAMÍNICOS**

Cetotifeno

Dose: - Crianças com peso inferior a 15kg: 0,5mg/dose, 2 vezes ao dia

- Adultos e crianças com peso superior a 15kg: 1mg/dose, 2 vezes ao dia

Apresentação: Cetotifeno 0,2mg/ml xarope

Anemia

MARIA LÚCIA M. BOURROUL

O Ministério da Saúde do Brasil reconhece a anemia como o problema nutricional de maior magnitude do país, afetando cerca de 50% da população menor de 2 anos e 35 % das gestantes.

No Município de São Paulo, Monteiro e cols. encontraram em 1995 uma prevalência de anemia de 46,9% na população de zero a 59 meses de idade, com predominância nos lactentes de 6 a 24 meses e comprometendo todos os estratos sociais.

A ocorrência endêmica da anemia na infância decorre da desproporção entre a necessidade de consumo de alimentos ricos em ferro, principalmente nas faixas etárias de maior velocidade de crescimento e a real disponibilidade desses alimentos para uma parcela significativamente grande da população mundial. Outros fatores também podem determinar o aparecimento da anemia como doenças genéticas, processos inflamatórios crônicos, infecções, neoplasias e deficiência de diversos nutrientes.

Abordagem da criança com suspeita de anemia

Considerando que no nosso meio a probabilidade de um lactente ou pré-escolar apresentar anemia é de aproximadamente 50%, o atendimento da criança, nessas faixas etárias, deve incluir essa possibilidade diagnóstica, mesmo que aparentemente não existam queixas específicas.

Anamnese

O diagnóstico da anemia é laboratorial, definido pela taxa de hemoglobina no hemograma, mas os dados da história e o exame físico são fundamentais para a elaborar as hipóteses diagnósticas etiológicas e direcionar a conduta terapêutica. A anamnese permite à equipe de saúde identificar precocemente as situações de risco para o desenvolvimento da anemia, de modo a buscar soluções com a família para impedir sua instalação.

As queixas são inespecíficas como fraqueza, diminuição do apetite, alterações do humor e distúrbios do sono. História de episódios de icterícia pode sugerir hemólise, geralmente secundária às doenças hemolíticas constitucionais, podendo ocorrer também na deficiência de ácido fólico e de vitamina B12.

Consideram-se fatores de risco para a ferropenia do lactente as seguintes situações: prematuridade, baixo peso ao nascer, gemelaridade, sangramento perinatal. Em relação à alimentação: desmame precoce, aleitamento artificial sem reposição de ferro, excesso de oferta de leite, em substituição às refeições de sal, atraso na introdução e inadequação na composição das refeições de sal (ausência de ferro heme, presente nas carnes, falta de facilitadores da absorção de ferro e excesso de fatores inibidores) e vegetarianismo.

O aleitamento exclusivo com leite de cabra, pobre em ácido fólico, a baixa oferta de vegetais e a cocção excessiva das frutas e hortaliças aumentam o risco de carência de folatos.

A deficiência de vitamina B12 pode ocorrer nos lactentes, em aleitamento exclusivo, filhos de mães vegetarianas estritas que consomem dietas com exclusão de carnes, leite e ovos e nas crianças com dieta vegetariana.

A perversão alimentar ("pica") como geofagia, compulsão em comer sabão, espuma, cabelo aponta para a possibilidade de ferropenia e anemia. Nessa situação, acresce-se o risco de infecções parasitárias intestinais, algumas como a tricocefalíase e a ancilostomíase, responsáveis por perda crônica de sangue nas fezes.

Afecções crônicas ou recorrentes do trato digestivo, como vômitos, regurgitações, diarreia ou úlcera péptica, devem ser valorizadas porque podem induzir tanto a diminuição do aporte de nutrientes como a perda de sangue oculto.

Os prematuros e os indivíduos com anemia hemolítica apresentam maior demanda de ácido fólico, sendo predispostos a desenvolver anemia por carência desse nutriente.

Em relação ao uso de medicamentos vale comentar que:

- O consumo de corticosteróides, ácido acetilssalicílico e outros antiinflamatórios não-hormonais pode causar perda sanguínea.
- Anti-ácidos e drogas bloqueadoras da secreção de suco gástrico podem inibir a absorção de ferro e de vitamina B12.
- Metotrexate, trimetoprima, sulfassalazina e pirimetamina são drogas antifolínicas, pois inibem a transformação do ácido fólico para sua forma ativa.
- Anti-convulsivantes podem determinar carência de folatos, por mecanismo ainda não conhecido.

Agentes químicos usados na lavoura justificam o aparecimento de aplasia medular. A intoxicação crônica com material que contenha chumbo, presente nas tintas, em ligas de metais que revestem painéis e em material poluente eliminado pelas fábricas de pilhas e bateria, pode interromper a síntese da hemoglobina (o chumbo inviabiliza a ligação da molécula de ferro ao grupo heme).

EXAME FÍSICO

Deve ser completo para avaliar se existem doenças sistêmicas ou localizadas que possam ser a causa da anemia. A presença de palidez não é um pré-requisito para se suspeitar de anemia, pois vários fatores podem alterar a coloração cutâneo-mucosa, por vasodilatação (calor, exercício físico, febre) ou vasoconstrição (frio, stress).

As medidas de peso e altura, cor e textura da pele e dos cabelos, aspecto das unhas são importantes para avaliar se existe desnutrição energético protéica (DEP) e/ou sinais de anemia carencial. A presença de petéquias e púrpura levanta a suspeita de plaquetopenia que pode ocorrer na deficiência de ácido fólico e de vitamina B12, no seqüestro esplênico ou nos acometimentos medulares. Icterícia pode indicar doenças hemolíticas, mas também pode ocorrer na deficiência de ácido fólico e de vitamina B12. Edema de extremidades, não doloroso, pode aparecer na DEP grave e edema doloroso, secundário à venoclusão, nos caso de anemia falciforme.

Glossite, associada à anemia, pode sugerir ferropenia, deficiência de ácido fólico e de vitamina B12. A avaliação cardiovascular é importante porque o tempo de duração da anemia e a velocidade e intensidade da queda dos índices hematimétricos podem determinar alterações da frequência cardíaca, da pressão arterial, ao aparecimento de sopro cardíaco e até a sinais de insuficiência cardíaca grave. No exame do abdome deve-se avaliar com cuidado a presença de hepato e/ou esplenomegalia, que pode representar apenas a resposta reticuloendotelial à presença de anemia (geralmente aumento de pequenas proporções), ou indicar doenças hemolíticas como a esplenomegalia da esferocitose ou mesmo a presença de leucose. No exame neurológico, a ocorrência de parestesia simétrica e persistente, diminuição da força muscular ou ataxia espástica sugerem especificamente carência de vitamina B12.

EXAMES LABORATORIAIS

O diagnóstico da anemia é confirmado pelo hemograma completo, quando a contagem de eritrócitos for inferior a 3,9 milhões/ml, o hematócrito menor que 33% e a quantidade de hemoglobina for <11 g/dl, em crianças de 6 meses a 5 anos; <11,5 g/dl, na faixa etária de 6 a 9 anos e <12g/dl e 12,5g/dl, em adolescentes do sexo feminino e masculino, respectivamente.

O volume corpuscular médio (VCM) permite classificar didaticamente as causas da anemia em microcítica, quando o VCM <75 micra³ e macrocítica, quando o VCM > 100 micra³.

Varição do Volume eritrocitário - RDW - O valor normal do RDW no eritrograma está entre 11,5 a 14,5 %. Na anemia ferropriva, o RDW está aumentado devido à ampla variação do volume das hemácias, enquanto nas síndromes talassêmicas o RDW é normal, pois as hemácias apresentam tamanho uniforme.

A taxa de reticulócitos reflete a velocidade com que a medula está liberando esses eritrócitos jovens para a circulação periférica. Valores maiores do que 7% nos recém-nascidos e maiores que 2% para as demais faixas etárias refletem aumento da eritropoiese, que costuma ocorrer nas anemias hemolíticas, nos quadros de sangramento agudo e no início do tratamento de reposição de nutrientes, nas anemias carenciais. Taxas de reticulócitos menores de 0,5% são registradas nas anemias carenciais.

A dosagem de ferro sérico e ferritina só se justifica nos casos onde a resposta à terapêutica com ferro e dieta adequada não é eficaz.

Abordagem da criança com anemia microcítica

TRATAMENTO

Os autores consideram válido iniciar o tratamento com reposição de ferro nos lactentes e pré-escolares que apresentam história de risco para ferropenia, associada ao encontro de anemia, microcitose, aumento do RDW e número baixo de reticulócitos no hemograma.

O tratamento é feito por meio da reposição de ferro por via oral, tanto pela reorientação alimentar, como pela prescrição de medicamentos. A criança deve ser acompanhada com retornos periódicos e a época de reavaliação dos índices hematimétricos depende da gravidade da anemia. Geralmente o retorno mensal pode identificar a adesão ao tratamento e às orientações da dieta e um novo eritrograma pode ser indicado após 2 meses de tratamento.

Na ausência de resposta, a principal suspeita é a falta de adesão, devendo o tratamento ser reorientado. A persistência da anemia e da microcitose, em criança adequadamente tratada, sugere a necessidade de se ampliar a abordagem diagnóstica, no sentido de confirmar ou afastar laboratorialmente a condição de ferropenia. Assim, se o RDW for normal, pode ser realizada a eletroforese de hemoglobina, para pesquisar talassemia menor, condição na qual a maioria dos pacientes (90%) apresenta aumento na porcentagem de HbA₂, variando de 3,4 a 8 % e HbF normal ou minimamente aumentada. O diagnóstico de traço alfa-talassêmico pode ser presumido quando a microcitose se mantém resistente à terapia de reposição do ferro e, simultaneamente ocorre mais de um indivíduo na mesma família com microcitose e eletroforese de hemoglobina normal. Nessa situação não há necessidade de seguimento especializado, bastando orientar a família que a microcitose será mantida e que a reposição de ferro só deve ser indicada se for constatada ferropenia, laboratorialmente. A criança com anemia microcítica persistente deve ser encaminhada para um serviço de referência nas seguintes situações:

- 1- Se o RDW e a eletroforese de hemoglobina forem normais;
- 2- Se a eletroforese de Hb estiver alterada, mas não for sugestiva de talassemia menor;
- 3- Quando o RDW for elevado, sugerindo ferropenia, a eletroforese de Hb for normal e o profissional tiver certeza da adesão ao tratamento.

Nessas condições, outras possibilidades etiológicas devem ser investigadas como intoxicação por chumbo, outras síndromes talassêmicas, perdas sanguíneas ocultas ou processos inflamatórios crônicos.

TRATAMENTO DA ANEMIA FERROPRIVA

A dose terapêutica de ferro elementar preconizada é de 4 a 6 mg/kg/dia, até no máximo 200mg/dia. A dose diária é dividida em 2 a 3 tomadas, visando diminuir a irritação gástrica, feita 30 minutos antes das refeições, momento em que a acidez gástrica facilita a absorção de ferro. O uso concomitante de suco cítrico e carboidratos também aumenta a absorção de ferro. Para refazer o estoque de ferro, mantém-se a reposição por mais 2 meses após a normalização dos níveis de hemoglobina e do VCM. Trata-se de um tratamento a médio prazo, por vários meses e o vínculo médico-paciente é fator importante na adesão. Os compostos de ferro têm sabor desagradável e os efeitos colaterais mais frequentes são náuseas, vômitos e alterações do hábito intestinal, como constipação ou diarreia. Reações menos graves, como o escurecimento transitório dos dentes, podem ser evitadas orientando-se a limpeza dos dentes após o uso do medicamento. Alterações da consistência e cor das fezes podem surgir e devem ser esclarecidas no início do tratamento, pois dificultam a adesão embora, em geral, não coloquem em risco o estado de hidratação da criança. Existem vários compostos que contêm ferro (Quadro 26), mas o sulfato ferroso é a melhor opção, por seu baixo custo e melhor absorção. A substituição do composto de ferro está indicada para

as crianças que apresentam intolerância ou má aceitação do sulfato ferroso. Antes de se substituir o composto de ferro, pode-se tentar reduzir a dose (os efeitos colaterais são dose-dependentes), pois o custo das outras medicações, geralmente não disponíveis nos serviços, é alto e pode inviabilizar o tratamento correto. O acesso à medicação é fundamental para não haver interrupção do tratamento.

QUADRO 26 - Compostos de ferro

Sal de ferro	Concentração de ferro elementar(%)
Sulfato ferroso	20
Hidróxido de ferro polimaltoso	30
Citrato de ferro amoniacal	16,5
Gluconato ferroso	12
Citrato de cálcio ferroso	5

A reorientação da dieta deve obedecer às necessidades específicas de cada caso, respeitar os hábitos alimentares da família e se ajustar aos recursos disponíveis. Além de reforçar a oferta de carne, nas refeições de sal, mesmo que em pequenas quantidades, deve-se estimular o consumo de outros alimentos que facilitam a absorção de ferro não-heme como frutas cítricas e carboidratos, e evitar os inibidores como chá, leite, excesso de verduras e de cereais.

Nas áreas de alta prevalência de enteroparasitoses, como a ancilostomíase e a tricocefaliase, está indicado o uso de drogas antiparasitárias, para diminuir o risco de sangramento oculto. Nas crianças maiores de 1 ano, independentemente da realização do protoparasitológico, usa-se o mebendazol e nas maiores de 2 anos, o albendazol pode ser uma boa opção terapêutica.

Abordagem da criança com anemia normocítica

As principais causas de anemia normocítica em crianças são processos infecciosos / inflamatórios crônicos, hemoglobinopatias, anemias hemolíticas, falência medular e deficiência de vitamina B12 e de ácido fólico. Nesses casos, a história, o exame físico e o acompanhamento são fundamentais para indicar as prioridades da investigação diagnóstica e os encaminhamentos.

É importante lembrar que os lactentes nascidos a termo e com peso adequado para a idade gestacional apresentam "anemia fisiológica" entre a 7ª e a 12ª semanas de vida, com redução da taxa de hemoglobina a valores menores que 9 g/dl. Essa fase de transição, relacionada à substituição da hemoglobina fetal pelas hemoglobinas A1 e A2, é auto-limitada e de resolução espontânea.

Se a criança tem anemia leve, sem outras alterações, recomenda-se repetir o eritrograma após aproximadamente um mês. A persistência da anemia indica a necessidade de encaminhamento do caso, enquanto a melhora dos índices hematimétricos confirma a possibilidade de anemia pregressa, provavelmente secundária a algum processo infeccioso/inflamatório transitório.

Abordagem da criança com anemia macrocítica

A constatação de macrocitose no eritrograma está associada a várias causas, que podem ser agrupadas em três situações:

- Falência medular;
- Diminuição da produção de eritropoetina;
- Alteração do processo de maturação nuclear.

Essas situações clínicas são bem mais raras que a ferropenia e, de modo geral, estão associadas a doenças mais graves, determinando a necessidade de encaminhamento do caso.

Sinais de alerta para encaminhamento da criança com anemia para o especialista

Consideram-se sinais de alerta, as alterações que não se limitam apenas ao eritrograma, acometendo também o leucograma e a contagem do número de plaquetas, como: leucopenia, linfocitose ou plaquetopenia intensas, atipia linfocitária, grandes desvios à esquerda (aumento de bastonetes), presença de blastos. Nessas situações, o caso deve ser encaminhado para um serviço de referência, para aprofundar a investigação diagnóstica.

A persistência da anemia microcítica, em crianças devidamente tratadas, sugere a necessidade de se ampliar a investigação para confirmar ou afastar, laboratorialmente, a condição de ferropenia. Quando a ferropenia é confirmada, o tratamento deve ser retomado, considerando-se a possibilidade de falha terapêutica ou de haver outra etiologia associada, como deficiências nutricionais mistas, processos inflamatórios crônicos, perdas sanguíneas ocultas e até mesmo outra afecção específica do eritrócito. Se a ferropenia for afastada, a investigação deve excluir as outras causas de microcitose como algumas síndromes talassêmicas, processos inflamatórios crônicos e intoxicação por chumbo.

A eletroforese de hemoglobina deve ser feita, como conduta inicial, quando houver anemia microcítica, com RDW normal, pois essa condição afasta ferropenia e sugere talassemia. Também é indicada nas pessoas com história, exame físico e antecedentes familiares sugestivos de hemoglobinopatias e que apresentam no hemograma anemia normocítica e reticulocitose ou alterações morfológicas no esfregaço de sangue periférico (células falcizadas, em alvo, eliptócitos, estomatócitos e acentuação de pontilhado basofílico).

A suspeita de síndrome hemolítica- hemoglobinopatia, deficiência de enzimas eritrocitárias, doenças de membrana- deve ser feita em lactentes com história de hemólise recorrente ou icterícia prolongada, sem incompatibilidade sanguínea materno-fetal. Essa situação indica a referência do caso para o especialista, para efetivação do diagnóstico diferencial.

A transfusão de glóbulos vermelhos deve ser reservada para os casos nos quais os níveis de hemoglobina são muito baixos, levando a repercussões importantes como insuficiência cardíaca e/ou respiratória.

Profilaxia das anemias carenciais

As medidas básicas recomendadas pela OMS para a prevenção da ferropenia são: moradia com água tratada e saneamento básico, vacinação completa, garantia de acesso aos serviços de saúde, renda familiar que garanta oferta de dieta adequada, vínculos familiares e institucionais saudáveis.

Especificamente com relação à alimentação, devem ser garantidos:

- Aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida;
- Reposição de ferro para os lactentes prematuros e PIG, a partir do 2º mês de vida, 2 mg de ferro elementar/kg/dia;
- Reposição de ferro para os lactentes em aleitamento artificial, com leite não enriquecido com ferro, 1 a 2 mg/kg/dia, no mínimo durante os 6 primeiros meses de vida;
- Reposição de ferro, 2 mg/kg/dia, nos lactentes e pré-escolares que consomem dietas inadequadas, enquanto as adequações estão sendo incorporadas;
- Uso de leite enriquecido com ferro, quando fornecido pelo sistema de saúde, nos lactentes que sofreram desmame precoce;
- Oferta de dieta adequada, em cada faixa etária, respeitando a época de introdução de frutas cítricas e de outros alimentos, garantindo 2 refeições de sal por dia, a partir dos 6 aos 7 meses de vida;
- Estimular o consumo de alimentos facilitadores da absorção de ferro não-heme, junto às refeições de sal, como a carne, frutas cítricas e carboidratos;
- Evitar o consumo de alimentos dificultadores da absorção de ferro, junto às refeições de sal, como chá, leite, excesso de cereais e de fibras;
- Estimular o consumo de frutas e de vegetais crus;
- Esclarecer que o valor de determinados alimentos como farinha de casca de ovo, beterraba, ovo de pata, como fontes de ferro biodisponível, é baixo;

- Orientar os vegetarianos quanto ao risco de ferropenia e de deficiência de vitamina B12;
- Controlar os processos mórbidos que induzem anorexia ou perdas sanguíneas;
- Orientar a reposição de ácido fólico, 1 a 2 mg/dia, para os lactentes em aleitamento exclusivo com leite de cabra;
- Orientar a reposição de vitamina B12 nos lactentes filhos de mães vegetarianas, de longa data, em aleitamento materno exclusivo.

Vale comentar que as adolescentes e as mulheres em idade fértil devem consumir dieta rica em ferro e, se necessário receber reposição desse mineral. As gestantes devem receber suplementação de ferro, 120 mg/dia, a partir do 2º trimestre de gestação.

A prevalência de anemia no mundo, especialmente nos países em desenvolvimento, justifica a busca de medidas profiláticas coletivas, no âmbito da saúde pública. O enriquecimento de alimentos com ferro, principalmente o leite, tem se mostrado eficaz em vários países, diminuindo significativamente nos lactentes a prevalência de anemia ferropriva. Os resultados são rápidos e seguros, mas o custo dessa medida é alto, o que dificulta o acesso das populações mais pobres a essa suplementação. Seu uso, em larga escala, pode supervalorizar o leite de vaca e comprometer a importância do aleitamento materno e da diversificação da dieta.

Outro aspecto importante é o fato de não haver vias de excreção do ferro, a não ser a descamação celular. Por isso, o consumo indiscriminado de alimentos enriquecidos com ferro não deve ser estimulado, pelo risco de hemocromatose. Essa condição, caracterizada por altos estoques de ferro, manifesta-se pela presença de lesões teciduais graves como cirrose, hepatoma, miocardiopatia, artropatia, hipopituitarismo e hipogonadismo e só será identificada entre os 40 e 60 anos, quando as lesões se manifestam de forma irreversível.

Desnutrição

ANA MARIA BARA BRESOLIN

A OMS define a desnutrição infantil como uma "síndrome composta por várias condições patológicas que se caracteriza pela falta concomitante de calorias e de proteínas, em diferentes proporções, associada a infecções repetidas e ocorrendo mais frequentemente em lactentes e pré-escolares". Manifesta-se por grave comprometimento do crescimento linear e/ou pelo emagrecimento extremo da criança. Esta definição não engloba a deficiência de outros nutrientes como vitaminas e minerais que também pode estar presente em maior ou menor grau na desnutrição energético-protéica.

Nos países em desenvolvimento estima-se que cerca de 38% das crianças menores de 5 anos ainda apresentam grave comprometimento do crescimento ("stunting") e 9% apresentam emagrecimento extremo ("wasting").

No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde e Nutrição(1989) mostrou uma melhoria do estado nutricional das crianças brasileiras, nos últimos 20 anos, apesar de persistirem diferenças regionais importantes, com piores condições nas regiões Norte e Nordeste. No entanto, dados de 1999 do IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) mostram que 22 milhões de brasileiros ainda vivem abaixo da linha de indigência e cerca de 2 milhões de crianças menores de 2 anos de idade apresentam doenças nutricionais carenciais em nosso país.

Na cidade de São Paulo, inquéritos feitos na população menor de 5 anos de idade, no período de 1974 a 1996, analisados por Monteiro e col., em 2000, mostram que a desnutrição tornou-se rara, mesmo entre as famílias mais pobres, pela ocorrência de mudanças positivas em determinantes da nutrição infantil como renda familiar, escolaridade materna, saneamento do meio, acesso a serviços de saúde e antecedentes reprodutivos. O estudo feito pelo autor em 1266 crianças menores de 5 anos de idade, em São Paulo, 1995-96 mostrou déficit de altura/idade em 2,4 % e de Peso/altura em 0,6% da população estudada, em relação ao padrão de referência NCHS, o que aponta para um controle da desnutrição.

Apesar dessas melhorias, ainda vivem em São Paulo, segundo este estudo, grandes contingentes de crianças expostas ao risco da desnutrição (bolsões de pobreza), pois um terço delas vivem em domicílios onde a renda familiar é menor que um salário mínimo por pessoa, mais da metade é cuidada por mães que não concluíram o curso de primeiro grau e 30% residem em domicílios não servidos por rede de esgoto.

Dessa forma, do ponto de vista epidemiológico, a desnutrição deixou de ser o agravo nutricional mais importante, sendo atualmente superada pela anemia por carência de ferro, mas os fatores de risco ainda justificam a necessidade de vigilância e controle sobre o estado nutricional, eixo fundamental do programa de acompanhamento da criança na atenção básica.

Os exames laboratoriais não auxiliam no diagnóstico da DEP; podem apontar apenas as deficiências específicas como a de ferro, de vitaminas A e D e outras.

Aspectos Terapêuticos

A equipe de saúde deve conhecer e discutir os múltiplos fatores que determinam o estado nutricional da criança e buscar soluções, com a participação da família, visando melhor adequação nutricional.

O tratamento da desnutrição deve ser feito na UBS e envolve vários procedimentos como:

- controle das doenças associadas (diarréias, parasitoses intestinais, anemia, hipovitaminoses, infecções respiratórias);
- reposição hídrica e eletrolítica – TRO - se houver diarreia e desidratação;
- cuidados dietéticos e de recuperação nutricional:
 - manter o aleitamento materno, sempre que possível;
 - adicionar farinhas ou óleo ao leite, para aumentar o aporte calórico;
 - adicionar à sopa óleos vegetais, manteiga ou margarina para aumentar o aporte calórico;
 - oferecer alimentos protéicos como ovos, frango, vísceras, peixe;
 - aumentar a frequência das refeições, oferecendo pequenas quantidades;
 - recomendar alimentos acessíveis à família e de baixo custo;
- complementar a dieta com doses de vitaminas A,D e de ferro, de acordo com as necessidades da criança.
- avaliar e atuar sobre as condições ambientais desfavoráveis, tanto as ligadas ao ambiente físico como psicossocial e afetivo.

Os casos mais graves de desnutrição, associados a processos infecciosos e distúrbios hidroeletrólíticos devem ser referidos para atendimento ambulatorial, em regime de semi-internato ou para o hospital. Várias experiências de tratamento de crianças desnutridas, em ambulatório, nos Centros de Recuperação Nutricional mostram-se muito eficazes na recuperação dessas crianças, com diminuição significativa da mortalidade e custo 10 vezes menor do que o tratamento hospitalar. Os casos de desnutrição leve são acompanhados periodicamente pelos profissionais de saúde; os casos mais graves são atendidos em regime de semi-internato(Hospital-Dia). Além da avaliação e do tratamento clínico é importante a participação das famílias, o estabelecimento de vínculo, o desenvolvimento de projetos de capacitação profissional e de geração de renda para os pais e a criação de uma rede social de apoio e de intervenção em todas as dimensões dos problemas nutricionais.

Doença Diarréica

ANA CECÍLIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA

Nas duas últimas décadas, observou-se em São Paulo, uma redução importante da morbimortalidade por diarréia aguda. Atualmente, a diarréia aguda tornou-se um evento menos freqüente e de menor gravidade face à disseminação de medidas como a manutenção da dieta habitual durante a diarréia, a terapia de rehidratação oral, o aleitamento materno e, principalmente, a melhoria das condições de saneamento básico no município.

Atualmente, a grande preocupação diz respeito aos casos de diarréia persistente que, embora menos numerosos, apresentam maior risco de comprometimento do estado nutricional e de óbito. Alguns estudos mostram que o tratamento inadequado do episódio agudo com uso de antibióticos e condutas dietéticas restritivas constituem fatores de risco para a diarréia persistente.

Entretanto, a diarréia deve ser vista como uma doença fortemente marcada pelas condições de vida. Assim, tem-se de um lado a diarréia como um episódio eventual, de evolução benigna, autolimitada, que acomete uma clientela diferenciada, com recursos nutricionais e terapêuticos adequados. De outro lado, o quadro diarréico característico da clientela que procura as unidades de saúde e os serviços de urgência da periferia do município de São Paulo, no qual a diarréia se soma a um estado nutricional já comprometido, que tende a complicar a evolução, tanto por fatores ligados à criança e ao agente etiológico, quanto aos ligados às condutas terapêuticas inadequadas e às condições de vida.

Dessa forma, a abordagem correta da criança com diarréia aguda é fundamental para evitar a desidratação, o comprometimento do estado nutricional e a evolução para diarréia persistente.

Proposta: Como Conduzir os Casos de Diarréia que Chegam a UBS.

CRIANÇA COM QUEIXA DE DIARRÉIA:

1. VERIFICAR SE REALMENTE A CRIANÇA TEM DIARRÉIA.

DEFINIÇÃO

A diarréia é definida como a alteração no hábito intestinal, com modificação no número e na consistência das fezes.

Em geral, os pais têm uma idéia rígida sobre qual deve ser o padrão intestinal da criança; assim, variações na consistência e/ou no número de fezes, conseqüentes a mudanças na alimentação, são muitas vezes motivo de queixa de diarréia. O mesmo acontece com a eliminação de fezes esverdeadas, por um recém-nascido ou lactente, após um episódio de cólica.

Existem muitas definições do que é diarréia, entretanto, é importante trabalhar com a definição da mãe, pois é com base no que ela pensa ser diarréia que a demanda aos serviços de saúde é feita.

Para verificar se realmente se trata de diarréia:

- A observação direta das fezes é um exame bastante útil.

- A anamnese detalhada é fundamental para esclarecer se realmente a criança tem diarreia e qual a possível causa da diarreia.

Assim, é importante saber:

- como foi o início do quadro;
- a evolução da diarreia;
- relação com a alimentação;
- os tratamentos já realizados;
- as dietas feitas;
- as características das fezes;
- vômitos e perda de peso;
- a presença de outros sinais e sintomas.

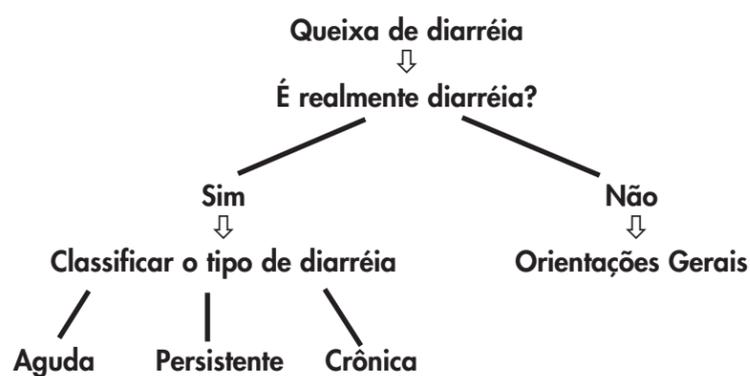
Com base nessas informações é possível confirmar o diagnóstico e classificar a diarreia.

2. CLASSIFICAÇÃO DO QUADRO DIARRÉICO

Diarreia Aguda - episódio com duração menor do que 14 dias, geralmente de origem infecciosa.

Diarreia Persistente – episódio de início agudo, de etiologia presumivelmente infecciosa, com duração igual ou superior a 14 dias.

Diarreia Crônica – diarreia que não tem início com um episódio de infecção intestinal aguda, podendo ser devida a uma variedade de condições metabólicas, estruturais ou infecciosas.



DIARRÉIA AGUDA

A criança apresenta um quadro de diarreia aguda. Com base nas seguintes informações pensar a etiologia.

3. DEFINIR A ETIOLOGIA POSSÍVEL

Não é necessária a realização de coprocultura ou pesquisa de rotavírus para o manejo do caso, pois, muitas vezes, o resultado desses exames só está disponível quando a criança já está curada. Esse exame só deve ser solicitado quando há vários casos num mesmo território, o que pode indicar um surto. Por exemplo, casos de diarreia em creche.

Também não há necessidade de outros exames na rotina da abordagem dos casos de diarreia.

A etiologia pode ser pensada a partir das características clínicas:

- fezes aquosas sem sangue, com vômitos, febre e sintomas respiratórios - sugestivo de Rotavírus;
- fezes com sangue e muco, caracterizam um quadro de disenteria por infecção bacteriana invasiva ou amebiana;
- perda de grande quantidade de líquidos nas fezes é indicativa da presença de enterotoxinas (cólera, E.coli enterotoxigênica);

- fezes aquosas e ácidas, provocando dermatite perineal, sugerem um componente osmótico consequente ao comprometimento das dissacaridases;
- anorexia, náuseas e dor abdominal com episódios repetitivos de curta duração, em crianças de creche, podem sugerir giardíase.

4. DEFINIR A PROPOSTA DE TRATAMENTO

O tratamento da diarréia aguda consiste basicamente na manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico e na oferta calórico-proteica adequada, tendo como principais pontos:

- Prevenção da desidratação
- Tratamento da desidratação
- Manutenção do estado nutricional

5. CLASSIFICAR QUANTO AO ESTADO DE HIDRATAÇÃO

Para definir o tratamento é necessário, inicialmente, classificar o estado de hidratação da criança. O Ministério da Saúde propõe atualmente uma classificação operacional do estado de hidratação, à partir da proposta da estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). O estado de hidratação é classificado em: desidratação grave, desidratação e sem desidratação.

Ao examinar a criança o profissional deve classificar a criança quanto ao seu estado de hidratação.

1. Desidratação Grave

Dois ou mais sinais que se seguem:

- letárgica ou inconsciente
- olhos fundos
- não aceita líquidos ou aceita muito mal
- turgor de pele pastoso – Sinal da Prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior

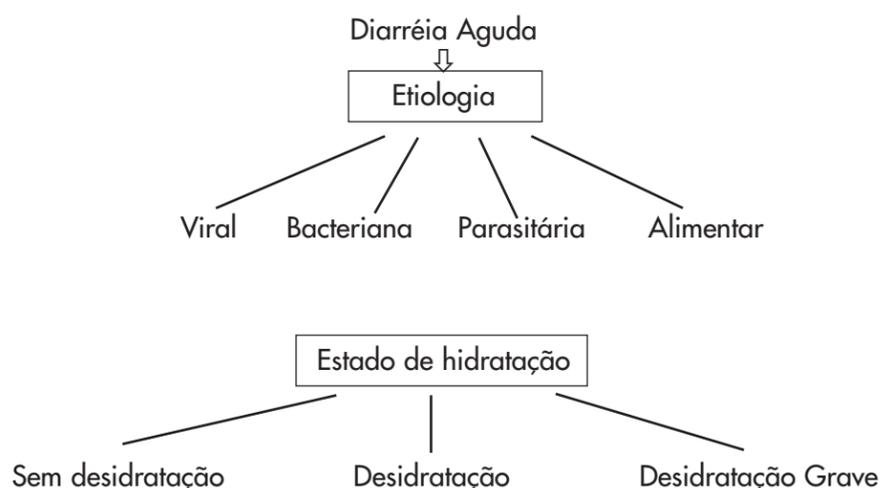
2. Desidratação

Dois ou mais sinais que se seguem:

- inquieta, irritada
- olhos fundos
- bebe avidamente, com sede
- turgor de pele semipastoso – Sinal da Prega: a pele volta lentamente ao estado anterior

3. Sem Desidratação

Não há sinais suficientes para classificar como desidratação



BASES DA ABORDAGEM

1. prevenção e tratamento da desidratação
2. manutenção do estado nutricional
3. tratamento medicamentoso

PREVENÇÃO E TRATAMENTO DA DESIDRATAÇÃO**SEM DESIDRATAÇÃO – PLANO A**

Orientações para o tratamento em casa:

AUMENTAR A OFERTA DE LÍQUIDOS
MANTER A ALIMENTAÇÃO HABITUAL

Após cada evacuação diarréica oferecer Soro Oral

A) CRIANÇAS ATÉ 12 MESES

50 a 100ml (1/4 a meio copo) depois de cada evacuação aquosa

B) CRIANÇAS MAIORES DE 12 MESES

100 a 200 ml (1/2 a 1 copo) depois de cada evacuação aquosa

Levar à unidade de saúde quando:

- ficar sem urinar por mais de 6-8 horas
- não estiver conseguindo beber
- a diarreia persistir por mais de 5 dias
- aparecer sangue nas fezes
- piorar o estado geral

É importante que o Agente Comunitário da Saúde tenha conhecimento desses sinais para orientar a mãe nas visitas domiciliares.

DESIDRATAÇÃO – PLANO B

A terapia de reidratação oral deve ser iniciada na unidade. Após a hidratação, os cuidados com a criança devem ser continuados em casa.

Quando a criança chega com menos de duas horas antes do encerramento das atividades na unidade, não há tempo suficiente para a hidratação oral. A conduta a ser tomada dependerá da avaliação das condições de risco individual e situacional da criança.

Fatores de risco individuais:

Criança abaixo de 2 meses
Menores de 1 ano que tiveram baixo peso ao nascer
Desnutrição moderada ou grave

Fatores de risco situacionais:

Dificuldade de acesso ao hospital
Mãe ou responsável pela criança analfabetos
Criança proveniente de micro áreas sociais de risco

Quando a criança apresentar qualquer um desses fatores ficará difícil somente orientar a hidratação oral em casa. Sendo assim, deve ser feito o encaminhamento para o pronto socorro.

Não havendo fatores de risco, pode ser feita a orientação para hidratação no domicílio, acompanhada da avaliação do ACS para verificar se a criança está hidratada ou se apresenta os sinais de piora.

Como fazer a hidratação oral:

OFERECER A SRO – SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL
De acordo com a sede da criança

Inicialmente:

50 a 100ml/kg de SRO em 4 a 6 horas

MANTER O ALEITAMENTO MATERNO

SUSPENDER OUTROS ALIMENTOS DURANTE A REIDRATAÇÃO

Obs: Não se deve usar de início anti-emético, pois a hidratação oral é suficiente para controlar os vômitos. Os anti-eméticos só devem ser indicados quando os vômitos são persistentes (no mínimo 4 vezes em 1 hora).

MANUTENÇÃO

- a) Crianças até 12 meses – 50 a 100 ml após cada evacuação aquosa
- b) Crianças maiores de 12 meses – 100 a 200 ml após cada evacuação aquosa
- c) Crianças de 10 anos ou mais – à vontade

DESIDRATAÇÃO GRAVE – PLANO C

HIDRATAÇÃO VENOSA

Indicações:

- quando a criança não ganha ou perde peso após as primeiras 2 horas de hidratação oral.

Instituir hidratação venosa na UBS, quando houver disponibilidade de recursos humanos preparados para esse procedimento e a criança puder ser acompanhada até a melhora do estado de hidratação.

Quando o paciente apresentar:

- alteração do estado de consciência (comatosa, letárgica)
- vômitos persistentes (no mínimo 4 vezes em 1 hora) mesmo após sonda nasogástrica
- íleo paralítico

ENCAMINHAR PARA O HOSPITAL

MANUTENÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL

- manter o aleitamento materno
- manter a dieta habitual da criança

Na orientação dietética da criança com diarreia aguda, devem ser levados em conta a anorexia própria da criança doente e os conhecimentos da família. A criança pode ter dificuldade em mastigar determinados alimentos, em função da menor produção de saliva. Assim, pequenas quantidades de alimentos, sob a forma de papas ou purês que não necessitam ser mastigados, são mais aceitos. Esse é um dos princípios que estão contidos nas dietas habitualmente adotadas pelas famílias no tratamento da diarreia aguda.

A colaboração da família é decisiva no tratamento dietético da diarreia aguda. Muitos pais tendem a suspender determinados alimentos, a partir da crença de que são mal tolerados durante e após a diarreia, crença essa reforçada por várias condutas médicas. O leite tem sido um dos principais alimentos incriminados como prejudiciais à criança com diarreia. Considerando que, na faixa etária na qual a diarreia é mais frequente, o leite é uma das principais fontes de gorduras e calorias, a sua suspensão, geralmente, leva ao uso de dietas hipocalóricas e hipogordurosas, constituindo um fator de manutenção da diarreia.

A escolha dos alimentos a serem oferecidos à criança durante a diarreia deve ser adequada às disponibilidades locais dos alimentos e, principalmente, respeitar os hábitos alimentares anteriores da criança.

Os alimentos obstipantes como a maçã e a banana não têm ação sobre o processo diarreico. Eles podem absorver o excesso de líquido na luz intestinal, graças às suas propriedades hidrófilas, não reduzindo as perdas hidroeletrolíticas digestivas. Em geral, são utilizados por sua aceitação e têm um efeito importante para as famílias, que é o de melhorar a consistência das fezes.

É recomendável que as refeições tenham pouco volume e que sejam oferecidas com maior frequência. Devem ser utilizados alimentos com alta densidade energética, evitando-se leites muito diluídos e de baixo valor dietético.

É fundamental informar os pais sobre o padrão de evolução de uma infecção intestinal, reforçando seu caráter autolimitado, esclarecendo-se ainda, que a duração e a intensidade da diarreia não são determinadas pelo tipo de dieta. É preciso enfatizar que é a criança e não as fezes, quem está sendo tratada. Assim, a alimentação deve ser mantida apesar das evacuações diarreicas, valorizando-se a ingestão e o ganho de peso.

TRATAMENTO MEDICAMENTOSO

NUNCA INDICAR ANTIDIARRÉICOS PARA O TRATAMENTO DA DIARRÉIA AGUDA EM CRIANÇAS

Porque:

- desviam a atenção da família e do médico para os aspectos mais importantes tais como a prevenção e o tratamento da desidratação, a alimentação e o acompanhamento da criança;
- não reduzem a perda de líquidos, a gravidade da doença e o tempo da doença;
- custo alto para as famílias e governo;
- apresentam efeitos colaterais sérios.

ANTIBIOTICOTERAPIA

Os antibióticos não devem ser usados de rotina pelos seguintes motivos:

- a diarreia aguda é geralmente um processo autolimitado;
- a antibioticoterapia não altera o quadro clínico da maior parte dos casos, podendo, nos casos de salmonelose, prolongar o tempo de eliminação de bactérias;
- os antimicrobianos promovem alteração da flora intestinal, podendo selecionar uma população bacteriana resistente;
- os antibióticos podem permitir o crescimento desproporcional do *Clostridium difficile*, resultando no aparecimento de colite pseudomembranosa;
- qualquer antimicrobiano pode apresentar efeitos colaterais adversos;
- aumenta o custo do tratamento.

INDICAÇÕES DE ANTIBIOTICOTERAPIA

- pacientes imunodeprimidos;
- desnutridos graves, portadores de doenças neoplásicas, AIDS;
- recém-nascidos, especialmente prematuros;
- suspeita de disseminação da infecção intestinal;
- cólera;
- surto epidêmico de *Shigella* em crianças institucionalizadas, com o intuito de diminuir o tempo de eliminação de bactérias pelas fezes.

MEDIDAS DE PREVENÇÃO DA DOENÇA DIARRÉICA

- aleitamento materno
- orientação do desmame
- melhora do estado nutricional
- saneamento básico – água, esgoto, lixo
- higiene dos alimentos
- higiene pessoal
- imunização contra o sarampo, pois o quadro característico de diarreia pós-sarampo é extremamente grave
- controle de epidemias
- informações sobre a diarreia.

CONDUTA NO ÂMBITO DA COMUNIDADE

Verificar se há outros casos de diarreia na comunidade e investigar se esses são:

- Na mesma família: verificar histórico alimentar (intoxicação alimentar), história de infecção de vias aéreas superiores (rotavírus);
- De crianças em uma mesma instituição (creche, escola): verificar intoxicação alimentar, transmissão hídrica, giardíase, Shigella;
- Ou os casos são isolados, em famílias que habitam um mesmo bairro, verificar problemas de saneamento básico.

Diarréia Persistente**FATORES DE RISCO**

- Baixa idade;
- estado nutricional;
- baixo peso ao nascer;
- desmame precoce;
- deficiência imunitária;
- episódios anteriores de diarreia;
- alimentação inadequada;
- utilização de medicamentos no episódio agudo;
- baixas condições socioeconômicas e educacionais.

A diarreia persistente, na maioria das vezes, deve-se a condutas inadequadas durante o tratamento da diarreia aguda.

ETIOLOGIA

Cryptosporidium sp, *Giardia lamblia*, *E. coli*, *Campilobacter sp.*, *Shigella sp.*

Dietas restritivas,
Uso de medicamentos

TRATAMENTO DA DIARRÉIA PERSISTENTE

Quando a criança evolui bem, há possibilidade de tratamento ambulatorial. Caso apresente episódios repetidos de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos o tratamento deve ser feito em ambulatórios de especialidades ou hospitais.

A conduta recomendada é:

1. diminuição da oferta de lactose pela substituição de uma ou mais refeições lácteas por refeição de sal ou papa de frutas com cereais
2. diluição do leite de vaca ao meio, com água, oferecido na forma de mingaus com cereais e adição de óleo vegetal ou creme de leite sem soro
3. substituição da mamadeira por outros produtos lácteos – iogurte ou queijo branco
4. suspensão temporária da lactose – substituindo o leite de vaca por outros tipos de leite sem lactose
5. suspensão do leite

ORIENTAÇÕES GERAIS

1. Oferecer dieta com: alta densidade energética, baixa viscosidade e osmolaridade, alimentos de fácil digestão e absorção, pequenos volumes com aumento do teor de gordura

2. não usar dextrose pelo seu alto efeito osmótico, mistura de leite e cereais são mais bem tolerados que o leite puro
3. a adição de gorduras melhora o paladar, aumenta o teor energético
4. frutas sob a forma de sucos ou papas
5. respeitar o padrão alimentar habitual da criança
6. adequar a dieta às condições sociais e culturais da família

RECORDATÓRIO

Na prática, pode-se solicitar aos familiares que registrem algumas informações úteis no acompanhamento da criança com diarreia. A anotação do horário, tipo de alimento, quantidade oferecida e aceita, horário e descrição do aspecto das fezes, num instrumento simples (recordatório) auxilia os profissionais no entendimento do caso e na proposta terapêutica, que é essencialmente dietética. Esse registro pode ser feito diariamente, ou pelo menos em três dias da semana, nos casos de diarreia persistente.

Diarreia Crônica

Diante de uma criança com história de diarreia crônica, inicialmente é preciso verificar se é um quadro de má-absorção, que deverá ser encaminhado para especialista.

A má-absorção está presente quando há comprometimento do ganho pondo-estatural.

É preciso afastar se o comprometimento do ganho pondo-estatural é devido a dietas inadequadas e restritivas. Por isso, uma boa história alimentar é fundamental para o diagnóstico de má-absorção.

Quando realmente há má-absorção, a criança deve ser encaminhada para investigação diagnóstica.

No nosso meio, as causas mais frequentes de diarreia crônica em crianças são a giardíase e o cólon irritável.

Cólon Irritável

Características clínicas

- início dos sintomas entre 6 e 36 meses, com predomínio entre 8 e 20 meses
- boa evolução pondo – estatural
- curso contínuo ou intermitente
- em média, 3 a 6 evacuações por dia, com muco e restos alimentares
- não há evacuações à noite
- fezes formadas pela manhã com diminuição progressiva da consistência
- número elevado de refeições por dia
- excesso de ingestão de sucos de frutas com alta osmolaridade
- história pregressa de cólicas do recém-nascido
- antecedentes familiares de diarreia

TRATAMENTO

- tranquilizar a família
- orientar o treinamento do controle esfinteriano anal
- reduzir o número de refeições
- evitar alimentos em temperaturas extremas
- evitar alimentos hiperosmolares
- dar alimentação com fibras

Dores Recorrentes

ROSA RESEGUE
ANA CECÍLIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA

A queixa de dor recorrente é bastante freqüente em crianças. Não há estudos epidemiológicos no Brasil, mas, no estudo de Oster, a prevalência das dores na população de 6 a 19 anos foi para a cefaléia 20,6%, dor abdominal 15,4% e dor em membros 14,4%.

Define-se como crônica, a dor que apresenta as seguintes características: mais de três episódios, por um período de tempo superior a três meses, com intensidade suficiente para atrapalhar as atividades da criança. Na clínica de adultos, as dores crônicas são geralmente subdivididas em persistentes ou recorrentes, de acordo com a presença de dores episódicas ou de caráter persistente. Em crianças, no entanto, as dores persistentes são raras, acontecendo, geralmente, naquelas com doenças de base. Assim, na maioria das publicações sobre esse assunto, o termo dor crônica aparece como sinônimo de dor recorrente.

Na abordagem diagnóstica e terapêutica das crianças com esse tipo de queixa, alguns dados aparecem como denominador comum:

- Baixa prevalência de causas orgânicas. Dos vários estudos da literatura, a prevalência de alterações orgânicas encontradas na população estudada foi de 5% a 10% para as crianças com queixa de dor abdominal recorrente, 5% a 13% para aquelas com cefaléia e 3% a 4% para as crianças com dores em membros. O conhecimento desse fato gera, muitas vezes, duas condutas que, embora opostas, são prejudiciais no acompanhamento da criança com essa queixa. Assim, é freqüente o ímpeto de afastar uma etiologia orgânica, geralmente por meio de investigações extensas, onerosas e injustificadas, o que muitas vezes é motivo de maior ansiedade para o paciente e seus familiares e atua como mais um fator intensificador da queixa. Nesses casos, é comum só se aventar a possibilidade de haver um componente emocional para a queixa da criança apenas após "o afastamento da etiologia orgânica". Na verdade, é importante afastar o diagnóstico de doença orgânica, para o que não é necessária a realização de todos os exames laboratoriais. A história, o exame físico e a ausência de sinais de alerta são suficientes para a elaboração da hipótese diagnóstica.

Um outro tipo de conduta freqüente é a negação do problema, através de afirmativas simplistas como, "isso não é nada", "com o tempo passa" ou "a criança está tendo esse comportamento para chamar a atenção". Essas posturas costumam embasar-se na crença de que o problema só é médico quando existe uma causa orgânica e na dicotomia entre o orgânico e o não orgânico, como se o compromisso da equipe de saúde fosse com a doença e não com a criança.

Conclui-se, portanto, que já na primeira consulta, deve-se levantar a hipótese da dor ser expressão do modo como a criança vivencia as situações do dia-a-dia ou de problemas emocionais. Nessa consulta, é importante também afirmar que a dor é real e representa um duplo sofrimento da criança: a dor física e o sofrimento emocional.

- Associação de vários tipos de dores. É freqüente a associação em uma mesma criança de diferentes tipos de dor, o que pode ser identificado tanto na história atual como nos antecedentes pessoais dessas crianças.
- Presença de dores e doenças crônicas em familiares próximos. É comum observar-se que as famílias (mães, pais e irmãos) das crianças com queixa de dores recorrentes apresentam uma freqüência alta de dores recorrentes. Esses familiares costumam apresentar também, um índice maior de doenças crônicas. Apley, de modo original, chamou essas famílias de "sofridas".

- Em todas as dores recorrentes existem sinais de alerta que apontam para a necessidade de aprofundamento na investigação diagnóstica.
- Necessidade de seguimento ambulatorial. O acompanhamento evolutivo desses pacientes é fundamental não apenas para o esclarecimento diagnóstico, mas também para a terapêutica dos mesmos.
- O efeito terapêutico da consulta. Grande parte das crianças, com queixa de dores recorrentes, melhora durante o acompanhamento, sem que haja necessidade de outras medidas terapêuticas. Esse fato decorre das implicações da anamnese ampliada que possibilita o conhecimento não apenas da queixa da criança, mas da criança nas suas diversas dimensões sociais.

Anamnese

A anamnese tradicional é insuficiente para a abordagem dessas crianças, sendo fundamental a sua ampliação, no sentido de incluir não apenas os dados relacionados à dor, mas também aqueles relacionados à criança nas suas dimensões psicoafetivas e sociais. Assim, no acompanhamento diagnóstico e terapêutico das crianças com dores recorrentes é fundamental a realização de anamnese ampliada. Esse fato, muitas vezes, gera na equipe de saúde a queixa de que o tempo de consulta é insuficiente para o levantamento desses dados. Não se trata, entretanto, de seguir um roteiro de atendimento infundável e pré-estabelecido logo na primeira consulta. É necessário ouvir e retomar algumas questões nas consultas subseqüentes. É preciso dar tempo para que a família reflita e perceba os desencadeantes e a própria representação do sintoma dentro do contexto familiar. Assim, deve-se explicitar para a família e o paciente na primeira consulta, que outros encontros serão necessários para que se estabeleça o diagnóstico e a terapêutica adequados.

- Conhecendo a dor: Idade de início, características do primeiro episódio, localização, irradiação, duração, tipo, frequência, intensidade, interferência nas atividades habituais, fatores desencadeantes, fatores de melhora e de piora, manifestações concomitantes, horário preferencial, presença de outras dores, tratamentos já realizados. Logo na primeira consulta, é fundamental a explicitação das fantasias da família sobre a causa da dor da criança procurando saber qual a explicação da família/criança para a dor. Muitas vezes, o medo de uma doença mais grave atua como fator importante no desencadeamento e manutenção da dor.
- Conhecendo a criança: Rotina de vida, atividades preferidas, temperamento, mudança de comportamento, relacionamento com pais e irmãos, relacionamento com colegas e professores, história do desenvolvimento afetivo/emocional.
- Conhecendo a família: Presença de familiares com dores ou doenças crônicas, reação dos pais à dor da criança, relacionamento pais/criança, nível de tolerância a conflitos da família e eventos críticos. É importante que o profissional de saúde identifique a atitude da família diante da queixa de dor recorrente. Muitas vezes, a postura ansiosa em relação à dor pode estar atuando como fator de manutenção dessa queixa.

A presença de eventos críticos, como o nascimento de um irmão ou a morte de um membro da família, deve ser interpretada com cautela, pois pode não ter relação com a queixa e estar encobrindo os verdadeiros determinantes da dor.

Dores Recorrentes em Membros

A maior parte das crianças com dores recorrentes em membros apresenta dores sem etiologia orgânica que costumam ser denominadas de "dores de crescimento". Até o momento, são desconhecidas as causas dessas dores, não havendo correlação entre esse quadro e o processo de crescimento, mantendo-se o nome por tradição. O prognóstico costuma ser benigno, com curso auto-limitado. As dores de crescimento apresentam as seguintes características:

- Mais freqüente entre os 6 e os 13 anos de idade.
- Dores musculares, de caráter difuso, intermitentes, sempre não articulares, de intensidade e frequência variáveis.
- Ocorre mais habitualmente em membros inferiores (coxa, face anterior da tíbia, cavo poplíteo e panturrilhas), mas pode ocorrer também em membros superiores.

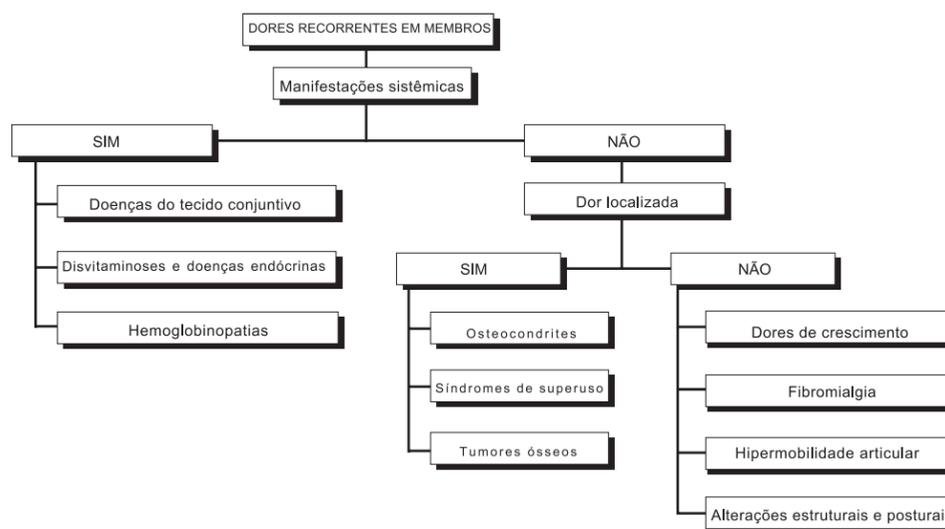
- Geralmente é bilateral, podendo localizar-se ora em um membro, ora no outro, ora em ambos.
- É mais freqüente no final do dia ou à noite, pode despertar a criança do sono noturno.
- Apresenta correlação variável com exercícios físicos.
- Boa resposta ao calor, massagem e analgésicos.
- Sem história de traumatismos e de alterações sistêmicas.
- Exame físico normal.

Como já foi dito, é muito baixa a incidência de doenças orgânicas como causa de dor em membros, em torno de 3 a 4%. Dessa forma a proposta de abordagem já descrita é suficiente para esclarecimento diagnóstico. Quanto aos exames laboratoriais, são necessários apenas o hemograma e o VHS. A continuidade da investigação laboratorial só deve ser feita se a criança apresentar algum sinal de alerta. A postura tranqüilizadora da equipe de saúde quanto à evolução benigna dessa entidade é fundamental no seguimento desses pacientes.

OUTRAS FORMAS CLÍNICAS: As crianças com manifestações sistêmicas, associadas à queixa de dor em membros, geralmente enquadram-se em três grupos principais, a saber, aquelas com doenças do tecido conectivo, as com hemoglobinopatia e as crianças com endocrinopatia ou disvitaminoses.

As dores em membros sem manifestações sistêmicas e que apresentam localização específica costumam estar relacionadas às doenças ortopédicas.(Figura 4)

FIG 4 - Algoritmo da abordagem diagnóstica da queixa de dor recorrente em membros. (Zuccolotto e cols, In Sucupira e cols. Pediatria em consultório)



SINAIS DE ALERTA NOS QUADROS DE DORES RECORRENTES EM MEMBROS

- Dor localizada em pontos fixos.
- Dor com características diferentes (como câimbras, parestesia ou fraqueza).
- Dor à palpação muscular.
- Dor à movimentação passiva.
- Diminuição da força muscular.
- Dificuldade ou alterações à marcha.
- Manifestações sistêmicas associadas.
- Evolução com dor persistente e/ou que não responde a analgésicos.

Conclui-se, portanto, que no paciente com quadro de dores recorrentes em membros é imperiosa a realização de exame físico completo, incluindo o exame do aparelho locomotor.

Assim, o exame físico deve incluir:

- Pesquisa de sinais sistêmicos que possam sugerir a etiologia da dor.
- Avaliação da postura e da marcha.
- Semiologia articular: inspeção, palpação, movimentação ativa e passiva de todas as articulações, incluindo a do quadril.
- Palpação de pulsos periféricos.
- Medida do comprimento dos membros inferiores: distância entre a espinha ilíaca ântero-superior e o maléolo tibial medial. Não se valorizam distâncias de até 0,5cm.
- Avaliação da força muscular.

Cefaléias

Embora a cefaléia recorrente seja uma queixa comum, apenas 5% das crianças apresentam uma enfermidade de etiologia orgânica. Assim, a maior parte das crianças está inserida em duas categorias: a cefaléia tipo tensional e a enxaqueca. O diagnóstico dessas duas entidades apresenta muitas dificuldades, pois é feito por meio de critérios clínicos subjetivos que apresentam características comuns a ambos os tipos de cefaléia; os critérios são provenientes da experiência com adultos.

O diagnóstico de cefaléia tipo tensional é feito na presença de dor de caráter contínuo, geralmente bilateral, em aperto ou pressão, com duração de 30 minutos a sete dias e ausência de náuseas, vômitos, fotofobia e fonofobia.

A enxaqueca mais freqüente na criança é a enxaqueca sem aura, que costuma ser bilateral, mais localizada em região frontal, com duração mais breve do que nos adultos e habitualmente associada a sintomas como náuseas, vômitos, dor abdominal, fotofobia ou fonofobia. Há também associação significativa com história de enxaqueca nos familiares mais próximos.

O diagnóstico de enxaqueca é realizado por meio de critérios clínicos. Prensky (1976) propôs esse diagnóstico em crianças com cefaléias recorrentes, separadas por intervalos assintomáticos, com pelo menos três dos seguintes critérios:

1. hemicrania;
2. dor abdominal, náuseas ou vômitos acompanhando o quadro;
3. melhora após breve período de sono ou repouso;
4. dor de caráter pulsátil;
5. história familiar positiva
6. presença de aura visual, sensitiva ou motora.

Atualmente, o critério mais utilizado é o da Sociedade Internacional de Cefaléia (1988) que aponta para o diagnóstico de enxaqueca sem aura quando são preenchidos os seguintes critérios:

1. Pelo menos cinco crises com as características citadas nos itens de 2 a 5 ;
2. Dor de cabeça com duração entre duas e 48 horas, nas crianças menores de 15 anos de idade;
3. Dor de cabeça com pelo menos duas das seguintes características:
 - localização unilateral;
 - caráter pulsátil;
 - intensidade moderada ou grave (inibem ou impedem atividades diárias);
 - piora com exercícios físicos tais como subir escadas.
4. Presença de pelo menos um dos sintomas, durante a crise dolorosa:
 - Náusea e/ou vômitos;
 - Fotofobia e fonofobia.

5- História e/ou exame físico geral e/ou neurológico não sugerem doenças secundárias como causa da cefaléia ou a investigação adequada exclui doença secundária. Um diagnóstico de enxaqueca sem aura pode ser feito mesmo se existir uma doença secundária, desde que o início das crises de enxaqueca não tenha sido concomitante com o início da doença secundária.

Esses critérios, embora sejam os mais utilizados, apresentam uma série de inconvenientes. Assim, na prática, é importante ressaltar que em muitas crianças a diferenciação entre o diagnóstico de enxaqueca e de cefaléia tipo tensional apenas será feito de forma evolutiva pelo acompanhamento desses pacientes.

Diante de uma criança com quadro de cefaléia recorrente, é comum aventar-se a hipótese de vício de refração ou sinusopatia. É importante ressaltar entretanto, que embora a sinusopatia e o vício de refração possam cursar com cefaléia, a maioria das crianças com queixa de cefaléia não tem esses diagnósticos. Assim, o quadro de sinusopatia deve ser aventado apenas na criança que apresenta sintomas respiratórios associados. Da mesma forma, as crianças que apresentam cefaléia relacionada a um vício de refração costumam apresentar dor bilateral, frontal, relacionada ao esforço visual e com rápida melhora com o repouso visual.

SINAIS DE ALERTA NOS QUADROS DE CEFALÉIA RECORRENTE

A preocupação da equipe de saúde ao defrontar-se com uma criança com cefaléia recorrente é a possibilidade de tratar-se de um processo expansivo intracraniano. A cefaléia, nesses casos, apresenta evolução progressiva e exacerbações relacionadas à mudança na posição da cabeça, tosse ou manobra de Valsalva. No entanto, não existe cefaléia típica desses processos, quanto à intensidade, ao caráter ou à localização. Embora a cefaléia seja uma queixa precoce e freqüente nas crianças com tumores intracranianos, é comum a presença de sintomas associados que indicam a possibilidade desse diagnóstico. Assim, os sinais de alerta para as crianças com cefaléia recorrente são:

- Mudança no padrão da cefaléia seja na sua intensidade ou seja na freqüência.
- Vômitos persistentes ou com aumento de freqüência ou de início recente.
- Cefaléia recorrente matinal ou que desperta a criança do sono, repetidamente.
- Crianças com desaceleração do crescimento.
- Presença de qualquer alteração neurológica ou ocular (como edema de papila, anisocoria, nistagmo, instalação de estrabismo, dificuldades visuais como diplopia e diminuição da acuidade visual)
- Diabetes insipidus.
- Crianças menores de 3 anos
- Crianças com neurofibromatose.

Conclui-se, portanto, que diante de uma criança com cefaléia recorrente é fundamental a realização de exame físico completo, incluindo a medida de pressão arterial e a realização de exame neurológico sistematizado. Essas crianças necessitam de avaliação imediata com o neurologista, devendo ser encaminhadas aos serviços de emergência pois não é aconselhável perder tempo na espera de vagas para consulta ambulatorial.

Dor Abdominal Recorrente

Assim como para os outros dois tipos de dores recorrentes na criança, a presença de uma etiologia orgânica que justifique a queixa de dor abdominal recorrente (DAR) é pouco freqüente. A maioria das crianças apresenta o que se pode chamar de Síndrome da Dor Abdominal Recorrente (SDAR) que é uma forma de resposta da criança às situações vivenciadas na sua realidade de vida. Uma abordagem de acordo com a proposta descrita no início desse texto tem caráter terapêutico e progressivamente a criança vai apresentando melhora do sintoma. É comum após uma melhora inicial de alguns meses, a queixa retornar. Isso pode ser esperado se não foi possível trabalhar de forma adequada com a criança e a família o significado da dor e identificar o modo como a criança reage às situações da dinâmica familiar e escolar.

Um dos problemas no acompanhamento da criança com queixa de dor abdominal recorrente são os atendimentos realizados quando a criança procura o Pronto Socorro. Como a dor é real e o profissional não conhece o histórico de dor da criança, muitas vezes investigações desnecessárias são recomendadas. Algumas vezes o quadro pode simular um abdome cirúrgico.

Na SDAR a criança costuma apresentar história prolongada, com vários episódios anteriores de dor, algumas passagens em pronto-socorro e vários exames laboratoriais realizados, todos normais.

Após a realização da anamnese ampliada e do exame físico para a dor abdominal, recomenda-se apenas a solicitação do hemograma completo, velocidade de hemossedimentação, urina tipo I, urocultura e parasitológico de fezes. A utilização da ultra-sonografia de abdome como método de triagem nas crianças com dor abdominal recorrente não tem mostrado bom resultado. Investigação mais detalhada só está indicada quando algum sinal de alerta estiver presente.

SINAIS DE ALERTA NOS QUADROS DE DOR ABDOMINAL RECORRENTE.

- perda de peso;
- dor de localização periférica no abdome e constante no local;
- dor que se irradia para as costas, a escápula ou os membros inferiores;
- dor que repetidamente desperta a criança do sono;
- evidência de doença orgânica na anamnese e/ou no exame físico como parada do crescimento, febre recorrente, artrite, melena, entre outros;
- história familiar de doença orgânica relevante (por exemplo, anemia falciforme, úlcera péptica, doença inflamatória intestinal);
- VHS elevada ou alterações no hemograma como anemia, leucocitose, morfologia celular alterada;
- urocultura positiva e/ou alterações na urina tipo I.

Quando há alguma doença orgânica, (apenas em 5 a 10% dos casos), os quadros mais freqüentes estão localizados nos aparelhos gastrintestinal ou genitourinário. Comenta-se a seguir as hipóteses mais freqüentemente pensadas.

Úlcera péptica – apesar de o número de casos diagnosticados ter aumentado depois do advento da fibroendoscopia óptica, esta doença ainda continua sendo pouco freqüente na infância, principalmente quando de etiologia primária. O ciclo dor-alimentação-alívio da dor é pouco freqüente na úlcera primária em crianças e adolescentes. Deve-se pensar neste diagnóstico quando houver: dor que ocorre à noite e desperta a criança ou ocorre no período da manhã ao acordar; vômitos recorrentes relacionados à alimentação; anemia associada à presença de sangue oculto nas fezes e história familiar de úlcera péptica.

A investigação laboratorial na atenção primária pode ficar restrita à pesquisa de sangue oculto nas fezes, pois o exame radiológico contrastado de esôfago, estômago e duodeno apresenta resultados falso-negativos em 50% das úlceras gástricas e 30% das duodenais. A realização da endoscopia quando disponível é o exame definitivo para o diagnóstico.

Diante de evidências clínicas bem estabelecidas deve-se iniciar a terapêutica com o uso de antiácidos e bloqueadores dos receptores H2 (cimetidina, ranitidina). A decisão de confirmar o diagnóstico deve ser individualizada a partir da evolução clínica.

Gastrite – O diagnóstico da gastrite é clínico, embora sua confirmação só seja possível endoscopicamente. Quando a gastrite é leve, sem evidência de erosão, os sintomas são vagos, geralmente apenas dor abdominal. Se a gastrite é grave e erosiva, pode ocorrer sangramento intestinal alto, além da dor abdominal. Entretanto, as alterações endoscópicas compatíveis com gastrite nem sempre são a única causa da dor abdominal recorrente em uma determinada criança.

O tratamento deve ser instituído após o diagnóstico clínico, sem que isso signifique que a causa da DAR esteja esclarecida. Crianças tratadas para gastrite podem apresentar melhora, mas a recorrência dos sintomas de dor pode não se acompanhar de evidência da recorrência da gastrite.

Parasitoses intestinais – Não existem evidências de que as parasitoses sejam causa de DAR. Embora a estrogiloidíase e a giardíase possam cursar com dor abdominal recorrente, observa-se que mesmo após a cura dessas parasitoses os sintomas podem persistir. A associação entre parasitoses e SDAR é comumente feita pelos familiares da criança porque existe uma cultura de associar-se sempre "dor de barriga com vermes", fato esse não comprovado devidamente. Quando o exame parasitológico for positivo, a criança deve ser tratada, mas a investigação mais ampla da DAR deve continuar.

Constipação intestinal – A constipação intestinal funcional pode cursar com dor abdominal, que é aliviada com a evacuação e a normalização do hábito intestinal. Os fatores psicogênicos são citados como uma possibilidade etiológica entre as causas funcionais.

Outras etiologias são mais raras e quando presentes acompanham-se de sintomas que indicam a sua investigação.

O esclarecimento adequado sobre a natureza da dor, o seguimento e o apoio à criança e à família acompanham-se de melhora ou regressão da queixa na maioria das vezes.

Infecção Urinária

ANA CECÍLIA S.L.SUCUPIRA

A infecção do trato urinário (ITU) é um problema freqüente na atenção primária em crianças. Sua importância reside nas lesões renais que podem vir a ocorrer com prejuízo da função renal na vida adulta. Em razão disto, o diagnóstico de ITU deve ser estabelecido de forma muito precisa, pois o seguimento da criança implica a repetição dos exames urinários e, principalmente, a investigação do trato urinário por exames de imagem.

Abordagem da criança com suspeita de ITU

O quadro clínico da ITU varia de acordo com a idade. Quanto menor a criança mais indefinida é a sintomatologia. No recém-nascido o quadro em geral é grave e o tratamento da criança é hospitalar.

No lactente, os sintomas são inespecíficos: febre inexplicada, anorexia, ganho inadequado de peso, irritabilidade, vômitos e diarreia. Em relação ao ganho inadequado de peso, deve-se procurar afastar outras causas mais freqüentes como a pouca disponibilidade de alimentos, episódios de infecções respiratórias altas, entre outros.

Na idade pré-escolar, a sintomatologia começa a ser definida mais especificamente no trato urinário, aparecendo disúria (emissão dolorosa e difícil da urina), polaciúria (aumento da freqüência miccional, sem aumento do volume urinário total), urgência miccional (necessidade imperiosa de urinar). Quadro de febre, com dor lombar e queixas miccionais, reproduzindo a clínica clássica da pielonefrite, que já pode ser encontrado nessa idade.

Vale ressaltar que os sintomas urinários podem ocorrer em outros quadros além da ITU, como no caso de litíase, vulvovaginite, irritação traumática ou química e infecções virais.

A localização da ITU, quanto ao comprometimento renal que leva a quadros mais graves, é uma questão bastante difícil. A clínica continua sendo valorizada como guia para a localização presuntiva da ITU. Assim, a presença de febre acima de 38°, acompanhada ou não de comprometimento do estado geral, sugere acometimento renal. A partir da idade pré-escolar, a localização dos sintomas é mais fácil.

DIAGNÓSTICO

A confirmação da ITU deve ser sempre feita a partir da cultura positiva de urina. O critério de positividade depende do método de coleta. Embora a coleta por jato médio seja o melhor, a realização desse procedimento vai depender da idade da criança. Nos lactentes o método mais utilizado é por meio do saco coletor. Deve-se orientar os familiares a ficarem atentos com a assepsia feita antes da colocação do saco coletor e para a necessidade de troca do mesmo a cada 30 a 40 minutos, caso a criança não tenha urinado. Quando esse método não funciona pode-se fazer o cateterismo vesical transuretral observando-se todos os rigores de assepsia. Nas crianças que urinam sob comando, o jato médio é o procedimento de escolha. Quando a criança se apresenta bastante doente, havendo necessidade de introdução imediata de antibioticoterapia, a conduta deve ser a coleta por cateterismo vesical e início do tratamento com o antibiótico.

Critérios para a confirmação de ITU:

Jato médio e saco coletor : Negativo: abaixo de 10.000 colônias/ml
Duvidoso: entre 10.000 e 100.000 colônias/ml
Positivo: acima de 100.000 colônias/ml

Cateterização vesical transuretral – positivo: igual ou acima de 50.000 colônias/ml.

Vale ressaltar que o diagnóstico jamais deve ser feito com base apenas no sedimento urinário. Vulvovaginites, balanopostites e lesões traumáticas podem ser causa de grandes leucocitúrias ou mesmo hematurias. A utilidade do sedimento é a de fornecer maiores subsídios para os casos de criança agudamente doente e nos casos de infecções por germes que não crescem nos meios de cultura habituais, reforçando que se deve continuar a investigação.

Um exame útil, mas pouco realizado, é o bacterioscópico de urina colhida em condições rigorosas de assepsia, o qual apresenta correlação positiva de 90% com a urocultura. O encontro de bactérias nesse exame autoriza o início da antibioticoterapia antes do resultado da cultura.

ETIOLOGIA

A *Escherichia coli* é o agente responsável por cerca de 90% dos casos. Em meninos, maiores de 1 ano de idade, começam a aparecer bactérias do gênero *Proteus*. Quando existem alterações do trato urinário, outros germes podem aparecer. Em meninas acima de 10 anos, o *Staphylococcus saprophyticus* é responsável por 1/3 dos casos.

Nas recorrências, 15% são pelo mesmo agente e 85% são devidos à reinfecção por sorotipos diferentes de *E. coli*.

Resultados de culturas com mais de um germe devem ser avaliados com cuidado, pois frequentemente significam contaminação.

CONDUTA

A conduta recomendada frente à suspeita de ITU depende da idade da criança, do estado geral e da presença de sintomas específicos:

1- Para o lactente

- a) Não febril, com sintomas inespecíficos: aguardar urocultura.
- b) Com quadro febril agudo e sintomas inespecíficos (hipoatividade, anorexia), estado geral conservado : observar a evolução do quadro febril e o aparecimento de outros sinais e sintomas. Após 3 dias de evolução, se persistir apenas a febre: colher bacteroscópico e urocultura.
- c) Com quadro febril e comprometimento do estado geral : colher exames e iniciar antibiótico.
Observação: Criança menor de 2 meses com febre, sem outros sinais encaminhar para o PS.

2-Para o pré-escolar e escolar

- a) Com sintomas urinários, sem febre: tratar com analgésicos até o resultado da cultura;
- b) Se houver febre, colher exames e iniciar o tratamento com antibiótico.

Sempre que houver comprometimento do estado geral, é aconselhável a investigação laboratorial imediata. Quadros febris, em crianças com bom estado geral e duração menor de 3 dias, sem sinais localizatórios, podem ser de origem viral.

Abordagem terapêutica

Os antimicrobianos de escolha para tratamento da ITU não hospitalar em criança são:

Amoxicilina, ampicilina, nitrofurantoína e sulfametoxazol-trimetoprima. O ácido nalidíxico pode ser usado em crianças acima de 12 meses, por conta dos efeitos colaterais como hipertensão intracraniana, em crianças no primeiro ano de vida (Quadro 27).

Esses medicamentos preenchem os requisitos necessários para o tratamento da ITU: atividade bactericida ou bacteriostática; pequeno ou nenhum efeito tóxico; alto grau de atividade da droga na urina; administração fácil; custos reduzidos e baixa capacidade de induzir resistência bacteriana na flora intestinal.

Quando há sinais que indiquem quadro de pielonefrite a escolha deve recair nos bactericidas: ampicilina, amoxicilina, cefalosporinas; sendo de escolha a amoxicilina pelos custos e facilidade de administração. As doses usadas são habitualmente mais baixas do que para outras infecções devido à excreção predominantemente urinária desses antimicrobianos. A medicação oral é altamente efetiva na maioria das crianças com ITU febril. O antibiograma é pouco útil na escolha do antimicrobiano no tratamento da ITU, pois os discos utilizados testam a inibição do crescimento bacteriano para concentrações no sangue e não na urina. Assim, os antibióticos de escolha podem ser utilizados mesmo quando no antibiograma aparece resistência aos mesmos.

A medicação oral é efetiva na maioria das crianças com ITU febril. Indica-se a internação para crianças com vômitos que impossibilitam o tratamento via oral e para aquelas com comprometimento do estado geral.

QUADRO 27. Antimicrobianos para tratamento da ITU em crianças

Droga	Dose mg/kg/dia	Intervalo e via de administração	Efeitos colaterais e contra-indicações
Sulfametoxazol Trimetoprima	40 8	12/12 horas, via oral	Depressão da medula óssea, reação cutânea Contra-indicado em <1 mês
Nitrofurantoína	5-7	6/6 horas, via oral	Náuseas, vômitos, reações de hipersensibilidade Contra-indicada em <1 mês Def. G-6-PD e insuf. Renal
Amoxicilina	50	8/8 horas, via oral	Reações de hipersensibilidade Dist. Gastrintestinais
Ampicilina	50 –100	6/6 horas, via oral	Reações de hipersensibilidade Dist. Gastrintestinais
Cefalexina	50-100	6/6 horas, via oral	Reações de hipersensibilidade Dist. Gastrointestinais Possibilidade de reação cruzada em pac.alérgicos à penicilina
Ácido nalidíxico	50	6/6 horas, via oral	Contra-indicado em < 1 ano Hipertensão intracraniana Fotossensibilização Dist. Gastrintestinais

Recomenda-se tratamento da ITU por 10 dias e, em seguida, cultura de controle após 3 dias da suspensão do antibiótico, exceto quando for instituída a quimioprofilaxia, pois nesses casos a cultura é feita na vigência do medicamento.

O seguimento da criança com ITU pode ser feito ainda na rede básica, desde que se garanta a retaguarda para investigação de alterações de vias urinárias.

Não há necessidade de realização da cultura após 48 horas de início do tratamento; a avaliação da sensibilidade à droga pode ser feita pela clínica. A febre pode persistir por 2 a 3 dias.

CRITÉRIOS PARA INVESTIGAÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Com a finalidade de identificar as crianças que apresentam maior risco de comprometimento renal, deve-se realizar a investigação do trato urinário nas crianças, com ultra-sonografia (US) e uretrocistografia miccional (UCM) nas seguintes situações:

1. no primeiro episódio em crianças de até 36 meses, de ambos os sexos;
2. no primeiro episódio em crianças do sexo masculino, independente da idade;
3. no primeiro episódio compatível clinicamente com pielonefrite, em crianças do sexo feminino com idade superior a 36 meses;
4. no segundo episódio em crianças do sexo feminino com idade superior a 36 meses, excetuando o caso acima.

O refluxo vésico-ureteral (RVU) primário é a alteração mais comumente encontrada nas crianças com ITU e constitui uma anomalia congênita da junção vésico-ureteral. A ocorrência de RVU primário em crianças até 2 a 3 anos de idade, com ITU sintomática é de 30 a 50%, em ambos os sexos. O RVU pode ser, ainda, secundário à obstrução uretral ou à disfunção vesical. É bem aceito que a associação de RVU e ITU aumenta o risco de pielonefrite e que 10 a 15% das pielonefrites evoluem para formação de cicatriz renal.

Algoritmo para avaliação de alterações de vias urinárias de crianças com ITU

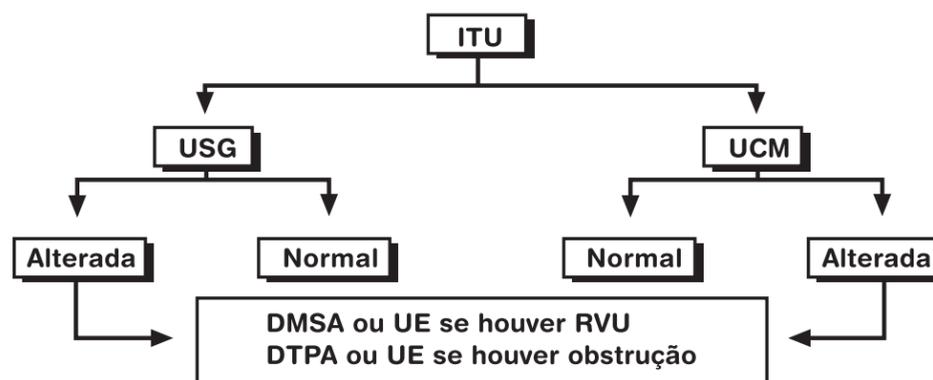


Figura: Algoritmo para avaliação de crianças com infecção do trato urinário (ITU). UCM = uretrocistografia miccional; US = ultra-sonografia das vias urinárias; DMSA = cintilografia renal com ácido dimercaptossuccínico; UE = urografia excretora; DTPA = cintilografia renal com ácido dietilenetriaminopentacético; RVU = refluxo vesicoureteral. Fonte: Rushton e Belman, 1994 (modificado).

A UCM pode ser solicitada após o resultado negativo da urocultura de controle realizada 72 horas após o término do tratamento da ITU. Anteriormente, recomendava-se aguardar 4 a 6 semanas após a ITU para fazer a UCM. Como não há evidências de que a ITU cause RVU não há necessidade de esperar este período para fazer esse exame. Nas crianças que tiveram a primeira infecção urinária com sintomatologia de pielonefrite (febre com temperatura igual ou maior que 38° C), recomenda-se manter a quimioprofilaxia até a realização da UCM. Nas demais, deve-se avaliar o tempo de espera para realização da UCM. Quando a data provável do exame não ultrapassar 60 dias, manter a quimioprofilaxia. Quando a demora para o exame for maior do que 2 meses e a criança não tiver tido pielonefrite, pode-se deixá-la sem medicação, acompanhando com uroculturas mensais.

Se a US e a UCM forem normais não há necessidade de continuar a investigação.

Se for detectada a presença de RVU é importante verificar se existem cicatrizes renais. Para isso, quando for acessível deve ser feita a cintilografia renal com DMSA e quando este exame não estiver disponível, faz-se a urografia excretora (UE). Quando esses exames estiverem alterados, encaminhar a criança para atendimento secundário.

Nos casos em que for diagnosticada lesão obstrutiva com estase, deve ser feita a cintilografia renal com DTPA ou a UE, associada ao uso de furosemida para diferenciar as obstruções estruturais das funcionais. Essas últimas desaparecem com o uso da furosemida.

Sempre que a US ou a UCM apresentarem alterações, é preciso continuar a investigação com cintilografia renal com DMSA e/ou DTPA e quando não for possível com a UE.

SEGUIMENTO DA CRIANÇA COM ITU

Para as crianças que não apresentam indicação de investigação do trato urinário ou quando a investigação com US e UCM for normal, fazer as orientações para a prevenção de ITU:

1. favorecer a ação dos mecanismos naturais de defesa da bexiga por meio da diluição da urina, garantindo boa ingestão hídrica e da eliminação dos agentes infecciosos pelo hábito de micções freqüentes e completas;
2. tratar a constipação intestinal, quando presente, pois a constipação pode favorecer a instalação de disfunção vesical.

EVOLUÇÃO

É comum o aparecimento de recorrências em pacientes que tiveram ITU. Esse risco é maior nos primeiros seis meses após o episódio, caindo gradativamente, sendo mínimo após dois anos de ausência de infecções. A possibilidade de recorrência pode atingir 40% dos casos, especialmente em meninas e cerca de 1/3 dos casos são assintomáticos. Dessa forma, é importante o seguimento com uroculturas que devem ser mais frequentes, logo após o episódio. Devido aos custos e à dificuldade de realizar com freqüência a urocultura, recomenda-se o seguinte esquema para o seguimento, propondo-se exames que vão se espaçando com o tempo: uroculturas nos meses 2,4,6,9,12,16, 20 e 24 após o último episódio de infecção.

Quando a urocultura realizada após 72 horas do término do tratamento for positiva, se o germe for o mesmo pode ser devido à falha do tratamento (recaída) ou reinfecção, o que pode ocorrer algumas horas após a suspensão do antimicrobiano. Isso porque, como já referido, cerca de 85% das recorrências deve-se à reinfecção por *E. coli*, sorotipo diferente. Como não se faz a sorotipagem no nosso meio, provavelmente, as falhas terapêuticas ou recaídas devem ser, na verdade, reinfecções. É importante considerar esse fato pois pode-se usar o mesmo antimicrobiano uma vez que se trata agora de outro germe.

ACOMPANHAMENTO DAS CRIANÇAS COM ITU RECIDIVANTE

ITU recidivante ou recorrente ou de repetição é definida quando 2 ou mais episódios de infecção ocorrem num período de 6 meses, ou pelo menos 3 episódios em um período de 1 ano. Para o seguimento, é preciso diferenciar dois grupos:

1. CRIANÇAS SEM ANOMALIA DO TRATO URINÁRIO

Em geral, os episódios são assintomáticos ou oligossintomáticos. A cada recidiva deve ser feito o tratamento por 10 dias. Pode ser utilizado o mesmo antimicrobiano, pois os germes, como já referido, em geral são diferentes. Em meninos, especialmente no primeiro ano de vida, deve-se considerar a possibilidade de indicar postectomia, pois há evidências de que o risco relativo de ITU em meninos não circuncidados é 4 a 10 vezes maior do que nos circuncidados.

Não há necessidade de instituir quimioprofilaxia antes de o terceiro episódio ter ocorrido num período de 6 meses. As drogas de escolha são a nitrofurantoína na dose de 1 a 2 mg/kg/dia e sulfametoxazol-trimetoprima (SMX-TMP) na dose de 10 a 20mg/kg/dia de sulfametoxazol. A medicação deve ser tomada em dose única à noite, podendo nos casos de falha terapêutica ser dividida em duas doses. A quimioprofilaxia deve ser mantida por um período de 3 a 6 meses. Quando, após a suspensão, houver recidiva, utilizar por mais 6 a 9 meses a quimioprofilaxia. Os controles com as uroculturas devem ser realizados sem a suspensão do antimicrobiano.

Um grupo de crianças, mesmo sem anomalias do trato urinário detectadas nos exames de imagem, desenvolve infecção sempre que se suspende a quimioprofilaxia. Essas crianças podem apresentar alterações na dinâmica miccional, cuja investigação deve ser feita nos serviços de atenção secundária.

As orientações de reeducação do hábito miccional, para evitar que a criança retenha urina por grandes intervalos de tempo e o aprendizado de como realizar micção contínua e completa são medidas importantes para o tratamento.

Um outro grupo de crianças apresenta bacteriúria assintomática, especialmente as do sexo feminino. São crianças que apresentam urocultura positiva sempre que se suspende a quimioprofilaxia, mas sem sintomas associados. As meninas com idade igual ou superior a 4 anos, com bacteriúria assintomática e com trato urinário normal, devem ser mantidas sem antimicrobianos, tratando-se apenas os episódios sintomáticos. Urocultura semestral deve ser feita para verificar se a bacteriúria ainda persiste, pois uma parte das crianças deixa de ser portadora assintomática espontaneamente.

A conduta é, portanto, clínica com orientação à família para, diante de qualquer sintoma de ITU, procurar a unidade para colher urocultura e iniciar o tratamento do episódio.

2. CRIANÇAS COM ANOMALIA DO TRATO URINÁRIO

Crianças que apresentam alterações obstrutivas do trato urinário como válvula de uretra posterior, estenose de junção pielo ureteral devem ser encaminhadas para o urologista.

Nos casos de RVU de grau I a III, o tratamento é clínico e pode ser feito na atenção básica. A indicação cirúrgica só deve ocorrer na falta de controle da recorrência de infecções sintomáticas. A partir do grau IV, está indicada a participação do nefrologista ou urologista. No grau V, a indicação é cirúrgica e no grau IV há controvérsias, devendo ser levado em conta, principalmente, a adesão do paciente à terapêutica e a presença de cicatriz renal.

Os casos em seguimento na unidade básica devem receber quimioprofilaxia até o desaparecimento do RVU. Os controles de urocultura devem ser semestrais e US anual para avaliar o crescimento renal. Além disso, a UCM feita anualmente permite avaliar se existe a regressão do RVU. Crianças com cicatriz renal devem fazer seguimento clínico anual até a vida adulta, com o objetivo de avaliar o crescimento renal, a pressão arterial e a função renal com solicitação de dosagem de uréia e creatinina.

O seguimento das crianças que tiveram ITU apresenta muitos problemas devido à dificuldade dos pais em aderir ao tratamento prolongado e à realização de tantos exames em uma criança aparentemente sadia. Os profissionais de saúde que acompanham a criança precisam explicar a natureza do problema à família, colocando os riscos e mostrando as possibilidades de sucesso do tratamento. Medidas profiláticas que orientem o hábito miccional, evitando a retenção prolongada da urina na bexiga são muito importantes na prevenção das ITU.

Parasitoses Intestinais

SANDRA MARIA CALLIOLI ZUCCOLOTTO
ANA MARIA BARA BRESOLIN

As parasitoses intestinais ainda constituem importante problema de saúde pública e sua ocorrência reflete as desigualdades no desenvolvimento sócio-econômico das regiões e as diferenças nas condições de vida da população. As precárias condições de habitação e a ausência de saneamento básico favorecem as infecções, inclusive as parasitárias.

As infecções podem ser assintomáticas, apresentarem manifestações esporádicas ou quadros clínicos graves e mesmo letais. A criança desnutrida pode apresentar quadro clínico grave, por vezes letal, sendo frequentes os distúrbios gastrintestinais crônicos, com perda de peso e anemia, piorando o estado nutricional. Nessas crianças, é comum o poliparasitismo. Já na criança eutrófica, as parasitoses são menos frequentes, geralmente oligossintomáticas ou mesmo assintomáticas. Nos pacientes imunodeprimidos ou com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), as parasitoses intestinais assumem importância pela gravidade do quadro clínico.

Quadro Clínico

A suspeita de parasitose deve estar presente quando existem queixas relacionadas não apenas ao trato gastrintestinal, mas também a outros aparelhos do organismo. A seguir, são discutidos os sinais e sintomas que podem sugerir o diagnóstico de parasitose intestinal.

Sinais e Sintomas

Diarréia - A diarréia é sintoma comum em algumas infecções por enteroparasitas, enquanto em outras pode ocorrer ocasionalmente. É frequente nas infecções por protozoários intestinais, na tricocéfalíase e na strongiloidíase. Os episódios diarréicos costumam ser autolimitados e com evolução variável, a qual depende da carga parasitária, das condutas terapêuticas adotadas e do estado imunológico e nutricional prévio da criança. Na maioria das vezes, a sintomatologia é moderada, com baixo número de evacuações, sendo a desidratação pouco frequente. No entanto, existem quadros de diarréia aguda em crianças imunocompetentes, acompanhados por febre e vômitos, que podem levar à desidratação, semelhantes àqueles determinados por bactérias e vírus, associados principalmente às infecções por protozoários coccídeos - criptosporidiose, isosporíase e ciclosporíase - e à esquistossomose aguda. Em um número menor de casos, a evolução pode ser crônica, com episódios recorrentes de diarréia intercalados com períodos de eliminação de fezes normais ou ressecadas ou com queixa de diarréia persistente de longa duração. Nesses casos, deve-se pesquisar especialmente a presença de giardíase.

As manifestações clínicas dependem da localização intestinal da infecção. Os enteroparasitas que habitam no intestino grosso como *Entamoeba histolytica*, *Dientamoeba fragilis*, *Balantidium coli*, *Tricocephalus trichiurus* e *Schistosoma mansoni* podem causar inflamação e ulceração da mucosa intestinal, manifestando-se com fezes amolecidas ou com muco e sangue e, às vezes, como na colite amebiana e na tricocéfalíase maciça, com evacuações mucopiossanguinolentas. O quadro da esquistossomose aguda pode

ocorrer quando se inicia a oviposição, após um a dois meses da penetração das cercárias, e é caracterizado por febre, cefaléia, mialgia, mal-estar, acompanhado por sintomas gastrintestinais como, diarréia ou disenteria, náuseas, vômitos e dores abdominais; sintomas respiratórios como tosse e broncoespasmo e manifestações cutâneas de hipersensibilidade como prurido generalizado e urticária. O diagnóstico é difícil, pois nessa fase geralmente não se encontram ovos nas fezes. A suspeita de esquistossomose aguda é feita por meio da história de viagem para regiões onde a esquistossomose é endêmica, banhos em córregos ou rios e o encontro de leucocitose com eosinofilia moderada no hemograma. Após a fase aguda que é autolimitada, o paciente pode evoluir lentamente para a cronificação da doença. A forma intestinal pode ser assintomática ou manifestar-se com diarréia recorrente, com fezes mucossanguinolentas e a forma hepatointestinal, com diarréia, epigastralgia e hepatomegalia.

Os parasitas que se localizam preferencialmente no intestino delgado como o *Strongyloides stercoralis*, *Giardia lamblia*, *Cryptosporidium*, *Isospora belli*, *Cyclospora* e os microsporídeos podem causar lesões nas microvilosidades do epitélio intestinal, determinando alterações absorptivas e levando ao aparecimento de diarréia do tipo osmótico. Em crianças imunocompetentes, a criptosporidiose pode determinar quadro de diarréia associada à febre, vômitos, dor abdominal e desidratação, sendo geralmente de evolução benigna e autolimitada. O quadro clínico tende a ser mais grave em crianças pequenas e nos desnutridos, com a diarréia durando de 10 a 14 dias, tendo inclusive sido relatados casos com evolução prolongada, por 3 a 5 semanas. Na isosporíase, a apresentação clínica mais freqüente nas crianças imunocompetentes é constituída por diarréia aguda de caráter autolimitado, geralmente acompanhada por febre, anorexia, náuseas e vômitos. Pode apresentar eosinofilia leve ou moderada no hemograma, com contagem de eosinófilos representando em média 25 a 45% do número de leucócitos. A ciclosporíase caracteriza-se por aparecimento abrupto de diarréia aquosa, sendo que sintomas de gripe como mal-estar, mialgia e anorexia podem estar presentes. Febre foi relatada em 25% dos casos e perda de peso pode ocorrer em indivíduos imunodeprimidos e imunocompetentes. Ainda em indivíduos imunocompetentes, existem alguns casos relatados na literatura de microsporidiose com diarréia autolimitada associada à dor abdominal e náuseas causada pelos *E.bieneusi* e *E.intestinalis*.

Em pacientes com AIDS ou imunodeprimidos, a criptosporidiose, a isosporíase, a ciclosporíase e a microsporidiose são consideradas complicações sérias, pois podem provocar diarréia aquosa, sem muco ou sangue, com perda de grande volume líquido, semelhante àquela produzida pelo vibrião colérico ou ser recorrente ou persistente, determinando, por vezes, um quadro progressivo de má-absorção com perda de peso e anorexia, podendo ser fatal.

Nos últimos anos, vários relatos vêm associando alguns protozoários intestinais considerados como comensais, portanto não-patogênicos, com manifestações gastrintestinais. Assim, encontra-se em estudo a patogenicidade do *Blastocystis hominis* e da *Entamoeba coli*. O *B.hominis* tem sido associado a sintomas de diarréia leve ou moderada, flatulência, dor abdominal, náuseas e vômitos. O estado do portador assintomático de *B.hominis* está bem documentado. Até recentemente, a *Entamoeba coli* era considerada sempre não-patogênica, entretanto, em 1991, foram relatados casos de pacientes colonizados por *E. coli* que apresentavam diarréia persistente de longa duração, com fezes amolecidas mas não liquêfeitas, sem muco ou sangue, acompanhada por cólica e flatulência e que responderam ao tratamento anti-amebiano. A conduta recomendada no momento, quando *B.hominis* ou *E.coli* for identificado nas fezes de pacientes sintomáticos, é de investigar outras etiologias para o quadro clínico de diarréia, antes de assumir que um desses parasitas seja a causa dos sintomas.

Desnutrição e perda de peso - O comprometimento do estado nutricional nas enteroparasitoses, em geral, é conseqüente à intensidade e cronicidade da infecção, ao agravamento da desnutrição prévia e/ou ao uso de dietas inadequadas, sendo freqüente, nesses casos, o encontro de poliparasitismo associado a episódios de infecções intestinais bacterianas ou virais. Em relação às helmintíases, nas formas graves de ancilostomíase, estrogiloidíase, tricocefaliase e esquistossomose, especialmente em indivíduos desnutridos, cronicamente infectados, pode haver hipoalbuminemia, decorrente da má absorção de nutrientes e/ou da enteropatia com perda de proteínas, levando à piora do estado nutricional.

Na giardiase, algumas crianças podem apresentar quadro clínico compatível com má absorção, semelhante ao que ocorre na doença celíaca, com perda de peso, distensão abdominal e esteatorréia.

Nos pacientes imunodeprimidos ou com AIDS, as infecções por protozoários microsporídeos ou coccídeos - criptosporidiose, isosporíase e ciclosporíase - podem causar quadro de diarréia crônica persistente, com síndrome de má-absorção, determinando a perda de peso e desnutrição.

Dor Abdominal, náuseas e vômitos - Dor abdominal, náuseas e vômitos são sintomas que podem estar presentes em qualquer parasitose intestinal, geralmente acompanhando o quadro de diarreia. Na estrogiloidíase, dor abdominal epigástrica em queimação, semelhante à que ocorre na síndrome ulcerosa pode ocorrer em associação com diarreia ou disenteria crônica. Alguns autores advogam que a giardíase pode provocar um quadro de dor abdominal recorrente associado à diarreia recorrente, plenitude pós prandial e náuseas.

Nos casos de dor abdominal recorrente (DAR), uma conduta muito comum no nosso meio é limitar a abordagem da criança com essa queixa à prescrição de vermífugos. Esta conduta parte do pressuposto que parasitose intestinal pode ser causa de DAR, apesar de não existirem estudos controlados confirmando tal hipótese. Além disso, observa-se que várias crianças, apesar da cura parasitológica, permanecem com a queixa. Por outro lado, mesmo quando existe melhora do sintoma após o tratamento, não é possível excluir o fato de que a melhora possa ter ocorrido devido ao efeito placebo da droga. Assim, recomenda-se que, nos casos de DAR, as parasitoses intestinais sejam investigadas e tratadas, sem contudo interromper a abordagem diagnóstica.

Eliminação de parasitas - Na ascaridíase, é comum a referência de eliminação de vermes cilíndricos junto com as fezes e, mais raramente, com os vômitos. Na tricocefalíase, quando existe prolapso retal associado, pode-se visualizar pequenos vermes fixados à mucosa prolabada. Na enterobíase, freqüentemente, o verme adulto pode ser descrito como um "curto fio de linha branca", que se movimenta nas fezes ou na região perianal, principalmente à noite. Na teníase, a queixa mais freqüente é o desconforto causado pela migração ativa e isolada das proglotes pelo ânus, no caso da *Taenia saginata* ou o encontro das proglotes nas fezes, no caso da *Taenia solium*. As proglotes são descritas como vermes pequenos e chatos.

Prolapso retal - O prolapso retal está relacionado à tricocefalíase, no qual a mucosa prolabada apresenta-se edemaciada, ulcerada e, por vezes, repleta de vermes a ela fixados.

Prurido anal e vulvar - Na enterobíase, a queixa mais freqüente é de prurido anal, que se exacerba à noite pela migração das fêmeas para oviposição, causando insônia e grande irritabilidade no indivíduo. Nessa parasitose, o prurido vulvar ocorre devido à migração dos vermes para a vulva, podendo determinar um quadro de vulvovaginite com a presença de corrimento.

Presença de sangue nas fezes - geralmente associada à diarreia, pode ocorrer na ancilostomíase maciça, tricocefalíase maciça, estrogiloidíase, esquistossomose, amebíase, balantidíase e dientamebíase.

Manifestações pulmonares - A fase larvária pulmonar da ascaridíase, ancilostomíase, estrogiloidíase e esquistossomose pode se manifestar como quadro bronquítico ou pneumonia intersticial, de intensidade variável e sintomas gerais como febre, cefaléia e mal-estar que caracterizam a síndrome de Loeffler. O hemograma mostra, geralmente, leucocitose com eosinofilia moderada de até 50% e o exame radiológico pode evidenciar um processo de infiltração difusa. O encontro de larvas no escarro ou no lavado gástrico confirma o diagnóstico. Essas manifestações regridem espontaneamente, em média, após uma a duas semanas.

Na esquistossomose crônica podem ocorrer as formas pulmonares, das quais as mais graves estão relacionadas à arterite da artéria pulmonar levando à hipertensão pulmonar e ao cor *pulmonale* crônico.

Especialmente em pacientes imunodeprimidos, a criptosporidiose pode determinar comprometimento das vias respiratórias, sem diarreia associada, manifestando-se com quadro de tosse, taquipnéia, sibilância, laringite e rouquidão. Os oocistos são encontrados no escarro, no lavado brônquico e na biópsia pulmonar

Hepato e/ou esplenomegalia - Hepatomegalia dolorosa e esplenomegalia podem ser encontradas na fase aguda da esquistossomose. Nas fases crônicas, pode-se encontrar fígado aumentado e endurecido e por vezes com superfície nodular, sem esplenomegalia ou hipertensão porta. Nos casos avançados e graves, existe a forma hepatoesplênica com hipertensão porta, sendo que a esplenomegalia pode ser discreta ou de grande volume.

Abcesso hepático, segunda forma mais freqüente de amebíase invasiva, ocorre em 1 a 7% das crianças e em 10 a 50% dos adultos com amebíase intestinal invasiva. Entretanto, menos de 30% dos pacientes com abscesso amebiano hepático referem história de diarreia prévia. Em crianças, o quadro mais comum é de febre alta, distensão abdominal, irritabilidade e às vezes taquipnéia. Hepatomegalia é um achado freqüente. Várias

dessas crianças são hospitalizadas com febre de origem indeterminada. Quando o tratamento não é instituído, a morte geralmente é decorrente de perfuração do abscesso hepático no peritônio, pleura ou pericárdio.

Manifestações cutâneas e subcutâneas - Manifestações cutâneas de hipersensibilidade estão relacionadas às enteroparasitoses, especialmente às helmintíases, tendo sido relacionados à ascariíase, estrogiloidíase e esquistossomose aguda. Nas duas primeiras, o quadro é principalmente de urticária ou edema angioneurótico. Na esquistossomose aguda, podem surgir prurido generalizado, placas eritematosas, urticária, edema de face ou lesões purpúricas.

Na ancilostomíase e na esquistossomose, a penetração das larvas na pele pode ocasionar prurido e exantema papuloeritematoso localizado, sendo mais freqüente nas reinfecções.

Anemia - Anemia ferropriva decorrente da espoliação intestinal de ferro encontra-se relacionada principalmente à ancilostomíase e à tricocefalíase. Na ancilostomíase, os vermes aderem à mucosa intestinal, provocando pequenas ulcerações: e secretam substâncias anticoagulantes que lhes permitem sugar o sangue da mucosa intestinal. Nas infecções graves pode ocorrer, também, deficiência de ácido fólico por problema na absorção, carência na alimentação ou aumento da demanda.

Alteração no hemograma : eosinofilia - No hemograma, eosinofilia leve e moderada, com eosinófilos representando até 50% do número total de leucócitos, pode ser encontrada na ancilostomíase, ascariíase, estrogiloidíase, esquistossomose e isosporíase.

Outras Complicações Decorrentes das Parasitoses Intestinais

Na ascariíase, as complicações devidas à migração do verme adulto ou à obstrução intestinal por "bolo de vermes" são pouco comuns, mas podem ser fatais se não forem diagnosticadas e tratadas precocemente. A obstrução intestinal é mais freqüente na porção terminal do íleo, sendo produzida não apenas pelos vermes enovelados, mas também por espasmo intestinal. Febre, alimentos picantes, anestesia geral e outras drogas podem provocar a migração de vermes adultos, ocasionando obstrução dos ductos hepáticos, apendicite, perfuração intestinal e obstrução do ducto pancreático. Os vermes podem penetrar nas vias respiratórias altas e tuba auditiva, nos casos de vômitos com áscaris.

No parasitismo humano pela *Taenia solium*, existe a possibilidade do homem tornar-se hospedeiro intermediário, desenvolvendo a cisticercose. Quando o ovo no estômago libera o embrião, este penetra na mucosa gástrica, alcança a circulação sistêmica, podendo atingir várias regiões do organismo. A sintomatologia vai depender da localização do embrião e da reação tecidual por ele desencadeada, sendo que a gravidade maior da doença encontra-se nos casos em que as larvas se instalam no sistema nervoso central, determinando a neurocisticercose.

Na infecção por *E. histolytica* e por *B.coli*, pode ocorrer a colite fulminante, com ulceração do cólon e da área perianal e, mais raramente, perfuração intestinal. Em crianças pequenas, invaginação intestinal, perfuração e peritonite ou colite necrotizante podem surgir rapidamente.

Na balantidíase, pacientes com AIDS podem apresentar disseminação da infecção, tendo sido associada à nefrite intersticial, ureterite, cistite, conjuntivite, infecção pulmonar e infecção do sistema nervoso central.

Ameboma é uma apresentação intestinal rara de amebíase, representado por um granuloma com parede fibrosa, podendo atingir tamanho suficiente para causar suboclusão ou oclusão intestinal. Pode apresentar-se como massa anular na luz do cólon, sendo assim confundido com carcinoma intestinal ou como uma massa de consistência amolecida extra-hepática, mimetizando abscesso piogênico.

A síndrome hiperinfeciosa é complicação da estrogiloidíase nos pacientes imunodeprimidos. No quadro clínico, pode-se encontrar febre, dor abdominal difusa, náusea, vômito, diarreia ou disenteria, distensão abdominal, íleo paralítico e síndrome de choque, associada à hipoproteinemia e hipopotassemia. A mortalidade é elevada, em torno de 85% e decorre da associação das lesões parasitárias com infecção bacteriana secundária.

Estudos têm demonstrado que o curso da infecção por *H. nana* em ratos é influenciado pela imunodepressão, determinando a multiplicação anormal dos cisticercos nas vísceras. Portanto, a himenolepiase é uma parasitose que deve ser eliminada antes de se iniciar uma terapêutica imunossupressiva.

TRATAMENTO

O tratamento das parasitoses intestinais depende do tipo de verme, do estado imunológico do hospedeiro e da gravidade do quadro clínico. Todos os indivíduos antes de iniciar tratamento imunossupressor, devem ser investigados e tratados, principalmente se apresentarem estrogiloidíase, himenolepíase, criptosporidiose, ciclosporíase, isosporíase, microsporidiose e balantidíase, pois essas infecções podem cursar com doença diarreica grave e/ou disseminação generalizada do parasita em pacientes imunodeprimidos ou com AIDS.

TRATAMENTO DAS HELMINTÍASES

Quando houver suspeita de helmintíase intestinal, pela presença de sinais e sintomas sugestivos desse diagnóstico, o tratamento pode ser realizado mesmo sem a confirmação do exame de fezes. Exceção deve ser feita em relação à esquistossomose - doença de notificação compulsória em alguns estados e municípios - que deve ser confirmada com exames laboratoriais, pois tratamento específico só está indicado quando são encontrados ovos viáveis nas fezes ou, mais raramente, em amostras de biópsia.

Recomenda-se tratamento para todas as helmintíases consideradas patogênicas, mesmo que no momento do diagnóstico o paciente encontre-se assintomático. Os esquemas terapêuticos para cada helmintíase, a eficácia, os efeitos colaterais e as contra-indicações das principais drogas anti-helmínticas estão apresentados no Quadro 28. Nos casos de poliparasitismo, quando não houver possibilidade de se utilizar uma única droga com ação sobre todos os parasitas, deve-se inicialmente tratar os vermes que apresentam a possibilidade de migração no trato gastrointestinal como *Ascaris lumbricoides* e o *Strongyloides stercoralis*.

QUADRO 28 - Esquema de tratamento das principais helmintíases

Parasitose	Droga	Dose	Administração	Efeitos colaterais	Eficácia/contra-indicações
Ancilostomíase	Mebendazol	100 mg/dose, 2 vezes por dia, durante 3 dias.	Via oral	Discretos: dor abdominal, diarreia.	Eficácia: 60 a 90% Contra-indicações: não é recomendado o seu uso em gestantes
	Albendazol	Criança >2 anos e adultos: 400 mg/dia	Via oral, dose única.	Dor abdominal, diarreia, cefaléia	Eficácia: em torno de 90%. Contra indicações: gravidez Poucos estudos em menores de 2 anos.
	Pamoato de Pirantel	20 mg/Kg/dia, dose durante 3 dias, dose máxima: 1g.	Via oral, em dose única diária.	Pouco frequentes: sonolência, anorexia, náuseas, vômitos, diarreia, dor abdominal, cefaléia, tonturas, erupção cutânea.	Eficácia: 85% Contra-indicações: não está bem estabelecida a segurança do seu uso em gestantes; parece haver pouca possibilidade de dano ao feto, devido à baixa absorção intestinal
Ascaridíase ¹	Tetramisol (Levamisol)	< 2 anos: 20 mg 2-8 anos: 40 mg > 8 anos: 80 mg adulto: 150 mg	Via oral, dose única à noite, antes de deitar.	Raros	Eficácia: em torno de 90%.
	Pamoato de Pirantel	10 mg/Kg/dia, dose máxima: 1 g	Via oral, dose única em qualquer horário.	Os mesmos da ancilostomíase.	Eficácia: 90 a 100 %. Contra-indicações: ver tratamento ancilostomíase.
	Mebendazol	100 mg/dose, 2 vezes por dia, durante 3 dias.	Via oral	Os mesmos da ancilostomíase.	Eficácia: 90 a 100 %. Contra-indicação: ver tratamento ancilostomíase e obstrução intestinal pelo áscaris
	Albendazol	Criança >2 anos e adultos: 400mg/dia	Via oral, dose única	Os mesmos da ancilostomíase.	Eficácia: 90 a 100 %. Contra-indicações: ver tratamento ancilostomíase

Parasitose	Droga	Dose	Administração	Efeitos colaterais	Eficácia/contra-indicações
Enterobíase ou Oxiuriase²	Pamoato de Pirvínio	10 mg/Kg/dia, dose máxima: 700 mg	Via oral, dose única pela manhã. Repetir após 2 semanas	Frequentes, leves: náuseas, vômitos, cólicas abdominais, diarreias, cefaléia, fotossensibilidade. Cora as fezes e urina em vermelho.	Eficácia: cerca de 90 %. Contra-indicações: gestação
	Mebendazol	100 mg/dose, 2 vezes por dia, durante 3 dias.	Via oral. Repetir após 2 semanas	Discretos	Eficácia: 90 a 100 %. Contra-indicações: ver tratamento ancilostomíase
	Pamoato de Pirantel	10 mg/Kg/dia, dose máxima: 1 g	Via oral, dose única em qualquer horário. Repetir após 2 semanas.	Os mesmos da ancilostomíase.	Eficácia: 85 a 95 %. Contra-indicações: ver tratamento ancilostomíase
Esquistossomose mansônica³	Albendazol	Criança >2 anos e adultos: 400mg/dia	Via oral, dose única. Repetir após 2 semanas.	Os mesmos da ancilostomíase.	Eficácia: 65 a 100 %. Contra-indicações: ver tratamento ancilostomíase
	Oxamniquine	Criança até 30kg: 20 mg/kg/dia, divididos em 2 doses, cada 6 a 8 horas. Dose máxima: 1 g. Adulto: 15 mg/Kg/dia.	Se a droga for usada durante o dia, deixar o paciente em repouso e sob observação. Via oral, dose única, à noite, após o jantar; manter repouso	Sonolência, tonturas, cefaléia, anorexia, náuseas, vômitos, distúrbios neuropsíquicos (excitação, alucinação), convulsões, especialmente nos indivíduos que já tiveram quadro convulsivo prévio.	Eficácia: em torno de 85% para adultos e 65% para as crianças. Contra-indicações: nefropatias, hepatopatias e cardiopatias graves, gestação.
	Praziquantel	40 a 50 mg/dia.	Via oral, dose única.	Pouco frequentes: distúrbios gastrintestinais-cólicos, diarreia, náuseas, vômitos-cefaléia, tonturas, sonolência, exantema alérgico	Eficácia: cerca de 72% (adultos) e 65% (crianças) Contra-indicações: hepatopatias, nefropatias, cardiopatias graves e gestação.

Parasitose	Droga	Dose	Administração	Efeitos colaterais	Eficácia/ contra-indicações
Estrongiloidiase⁴	Tiabendazol	25 mg/Kg/dose, 2 vezes ao dia, durante 2 dias, dose máxima: 3g.	Via oral, após as refeições.	Frequentes: tonturas, anorexia, náuseas, vômitos, sonolência. Mais raros: febre, diarreia, erupção cutânea, cefaléia, hipotensão, síncope, síndrome de Stevens-Johnson.	Eficácia: 90% Contra-indicações: hepatopatias Recomendação: não utilizar no primeiro trimestre de gravidez.
	Cambendazol	5 mg/Kg/dia dose máxima: 360 mg/dia	Via oral, dose única	Pouco comuns: astenia, cefaléia, sonolência, mialgia, irritação gastrointestinal	Eficácia: 90%. a 95% Contra indicações: gestação
	Albendazol	Criança >2 anos 400 mg/dia	Via oral, dose única	Os mesmos da ancilostomíase	Eficácia: 80 a 85 %. Contra-indicações: ver tratamento ancilostomíase
	Ivermectina	Crianças com peso ≥ 15 kg 200 mg/kg/dia	via oral, dose única	Pouco comuns, leves e transitórios: cefaléia, prurido, astenia, náusea, diarreia e tremores	Eficácia: 88 a 100% Contra-indicações: gestação. Amamentação, crianças com peso inferior a 15 kg.
Himenolepiase	Praziquantel	20 a 25 mg/Kg/dia.	Via oral, dose única.	Os mesmos da esquistossomose.	Eficácia: ao redor de 80 %. Contra-indicações: hepatopatias, nefropatias, cardiopatias graves e gestação.
	Nidlosamida	Adulto e Criança > de 8 anos: 1g/dia, durante 6 dias < 8 anos: 0,5 g/dia, durante 6 dias	Via oral, após refeição, mastigar bem os comprimidos.	Raros: náuseas, dor abdominal, mal-estar	Eficácia: 60 a 80 %. Contra-indicação; gravidez

Parasitose	Droga	Dose	Administração	Efeitos colaterais	Eficácia/contra-indicações
Teníase	Praziquantel	10 mg/Kg/dia.	Via oral, dose única.	Os mesmos da esquistossomose.	Eficácia: 95 a 100 %. Contra-indicações: ver tratamento esquistossomose
	Mebendazol	200 mg/dose, 2 vezes ao dia, durante 4 dias.	Via oral.	Os mesmos da ancilostomíase.	Eficácia: 90 %. Contra-indicações: ver tratamento ancilostomíase
	Albendazol	Criança >2 anos: 400mg/dia, durante 3 dias	Via oral.	Os mesmos da ancilostomíase.	Eficácia: ao redor de 83 %. Contra-indicações: ver tratamento ancilostomíase
	Niclosamida	Adulto e Criança > de 8 anos: 2g/dia, 2-8 anos: 1g/dia, <2 anos: 0,5g/dia	Via oral, após refeição, mastigar bem os comprimidos.	Raros. Os mesmos da himenolepiase.	Eficácia: 60 a 80 %. Contra-indicação: gravidez
Tricocefalíase	Pamoato de Oxipirantel	Criança: 20mg/Kg/dia. Adulto: 440 mg	Via oral, dose única.	Raros.	Eficácia: 70 a 90 %. Contra-indicações: ver tratamento ancilostomíase
	Mebendazol	100 mg/dose, 2 vezes por dia, durante 3 dias.	Via oral	Os mesmos da ancilostomíase.	Eficácia: 75 a 80 %. Contra-indicações: ver tratamento ancilostomíase
	Albendazol	Criança >2 anos: 400mg/dia	Via oral.	Os mesmos da ancilostomíase.	Eficácia: 65 a 85 %. Contra-indicações: ver tratamento ancilostomíase

1. O tratamento da suboclusão intestinal por ascáris é feita com piperazina, pois atua paralisando o verme, facilitando sua eliminação pelo peristaltismo intestinal. Recomenda-se a dose de 75 a 100 mg/kg (máximo de 3g), por sonda nasogástrica, com o paciente em jejum. A seguir, administra-se óleo mineral (Nujoll), por sonda, 40 a 60ml inicialmente e, se necessário, 1,5 a 30ml a cada duas horas. Quando o tratamento inicial é ineficaz, após 6 horas pode-se administrar uma dose de 65mg/kg de piperazina e, se necessário, repetir a dose após outras seis horas.
2. O tratamento da enterobíase deve ser administrado a todas as pessoas infectadas da família ou agrupamento institucional.
3. Oxaminiquine e praziquantel não atuam sobre as formas larvárias, responsáveis pela fase aguda da esquistossomose.
4. A ivermectina apresenta eficácia semelhante ao tiabendazol, com menos efeitos colaterais. Para tratar a hiperinfecção e disseminação da estrogiloidíase, o tiabendazol é indicado na dose de 25 a 50mg/Kg/dia (máximo de 3g/dia), dividida em três vezes, por 7 a 10 dias ou mais, se necessário, até a negatização do exame de fezes.

TRATAMENTO DAS PROTOZOOSSES

Amebíase - O tratamento deve ser instituído em todo caso comprovado de amebíase. As drogas amebicidas podem ser classificadas em relação à sua ação sobre a ameba e ao local de efeito máximo terapêutico. Os derivados da dicloracetamida, ou seja, a etofamida e o teclosan, são amebicidas de ação direta sobre o protozoário, não absorvíveis e eficazes na luz intestinal. Os derivados do nitroimidazol, representados pelo metronidazol, tinidazol e secnidazol, são amebicidas com eficácia em todas as localizações, tanto intestinal como extra-intestinal.

As doses dos derivados do nitroimidazol recomendadas para o tratamento da amebíase, assim como a relação de efeitos colaterais, cuidados e contra-indicações encontram-se resumidos no Quadro 29. No Quadro 30, estão descritos os esquemas de tratamento propostos para as diversas formas clínicas da amebíase intestinal. Após qualquer dos esquemas terapêuticos propostos, a fim de extinguir a amebíase primitiva, completa-se o tratamento com o uso de um amebicida de ação exclusivamente luminal, ou seja, com o teclosan ou a etofamida. Todos os portadores assintomáticos devem ser tratados, pois, além de atuarem como fonte de propagação da doença, existe o risco de desenvolverem a forma invasiva da amebíase. Como primeira escolha, recomendam-se os amebicidas de ação luminal exclusiva - a etofamida ou o teclosan. O uso isolado de metronidazol apresenta falha terapêutica em cerca de um terço desses casos. O tratamento da amebíase hepática inicia-se com o mesmo esquema terapêutico da doença intestinal grave, especificado no Quadro 30. A cura da amebíase não pode ser considerada apenas pela melhora ou desaparecimento das manifestações clínicas, mas deve ter confirmação laboratorial, por meio da negativação do parasitológico de fezes.

QUADRO 29 - Tratamento da amebíase com os derivados do nitroimidazol.

Substância básica	Dose	Duração do tratamento	Efeitos colaterais, contra-indicações e cuidados
Metronidazol	35 a 50 mg/kg/dia, divididos em 3 vezes, VO ● adulto: 750 mg/dose, 3 vezes por dia, VO	Para quadros leves e moderados, 5 dias Para quadros graves, 10 dias	<ul style="list-style-type: none"> ● Administrar após as refeições ● Evitar uso de bebidas alcoólicas ● Efeitos colaterais mais freqüentes: náuseas, cefaléia, gosto metálico Ocasionalmente: vômitos, diarreia e erupção cutânea Raramente: convulsões, ataxia e leucopenia ● Contra-indicações: gravidez, doença neurológica ativa e discrasias sangüíneas. ● Administrar com cuidados na insuficiência renal.
Tinidazol	50 mg/kg/dia, dose única, VO ● adulto: 2g/dia, dose única, VO	3 dias	
Secnidazol	30 mg/kg/dia, dose única, VO ● adulto: 2g/dia, dose única, VO		

VO= via oral

QUADRO 30 - Esquemas de tratamento da amebíase intestinal.

Quadro Clínico	Substância básica	Esquema terapêutico
Assintomático	Teclosan	<ul style="list-style-type: none"> • Crianças até 40 kg: 100mg/dose, 3 vezes por dia, VO, por 5 dias Acima de 40 kg: 200mg/dose, 3 X por dia, 5dias • 25 mg/kg/dia VO, divididos em 3 X, por 5 dias. Dose máxima: 1g/dia, dividido em 2 doses por dia.
	Etofamida	
Doença intestinal leve ou moderada	Derivado do Nitroimidazol*	• Esquemas referidos no Quadro 29
Doença intestinal grave ou amebíase hepática	Metronidazol*	<ul style="list-style-type: none"> • 50 mg/kg/dia, divididos em 3 vezes, por 10 dias. dose máxima: 2,25g/dia. • 50 mg/kg/dia, dose única, por 5 dias dose máxima: 2g/dia
	Tinidazol*	

* O tratamento deve ser completado com o uso de um antiamebiano de ação luminal exclusiva, isto é, etofamida ou teclosan, na mesma dose proposta para o tratamento da amebíase assintomática

VO = via oral.

Giardiase - O tratamento de portadores assintomáticos, definidos como adultos ou crianças saudáveis com exame de fezes positivo para *G.lambli*, não é recomendado, exceto nos casos de contatos domiciliares com mulheres grávidas e nos pacientes com hipogamaglobulinemia e fibrose cística. O tratamento de portadores assintomáticos não tem demonstrado eficácia no controle de epidemias em creches.

Os derivados do nitroimidazol, representados pelo metronidazol, tinidazol, secnidazol e nimorazol, são atualmente considerados drogas de primeira escolha, pela sua alta eficácia. Recentemente, estudos randomizados têm demonstrado que a administração de albendazol na dose de 400 mg/dia, durante cinco dias, em crianças acima de 2 anos de idade, apresenta eficácia semelhante ao uso de metronidazol por 5 dias, ao redor de 95%. A posologia de cada droga e respectivos efeitos colaterais, cuidados e contra-indicações encontram-se resumidos no Quadro 31.

QUADRO 31 - Esquemas de tratamento da giardíase.

Substância básica	Dose	Duração	Efeitos colaterais, cuidados, contra-indicações
Metronidazol	15-20 mg/kg/dia, VO, 2 vezes ao dia. ● adulto: 500 mg/dia	5 dias	<ul style="list-style-type: none"> ● Administrar após as refeições ● Evitar uso de bebidas alcoólicas. ● Efeitos colaterais mais frequentes: náuseas, cefaléia, gosto metálico. Ocasionalmente: vômitos, diarreia e erupção cutânea Raramente convulsões, ataxia e leucopenia <ul style="list-style-type: none"> ● Contra-indicações: gravidez, doença neurológica ativa e discrasias sangüíneas. Administrar com cuidados na insuficiência renal
Secnidazol	30 mg/kg/dose única, VO ● adulto: 2 g/dose única		
Tinidazol	50 mg/kg/dose única, VO. ● adulto: 2g/dose única		
Nimorazol	15-20 mg/kg/dia, VO, 2 vezes ao dia (máximo: 500 mg/dose)	5 dias	
Albendazol	Criança >2 anos e adultos: 400 mg/dia	5 dias	<ul style="list-style-type: none"> ● Dor abdominal, diarreia, cefaléia ● Contra indicação: gravidez ● Poucos estudos em menores de 2 anos
Furazolidona	8-10 mg/kg/dia, VO, 3 vezes ao dia ● adulto: 400 mg/dia	7 dias	<ul style="list-style-type: none"> ● Efeitos colaterais Ocasionalmente, vômitos, diarreia, náuseas e febre. Raramente, reações e hipersensibilidade como hemólise, hipotensão e urticária. <ul style="list-style-type: none"> ● A urina adquire cor acastanhada. ● Contra-indicações: história de hipersensibilidade a nitrofurânicos, portadores da deficiência de G-6-PD e gestação.

VO = via oral

Dientamebíase - Várias drogas têm sido utilizadas no tratamento da infecção por *Dientamoeba fragilis*. No entanto, não existem estudos controlados que possam definir a terapêutica mais eficaz. Atualmente recomenda-se a tetraciclina na dose de 40 mg/kg/dia, até o máximo de 2g/dia, dividida em quatro vezes, por dez dias, para criança com idade igual ou maior de nove anos. Para crianças menores de nove anos de idade e para pacientes com contra-indicações ao uso de tetraciclina, o metronidazol é a opção terapêutica, na dose de 50mg/kg/dia, até o máximo de 2,25g/dia, dividida em três vezes, por cinco dias.

Balantidiase - Para o tratamento da balantidiase intestinal, várias drogas têm sido estudadas, geralmente mostrando melhora da sintomatologia. No entanto, em muitos casos, o parasita não consegue ser erradicado. Para crianças com idade igual ou maior de nove anos, a tetraciclina é a droga de escolha, na dose de 40 mg/kg/dia até o máximo de 2g/dia, dividida em quatro vezes, por dez dias. O metronidazol, na dose de 35 a 50 mg/kg/dia, dividida em três vezes, por 5 dias, é considerado uma boa opção terapêutica, sendo recomendado para crianças abaixo de nove anos de idade.

Criptosporidiose - Como a criptosporidiose em pacientes imunocompetentes geralmente é auto-limitada, não requer o uso de medicação específica, apenas fluidoterapia adequada. Entretanto, nos pacientes imunodeprimidos, especialmente nos pacientes com AIDS, muitas drogas têm sido investigadas para o tratamento da criptosporidiose com resultados variáveis. Devido à perda excessiva de água, a reidratação oral e endovenosa é essencial. Atualmente, a droga de escolha é a paromomicina - aminoglicosídeo com baixa absorção intestinal utilizado no tratamento de amebíase intestinal, porém não disponível comercialmente no nosso meio. Resultados preliminares de um estudo controlado com o uso de azitromicina em adultos com AIDS revelaram diminuição da eliminação de oocistos nas fezes e tendência a diminuir a freqüência de evacuações

e a perda de peso. Alguns investigadores têm encontrado melhora clínica e parasitológica com azitromicina na dose de 900 a 1200 mg/dia por duas semanas e, em seguida, de 500mg/dia.

Como ainda não se dispõe de medicação específica adequada, a prevenção dessa infecção é fundamental, principalmente em pacientes imunodeprimidos. Nas creches e no hospital, lavar as mãos é a medida mais importante para evitar a disseminação dos organismos de eliminação entérica. Em situações de surto de criptosporidiose por contaminação da água, deve-se recomendar a ingestão de água que tenha sido fervida por 1 minuto ou a utilização de filtros capazes de remover partículas com diâmetro menor ou igual a 1 mm. É prudente adotar essas medidas preventivas para todo paciente imunodeprimido, independente da presença de surto.

Ciclosporíase - Enteroparasitose que parece ser autolimitada em pacientes imunocompetentes. A terapia com sulfametoxazol-trimetoprima pode ser benéfica na resolução dos sintomas e na redução do tempo de eliminação de oocistos nas fezes. A dose recomendada para adultos varia com o estado imunológico do paciente. Para indivíduos imunocompetentes recomenda-se tratamento com 800mg de sulfametoxazol e 160mg de trimetoprima, duas vezes ao dia, durante sete dias. Para pacientes imunodeprimidos, a dose recomendada é de 800mg de sulfametoxazol e 160mg de trimetoprima, quatro vezes ao dia, durante dez dias. Profilaxia com 800mg de sulfametoxazol e 160mg de trimetoprima três vezes por semana parece prevenir a recorrência de ciclosporíase em pacientes com AIDS. Não está estabelecida a dose para tratamento de crianças.

Isosporíase - Nos pacientes imunocompetentes, o quadro clínico é autolimitado e o tratamento deve ser apenas sintomático, não necessitando do uso de medicação específica. Nos pacientes imunodeprimidos ou com AIDS, existe boa resposta terapêutica com o uso de sulfametoxazol-trimetoprima. Para adultos, o esquema recomendado é de 800 mg de sulfametoxazol e 160 mg de trimetoprima por dose, quatro vezes ao dia, por 10 dias; em seguida, para profilaxia de recidivas, administra-se a mesma dose, duas vezes ao dia, por três semanas. Uma opção para a profilaxia de recidivas da isosporíase é o esquema com 25 mg de pirimetamina e 500 mg de sulfadoxina, uma vez por semana, durante três semanas. Em adultos alérgicos às sulfonamidas, tem sido preconizado tratamento com 50 a 75 mg/dia de pirimetamina, seguido pela dose profilática de 25 mg/dia. Não está estabelecida a dose para o tratamento de crianças.

Microsporidiose - Não foi demonstrada até o momento nenhuma terapia efetiva. Em alguns pacientes o albendazol e o metronidazol determinam diminuição da diarreia, mas não a eliminação do protozoário. O albendazol parece ser mais efetivo em casos de infecção pelo *E.intestinalis* e por outras espécies de *Encephalitozoon*. A dose de albendazol recomendada é de 400 mg/dia durante 5 a 10 dias. Recorrência da diarreia é comum após a suspensão da medicação.

Blastocistíase - Devido à controvérsia quanto à patogenicidade do *B.hominis*, a indicação do tratamento também não está estabelecida. Alguns autores recomendam que o tratamento deva ser reservado para pacientes imunodeficientes sintomáticos e para aqueles nos quais não se encontre nenhuma outra doença ou agente infeccioso que justifique a presença dos sintomas gastrintestinais. Nesses casos, alguns estudos mostram que o uso de 35-50mg/kg/dia para crianças ou de 2,25 g/dia para adultos de metronidazol, três vezes ao dia, durante 10 dias, resulta na melhora dos sintomas.

Profilaxia

A profilaxia das parasitoses intestinais, em ampla escala, depende da melhoria das condições socioeconômicas das populações suscetíveis e do investimento em obras de saneamento básico.

No atendimento individual, algumas orientações podem auxiliar na prevenção da infecção intestinal por helmintos e protozoários, a partir do conhecimento dos principais mecanismos de transmissão desses parasitas. Quando o parasita tem um só hospedeiro em seu ciclo vital, a transmissão pode ocorrer das seguintes maneiras:

1. Fecal-oral, direta, por meio de mãos sujas e da contaminação de alimentos ou de água, como na amebíase, balantidíase, giardíase, criptosporidiose, isosporíase, ascaridíase, tricocefalíase e hime-nolepiase. Está sendo postulada essa forma de transmissão também na dientamebíase, ciclosporíase e microsporidiose.
2. Indiretamente, por etapas infectantes passivas por meio de ovos e cistos que amadurecem no solo e determinam a contaminação de água e alimentos, com na ascaridíase e na tricocefalíase. Para

prevenir o risco de ocorrência destas parasitoses, recomenda-se o consumo de água filtrada ou fervida, a lavagem rigorosa de verduras, legumes e frutas e a prática de lavar as mãos com água e sabão após as evacuações, antes das refeições e antes de manusear alimentos.

3. Por meio de larvas infectantes existentes no solo, que penetram a pele ativamente como na ancilostomíase e estrogiloidíase. Para prevenção dessas infecções, torna-se importante o uso constante de calçados, lembrando que, na criança, não são apenas os pés descalços os locais de invasão larvária. Deve-se evitar a permanência em solo suspeito, ou seja, locais onde os habitantes costumam defecar, sem que exista destino adequado para os dejetos.
4. Ingestão ou inalação de ovos que já são infectantes quando eliminados, não necessitando nenhuma transformação como na enterobíase. O indivíduo reinfecta-se frequentemente, por meio das mãos que levam os ovos infectantes da região anal para a boca. A transmissão também pode ocorrer por objetos ou alimentos contaminados levados à boca ou pela aspiração de poeira doméstica contendo ovos. Para evitar essa infecção, deve-se ter cuidados higiênicos adequados, principalmente em relação às mãos, além do tratamento adequado de todos os indivíduos parasitados.
5. Os parasitas que têm hospedeiro intermediário e definitivo, como a *Taenia solium* e a *Taenia saginata*, produzem infecções transmitidas por alimentos contaminados, ou seja, pela ingestão de cisticercos contidos nas carnes suína ou bovina, mal cozidas. A profilaxia está baseada no cozimento da carne, sendo o aspecto mais importante a vigilância sanitária nos matadouros.

Em resumo, as recomendações profiláticas mais importantes são:

- Consumo de água fervida ou filtrada. Para eliminar o *Cryptosporidium* da água é necessário o uso de filtros especiais capazes de remover partículas com diâmetro menor ou igual a 1mm.
- Higiene dietética adequada: lavagem de verduras, legumes e frutas; inspeção e cocção de carnes bovinas e suínas.
- Orientações de higiene pessoal: lavar as mãos antes das refeições, antes do manuseio de alimentos e após as evacuações. Cortar frequentemente as unhas.
- Uso de calçados de forma constante em solo possivelmente contaminado com dejetos.
- Destino adequado dos dejetos pelo uso de privadas ou fossas desinfetadas periodicamente.
- Tratamento dos indivíduos doentes e, em determinadas situações, também dos supostamente infectados.

Vale ressaltar que, embora todas essas medidas possam colaborar na prevenção das parasitoses intestinais, esse é um grave problema de saúde em nosso meio que só poderá ser resolvido pela melhoria das condições gerais de vida da população, base concreta para o direito à saúde.

Problemas Cirúrgicos

ROSA RESEGUE*

Apresentam-se, a seguir, as condutas iniciais a serem tomadas na atenção básica diante dos problemas cirúrgicos mais frequentes.

1. Anomalias da Região Umbilical

HÉRNIA UMBILICAL

- Resulta do fechamento incompleto da aponeurose dos músculos reto abdominais.
- Maior incidência em crianças negras, prematuras e em meninas.
- A maioria fecha nos primeiros 12 meses de vida.
- A cura espontânea é menos provável quando houver:
 - anel > 1 cm;
 - fibrose na borda do anel (geralmente após 1 ano);
 - protrusão herniária grande (saco com conteúdo intestinal)

Não há risco de encarceramento. A indicação cirúrgica, que tem efeito estético, pode ser feita após 1 ano de idade, quando não houver resolução espontânea.

GRANULOMA UMBILICAL

- Tecido de granulação de coloração avermelhada resultante da persistência de pequena porção do cordão umbilical.
- Causa freqüente de secreção mucóide no umbigo.
- Tratamento: cauterização com nitrato de prata.
- Caso não melhore, suspeitar de fistula de ducto onfalomesentérico ou úracó permeável.

2. Anomalias da Região Inguinoescrotal

HÉRNIA INGUINAL

- Incidência - 3% a 5%. Em prematuros: 7% a 10%.
- Geralmente do tipo indireta, decorrente do fechamento incompleto do conduto peritônio-vaginal.
- 50% a 60% à direita; 20% a 30% à esquerda e 20% bilateral.
- 69% das hérnias encarceradas ocorrem em crianças com menos de 1 ano de idade, 27% durante o primeiro mês.
- Em função do risco de encarceramento, hérnia inguinoescrotal em menores de 1 ano é indicação imediata de cirurgia.

* Texto elaborado a partir do Capítulo de TANNURI, U.- Afecções Cirúrgicas- Noções Básicas para o Pediatra. In: Sucupira, ACSL e col. - Pediatia em Consultório. São Paulo, Sarvier, 2000.

HIDROCELE

- Não comunicante - Resolução espontânea nos primeiros dois meses.
- Comunicante - Aumento variável da bolsa escrotal. Há a persistência do conduto peritônio-vaginal. A maioria tem resolução nos primeiros 10 meses de vida.
- Diagnóstico: Palpa-se o espessamento do cordão (sinal do papel de seda), o abaulamento é apenas da bolsa escrotal.
- Quando há o fechamento do conduto peritônio-vaginal nas extremidades, ocorre a formação do cisto de cordão no menino e do cisto de Nuck na menina.

ESCROTO AGUDO

- Aparecimento súbito de dor intensa, sinais inflamatórios e aumento do testículo. Causa mais frequente - Torção do funículo espermático.
- Diagnóstico: Quadro clínico.
- Emergência gênito-urinária. A cirurgia deve ser indicada até 12 horas do início do quadro. É importante a fixação do testículo contra-lateral.

3. Distopias Testiculares

Situações em que o testículo não se encontra na bolsa escrotal. Ocorrem em 21% dos prematuros, 2% das crianças nascidas a termo e 0,2% das crianças com 1 ano de idade. São mais comuns à direita e, em 10% a 15% ocorrem bilateralmente.

- Criptorquidia - Testículo fora da bolsa escrotal em algum ponto do trajeto inguinal. Alguns preferem denominar de criptorquídicos (testículos escondidos) somente os testículos que não iniciaram a migração.
- Ectopia – Os testículos encontram-se em algum ponto fora do trajeto inguinal.
- Criptorquidia bilateral – Ocorre por alterações hormonais.
- Criptorquidia unilateral – é devida a alterações que tornam o testículo menos sensível aos estímulos hormonais ou bloqueio mecânico à sua descida.
- Alterações anátomo-patológicas - Atrofia macroscópica, atrofia das células de Leydig, ausência de união entre o epidídimo e o canal deferente.
- Até 2 anos, não há alterações no epitélio germinativo. Em 50% dos casos de criptorquidia unilateral há alterações no outro testículo e incidência aumentada de degeneração maligna, mesmo após a correção cirúrgica.
- É comum a associação com hérnias inguino-escrotais.
- Nos casos de criptorquidia bilateral associados à hipospádia - é fundamental a investigação de intersexualidade.
- nos casos de testículos não palpáveis - não estão indicados exames subsidiários, pois não mudarão a conduta terapêutica.
- Tratamento:

Nos casos bilaterais, pode haver indicação de gonadotrofina coriônica (Pregnyl) 500 unidades a cada 3 ou 7 dias (Total de 3000 unidades)
Nos outros casos, indicar cirurgia entre 12 e 24 meses de vida

4. Fimose

Fimose é a dificuldade de exposição da glândula, conseqüente ao estreitamento do orifício prepucial. A maioria dos recém-nascidos apresenta prepúcio longo, mas com calibre adequado, em que a glândula não se exterioriza em decorrência de aderências balanoprepuciais, o que caracteriza a chamada "fimose fisiológica".

Essas aderências tendem a permanecer, parcialmente, até o terceiro ano de vida, impedindo a retração total da pele em 10 a 30% dos meninos. Esse percentual diminui até a puberdade, quando o descolamento total ocorre após o início das atividades sexuais ou por meio da masturbação.

No lactente é freqüente a ocorrência de pequena coleção de esmegma (secreção amarelada e endurecida) entre o prepúcio não descolado e a glândula, o que não deve causar preocupação, nem ser removida.

Não se recomenda o descolamento abrupto do prepúcio, nem manobras forçadas de retração da pele, que podem levar a parafimose - anel na base da glândula, que determina constrição, edema e estrangulamento de toda a extremidade do pênis.

Estudos mostram que a incidência de ITU no primeiro ano de vida é de 2,15% em meninos não circuncidados, 2,05% nas meninas e 0,22% nos meninos circuncidados. A presença de prepúcio íntegro eleva o risco de ITU, em meninos, de 3,7 a 11 vezes, como já referido no capítulo de ITU.

A postectomia está indicada nas seguintes situações:

- Prepúcio de calibre estreito
- Surtos de balanopostite
- Parafimose
- Resultados falso-positivos de urocultura, pela dificuldade de coleta de amostra de urina.

5. Cistos e Fístulas Congênitas do Pescoço

CISTOS E FÍSTULAS DO CONDUTO TIREOGLOSSO

- Localizam-se na linha mediana.
- Originam-se do conduto tireoglossos que se fecha por volta da oitava semana de vida intra-uterina.
- Diagnóstico diferencial com tireóide ectópica.
- Diagnóstico: ultra-sonografia cervical que visualiza a tireóide em posição normal.
- Tratamento: cirúrgico.

CISTOS E FÍSTULAS LATERAIS DO PESCOÇO

- Originam-se da segunda fenda branquial.
- Localizam-se na borda anterior do esternocleidomastoídeo.
- Sinus pré-auricular - Relaciona-se com anormalidades de desenvolvimento dos tubérculos auditivos. Pequeno orifício anterior ao tragus. Pode ser assintomático ou apresentar infecções recorrentes com drenagem de material fétido.
- Tratamento: cirúrgico.

6. Abdome Agudo

Define-se abdome agudo toda situação de início súbito de dor abdominal, vômitos e parada de eliminação de gases e fezes, sendo que não é obrigatória a presença concomitante desses três sintomas. Existem várias causas: obstrutiva, inflamatória, perfurativa, hemorrágica. As doenças que levam ao quadro de abdome agudo variam conforme o grupo etário específico. Algumas situações mais comuns são referidas a seguir:

ESTENOSE HIPERTRÓFICA DO PILORO

Obstrução quase completa por hipertrofia da camada muscular do piloro.

Etiologia: Desconhecida. Alta incidência familiar, é praticamente ausente em negros.

Acomete mais os meninos (4:1).

- Sintoma principal: Vômitos na segunda ou terceira semana de vida, com piora progressiva em 7 a 10 dias. Apetite voraz, apesar dos vômitos.
- Exame físico: Ondas peristálticas no epigástrio e palpação de oliva pilórica.

INVAGINAÇÃO INTESTINAL

- Causa mais comum de obstrução intestinal no lactente (entre 6 e 9 meses).
- Forma mais comum: próxima à válvula ileocecal - ileocólica ou ileocecocólica.
- Maioria dos casos sem fatores predisponentes. 2% a 8% dos casos: linfoma de íleo terminal, pólipos ou divertículo de Meckel.
- Crises de choro intenso, de início abrupto, entremeadas por períodos de acalmia e vômitos, inicialmente esporádicos.
- Exame físico - 2/3 dos casos têm massa palpável em hipocôndrio direito ou epigástrico.
- Toque retal: presença de sangue gelatinoso.
- Raios X de abdome: Quadro característico de obstrução.
- Enema opaco: Parada súbita de progressão do contraste no intestino grosso, com evidência de pregas do intestino delgado invaginado – aspecto descrito como "casca de cebola".

APENDICITE AGUDA

- É a afecção cirúrgica mais freqüente em crianças.
- Quadro clássico: dor insidiosa em região epigástrica ou periumbilical, com vômitos ou náuseas. Posteriormente, localiza-se na fossa ilíaca ou flanco direito. Pode haver febre de baixa intensidade.
- A ausência de diferença da temperatura axilar-retal não afasta o diagnóstico.
- É comum haver diarreia, puxo ou tenesmo associados ao quadro.
- É comum a presença de disúria (apêndice pode cruzar o ureter e provocar uretrite - Pode haver leucocitúria)
- Crianças menores de 4 a 5 anos de idade – o diagnóstico é mais tardio.
- Quando o apêndice é retrocecal há mais manifestações lombares.
- Mesmo em serviços médicos de qualidade adequada os índices de laparotomia branca situam-se em torno de 6%.
- Raios X só fornecem diagnóstico quando há fecalito em fossa ilíaca direita

Problemas Dermatológicos

ANA CECÍLIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA*

1. Dermatite Seborréica

Lesões eritematodescamativas. No lactente acometem o couro cabeludo (crosta láctea), face, sulcos nasogeniano e retroauricular, supercílios e grandes dobras. Pode haver infecção bacteriana secundária, com aumento do eritema das lesões e aparecimento de pústulas.

Diagnóstico diferencial – dermatite atópica, ocorre mais tardiamente no lactente, a localização das lesões é diferente.

Tratamento – quando houver exudato usar compressas secativas com água boricada ou permanganato de potássio a 1:40.000 (1 comprimido para 4 litros de água), seguidas de aplicação de cremes de hidrocortisona por períodos curtos ou cremes de cetoconazol.

No couro cabeludo, para a crosta láctea, proceder ao amolecimento com óleo de amêndoas ou mesmo de cozinha, antes do banho, retirando as crostas gradativamente.

Para a seborréia em crianças maiores, xampus à base de alcatrão, cetoconazol, enxofre ou piritionato de zinco.

2. Dermatite Atópica

Existem duas formas: o eczema atópico infantil e o pré-puberal. O primeiro inicia-se aos 3 meses de vida e apresenta lesões eritematovesicossecretantes e crostosas em face, poupando o maciço facial medial, nas dobras antecubitais e poplíteas. Sempre há prurido intenso. Na forma pré-puberal, o processo é crônico, apresentando lesões eritematosas, liquenificadas, nas dobras antecubitais e poplíteas, face e dorso das mãos e pés. Apresenta surtos de agudização com vesiculação e secreção.

Tratamento – orientação geral do paciente e de seus pais quanto à cronicidade do quadro e da possibilidade do controle sintomático satisfatório.

Medidas tópicas - Cuidados para não agravar a xerose pré-existente:

Evitar banhos demorados com água quente e uso excessivo de sabonetes.

Evitar sudorese excessiva pelo superagasalhamento, exposição ao calor. Dar preferência para roupas de algodão.

Na fase aguda exsudativa, o tratamento tópico consta de banhos ou compressas de permanganato de potássio a 1:40.000 ou compressas com líquido de Burow a 1:30, por períodos curtos, para não ressecar a pele.

Nas fases subagudas estão indicados os cremes de corticosteróides associados ou não a antibióticos como neomicina ou gentamicina.

Nas fases crônicas, usar pomadas de corticóides, preferentemente em curativos oclusivos.

* Texto elaborado a partir do Capítulo de OLIVEIRA, ZNP & RIVITTI, EA- Dermatologia Pediátrica. Noções Básicas para o Pediatra. In: Sucupira, ACSL e col. Pediatria em Consultório. São Paulo, Sarvier, 2000.

Utilizar o acetato de hidrocortisona que produz menos efeitos colaterais e menor absorção sistêmica. Associar cremes hidratantes após o banho.

Tratamento sistêmico – Usar anti-histamínicos anti-H1, já que o prurido é muito importante na patogênese da doença. Os corticosteróides sistêmicos só são usados em casos resistentes e de indicação pelo dermatologista.

3. Píriase Alba

Incide mais frequentemente em crianças que têm a pele seca e em atópicos. Caracteriza-se por lesões maculosas hipocrômicas com formas e tamanhos variáveis, com descamação fina e hiperqueratose folicular. Localiza-se na face, parte superior do tronco e extremidades proximais, com maior frequência após exposição solar. O diagnóstico diferencial é com a píriase versicolor.

Tratamento – uso de cremes hidratantes e evitar exposição solar intensa. Banhos rápidos, evitando-se água muito quente e uso excessivo de sabonetes.

4. Estrófulo

É um quadro decorrente de hipersensibilidade a toxina de insetos (mosquitos e pulgas). Ocorre entre 2 e 7 anos de idade, tendendo a desaparecer espontaneamente, devido à dessensibilização específica natural pela repetida exposição aos alérgenos por meio das picadas de insetos. Acomete mais crianças atópicas.

São lesões urticadas, algumas encimadas por vesículas, podendo, em alguns casos, serem bolhosas. Pode haver infecção secundária pela coçadura.

Tratamento – É principalmente preventivo, combatendo a exposição aos insetos com o uso de mosquiteiros, inseticidas e medidas higiênicas.

O tratamento sintomático é com anti-histamínicos por via oral, sendo de pequena utilidade o tratamento tópico com corticosteróides ou pasta d'água. Quando houver infecção secundária utilizam-se antibióticos tópicos ou sistêmicos, de acordo com a extensão do quadro. A dessensibilização com vacinas tem resultados contraditórios.

5. Urticária

Caracteriza-se pelo súbito aparecimento de pápulas eritemato-edematosas pruriginosas, de duração efêmera. É denominada aguda quando tem duração de menos de 6 semanas e crônica, após este período. Incide raramente nos primeiros anos de vida.

As causas mais comuns são as drogas, principalmente penicilina, sulfas, sedativos, analgésicos (particularmente a aspirina).

Os alimentos são mais responsáveis pelas urticárias agudas, devendo-se evitar corantes e conservantes.

Inalantes, inseticidas, poeira, pólenes, perfumes, desinfetantes e outros também podem causar urticária.

Os agentes físicos luz, calor, frio, pressão podem produzir urticárias, além dos fatores psicológicos.

O diagnóstico é clínico e a anamnese é fundamental para identificar a etiologia.

Tratamento – Afastar o agente causal e utilizar anti-histamínicos, principalmente anti-H1. Quando não houver o efeito desejado, deve-se trocar a droga por outra de grupo químico diferente, podendo-se associar dois grupos diferentes. As mais utilizadas são hidroxizine, cipro-heptadina e clemastina. É possível associar anti-histamínicos H1 não sedantes como a loratadina e a cetirizina. Os corticosteróides são contra-indicados na urticária crônica, podendo ser utilizados na urticária aguda.

6. Miliária

Dermatose bastante comum, causada pela retenção de suor devido à obstrução dos ductos sudoríparos, com extravazamento de suor na pele. De acordo com a camada da pele acometida denomina-se miliária cris-

talina, rubra (brotoeja) e profunda. Incide em todas as idades em regiões quentes, mas é mais comum em recém-nascidos. As lesões localizam-se principalmente nas áreas corpóreas cobertas por roupas, particularmente braços, tronco e coxas. Como fatores causais tem-se além da temperatura elevada, grande umidade, excesso de exposição solar ou de agasalhos, febre, exercícios físicos e uso de substâncias que obstruem os óstios sudoríparos como cremes, óleos, bronzeadores e outros.

Tratamento – A primeira medida é afastar calor, umidade e roupas quentes. Orientar banhos mornos ou frios, utilizando-se esponjas no intuito de desobstruir os óstios. Topicamente utilizam-se compressas de permanganato de potássio a 1:40.000 ou água boricada, seguidas por uso de pasta d'água. Quando necessário, usar cremes de corticóide e nas lesões infectadas, antibióticos tópicos ou sistêmicos.

7. Micoses Superficiais

TINHAS OU DERMATOFIToses

São micoses superficiais causadas por dermatófitos. Podem ser transmitidas por meio de contato com pessoas, animais ou terra contaminados.

TINHA DO COURO CABELUDO

Pode ser tonsurante, quando os cabelos aparecem como se tivessem sido cortados rente ao óstio foliular. As lesões são arredondadas, bem delimitadas, descamativas, de número variável e sem inflamação.

O diagnóstico diferencial principal é com alopecia areata, em que há placa de alopecia, mas sem descamação e há tricotilomania (a própria criança arranca os cabelos) na qual os cabelos remanescentes são de tamanhos variáveis.

TINHA DO CORPO

As lesões geralmente são eritemato-descamativas, de crescimento centrífugo, circinadas, isto é, com vesículas e maior atividade nas bordas, únicas ou múltiplas.

TINHA DO PÉ E MÃO

Caracterizam-se por descamação e vesículas na planta dos pés e maceração entre os dedos e os artelhos, associadas ao prurido. Nas crianças, é mais freqüente o acometimento dos pés. Podem ocorrer vesículas na face lateral dos dedos por mícide, isto é, reação de hipersensibilidade a fungos, à distância, configurando quadros disidrosiformes. As tinhas dos pés e das mãos não são comuns em crianças imunocompetentes antes dos 10 anos de idade.

TINHA CRURAL

Geralmente incide na adolescência, principalmente no sexo masculino. Ocorre descamação e eritema marginado na região inguinal e raiz das coxas, podendo atingir as nádegas. O diagnóstico diferencial é com dermatite de contato, dermatite seborréica ou intertrigo por *Cândida albicans*, em que as bordas geralmente não são marginadas.

TRATAMENTO DAS DERMATOFÍCIAS

Nas formas localizadas o tratamento é com antimicóticos tópicos, aplicados duas vezes ao dia, por 30-45 dias.

Antimicóticos tópicos: ciclopirox, miconazol, econazol, terbinafina.

Para lesões disseminadas e na tinha do couro cabeludo, associa-se ao tratamento tópico, o sistêmico,

com griseofulvina 10-20mg/kg/dia ou com terbinafina 125-250mg/dia, por 20 a 30 dias. O itraconazol não é usado em crianças.

Para a tinea do couro cabeludo, o tratamento deve ser ministrado por 45 dias e a do corpo por 30 dias.

CANDIDOSES

Micose superficial causada pela *Candida albicans* que é um fungo da microflora da cavidade oral, gastrintestinal e vaginal tornando-se patológica em certas doenças principalmente, quando há comprometimento da imunidade como na desnutrição, em certas doenças como diabetes, ou ainda, após o uso prolongado de antibióticos ou corticóides.

A candidose oral, denominada estomatite cremosa (sapinho) caracteriza-se por placas brancas na língua, gengiva e palato, que ao serem removidas deixam a superfície eritematosa. É frequente em recém-nascidos. Pode também acometer a vagina, o prepúcio e a glândula originando as vulvovaginites e balanopostites por *Candida*.

O intertrigo por *Candida* ocorre em áreas de dobras, úmidas em que junto com o eritema aparecem lesões esbranquiçadas secundárias, podendo levar a fissuras. São comuns em axilas, região submamária, inguino-crural e interdígitos.

A candidose ungueal ou paroníquia caracteriza-se por edema dos tecidos periungueais que leva à distrofia da unha, que se inicia da matriz ungueal em direção à borda livre, o que diferencia das onicomicoses por dermatófitos.

Tratamento – Deve sempre visar a eliminação dos fatores predisponentes, como umidade. Para as lesões localizadas, utilizam-se antimicóticos à base de nistatina, também ciclopirox, clotrimazol, econazol e cetoconazol. Se as lesões são disseminadas é necessário o tratamento sistêmico com cetoconazol, por 10 a 20 dias.

PTIRÍASE VERSICOLOR

É uma micose superficial causada pelo *Malassezia furfur*. As lesões são máculas que podem ser eritematosas, hipocrômicas e hiperocrômicas, com descamação fina, furfurácea. É mais freqüente no verão e acomete principalmente, face, pescoço e tronco, podendo ser disseminada.

Tratamento – O tratamento local em geral é eficaz, mas recorrências são comuns. São efetivos os xampus com sulfeto de selênio a 2,5%, soluções aquosas de hipossulfito de sódio a 30% aplicadas topicamente por um mês. Para lesões extensas, pode-se usar o cetoconazol 5mg/kg/dia, via oral, por 10 dias.

8. Impetigo

É uma infecção bacteriana da pele, contagiosa, que afeta preferentemente as crianças, causada por estreptococo e/ou estafilococo. Quando esses agentes infectam lesões pré-existentes como eczemas ou escabiose denomina-se impetiginização.

Existem dois tipos:

1. Impetigo bolhoso, associado ao estafilococo, em que a lesão inicial é mácula eritematosa que rapidamente se transforma em bolha ou vesícula, que se rompe formando exulcerações e crostas melicéricas e purulentas. Há cura central, com progressão periférica e auto-inoculação pelo exsudato eliminado das lesões.

2. Impetigo não bolhoso, associado ao estafilococo, juntamente com o estreptococo, em que a erupção é vesicopustulosa, evoluindo para crostas, acometendo principalmente extremidades e áreas de pele lesada.

Geralmente há febre e adenopatia acompanhando o quadro.

Tratamento – Limpeza das lesões com sabonetes antissépticos ou banhos de permanganato de potássio a 1:40.000, para a remoção das crostas, duas a três vezes ao dia. A seguir, aplicam-se pomadas com antibióticos (neomicina, garamicina, mupirocina). Quando o quadro de impetigo não bolhoso é disseminado, há necessidade de tratamento sistêmico com antibióticos sendo de escolha a penicilina benzatina, seguindo-se a amoxicilina, a eritromicina e a cefalosporina, por 7 a 10 dias. No caso de impetigo bolhoso disseminado, a cefalexina é a droga de escolha.

9. Dermatite de Fraldas

Ocorre devido ao contato constante e prolongado com urina e fezes das fraldas. Há eritema brilhante das superfícies convexas das faces mediais e raiz das coxas, poupando pregas, nádegas e parte inferior do abdome. Com frequência ocorre infecção secundária pela *Candida albicans*. Essa suspeita deve ser feita quando não há melhora com os tratamentos habituais, sendo o eritema mais intenso e aparecendo pequenas lesões pápulo-pústulo-vesiculares satélites.

Tratamento – Limpeza com água ou água boricada, uso moderado de sabonetes, deixando a criança sem fraldas o maior tempo possível. Se o eritema é muito intenso, pode-se usar creme de hidrocortisona por períodos curtos. Se há infecção por *Candida* utilizam-se cremes de nistatina tópica ou cetoconazol e eventualmente, nistatina oral nos casos resistentes.

A troca de fralda descartável pela de pano, sem uso de calça plástica pode ser benéfica. A exposição ao sol por períodos curtos também tem efeito terapêutico.

10. Dermatoviroses

VERRUGAS

É muito comum na infância, com pico entre 10 e 19 anos. Há involução espontânea em 65% dos casos após 2 anos. É uma doença causada pelo papilomavírus (HPV), contagiosa por contato direto ou indireto.

Existem vários tipos, sendo as verrugas vulgares as mais comuns. Afetam principalmente o dorso das mãos e dedos, regiões peri e subungueal, joelhos e áreas de traumatismos. Apresentam-se como lesões papulosas ou nodulares com superfície queratósica com pontos escuros.

As verrugas planas geralmente ocorrem na face, no pescoço, braços e pernas. São pápulas planas de 2 a 5 mm, amareladas ou rosadas, com ligeira elevação, podendo ser únicas ou múltiplas.

As verrugas plantares são pouco salientes e às vezes profundas, dolorosas, podendo ser únicas ou múltiplas. As lesões maiores são mais escuras, popularmente chamadas de "olho de peixe".

As verrugas genitais ou condiloma acuminado são pápulas vegetantes, não queratósicas que ocorrem nas junções mucocutâneas e áreas intertriginosas (glande, mucosa genital e perianal). A contaminação pode ser por contato com outras verrugas ou por via sexual, fato que deve chamar atenção para a suspeita de abuso sexual.

Tratamento – É bastante variado, podendo-se usar cáusticos como formalina e ácido salicílico. Outras formas de tratamento são realizadas pelo dermatologista.

MOLUSCO CONTAGIOSO

É uma doença causada por poxvírus que atinge a pele e, menos frequentemente, as mucosas. Ocorre auto-inoculação. É doença autolimitada, podendo haver involução das lesões em até dois anos. As lesões são pápulas róseas ou esbranquiçadas de 2 a 5 mm, com umbilicação central. São assintomáticas e ocorrem mais frequentemente em face, tronco e área genital. O diagnóstico clínico é característico.

Tratamento – Quando houver pequeno número de lesões pode-se esperar sua resolução espontânea. Nos casos em que há disseminação das lesões, encaminhar para o dermatologista para remoção das lesões por meio de curetagem ou destruição das lesões pela aplicação de nitrogênio líquido, eletrocoagulação superficial ou aplicação de ácido tricloroacético a 30%.

11. Dermatoses Zooparasitárias

ESCABIOSE

Doença causada pelo ácaro *Sarcoptes scabiei*, também denominada de "sarna". A transmissão é por contato pessoal, sendo ocasional por roupas ou objetos de uso pessoal.

A clínica baseia-se na tríade: prurido, localização das lesões e epidemiologia positiva. O prurido é intenso principalmente ao deitar-se. As lesões não são características e podem apresentar lesões secundárias com eczematização e impetiginização. A distribuição das lesões é característica, sendo na criança após os 2 anos: interdígito das mãos e pés, punhos, pregas axilares anteriores e posteriores, cintura, região submamária, genitais e nádegas. Em crianças menores de 2 anos, as localizações mais freqüentes são a face, o tronco, as palmas das mãos e as plantas dos pés. O diagnóstico diferencial mais importante é com o estrófulo.

Tratamento – Pode ser feito com várias medicações:

- benzoato de benzila a 25%: aplicado em todo o corpo por três noites seguidas, repetindo-se o mesmo procedimento após uma semana. É muito irritativo.
- Permetrina: aplicar duas noites consecutivas, repetindo-se após uma semana.
- Monossulfiram: deve-se diluir o medicamento em água, uma parte de monossulfiram para duas de água para os adultos e três para crianças. O modo de aplicar é igual o da permetrina. Evitar bebidas alcoólicas durante o uso, devido ao efeito antabuse.
- Enxofre precipitado a 5-10% em vaselina: aplicado por três dias, dar pausa de cinco dias e repetir por mais três dias. É o de escolha para lactentes, gestantes e peles irritadas.

Deve-se sempre lavar as roupas de cama e de uso pessoal, passá-las a ferro ou expô-las ao sol por várias horas. O tratamento dos contatantes é essencial e deve ser simultâneo. As lesões infectadas ou eczematizadas devem ser tratadas com medicação tópica ou sistêmica de acordo com o caso. Para o prurido devem ser prescritos os anti-histamínicos.

PEDICULOSE

Dermatose causada pelo *Pediculus humanus capitis* (piolho). Em crianças, acomete principalmente o couro cabeludo, podendo atingir também cílios e supercílios. O contágio é por contato pessoal, podendo também haver contaminação por meio de roupas, chapéus, pentes e escovas, já que o piolho resiste dois a três dias fora do indivíduo infestado.

O quadro clínico caracteriza-se por prurido intenso no couro cabeludo principalmente na região occipital. As lesões pápulas urticadas e escoriações podem evoluir com infecção secundária e adenopatia satélite. É característica a presença dos ovos (lêndeas) que se fixam à haste dos cabelos.

Tratamento – É feito com os mesmos medicamentos utilizados na escabiose, benzoato de benzila, permetrina e monossulfiram. São aplicados nos cabelos à noite, por um ou dois dias seguidos, repetindo-se após uma semana, já que são medicações que só matam os parasitas adultos e não atingem os ovos. Pela manhã deve-se lavar os cabelos, aplicar uma solução de vinagre e água a 50% e penteá-los com pente fino, com o objetivo de remover as lêndeas. Deve-se examinar todos os contatantes e tratá-los se for o caso. Lavar as roupas de uso pessoal e de cama, além de escovas, chapéus e bonés.

LARVA MIGRANS

É chamada de "bicho geográfico" ou dermatite serpigínea. É uma erupção linear, tortuosa, produzida pela migração da larva do *Ancilostoma brasiliensis* que penetra ativamente na pele. A contaminação se faz pelo contato com as larvas que se desenvolvem a partir dos ovos presentes nas fezes de cão e gato. São mais frequentes em terrenos arenosos de regiões quentes. A lesão é caracterizada pela migração diária. Devido ao prurido e as escoriações, as lesões podem se infectar e eczematizar dificultando o diagnóstico.

Tratamento – É feito com tiabendazol tópico ou sistêmico. Quando a infestação é por uma ou duas larvas, opta-se pelo tratamento tópico, em curativos oclusivos por duas a três semanas. Quando a infestação é múltipla, o tratamento é oral, 25mg/kg de dose total, no máximo de 3g, dividida em duas tomadas ao dia, após as refeições, por três dias. Pode ser usado também o albendazol em dose única.

Transtornos Psíquicos

LIGIA MIRANDA AZEVEDO*
ANNA CORREIA

Sinais de risco/alerta

Na presença de sinais de risco/alerta de transtornos afetivo-emocionais, faz-se necessário observar a dinâmica entre o bebê e a família, assim como estabelecer associações ou relações com a história do bebê e da família, pois a criança utiliza a linguagem do corpo para se expressar. O bebê pode recorrer a sintomas, tais como: transtornos do sono, alimentares, digestivos e intestinais, respiratórios, de pele, tônico-motores, além de atrasos no desenvolvimento, transtornos intelectuais e cognitivos, da linguagem, do comportamento e diferentes manifestações afetivas.

Serão apresentados alguns exemplos, apenas para ilustrar possibilidades de correlação dos sinais de risco/alerta. É importante observar que as referências à mãe não se destinam necessariamente à mãe em si, mas ao cuidador da criança em seu ambiente. A experiência clínica de cada profissional e, sobretudo, seu contato com o bebê e a família podem ser enriquecido com a observação de sinais somáticos ou comportamentais, objetivando uma compreensão mais ampla e dinâmica de cada caso.

TRANSTORNOS SOMÁTICOS

1. Queixas relacionadas ao sono

Na maioria das vezes, são transtornos benignos que não devem ser negligenciados. É necessário compreender e articular sua dimensão médica, educativa e psicológica para uma orientação terapêutica adequada.

- **Insônias funcionais do primeiro semestre:** eliminada a causa orgânica, são marcadas por períodos curtos de sono, despertares, choros e gritos frequentes. Em geral, observam-se condições desfavoráveis ao frágil sono do bebê, como ruídos, calor excessivo, solicitações inadequadas ou excessivas ou dificuldades na relação mãe-criança - como imprevisibilidade dos comportamentos maternos, descontinuidade afetiva e nos cuidados.
- **Bebê insone, mas calmo:** permanece com os olhos abertos, sem fazer barulho. Por vezes, pode ser um indicativo precoce, de graves transtornos psicopatológicos.
- **Insônia do segundo semestre de vida:** geralmente ligada a angústia de separação da criança, inerente a esta fase do desenvolvimento. Frequentemente é uma expressão de ansiedade.
- **Sonolência diurna excessiva:** distinta dos transtornos devido à lesão neurológica pós-traumática ou encefalítica, a sonolência prolongada, pouca reatividade, indiferença, silêncio e calma, pode ser indicativa de deficiência mental ou estado de retraimento autista precoce.

2. Queixas relacionadas à alimentação

Pode-se observar frequentes sinais de risco/alerta durante o primeiro ano de vida que se referem à alimentação.

* Texto elaborado a partir do Capítulo do livro “Manual de Psicopatologia do recém-nascido” de Mazet, P. & Sholeru, S.

- **Anorexia:** sua expressão mais típica manifesta-se no segundo semestre como conduta de recusa, em geral da alimentação sólida. Pode ser simples oposição dirigida à mãe;
- **Fobia alimentar ou transtorno do apetite:** há um desinvestimento da oralidade, sugerindo depressão do bebê, podendo-se observar uma anorexia de inércia, associada à apatia, ao desinteresse pelo mundo exterior e à tristeza do lactente.
- **Hiperfagia:** pode ser uma simples consequência de hábitos alimentares familiares ou ainda de conflitos psicológicos, podendo levar à obesidade. Observa-se também em crianças gravemente deprimidas ou carentes.
- **Outros transtornos:** absorção de substâncias não alimentares ou coprofagia pode aparecer em transtornos relacionais mãe-criança e ainda em evoluções psicóticas ou deficitárias.
- **Oralidade frenética:** o bebê parecendo ter fome, manifesta-se berrando, agitando-se, sugando convulsivamente, mas alimenta-se mal, chora enquanto deglute, engole rapidamente e em seguida vomita. Pode revelar problemas psicológicos da mãe com projeções ansiosas no filho.
- **Anoralidade:** a criança apresenta-se passiva, parecendo insensível, ela não sabe ou quase não deseja sugar, alimenta-se mal, porém não rejeita o alimento. Este transtorno pode ser observado em lactentes gravemente doentes no plano somático e mesmo hospitalizados. Pode revelar atitude materna mais ligada aos cuidados formais, com comprometimento da qualidade afetiva. No caso de lactente com alimentação artificial faz-se necessário incentivar uma atividade oral, como por exemplo, sucção do polegar e/ou chupeta.

3. Queixas gastrointestinais

- **Cólicas idiopáticas do primeiro trimestre:** na maioria das vezes é provocada pela relação entre uma criança hipertônica que reage vivamente aos estímulos exteriores e uma mãe ansiosa com atitudes superprotetoras.
- **Vômitos:** descartadas as afecções orgânicas, são freqüentes os vômitos funcionais ligados a condições psicológicas e relacionais insatisfatórias. Podem surgir em circunstâncias que implicam uma modificação das condições de vida, como por exemplo, separação brusca da mãe ou seu substituto, ativando intensa angústia de separação. Em alguns casos podem ser comparadas a certas formas de anorexia, com uma tendência à autodestruição da criança.
- **Mericismo ou ruminação:** aparece a partir dos 6 a 8 meses, sob a forma de ruminação de alimentos que, a persistir, pode levar à desnutrição grave. Temos o vômito ou a regurgitação provocada e em seguida uma mastigação interminável dos alimentos regurgitados. O mericismo não é obrigatoriamente patológico e nem sempre indica uma mãe carente. No entanto, pode representar um modo desviado de satisfação auto-erótica, para compensar uma falta relacional, como por exemplo, na depressão ou na incapacidade materna em investir em seu filho, ou ainda um cuidador com atitudes repressivas e incoerentes.
- **Transtornos intestinais:** no primeiro semestre, diarreia pode ser também entendida como resposta à tensão ansiosa, quase sempre embasada na agressividade do meio cuidador. A diarreia ou a constipação de aparecimento mais tardio pode estar relacionada com vivência de abandono real, ou fantasmático, da criança. A constipação constituiria uma tentativa de dominar esta angústia, recriando no corpo, a relação arcaica de agarramento mãe-criança. Estes transtornos podem se inscrever em uma relação em que a mãe aparece confrontada com uma angústia de abandono em relação ao seu companheiro e, como pano de fundo, com seus próprios pais.
- **Megacólon funcional:** é a consequência anatômica da constipação. A criança em seus esforços de reter o bolo fecal pode conseguir não só impedi-lo de penetrar no canal anal, como ainda fazê-lo subir da ampola retal para o sigmóide; há tanto uma erotização da retenção como uma fobia de defecação, motivada por uma angústia relacionada à perda do objeto simbolizado pelo bolo fecal.

4. Queixas respiratórias

- **Crises de perda de fôlego:** forma ampliada de desmaio e perda de respiração que interrompe o choro. Ocorre em sua maioria, entre o segundo semestre e o terceiro ano. Caracteriza-se por ter um desencadeante externo, seja um trauma, seja uma contrariedade emocional ou conflito relacional familiar. Após o fator desencadeante, a criança faz menção ou começa a chorar e realiza expiração prolongada, com apnéia e perda de consciência. Apresenta cianose ou palidez cutânea, acompanhada de hipotonia muscular e desvio dos olhos. A duração não costuma ser superior a um minuto. Esses episódios podem ocorrer várias vezes por semana, sempre com desencadeante definido. Estabelecido o diagnóstico de perda de fôlego, não é necessário nenhum exame auxiliar ou tratamento medicamentoso. A família deve ser orientada para não valorizar o evento e de que não há risco para a criança. A perda de fôlego não deve ser confundida com convulsão ou epilepsia.
 - **Asma precoce:** apesar de ser considerada doença psicossomática, deve levar em conta outros fatores etiológicos (genéticos, por exemplo) e patogênicos (mecanismo alérgico). A asma precoce foi menos estudada sob o ângulo psicossomático do que a asma da criança grande, na qual há evidência de circunstâncias psicológicas na origem das crises e de seu papel como fator agravante.
- Pode-se observar no lactente asmático tanto um estado de tensão na relação mãe-criança, assim como um agarramento instantâneo e móvel sem manifestações normais de angústia – como a busca imediata de contato com outrem, facilidade de substituir um parceiro por outro com grande rapidez. Tal estado parece originar-se em manifestações diversas, por exemplo, em condições anormais da divisão de guarda que impediriam o apego dual, ou ainda, uma atitude (por exemplo de desejo fusional) da mãe, que bloquearia a evolução do processo de separação-individuação.

5. Queixas relacionadas à pele

A pele pode ser considerada um espelho fiel das influências psíquicas.

- **Eczema:** pode aparecer ainda no primeiro semestre, desaparecendo espontaneamente pelos 18-24 meses, algumas vezes pode ser substituído pela asma. Observa-se este transtorno em bebês com mães imaturas, com hostilidade disfarçada em ansiedade, dificuldade de relacionamento e de contato cutâneo (ela não gosta de se ocupar com a criança, tocá-la, privando-a deste contato). Segundo R. Spitz, o desaparecimento do eczema no decorrer do segundo ano deve-se às possibilidades que a criança tem de substituir as relações de que tinha sido privada, por estímulos que pode obter em seus contatos com as coisas e com outras pessoas.
- **Alopécia precoce:** parece ocorrer em condições de carência afetiva precoce e permanente, ou em situação de uma "perda". Exemplo: observou-se um latente no qual a pelada iniciou-se aos 9 meses, quando da volta ao trabalho da mãe (enfermeira em dermatologia), que se curou quando ela interrompeu sua atividade para reaparecer quando ela novamente recomeçou a trabalhar. Esta mãe tinha uma relação ambivalente e culpada com o filho assim como dificuldades conjugais.

6. Queixas relacionadas ao tônus muscular

Hipotônias axiais, determinados transtornos posturais, certas atividades motoras em descarga, uma grande inibição ou uma instabilidade psicomotora, certas anomalias mais ou menos segmentares do investimento do corpo, certas regressões psicomotoras, além de um atraso ou de um transtorno do desenvolvimento propriamente dito, podem ser manifestações precoces de transtornos relacionais e psicológicos, podendo ser confundidos com algumas afecções neurológicas.

7. Queixas relacionadas ao crescimento e desenvolvimento

- Atraso de crescimento por sofrimento psicológico - Nanismo por carência afetiva
- Estados de marasmo físico
- Atraso do desenvolvimento.
- Transtornos tônico-motores.
- Transtornos intelectuais e cognitivos.
- Transtornos da linguagem.

8. Queixas relacionadas ao comportamento

- **Transtornos globais do comportamento:** o contexto interativo e relacional permite avaliar perturbações globais, no sentido da agitação, da hiperatividade, de um agarramento instantâneo, mas fugidio sem se retrair frente a desconhecidos, ou então, ao contrário, no sentido da apatia, da inércia ou da retração. A períodos de hiper-atividade podem se suceder momentos de inatividade. A hiperatividade pode indicar, entre outras possibilidades, o evitamento de uma confrontação com afetos depressivos, caracterizados por Léon Kreisler como a "síndrome do comportamento vazio". Por outro lado, a inatividade, a apatia e a inércia podem indicar estados mais depressivos, e ainda carência relacional. O comportamento de retração, característico da síndrome autista, pode ser observado em outras evoluções psicopatológicas, sobretudo na depressão, o que pode dificultar sobremaneira o diagnóstico.
- **Transtornos localizados:** certos comportamentos auto-agressivos são esperados entre 09 e 24 meses, com uma intensificação em torno de 12 meses, quando na elaboração de seu esquema corporal, a criança ainda não consegue controlar sua necessidade de descarga, até mesmo para evitar a dor. Estes comportamentos tendem a regredir entre 2 e 4 anos de idade, podendo expressar-se sob forma de hetero-agressividade. Pode-se descrever alguns tipos de descargas psicomotoras:

Primitivas, sem caráter auto-mutilatório: balanceios, sucção dos dedos e dos lábios;

Não auto-mutilatórias, mas organizadas, com aspecto hetero-agressivo: sapateamento, lançamento de objetos;

Auto-mutilatórias primitivas: morder-se, beliscar-se, arranhar-se de fazer sangrar, lançar-se por terra, bater-se.

9. Manifestações afetivas

Refere-se a experiências subjetivas do bebê no campo dos afetos, expressos como descarga maciça ou tonalidade geral de sua expressão somática. Desde o seu nascimento, o bebê apresenta na sua relação com o meio cuidador uma diversidade de afetos, expressões faciais e vocais de alegria, de cólera, de tristeza ou de ausência de emoção. As manifestações afetivas tornam-se um sinal de risco/alerta quando interferem no ritmo de atividades da criança ou em seu bem-estar emocional e indicam dificuldades relacionais. Como exemplos pode-se citar situações de gritos e choros; angústias, cóleras, medos e fobias; tristeza e depressão; excitação.

Assistência Farmacêutica

DIRCE CRUZ MARQUES
SANDRA APARECIDA JEREMIAS

A maior parte das intervenções de saúde utiliza medicamentos e a forma como isto se dá merece uma análise nem sempre por nós aprofundada.

O objeto "medicamento", na formação social brasileira, significa, pelo menos, três coisas: um agente quimioterápico, uma mercadoria e um símbolo. Vivemos numa sociedade capitalista onde se acredita que muitas de nossas carências possam ser satisfeitas pelo bem de consumo chamado medicamento.

Este processo de medicalização da vida, em que o medicamento é utilizado como recurso para suprir necessidades de outras ordens é, como haveríamos de esperar, pano de fundo também para o serviço público.

Historicamente, os Gestores muito têm discutido sobre o abastecimento de medicamentos, porém, as estratégias que visam facilitar o acesso a medicamentos, embora de fundamental importância, não garantem, por si só, a sua utilização racional.

Para alcançarmos o objetivo de transformar o medicamento em instrumento de resolutividade é necessário que as diretrizes de gestão considerem, entre outros, os problemas relacionados à prescrição inadequada, aos abusos da terapia medicamentosa, à automedicação inoportuna, às distorções no fornecimento e distribuição, ao uso de produtos inadequados e ineficazes, ou ainda, mais caros diante de alternativas de qualidade, eficácia e segurança garantidas e de menor custo.

Portanto, deve haver investimento de todos os níveis da SMS para a estruturação da assistência farmacêutica, no qual o eixo principal deverá ser a adequação de recursos humanos que direta ou indiretamente tenham o medicamento como objeto de seu trabalho.

A Política Municipal de Medicamentos deve se efetivar com a adoção da política de medicamentos essenciais e com a promoção do uso racional de medicamentos, além das atividades que garantem sua provisão nos serviços.

Medicamentos essenciais são aqueles que têm eficácia e segurança documentadas pela melhor informação científica disponível e que atendem as necessidades de assistência à saúde da maioria da população. Portanto, estes produtos devem estar disponíveis, em qualquer momento, nas quantidades adequadas e nas formas farmacêuticas que sejam requeridas.

Igualmente fundamental é que o medicamento se torne disponível para o usuário num contexto educativo que objetive otimizar a observância (adesão) do tratamento, isto é, o cumprimento das recomendações prescritas. É fundamental a inclusão do usuário como agente de seu processo terapêutico, co-responsável e capaz de tomar decisões conscientes a respeito de seu tratamento e de seu autocuidado.

O estudo a seguir demonstra a importância desta questão:

Segundo Willian Tindall, em pronunciamento na 7ª Conferência Nacional do Conselho Nacional sobre Informação e Educação do Paciente dos EUA, 1990 (Arizona Pharmacist, out. 90, pg. 7):

- cerca de 50% dos pacientes não sabem a dose correta de seus remédios;
- 25% não conseguem dizer para que servem os remédios que tomam;
- 50% dos pacientes não sabem por quanto tempo devem tomar seus remédios;
- 16% dos que usam remédios prescritos para tomar quando necessário, o usam regularmente;
- cerca de 10% dos pacientes tomam seus medicamentos em dose maior que a prescrita;
- 52% não sabem medir corretamente a dosagem da insulina;

- milhares de medicamentos prescritos por ano não são aviados: a decisão do paciente de não tomar os remédios que lhe são prescritos é a explicação mais comum;
- a não aderência ao tratamento chega a 50% ou mais, dependendo do tipo de tratamento, acarretando pioras no estado clínico e maiores surtos com hospitalizações e perdas de dias de trabalho;
- metade de todos os pacientes pratica enganos no cálculo dos horários de tomada.

A estratégia de trabalhar com o conceito de medicamentos essenciais não é apenas uma questão de racionalidade econômica e sim uma proposta de ruptura com a prática consumista e medicalizadora vigente.

Portanto, no contraponto das estratégias que garantem a universalidade no acesso aos medicamentos, é necessário um movimento no sentido da desmedicalização e na mudança de paradigma.

É, neste sentido, que o uso racional é aqui apresentado como uso crítico, reflexivo e ativo de medicamentos. Medicamento pode ser meio utilizado, jamais fim em si mesmo da política de medicamentos e de assistência farmacêutica no âmbito de política voltada para a saúde e qualidade de vida.

A Organização Mundial da Saúde preconiza indicadores para a avaliação da Assistência Farmacêutica que podem também ser aplicados pelo nível local:

1. Indicadores de prescrição

- número médio de medicamentos por consulta/receita;
- porcentagem de medicamentos prescritos pelo nome genérico;
- porcentagem de consultas em que se prescreve um antibiótico;
- porcentagem de consultas em que se prescreve um medicamento injetável;
- porcentagem de medicamentos prescritos que figuram na lista de medicamentos padronizados;

2. Indicadores de assistência ao paciente

- tempo médio de consulta;
- tempo médio de dispensação;
- porcentagem de medicamentos dispensados;
- porcentagem de medicamentos corretamente identificados;
- porcentagem de pacientes que conhecem a posologia;

3. Indicadores sobre o serviço

- disponibilidade de cópias da lista de medicamentos padronizados;
- disponibilidade de medicamentos prioritários.

O Papel do Agente Comunitário de Saúde na Promoção do Uso Racional de Medicamentos

A estratégia de saúde da família ocupa atualmente papel central como política de redefinição do modelo assistencial vigente. É necessário como uma das estratégias de melhoria das ações de assistência farmacêutica no PSF a valorização do papel do ACS como agente promotor do uso racional de medicamentos.

Dentre tantas atividades do ACS destacamos algumas que contribuem nessa perspectiva:

- participar do diagnóstico do perfil de utilização de medicamentos em sua área de atuação;
- acompanhar e avaliar o perfil de utilização de medicamentos na comunidade por meio de indicadores, como por exemplo: número de pessoas da comunidade que obtiveram os medicamentos prescritos; número de pacientes que receberam orientação no ato da dispensação; número de pacientes que utilizam o medicamento segundo a doença especificada na prescrição; número de famílias que armazenam os medicamentos corretamente;
- orientar a comunidade a buscar as informações necessárias ao uso correto de medicamentos, nos processos de prescrição e dispensação;
- identificar e comunicar à equipe de saúde as suspeitas de reações adversas a medicamentos;
- utilizar técnicas de orientação da comunidade sobre as formas e locais adequados para guardar os medicamentos;
- avaliar os aspectos físicos dos medicamentos para identificar e recolher medicamentos impróprios ao consumo e as sobras de tratamento;
- sensibilizar e orientar a comunidade quanto aos riscos da automedicação;

O uso racional de medicamentos, uma das diretrizes da Política Nacional de Medicamentos, deve ser um objetivo a ser alcançado pela sociedade e que pode ser potencializado pela atuação das equipes de saúde e agentes comunitários nas comunidades e famílias do nosso município.

O Uso Racional de Medicamentos em Crianças e Adolescentes

A educação sobre medicamentos deve ser abordada em todas as ações de prevenção contra o abuso de substâncias.

Todos os indivíduos lidam com medicamentos. Ignorar este fato e a necessidade do aprendizado de como ser responsável pelo próprio corpo não contribui para o controle do abuso de substâncias e de outros comportamentos menos favoráveis à saúde.

Impede-se, em parte, a ocorrência do abuso de drogas, ao se ensinar as crianças e adolescentes sobre características dos medicamentos, seus usos e riscos, sobre cuidados com uma prescrição a ser seguida. Medicamentos são reaproveitados pelos familiares no caso de sobras de tratamentos anteriores; tratamentos com antibióticos são precocemente interrompidos, logo após o desaparecimento dos sintomas. Existem muitas idéias pré-concebidas pela população a respeito de efetividade de medicamentos e das maneiras de como utilizá-los. Crianças, muitas vezes, se automedicam ou medicam seus irmãos.

Mundialmente, questiona-se a necessidade de as crianças utilizarem medicamentos para doenças comuns. Dados da Organização Mundial da Saúde apontam que dois terços dos medicamentos usados por crianças são de pouco ou nenhum valor.

No entanto, existe amplo uso de medicamentos durante a infância em todos os países.

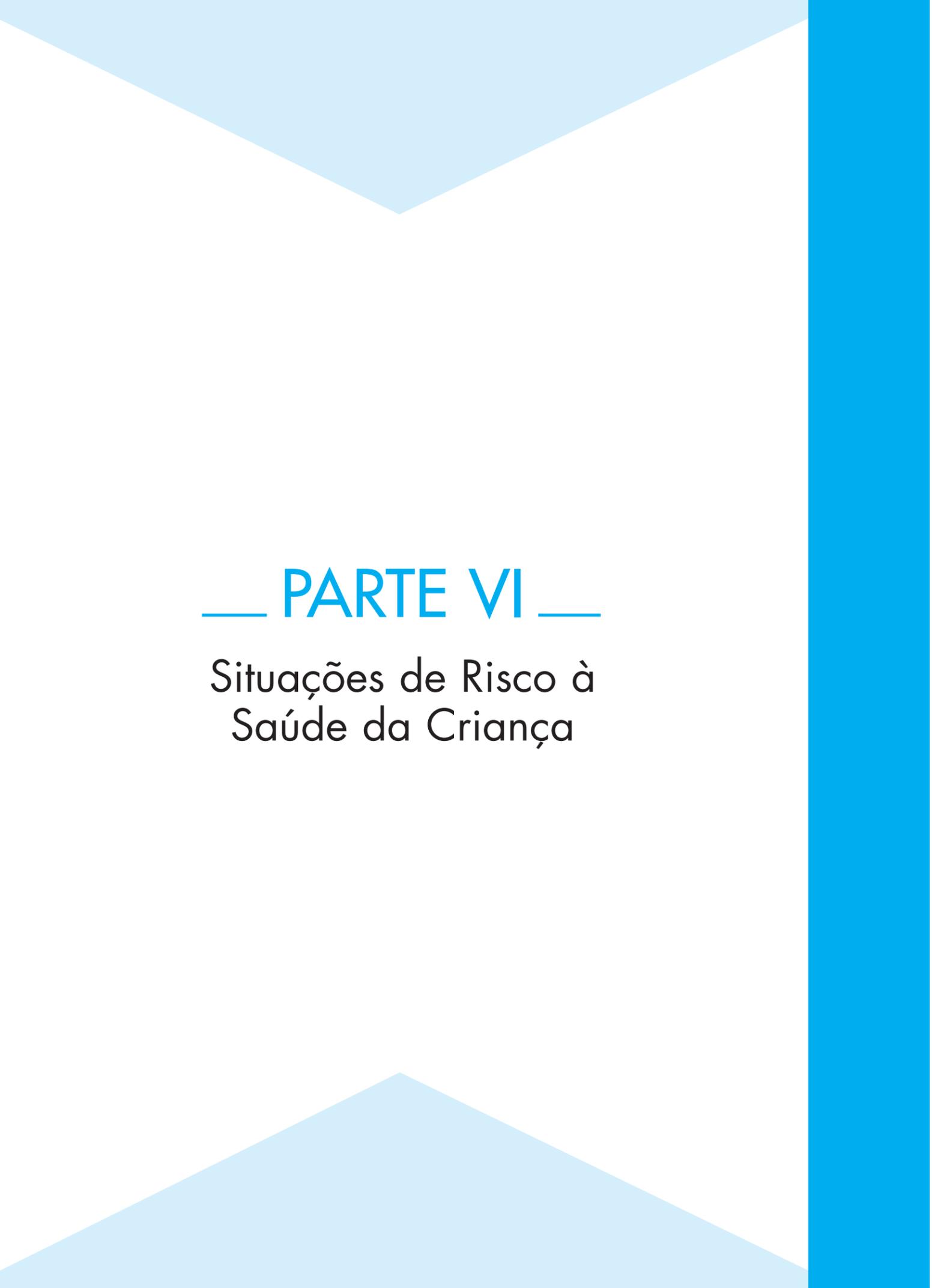
No Brasil, alguns autores investigaram os padrões de consumo de medicamentos em crianças. Béria (1993) estudando uma coorte de 4.746 crianças, verificou que 55,8% delas haviam consumido pelo menos um medicamento nos quinze dias anteriores à entrevista e que 62,7% dos medicamentos tinham sido prescritos. Bricks e Leone (1996) acompanharam durante dois meses uma coorte de 1.382 crianças matriculadas em quinze creches municipais de São Paulo e verificaram que 80% das crianças menores de dois anos utilizaram pelo menos um medicamento e que entre todas as crianças que usaram um ou mais fármacos. A média foi de 2,75 medicamentos por criança.

Apesar do largo uso de medicamentos em crianças, a avaliação da relação benefício/risco em crianças é ainda insuficientemente estudada.

As crianças precisam ser escutadas pelos profissionais de saúde. Deve-se entrevistar a criança a respeito de seus sintomas e tratamento quando decisões são tomadas sobre seu corpo e mente. Quais as dúvidas da criança, o que ela entende sobre os procedimentos profiláticos ou curativos, quais os seus receios. Como se espera cooperação, se esta cooperação não é diretamente solicitada? Contemplando-se a necessidade da busca de ajuda, de se expressar melhor e de obter-se informações mais confiáveis, pode-se ajudar jovens a serem presas mais difíceis para a desinformação gerada pelo mundo das drogas.

Pensemos sobre as idéias preconceituosas no Brasil, em que adultos acreditam que devam tomar alguma substância para o fígado, que uma "injeção" é a forma mais eficaz para se tratar de doenças, que se tiverem tosse, necessariamente, precisarão tomar um "xarope", que substâncias naturais são menos perigosas que as sintéticas, que a eficácia dos medicamentos está diretamente relacionada ao seu preço, etc.

É importante o posicionamento institucional a respeito da orientação e, neste sentido, a Farmacopéia Americana estabeleceu princípios para ensinar crianças e adolescentes a respeito de medicamentos. Estes princípios são designados para encorajar crianças e adolescentes a tornarem-se participantes do processo de uso de medicamentos.



__ PARTE VI __

Situações de Risco à
Saúde da Criança

A Criança Vítima de Maus Tratos

JAEI BARBOSA DE ALBUQUERQUE, DIRCE CRUZ MARQUES
ANA MARIA BARA BRESOLIN, LUMENA ALMEIDA DE CASTRO FURTADO

Introdução

Os problemas relativos à violência vêm ganhando cada vez mais visibilidade, tendo se tornado uma questão importante para a Saúde Pública. As vítimas de Violência, em suas mais diversas formas: sexual, doméstica, acidente de trânsito, homicídios, suicídios, acidente de trabalho e institucional, invariavelmente recorrem ou são remetidos a serviços de saúde. Isso, sem dúvida, tem altos custos para a sociedade, para os indivíduos e para o setor saúde. A violência é hoje a primeira causa de morte em várias faixas etárias da população da Cidade de São Paulo e em diferentes Distritos de Saúde. Além disso, pode deixar seqüelas que muitas vezes sequer são computadas nos dados de morbidade. Frente a esta situação, é urgente discutir esta temática e implementar ações preventivas e assistenciais visando modificar essa situação.

Com base nesta avaliação, a SMS definiu com um dos Projetos Prioritários o Projeto Resgate Cidadão, uma rede de apoio à vida em situações de violência, urgência e emergência.

A violência contra a criança tem sido cada vez mais presente no cotidiano da sociedade. Os temas vitimização física e sexual estão intimamente relacionados, merecendo uma abordagem conjunta como problemas de saúde pública, face a sua importância epidemiológica e à necessidade de ações e de estratégias comuns no seu enfrentamento. Representam, além disso, graves violações aos direitos humanos, desrespeito ao Estatuto da Criança e Adolescente - ECA (1990), e alguns deles são objeto de criminalização pelo Código Penal Brasileiro.

As crianças têm sido vítimas de diferentes tipos de violências e de acidentes, que constituem importante causa de morbimortalidade nessa fase da vida. A violência contra a criança está presente na origem de graves problemas relacionados à população de rua, à prostituição infantil, aos atos infracionais e outros, devendo assim merecer atenção prioritária das políticas públicas.

Aspectos Conceituais

A conceituação desses eventos é complexa e controversa (**Ver Terminologia**).

Minayo e Souza (1998) assumem como **violência** o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros. Citam diferentes formas de expressão da violência: agressão física, abuso sexual, violência psicológica, violência institucional, que podem ter conseqüências distintas nos diversos grupos populacionais.

O **acidente** é um evento não intencional e evitável, causador de lesões físicas e ou emocionais no ambiente doméstico ou nos outros ambientes sociais como na escola, no trânsito, nos esportes, no lazer, no trabalho.

Esses eventos podem ou não levar ao óbito, por causas ditas *acidentais* - devidas ao trânsito, quedas, envenenamentos, afogamentos e outras- ou *intencionais*- lesões autoprovocadas e agressões.

Em relação à natureza da lesão, englobam todos os tipos de lesões e envenenamentos como ferimentos, fraturas, queimaduras, intoxicações afogamentos, entre outros.

Tais agravos constam na Classificação Internacional de Doenças (CID), OMS, 1995, sob a denominação de causas externas.

Aspectos Epidemiológicos

A análise da violência e dos acidentes, sob a ótica dos diferentes segmentos populacionais, mostra peculiaridades nítidas, tanto em relação às ocorrências, quanto às circunstâncias em que tais eventos ocorrem. Dessa forma, nos primeiros anos de vida, o ambiente doméstico é o principal local desses agravos. A partir do crescimento da criança e de sua inserção em outros espaços, o ambiente extra-domiciliar passa a ter prioridade no perfil epidemiológico desses problemas, que podem ser classificados como:

- acidentes domésticos : quedas, queimaduras, intoxicações, afogamentos e outras lesões e acidentes extra-domiciliares: acidentes de trânsito e de trabalho, afogamentos, intoxicações e outras lesões;
- violências domésticas: maus-tratos físicos, abuso sexual e psicológico, negligência e abandono e violências extra-domiciliares : exploração do trabalho infanto-juvenil, exploração sexual e outras originadas na escola, na comunidade, nos conflitos com a polícia, caracterizados por agressões físicas e homicídios, bem como violências auto-infligidas, como suicídios.

Existem poucos estudos de morbidade, na população infantil, especialmente dos casos de vitimização física ou sexual, porque muitos deles não chegam a ser atendidos nos serviços de saúde, impossibilitando o diagnóstico, a notificação e o desencadeamento dos meios de proteção ao menor.

Estima-se que a cada 20 situações de violência na infância e adolescência, apenas uma é registrada, sendo que cerca de 50% desses agravos acontecem em crianças menores de 9 anos, tendo os pais como agressores (Chaves,1994).

Os dados de mortalidade no município de São Paulo, no ano 2000, mostram a importância das causas externas que constituem a segunda causa de óbitos na faixa etária de 1 a 4 anos (acidentes de transporte, afogamento) e a primeira, de 5 a 9 anos (acidentes de transporte, agressões). Entre as crianças, os acidentes de trânsito, principalmente os atropelamentos, têm maior importância na mortalidade. O impacto dessas mortes pode ser analisado pelo indicador APVP (anos potenciais de vida perdidos) e, além dos custos sociais, os gastos com internações hospitalares e tratamentos de reabilitação também representam um grande impacto econômico. Dados do sistema de AIH (Autorização para Internação Hospitalar) mostram que as queimaduras entre as crianças menores de 5 anos de idade são causa importante de internação.

O Centro de Controle de Intoxicações de São Paulo (CCISP) atendeu 11000 ocorrências com agentes tóxicos em 2001. Os dados do primeiro semestre, 4508 ocorrências, mostraram que 50% dos atendimentos foram devidos a acidentes individuais e 45% tiveram como agente tóxico os medicamentos. As crianças de 1 a 4 anos de idade foram as principais vítimas, correspondendo a 54% dos atendimentos. São casos comuns em que elas, por curiosidade, ingerem medicamentos ou produtos químicos, principalmente os utilizados na limpeza doméstica. Essas intoxicações poderiam ser evitadas se houvessem cuidados por parte dos familiares, como colocar os medicamentos em local de difícil acesso, se possível trancados, e os produtos de limpeza em local fora do alcance das crianças.

O aumento do número de casos de acidentes e de violências e a inconsistência do sistema de informações, principalmente dos fatores de risco a eles associados, vem desencadeando algumas tentativas de estruturar o sistema, com o objetivo de melhorar a vigilância epidemiológica e o controle sobre esses agravos.

O Ministério da Saúde publicou em 25/10/2001, uma Portaria que "dispõe sobre a comunicação às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde(SUS)". Esta Portaria estabelece que os responsáveis técnicos de todas as entidades integrantes ou participantes do SUS deverão comunicar, aos Conselhos Tutelares ou Juizado de Menores da localidade, todo caso de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidas. Define que a comunicação deve ser feita em formulário próprio- Ficha de Comunicação de Suspeita ou Confirmação de Maus-tratos contra Crianças e Adolescentes (em anexo), preenchido em 2 vias, sendo a 1ª encaminhada ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores e a 2ª anexada à Ficha de Atendimento ou ao Prontuário da criança, para os encaminhamentos necessários no serviço.

Além da Ficha de Comunicação, proposta recentemente pelo Ministério da Saúde, outras fontes de informação para o estudo dos acidentes e violências, nas diferentes fases desses eventos até a morte são: BO(Boletim de Ocorrência Policial); Boletim de Ocorrência de Acidentes de Trânsito do Denatran; SIH/SUS (Sistema de Informações Hospitalares do SUS); SIM/MS(Sistema de Informação de Mortalidade do Ministério da Saúde) e o SINITOX(Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas)

Vale ressaltar que a Constituição de 1988, Artigo 227, estabeleceu os direitos fundamentais da criança, que alicerçaram a criação do Estatuto da Criança e do Adolescente- ECA, Lei 8069, de 13 de julho de 1990. O Estatuto, em relação aos casos de violência doméstica, regulamenta a conduta dos profissionais de saúde - nos Artigos 13, 47 e 245 - e define a obrigatoriedade de notificação dos casos suspeitos ou confirmados às autoridades competentes, em especial ao Conselho Tutelar, cabendo aos setores da Saúde e da Educação a comunicação, atendimento e prevenção desses casos. A notificação deve desencadear uma série de medidas de proteção, desde a orientação e o acompanhamento familiar até a intervenção judicial com afastamento do agressor ou da família, quando necessário.

Abordagem da Criança com Suspeita de Maus-Tratos

Na prática, é difícil para os profissionais das equipes de saúde e das unidades escolares identificarem as crianças vítimas de maus tratos, negligência ou mesmo de abuso sexual.

Alguns desses casos podem ser denunciados por familiares ou por terceiros. Proteger essas crianças é uma tarefa que requer sensibilidade, habilidade e conhecimentos específicos. É preciso estar atento a toda e qualquer suspeita de violência contra os menores para que se possa intervir de maneira direta e eficiente. No entanto, não é suficiente identificar os maus tratos e notificá-los às autoridades competentes. É necessário atuar preventivamente, antes que ocorra a primeira violência contra a criança e impedir a continuidade da agressão e de suas conseqüências físicas e/ou emocionais, seja por orientação, aconselhamento, ou mesmo pelos meios legais.

No acompanhamento de Puericultura e no atendimento primário feito nas UBS pelos profissionais de saúde existe a possibilidade de serem identificadas as situações de risco para a ocorrência desses agravos. Algumas características comuns nas famílias como pouco vínculo com a criança, desinteresse pela saúde e desenvolvimento da criança, história de conflitos familiares, padrões educacionais e/ou religiosos extremamente rígidos, graves dificuldades econômicas, história de uso de álcool ou outras drogas, doenças mentais ou distúrbios de comportamento, violência nas relações interpessoais podem representar sinais de alerta para os profissionais, quanto à possibilidade de maus-tratos.

Nas consultas de rotina e no atendimento de emergência nos pronto-socorros e hospitais é preciso estar atento para determinadas condições que podem levantar a suspeita de maus-tratos.

Condições de Suspeita:

- Incoerência entre os dados da anamnese e a avaliação clínica da criança, como por exemplo, o bebê que não ganha peso e está se desnutrindo, sem justificativas aparentes na oferta de alimentos e/ou na presença atual ou pregressa de doenças;
- Crianças não planejadas, não desejadas desde a gestação;
- Crianças prematuras ou hospitalizadas por longos períodos de tempo, com risco de vida e cujo vínculo mãe e filho ficou prejudicado;
- Crianças afastadas dos pais, criados por terceiros;
- Filhos de outros relacionamentos;
- Crianças adotadas ou sob guarda, por imposição à vontade dos responsáveis;
- Crianças de sexo diferente da expectativa, com características físicas ou capacidade intelectual diferentes dos pais;
- Crianças portadoras de doença crônica ou de deficiências, consideradas como um problema para os responsáveis;
- Crianças com atraso de desenvolvimento, não explicado por doenças de origem neurológica ou genética, mas aparentemente relacionado à falta de estimulação por negligência ou abandono e dificuldades no vínculo mãe-filho;
- Crianças com alterações no exame físico e sinais como fraturas, queimaduras, hematomas, escoriações, condições muito precárias de higiene, que possam sugerir vitimização física.

As crianças que sofrem maus tratos ou negligência têm auto-estima diminuída, são tímidas e sem iniciativa. Podem apresentar desenvolvimento abaixo do esperado para a idade e dificuldades de aprendizagem. Na idade escolar, podem ser agressivas ou apresentar sinais de desenvolvimento sexual precoce.

É fundamental nessas situações aprofundar a anamnese do caso, conhecer os antecedentes da criança, a morbidade pregressa e atual, o ambiente onde ela vive, os adultos responsáveis pelos cuidados e as relações existentes no núcleo familiar.

Sinais de Alerta ao Exame Físico

A suspeita de maus-tratos pode ser levantada sempre que no atendimento à criança forem observados alguns tipos de lesões como:

- 1) Lesões não compatíveis com a idade ou o desenvolvimento da criança como, por exemplo, relato de quedas de bebês abaixo de 4 a 5 meses, fratura de perna em criança abaixo de 1 ano, pois elas ainda não têm capacidade de movimentar-se e de sofrer acidentes;
- 2) Lesões que não se justificam pelo tipo de acidente relatado, como fraturas de crânio bilaterais em relatos de quedas de berço, cama ou cadeiras;
- 3) Lesões em várias partes do corpo ou bilaterais, como equimoses, hematomas, lacerações;
- 4) Lesões em partes usualmente cobertas do corpo como área genital, nádegas, grandes extensões de dorso;
- 5) Lesões em estágios diferentes de cicatrização ou cura, como hematomas e fraturas em diferentes estágios de evolução;
- 6) História de múltiplos acidentes ou de hospitalizações por traumas acidentais;
- 7) Atraso entre o "acidente" e a procura de atendimento médico, o que pode ser sinal de negligência ou medo de que os responsáveis sejam descobertos.

ABUSO FÍSICO

A pele é o local mais atingido pelos maus tratos que provocam arranhões, lacerações(cortes), equimoses, hematomas e queimaduras. Lesões circulares em pescoço, punhos ou tornozelos podem ser indícios de que a criança foi amarrada ou de tentativa de enforcamento.

Equimoses circulares podem ser conseqüentes a mordidas ou "chupões". Queimaduras em luva, ou meia, ou que envolvem todo o membro com limites definidos são características de maus tratos. Queimaduras em área genital ou nádegas são mais comuns em bebês; queimaduras de contato com formas de objetos como ferro de passar roupa, garfos, ponta de cigarro e outros exigem sempre o diagnóstico diferencial de maus-tratos.

As lesões orais envolvendo lábios, gengivas, língua e dentes também são freqüentes nos casos de maus-tratos, nos primeiros anos de vida.

O trauma na região dos olhos é comum em crianças de 2 a 3 anos de idade, mas é sempre unilateral. As lesões em ambos os olhos e ou regiões palpebrais (hematomas) só se justificam em crianças com grande traumatismo de face, como os causados em acidentes de trânsito.

As lesões músculo-esqueléticas são as manifestações mais comuns nos casos de abuso infantil e as fraturas estão presentes em cerca de 36% das vítimas de abuso físico(Clínica Pediátrica da América do Norte,1990). Por isso, o exame radiológico de esqueleto é obrigatório na suspeita de maus tratos, devendo-se considerar como fraturas e luxações suspeitas:

- Luxações dos dois ombros, em crianças abaixo de 7 anos de idade, determinadas por sacudida violenta da criança, sustentada pelos braços;
- Fraturas de membros inferiores em crianças que não andam;
- Fraturas em diferentes estágios de cura, -Fraturas de costelas ou de coluna vertebral em menores de 2 anos, ocasionadas por compressão violenta do tórax, quando a criança é agarrada ou sacudida;
- Fraturas de crânio bilaterais, causadas em geral quando a criança é jogada contra a parede ou agredida várias vezes;

- Fraturas de mandíbula, acompanhadas de outras lesões no rosto e dentárias, provocadas por socos ou tapas.

Quando se observam lesões tipo fraturas ou entorses, deve-se verificar as circunstâncias em que tais lesões ocorreram e avaliar a possibilidade de acidentes comuns nas crianças que praticam esportes sem proteção, nas colisões de veículos, atropelamentos, quedas de bicicleta, entre outros.

Algumas doenças raras também devem ser lembradas diante de lesões que sugerem maus-tratos como o raquitismo, outras doenças do metabolismo do cálcio, doenças genéticas musculares ou ósseas, doenças malignas como leucemias e outras neoplasias e os casos de insensibilidade congênita à dor, que é uma patologia rara e evolui com lesões e traumatismos freqüentes.

ABUSO SEXUAL

Os sinais de alerta para abuso ou agressão sexual são:

- Histórias de fugas ou tentativas de fuga;
- Comportamento sexual precoce para a idade;
- Menino ou menina que permanecem sozinhos com adulto de comportamento de risco, como histórico de violência, uso de álcool ou outras drogas ;
- Lesões em região genital;
- Lesões por doenças sexualmente transmissíveis: a constatação de doenças como sífilis, gonorréia, linfogranuloma venéreo na criança faz o diagnóstico de abuso sexual.

NEGLIGÊNCIA

A negligência demonstra a falta de vínculo dos responsáveis com seu filho, que acaba não recebendo os cuidados necessários para sua sobrevivência, como alimentação, cuidados com a saúde, apoio emocional. É importante diferenciar se essa situação é transitória ou constante, o que pode indicar a necessidade de ajuda imediata à criança. Os sinais de alerta são:

- Desnutrição, por oferta alimentar inadequada;
- Atraso no desenvolvimento psicomotor e da linguagem;
- Comportamento apático, alternado com irritabilidade;
- Aspecto de má higiene corporal;
- Acompanhamento inadequado da saúde, atraso no calendário vacinal;
- Acidentes freqüentes;
- Faltas freqüentes à escola ou à creche;
- Problemas de adaptação social.

ABUSO PSICOLÓGICO

Os sinais observados nas crianças que sofrem abuso psicológico são:

- Comportamentos extremos de apatia ou de agressividade, isolamento, destrutividade,
- Irritabilidade ou choro sem causa aparente;
- Dificuldades na fala, gagueira;
- Obesidade ou outros distúrbios alimentares;
- Afecções de pele.

Conduta na Suspeita de Maus-Tratos

Em todas as suspeitas de maus-tratos contra a criança é importante que :

- o atendimento seja feito em equipe multiprofissional para aprofundar a investigação do caso junto à família, mantendo-se retornos seqüenciais e próximos para acompanhar a criança, por se tratar

de uma situação que pode oferecer risco a sua integridade (atualizar o endereço, formas de contato com os familiares, pontos de referência para facilitar o acesso ao local de moradia);

- a visita domiciliar seja realizada, por ser um procedimento útil que permite conhecer melhor as condições de vida da família, entrevistar outros familiares, observar o modo de vida da criança;
- a equipe elabore um relatório completo do caso, devendo o prontuário médico conter as informações claras e detalhadas do exame físico da criança, especialmente das alterações e lesões que foram observadas;
- a equipe avalie o nível de gravidade da situação, em cada caso, levando em conta as características da vítima (estado geral, comportamento, relacionamento), o tipo de agressão (lesões leves, moderadas ou graves) e as condições da família para definir a conduta e os encaminhamentos necessários;
- o caso seja notificado ao Conselho Tutelar pela Ficha de Comunicação, conforme Portaria do Ministério da Saúde (2001), conduta esta obrigatória para os profissionais de saúde;
- a família seja orientada quanto à notificação do caso ao Conselho Tutelar;
- nos casos de violência sexual se oriente o acompanhante para procurar o Distrito Policial do local onde se suspeita que o fato tenha ocorrido.

Nos casos suspeitos ou confirmados em que existe risco de vida para a criança, ela deve ser encaminhada para internação e a equipe de saúde deve esclarecer os responsáveis quanto à suspeita e a notificação. A criança deve permanecer internada, aguardando decisão judicial.

O abuso sexual é sempre considerado como uma situação grave e exige ações imediatas e eficientes para a garantia da proteção das vítimas.

Estratégias para as Coordenadorias de Saúde

A diminuição da morbimortalidade das crianças vítimas de maus-tratos será alcançada por meio do projeto, já pactuado com as Coordenadorias de Saúde, que tem como objetivos:

1. Geral

Diminuir o índice de morbimortalidade causada pelas formas mais freqüentes de violência.

2-Específicos

2.1.– Criar uma rede de atenção às pessoas vítimas de violência: acolhimento, assistência referenciada e relação com outras redes

2.2 – Criar um sistema de informação, de notificação e de vigilância

2.3 – Mobilizar a sociedade e promover a saúde: campanhas, ações junto as sub-prefeituras e rede de parceiros

As Coordenadorias de Saúde implantaram, ou estão em fase de implantação. Unidade(s) de Referência em Violência para atender pessoas vítimas de violência, principalmente: doméstica e sexual. Os profissionais das Unidades de Saúde Municipais (Ambulatoriais, Hospitalares e Emergência) participaram de oficina de sensibilização para as diversas formas de violência e a equipe da Unidade de Referência terá supervisão clínica. As estratégias de atenção à criança estarão integradas a esse tipo de atendimento, realizado por profissionais capacitados para acolher os casos, nas diferentes Coordenadorias de Saúde.

O enfrentamento de um problema de tal magnitude demanda, portanto, esforços coordenados de diferentes setores governamentais, de diversos segmentos sociais e da população. A promoção da saúde e a garantia dos direitos individuais e coletivos à vida com qualidade devem ser baseadas em estratégias públicas que enfatizem medidas intersetoriais e o fortalecimento da ação comunitária. A promoção de ações de prevenção, assistência e proteção aos vitimados e suas famílias, além da responsabilização e do acompanhamento do agressor, é o resultado de uma política que exige trabalho conjunto de construção permanente. Esta opção configura um processo de busca de hábitos de vida saudáveis- individuais e coletivos- e na criação de ambientes seguros e favoráveis à saúde.

As condições do cotidiano de muitas famílias exigem um novo olhar sobre os maus tratos provocados em suas crianças. As famílias são responsabilizadas, sem um aprofundamento sobre os cenários de violência, fadiga e desgaste dos quais também são vítimas.

Terminologia

Abandono- ausência ou deserção, por parte do responsável, dos cuidados necessários às vítimas, ao qual caberia prover custódia física ou cuidado.

Abuso físico ou maus tratos físicos- uso de força física que pode produzir uma injúria, ferida, dor ou incapacidade.

Abuso psicológico ou maus tratos psicológicos -agressões verbais ou gestuais com o objetivo de aterrorizar, rejeitar, humilhar a vítima, restringir a liberdade ou isolá-la do convívio social.

Abuso sexual- ato ou jogo sexual que ocorre em relação hetero ou homossexual que visa estimular a vítima ou utilizá-la para obter excitação sexual e práticas eróticas e sexuais impostas por meio de aliciamento, violência física ou ameaças.

Acidentes de transporte - todo acidente que envolve veículo destinado ao transporte de pessoas ou mercadorias de um lugar para outro.

Acidentes de trânsito - acidentes com veículos, ocorridos na via pública.

Negligência- recusa, omissão ou fracasso por parte do responsável no cuidado com a vítima.

ANEXO- Ministério da Saúde do Brasil, Portaria nº 1968, Brasília, 25/10/2001 PORTARIA Nº 1968, DE 25 DE OUTUBRO DE 2001

Dispõe sobre a comunicação, às autoridades competentes, de casos de suspeita ou de confirmação de maus-tratos contra crianças e adolescentes atendidos nas entidades do Sistema Único de Saúde.

O Ministro de Estado da Saúde, com apoio Art. 87, Inciso II da Constituição Federal, considerando:

- o disposto no Capítulo I do Título II da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990;
- os termos da Política Nacional de Redução de Morbimortalidade por Acidentes e Violências publicada pela Portaria GM/MS nº 737, de 16 de maio de 2001, no Diário Oficial da União de 18 de maio de 2001, resolve:

Art. 1º- Estabelecer que os responsáveis técnicos de todas as entidades de saúde integrantes ou participantes, a qualquer título do Sistema Único de Saúde – SUS deverão comunicar, aos Conselhos Tutelares ou Juizado de Menores da localidade, todo caso de suspeita ou confirmação de maus tratos contra crianças e adolescentes, por elas atendidos.

Art. 2º- Definir que a comunicação de que trata o Artigo 1º deverá ser feita mediante a utilização de formulário próprio, constante do Anexo desta Portaria, observadas as instruções e cautelas nele indicadas para seu preenchimento.

Parágrafo Único – O formulário objeto deste Artigo deverá ser preenchido em 02 (duas) vias sendo a primeira encaminhada ao Conselho Tutelar ou Juizado de Menores e a segunda anexada à Ficha de Atendimento ou Prontuário do paciente atendido para os encaminhamentos necessários ao serviço.

Art. 3º- Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

FICHA DE COMUNICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

(Considera-se criança, a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescentes aquela entre 12 e 18 anos de idade – Lei Nº 8.069, de 13/07/90 – Estatuto da Criança e do Adolescente)

I – IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO				
Data do atendimento: ____/____/____				
Unidade: _____				
Endereço da Unidade: _____				
Telefones: _____				
Profissionais envolvidos no atendimento (incluir categoria profissional): _____				
II – IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE				
Nome: _____				
D.N: ____/____/____				
Idade: _____ Sexo: _____ Registro na Unidade: _____				
Filiação: _____				
Responsável(is) Legal(is): _____				
Acompanhante: _____				
Grau de Relacionamento: _____				
Endereço: _____				
Telefone para contato: _____				
Referência para localização: _____				
III – CARACTERIZAÇÃO DOS MAUS TRATOS/VIOLÊNCIA (tipos e prováveis agressores)				
Maus tratos identificados/Causador (es) provável dos maus tratos:				
Abuso Físico	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros ()
Abuso Sexual	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros ()
Abuso Psicológico	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros ()
Negligência	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros ()
Abandono	Mãe ()	Pai ()	Desconhecido ()	Outros ()
Outras síndromes especificadas de maus tratos: _____				
Síndrome não especificada de maus tratos: _____				
Descrição sumária do ocorrido: _____				
IV – DADOS DO ATENDIMENTO (Incluir observações da anamnese e exame físico que surgiram a partir da caracterização de maus tratos)				
V – CONDUTA, ORIENTAÇÃO, ACOMPANHAMENTO E DESTINO DADO AO PACIENTE				
Ficha encaminhada ao CONSELHO TUTELAR DA CR _____ em _____/_____/____				
ATENÇÃO Assinatura e carimbo da Direção				Ver instrutivo no verso da ficha

INSTRUTIVO

(DEVE SER IMPRESSO NO VERSO DA FICHA DE COMUNICAÇÃO DE SUSPEITA OU CONFIRMAÇÃO DE MAUS TRATOS CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES)

I – IDENTIFICAÇÃO DO ATENDIMENTO

Profissionais envolvidos no atendimento: preencher com o nome e a categoria dos profissionais que atenderam a criança/adolescente

II – IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA / ADOLESCENTE

- Registro na unidade – número de matrícula e/ou boletim de emergência
- Responsável (is) Legal(is) – caso não seja os pais biológicos
- Grau de Relacionamento: especificar se é: parente – Pai, Mãe, Padastro, Avó, amigo da família, vizinho, etc.
- Endereço: Telefone e referência – identificação de onde pode ser localizada a criança/adolescente.

III – CARACTERIZAÇÃO DA VIOLÊNCIA

Os maus tratos são atos de ação (físicos, psicológicos e sexuais) ou de omissão (negligência) praticados contra a criança / adolescente sendo capaz de causar danos físicos e/ou emocionais. Estes maus tratos podem ocorrer isolados, embora freqüentemente estejam associados

Descrever o tipo de maus-tratos, segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão, CID 10, com os seguintes códigos:

- T 74.0 Negligência e Abandono
- T 74.1 Sevícias Físicas (abuso físico)
- T 74.2 Abuso Sexual
- T 74.3 Abuso Psicológico
- T 74.8 Outras Síndromes especificadas de maus tratos
- T 74.9 Síndrome não especificada de maus tratos

- Para cada criança ou adolescente atendido deverá ser preenchida uma ficha
- Deverá constar no verso da ficha a relação de instituições locais que prestem atendimento a crianças e adolescentes em situação ou risco de violência, com telefones e informações úteis.
- Em caso de dúvida ou necessidade de apoio para encaminhamento/discussão do caso, constatar as Gerências dos Programas da Criança e do Adolescente das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde e do Distrito Federal.
- A comunicação dos casos suspeitos ou confirmados de maus tratos/abuso sexual contra crianças e adolescentes é obrigatória pelo Estatuto da Criança e Adolescente.
- Para a comunicação destes casos, os profissionais devem utilizar a Ficha de Comunicação que contém instrutivo para preenchimento no verso.
- A ficha deve ser enviada pela direção da Unidade, o mais rapidamente possível ao Conselho Tutelar da Área de moradia da criança/adolescente e para a Secretaria Municipal de Saúde, a quem caberá o posterior envio à Secretaria de Estado de Saúde.
- Recomenda-se que, além do encaminhamento da ficha ao Conselho Tutelar, seja sempre realizado um contato telefônico entre o serviço de saúde e o Conselho, propiciando a discussão da melhor conduta para o caso.
- A atenção/comunicação dos casos é responsabilidade da unidade como um todo, e não apenas dos profissionais que fizeram o atendimento, portanto, todos devem estar atentos a identificação dos casos e comprometidos com o acompanhamento destas crianças e adolescentes.
- É importante que a gerência local de saúde conheça o número e a natureza dos casos atendidos, de forma a definir as estratégias de intervenção adequadas.
- É fundamental que todos os setores e profissionais da unidade recebam esta ficha com o respectivo instrutivo e compreendam a importância do seu adequado preenchimento.

O Trabalho Infantil

EVY MARIA DE A. S. MONTEIRO, RITA DE CÁSSIA BESSA DOS SANTOS
MARIA JOSÉ DE OLIVEIRA ARAÚJO, ANA MARIA BARA BRESOLIN

Em relação ao trabalho infantil, o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE:(LEI Nº 8069 DE 13/07/1990) ESTABELECE QUE:

- A idade mínima para o trabalho é de 16 anos;
- Dos 14 aos 16 anos, o adolescente pode trabalhar apenas na condição de aprendiz (com supervisão / monitoria de um adulto);
- Com menos de 14 anos, nenhum adolescente ou criança deve trabalhar;
- Com menos de 14 anos, não pode fazer nenhum curso profissionalizante.

Dessa forma, o Estatuto preconiza: "A Erradicação do Trabalho Infantil, e não a redução da ocorrência do trabalho infantil".

Diagnóstico da Situação Atual

A questão do trabalho infantil e do adolescente é um tema bastante polêmico, pelo próprio conceito social nele embutido. É comum ouvir-se dizer: " O trabalho enobrece " " Melhor trabalhar do que ficar na rua " " Brincar é desperdício de tempo " " Nossa sociedade cobra produção, não cobra lazer " " Trabalhar não faz mal a ninguém " " Virou marginal, porque os pais não o colocaram para trabalhar cedo " " Não há reconhecimento legítimo do lazer como parte integrante e necessária à qualidade de vida de qualquer indivíduo, independente da faixa etária a qual pertence "

Na prática, há grande dificuldade em se identificar a criança e o adolescente que trabalham, já que a maior parte deles está no mercado informal. Dados do IBGE, de 1999, registram 6,4 milhões de crianças e adolescentes entre 5 e 17 anos, no Brasil, que trabalham para ajudar no orçamento familiar. Essa estatística leva a consequências graves como a evasão escolar e a criminalidade.

Muitas vezes, as famílias, por questões sócio-econômicas, incentivam e/ou necessitam do trabalho de seus filhos, crianças ou adolescentes - reflexo do empobrecimento de nossa sociedade. Além disso, por questões sócio-culturais para alguns seguimentos da sociedade " o Brincar é visto como perda de tempo " " é melhor trabalhar do que ficar na rua " .

Existe ainda uma exploração dessa mão de obra pelos empregadores, já que este segmento da população (com menos de 16 anos) não pode ser legalizado, o que diminui os encargos sociais para as empresas, não havendo mecanismos efetivos de controle por parte do Estado.

A Sobrevivência Cotidiana das Famílias Empobrecidas

A ERRADICAÇÃO DO TRABALHO INFANTIL É UMA TAREFA DIFÍCIL QUANDO SE CONSIDERA A VALORIZAÇÃO DO TRABALHO E AS CONDIÇÕES DE VIDA DAS FAMÍLIAS

A crescente globalização da economia e os ajustes econômicos no Brasil, nos últimos 10 anos, colocaram a família brasileira em processo de empobrecimento, alterando sua estrutura, sistema de relações e papéis e formas de reprodução social. Grandes contingentes de chefes de família ficaram desempregados ou

com sub-emprego. Segundo dados do Instituto de Pesquisas Econômicas Aplicadas (IPEA) de 1999, cerca de 54 milhões de brasileiros vivem abaixo da linha de miséria, dos quais 17 milhões são indigentes.

A pobreza é desigualmente distribuída, com perfis regionais diversificados que exigem diferentes respostas. Nas áreas metropolitanas como na cidade de São Paulo, a população pobre vive em cortiços ou em favelas, excluída de bens e de serviços. Nesse contexto de pobreza generalizada a mulher assume um papel no mercado do trabalho e a criança e o adolescente ingressam cada vez mais cedo nesse mercado, abandonando precocemente a escola para reforçar a renda familiar. O trabalho para a maioria dessas famílias resulta em ganhos insatisfatórios, é em geral informal, sem vínculo empregatício e descontínuo. Estabelece-se uma nova divisão do trabalho, não só entre homens e mulheres, mas entre adultos e jovens, o que altera as relações de poder intrafamiliares. O grupo familiar tenta maximizar as chances de garantir sua sobrevivência, mesmo com os baixos rendimentos de cada um. O papel de chefe da família passa muitas vezes do homem para a mulher e a família nuclear é ampliada por agregados e conterrâneos. O modo de viver dessas comunidades empobrecidas e urbanas é muito estressante. Não têm qualificação profissional e trabalham, muitas vezes, em ocupações manuais, sem direito a férias ou mudanças de cenários, numa rotina monótona e desgastante. Nesse contexto, a passagem da submissão à rebelião se faz por meio de explosões de violência entre si, seus pares ou para fora, dirigidas contra os dominantes ou as instituições.

Dessa forma, não se pode apenas sensibilizar as famílias quanto aos prejuízos do trabalho infantil ou mesmo simplesmente impor medidas restritivas. Para combater o trabalho infantil são fundamentais políticas públicas e sociais que priorizem a família. Além disso, na UBS a equipe de saúde deve procurar identificar as propostas de apoio às famílias já implantadas na área da subprefeitura. Assim, numa proposta de trabalho intersetorial, os trabalhadores da área de saúde e da assistência social devem identificar as famílias de risco para engajá-las em programas assistenciais como:

- 1- Programas de geração de emprego e de renda
- 2- Complementação da renda familiar
- 3- Rede de serviços de apoio às famílias em situação de desemprego, alcoolismo, separação, maus-tratos
- 4- Programas de formação profissional, escolarização básica, socialização, com oportunidades de acesso e de participação nos serviços, de acesso à cultura, ao lazer, à justiça.

Propostas de Ação para Erradicar o Trabalho Infantil

- Sensibilizar a sociedade quanto à necessidade de Erradicação do Trabalho infantil;
- Promover ações intersecretariais e com a sociedade civil para sensibilizar a população quanto a obrigatoriedade de toda e qualquer criança e/ou adolescente freqüentar escola;
- Promover e oferecer apoio econômico às famílias de baixa renda cujos filhos (crianças e/ou adolescentes) trabalham, para que estes deixem o trabalho e freqüentem a escola, como forma de erradicar o trabalho infantil. Algumas iniciativas estão sendo implementadas por meio de projetos como "Bolsa Escola", "Bolsa Trabalho", "Renda Mínima" e outros;

A Bolsa-Escola é uma experiência rica de promoção dos direitos da criança, ao viabilizar o direito à Educação. Trata-se do pagamento à família por uma prestação de serviço de manter a criança na escola. Portanto não é uma esmola, nem uma proposta simplesmente assistencial. Tem maior impacto quando associada a uma proposta de oferta de outras atividades para a criança e sua família, como jornada escolar ampliada, atividades esportivas, artísticas e culturais, programas de educação para jovens e adultos e projetos de geração de empregos e de renda. O foco do projeto deve ser a criança para que ela consiga completar sua educação formal e tenha condições de alcançar uma melhor posição no mercado de trabalho, com impacto positivo no combate à pobreza e ao trabalho infantil.

- Integrar ações da área de saúde voltadas à erradicação do trabalho infantil com outras instituições competentes como Conselho Tutelar da Infância e Adolescente, CMDCA (Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente), Secretaria da Educação, CONANDA (Conselho Nacional do Adolescente) entre outras.

Estratégias para Erradicação do Trabalho Infantil

- Sensibilizar e capacitar a rede de atendimento à saúde para identificar o trabalho infantil como potencial causa de sofrimento e / ou adoecimento, com o objetivo de intervir para o controle das condições nocivas de trabalho, principalmente quando se tratar de um adolescente, entre 14 e 16 anos de idade e de erradicar o trabalho infantil nos menores de 14 anos.

Os Agentes Comunitários de Saúde do PSF podem desempenhar importante papel na identificação do trabalho infantil realizado no ambiente doméstico, devendo encaminhar os casos para discussão com a equipe de saúde.

- Estabelecer pactos regionais/locais entre as instituições públicas e entidades da sociedade civil para oferecer às crianças e aos adolescentes opções de lazer, recreação, educação e cultura.
- Estabelecer parcerias entre o Ministério Público, Delegacia Regional do Trabalho, Ministério do Trabalho e Sindicatos para identificar as situações de trabalho infantil e desenvolver ações conjuntas para sua erradicação.

Vale lembrar que o Comitê Municipal para prevenção de acidentes graves e fatais no trabalho, criado em agosto de 2001, estabelece que todo acidente ocorrido no trabalho com menores de 16 anos será considerado como acidente grave, devendo ser notificado e investigado.

A Prostituição Infantil

Trata-se de uma forma de abuso, caracterizada pela exploração que submete as crianças à prostituição ou à pornografia. Guarda estreita relação com questões de valores morais, culturais, sócio-econômicos, desestruturação familiar, questões de saúde mental, consumo e tráfico de drogas, entre outros. Em nossa sociedade chama atenção o estímulo mercadológico ao consumo de bens com propaganda erotizada envolvendo crianças.

Propostas:

Nos serviços de saúde:

- Implementar ações educativas que contemplem a prevenção da prostituição infantil junto à clientela e comunidade em geral.
- Implantar ações que visem à atenção integral por meio de equipe interdisciplinar, com garantia de acolhimento imediato e intervenção.

Estratégias:

- Investir na sensibilização e capacitação dos profissionais.
- Organizar os serviços provendo os recursos necessários às ações.
- Buscar integração interinstitucional e com serviços afins e complementares.
- Sensibilizar a comunidade para a existência dessa forma de abuso, com medidas de prevenção e conscientização da necessidade de notificação aos órgãos competentes como SOS criança, Ministério Público, Conselho Tutelar, considerando-se o silêncio como uma forma de cumplicidade.
- Garantir apoio institucional e acompanhamento que visem resguardar a integridade física e psíquica dos denunciadores.
- Identificar áreas vulneráveis ou propícias a estas práticas e atuar preventivamente, ou quando não for possível assim proceder, desencadear medidas capazes de reprimi-las, por meio dos órgãos competentes.

Os Acidentes na Infância

ANA CECILIA SILVEIRA LINS SUCUPIRA
LUCIA FERRO BRICKS

Os acidentes constituem causa importante de mortalidade, principalmente a partir dos 5 anos de idade. Como fator de morbidade são bastante freqüentes durante toda a infância. Um acidente não ocorre por acaso, mas é o resultado de um conjunto de fatores que tornam mais ou menos previsível sua ocorrência, ou seja, ele pode ser previsto e prevenido. Exemplificando, a presença de uma escada na casa gera a probabilidade de ocorrência de acidentes que será eliminada se houver uma proteção na escada. Em geral, os acidentes mais difíceis de prevenir são aqueles que causam danos mais leves, como as quedas que ocorrem quando a criança começa a andar.

A maioria dos acidentes na infância ocorre no ambiente doméstico. A creche e a escola também são locais onde muitos acidentes infantis podem ocorrer. As situações de risco, muitas vezes não são percebidas, embora para a maioria da população as condições socioeconômicas determinem uma convivência constante com situações de risco elevado para acidentes.

FATORES DETERMINANTES DOS ACIDENTES NA INFÂNCIA

- grau de desenvolvimento físico e psíquico
- grau de instrução da família
- condições sociais
- condições ambientais
- hábitos de vida

O DESENVOLVIMENTO INFANTIL E OS TIPOS DE ACIDENTES MAIS COMUNS

O tipo de acidente que ocorre com a criança está determinado pelo seu estágio de desenvolvimento físico e psíquico. O interesse da criança em realizar novas tarefas, para as quais nem sempre está preparada, facilita a ocorrência de acidentes. A motivação para imitar os adultos ou heróis da TV gera situações de risco para acidentes. A ansiedade e a pressa podem levar a criança a ter um desempenho de risco em suas atividades do dia a dia. Em cada idade, podemos identificar os acidentes mais freqüentes, facilitando assim o direcionamento das orientações aos pais. (Tabela 3)

TABELA 3. Principais características da criança, acidentes mais comuns e medidas de prevenção dos acidentes, de acordo com a faixa etária.

Características da faixa etária	Acidentes mais comuns	Medidas preventivas
<p>1. Recém-nascido Falta de coordenação motora</p> <p>Dependência do adulto</p>	<p>Sufocações, aspiração de leite</p> <p>Queimaduras por excesso de exposição ao sol, na água de banho, com alimentos quentes</p> <p>Ser lançado do carro</p>	<p>Evitar colocar fitas, cordões no pescoço e excesso de roupas no berço</p> <p>Não usar travesseiro</p> <p>Não dar mamadeira quando a criança estiver dormindo</p> <p>Evitar sol forte, testar temperatura da água do banho, do leite e de outros alimentos, antes de oferecê-los à criança</p> <p>Transportar o bebê de forma adequada (prender a cadeirinha, ou o "Maisés")</p> <p>Colocar a criança no banco de trás</p>
<p>2. Primeiro ano de vida</p> <p>Capacidade de pegar objetos e levá-los à boca, rola no berço</p> <p>Capacidade para sentar, engatinhar, andar, subir e descer escadas</p>	<p>Ingestão de pequenos objetos</p> <p>Queda da cama-trocador</p> <p>Quedas do cadeirão, escadas, acidentes com fios e tomadas elétricas, queimaduras no forno e com objetos quentes, afogamentos</p>	<p>Cuidado com alfinetes, botões, brinquedos que soltam pequenas peças</p> <p>Não deixar a criança sozinha na cama ou trocador</p> <p>Não deixar sozinha em cadeirões, bloquear com grade/trincos o acesso às escadas; cobrir tomadas elétricas; não deixar sozinho na cozinha; não deixar próximo de ferro quente; colocar grade/rede em janelas; proteger piscinas com capa/rede. Deixar a porta do banheiro fechada.</p>
<p>3. Pré-escolar e escolar</p> <p>Anda e corre em postura ereta, sobe e desce escadas, abre e fecha portas</p> <p>Grande curiosidade</p> <p>Anda em triciclos/bicicletas, brinca com objetos mecânicos, grande atração por água, falta de atenção</p> <p>Gosta de brincar com animais</p>	<p>Quedas, fraturas</p> <p>Ingestão de medicamentos e outras substâncias tóxicas, aspiração de corpo estranho, queimaduras, acidentes com armas brancas e de fogo</p> <p>ingestão de corpo estranho, afogamento, Atropelamentos</p> <p>Mordeduras</p> <p>Traumatismos</p>	<p>Manter as orientações do 1º ano de vida.</p> <p>Colocar grade/rede em janelas, colocar portão com trinco nas escadas, retirar chaves das portas</p> <p>Não deixar medicamentos e substâncias tóxicas em locais de fácil acesso, cuidado com doses e intervalos de medicamentos, cuidado com objetos pequenos, cuidado com objetos quentes, tomadas e fios elétricos. Não ter armas em casa (ou deixá-las trancadas).</p> <p>Não deixar brincar em locais de trânsito, segurar pela mão para atravessar a rua, proteger piscinas, usar cadeiras apropriadas/cinto de segurança em meios de transporte, iniciar educação sobre trânsito</p> <p>Evitar contato íntimo com animais domésticos, vacinar os animais domésticos contra raiva</p>

Abordagem Preventiva

Considerando que os acidentes têm um grau de previsibilidade é fundamental o reconhecimento dos fatores envolvidos para que se possa atuar de forma preventiva, evitando-se os transtornos e lesões causadas pelos acidentes, algumas vezes fatais. (Tabela 1). A atuação dos profissionais de saúde deve ser no sentido de aumentar a percepção dos familiares quanto às situações de risco decorrentes das condições ambientais e dos hábitos de vida e incentivar a adoção de comportamentos e atitudes de prevenção de acidentes. O ACS deverá ser capacitado a identificar, nas visitas domiciliares, as situações de risco para acidentes e a encontrar junto com as famílias as soluções possíveis para minimizar esses riscos.

Igual tarefa deve ser desenvolvida junto às creches, escolas e na comunidade. O trabalho preventivo constante pode contribuir para a conscientização e mobilização no sentido de modificar as situações de risco, embora muitas vezes as orientações preventivas sejam difíceis face às condições ambientais, sociais e culturais da comunidade.

As orientações devem começar no pré-natal, visando a preparação de um ambiente doméstico adaptado à chegada de uma criança. No acompanhamento da criança faz parte do atendimento de rotina a identificação dos fatores de risco em cada idade para junto com a família desenvolver medidas eficazes de prevenção dos acidentes. Assim, na anamnese é importante identificar:

- onde a criança fica durante o dia;
- quem cuida da criança;
- os hábitos e costumes da família;
- formas de lazer, práticas esportivas;
- profissão/ocupação dos pais;
- relato de acidentes anteriores.

A visita domiciliar contribui para completar as informações dadas a essas questões pela família. Todas as informações colhidas pelos profissionais contribuem para que as orientações possam se adequar à realidade de cada família. Programas de educação para o trânsito realizados na escola e complementados pelos profissionais de saúde ajudam a formar novos comportamentos entre as crianças com relação aos acidentes com veículos. É importante a abordagem do respeito às leis de trânsito, tais como a obrigatoriedade do cinto de segurança e o transporte de crianças no banco traseiro. A educação no trânsito é um exemplo de formação para a vida em sociedade, na medida em que as transgressões às regras e leis de trânsito podem acarretar acidentes que afetam não apenas o infrator, mas, também, colocam em risco a vida de outros cidadãos.

As medidas de prevenção em relação aos acidentes devem incluir as condutas iniciais no atendimento à criança visando evitar as complicações decorrentes de medidas intempestivas e/ou inadequadas. Os profissionais de saúde devem divulgar na família, nas creches e escolas essas condutas iniciais, para que todos se conscientizem da importância de agir corretamente no cuidado com a criança nos diferentes acidentes e quando deve haver o encaminhamento para a unidade de saúde ou para o pronto socorro. Assim, a atuação educativa deve ser estendida às escolas e creches capacitando os profissionais que aí trabalham a tomar as condutas adequadas nos acidentes. (Tabela 3)

Orientações Importantes Para a Prevenção dos Acidentes Infantis

- mantenha todos os produtos tóxicos (detergentes, sabão em pó, inseticidas e outros produtos de uso doméstico) longe do alcance das mãos e dos olhos das crianças, para não despertar a curiosidade;
- leia atentamente os rótulos antes de usar qualquer produto doméstico e siga as instruções cuidadosamente;
- mantenha os produtos nas suas embalagens originais; nunca coloque produtos de limpeza em embalagens de refrigerantes;
- evite tomar remédios na frente das crianças;
- não dê remédio no escuro para que não haja trocas perigosas;
- mantenha os medicamentos nas embalagens originais;
- não utilize remédios sem orientação médica;

- cuidado com remédios de uso infantil e de adulto com embalagens muito parecidas;
- ensine as crianças que não se deve colocar plantas na boca;
- conheça as plantas de sua casa e arredores pelo nome e características;
- quando estiver lidando com plantas venenosas use luvas ou lave bem as mãos após essa atividade;
- não faça remédios ou chás caseiros preparados com plantas sem orientação médica.

Condutas Iniciais nos Principais Acidentes Infantís

É importante orientar para que, tanto no domicílio como nas creches e escolas, exista uma caixa de curativos que seja de fácil acesso a todos. Um conteúdo mínimo para essas caixas seria:

- Caixa de Curativo
- **atadura de crepe**
 - **caixa de curativo adesivo**
 - **gaze**
 - **luvas de látex para procedimentos, descartável, tamanho pequeno e médio**
 - **algodão**
 - **esparadrapo**
 - **tesoura**

Junto com a caixa de curativos deve haver pares de talas para imobilização, feitas com papelão, pedaços de madeira, revistas, ou outros.

Ferimentos

Os ferimentos causados por objetos duros, cortantes ou perfurantes, que provocam pequenos cortes ou ferimentos leves podem ser tratados no local de ocorrência.

Orientações para fazer o curativo:

1. Lavar as mãos com água e sabão
2. Calçar as luvas
3. Limpar o ferimento com água corrente e sabão
4. Secar o local com gaze ou pano limpo
5. Se o ferimento apresentar sangramento excessivo, fazer compressão no local com uma gaze limpar até cessar. No caso de ferimentos grandes pode ser necessário encaminhar para o Pronto Socorro para sutura.

Faz parte do atendimento, a verificação da carteira de vacinação para avaliar a proteção contra o tétano. Nos casos de esquema vacinal incompleto, orientar para encaminhar para a unidade de saúde para atualização imediata.

Avaliar a necessidade de proteger o local, o que deve ser feito com gaze ou curativo adesivo quando a ferida acontece em locais sujeitos a traumas freqüentes. É importante orientar para que todo o material utilizado, juntamente com as luvas seja acondicionado em saco plástico e colocado em recipiente próprio, evitando assim, a contaminação de outras pessoas.

Contusões

Contusões são lesões causadas por pancadas que atingem vasos sanguíneos ou os músculos abaixo da pele, sem que haja ruptura aparente da pele. Quando se localizam no couro cabeludo provocam os chamados "galos" e nas outras partes do corpo os "inchaços" e hematomas.

A conduta mais adequada é a aplicação de compressas frias ou saco de gelo no local da contusão até que a dor e o inchaço tenham diminuído. Procurar acalmar a criança para que se recupere do susto.

Após 2 horas, se ainda houver limitação de movimento ou dor intensa, encaminhar ao Pronto Socorro, pois pode ter havido fratura em galho verde.

Sangramento Nasal

Em crianças, o sangramento nasal é comum após trauma direto no nariz, sem que exista nenhuma doença associada. Também é freqüente quando a criança está resfriada e fica exposta ao sol muito quente ou apresenta episódios de rinite alérgica.

Quando houver sangramento nasal, tomar as seguintes condutas:

- colocar a criança sentada, com a cabeça em posição normal;
- pedir para respirar pela boca e apertar a narina, por onde está sangrando, contra o septo nasal, durante cerca de 5 minutos;
- caso o sangramento não ceda, calçar as luvas, colocar um tampão de gaze por dentro da narina e um pano frio ou se possível um saco de gelo sobre o nariz.
- após melhora retirar as luvas e desprezar o material em lugar adequado;
- encaminhar para o pronto socorro quando não houver melhora, ou se a criança tem alguma doença que costuma provocar sangramento.

CORPOS ESTRANHOS

Corpos estranhos são pequenas partículas de poeira, areia, grãos diversos, farpas, substâncias tóxicas ou pequenos insetos que podem penetrar nos olhos, nariz ou nos ouvidos. Caso isso aconteça, é preciso tomar os seguintes cuidados:

Quando o corpo estranho foi introduzido recentemente fica mais fácil de sair. Em outras ocasiões, a suspeita de corpo estranho no nariz é feita a partir de coriza mucopurulenta, com mau cheiro, geralmente unilateral.

Conduta:

- comprimir a narina do outro lado onde está localizado o corpo estranho e pedir à criança para fechar a boca e assoar o nariz, sem violência.
- não introduzir objetos na narina (palito, grampo, pinça) na tentativa de retirar o corpo estranho.
- Caso não consiga retirar o corpo estranho com facilidade, não insista. Encaminhe a criança ao médico.

Olhos

Conduta nos casos de corpo estranho nos olhos (areia, cílios, pó de giz):

1. conter a criança para evitar que ela esfregue os olhos;
2. nunca tentar retirar um corpo estranho encravado no olho;
3. lavar com água corrente;
4. fazer a criança fechar os olhos para permitir que as lágrimas lavem e removam o corpo estranho;
5. se o corpo estranho não sair com as lágrimas, puxar a pálpebra superior e colocar por cima da pálpebra inferior, para deslocar a partícula;
6. nunca tentar retirar corpo estranho que estiver sobre a "menina dos olhos", se não sair após a lavagem. Nesses casos encaminhar imediatamente ao médico;
7. quando for difícil retirar o corpo estranho, não insistir, fazer um tampão ocular ou cobrir o olho com um pano limpo e levar a criança ao médico.

Observação: Nos casos de ferimentos e outras lesões intra-oculares encaminhar de imediato ao médico; nos casos de substâncias tóxicas nos olhos lavar intensamente com soro fisiológico ou água limpa.

Ouvido

Não se deve introduzir no ouvido nenhum instrumento, seja qual for a natureza do corpo a remover. No caso de insetos vivos, colocar gotas de azeite ou óleo comestível no ouvido para imobilizar e matar o inseto. Conservar a criança deitada de lado com o ouvido afetado voltado para cima. Manter assim com o óleo dentro por alguns minutos, depois mude a posição da cabeça para escorrer o óleo. Em geral o inseto sai com essa manobra.

Quando o corpo estranho não puder ser removido com facilidade, encaminhar ao pronto socorro. Nunca colocar água ou outro líquido, pois pode embeber o corpo estranho aumentando o seu tamanho e dificultando mais ainda sua retirada.

Fratura

Fratura é definida pela perda de continuidade de um osso. Pode ser percebida pela deformidade no membro atingido, que apresenta mobilidade anormal, inchaço e, às vezes, hematomas no local.

É importante imobilizar o membro para impedir o deslocamento das partes quebradas, evitando assim, lesão de outras estruturas, como vasos e nervos.

CLASSIFICAÇÃO DAS FRATURAS:

Fratura fechada: quando o osso quebra, mas não perfura a pele.

Fratura aberta: quando o osso está quebrado e a pele rompida, com um ferimento que expõe o osso.

Conduta inicial:

- nunca movimentar uma parte do corpo que possa ter sofrido uma fratura;
- não tentar colocar o osso no lugar, para evitar o risco de cortar vasos sanguíneos e nervos;
- procurar deixar imóvel a parte afetada.

Conduta nas fraturas fechadas:

1. colocar o membro acidentado em posição, tão natural quanto possível, sem desconforto para a vítima;
2. colocar talas sustentando o membro atingido, para deixá-lo imóvel;
3. as talas deverão ter comprimento suficiente para ultrapassar as articulações acima e abaixo da fratura;
4. qualquer material rígido pode ser empregado como tala: tábua, papelão, jornal, revista
5. as talas devem ser amarradas com tiras de pano não apertadas.

Conduta nas fraturas expostas:

1. lavar as mãos com água e sabão;
2. calçar as luvas em ambas as mãos;
3. colocar uma gaze, lenço ou pano limpo sobre o ferimento;
4. fixar firmemente o curativo no lugar, utilizando uma bandagem resistente (gravata, tira de roupa);
5. aplicar as talas, conforme foi descrito para as fraturas fechadas, sem tentar puxar o membro ou fazê-lo voltar a sua posição;
6. retirar as luvas e desprezá-las em lugar próprio;
7. lavar as mãos com água e sabão.

Quando ocorrer um acidente grave, como a queda de uma árvore, com muitos ferimentos e houver suspeita de lesão da coluna, a vítima não deve ser deslocada ou arrastada. Aguardar a ambulância.

Queimaduras

A gravidade da queimadura depende da extensão e não do grau da lesão. O risco maior é a infecção secundária.

Queimaduras por fogo ou calor:

- colocar a parte queimada na água fria;
- não colocar nenhuma pomada ou qualquer outra substância em cima da queimadura;
- não furar as bolhas;
- quando a queimadura for extensa ou houver muitas bolhas, levar a criança para o pronto socorro.

Queimaduras por produtos químicos: Lavar bastante com água corrente a parte afetada e se possível retirar as roupas para interromper a ação do produto químico.

Choque elétrico

Remover a vítima da fonte de corrente, observando as normas de segurança: desligar a chave geral ou retirar o fio da tomada, remover o fio em contato com a criança, utilizando objeto isolante.

Avaliar rapidamente as condições da criança (movimentos respiratórios, batimentos cardíacos, pulsos, estado de consciência) e iniciar imediatamente as manobras de reanimação cardiopulmonar.

Intoxicações

Ocorrem por ingestão de produtos de limpeza, medicamentos, plantas, fumaça, gases e outros. Ligar para o **Centro de Controle de Intoxicações** da região. Em São Paulo os telefones são:

Centro Controle Intoxicações (CCI)- Fone: 5012-5311 ou 08007713733
CEATOX: 30698571

Antes de telefonar:

Procurar identificar o nome do produto, a composição, a quantidade ingerida, a hora da ocorrência e as reações que a criança está apresentando (vômito, diarreia, cólica, etc).

Orientações:

Tentar diminuir a exposição ao agente tóxico:

Para a maioria dos tóxicos ingeridos, a primeira medida é promover o esvaziamento gástrico, quando a ingestão ocorreu até 2 a 4 horas, podendo ser utilizadas medidas emetizantes e/ou lavagem gástrica

Contra-indicações das medidas emetizantes e/ou lavagem gástrica: ingestão de substâncias cáusticas, hidrocarbonetos ou derivados de petróleo, paciente com depressão do sistema nervoso central, agitação psicomotora ou apresentando convulsões.

Para tóxicos inalados: remover imediatamente do ambiente contaminado

Para tóxicos em contato com a pele: lavagem corporal demorada e cuidadosa e remoção das vestes contaminadas.

Para tóxicos injetados:

- Para picadas de insetos (abelhas, escorpiões): remover o ferrão com agulha ou por meio de raspagem, de baixo para cima, colocar gelo, administrar analgésicos e anti-histamínicos.
- Para picadas de animais peçonhentos, procurar tranquilizar a criança/família, identificar as características do animal, para poder orientar imunoterapia, quando indicada.

Afogamentos

Retirar a vítima rapidamente da água; as manobras de tentativa para retirar a água dos pulmões são ineficazes e inadequadas, devendo-se dar preferência para início imediato das manobras de reanimação cardiopulmonar.

Mordedura de Animais

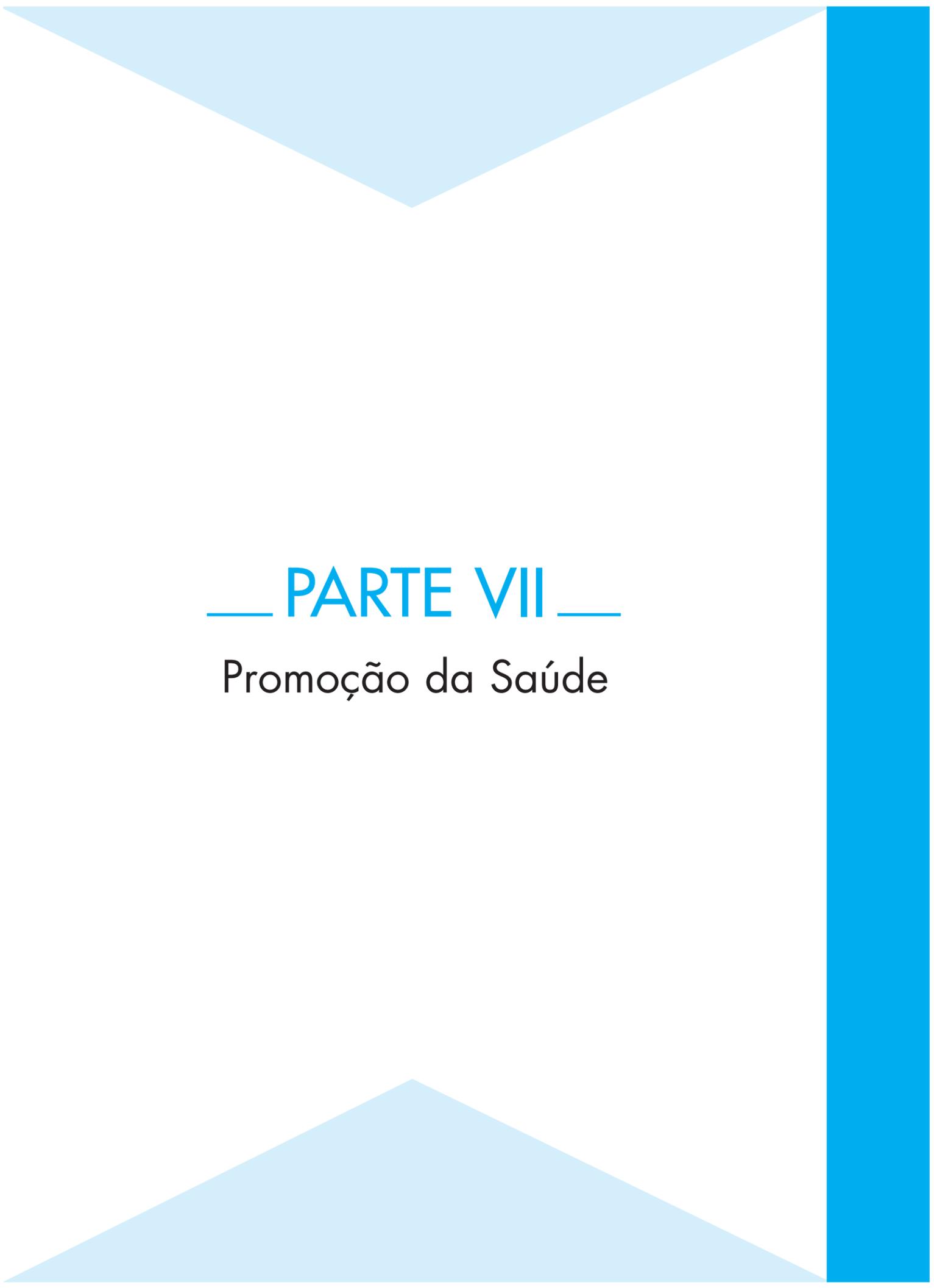
Lavagem imediata dos ferimentos com água e sabão. A conduta varia de acordo com o tipo de animal, condições e estado de vacinação do animal, na ocasião do acidente e tipo de ferimento. Nesses casos, deve ser verificada a necessidade de vacinação e deve ser feita a notificação para a UVIS da Coordenadoria de Saúde.

Sufocação

Ocorre por aspiração de corpo estranho, provocando engasgo e levando a asfixia em muitos casos. Se a criança tosse e grita, deixá-la expelir o corpo estranho sem interferir.

Conduta nas crianças com sufocação:

- ficar atrás da criança e colocar os braços em torno da sua cintura;
- apoiar a criança firmemente e deixar que sua cabeça, braços e parte superior do tronco pendam para frente;
- o examinador deve segurar o punho de uma das mãos com a outra mão, colocando-as sobre o estômago da criança, logo acima do umbigo, na linha da cintura;
- dar um golpe enérgico com os punhos contra o estômago da criança, repetindo essa manobra várias vezes até que o corpo estranho seja expelido.



— PARTE VII —

Promoção da Saúde

O Ensino de Saúde como Aprendizado para a Cidadania e a Construção da Escola Saudável

ROSILDA MENDES E MARCIA FARIA WESTPHAL

Os resultados das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, realizadas em cinco países do mundo desde 1986, e o conteúdo do capítulo de Saúde da Constituição Federal do Brasil de 1988 chamam atenção para a necessidade de rever o histórico paradigma orientador das ações de saúde, predominantemente curativo e para a premência de definir ações de saúde orientadas na perspectiva da saúde como qualidade de vida.

O tema da qualidade de vida assume cada vez mais um papel relevante na definição de uma sociedade mais justa e solidária que garanta a possibilidade de se viver melhor. Nessa direção, a escola possui um importante papel enquanto espaço público onde os alunos têm a possibilidade de estabelecer um contato e vivenciar um diálogo, a partir do tema da qualidade de vida.

É importante ressaltar que ao pensar qualidade de vida no âmbito escolar estaremos abordando as interdependências no campo do conhecimento, enfatizando o necessário diálogo entre saúde e meio ambiente, a partir das dimensões das relações sociais básicas - conviviabilidade, civilidade, respeito, diálogo, afetividade e da subjetividade – por meio de diálogos e encontros.

Além disso, a escola pode ser considerada um local privilegiado para descobrir novas formas de encarar a relação do homem com a natureza, reforçando a importância de estimular práticas que fortaleçam o significado da cidadania, onde cada aluno poderá estar potencializando a sua vivência de direitos e deveres, convertendo-se em defensor da qualidade de vida, baseados numa nova ética, que pressupõe compreensão dos problemas e da necessidade de uma participação mais ativa.

A proposta de Escola Saudável inscreve-se, portanto, na área da Promoção da Saúde, que busca seus referenciais teóricos e metodológicos nas ciências sociais, na educação e na saúde. Propõe a construção de conhecimentos e o desenvolvimento de atividades que contribuam para a reflexão sobre a causalidade dos problemas dos alunos e dos locais onde vivem, estimulando a criação de soluções que representem um compromisso com a melhoria da qualidade de vida.

A escola tradicionalmente tem incorporado ações de saúde numa concepção assistencial, às vezes preventiva, mas dificilmente na perspectiva da Promoção de Saúde. Essa nova visão busca reorientar as práticas de saúde, atendendo o direito à cidadania, garantindo o acesso à vida com qualidade, considerando não só os determinantes genéticos e biológicos, mas também, e principalmente, as determinações sociais, econômicas, culturais e ambientais que possam interferir na qualidade de vida dos alunos, professores e pais.

A Promoção da Saúde no âmbito escolar enfatiza a educação para a saúde na escola com enfoque integral e preocupa-se em responder as necessidades de crescimento e desenvolvimento dos alunos. Entre as crianças e os jovens, este aspecto abarca desde questões relacionadas a auto-estima e auto-confiança até aque-

las referentes aos desafios da curiosidade sobre a vida. A educação para a saúde no âmbito escolar propõe que a escola não se limite a transmitir informações para atingir estes objetivos, mas que procure estimular, no corpo docente, o apoio e, no discente, o gosto da pergunta, da curiosidade e do saber criativo de forma a contribuir para a descoberta de modos de vida mais saudáveis.

A complexidade crescente da vida orienta a produção do conhecimento a tentar restabelecer a circularidade entre o homem e a sociedade. Isto implica a abordagem integrada do conhecimento e de campos interdisciplinares variados, o que no cotidiano da escola se traduz na integração de diferentes áreas do conhecimento que auxiliam na problematização, na explicação da realidade e na definição de ações propositivas de melhoria de qualidade de vida.

Outro componente fundamental da Promoção da Saúde no âmbito escolar refere-se à comunidade em que a escola está inserida. As relações da escola com a comunidade são de muita importância, especialmente quando esta atende aos alunos que vivem neste entorno.

O entorno escolar é a linguagem não verbal da educação, é a concretização das nossas práticas, é o espaço informal da educação e principalmente é o local onde ocorrem a mediação entre os conhecimentos científicos dos educadores e os conhecimentos empíricos da população, a troca de saberes e de cultura e a construção conjunta de conhecimentos decorrentes da interrelação das diferentes forças sociais, cognitivas e culturais.

Por fim, considera-se que a escola tem um potencial de transformação das práticas e dos diferentes agentes envolvidos em projetos locais, de caráter intersetorial. Há de se enfatizar nesse aspecto a importância do envolvimento de diferentes instituições que devem trabalhar de forma integrada, conjugando esforços para que os espaços públicos das escolas sejam espaços de garantia de direitos; do exercício da capacidade crítica, de refletir, problematizar e agir sobre os valores, a situação social e as condições de vida que favoreçam a saúde e o desenvolvimento humano; do exercício da capacidade de identificar as condições favoráveis e os riscos a que estão submetidos as comunidades escolares e as comunidades; do fortalecimento dos alunos, das famílias e das coletividades para participar no equacionamento das soluções e construção conjunta das soluções, para promover o desenvolvimento humano e local.

O Ambiente e a Saúde da Criança

HELENA MARIA DE CAMPOS MAGOZO
SHIZUKO AYABE

O Ciclo de vida da criança escolar e pré-escolar e a sustentabilidade ambiental

A fase de desenvolvimento infantil, fundamental na estruturação da personalidade, passa pela construção de modelos de identificação e, portanto, os vínculos que se estabelecem nesta fase são muito importantes na introjeção de valores relacionados a uma sociedade mais sustentável.

A sustentabilidade ambiental implica uma mudança ética, além de uma mudança conceitual, e a introjeção de valores, nesta etapa, depende do vínculo das crianças com os adultos que lhes são mais significativos. Estes devem se constituir no público-alvo privilegiado para essa mudança paradigmática, proposta pela integração saúde-meio ambiente.

A criança necessita de figuras permanentes que possibilitem o estabelecimento desses vínculos, sendo que a família, figuras cuidadoras e escola desempenham um papel central nesse processo.

Quanto mais precoce e constantemente a criança estiver em contato com estes valores, maior a possibilidade de sua introjeção.

A Saúde Ambiental acrescenta aos preceitos da Saúde Pública, um novo tipo de convivência do homem com seu meio ambiente.

O princípio da sustentabilidade valoriza a implantação de formas de desenvolvimento que não destruam ou degradem ecossistemas naturais e ecossistemas sociais. O habitat humano em domicílios, vilas, bairros e cidades precisa ser saudável e sustentável. O cotidiano da população, portanto, deve assentar-se numa vida digna, com índices mínimos de boa qualidade e o desenvolvimento econômico-social deve estar apoiado na vida comunitária com todos os recursos naturais e sociais nela compreendidos.

O maior desafio da Educação Ambiental acoplada à Promoção à Saúde é aproximar a realidade ambiental das pessoas e conseguir que passem a perceber o ambiente como algo próximo e importante em suas vidas. É verificar, ainda, que cada um tem um importante papel a cumprir na preservação e transformação do ambiente em que vive.

O conhecimento ambiental e sanitário pode contribuir para o desenvolvimento sustentável, na medida em que diminui a desigualdade na capacidade dos cidadãos lidarem com riscos, gerando consciência social sobre os seus problemas e capacita tomadores de decisão, induzindo, conseqüentemente, relações mais equilibradas entre os seres humanos e o meio ambiente.

As crianças têm um papel importante na construção do futuro e a temática ambiental é muito importante para a construção de um futuro sustentável.

Os profissionais de saúde, que acompanham as gestantes e os primeiros meses das crianças e seu desenvolvimento, são uma referência muito importante na relação com as famílias, podendo desenvolver em suas abordagens, uma autonomia crítica em relação ao consumo de alimentos, de medicamentos, quando não contribuem para a melhoria da qualidade de vida, quer se considerando os sujeitos, quer se considerando a preservação ambiental.

Os agentes de saúde do Programa de Saúde da Família (ACS) podem desempenhar um papel fundamental no contato direto com a comunidade e seu cotidiano, detectando hábitos e relações da saúde com o ambiente mais próximo (destinação de lixo, consumo de água, presença de áreas degradadas ou contaminadas, poluições, hábitos alimentares, consumo indevido de medicamentos) que podem ser alterados por um trabalho mais direto e contínuo com a comunidade. Um trabalho educativo pode possibilitar a estes profissionais de saúde, o reconhecimento de agravos relacionados ao meio ambiente, desenvolvendo uma nova sensibilidade, um novo olhar dos sujeitos sobre o meio ambiente, sobre os espaços de convivência.

Nesse contato direto com os espaços de vida dos munícipes também podem ser detectadas possibilidades de maior apropriação e valorização do território (organização do espaço, redes de relação) que vão influenciar a integração comunitária e a qualidade de vida dos munícipes.

No âmbito escolar, a proposta da escola saudável, desenvolvida anteriormente, busca uma abordagem que garanta este espaço institucional como espaço de estímulo à cidadania e à consciência do direito à saúde e como espaço de instrumentalização para a intervenção individual e coletiva sobre os determinantes do processo saúde/ doença e apropriação do território.

Mesmo em condições sanitárias e ambientais adversas, os indivíduos e as famílias podem se defender contra muitos riscos à saúde, mediante a adoção de comportamentos adequados de higiene, alimentação e gestão do ambiente doméstico e peridomiciliar, o que exige informação sobre velhos e novos riscos, bem como estratégias viáveis de auto- proteção.

Estratégias para Implantação das Propostas de Saúde e Meio Ambiente no Município de São Paulo

- Fortalecer mecanismos de participação nas áreas da Saúde e Meio Ambiente em todos os planos de governo e sociedade civil organizada, facilitando o acesso aos conhecimentos científicos sobre saúde e meio ambiente aos servidores e interessados na área.
- Capacitar profissionais que atuam nas áreas de saúde e meio ambiente, de forma que possam desenvolver ações educativas e estimular ações organizadas da comunidade, condizentes com o conceito de desenvolvimento sustentável.
- Estabelecer parcerias entre as Coordenadorias de Saúde e as de Educação das subprefeituras, de modo a viabilizar o projeto "Escolas Saudáveis".
- Estabelecer parcerias com entidades nas áreas de saneamento básico -SABESP; disposição adequada do lixo - LIMPURB; controle da poluição ambiental - CETESB, para melhor acompanhamento de agravos à saúde decorrentes desses fatores.

- Esclarecer a população quanto às possibilidades de prevenção de agravos à saúde por meio de medidas de auto-proteção, tais como gestão ambiental doméstica, destinação de lixo e outros dejetos, alimentação e estilos de vida saudáveis, estimulando uma postura ativa, em seu cotidiano.
- Apoiar o desenvolvimento de pesquisas e a criação de tecnologias na área de Saúde Ambiental.

Bibliografia

- ABERASTURY, A - A criança e seus jogos. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.
- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA - 1997 Red Book: Report of the Committee on Infections Diseases. 24th ed. American Academy of Pediatrics, Elk Grove Village, IL, 1997.
- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP) - Pediatric Nutrition Handbook 4ª ed., USA, 1998.
- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA (AAP) – Red Book 2000. 25ª ed, 2000.
- ACADEMIA AMERICANA DE PEDIATRIA - Red Book 2001, 2001.
- ARAÚJO, CA - Conferência sobre "Psicodiagnóstico" apresentada no Seminário de Saúde Mental, Secretaria Municipal de Saúde, PMSP, 2000.
- AZEVEDO, MF - Avaliação audiológica no primeiro ano de vida. In: Lopes F.º, O. - Tratado de Fonoaudiologia. Ed. Roca, 1997.
- AZEVEDO, MF; VILANOVA, LCP; VIEIRA, RM.- Desenvolvimento auditivo de crianças normais e de alto risco. Plexus, 1995.
- BENIGUI, Y; ANTUÑANO, FJL; SCHMUNIS, G; YUNES, J - Infecções Respiratórias em Crianças. Washington, D.C, OPAS, 1998.
- BUSCHI, IP - Promoção de saúde bucal na clínica odontológica. São Paulo, Artes Médicas, 2000. Série EAP/APCD.
- CARRAZA, FR & MARCONDES, E. Nutrição Clínica em Pediatria. São Paulo, Sarvier, 1991.
- CARVALHO, MCB et al - A Família contemporânea em debate. - São Paulo, Cortez, 1997.
- CENTRO DE INTOXICAÇÕES DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO - Dados Epidemiológicos, São Paulo, 2001.
- COMITÊ DE FOLLOW-UP DO RN DE ALTO RISCO - Novo Manual de Follow-up do RN de Alto Risco. Serviço de Informação Científica Nestlé, 1997.
- CURY, JA - Uso do flúor e controle da cárie como doença. In: Baratieri, L. et al . Odontologia Restauradora: fundamentos e possibilidades . São Paulo: Santos, 2001.
- DIAS, TGS - Considerações sobre o psiquismo do feto. São Paulo, Ed. Escuta, 2ª ed. 1999.
- ENGSTROM RE JR; HOLLAND GN; NUSSENBLATT RB et al - Current practices in the management of ocular toxoplasmosis. Am J Ophthalmol 1991, (111): 601-610.
- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. 11ª edição, 2000.
- FEIGIN, R.D. & CHERRY, J.D.: Textbook of Pediatric Infections Diseases. 3rd ed.
- FUNDACENTRO- Caderno de Ação: Trabalho do Adolescente. Mitos e Dilemas. Irandi Pereira e col. 1997.
- GALDUROZ, JCF; NOTO, AR; NAPPO, SA e CARLINI, E A - I Levantamento domiciliar nacional sobre o uso de drogas psicotrópicas. São Paulo, CEBRID, 2000.
- GESELL, A - A criança dos 0 aos 5 anos. São Paulo, Martins Fontes, 1989.

- GOMELLA TL et al- Neonatology: Management, Procedures, On-Call Problems, Diseases, and Drugs. 4th ed. McGraw-Hill, 1999.
- GRISI, S. & ESCOBAR, A M -Prática Pediátrica. Rio de Janeiro, Atheneu, 2001.
- GUEDENEY, A. & LEBOVICI, S. - Intervenções psicoterápicas Pais-Bebê. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1999.
- JOINT COMMITTEE ON INFANT HEARING – Position Statement. In: www.audiology.org, 2000.
- KATZ, J - Tratado de Audiologia Clínica. Ed. Manole, 1994.
- KRIGER, L - Promoção de saúde bucal. 2ª ed. São Paulo, Artes Médicas, 1999.
- MARTINEZ, FD - Present and future treatment of asthma in infants and young children. J.Allergy Clin.Immunol., 104(suppl.4):S169-S174, 1999.
- MARTINEZ, FD & cols. – Asthma and wheezing in the first six years of life. N. Engl. J. Med. 332:133-138, 1995.
- MARTINEZ, FD & cols. – Diminished lung function as predisposing factor for wheezing respiratory illness in infants. N. Engl. J. Med. 319:1112-1117, 1988.
- MAZET, P. & STOLERU, S. Manual de Psicopatologia do recém nascido. Porto Alegre. Editora Artes Médicas,1990.
- MENAKER, L - Cáries dentárias Bases Biológicas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan 1984.
- MENCHER, GT & DOVE, SJ - Universal newborn screening: a dream realized or a nightmare in the making? Scand.audiol.Suppl. 2001; (53): 15-21.
- MENCHER, GT et al- Universal neonatal hearing screening: past, present and future. Amer. J. Audiology 2001; (10): 3-12.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Levantamento epidemiológico em Saúde Bucal- Brasil – zona urbana, 1986. Relatório final, 1988.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Decreto n. 3298 de 20 de dezembro de 1999 que regulamenta a Lei federal n. 7.853 de 24 de outubro de 1989.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Ações Básicas de Saúde e Desenvolvimento da Criança - Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Fundação Nacional de Saúde, Brasília,1994.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Atenção à Pessoa Portadora de Deficiência no Sistema Único de Saúde – Planejamento e Organização de Serviços. Brasília,1995 .
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Projeto de Capacitação dos Agentes Comunitários de Saúde na Promoção do Uso Racional de Medicamentos. Brasília, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Amamentação e Uso de Drogas. Brasília, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE – Fundamentos técnico-científicos e orientações práticas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Brasília 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - Guia de tratamento clínico da infecção pelo HIV em criança. Brasília, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE - O Trabalho dos Agentes Comunitários de Saúde na Promoção do Uso Correto de Medicamentos. Brasília, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos Pós- Vacinação. Brasília, 1998.

- MINISTÉRIO DA SAÚDE: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - Doenças Infeciosas e parasitárias- Guia de Bolso - 1999.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - Manual dos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais, Brasília, 2000.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE: FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE - Manual de Controle do Tracoma. Brasília, 2001.
- MONTEIRO, CA - Saúde infantil: tendências e determinantes na cidade de São Paulo na segunda metade do século XX. -Revista Saúde Pública 2000;34(6Supl):1-107.
- MONTEIRO, CA ; SZARFARC, SC; MONDINI, D. – Tendência secular da anemia na infância na cidade de São Paulo (1984-1996). Rev. Saúde Pública; 34 (6 Supl), 2000:62-72.
- MORGAN, WJ & MARTINEZ, FD – Risk factors for developing wheezing and asthma in childhood. *Pediatr. Clin. N. Amer.* 39:1885-1203. 1992.
- NEUMANN, E - A criança. São Paulo, Ed. Cultrix, 1991.
- NORTHERN, JL & DOWNS, MP- Audição em crianças. Ed. Manole, 1989.
- OMS/OPAS e MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL – Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), 1999.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - Declaração Universal dos Direitos da Criança – Resolução da Assembléia Geral da ONU, 20 de novembro de 1959.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência – Resolução 37/52 de 03 de dezembro de 1982 -Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - Implementation of the World Programme of Action Concerning Disabled Persons and the United Nations Decade of Disabled Persons - Resolução 45/91 de 14 de dezembro de 1990 - Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - Normas sobre Equiparação de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência – Resolução 48/96 -Assembléia Geral das Nações Unidas de 20 de dezembro de 1993.
- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS -The Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education. World Conference on Special Needs Education: Access and Quality - Salamanca ,1994.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE- A training package on substance use, sexual and reproductive health including HIV/ AIDS and STDS- working with street children. Geneve, WHO, 2000.
- OSKI, FA ; BRUGNARA, C; NATHAN, DG – A diagnostic approach to the anemic patient. In: Nathan, D. G.; Oski, F. A. *Hematology of Infancy and Childhood*. 5th ed., Philadelphia, Saunders, 1998.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Pré- Natal, Parto e Puerpério e Atenção ao Recém-Nascido. Curitiba, 2000.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Rede de Proteção à Criança e ao Adolescente em Situação de Risco para a Violência- Protocolo. Curitiba, 2000.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA. Programa Crescendo com Saúde. Infecções e Alergias Respiratórias na Infância. Curitiba, 2001.
- REINECKE RD - Ophthalmic Examination of Infants and Children by the Pediatrician: In: *The Pediatric Clinics of North America: Symposium of Pediatric Ophthalmology*, Dec 1983.

- REMINGTON JS & KLEIN JO- Infectious Diseases of Fetus and Newborn Infant. 3ª ed. Philadelphia, WB Saunders, 1990.
- RUSSO, ICP & SANTOS, TMM - Audiologia Infantil. São Paulo, Cortez, 4ª ed., 1994.
- SALVATANO, H. e col.- Seu filho de 0 a 12 anos. São Paulo, IBRASA, 1992.
- SANTOS, TMM & RUSSO ICP- A Prática da Audiologia Clínica. 4ª ed. – São Paulo, Cortez, 1993.
- SBRISSA, RA; SBRISSA, CA e LENZA, CF- Problemas oftalmológicos mais frequentes de interesse pediátrico. J. Pediatr. 61 (3)206, 1986.
- SCHWARTZMAN, S. Pronto-Socorro em Pediatria. São Paulo, Sarvier, 1989.
- SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - Manual de Identificação Precoce de deficiências. Secretaria de Assistência Social/ UNICEF, 1984.
- SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL - Olhando, Convivendo e Trabalhando com as Diferenças. SAS/PRODEF- SORRI- BRASIL, 1999.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DE SÃO PAULO - Projeto de Intervenção na Morbimortalidade por Causas Respiratórias na Infância, 1996.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE – Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal - Estado de São Paulo- 1998. Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Relatório final, 1999.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE - Norma do Programa de Imunização, 2ª edição, São Paulo, 2000.
- SEGRE CAM, ARMELLINI PA, MARINO WT.- Recém-Nascido. 4ª ed. São Paulo, Sarvier 1995.
- SIH, T. - Otite média secretora e Otite média recorrente. In: Sih, T. et al - Manual de Otorrinolaringologia – SBP – São Paulo, 1996.
- SIH, T. - Infectologia em Otorrinopediatria. Rio de Janeiro, Revinter, 2001.
- SINDICATO DOS MÉDICOS DE SÃO PAULO (SIMESP)- A Revista do Médico, outubro 2001.
- SOCIEDADES BRASILEIRAS DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, DE PEDIATRIA e DE PNEUMONIA E TISIOLOGIA – II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. J.Pneumol 24(4): 173, 1998
- SOCIEDADES BRASILEIRAS DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA, DE PEDIATRIA e DE PNEUMONIA E TISIOLOGIA – III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma - 2002. J.Pneumol 28(supl. 1):2002.
- SOUZA, LSFS. - Aerosolterapia na asma da criança. J.Pediatria. 74: 189, 1998.
- STERN, DN - A constelação da Maternidade. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997.
- STOUT AU & WRIGHT KW – Pediatric Eye Examination. In: Pediatric Ophthalmology and Strabismus. St Louis, Mosby, 1995.
- SUCUPIRA, ACSL E BRESOLIN, AMB. - Rediscutindo o Atendimento de Puericultura. No prelo.
- SUCUPIRA, ACSL et al - Pediatria em Consultório. 4ª ed. São Paulo, Sarvier, 2000.
- SUCUPIRA, ACSL; MORANO, R; COSTA, MZA et al Grupo de Mães. Uma Experiência de Ensino da Puericultura. Pediatria (São Paulo) 9(2) 53-58, 1987.
- SUCUPIRA, ACSL & ZUCCOL
- OTTO, SMC - Vídeos de Semiologia Pediátrica, Nestlé.

- THUREEN PJ et al, Assesment and Care of the Well Newborn. W.B.Saunders Company, 1999.
- UNICEF - A Deficiência: sua Prevenção e Reabilitação. Relatório da "Reabilitação Internacional" à Junta Executiva do UNICEF, 1980.
- UNICEF - Aprendendo e Ensinando a Lidar com Deficiências na Comunidade. 7 Fascículos-UNICEF/CORDE/APAE-SP, 1993.
- VERONESI, R. & FOCACCIA, R.- Tratado de Infectologia. São Paulo, Atheneu,1997.
- WARNE, JO; NASPITZ, CK e CROPP, GJA. - Third International Pediatric Consensus Statement on Manegement of Childhood Asthma. Pediatric Pulmonology 25:a, 1998.
- WECKX, LLM e col. Como diagnosticar e tratar infecções nas vias aéreas superiores. Revista Bras. Med 56,1999.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO)- Physical Status: the use and interpretation of Anthropometry. WHO Technical Report Series 854. Geneve, 1995.

SITES PARA CONSULTA SOBRE

"Drogas e Aleitamento"

<http://www.motherisk.org>- site do Hospital for Sick Children, Toronto, Canada. Estudos controlados prospectivos sobre potenciais riscos dos medicamentos durante a gravidez.
<http://www.perinatology.com/exposures/druglist.htm> – Para pesquisar qualquer fármaco, grau de segurança na gravidez, efeito na amamentação.

"Deficiência"

www.entreamigos.com.br (rede de informações)
www.saci.org.br (rede de informações)
www.cedipod.org.br (Centro de Documentação e Informação do portador de Deficiência)
www.who.int (Organização Mundial de Saúde)
www.paho.org (Organização Panamericana de Saúde)
www.saude.gov.br (Ministério da Saúde)
www.mj.gov.br (Ministério da Justiça – CORDE –Coordenadoria Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência)
www.who.int/icidh/ (International Classification)

