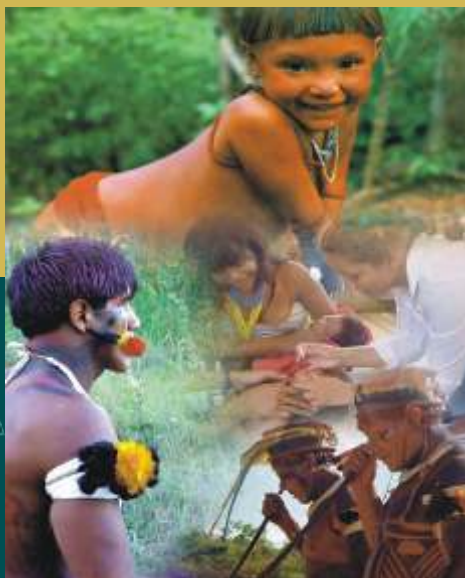


MANUAL DE ATENÇÃO À SAÚDE DA CRIANÇA INDÍGENA BRASILEIRA

SAÚDE INDÍGENA



FUNASA

ORIENTAÇÕES TÉCNICAS



Ministério da Saúde
Fundação Nacional de Saúde

Presidente da República
Luiz Inácio Lula da Silva

Ministro da Saúde
Humberto Sérgio Costa Lima

Presidente da Fundação Nacional de Saúde
Valdi Camarcio Bezerra

Diretor-executivo
Lenildo Dias de Moraes

Chefe de Gabinete
Cristina Santana

Diretora do Departamento de Engenharia de Saúde Pública
Kátia Regina Ern

Diretor do Departamento de Saúde Indígena
Alexandre Rocha Santos Padilha

Diretor do Departamento de Administração
Wilmar Alves Martins

Diretor do Departamento de Planejamento e Desenvolvimento Institucional
Déo Costa Ramos

Auditor-Chefe
Edgard Távora de Sousa

Procurador-Chefe
Cláudio Renato do Canto Farág

Assessor Parlamentar
Jorge Augusto Oliveira Vinhas

Assessora de Comunicação e Educação em Saúde
Suelene Gusmão

Manual de Atenção à Saúde da Criança Indígena Brasileira

Brasília, 2004

Copyright © 2004
Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**)
Ministério da Saúde
2004 – Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde

Direitos editoriais cedidos pela Sociedade Brasileira de Pediatria para reprodução da obra com fim único de distribuição gratuita, direcionada aos médicos e profissionais de saúde que atendem à população indígena na faixa etária pediátrica.

Editor
Assessoria de Comunicação e Educação em Saúde
Núcleo de Editoração e Mídias de Rede/Ascom/Presi/**Funasa**/MS
Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N, 5º andar - sala 511
70.070-040 - Brasília/DF

Distribuição e Informação
Departamento de Engenharia de Saúde Pública (Densp)
Setor de Autarquias Sul, Quadra 4, Bl. N, 6º Andar
Telefone: 0XX61 314-6262 - 314-6380
70.070-040 - Brasília/DF

Tiragem
20.000 exemplares

Manual de atenção à saúde da criança indígena brasileira / Renato Minoru Yamamoto (organizador); promovido pela Sociedade Brasileira de Pediatria. - Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2004.
239 p.

1. Saúde dos povos indígenas. I. Brasil. Fundação Nacional de Saúde.

Apresentação

A implementação da Política Nacional de Atenção à Saúde dos Povos Indígenas requer a adoção de um modelo complementar e diferenciado de organização dos serviços voltados para a proteção, promoção e recuperação da saúde, que garanta aos índios o gozo e exercício de sua cidadania nesse campo. Para sua efetivação, a rede de serviços nas terras indígenas, deve superar as deficiências de cobertura, acesso e aceitabilidade do Sistema Único de Saúde para essa população. É indispensável, portanto, a adoção de medidas e rotinas de serviços padrões.

O presente manual, elaborado pela Sociedade Brasileira de Pediatria, visa oferecer ao médico nos postos de saúde da aldeia e no pólo-base, subsídio para a organização do atendimento à criança indígena. A parte mais importante é a humanização do atendimento diferenciado e a valorização da família indígena.

Valdi Camarcio Bezerra
Presidente da Fundação Nacional de Saúde

Apresentação da Sociedade Brasileira de Pediatria

A Sociedade Brasileira de Pediatria, em sua luta pela cidadania de crianças e adolescentes, organiza anualmente, desde 2000, os Fóruns sobre Saúde da Criança Indígena, com o objetivo de levantar os principais agravos à saúde deste segmento populacional, e ao mesmo tempo envolver suas filiadas estaduais, autoridades, organizações não-governamentais e a própria comunidade indígena na abordagem de seus problemas.

Fruto desta ampla discussão, foi realizado levantamento epidemiológico das doenças que acometiam as várias etnias nos diversos estados em que se encontram, o que, por sua vez, resultou no compromisso de desenvolvimento de ações que ajudassem a melhorar a atenção à saúde destas crianças e adolescentes.

Assim, temos a satisfação de estar apresentando este Manual, resultado do esforço do Grupo de Trabalho de Saúde da Criança Indígena constituído pela SBP, e que contou com a participação de pediatras que se dedicam ao atendimento destes pacientes.

Estamos convictos de que este Manual será bastante útil aos profissionais de saúde que atuam nas áreas indígenas, e que, com ele, estamos contribuindo de forma importante para a qualidade de vida de nossos índios.

Lincoln Marcelo Silveira Freire
Presidente da Sociedade Brasileira de Pediatria



Prefácio

A criança indígena brasileira é um tesouro inestimável que precisamos ajudar a preservar. Preservá-la é missão de todos os brasileiros, mas particularmente de um grupo especial de brasileiros: os médicos que atuam em comunidades indígenas. Estes médicos têm a felicidade de compartilhar as alegrias, mas também sentem intensamente as imensas dores dos povos indígenas brasileiros: a dor da fome, da incompreensão, do esquecimento de que uma vida mais digna lhes foi prometida há séculos e que precisamos começar a tornar realidade. Este Manual é uma contribuição da Sociedade Brasileira de Pediatria para auxiliar os médicos que atuam em comunidades indígenas a cumprir sua maravilhosa missão: a de proteger a vida e a saúde da criança indígena brasileira.



Sumário

Apresentação

Prefácio

Parte 1: Introdução à saúde indígena	9
1.1. Povos indígenas brasileiros: sua expedição para as doenças e a lógica do tratamento realizado	9
1.2. Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais x medicina tradicional	11
1.3. Medicina ocidental e medicina indígena: a favor da saúde da criança indígena brasileira	15
1.4. Nações indígenas: o direito à saúde	16
1.5. Humanização no atendimento à criança indígena: respeitando o ser humano na comunidade, no ambulatório e no hospital	17
Parte 2: Política nacional de atenção aos povos indígenas	23
2.1. Situação de saúde da criança indígena no Brasil	23
2.2. Distrito Sanitário Especial Indígena (DSEI)	26
2.3. Situação atual de saúde da criança indígena	28
2.4. Mortalidade proporcional por faixa etária	30
2.5. Prevenção	31
Parte 3: Promoção de saúde e prevenção	33
3.1. O Agente de saúde indígena	33
3.2. A criança de risco	38
3.3. Cuidados nos primeiros 30 dias de vida	41
3.4. Vigilância do Crescimento	46
3.5. Prevenção das deficiências na população indígena	50
3.6. Saúde bucal	57
3.7. Vigilância da situação vacinal	65
3.8. Prevenção de acidentes	77
Parte 4: A criança com problemas agudos de saúde	87
4.1. A criança com suspeita de doença infecciosa suave	87

4.2. A criança com diarreia, desidratação ou desenteria	91
4.3. A criança com tosse ou dispnéia	97
4.4. Faringoamidalite aguda	103
4.5. Infecção aguda de ouvido	108
4.6. Sinusite aguda	111
Parte 5: Problemas comuns em ambulatório pediátrico	115
5.1. Distúrbios nutricionais	115
5.2. Doenças infecto-parasitárias	145
5.3. Doenças respiratórias	197
5.4. Doenças dermatológicas	206
5.5. Doenças gastrointestinais	211
5.6. Doenças do trato urinário	217

Parte 1: Introdução à saúde indígena

1.1. Povos indígenas brasileiros: sua explicação para as doenças e a lógica do tratamento realizado

Renato Minoru Yamamoto

Para realizar uma adequada assistência a populações indígenas, é sempre importante analisar a medicina indígena de forma isenta de preconceitos e considerar a preservação desta prática milenar como um dos objetivos a ser alcançado.

Na cultura indígena, as causas para as doenças podem ser classificadas em dois grupos: as místicas e as naturais. Nas sociedades indígenas, as explicações sobre a origem das doenças estão comumente associadas a crenças religiosas e representam uma vivência de sofrimento e eventualmente uma possibilidade de morte. Nas situações de risco de vida, explicações são procuradas no corpo de idéias que discorrem sobre a ordem no mundo e o destino de cada homem sobre a Terra. As causas místicas para o sofrimento causado pelas doenças podem vir a incluir possessões espirituais, quebra de tabus e alterações da alma. As causas naturais incluem fatores relacionados ao ambiente, como é o caso da temperatura ambiental (alta ou baixa), da chuva, estação do ano ou de fatores individuais como estresse, debilidade física ou má alimentação.

As doenças tradicionais são associadas às causas místicas, como é o caso da sociedade indígena Baníwa, que assim representam os principais grupos:

Manhene: esta palavra significa “veneno da região”. Refere-se à prática de colocar substâncias com propriedades nocivas no alimento, bebida ou objetos pessoais para prejudicar uma outra pessoa. Pode levar tanto a quadros agudos graves, com possibilidade de morte, como a doenças crônicas que comprometam paulatinamente o organismo afetado. Essa é a mais grave das doenças tradicionais.

Hiuiathi: são rezas, cânticos ou sopros do mal enviados para causar dano ao inimigo. Entre os diversos tipos de hiuiathi, destacam-se os sopros que causam processos mórbidos em mulheres, como hemorragias pós-parto, hipermenorréia, óbitos fetais ou neonatais, infertilidade e hipogalactia, enviados em decorrência de ciúme de seus pretendentes desprezados.

Doenças causadas por lupinai: lupinai são espíritos da natureza, presentes na floresta, água e ar, que exercem influências maléficas atraídos por erros de conduta ou pensamento, incluindo desobediência, descumprimento de regras alimentares e sonhos libidinosos. Podem causar doenças por manifestações da natureza, como as tempestades e bruscas alterações climáticas. Podem levar a doenças de pele, cegueira e tumores.

Walama: grupo de doenças causada por flechas mágicas atiradas pelos lupinai, pajés ou pelas estrelas. Difunde-se pelo ar, causando dor súbita, do tipo perfurante.

Doenças causadas pelo não cumprimento de regras alimentares: o ifiukali é o principal representante. Causada pela associação entre preparação inadequada de alimentos e a falta de rituais pós-parto que protegeria a família e o recém-nascido de problemas de saúde decorrentes da ingestão de alimentos.

Doenças do cosmos: são provocadas pelos poderes de seres cósmicos, como as estrelas. Relacionam-se às estações do ano e ao ciclo de amadurecimento dos frutos da região, fenômenos marcados pela alteração do posicionamento das estrelas, que por sua vez teria poder de atingir o ser humano.

Doenças de branco: o contato com o branco levou ao desenvolvimento de doenças e, por sua vez, de explicações distribuídas entre as categorias definidas para as doenças tradicionais. A característica mais marcante das doenças de branco seria a sua transmissibilidade, ao contrário das doenças tradicionais, que produzem casos isolados, não gerando epidemias. Entre as doenças mais conhecidas pelos Baniwa estão a coqueluche, a gripe, a disenteria, a malária, a tuberculose e a varicela.

Para que um tratamento seja bem-sucedido, pela lógica indígena, o tratamento deve se dirigir a ambas as forças causais, as naturais e as místicas. Quando um índio é acometido por uma doença e começa a apresentar sintomas, vai buscar, caso haja disponibilidade em suas terras, remédios à base de ervas conhecidas por sua família para o alívio sintomático e se possível a cura da doença. Caso não haja a esperada resposta à terapêutica instituída, por ausência de melhora ou por agravamento do quadro clínico, são procurados os especialistas da comunidade na cura de doenças (pajés ou xamãs), para realizar o rito, com a finalidade de desvendar a causa mística (fazer o diagnóstico) e contrariar ou neutralizar esta causa por meio dos processos de tratamento (rituais de magia). Na prática de anamnese com o paciente e seus familiares, o pajé procura investigar a história de vida, tentando relacionar eventuais traumas anteriores para ajudar a definir o tratamento. Remédios e especialistas devem apresentar índices aceitáveis de cura em sua comunidade, entre as doenças que lhes digam respeito.

a) Referências bibliográficas

1. Almeida, RT. Breves comentários sobre saúde e relações de contato: os guaranis brasileiros. *Saúde em Debate (Nesp)*: 28-32, 1988.
2. Garnelo, L; Wright, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações práticas e demandas Baniwa. *Cad Saud Publica*, 17(2): 273-284, 2001.
3. Langdon, EJ. Saúde indígena: a lógica do processo de tratamento. *Saúde em Debate (Nesp)*: 12-15, 1988.
4. Simonian, LTL. A Crucialidade do xamanismo no contexto da proteção à saúde do índio. *Saúde em Debate (Nesp)*: 16-18, 1988.

1.2. Relação médico-paciente: valorizando os aspectos culturais x medicina tradicional

Sofia Beatriz Machado de Mendonça

Este é um tema bastante vasto e fascinante. Pode-se discorrer sob várias perspectivas. Embora nos últimos anos tenha aumentado o volume de relatórios, relatos e artigos, poucos estudos foram publicados. Entre estes o processo de adoecimento e o itinerário terapêutico percorrido pelos indígenas (Langdon, E. J., 1991, 1994), as concepções e representações sociais sobre as doenças (Buchillet, D, 1991; Gallois, D., 1991; Verani, C., 1991), coexistência entre os sistemas de cura tradicionais e ocidentais (Buchillet, D., 1991), pajés e práticas xamânicas (Junqueira, C., 1991, 1992, 1995). Estes estudos são fundamentais para a construção dos cenários que se apresentam no cotidiano da relação médico-paciente em áreas indígenas.

O tema deste trabalho propõe algumas reflexões acerca da formação dos profissionais de saúde e a convivência com os diferentes sistemas de cura. Demanda um olhar que transcende o momento da relação médico-paciente e se estende ao contexto sociocultural em que ela se estabelece. Quais são as regras sociais, as *etiquetas*, que serão construídas e permitirão o diálogo?

Num primeiro momento, é fundamental definir o espaço sociocultural deste encontro. Como é estar em outro mundo, no mundo indígena? O contato com as sociedades indígenas nos permite olhar a nossa própria sociedade e cultura de uma maneira diferente. À medida que nos distanciamos de nossa sociedade e conhecemos outra forma de ver, ser e estar no mundo somos levados a refletir sobre nossa cultura, nossas regras sociais que foram sendo construídas ao longo de nossa história, a partir dos encontros e desencontros de várias culturas. Esta convivência com os povos indígenas, por ser tão diferente, explicita as opções que fizemos em nossa história. Entre os povos indígenas toda a organização social é bem diversa da nossa, a língua, o modo de vida é diferente. A presença de outros sistemas de cura dentro das várias sociedades indígenas é ainda bastante estruturada, diferente do que se apresenta entre a população que frequenta os serviços de saúde em centros urbanos, que embora seja extremamente viva é velada.

Esta convivência entre o sistema médico oficial e os sistemas de cura indígenas nos faz refletir sobre a distância entre a teoria e prática que nós próprios vivenciamos em nossa formação, na ciência médica.

O conhecimento científico, hoje considerado hegemônico partiu da prática, porém, dela se distanciou. Da mesma maneira, a ciência médica emergiu da prática, a partir de vários sistemas de cura tradicionais e populares, e dessa prática se afastou. Assim como aconteceu com outras ciências, o modelo biomédico, positivista, destacou o homem de seu contexto cultural, social e psíquico. Passou a valorizar apenas o aspecto biológico das doenças e do funcionamento do corpo. Com a divisão entre mente/alma e o corpo, a ciência médica passa a cuidar apenas do corpo, colocando o sagrado, o subjetivo absolutamente à margem na abordagem do doente (Santos B., 1991). Esta redução se deu inclusive

no conhecimento do próprio corpo, a formação médica caminhou para a especialização extrema perdendo o olhar do todo, do homem como um todo (Mendonça, S. 1995). Com isso, a comunicação entre o paciente e o médico ficou muito prejudicada. Passou a ser pontual e fragmentada.

A maioria dos pacientes recorre a outras alternativas terapêuticas como benzedadeiras, comadres, terreiros de umbanda, centros espíritas, seitas religiosas, entre outros recursos. Na verdade, eles estão à procura de uma referência simbólica que lhes ofereça outros níveis de causalidade da sua doença. Eles procuram outras formas de tratamento que lhes dê respostas a perguntas que a ciência médica raramente consegue fornecer: por quê eu? Por quê agora? Os doentes estão à procura de agentes de cura que lhes devolvam o equilíbrio, não só biológico, mas a própria identidade sociocultural, a sua aceitação e o seu acolhimento em seu meio social. A excessiva valorização da tecnologia e a voracidade da indústria farmacêutica têm acentuado este fenômeno de desencontro da relação médico-paciente.

Ao mesmo tempo, tem emergido uma nova ordem que propõe uma mudança de paradigma na ciência médica, de uma maneira geral, busca a modificação da visão mecanicista e reducionista da natureza humana para uma concepção holista e sistêmica da vida. Os programas chamados “extramuros” de atividade docente-assistencial, fora do ambiente acadêmico, têm proliferado, levando os alunos até a realidade dos pacientes, aproximando-os do contexto sociocultural destes. Nos últimos anos, as ciências humanas, como é o caso da antropologia e da sociologia, começaram a ser introduzidas no currículo das escolas médicas. Embora ainda de forma fragmentada e teórica, as ciências humanas de maneira geral têm papel fundamental neste processo de mudança. A introdução dessas matérias nas escolas médicas, se inseridas nas experiências práticas de ensino-aprendizagem, permite uma ampliação do referencial social e cultural do processo saúde-doença e suas implicações na prática médica.

O processo saúde-doença acontece a partir das representações socioculturais da doença no seio de cada sociedade, e se revela, basicamente, em três dimensões: subjetiva (que é quando a pessoa se sente doente), biofísica (alterações orgânicas, perceptíveis) e sociocultural (quando a doença é atribuída pelo grupo social). Estas três dimensões estão em jogo todo o tempo. É preciso entender esta dimensão processual da doença. Entender seu caráter dinâmico, sua interpretação desde o aparecimento dos primeiros sintomas e em que circunstâncias isso ocorreu, quem foi acometido, sua idade e todo o seu desenrolar. Se houve agravamento ou persistência do quadro mórbido. Em vários momentos, o paciente, ou a família, pode emitir um diagnóstico, recorrer às ervas, aos medicamentos, e aos diferentes especialistas. Dependendo desse processo de doença, será elaborado o diagnóstico e empregado o tratamento mais adequado. Durante a evolução da doença, a remissão dos sintomas não significa, necessariamente, cura, uma vez que o equilíbrio social também deve ser reestabelecido.

Entre os Povos Indígenas, a situação encontrada no trabalho de campo é de coexistência de duas ou mais sociedades, com sistemas médicos distintos. Aliás, não apenas distintos, mas em franca desigualdade de poder. De um lado, a sociedade industrializada, moderna, de outro, as sociedades tribais. De um lado, um sistema médico que vê a doença descolada do contexto cultural; de outro, um sistema médico que percebe o doente, completamente

inserido em seu contexto sociocultural. A doença, para os povos indígenas, não existe fora de seu contexto sociocultural, portanto de um contexto singular. As representações e práticas da medicina são constitutivas da organização sociopolítica das sociedades e, como tal, também estão sujeitas às mudanças e ao processo histórico. No processo de reordenação sociocultural que se impõe às sociedades indígenas em contato com a sociedade industrializada, os sistemas de cura tradicionais também são reavaliados. Novas doenças produzem novas respostas. Porém, estes especialistas também estão tendo dificuldades em lidar com as novas doenças. Não conseguem responder sozinhos a elas.

A implantação dos Distritos Sanitários Especiais Indígenas (Dsei) tem contribuído para um olhar mais aprofundado sobre a saúde indígena, que pressupõe convivência, diálogo e construção de outra relação intercultural. Mas esta nova política de saúde indígena que vem se estruturando e consolidando nos últimos anos, se por um lado torna mais acessíveis os recursos da medicina, e os serviços de saúde aos povos indígenas, por outro lado, amplia bastante a rede de interlocutores, de novos personagens e papéis sociais no âmbito das aldeias, e, conseqüentemente, impõe um ritmo mais acelerado de medicalização. O que tem ocorrido é que os sistemas médicos das sociedades indígenas têm se retraído e perdido espaço. Os saberes e cuidados com o próprio corpo e com as crianças também têm se perdido, o que os torna reféns do sistema de saúde ocidental. Não se trata de responsabilizar apenas o setor saúde, mas, de maneira geral, os índios têm mudado seu modo de vida de forma drástica nos últimos anos, seja pela limitação dos territórios, sedentarismo, diminuição dos recursos naturais; seja pela introdução de novos costumes, alimentação, remédios, mudanças na estrutura familiar, aumento do número de filhos, rompimento de tabus alimentares e ritos de passagem.

Neste sentido, é fundamental a formação de profissionais em saúde indígena, índios ou não-índios, com conhecimentos antropológicos, epidemiológicos e de saúde pública.

Outro ponto importante que está presente nas áreas indígenas é a questão dos espaços de trabalho. Quando as equipes trabalham dentro das áreas indígenas, de certa forma, perdem o referencial de espaço de trabalho que têm na nossa sociedade. Trabalham num espaço que é reconhecido pelas sociedades que moram ali. As equipes de saúde precisam construir o espaço de trabalho e de vida, negociando sempre com os índios. É preciso conhecer as regras de convivência preexistentes, e criar novas regras de convivência da equipe. Não existe só o trabalho médico, na maior parte das vezes a equipe é basicamente de enfermagem. Portanto, a divisão do trabalho também precisa ser negociada. É bem diferente de um hospital, por exemplo, em que você tem uma hierarquia já estabelecida e reconhecida por todos.

Há também uma diferença grande entre os espaços de trabalho dos médicos alopatas/ocidentais e os médicos indígenas. Por exemplo, os pajés precisam da sombra para conversar com os espíritos, da fumaça para evocá-los. Já os médicos ocidentais precisam da luz, da razão. Dentro do sistema de cura dos povos indígenas existem diferentes tipos de intervenção, dependendo da interpretação do problema. Entre os pajés, por exemplo, existem diferentes graduações e poderes, existem os grandes pajés, os auxiliares, os fazedores de bonecos, os donos de determinado espírito, como do gavião, da onça, entre outros. Existem ainda os raizeiros ou “donos de ervas”, os rezadores, as parteiras, e, de maneira geral, há

um conhecimento coletivo sobre determinadas ervas, banhos, massagens e rituais, para os problemas cotidianos. Assim como em todas as culturas, o itinerário terapêutico dos portadores de doenças vai depender da história e da evolução de seu quadro.

Para muitos povos indígenas, a maior parte das doenças que acometem as crianças, principalmente as pequenas, menores de um ano, são causadas porque os pais romperam algum tabu, alguma regra social relacionada à alimentação do casal, ou ao comportamento sexual, ou ainda ao tipo de trabalho que os pais realizam nesta fase de maior vulnerabilidade das crianças. Também é comum atribuírem os males das crianças, um pouco maiores, aos espíritos brincalhões, espíritos que entram no corpo da criança, se materializam na forma de dentes de macaco ou espinhos e que machucam determinados órgãos ou partes do corpo. Eles podem se fixar no ouvido levando a uma otite, ou na barriga, levando à diarreia, ou podem se localizar em várias outras partes do corpo, dependendo da sintomatologia da criança. Existem ainda os casos mais graves, de crianças que, de repente, apresentam uma evolução clínica muito severa, brusca, que pode ser atribuída a uma feitiçaria. Ou seja, aquele estado de doença foi provocado deliberadamente por um feiticeiro que deverá ser descoberto e morto.

Em todos estes casos em que existem explicações elaboradas pelos próprios índios, em geral, o que ocorre é a busca dos serviços de saúde para aliviar e tratar os sintomas e ao mesmo tempo a procura de um especialista tradicional. A abordagem terapêutica não é necessariamente excludente, ela deve ser complementar. Os recursos médicos ocidentais são reconhecidos como parte do tratamento, mais uma alternativa terapêutica.

Finalmente, no contexto da relação médico-paciente, o que se coloca é a ética. Há um limite muito tênue entre uma ética que observa valores etnocêntricos, que são dados pela nossa sociedade, e uma ética universal, se é que se pode colocar desta forma, que nos remete a liberdade de decisão, de uma cultura, de um povo. No dia-a-dia, é necessário tomar decisões, muitas vezes difíceis, pesando todas estas questões. É muito comum que os pais, orientados pelos pajés, não deixem que a criança doente seja removida de sua casa, ou de sua aldeia. Segundo os pajés, se as crianças saírem de sua casa, ficarão mais vulneráveis aos espíritos ruins ou aos feitiços. Já dentro da casa, existe uma proteção maior dos espíritos guardiões, chamados pelos pajés. Nestes casos, é fundamental que haja um bom diálogo, no qual se coloquem todas as informações sobre o caso, as possibilidades e riscos. Outros interlocutores como os agentes de saúde, lideranças e mesmo os pajés podem auxiliar na tomada de decisão.

Esta ética precisa ser construída pelo diálogo – um diálogo mais profundo, não infantilizado, ou repressor e preconceituoso. Devem-se colocar todas as possibilidades, dar acesso a todas as informações para que, de fato, seja uma escolha livre.

a) Referências bibliográficas

1. Buchillet, D. A Antropologia da Doença e os Sistemas Oficiais de Saúde. In: Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia. Belém: Ed. CEJUP, 1991.

2. Gallois, Dominique. A Categoria 'doença de branco': ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena. In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*, Belém: Ed. CEJUP, 1991.
3. Junqueira, Carmen. *Antropologia Indígena: uma introdução*. São Paulo: EDUC/PUC, 1991.
4. _____. Diálogo Inter-Cultural: uma aproximação. Baseado em palestra proferida no Ciclo de Palestras em Comemoração dos 30 anos de trabalho da EPM no Xingu, 1995. mimeo.
5. Langdon, EJ. Percepção e Utilização da Medicina Ocidental entre os Índios Sibundoy e Siona no Sul da Colômbia. In: *Medicinas Tradicionais e Medicina Ocidental na Amazônia*. Belém: Ed. CEJUP, 1991.
6. Langdon, EJ. Breve histórico da Antropologia da Saúde. In: *A negociação do Oculto: Xamanismo, Família e Medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico*". Trabalho apresentado para o concurso de Professor Titular na Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
7. Langdon, EJ. Representações de Doenças e Itinerário Terapêutico dos Siona da Amazônia Colombiana. In: *Saúde e Povos Indígenas*. Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ, 1994.
8. Mendonça, S. O Agente Indígena de Saúde no Parque Indígena do Xingu (Tese de Mestrado em Ciências Sociais). São Paulo: PUC, 1995.

1.3. Medicina ocidental e medicina indígena: a favor da saúde da criança indígena brasileira

Renato Minoru Yamamoto

A partir do contato com o homem branco, foram introduzidas muitas doenças infecto-contagiosas, como é o caso da tuberculose, da malária, sarampo e varicela, para as quais a medicina indígena nativa não possui alternativas de cura. Assim, para estas novas doenças, reconhecidas como doenças "de branco", não há possibilidade de domínio por meios conhecidos, e os recursos da medicina ocidental passam a ser uma necessidade de sobrevivência.

Na própria comunidade indígena, os principais agentes de cura disponíveis são os xamãs, os conhecedores de plantas medicinais e os donos de cânticos, especialistas que trabalham com cânticos nos rituais de cura. Em populações indígenas em contato com o homem branco, somam-se, a estes membros da comunidade, os agentes indígenas de saúde, os profissionais da área da saúde e a automedicação com medicamentos industrializados. Havendo a disponibilidade de recursos de saúde que possibilitem o acesso à medicina ocidental, os indígenas procurarão a cura, para as doenças que venham a apresentar, tanto na medicina nativa quanto na medicina ocidental, buscando o tratamento que, em sua experiência de vida, seja mais eficaz.

O profissional de saúde deve, acima de tudo, se aproximar verdadeiramente dos índios, para conhecer o seu modo de vida, o seu grupo familiar. Deve, sempre que possível, procurar manter o paciente em sua aldeia, dentro de sua casa, rodeado de parentes e amigos, aonde será preferencialmente cuidado. Deve também procurar, entre as pessoas pertencentes ao grupo familiar, elementos que podem ser nomeados responsáveis pelos cuidados dos enfermos.

Entretanto, a destruição progressiva do meio ambiente e a redução drástica dos territórios indígenas têm contribuído para dificultar o desenvolvimento pleno da medicina indígena nativa, que depende da existência de espécies da fauna e flora naturais, que fornecem, por sua vez, os ingredientes animais e vegetais dos preparados utilizados pelos pajés. A própria figura do pajé não está presente em todas as comunidades, impossibilitando a atuação sobre os componentes místicos.

A solução para a pergunta formulada, isto é, medicina indígena ou ocidental, é que não há incompatibilidade entre a medicina indígena e a medicina ocidental. Ambas podem trabalhar para o bem-estar das comunidades indígenas brasileiras. As populações indígenas devem ter à sua disposição terras não só para morar, mas também para manter recursos naturais suficientes inclusive para a prática da medicina indígena. Desde que a família e a comunidade indígena participem livremente da escolha, entre os recursos da medicina tradicional e os recursos da medicina ocidental, os recursos da medicina ocidental podem e devem ser disponibilizados para as comunidades indígenas, incluindo recursos diagnósticos e terapêuticos, sejam pertinentes à medicina básica ou à hospitalar.

a) Referências bibliográficas

1. Almeida, RT. Breves comentários sobre saúde e relações de contato: os guaranis brasileiros. *Saúde em Debate (Nesp)*: 28-32, 1988.
2. Garnelo, L; Wright, R. Doença, cura e serviços de saúde. Representações práticas e demandas Baniwa. *Cad Saud Publica*, 17(2): 273-284, 2001.
3. Simonian, LTL. A Crucialidade do xamanismo no contexto da proteção à saúde do índio. *Saúde em Debate (Nesp)*: 16-18, 1988.
4. União das Nações Indígenas. Os povos indígenas e o direito à saúde. *Saúde em Debate (Nesp)*: 8-9, 1988.

1.4. Nações indígenas: o direito à saúde

Renato Minoru Yamamoto

A saúde das populações indígenas é resultante da interação de alguns elementos fundamentais: acesso à posse de terra; grau de contato com a sociedade nacional; liberdade



para viver a sua singularidade (padrões alimentares, de educação, de moradia e de trabalho); acesso à vacinação e serviços de saúde.

A saúde das populações indígenas se define no contexto histórico e particular dessas populações com a sociedade nacional, bem como a forma de ocupação de seu território e adjacências.

O direito à saúde passa necessariamente pelo reconhecimento da cidadania plena dos povos indígenas e por medidas que assegurem a posse de suas terras, o respeito à sua organização político-cultural, o acesso às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde e a participação na organização, gestão e controle dos serviços e ações de saúde.

É dever do estado assegurar efetivamente os direitos à saúde das populações indígenas, através de uma política indigenista explícita, que contemple as necessidades tanto étnicas quanto de localização geográfica das mesmas.

a) Referências bibliográficas

1. União das Nações Indígenas. Os povos indígenas e o direito à saúde. Saúde em Debate (Nesp): 8-9, 1988.

1.5. Humanização no atendimento da criança indígena: respeitando o ser humano na comunidade, no ambulatório e no hospital

Rossiclei de Souza Pinheiro

O que quer dizer humanização?

Humanizar é valorizar o outro, o próximo, especialmente quando o mesmo necessita de nossa atenção. É resgatar de forma plena o mais bonito do humano, considerando seus aspectos físicos, sociais e culturais para ser mais coerente em todas as formas de comunicação.

Por que a humanização na população indígena é especial?

Porque a principal dificuldade no atendimento da população indígena é a comunicação e isto muitas vezes impossibilita o diagnóstico e conseqüentemente o tratamento. A comunicação pressupõe a informação e o domínio sobre o que queremos transmitir, como a nossa intenção, emoção e o que desejamos quando nos aproximamos dos pacientes.

O processo de comunicação é composto por duas partes:

a) o conteúdo, o fato, a informação que queremos transmitir;

- b) o que estamos sentindo quando nos comunicamos com a pessoa. O conteúdo da nossa comunicação está intimamente ligado ao nosso referencial de cultura.

O profissional de saúde tem uma cultura própria, dificilmente sendo capaz de falar ou entender o idioma do paciente indígena, pois não recebeu treinamentos durante a fase de graduação, portanto a comunicação é incompleta. Devido a estes aspectos, devemos obter todo o tipo de informação do paciente, principalmente sobre sua etnia. Quanto maior a nossa habilidade de correlacionar esse saber do paciente com o nosso, melhor será nosso desempenho nas condutas a serem realizadas.

O que podemos fazer para humanizar o atendimento?

O ideal seria que todos falássemos uma língua universal ou que os profissionais de saúde dominassem as mais de 170 línguas indígenas.

O importante é que o profissional de saúde tenha a consciência de que ao falarmos de comunicação, não falamos apenas das palavras expressas para a outra pessoa, que podem ser dimensionadas como comunicação verbal, mas que a comunicação humana, face a face, interpessoal, também se faz pela comunicação não verbal, que não envolve diretamente as palavras. As expressões faciais, as nossas posturas corporais diante do outro, a maneira como o tocamos, as distâncias interpessoais, podem transmitir nosso real interesse pelo seu bem-estar.

Para termos a certeza de que a comunicação está ocorrendo de maneira efetiva, temos que ser coerentes em nossas palavras e em toda comunicação não verbal, considerando quatro pontos importantes:

- a) complementar a comunicação verbal – quando dizemos “seja bem-vindo” sorrindo para o paciente, olhando nos seus olhos.
- b) contradizer o verbal – quando dizemos “muito prazer” apertando a mão do outro como se fosse um “peixe morto” ou com medo de tocá-lo ou com sentimentos de repulsa.
- c) substituir o verbal – quando utilizamos o gesto positivo da cabeça, olhando para outra pessoa, dizendo não verbalmente “estou te ouvindo” ou “estou atento a você”.
- d) demonstração do nosso sentimento – quando realmente nos envolvemos em saber qual o problema do outro.

Freqüentemente não temos consciência nem controle voluntário de nossa comunicação não verbal, pois quando estamos felizes ou satisfeitos com nossos atos, nossa frequência cardíaca aumenta, nossa pupila se dilata involuntária e inconscientemente. Podemos afirmar que na dúvida entre a mensagem verbal e não verbal, os pacientes confiam nessa linguagem silenciosa, que fala da essência do ser humano, dos nossos sentimentos.

Como melhorar nossa comunicação com o paciente e sua família?

Podemos ter idéia ou conhecer algumas expressões de linguagem comuns a determinadas etnias, consultando um pequeno dicionário. É interessante criar um vínculo não verbal com o paciente e seus responsáveis, a fim de operacionalizar seu atendimento. O conhecimento da cultura indígena e sobre as etnias contribuirá neste processo de humanização, pois é importante para viabilizar o diagnóstico e tratamento.

É importante lembrar que a sinalização não verbal tem um grande valor, porque vai permitir que a relação médico-paciente se transforme em algo positivo, independente do conhecimento ou não da língua.

Uma pesquisa feita no St. Josephs, um hospital em Londres, com pacientes fora das possibilidades terapêuticas, lhes foi feita a seguinte pergunta:

O que é cuidar para você? Quando você se sente cuidado?

Eis as principais respostas:

“Cuidar é quando eu vejo que você é capaz de sorrir e sentir-se feliz no desempenho do seu trabalho”.

Os pacientes nos ensinam que estão atentos e sabem que, se gostamos do que fazemos, estamos sorrindo com muita frequência. Talvez os pacientes esperem que por estarmos felizes ao cuidar deles, estaremos prontos para dar o melhor de nós mesmos tanto para o seu tratamento como para a sua recuperação.

“Cuidar é quando você me faz sentir seguro em suas mãos”.

Os pacientes sentem-se seguros quando explicamos os procedimentos que iremos realizar, qual sua patologia, como será conduzida sua terapêutica, pois as diferenças culturais aumentam mais ainda a angústia em compreender o porque de “tomar uma picadinha”, “coletar sangue” e outros procedimentos tão usuais na nossa cultura.

É importante que o conheçamos pelo nome e nos apresentemos mostrando nossa identificação pessoal (crachá), pois apesar de não entender nossa língua ou não saber ler, entenderá que o chamamos pelo seu nome, porque sabemos quem ele é e de onde veio.

“Cuidar é quando você faz sentir que também serei capaz de me virar, espero, quando chegar a minha vez”.

Devemos tratar todos os pacientes sem distinção de idade, sexo, raça, cor ou etnia, garantindo o melhor atendimento, demonstrando segurança no tratamento e lembrando que o fato de ser um povo com cultura diferente não quer dizer que será menos inteligente, não usando terminologias inadequadas do tipo: “queridinho”, “tiozinho”, quando eles podem

se sentir diminuídos. Esclarecer à sua família todo o tratamento da forma mais compreensível, sem omitir reações adversas, riscos e respostas terapêuticas positivas ou negativas, sem subestimar sua capacidade de entendimento.

“Cuidar é quando você me faz sentir especial, embora eu seja como as outras pessoas, que também são”.

Ser especial depende muito mais da disponibilidade, intenção e capacidade do profissional de saúde do que das condições financeiras e recursos materiais que ele possa dispor nos locais de atendimento e hospitalização.

Podemos fazer o paciente se sentir especial quando, mesmo tendo alguns minutinhos para falar com ele e ao nos aproximarmos dele, perguntarmos, olhando em seus olhos: “Hoje tenho pouco tempo, mas me conte como você está hoje, o que aconteceu ontem?”. Para o paciente, esta pergunta soa totalmente diferente se a fizermos com uma certa distância, como, por exemplo, na porta da enfermaria, no balcão da enfermagem. Com certeza ele vai responder: “Tudo bem”, porém você não conseguirá perceber se realmente ele está bem.

“Cuidar é quando você não me vê apenas como um moribundo, e assim me ajuda a viver”.

Os pacientes acreditam que não o estamos tratando com uma doença, mas que valorizamos sua vida, sua pessoa e queremos vê-lo com saúde. Isto ocorre quando não nos referimos ao paciente como “a pneumonia do leito 10”, mas a “a Tainá que está internada no leito 10, tratando a pneumonia”. Não podemos esquecer de que, quando nos aproximarmos deles no leito, devemos primeiro olhar nos seus olhos e depois na punção venosa, no dreno de tórax e nas medicações.

“Cuidar é quando ouço minha família falar bem de você e sentir-se confortada com sua presença”.

Não podemos cuidar da criança indígena isoladamente, pois eles estão sempre acompanhados de sua família, portanto temos que valorizá-los como um todo. Estas pessoas são muito importantes para ele, nós somos transitórios, por isso quando esclarecemos aos pais todos os procedimentos, os pacientes ficam mais tranquilos e confiantes. Se a família se sentir segura com nosso cuidado, isto será fundamental para que o paciente também se sinta seguro. Se a família valorizar nosso trabalho, seus comentários junto ao pequeno paciente o tranquilizarão e o farão suportar as dores, procedimentos ou isolamento pelo qual tenham que vir a passar.

Como realizar a comunicação não verbal?

Valorizando nossa capacidade de comunicação por meio de atitudes, como a forma de estarmos diante do outro e conseguirmos compreendê-lo enquanto ser humano e não somente como doente.

A nossa linguagem corporal fala coisas que a nossa própria fala não diz, portanto a limitação na linguagem indígena torna-se imperceptível.

Estas reflexões feitas pelos pacientes sobre o cuidar ressaltam a importância em também prestarmos mais atenção às nossas próprias características, valorizando a comunicação não verbal, porque muitas vezes as dificuldades no atendimento médico é ocultada pela forma que transmitimos as informações aos pacientes.

No mistério Sem-fim
Equilibra-se um planeta.
E no planeta, um jardim,
E no jardim, um canteiro,
E no canteiro, uma violeta,
E sobre ela o dia inteiro,
Entre o planeta e o Sem-fim,
A asa de uma borboleta.
(Cecília Meireles)

a) Referências bibliográficas

1. Silva, MJP. Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde. São Paulo: Gente; 1996.
2. _____. O amor é o caminho: maneiras de cuidar. São Paulo: Gente; 2000.
3. Crema, R. Saúde e plenitude: uma caminho para o ser. São Paulo: Summus; 1995.
4. O'Connor, T. O Poder de cuidar. O Mundo da Saúde, 24(4): 328, 2000.
5. Mello, JB, Camargo, MO. Qualidade na saúde. São Paulo: Best Seller; 1998.
6. Tompakow, R; Wiel, P O corpo fala-a linguagem silenciosa da comunicação não-verbal. Petrópolis: Vozes; 2003.



Parte 2: Política nacional de atenção aos povos indígenas

2.1. Situação de saúde da criança indígena no Brasil

Maria das Graças Serafim

2.1.1. Antecedentes

Desde o início da colonização portuguesa, os povos indígenas foram assistidos pelos missionários, de forma integrada às políticas dos governos.

As expedições colonizadoras e punitivas, que proibiam suas manifestações religiosas, os seus movimentos de resistência, a ocorrência das epidemias de doenças infecciosas trazidas pelos europeus, a mudança imposta ao modo de vida tradicional, o trabalho forçado, a escravidão, o confinamento e a mudança para atividades sedentárias dizimaram grande parte desta população, ao longo dos 500 anos da nossa história. Em consequência, a perda da auto-estima, a desestruturação socioeconômica e dos valores coletivos repercutiram sobre o estado de saúde, levando à redução importante desta população.

A expansão econômica do Brasil em direção às regiões Norte e Centro-Oeste provocou diversos massacres de índios e elevados índices de mortalidade por doenças transmissíveis.

Os registros sobre a morbimortalidade infantil são escassos, mas o impacto negativo sobre mulheres e crianças ocorreu na mesma proporção que a observada para os homens adultos. As epidemias de doenças transmissíveis chegaram a dizimar populações de aldeias inteiras.

Para enfrentar esta situação, foi criado em 1910 o Serviço de Proteção ao Índio e Trabalhadores Nacionais (SPI), órgão vinculado ao Ministério da Agricultura, destinado a proteger os índios, buscando seu enquadramento progressivo ao sistema produtivo nacional. A assistência destinada nesta época às comunidades indígenas era desorganizada e esporádica, inserida no processo de pacificação, e caracteristicamente restrita às ações de cunho emergencial. Reconhecidos como indivíduos pertencentes a estágio infantil da humanidade, passaram a ser vistos como passíveis de serem integrados na sociedade nacional, por meio de projetos educacionais e agrícolas. Já na década de 1950, o Ministério da Saúde criou o Serviço de Unidades Sanitárias Aéreas (Susa), que apresentava como principal objetivo a execução de ações básicas de saúde à população rural, em áreas de difícil acesso, e também à população indígena. As ações eram essencialmente voltadas para as vacinações, atendimento odontológico, controle da tuberculose e outras doenças

transmissíveis. A assistência prestada pelo SPI permaneceu até o ano de 1967, quando o órgão foi extinto, sendo substituído pela Fundação Nacional do Índio (Funai).

Este modelo de atenção à saúde, idealizado pela Funai, foi elaborado com base na atenção desenvolvida anteriormente pelo Susa. Foram então criadas as Equipes Volantes de Saúde (EVSs), que realizavam assistência à saúde esporadicamente, quando eram realizados atendimentos médicos, vacinação e a supervisão do trabalho do pessoal de saúde local, geralmente auxiliares ou atendentes de enfermagem. Com a crise econômica ocorrida na década de 1970, a Funai passou a enfrentar dificuldades de ordem financeira para manter a organização do serviço de atenção à saúde, que pudesse contemplar a grande diversidade e dispersão geográfica da população. Além da carência de suprimentos e de capacidade administrativa dos recursos financeiros, associada à precária estrutura básica de saúde, havia falta de planejamento das ações, de organização de um sistema adequado de informações em saúde e de investimento na qualificação de recursos humanos para atuarem junto às comunidades culturalmente diferenciadas.

Com o passar do tempo, as EVSs se fixaram nas sedes administrativas dos centros urbanos regionais da Instituição, deixando de realizar a assistência nas aldeias. Alguns profissionais, em geral menos qualificados, ficaram lotados em postos indígenas, executando ações assistenciais curativas e emergenciais, sem qualquer acompanhamento técnico. Outros profissionais, sem qualificação alguma na área da saúde, prestavam atendimentos de primeiros socorros e até de maior complexidade, face à situação de isolamento vivido no campo.

Diante da ineficiência da assistência à saúde e da carência de profissionais, muitas comunidades indígenas começaram a se mobilizar para adquirir conhecimentos e assim buscar alternativas de controle sobre os agravos de maior impacto sobre a sua saúde. Este movimento deu origem a processos locais e regionais de capacitação de agentes indígenas de saúde e de valorização da medicina tradicional indígena, tendo como parceiras diversas instituições envolvidas com a assistência à saúde indígena.

Embora sem um programa institucional de formação definido, os agentes vinham atuando como voluntários, em todo o Brasil, sem acompanhamento ou suprimento sistemático de insumos para suas atividades. Em algumas regiões da Amazônia, onde o acesso às comunidades depende das condições climáticas ou de navegabilidade dos rios, os agentes de saúde são o único recurso das comunidades diante da doença.

Em 1988, a Constituição Brasileira estipulou o reconhecimento e o respeito das organizações socioculturais dos povos indígenas, estabelecendo a competência privativa da União para legislar e tratar a questão indígena. Definiu os princípios gerais do Sistema Único de Saúde (SUS), posteriormente regulamentados pela Lei nº 8.080/1990, e estabeleceu que a direção única e a responsabilidade da gestão federal do Sistema são do Ministério da Saúde.

Por deliberação da VIII e IX Conferências Nacionais de Saúde, foram realizadas em 1986 a “I Conferência Nacional de Proteção à Saúde do Índio”, e em 1993 a “II Conferência Nacional de Saúde para os Povos Indígenas”, com intuito de debater sobre a saúde indígena. A partir dos debates realizados, foi elaborada uma proposta para um modelo diferenciado de

atenção à saúde dos povos indígenas, baseado na estratégia de Distritos Sanitários Especiais Indígenas, como forma de garantir o direito universal e integral à saúde, de acordo com as necessidades percebidas pelas comunidades, envolvendo a população indígena em todas as etapas do processo de planejamento, execução e avaliação das ações.

Para o cumprimento das deliberações, a responsabilidade pela coordenação das ações de saúde indígena foi transferida da Funai para o Ministério da Saúde, conforme o Decreto Presidencial nº 23, de fevereiro de 1991, estabelecendo os Distritos Sanitários Especiais Indígenas como base de organização dos serviços de saúde. Foi criada a Coordenação de Saúde do Índio (Cosai), subordinada ao Departamento de Operações da Fundação Nacional de Saúde, cuja atribuição foi a de implantar o novo modelo de atenção à saúde indígena.

No mesmo ano, a Resolução nº 11, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) criou a Comissão Intersetorial de Saúde do Índio (Cisi), tendo como principal papel o assessoramento do Conselho Nacional de Saúde na elaboração de princípios e diretrizes de políticas governamentais na área da saúde indígena. A Cisi, formada com 11 vagas, inicialmente sem representação indígena em sua composição, foi posteriormente reformulada, abrindo quatro vagas para representantes indígenas.

Em direção contrária ao processo de construção da política de atenção à saúde indígena no âmbito do SUS, o Decreto Presidencial nº 1.141, de 19 de maio de 1994, constituiu a Comissão Intersetorial de Saúde (CIS), com a participação de vários ministérios relacionados com a questão indígena, sob a coordenação da Funai. Assim sendo, a coordenação das ações de saúde retornou à Funai. Foi então aprovado pela CIS, por meio da Resolução nº 2, de outubro de 1994, o “Modelo de Atenção Integral à Saúde do Índio”, atribuindo a um órgão do Ministério da Justiça, a Funai, a responsabilidade de recuperar a saúde dos índios doentes e, ao Ministério da Saúde/**Funasa**, a responsabilidade da prevenção, por meio de ações de imunizações, saneamento ambiental, formação de recursos humanos e controle de endemias.

A divisão de atribuições entre a Funai e a **Funasa** permaneceu durante a década de 1990, período em que as ações aconteceram de forma fragmentada e conflituosa. As parcerias estabelecidas, por intermédio de convênios com municípios, organizações indígenas, organizações não-governamentais, universidades, missões religiosas e instituições de pesquisa, eram pouco claras quanto à definição de objetivos, metas e indicadores de impacto sobre a saúde da população.

No final da década de 1990, as condições de saúde da população indígena eram ainda mais precárias. Embora parciais, as informações globais sobre a saúde indígena produzidas pela Funai e **Funasa** indicavam taxas de morbidade e mortalidade três a quatro vezes mais altas do que as registradas para a população brasileira em geral. Pode-se, em parte, atribuir o elevado número de óbitos sem registro ou sem causas definidas à baixa capacidade de resolução da estrutura de saúde existente.

Compatibilizando as Leis Orgânicas da Saúde com as da Constituição Federal, que reconhecem aos povos indígenas as suas especificidades étnicas, culturais e seus direitos territoriais, o Ministério da Saúde criou a Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas.

Esta proposta foi regulamentada pelo Decreto nº 3.156, de 27 de agosto de 1999, que dispõe sobre a saúde dos povos indígenas e pela Lei nº 9.836, de 23 de setembro de 1999, que estabeleceu o Subsistema de Atenção aos Povos Indígenas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

Pela primeira vez, é garantido aos povos indígenas o acesso “à atenção integral à saúde, de acordo com os princípios e diretrizes do SUS, contemplando a diversidade social, cultural, geográfica, histórica e política de modo a favorecer a superação dos fatores que tornam essa população mais vulnerável aos agravos à saúde de maior magnitude e transcendência entre os brasileiros, reconhecendo a eficácia de sua medicina e o direito desses povos à sua cultura”.

Para a efetivação da Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas, destaca-se a necessidade de uma rede de serviços básicos de saúde nas terras indígenas, a fim de superar as deficiências de cobertura, as dificuldades de acesso e aceitabilidade do SUS para esta população.

A eficácia do Sistema está diretamente ligada à observância dos princípios e das diretrizes da descentralização, universalidade, equidade, participação comunitária e controle social. É necessário que a atenção seja organizada e executada de forma diferenciada, considerando as especificidades culturais e epidemiológicas. Deve haver respeito às concepções, valores e práticas relativos ao processo saúde-doença próprios de cada sociedade indígena. Além disso, a organização e a operacionalização de serviço convencional deverá ser adequada às necessidades de cada povo.

A melhoria do estado de saúde dos povos indígenas não ocorre pela simples transferência de conhecimentos e tecnologias da biomedicina. Os sistemas tradicionais indígenas de saúde são baseados em uma abordagem holística, que considera as relações individuais, familiares e comunitárias com o universo que rodeia as comunidades. As suas práticas de cura conceituam uma lógica interna de cada comunidade e sua relação com o mundo espiritual e os seres do ambiente em que vivem.

Esta proposta foi elaborada com a participação de representantes dos órgãos responsáveis pelas políticas de saúde nacional, representantes da política e ação indigenista nacional, organizações da sociedade civil e representantes das organizações indígenas.

2.2. Distrito Sanitário Especial Indígena (Dsei)

2.1.1. Organização do serviço

O conceito de Distrito Sanitário utilizado define um modelo de organização de serviços, orientado para um espaço etnocultural dinâmico, geográfico, populacional e administrativo bem delimitado, que contempla um conjunto de atividades técnicas, visando medidas racionalizadas e qualificadas de atenção à saúde, promovendo a reordenação da rede de

saúde e das práticas sanitárias e desenvolvendo atividades administrativas e gerenciais necessárias à prestação da assistência, com controle social.

Os Distritos foram implantados de modo a dispor de uma rede de serviços de assistência básica hierarquizada e integrada com a rede de complexidade crescente do SUS. São 34 Distritos Especiais Indígenas, com subordinação técnica ao Departamento de Saúde Indígena da **Funasa**, em Brasília e às Coordenações Regionais da **Funasa** nos estados.

A assistência é prestada nas terras indígenas ou nos pólos-base pelas equipes multidisciplinares, compostas por médicos, enfermeiros, cirurgiões dentistas, auxiliares de enfermagem, agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento. Outros profissionais como antropólogos, educadores, engenheiros sanitaristas deverão ser considerados se necessário. Os pólos-base localizam-se nas terras indígenas ou nos municípios.

Um sistema oficial informatizado de dados epidemiológicos da saúde indígena (Siasi) está sendo implantado e será a base de dados para acompanhamento da saúde da população indígena brasileira.

Conforme os relatórios técnicos da Funai e **Funasa**, a maioria dos agravos da população indígena podem ser resolvidos nos postos de saúde das terras indígenas ou nos pólos-base. Aqueles que requerem um grau maior de complexidade são encaminhados para a rede hierarquizada do SUS, de acordo com a realidade de cada Distrito. Esta rede, que apresenta localização definida, deverá ser incentivada a prestar assistência sempre considerando a realidade cultural de cada povo indígena.

Para atenção de média e de alta complexidade, deverá haver articulação permanente da equipe multidisciplinar com o prestador de serviço, no sentido de definir procedimentos de referência cultural, para que sejam oferecidas alternativas diferenciadas, às quais influenciam o processo de recuperação e cura dos pacientes indígenas, tais como restrições e prescrições alimentares, acompanhamento por parentes e/ou intérpretes, visita de terapeutas tradicionais e outros, quando considerados necessários pelos índios.

Os casos que são encaminhados para a rede de referência do SUS recebem o apoio nas Casas de Saúde Indígena, localizadas nos municípios de referência dos Distritos ou nas capitais dos estados. As casas disponibilizam apoio para os acompanhantes e cuidados de enfermagem após a alta hospitalar do paciente, até que haja completo restabelecimento para o retorno às aldeias.

A Política Nacional de Atenção aos Povos Indígenas tem o controle social exercido pelos povos indígenas e a sociedade não indígena. Os conselhos locais de saúde foram constituídos por representantes das comunidades indígenas, cuja atribuição é avaliar a prestação dos serviços. Os Conselhos Distritais de Saúde, são instâncias de caráter deliberativo, paritário por índios e segmentos da sociedade não indígena, como gestores do SUS, organizações governamentais e não-governamentais, prestadores de serviço e trabalhadores do setor saúde dos Distritos.

2.3. Situação atual de saúde da criança indígena

2.3.1. Morbidade

O perfil de morbidade das comunidades indígenas foi elaborado com base nas informações enviadas, mensalmente, pelos Distritos ao Desai, em 2002. Foram originadas em instrumentos de coleta de dados do Siasi, no desenvolvimento da atenção básica nas aldeias pelas equipes multidisciplinares. Os dados da rede de referência não estão disponíveis devido a pouca utilização do instrumento de referência e contra-referência.

As principais doenças diagnosticadas nas aldeias, classificadas pela Classificação Internacional de Doenças em sua versão conhecida como CID 10, foram as Doenças Infecto-Parasitárias (DIP), representando 35,8% dos atendimentos e as Doenças do Aparelho Respiratório, representando 29,8%. Somente estes dois grupos de doenças corresponderam a 65,6% do total dos atendimentos.

As doenças mais freqüentes foram: DIP (helmin tíase, diarreia, micose, pediculose, tuberculose e malária); doenças do metabolismo (desnutrição e distúrbios metabólicos); doenças do aparelho respiratório (IRA, Pneumonia, Bronquite e Asma); doenças do sangue (anemia) e causas externas (trama simples e agressão).

Nas DIPs, prevalece a helmintíase, com 42,7% dos atendimentos, embora neste caso deva-se enfatizar que o diagnóstico tenha sido feito a partir da abordagem sindrômica. A seguir, situa-se a diarreia aguda infecciosa, de etiologia diversa, com 28,8%.

A malária predomina na região Amazônica, mas também é relatada nos estados do Mato Grosso do Sul e do Paraná. Tem sido um grande problema de saúde para os índios brasileiros, representando 5,6% dos atendimentos.

Houve uma redução na incidência de Malária no período de 2000 a 2002. Este resultado foi alcançado graças à intensificação das ações de vigilância epidemiológica nas aldeias, pela busca ativa dos sintomáticos e portadores assintomáticos, do diagnóstico laboratorial no local e a disponibilidade do tratamento imediato.

Foram diagnosticados 149 casos de tuberculose em menores de 15 anos de idade, sendo 137 pulmonares e 12 em formas extrapulmonares.

As infecções respiratórias agudas são os motivos de consulta mais freqüentes entre crianças indígenas, enquanto que as pneumonias são relatadas principalmente como causa de óbitos, pois os casos graves são atendidos na rede de referência.

Algumas doenças preveníveis por vacinas, como é o caso da varicela, ainda são informadas.

A cobertura vacinal não tem atingido as metas determinadas pelo Ministério da Saúde. Em muitas comunidades, há dificuldade na aceitação da vacina pelos índios, mas não é regra. O acesso às comunidades também constitui um grande obstáculo, mas pode ser contornado pelo esforço de todos os profissionais das equipes multidisciplinares e da rede de

referência. A atenção à criança não deve ser fragmentada, isto é, vista apenas como parte da atividade médica, independente da atividade da enfermagem ou dissociada da atenção de maior complexidade realizada em unidades de referência especializada. A atenção deverá ser integral e a consulta de puericultura precisa ser implementada ou mesmo implantada, para que a integralidade e a intersetorialidade seja efetivamente estabelecida.

Atualmente observa-se um crescimento demográfico entre alguns povos indígenas. Os dados disponíveis, embora parciais, evidenciam altas taxas de mortalidade infantil, que correspondem a duas ou três vezes maior do que as taxas da população infantil não indígena.

2.3.2. Mortalidade

Pelos registros dos relatórios técnicos da Funai em 1998, o coeficiente de mortalidade infantil foi 96,8 por 1.000 nascidos vivos. Quase 50% dos óbitos ocorridos em menores de cinco anos tinham como causas mais frequentes, as doenças transmissíveis, principalmente as infecções respiratórias, as enteroparasitoses, a diarreia, a malária, a desnutrição e a tuberculose. As causas externas, especialmente a violência e o suicídio representaram uma das principais causas de morte nos últimos anos, sobretudo nas regiões do Mato Grosso do Sul e Roraima.

O coeficiente de Mortalidade Infantil vem diminuindo a uma taxa de 10,6% ao ano em relação a 1998. De 1999 a 2002, o CMI foi de 85,7, 74,6, 57,2 e 55,7 por 1.000 nascidos vivos, respectivamente.

Em 2002, o Coeficiente de Mortalidade Infantil variou entre 17,8 e 185,2 por 1.000 nascidos vivos. Dos 34 Distritos Especiais Indígenas, apenas 12 apresentaram o CMI abaixo de 40 por 1.000 nascidos vivos e cinco distritos apresentaram o CMI acima de 100 por 1.000 nascidos vivos. Os Distritos com os maiores CMI estão localizados em áreas de difícil acesso na Amazônia.

Alguns distritos apresentam uma tendência ascendente do CMI. Este fato ocorre, provavelmente, pela melhoria das notificações ou por um aumento real de óbitos no primeiro ano de vida. Em algumas etnias, há registros de casos de mortes de recém-nascidos por determinantes culturais. Mesmo assim, há evidências de um aumento real de mortes no primeiro ano de vida em alguns Distritos, considerando que a capacidade de notificação dos serviços locais é boa.

A diminuição do CMI está associada à maior oferta de serviços de saúde próximo das comunidades, a melhoria da qualidade da assistência local e na rede de referência, ao melhor controle das doenças transmissíveis, principalmente da diarreia, ao aumento da cobertura vacinal e melhoria da qualidade da água utilizada.

Com a implantação do Siasi, a partir de 2001, a qualidade e o número das informações epidemiológicas vem melhorando progressivamente. Entretanto há muito que avançar neste sentido, principalmente no que diz respeito aos diagnósticos e notificações dos agravos, que

devem ser realizados por ocasião do atendimento médico, com o compromisso de toda a equipe multidisciplinar, a fim de ampliar as notificações. Embora muitas vezes apenas com recursos clínicos, é de competência do médico fazer o diagnóstico que, sendo omitido ou mal definido, compromete a elaboração do perfil epidemiológico e conseqüentemente o planejamento das ações de saúde é prejudicado.

Muitos óbitos, principalmente de recém-nascidos, não são informados por questões culturais. Os partos domiciliares realizados nas aldeias, assistidos por parteiras tradicionais, geralmente levam à subnotificação, tanto dos óbitos como dos nascimentos. Este é um obstáculo enfrentado na construção do sistema, mas que vem apresentando melhora gradativa dos registros e da participação comunitária, na medida em que aumenta a oferta de assistência à saúde.

Atualmente, a situação de saúde da criança indígena melhorou, conforme é reconhecido pelos próprios índios. No entanto, há ainda um longo caminho a ser percorrido para atingir no mínimo uma equivalência entre o nível dos indicadores da população indígena não indígena brasileira, meta ainda não satisfatória.

2.4. Mortalidade proporcional por faixa etária

Em 2002, os óbitos entre as crianças menores de um ano de idade corresponderam a 30% do total dos óbitos por todas as causas. Se considerarmos os óbitos ocorridos entre menores de cinco anos de idade, este valor totaliza 45,6%.

Conforme as informações reportadas pelos distritos ao Desai, as causas mal definidas aparecem em primeiro lugar, como a principal causa de morte. Muitos destes óbitos foram definidos como sem assistência médica, causa indeterminada, parada cardio respiratória, falência múltipla de órgãos, insuficiência respiratória, etc. Não existe até o momento uma investigação que elucide o grupo de óbitos classificados como de causas mal definidas. O compromisso profissional das equipes multidisciplinares e da rede de referência muito poderá contribuir para o esclarecimento deste grupo de doenças.

Os óbitos ocorridos no período perinatal ocuparam o sexto lugar entre o total de óbitos por todas as causas. A avaliação destes óbitos perinatais, mesmo considerando que em alguns distritos possam ser atribuídos às características culturais, indicam uma deficiência na assistência pré-natal e do recém-nascido. Este é um grande desafio a enfrentar, não só pelas dificuldades técnicas para a assistência adequada ao recém-nascido no local, o manejo correto dos casos, como também pelas limitações associadas aos aspectos culturais.

Outras causas associadas aos óbitos relatados para as crianças indígenas, sempre considerando as categorias de doenças utilizadas pela CID 10 foram: causas perinatais, causas mal definidas, doenças do aparelho respiratório, doenças infecto-parasitárias, doenças endócrinas e do metabolismo e causas externas.

Considerando a frequência das doenças que causaram as mortes, sem agrupar por categoria CID 10 pode-se concluir que:

A pneumonia foi a principal causa de morte. Nos menores de cinco anos representou 81,5% do total de mortes por pneumonia no período e nos menores de um ano de idade representou 48,2%.

As diarreias representaram 75,4% do total dos óbitos por diarreia. Nos menores de um ano de idade foram responsáveis por 41,4%.

A Desidratação aparece como responsável por 11,4% do total dos óbitos por diarreia.

A Septicemia, apesar de não ser identificada como causa básica de mortalidade por ser uma complicação de outras doenças, também, aparece como destaque, incidindo em 45,0% dos óbitos em menores de cinco anos. Provavelmente tiveram sua origem na infecção puerperal, na diarreia, na pneumonia ou outra infecção.

A desnutrição foi notificada como causa isolada de morte em 8,9% dos óbitos, associada, também, aos óbitos por pneumonias, diarreias e desidratação. Coincide com óbitos por pneumonias e diarreias, chegando a 45% nos menores de um ano e a 75% nos menores de cinco anos.

As causas externas vêm crescendo como causa de morte, a cada ano. Este progressivo aumento provavelmente está associado à interferência negativa do contato indígena com a sociedade nacional. São associadas ao abuso de bebidas alcoólicas, intercâmbios interétnicos e ligados à facções históricas de conflitos.

O suicídio predomina entre as causas externas em grande escala, porém em poucos distritos. Ocorreram, predominantemente no Dsei Mato Grosso do Sul (56 casos) e Alto Solimões (22 casos), nos quais foram notificados 78,8% dos 99 casos ocorridos. Atinge, principalmente a faixa etária dos 10 aos 40 anos de idade com pico máximo entre 15 e 19 anos. Pela classificação da OMS esta população corresponde à categoria dos adolescentes, mas para os povos indígenas pode ser diferente uma vez que o indivíduo nesta faixa etária assume as responsabilidades e compromissos que para nós seriam comuns na faixa etária do adulto.

As agressões também aparecem em ascensão correspondendo a 8,4% das causas proporcionais de mortalidade.

2.5. Prevenção

As ações de prevenção estão sendo desenvolvidas por meio das vacinações, segundo o calendário do Ministério da Saúde, diferenciado para a população indígena e outras ações de educação em saúde, com a participação dos agentes indígenas de saúde e agentes indígenas de saneamento.

Estas ações ainda incipientes, já demonstram a eficácia da educação em saúde na diminuição da morbimortalidade. Como exemplo constata-se a redução dos casos de malária, onde a vigilância epidemiológica está sendo realizada com a participação ativa dos Agentes Indígenas de Saúde.

Outros exemplos bem-sucedidos de promoção da saúde são a melhoria do abastecimento de água potável para as comunidades, a inserção do saneamento básico nas aldeias, por meio das obras de melhorias sanitárias, do destino correto dos dejetos, que vem sendo trabalhado pelo Departamento de Engenharia Sanitária da **Funasa** e pelos profissionais das equipes e, principalmente, pelos agentes indígenas de saúde, os quais constituem maior poder de convencimento dentro das comunidades.

Em alguns distritos, já foi elaborado material didático, tal como as cartilhas sobre saneamento ambiental, DST/Aids, alcoolismo e cuidados com a saúde em geral, elaboradas e escritas nos respectivos idiomas pelos próprios índios, para utilização nas escolas das aldeias além dos encontros intra-étnicos e interétnicos promovidos pelas equipes multidisciplinares e agentes indígenas de saúde e de saneamento.

Ações preventivas e curativas na área odontológica são realizadas rotineiramente. Em 2002 foram identificados 120 mil pessoas com problemas odontológicos nos atendimentos realizados nas aldeias. Destes, 40 mil pessoas (33%) concluíram a primeira fase do tratamento.

Parte 3: Promoção de saúde e prevenção

3.1. O Agente de saúde indígena

Ednéia Primo

Os povos indígenas no Brasil de hoje pertencem a cerca de 217 nações, falantes de 170 línguas, apresentando especificidades de organização social, política e econômica, decorrentes de sua relação com o meio ambiente e enfrentam situações de risco e vulnerabilidade distintas. Ocupando espaços distribuídos praticamente por todo o território nacional, grande parte destas nações vive nas proximidades de centros urbanos, em áreas periféricas e em condições completamente adversas.

O Relatório Final da II Conferência Nacional de Saúde para Povos Indígenas (1993) apresenta princípios e diretrizes para a capacitação do Agente Indígena de Saúde (AIS), com base em experiências acumuladas em quase uma década, visando a garantir não só a atenção primária à saúde destas populações como também criar um elemento facilitador da comunicação entre a população indígena e os serviços oferecidos pela rede do SUS. Estes princípios e diretrizes foram discutidos e ampliados em 1996 e estão consolidados no documento Formação de Agentes Indígenas de Saúde – Propostas e Diretrizes (MS/FNS/Cosai-julho 1996).

É preciso destacar ainda que, além de considerar as especificidades culturais na formação do AIS, existem locais em que diferenças são observadas mesmo em aldeias vizinhas, pertencentes a uma mesma nação. O AIS deve ser, ao lado de lideranças religiosas e pajés, o personagem fundamental para incentivar e assegurar o resgate do sistema de cura tradicional destas populações e não apenas multiplicador de informações e incentivador da participação das comunidades em nosso sistema de assistência à saúde.

Em 1999, o Sistema de Cadastramento de Agentes Indígenas de Saúde (Cais) desenvolvido pela Cosai/FNS disponibiliza estimativa de dados que indicam existir, no país, cerca de 2000 AIS. O processo de formação tem ocorrido com grande intervalo entre os conteúdos trabalhados e estes, embora pertinentes à situação local, nem sempre estão ordenados em complexidade crescente.

Direcionados pela proposta contida no Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde Indígena (maio/2001), pelos documentos oficiais da **Funasa** e uma experiência de cinco anos de trabalho com a população de duas aldeias Guaranis do estado de São Paulo,¹ sugerimos características importantes do perfil do Agente Indígena de Saúde,

1. Aldeias Tenonde Porã e Krucutu – Parelheiros-São Paulo (SP).

atribuições fundamentais e um conteúdo mínimo para um programa a ser trabalhado na formação do AIS. Lembramos que esta proposta deve ser analisada e adaptada ao contexto de cada comunidade e seu grau de relacionamento com os serviços de saúde local, obedecendo sempre às normas estabelecidas pelo Conselho Distrital de Saúde Indígena.

Qual o perfil do Agente Indígena de Saúde (AIS)?

Deve ser necessariamente um índio indicado pela comunidade, por meio de um processo que tenha como objetivo esclarecer o seu papel dentro e fora da comunidade.

Visando o bom desempenho de seu papel, este processo seletivo deve também considerar:

- residência na aldeia de atuação;
- aptidão e interesse para o trabalho na área de saúde;
- responsabilidade, liderança, dinamismo e bom relacionamento com a sua comunidade;
- capacidade para desenvolver um trabalho em grupo;
- não ter, na medida do possível, outro compromisso na comunidade que possa comprometer o desempenho de suas funções;
- possibilidade de representar a comunidade em reuniões do Setor Saúde nas várias instâncias;
- boa comunicação na língua portuguesa;
- ser preferencialmente alfabetizado;
- idade acima de 18 anos;
- não ter outro vínculo empregatício;
- disponibilidade para conhecer as alternativas de deslocamento até as instituições de saúde local.

Qual o número ideal de AIS em uma comunidade?

Este número em geral é determinado pelo total de habitantes (a recomendação dos Distritos Sanitários de Saúde Indígenas é de um agente para cada grupo de aproximadamente 200 moradores). Esta relação pode ser alterada por fatores como: características geográficas locais e dispersão da população no território, dificuldades de acesso às residências, barreiras culturais que interfiram negativamente na atuação de um único agente de saúde, perfil epidemiológico e o grau de dificuldade do acesso da população aos serviços de saúde.

Quais as principais atribuições do AIS, visando à promoção de saúde em sua comunidade?

- conhecer a política nacional de saúde e os aspectos pertinentes à saúde indígena;
- fazer parte da equipe de saúde local, participando de todas as atividades programadas;
- colaborar para o bom entendimento do funcionamento da comunidade e dos problemas existentes;
- participar de treinamento e das reuniões de planejamento e avaliação das atividades de treinamento, assistenciais e educativas;
- realizar o mapeamento de sua área de atuação, atualizando-o sempre que necessário, deixando-o em local visível, permitindo seu uso pelos profissionais e instituições envolvidos com a questão da saúde;
- cadastrar as famílias de sua área, atualizando as informações sempre que necessário (mudanças, óbitos, nascimentos, morador temporário). Em áreas de grande mobilidade populacional é importante que esta atualização seja mensal;
- conhecer as unidades de referência (localização, organização, fluxo e contatos);
- esclarecer a comunidade sobre o funcionamento do serviço de saúde local, bem como da organização e funcionamento do SUS, com destaque para as unidades locais e regionais de referência;
- detectar problemas de saúde existentes na comunidade, colaborando na busca de soluções;
- orientar os doentes para procurar o posto de saúde da aldeia. Quando necessário, trazer o paciente/família para atendimento ou solicitar ao médico, enfermeira ou outro profissional, uma visita domiciliar;
- quando necessário, acompanhar quem necessitar até o serviço de saúde mais próximo;
- identificar, no ambiente, possíveis agentes de doença (exemplo: lixo, umidade, alagamento, etc). Discutir alternativas de solução com os profissionais da saúde, lideranças e comunidade;
- identificar indivíduos e famílias expostos a situações de risco;
- elaborar, com supervisão do profissional responsável, o cronograma de consultas/exames de pacientes, em unidades de saúde externas à aldeia;
- cumprir a escala de serviços organizada pela supervisão, lembrando que:
 - exceto em situações de emergência, quando existir um profissional prestando assistência na aldeia, o AIS deve, preferencialmente, estar presente no local de atendimento, acompanhando as consultas e colaborando na orientação do tratamento;
 - quando um paciente sair para consulta ou para realizar exames complementares em unidades de referência, deve sempre estar acompanhado do AIS;
 - Após cada consulta, exame ou qualquer outro atendimento referenciado, anotar toda informação e comunicar à supervisão o mais rápido possível;

- realizar visitas domiciliares a cada família sob sua responsabilidade, especialmente as que possuem gestantes, crianças menores de cinco anos, idosos e pessoas com doença de risco (conforme orientação médica ou da enfermagem), pelo menos uma vez por semana, ou se possível, diariamente, comunicando ao responsável quem não está bem;
- desenvolver ações básicas de saúde, com ênfase na promoção da saúde e prevenção de doenças voltadas à criança, à mulher, à gestante e ao idoso, conforme protocolo estabelecido;
- incentivar a formação do Conselho Local de Saúde, onde não existir, e o funcionamento dos já criados, segundo normas do Conselho Distrital;
- participar do Conselho Local de Saúde ou de qualquer outro órgão, para o qual foi eleito representante, comunicando as decisões tomadas à comunidade e aos profissionais com quem trabalha;
- discutir com a supervisão, quando ocorrer mais de um caso de uma mesma doença, em sua área;
- na ausência do médico ou enfermeira, se um morador precisar de medicação (formalizada em prescrição médica ou protocolo), pegar no Posto de Saúde ou comprar em farmácia autorizada, preenchendo devidamente o impresso específico fornecido pela **Funasa**;
- quando necessário, acompanhar a administração de medicação a qualquer paciente e/ou verificar se o tratamento indicado está sendo feito corretamente;
- realizar, sempre que necessário, procedimentos como curativos, inalação e outros, para os quais foi devidamente treinado e autorizado;
- registrar todas as ações feitas e as informações obtidas na comunidade, em um diário de campo;
- preencher os relatórios da **Funasa** sobre serviços prestados e entregá-los ao responsável no prazo determinado.

Como refletir o preparo do Agente Indígena de Saúde, para que possa desenvolver plenamente seu papel de promotor de saúde?

Para o desenvolvimento de seu trabalho, o preparo do AIS deve ser essencialmente prático e contínuo. Preferencialmente em serviço e com a participação dos profissionais de saúde que atuam diretamente nas aldeias. O planejamento deste processo deve considerar a visão holística dos fatores determinantes do processo saúde-doença e estar perfeitamente encadeado com outros programas de educação indígena, de preservação ambiental e de atividades produtivas locais.

Sugerimos a realização de oficinas, orientadas pela metodologia problematizadora, nas quais conceitos básicos e fundamentais para o desenvolvimento dos trabalhos devem ser construídos. Estas oficinas devem também proporcionar a determinação de normas que possibilitem o desenvolvimento das atividades cotidianas no local de trabalho.

No preparo do agente de saúde indígena para seu trabalho devem ser considerados temas como:

- determinantes do processo saúde-doença (histórias de vida e saúde);
- a Constituição Brasileira e a Lei Orgânica da Saúde - Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS);
- direitos indígenas e Política Nacional de Saúde para Populações Indígenas;
- o Sistema de Atenção à Saúde Indígena. Modelo assistencial, gerencial e controle social;
- o Sistema Local de Saúde (hierarquização e responsabilidades dos serviços de saúde e da população);
- organização e participação comunitária (respeito aos princípios culturais de organização e participação);
- perfil epidemiológico local;
- prevenção de doenças e promoção da saúde;
- doenças prevalentes nas diferentes faixas etárias (reconhecimento de sinais e sintomas, alternativas de prevenção, controle de comunicantes);
- principais causas e fatores de risco para mortalidade e morbidade que acometem a população indígena local;
- relação entre as condições de vida e os problemas de saúde identificados;
- fatores socioculturais que interferem positiva ou negativamente no processo de tratamento da doença;
- ações de promoção que podem resultar em melhoria da qualidade de vida da comunidade;
- monitoração da situação vacinal em uma população;
- identificação de dados e coleta de informação que permitam definir propostas de intervenção;
- planos de tratamento;
- cuidados de saúde em cada estágio de desenvolvimento da vida, com ênfase em medidas de proteção e de recuperação.

a) Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Operações. Coordenação de Saúde do Índio. Formação de Agentes Indígenas de Saúde. mimeo.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, 1997.

3. Relatório da II Conferência Nacional de Saúde para Povos Indígenas. Brasília; Ministério da Saúde, 1993.
4. Relatório Final da III Conferência Nacional de Saúde para Povos Indígenas. Brasília; Ministério da Saúde, 2001.

3.2. A criança de risco

Renato Minoru Yamamoto

Claudio Leone

O que é uma criança de risco, nos programas de atenção à saúde?

É uma criança que, a partir de um certo momento de sua vida, inclusive desde o nascimento, apresente maior probabilidade de vir a morrer ou a adoecer, do que outras crianças que vivam em sua comunidade.

Como selecionar os determinantes de risco para a saúde da criança?

Podem ser selecionados a partir de:

- características pessoais;
- características do ambiente físico;
- características familiares (sociais, econômicas).

Como utilizar o conceito de risco nos serviços de saúde?

Deve-se programar o acompanhamento de saúde da criança a partir da classificação obtida a partir dos fatores de risco. O acompanhamento das crianças de sua comunidade segundo a situação de risco é uma estratégia para diminuir a mortalidade infantil e também para a identificação precoce de agravos à saúde infantil.

Mesmo que nas épocas previstas para as consultas de seguimento a criança esteja doente, o médico deverá avaliar sinais e sintomas atuais, a rotina de vida (alimentar, sono, banho corporal), como a criança é cuidada, peso, altura, situação vacinal e desenvolvimento neuropsicomotor. É importante avisar a mãe que serão realizadas consultas para o seu filho em datas previamente determinadas para ajudá-la a preservar a sua saúde.

Identificar fatores de risco	Classificar	Programar o acompanhamento de saúde
Baixo peso ao nascer Morte de irmão menor de cinco anos Irmão desnutrido Desnutrição abaixo dos dois anos de idade	Alto Risco	Acompanhamento mensal pelo médico até dois anos de vida e bimestral entre dois e cinco anos de idade.
Peso insuficiente ao nascer (2.5kg a 3kg) Dois ou mais irmãos < cinco anos Desmame precoce < seis meses Família desestruturada Fraco vínculo mãe-filho	Médio Risco	Acompanhamento mensal pelo médico até um ano de vida e trimestral entre um e cinco anos de idade.
Peso adequado ao nascer > 3kg Aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Até um irmão < cinco anos de idade. Pais presentes, com bom relacionamento. Bom vínculo mãe-filho	Baixo Risco	Acompanhamento bimestral pelo médico até um ano de vida e quadrimestral entre um e cinco anos de idade.

Quais são os indicadores de risco para as doenças pediátricas mais frequentemente observadas em serviços de atenção primária?

a) desnutrição

- baixo peso ao nascer (abaixo de 2.5kg);
- peso insuficiente ao nascer (peso entre 2.5kg e 3kg);
- irmão desnutrido;
- desmame precoce;
- baixa renda (< ½ salário mínimo *per capita*);
- baixa escolaridade materna;
- fraco vínculo mãe-filho;
- desestruturação familiar;

b) doenças respiratórias

- excesso de pessoas no domicílio;
- três ou mais pessoas dividindo um mesmo cômodo/dormitório;
- casa com:
 - baixa insolação;
 - umidade;

- poeira;
- plantas;
- animais domésticos;
- fumantes;
- temperatura baixa;
- piso frio;

c) doença diarreica ou parasitose intestinal

- consumo de água não tratada antes de chegar ao domicílio ou não tratada no domicílio por fervura e filtragem;
- Esgoto não tratado;
- ausência de geladeira;
- consumo de alimentos não cozidos;
- ausência de coleta de lixo regular;
- três ou mais pessoas dividindo um mesmo cômodo/dormitório;

d) doenças dermatológicas

- banho não diário;
- presença de insetos;
- três ou mais pessoas dividindo um mesmo cômodo/dormitório;
- animais domésticos.

Recomendações:

Procurar identificar situações de risco à saúde das crianças presentes em sua comunidade.

Avaliar periodicamente a prevalência dos fatores de risco e de que forma a sistematização da assistência segundo a situação de risco apresentou impacto sobre a mortalidade e sobre grupos específicos de doenças.

a) Referências bibliográficas

1. Leone, C. Identificação dos fatores de risco-simplificação dos atos médicos. In: Issler, H; Leone, C; Marcondes, E. Pediatría na Atenção Primária. São Paulo: Ed Sarvier, 1999. p.24-32.
2. Yamamoto, RM. Ambiente físico. In: Issler, H; Leone, C; Marcondes, E. Pediatría na Atenção Primária. São Paulo: Ed Sarvier, 1999. p.87-89.

3.3. Cuidados nos primeiros 30 dias de vida

Rossiclei de Souza Pinheiro

Quando iniciar os cuidados?

Os cuidados devem iniciar desde o nascimento, quando uma pessoa habilitada em reanimação neonatal básica deve estar presente durante o parto. Se o recém-nascido for de alto risco, o parto deve ser realizado em serviço de apoio ao Dsei e deve ser assistido por pessoal treinado em reanimação neonatal pela SBP, cuja única responsabilidade seja o recém-nascido.

O que é importante na hora do parto?

Se o parto ocorrer na aldeia, devemos assegurar que o recém-nascido receberá avaliação o mais breve possível.

Se o parto ocorrer no hospital de apoio e se for necessário iniciar a respiração com ventilação positiva pelo balão e máscara com oxigênio a 100% ou outras manobras de reanimação, o recém-nascido deve ser encaminhado para um berçário de alto risco. É importante o uso de luvas de procedimento para o exame físico inicial, principalmente quando se entra em contato com sangue, saliva ou mecônio. Inicialmente a temperatura deve ser estabilizada por aquecimento com roupas ou em berço aquecido, quando necessário. O banho deve ser protelado até a estabilização da temperatura corpórea. Em algumas etnias, o parto pode ocorrer na água, portanto, quando possível, viabilizar o aquecimento mais breve possível, a fim de evitar hipotermia.

Quais são os cuidados iniciais com o recém-nascido?

O cordão umbilical deve ser ligado por grampo umbilical ou fita umbilical estéril e pode ser higienizado com álcool a 70% imediatamente após o parto, podendo ser removido após 24 horas de vida, porém o mais importante é deixá-lo exposto ao ar para secagem.

Os olhos devem receber gotas de nitrato de prata a 1% na primeira hora de vida, para prevenir a oftalmia gonocócica.

Todos os recém-nascidos devem receber 1mg de óxido de vitamina K1, administrada IM até duas horas de vida, para prevenir a doença hemorrágica.

Deve ser feita avaliação do peso, estatura, perímetros cefálico, torácico, abdominal e exame físico detalhado de todos os recém-nascidos.

Como fazer a avaliação no exame físico detalhado?

A avaliação deve ser feita com o recém-nascido sem roupas e com luz natural ou suficiente para observar a presença de alterações na pele, como icterícia ou cianose. Na pele podemos observar *millium sebáceo*, hemangiomas planos, manchas mongólicas que geralmente são normais e estão presentes desde o nascimento. Lesões papulares com base eritematosa, denominadas eritema tóxico, são encontradas geralmente no dorso e extremidades após 24-48 horas de vida e desaparecem normalmente por volta de sete dias de vida.

No couro cabeludo, podemos identificar ferimentos ou equimoses devido a traumas do parto ou lesões erosivas secundárias ao atrito do pólo cefálico com a pelve materna. A aplasia do couro cabeludo também pode estar presente. A bossa serossangüínea (edema de couro cabeludo secundário à pressão durante o parto) deve ser diferenciada dos cefalohematomas (trauma obstétrico). Avaliar a mobilidade das suturas cranianas para afastar craniosinostose e a dimensão das fontanelas anterior e posterior, para afastar hidrocefalia.

Os olhos devem ser examinados a fim de identificarmos a presença de hemorragia da esclera, icterícia, exsudato conjuntival, coloração da íris, tamanho e igualdade pupilares, movimentos dos músculos oculares e centralização dos globos oculares. O reflexo vermelho deve ser obtido e as cataratas devem ser investigadas. Na presença de glaucoma (córnea grande e nebulosa) o recém-nascido deve ser encaminhado imediatamente para um especialista. Nos primeiros dias as pálpebras podem estar edemaciadas dificultando um pouco o exame físico.

Na boca, devemos observar a presença de fendas palatinas e labiais e a presença de dentes neonatais, quando serão encaminhados para atendimento especializado. A presença de pequenos cistos de inclusão de cor branca agrupados no palato duro e mole (Pérolas de Epstein) são normais.

O pescoço pode estar assimétrico com profunda concavidade em um dos lados e na maioria das vezes é devido à postura fetal. Devemos pesquisar a presença de bócio, canais tireoglossos ou dos seios de arcos branqueais.

É importante avaliar frequência respiratória e cardíaca antes da manipulação do recém-nascido. A frequência respiratória é usual entre 40-60irpm e quando bem aquecido o bebê não deve apresentar gemidos ou sinais de desconforto respiratório, como batimentos de asas de nariz e tiragens intercostais. A frequência cardíaca é normalmente de 120-160bpm, variando conforme as atividades do recém-nascido, como choro, quando a frequência é geralmente mais elevada. A presença de cianose acompanhada de sopro cardíaco pode ser sugestivo de cardiopatia congênita. Os pulsos femorais devem ser palpados, embora sejam débeis nos primeiros dias de vida. Se houver dúvidas na palpação dos pulsos femorais, a pressão arterial deve ser medida em membros superiores e inferiores. Na dúvida o recém-nascido deve ser encaminhado para avaliação mais detalhada nos centros de referência.

O exame abdominal é diferente das crianças maiores, pois na inspeção podemos visualizar os órgãos abdominais anteriores (p.ex., fígado, baço, intestino), especialmente em recém-nascidos prematuros e pequenos para idade gestacional. A assimetria devida a ano-

malas congênitas ou massas é geralmente visível à inspeção. Durante a palpação o fígado está a 2-2,5cm abaixo do rebordo costal direito e o baço usualmente não é palpável. Lembrar que pode haver *situs inversus*. A palpação profunda deve ser realizada, pois a musculatura é pouco desenvolvida e existe pouca quantidade de ar no intestino. Deve-se identificar a presença de rins aumentados ou situados em locais anormais ou se estão ausentes.

Analisando a genitália devemos identificar os caracteres sexuais masculinos e femininos, avaliando a presença de fimose (invariavelmente presente ao nascimento), hidroceles, hérnia inguinal, testículos tópicos ou não, hipospádia ou epispádia. O comprimento e largura do pênis devem ser medidos e quando < 2,5cm de comprimento deve ser encaminhado para avaliação específica. Na menina, observa-se geralmente a proeminência dos grandes lábios e abertura de pequenos lábios. Identificar a presença de hímen imperfurado. Ocasionalmente se observa um apêndice mucoso da parede vaginal. A presença de secreção vaginal esbranquiçada ou sanguinolenta pode ser normal nos primeiros dias.

O ânus e o reto devem ser avaliados cuidadosamente, quanto a sua patência, posição e tamanho (o diâmetro normal é de 10mm). Observar a presença de fístulas anorretais.

Nas extremidades, os problemas mais comuns são com os dedos (sindactilia, ausência ou dedos malformados), pés tortos e luxação congênita do quadril, que devem ser avaliados por especialistas nos centros de referência. Alguns recém-nascidos podem apresentar, devido ao posicionamento fetal, uma adução do pé ou um arqueamento ou até mesmo torção tibial. A maioria deles não precisa de correção ortopédica. Na região dorsal, devemos pesquisar a presença de protuberâncias na linha média, que podem indicar meningocele.

Os reflexos de Moro, marcha, preensão palmo-plantar, devem ser testados em todos os recém-nascidos, mas devemos fazer uma análise comportamental completa. Dependendo do estado de alerta do recém-nascido, se ele foi ou não alimentado e incluindo algum grau de anestesia ou analgesia da mãe durante o parto, a resposta aos estímulos poderá estar presente ou não. A abertura ocular é estimulada quando o bebê está sugando ou é colocado verticalmente e alguns se mostrarão alertas e prestarão atenção quando falamos com voz agradável. Todos os recém-nascidos gostam de ser acariciados. Se alguma destas respostas comportamentais não puder ser desencadeada, isto poderá indicar a presença de problemas temporários ou permanentes, sendo necessário encaminhar para um centro de referência.

Como orientar a alimentação para o recém-nascido indígena?

As pesquisas demonstram que a maioria das mães indígenas não apresenta dificuldade para o início da amamentação.

Se houver qualquer impedimento ou obstáculo para amamentação, todos os cuidados devem ser feitos em parceria com o pajé, que é a figura principal de cada povo. Nas mães portadoras do vírus HIV a amamentação deve ser desencorajada.

O aleitamento materno exclusivo ajuda a promover a interação mãe-bebê e todos os estudos mostram a sua eficácia na prevenção de doenças respiratórias e diarreicas, que são as principais causas de mortalidade infantil nos povos indígenas.

A tuberculose (TB) pulmonar contra-indica a amamentação?

A prevalência de tuberculose pulmonar na população indígena ainda é importante, refletindo uma taxa de incidência anual muito elevada.

Devemos considerar algumas orientações, conforme a situação materna.

Se a infecção materna é aguda com risco de disseminação hematogênica (doença miliar, doença óssea, meningite ou doença endometrial) ou doença pulmonar não tratada, devemos realizar PPD, radiografia de tórax e hemocultura específica para tuberculose (TB) no recém-nascido. Se positivo, tratar como TB congênita. Se não houver sinais clínicos e radiológicos de infecção no bebê, orientar a separação do bebê, caso a mãe seja considerada contagiosa no momento do parto. Se a mãe não for considerada contagiosa (escarro negativo e raio-x de tórax estável), o bebê e a mãe devem permanecer unidos. O bebê deve receber Isoniazida (INH) diariamente durante seis meses. O PPD deve ser repetido com 4-6 semanas, três meses e seis meses de vida. Se for positivo, a INH deve ser administrada durante um ano. Outros membros da mesma tribo devem ser investigados. Se o teste cutâneo e a radiografia de tórax forem negativos, a INH deve ser suspensa, dependendo do estado da mãe e dos outros contatos.

Se a mãe tem tuberculose ativa e está recebendo tratamento, mas é suspeita de estar ainda em fase de contágio?

O recém-nascido deve ser separado da mãe até que esta seja considerada não-contagiosa e comprove estar aderindo ao tratamento. O bebê deve receber INH e testado PPD. A tribo deve ser investigada. Deve ser considerada a vacina BCG para o bebê se houver suspeita quanto à aderência e porque pode ter algum efeito protetor nestes casos.^(1,5)

Se a mãe recebeu diagnóstico de tuberculose recentemente e está tratando há menos de 15 dias antes do parto, o que fazer?

O recém-nascido deve receber INH, fazer raio-x de tórax e PPD com 4-6 semanas de vida. As pessoas da tribo devem ser investigadas. A mãe pode amamentar no seio. O PPD deve ser repetido com três e seis meses de vida e se negativo aos quatro meses e não houver doença ativa na tribo, a INH pode ser suspensa. Sempre que a mãe aderir ao tratamento não devemos afastá-la de seu filho.

Se a mãe estiver em tratamento, com escarro negativo e raio-x de tórax normal, o bebê pode ser amamentado?

Nestes casos, o recém-nascido ainda apresenta um risco para infecção, portanto a mãe precisa realizar estudo radiológico com 3-6 meses após o parto e ser assegurado o tratamento

contínuo, além de investigar outras pessoas da tribo. Lembrar que os recém-nascidos são cuidados na maioria das vezes pela própria mãe, porém com ajuda de outras mães. O bebê deve receber INH até quatro meses de vida e realizar PPD. Se o resultado for negativo e os contatos forem negativos na pesquisa do escarro, a INH pode ser interrompida. O PPD deve ser repetido aos 6, 9 e 12 meses de idade. Se o PPD tiver mais de 5mm de induração, o bebê deve realizar um raio-x de tórax, ser investigado para TB e a INH deve ser mantida até 12 meses. Sempre considerar vacinação BCG.

Se a mãe tiver tratamento completo adequado, como proceder com o recém-nascido?

A mãe deve realizar raio-x de tórax aos três e seis meses após o parto, em virtude da ocorrência de exacerbação durante a gestação. O recém-nascido não deve ser separado da mãe e devemos realizar PPD a cada três meses durante um ano. A vacina BCG e INH não são administradas ao recém-nascido.

Quais são as vacinas indicadas nos primeiros 30 dias?

Algumas etnias não permitem qualquer procedimento com o recém-nascido no primeiro mês, mas a vacina BCG e contra a Hepatite B devem ser administrada o mais breve possível.

Como saber se o leite materno está sendo o suficiente para o recém-nascido?

Deve ser feita avaliação do crescimento e desenvolvimento, considerando uma perda ponderal normal de até 15% nos primeiros dez dias de vida e a partir daí um ganho de peso em torno de 20g/dia. Devemos considerar todos os aspectos durante o primeiro mês de vida, principalmente o vínculo mãe-filho-pai, evitando oferecer qualquer tipo de alimentação alternativa que possa interferir no sucesso da amamentação. O crescimento físico de populações indígenas do Brasil tem sido estudado recentemente, mas sabemos que, quando comparados às crianças brasileiras ou com populações referências internacionais (NCHS), as indígenas são em média de menor estatura e peso, ainda que mantenham a proporcionalidade corporal, avaliada pelo indicador “peso para estatura”.

a) Referências bibliográficas

1. American Academy of Pediatrics. Chemoterapy for tuberculosis in infant and children. Pediatrics, 89: 161, 1992.
2. Avery, GB; Fletcher, MA; Macdonald, MD. Neonatology-Pathophysiology and Management of the newborn. 4th Edition. Washington D.C: J.B Lippincott Company Copyright, 1994.

3. Baruzzi, RG; Barros, VL; Rodrigues, D; Souza, ALM; Pagliaro, H. Saúde e doença em índios do Paraná (Kreen-Akarôre) após vinte e cinco anos de contato com o nosso mundo, com ênfase na ocorrência de tuberculose (Brasil Central). *Caderno de Saúde Pública*, 17(2): 407-12, 2001.
4. Buchillet, D; Gazin P. A Situação da tuberculose na população indígena do Alto Rio Negro (Estado do Amazonas, Brasil). *Caderno de Saúde Pública*, 14(1): 181-5, 1998.
5. Cloherty, JP. Tuberculose. In: *Manual de Neonatologia*. 4ª edição. São Paulo: MEDSI; 2000.
6. Cochran, WD. Avaliação do recém-nascido. In: *Manual de Neonatologia*. 4ª edição. São Paulo: MEDSI; 2000.
7. Escobar, AL. Epidemiologia da Tuberculose na população indígena Pakaánova (Wari), Estado da Guanabara [Tese]. Rio de Janeiro: ENSP; 2001.
8. Santos, RV. Crescimento e estado nutricional de populações indígenas brasileiras. *Caderno de Saúde Pública*, 9(1): 46-57, 1993.
9. Silva, CJV. Assistência Perinatal na Tribo Indígena de Apalay. *Jornal de Pediatria*, 59: 102-4, 1985.

3.4. Vigilância do Crescimento

Renato M. Yamamoto

Para que servem os gráficos de crescimento?

Permitem a avaliação da tendência de crescimento, isto é, se há aceleração (aumento do valor em percentis), desaceleração (diminuição) ou manutenção de valores de peso e comprimento em percentis.

Quais são as principais variáveis utilizadas na avaliação do crescimento?

- a) peso: a variabilidade é grande na população e pode haver flutuação dos valores (+/- 5%, em valores absolutos) ao longo da vida de uma criança, pois o peso reflete as influências do ambiente de vida, sua alimentação, cuidados afetivos, doenças apresentadas, entre outros;
- b) altura: a variabilidade é menor que a do peso na população e tende a se manter num mesmo valor de percentil (+/- 1%, em valores absolutos) ou escore Z, no acompanhamento de uma mesma criança;
- c) perímetro cefálico: reflete o crescimento cerebral, sendo fundamental a sua mensuração continuamente durante os três primeiros anos de vida.

Qual é o intervalo mínimo para avaliar a evolução do peso da criança, segundo a idade?

- a) zero a três meses: uma semana.
- b) três a seis meses: duas semanas.
- c) seis a 12 meses: três semanas.
- d) 12 a 24 meses: um mês.
- e) dois a 10 anos: um mês e meio.

Qual é o intervalo mínimo para avaliar a evolução da estatura da criança, segundo a idade?

- a) zero a três meses: duas semanas.
- b) três a seis meses: um mês.
- c) seis a 12 meses: um mês e meio.
- d) 12 a 24 meses: dois meses.
- e) dois a 10 anos: quatro meses.

É possível fazer uma estimativa da estatura final da criança?

Sim, utilizando a fórmula proposta por Tanner.

$$\text{Altura} = \frac{(\text{altura da mãe} + \text{altura do pai}) + / - 7}{2}$$

- a) sexo masculino: somar sete.
- b) sexo feminino: subtrair sete.
- c) restrições do cálculo da altura:

- não prevê a influência de outras gerações (avós, bisavós).
- a altura de um ou ambos os pais pode não refletir o seu potencial genético no caso de doenças graves ou crônicas durante a fase de crescimento (Ex: pais que tiveram desnutrição, pneumonias de repetição, anemia falciforme).

Pelas condições inadequadas de vida em que sobrevive a maioria das comunidades indígenas brasileiras, habitualmente, a altura dos pais não reflete o potencial genético transmitido a seus filhos.

Quais são os principais indicadores de risco para retardo de crescimento?

- a) risco alto:
 - baixo peso ao nascer, simétrico (peso e comprimento baixos);

- baixo comprimento ao nascer (< 46cm);
- muito baixo nível socioeconômico (renda familiar < 0,5smpc);
- irmão portador de baixa estatura ou desnutrição;
- morte de irmão menor de cinco anos;
- ambos os pais baixos;

b) risco intermediário

- baixo peso ao nascer, assimétrico (ao nascer, o peso é baixo, mas o comprimento é maior do que 46cm);
- peso insuficiente ao nascer;
- comprimento insuficiente ao nascer (entre 46cm e 49cm);
- baixo nível socioeconômico (renda familiar entre 0,5smpc e 1,5smpc) um dos pais baixos.

Que crianças devem ser especialmente acompanhadas, devido às suas características físicas ao nascimento?

- baixo peso ao nascer, simétrico;
- baixo comprimento ao nascer (< 46cm);
- baixo peso ao nascer, assimétrico;
- peso insuficiente ao nascer;
- comprimento insuficiente ao nascer (entre 46cm e 49 cm).

Nestes casos, houve retardo de crescimento intra-uterino. Nos primeiros quatro anos de vida, deve ocorrer uma velocidade de crescimento maior do que a esperada para a idade. Isto é, a criança deve aumentar progressivamente o seu percentil. Este fenômeno, denominado *catch-up* de crescimento, é mais intenso no primeiro ano de vida. Neste período, a criança deve ser seguida em intervalos mensais. Se faltosa aos retornos, deve ser convocada ou submetida a visita domiciliar.

a) Referências bibliográficas

1. Belitzky, R. Crecimiento y Desarrollo en los dos Primeros Anos de Vida Posnatal. Washington, D. C. OPS, 1981. OPS, Publicacion Cientifica N. 406.
2. Belizan, JM; Villar, J. El Crecimiento Fetal y su Repercusion sobre el Desarrollo del Niño. In: Crecimiento y Desarrollo: Hechos y Tendencias, Washington, D. C. OPS, 1988. p.102-19.
3. Fitzhardinge, PM; Inwood, S. Long Term Growth in Small-For-Date Children. Acta Paediatrica Scandinavian, (Suppl), 349 (26): 27-33, 1989.

4. Hokken-Koelega, AC; De Ridder, MAJ; Lemmen, H; Den Hartog, H; De Muinck Keizer-Schrama, SMPF; Drop, SLS. Children Born Small for Gestational Age: Do They Catch Up? *Pediatric Research*, 38(2): 267-71, 1995.
5. Holmes, GE; Miller, HC; Hassanein, K; Lansky, SB; Goggin, JE. Postnatal Somatic Growth in Infants with Atypical Fetal Growth Patterns. *The American Journal of Disease of Children*, 131: 1078-83, 1977.
6. Karlberg, J; Albertsson, W. Growth in Full-Term Small-for-Gestational-Age Infants: from Birth to Final Height. *Pediatric Research*, 38(5): 733-9, 1995.
7. Marcondes, E. Estudo Antropométrico de Crianças Brasileiras de Zero a Doze Anos de Idade. *Anais Nestlé*, V. 84.
8. Leone, C; Mascaretti, LAS; Primo, E; Yamamoto, TS; Freschi, SA. Peso de Nascimento e Características Médico-Sociais. *Jornal de Pediatria*, 68(11/12): 376-79, 1992.
9. Organizacion Mundial de la Salud. *Medicion del Cambio del Estado Nutricional*. Geneva: OMS, 1983.
10. Paz, I; Seidman, DS; Danon, YL; Laor, A; Stevenson, DK; Gale, R. Are Children Born Small for Gestational age At Increased Risk Of Short Stature? *American Journal of Diseases of Children*, 147(3): 337-9, 1993.
11. Penchaszadeh, VB. Condicionantes Basicos para el Crecimiento-Una Larga Polemica: Herencia o Ambiente. In: *Crecimiento y Desarrollo: Hechos y Tendencias*. Washington, D. C. OPS, 1988. p.91-101.
12. Perez-Escamilla, R; Pollitt, Ernesto. Causes and Consequences of Intrauterine Growth Retardation in Latin America. *Bulletin of Pan American Health Organization*, 26(2): 128-47, 1992.
13. Tanner, JM; Whitehouse, RH. Clinical Longitudinal Standards for Height, Weight, Height Velocity and Stages of Puberty. *Archives of Disease in Childhood*, 51: 170-9, 1976.
14. Villar, J. The Relative Contribution of Prematurity and Fetal Growth Retardation to Low Birth Weight in Developing and Developed Societies. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 143(7): 793-8, 1982.
15. Walther, FJ. Growth and Development of Term Disproportionate Small for Gestational Age Infants at The Age of 7 Years. *Early Human Development*, 18: 1-11, 1988.
16. Waterlow, JC. Causes and Mechanisms of Linear Growth Retardation (Stunting). *European Journal of Clinical Nutrition*, 48(Suppl 1): S1-S4, 1994.
17. Yamamoto, RM. Avaliação do crescimento de lactentes nascidos com peso insuficiente, nos dois primeiros anos de vida (Dissertação de Mestrado). São Paulo: USP, 1998.

3.5. Prevenção das deficiências na população indígena

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

O mundo passa por grandes transformações, resultado dos progressos políticos, econômicos, sociais, ambientais e dos avanços científicos e tecnológicos alcançados pelo homem, em todas as áreas, com conseqüente melhoria nas condições de saúde e de qualidade de vida. Entretanto, observam-se, ainda, grandes desigualdades nas condições de saúde e de vida entre países, regiões e grupos sociais. De acordo com a Organização Mundial de Saúde, em tempos de paz, pelo menos 10% das crianças nascem ou adquirem lesões físicas, mentais ou sensoriais, que impedirão seu desenvolvimento adequado.

O censo Brasileiro de 2000 aponta para uma estatística de 14.5%, isto é, cerca de 24.5 milhões de pessoas são portadoras de deficiências. Destas, 50% são portadoras de deficiência mental, 20% de deficiência física, 15% de auditiva, 5% visual e 10% mistas.

Portanto, tem-se uma prevalência muito mais de crianças e adolescentes portadores de deficiências ou atrasos no desenvolvimento do que qualquer outro grupo de doenças.

E... na população indígena?

Esta informação refere-se à população geral brasileira. Em relação à população indígena, a realidade da situação é desconhecida, seja por questões culturais ou por falta de diagnóstico.

Considerando que o desenvolvimento infantil é um processo que se inicia na vida intra-uterina e é influenciado por uma série de condições biológicas, ambientais, envolvendo vários aspectos como o crescimento físico, maturação neurofisiológica, construção de habilidades relacionadas aos aspectos sociais, afetivos e comportamentais, ao se discutir a saúde da criança indígena, a responsabilidade aumenta muito mais.

É fundamental definir o papel do médico na prevenção e detecção precoce dos distúrbios do desenvolvimento e na assistência à saúde das crianças indígenas. É necessário também considerar o aspecto socio-cultural desta população no seu contexto de vida onde a criança deve se tornar um adulto competente para responder às suas necessidades e de sua família.

É preciso reconhecer que a infância nestas sociedades enfoca um mundo relativamente autônomo, que tem validade por si, nas experiências, nas vivências da criança e em suas formulações sobre o mundo em que vive.

É vista como agente e não como sujeito incompleto que aprende por imitação mas definida por um instinto social que faz com que, antes de chegar à puberdade, aprenda todas essas habilidades brincando, tornando-se, gradativamente, um ser social pleno, independente e capaz de sobrevivência.



E os fatores de risco?

Atualmente os indígenas vivem em situação de pobreza e de exclusão social, impedidos de exercerem seus direitos civis e políticos para determinarem o seu próprio destino.

A imposição de transformações demográficas e socio-culturais tem um impacto extremamente negativo sobre o modo de viver dessa população e, aumentando os fatores de riscos para adquirirem déficits de desenvolvimento e malformações, tais como, o alcoolismo, a prostituição, as DST-Aids, a obesidade, a desnutrição, o diabetes, a hipertensão arterial, a falta de saneamento básico, a utilização de agrotóxicos, o uso de drogas, a violência, o estresse, o contato com animais domésticos, entre outros.

Fatores de risco: uma série de condições biológicas ou ambientais são necessárias para impedir o pleno desenvolvimento neuropsicomotor da criança. Em muitas situações há superposição de fatores biológicos e ambientais acarretando uma maior probabilidade de ocorrer danos para o desenvolvimento.

Pode-se considerar:

Biológicos – eventos pré-natais, perinatais e pós-natais;

Estabelecidos – síndromes genéticas e cromossomiais, erros inatos do metabolismo e malformações congênitas;

Ambientais – experiências em relação à qualidade de vida, como à saúde, educação, condição socioeconômica, ambiente familiar, acidentes e violência.

Quais as causas de deficiências ou malformações?

a) durante a gestação

Genéticas Síndrome de <i>DOWN</i> e outras. Problemas visuais e auditivos familiares. Outras malformações hereditárias ligadas ao cromossomo. Erros inatos do metabolismo. Doenças degenerativas. Infecciosas - rubéola; - sífilis; - toxoplasmose; - citomegalovírus; - herpes genital; - varicela; - HIV.	Mecânicas quedas. traumatismos. tentativas de aborto. Físicas Raio X > 10rads. Radioterapia. Tóxicas medicamentos. drogas teratogênicas álcool. cigarro.	Hábitos alimentares má alimentação. desnutrição. anemia. deficiência ácido fólico. higiene deficiente. Outras hipertensão. doenças cardíacos. diabetes. incompatibilidade sanguínea. idade. fenilcetonúria materna. consanguinidade.
--	--	---

b) no nascimento

Partos prematuros/sangramentos; Traumas cranianos, musculares ou ósseos; Lesões nervosas; Tocotraumatismo; Oxigenioterapia não controlada (cegueira); Medicamentos (surdez).	Anóxia perinatal; Prematuridade; Dificuldade respiratória; Icterícia / <i>kernicterus</i> ; Distúrbios metabólicos.
---	---

c) depois do nascimento

Mecânicas Acidentes; Quedas; Traumatismos. Agressões físicas, maus-tratos Afogamentos; Fogo, soda; Instrumentos ponteagudos e cortantes; Armas brancas e de fogo; Produtos de limpeza; Inseticidas; Agrotóxicos; Alimentos contaminados.	Infecciosas Infecção hospitalar; Meningite; Sarampo; Poliomielite; Caxumba; Tuberculose; Febre reumática. Físicas Negligência; Abuso sexual; Maus-tratos.
--	--

d) agentes teratogênicos e efeitos sobre o feto

*Teratógenos	Efeitos
Álcool	Síndrome fetal alcoólica microcefalia cardiopatia congênita.
Hidantoína	Retardo de crescimento pré e pós-natal, unhas e falanges distais hipoplásticas, face peculiar, fenda labial e/ou palatina.
Trimetadiona	Retardo de crescimento pré e pós-natal, face peculiar, malformações cardíacas e renais.
Acido Valpróico	Defeitos de fechamento do tubo neural (meningomielocelo), malformações cardíacas.
Metrotexate	Displasias cranianas, orelhas de implantação baixa, defeitos de membros (mesomeleia, hipodactilia).
Rubéola	Surdez, catarata, cardiopatia, microcefalia, retardo de crescimento.

*Teratógenos	Efeitos
Citomegalovírus	Retardo de crescimento, hidrocefalia, microcefalia, calcificações intracranianas.
Diabetes materna	Macrossomia; malformações cardíacas, esqueléticas, renais, gastrointestinais do sistema nervoso central.
Fenilcetonúria materna	Microcefalia, retardo do crescimento, cardiopatia.

Por quê a prevenção?

Cerca de 70% das deficiências podem ser evitadas com acompanhamento apropriado durante a gestação, o parto e após o nascimento com medidas simples e baratas.

A prevenção das deficiências físicas e mentais deve ser uma preocupação de toda comunidade desde antes da concepção do feto, durante a gravidez, durante o parto, pós-parto imediato e ao longo de toda a vida.

O nascimento de uma criança deficiente ou que sofre de lesões irreversíveis por doenças infecto-contagiosas, desnutrição, traumas, acidentes, violência doméstica, não é consequência do acaso ou uma “fatalidade do destino”.

É necessário interferir na detecção precoce dos fatores de risco para alterações de déficit de desenvolvimento, pois uma vez instaladas esta criança sofrera o descaso, o abandono e as consequências próprias e as impostas pelos valores culturais de cada povo.

Uma vez que a resposta dos indígenas a este tipo de doença é a ação e não a análise da situação, não podendo justificar ou explicar a ação, a prevenção (principalmente primária e secundária), é de extrema importância.

Quando a lesão ou seqüela já estiver instalada, a habilitação ou reabilitação inexistente ou poderá ser pouco aceita nestas comunidades.

Como realizar a prevenção?

“Das patologias graves, quando instaladas, a suspeita é evidente”.

Sábio e protetor é o olhar de quem enxerga detalhes, procura conhecimento e é capaz de encontrar, a tempo, soluções”.

3.5.1. LPM- PR

A prevenção vai além de um estilo de vida saudável, caminha na busca de um bem estar global, individual e coletivo. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não um objetivo para viver enfatizando os recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas.

3.5.2. O papel do médico

O compromisso da equipe de saúde dos Serviços de Atenção Básica nas terras indígenas e da rede referências deve ser intensificado para superar as dificuldades e operacionalizar um atendimento adequado às necessidades de cada caso em conformidade com a concepção de cada povo.

O médico tem um grande desafio a enfrentar não só devido às limitações impostas pelas diferenças culturais indígenas como também pelas dificuldades técnicas de assistência adequada e de acompanhamento no pré-natal, parto e ao recém-nascido.

A assistência pré-natal adequada, propicia a identificação da gestação de risco contribuindo para a prevenção de seqüelas.

O atendimento da criança deverá ser integral e multidisciplinar onde, a consulta de puericultura, deve ser realizada por profissionais capacitados. O exame físico e neurológico, a avaliação sensorial, principalmente, audição e visão, e avaliação das habilidades compõem o importante papel do médico habilitado no processo de diagnóstico e detecção precoce dos problemas do desenvolvimento. Parte indispensável e fundamental de toda consulta é o conhecimento social, dados sobre a família, gestação, fatores de risco desde a concepção.

Na literatura existem inúmeras escalas de desenvolvimento que tem valor no processo de avaliação sistematizada nos primeiros anos de vida, porém é necessário ter um conhecimento mais profundo em relação ao desenvolvimento infantil indígena, uma vez que estas crianças estão inseridas numa sociedade diferenciada com particularidades distintas. O empenho do médico neste sentido garantirá o sucesso do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil desta população diferenciada.

Muitas patologias que seriam tratáveis sem deixar seqüelas, ou outras nas quais o acompanhamento precoce e adequado permitiria uma boa qualidade de vida, deixam de ser diagnosticadas, em tempo hábil para tratamento. E, quando estas crianças chegam aos serviços de saúde, o atraso de desenvolvimento já está instalado com suas conseqüências.

3.5.3. O papel da equipe multidisciplinar

A prevenção exige uma ação abrangente de educação preventiva, que extrapola o setor saúde como único responsável. Faz-se necessária uma ação interdisciplinar e intersetorial, envolvendo os vários setores do poder público, as organizações não-governamentais, a iniciativa privada, os pajés, líderes comunitários, agentes indígenas de saúde, que devem trabalhar de forma integrada, sincronizada e planejada, possibilitando realizar diagnósticos e intervenções adequadas, dentro do contexto histórico-social da comunidade em que estejam atuando, respeitando as culturas, crenças, espiritualidade e misticismo dos povos.

É preciso resgatar a responsabilidade dos diferentes setores do poder público para que as medidas sejam implementadas, além da atenção especial às atividades de capacitação e atualização dos profissionais de saúde com o estímulo ao trabalho em equipe e à formação de vínculos que favoreçam os envolvidos.

3.5.4. O papel da comunidade

Cabe salientar que, nesta estratégia, é fundamental a participação da comunidade em todas as etapas do trabalho, ou seja, este deve ser realizado **com a população e não para a população**, possibilitando o fortalecimento de sua autonomia, resgatando-se valores de consciência social, solidariedade e fraternidade, porém sem missionarismo, autoritarismo ou paternalismo.

Várias estratégias têm sido utilizadas, para se implantar políticas de prevenção de deficiências.

Uma importante estratégia que tem sido adotada por várias entidades que atendem aos portadores de deficiências são as campanhas em formas de cartilhas, oficinas, cartazes com o seguinte conteúdo:

Veja como, com alguns cuidados, você pode evitar a deficiência:

a) antes da gravidez:

- vacine-se contra rubéola e tétano neonatal;
- evite casamentos consangüíneos (entre parentes);
- realize exames de rotina (grupo sangüíneo, fator RH, sífilis, toxoplasmose e HIV);
- evite a gravidez em idade muito avançada;
- procure aconselhamento genético se tiver algum caso de deficiência ou malformações na família;
- tome ácido fólico ou alimente-se adequadamente;

b) durante a gravidez:

- consulte mensalmente um médico obstetra;
- faça controle: sangue (hemograma, fator RH, sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalo, vírus, diabetes), urina, fezes;
- só tome remédios que o médico lhe receitar;
- exija e cuide de sua carteira de gestante, ela vai ser muito útil na hora do nascimento de seu filho;
- se você tem algum problema como: pressão alta, diabetes, coração ou infecções, procure um médico;
- faça uma alimentação saudável. Coma sempre carnes, ovos, frutas e verduras;
- evite carnes cruas ou mal passadas;
- evite contatos com animais, sobretudo gatos (toxoplasmose);
- não acredite quando lhe disserem que o álcool e o fumo não fazem mal;

c) ao nascimento:

- tenha seu filho amparado em sua comunidade, em caso de gestação sem risco, ou em ambiente hospitalar, em caso de gestação de risco;
- exija a presença do pediatra na sala de parto para prevenir seqüelas graves do trauma de parto, se tiver qualquer suspeita de que não poderá ter parto natural;
- amamente o seu filho o quanto antes, se possível já na sala de parto; e
- toda mãe vai ter leite para seu filho. É um leite forte, sempre fresco e quentinho o que vai defender o bebê de muitas doenças. Amamentar é um ato de amor;

d) depois do nascimento:

- procure pediatra mensalmente durante os dois primeiros anos de vida;
- acompanhe o desenvolvimento de seu filho por meio cartão da criança;
- siga rigorosamente o calendário de vacinação;
- faça o teste do pezinho entre o sétimo dia e o segundo mês de vida;
- higiene corporal e oral é muito importante;
- dê alimentação saudável ao seu filho;
- procure orientação do pediatra;
- não espere que as doenças aconteçam. Evite-as;
- não dê remédios a seu filho sem orientação médica;
- evite acidentes, quedas, traumatismos. Siga orientação da campanha de Prevenção de Acidentes e Violências da Sociedade Brasileira de Pediatria;
- seu filho deve ficar longe do fogo, remédios, produtos tóxicos; e
- não consuma bebidas alcoólicas.

3.5.5. Cuidados com a vida saudável (fique por dentro... previna!)

- a) pré-natal, parto normal;
- b) aleitamento materno, vacinações;
- c) teste do pezinho;
- d) controle das doenças;
- e) controle do desenvolvimento;
- f) prevenção de acidentes e violências.

3.5.6. Conclusão

Uma série de pré-requisitos é necessária para a conquista da saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Apesar da falta de referências a incidência de deficiências na população indígena, provavelmente seja maior do que a estimada.

Conhecer e obter maior número de dados relacionados a possíveis fatores de risco desde a concepção até o início das aquisições das habilidades características da criança indígena inserida na sua comunidade, além da pesquisa detalhada de incidência de mal-formações ou doenças genéticas é fundamental para detecção precoce dos problemas de desenvolvimento. A comunidade deve atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de bem-estar físico, mental e social, as pessoas e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.

Acreditamos que o compromisso da equipe de saúde, por meio da pesquisa e avaliações de forma interdisciplinar e intersetorial, que atende à população indígena deverá ser imprescindível para se obter maiores informações sobre o desenvolvimento infantil, as seqüelas e lesões que as crianças indígenas estão sujeitas. A intervenção precoce e de forma adequada, certamente, contribuirá para minimizar o que não poderá ser evitado, estimulando o processo de inserção da criança em seu meio social.

Prevenir as condutas de risco em todas as oportunidades educativas, analisar de forma crítica e reflexiva os valores, as condutas, os estilos e as culturas, fortalecendo os vínculos com uma participação da família e se possível das comunidades nas tomadas de decisão, colaborará na promoção da saúde e construção da cidadania e elaboração de políticas públicas saudáveis garantindo maior equidade, qualidade de vida e saúde para as crianças indígenas brasileiras e seus familiares.

3.6. Saúde bucal

Maria Egláucia Maia Brandão

3.6.1. Princípios para a promoção de saúde bucal em populações indígenas

“A saúde bucal é parte integrante e inseparável da saúde geral do indivíduo e portanto está também diretamente relacionada às condições de alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, transporte, lazer, liberdade, acesso e posse da terra, acesso aos serviços de saúde e à informação”.

De acordo com os princípios do SUS, os programas de saúde devem contemplar práticas de saúde bucal, com ações necessárias à promoção, recuperação e preservação da saúde, onde não apenas os profissionais da área, mas também outros sujeitos sociais desenvolvam um trabalho conjunto. Portanto, a equipe de saúde deve desenvolver ações integradas, sabendo que as doenças bucais não se originam e nem se desenvolvem somente

no interior da cavidade oral, mas acontecem num processo dinâmico e estreitamente relacionado ao nosso modo de vida, o qual está condicionado por fatores socioeconômico-culturais, que interferem na saúde do indivíduo e da população.

Vitor Gomes Pinto, recomenda que “o trabalho odontológico junto às comunidades indígenas deva basear-se em quatro princípios:

- a) respeito às tradições e aos costumes tribais;
- b) não interferência na vida da aldeia, com implantação de serviços curativos e hábitos da odontologia ortodoxa somente quanto justificado do ponto de vista epidemiológico, ou seja, pela constatação do deterioramento dental conseqüente ao contato com outras culturas;
- c) ênfase na educação do pessoal encarregado de contatar as populações indígenas pertencentes a instituições governamentais, religiosas, etc., visando a não introdução de hábitos alimentares prejudiciais à saúde bucal, especialmente o consumo de açúcar;
- d) utilização de mão-de-obra não indígena apenas em último caso, quando for inviável o aproveitamento de elementos da própria tribo”.

Em consideração a estes princípios, torna-se necessário conhecer a realidade de cada comunidade e identificar estes fatores que modificaram a maneira de viver, de produzir e de se relacionar entre os homens gerando doenças, e, a partir daí, construir junto com esta comunidade um caminho para melhorar a saúde.

É um caminho que passa pela educação (incluindo a nossa), as ciências do comportamento, sociologia, antropologia, bem como o envolvimento de outros setores além do setor saúde. Este é o grande desafio do trabalho das equipes de saúde junto aos povos indígenas, que constroem este caminho à medida que buscam solução dos problemas mais prevalentes e emergentes, tendo em vista a sua prevenção. A troca de conhecimento, o respeito à cultura, aos valores e saberes indígenas são imprescindíveis para que os objetivos sejam alcançados.

3.6.2. Revisão do modelo de atenção em saúde bucal

Tradicionalmente, o modelo de trabalho na Odontologia no Brasil e no mundo, quer no serviço público ou privado, sempre foi centrado na figura do Dentista, desenvolvendo ações curativas, em pessoas que chegavam ao consultório, tratando assim individualmente as doenças bucais da população. Com este modelo, não houve mudança no quadro epidemiológico das doenças bucais, e, pelo contrário, as necessidades de tratamento somente aumentavam, tanto na minoria privilegiada que tinha acesso aos serviços como também no restante da população.

Os novos conhecimentos sobre a etiologia e patogenia das doenças bucais mais prevalentes, baseados neste conceito dinâmico do processo saúde e doença, apontam para alterações estratégicas deste modelo, respaldando as ações que dão suporte à utilização de métodos preventivos, de diagnóstico, de tratamento específico e de controle dessas doenças.

As ações em saúde bucal deixaram de ser centradas na figura do Dentista, e passaram a ser desenvolvidas pela equipe de saúde bucal integrando outros elementos à equipe de saúde: Atendente de Consultório Dentário (ACD) e Técnico de Higiene Dental (THD) e Agente Indígena de Saúde (AIS).

Quais são as principais doenças bucais entre as crianças brasileiras e crianças indígenas?

Ainda são a cárie dentária e a doença periodontal.

O que vem a ser a cárie dentária?

“A cárie dentária tem afetado a humanidade desde a sua pré-história. Em diferentes culturas e em diferentes épocas, o homem tem exibido grande variação na suscetibilidade à doença”. Hoje sabemos que a lesão de cárie (a cavidade) é a manifestação clínica de uma infecção bacteriana decorrente de perdas contínuas de minerais do tecido dental, pela ação de ácidos produzidos pelos microorganismos da placa dental.

Desmineralização e remineralização ocorrem num processo dinâmico e na maioria das vezes lento, havendo fatores que interferem, promovendo o controle da doença e sua reversão, ou então a sua progressão e cavitação tornando-a então, irreversível. Desta forma o controle da doença cárie deve ser iniciado antes da sua manifestação clínica, isto é, antes do aparecimento da lesão.

Como tem evoluído a prevalência de cáries dentárias no Brasil?

Apesar de ainda observarmos prevalência elevada desta doença, levantamentos epidemiológicos realizados pelo Ministério da Saúde, em escolares em 1986 e em 1996, o CPO-D** passou de 6,67 para 3,06, respectivamente, com uma redução de 54%, na faixa dos 12 anos. Há que se considerar que esta redução não é uniforme, pois existem regiões onde a prevalência ainda é muito elevada. Com relação ao índice da dentição decídua **ceo** (zero a seis anos), poucos são os dados epidemiológicos disponíveis.

Esta redução no índice de ataque da cárie dentária na população infantil atribui-se provavelmente à somatória de vários fatores, como:

- a eficácia da fluoretação da água de abastecimento público em várias cidades brasileiras;
- a inclusão de flúor na maioria dos dentifrícios comercializados no país;
- o resultado da ênfase nas ações preventivas e educativas desenvolvidas por meio dos programas de saúde pública assumidos pelos estados e municípios e entidades não-oficiais, abordando o autocuidado e o uso racional do açúcar.

E qual a magnitude da doença em populações indígenas?

A interação com a sociedade urbana promoveu alterações dos seus hábitos alimentares, mas não levou os benefícios de medidas preventivas contra as cáries dentárias. Em 1993, o Sesi conseguiu pela primeira vez reunir dados de 18 estados, onde constatou-se que os índices da doença cárie são muito severos, sem diferenças representativas entre os estados. Em uma experiência com os guaranis no município de São Paulo, pudemos observar a existência de grupo de polarização (com alta suscetibilidade) onde poucos indivíduos concentram a maioria das doenças e das necessidades de tratamento, principalmente na dentição decídua. Alguns trabalhos em comunidades indígenas apontam para um aumento da incidência da cárie dentária na maioria das populações, principalmente nas faixas etárias menores, afetando portanto, a dentição decídua. Há unanimidade em atribuir este incremento à mudanças nos hábitos alimentares (introdução de açúcar e outros alimentos industrializados), relacionados a alterações socioeconômicas e ambientais, e a falta de programas preventivos.

Quais são os fatores que predisõem ao aparecimento da cárie dentária?

- a elevada produção de açúcar;
- o condicionamento cultural do alto consumo de carboidratos. No Brasil, a ingestão de açúcar é em torno de 51,1kg/ano/pessoa (a média mundial que é de aproximadamente 18,6kg/ano/pessoa);
- má higiene dentária.

Quais são as metas relativas à prevalência da cárie dentária, em diferentes idades, nos anos 2000 e 2010?

Idade	5 a 6 anos	12 anos	18 anos	35-44 anos	65-74 anos
Metas 2000 ¹	50% sem cárie	CPO-D = ou < a 3	85% c/ todos os dentes	75% c/20 ou + dentes presentes	50% c/20 ou + dentes presentes
Metas 2010 ²	90% sem cárie	CPO-D = ou < a 1	100% c/ todos os dentes	90% c/20 ou + dentes ou até 2% de desdentados	Até 5% de desdentados

Fonte: (1) *Fédération Dentaire Internationale. Global goals for oral health in the year 2000. Int Dent J*, 32 (1): 74-7, 1982;
(2) 4º Congresso Mundial de Odontologia Preventiva – Umea, Suécia, 3-5 set., 1993.

** Índice que mede a prevalência de cárie - CPO-D, para a dentição permanente e ceo-d para dentição decídua, onde:

D ou d = relativo ao dente

C ou c = nº de dentes cariados – história atual da doença

P ou e = nº de dentes perdidos por cárie – história passada da doença

O ou o = nº de dentes obturados (restaurados) – história passada da doença.

O que se entende por doenças periodontais?

São doenças infecciosas em que os diferentes estágios da formação da placa bacteriana nos dentes (inflamação da gengiva marginal, tártaro, perda óssea, mobilidade dental) podem comprometer os tecidos moles adjacentes. Alguns estudos nas populações indígenas revelam que, apesar da presença da placa bacteriana, esta população não apresenta estágios avançados da doença, tendo sua manifestação restrita à inflamação da gengiva – a gengivite.

Quais crianças estão mais expostas ao risco destas doenças bucais?

São mais expostas ao risco de cáries e doenças periodontais as crianças que:

- foram precocemente desmamadas;
- tiveram introdução precoce e/ou manutenção do consumo de sacarose quer no leite, em chás, sucos, xaropes, sejam fornecidos em mamadeiras ou não, doces e outras guloseimas;
- não receberam educação em saúde bucal com relação à higiene oral, após a introdução de carboidratos na dieta;
- não tiveram contato com flúor (sistêmico ou tópico), após a alteração de sua dieta;
- como a saúde bucal está associada à saúde geral, todos os agravos à saúde da criança podem comprometer a saúde bucal, como é o caso da desnutrição, infecções das vias aéreas superiores, doenças infecciosas e diarreia, resultando internações hospitalares frequentes, como fatores modificadores também aos agravos das doenças bucais.

Quais medidas podem contribuir para a promoção da saúde bucal?

Após se fazer o diagnóstico dos fatores de riscos do indivíduo ou da comunidade, com informações consideráveis sobre o indivíduo, seus antecedentes familiares, valores sociais e culturais, crenças, percepções e aspirações, poderemos elaborar formas de se trabalhar a prevenção, onde a participação das lideranças, dos responsáveis, principalmente da mãe e da própria criança são primordiais. Tornar o paciente conhecedor dos riscos e motivá-lo a ser co-responsável pela sua saúde e de sua família ou comunidade, refletindo conjuntamente sobre os assuntos abaixo, e envolvendo todas as faixas etárias.

- aleitamento materno. Este é o primeiro passo para a prevenção das doenças bucais, promovendo o desenvolvimento orofacial (neuromuscular), o crescimento ósseo, o estabelecimento da respiração nasal, o equilíbrio emocional garantindo assim os primeiros cuidados com a saúde bucal e geral da criança;
- identificar e discutir os hábitos que interferem no desenvolvimento saudável da criança, como mamadeira e chupeta, e a perda do hábito tradicional de transportar a criança, favorecendo assim, a respiração bucal;

- a manutenção de hábitos alimentares tradicionais(frutos da terra, pesca e caça) e, na sua impossibilidade, buscar juntos, alternativas menos deletérias;
- estimular o consumo de alimentos naturais evidenciando a sua superioridade em relação aos alimentos artificiais, em termos nutricionais e na prevenção de doenças (ainda que aquele necessite de mais “trabalho” no que se refere ao seu acesso e preparo);
- orientar cuidados no consumo dos alimentos açucarados (açúcar refinado): Quanto mais tardia for a sua introdução, menor será o risco às doenças (cárie, obesidade);
- oferecê-lo após as refeições, como sobremesa, como afeto ou prêmio. Quanto maior a frequência de ingestão, haverá a diminuição do apetite para uma alimentação mais equilibrada, ocorrendo até a sua substituição, com conseqüências não somente para as doenças bucais.

Quais são as principais orientações sobre higiene bucal?

Higiene bucal

A placa bacteriana é um fator determinante das doenças periodontais, e a presença de carboidratos na sua composição favorecem o surgimento da doença cárie. Portanto, uma vez diagnosticadas alterações na dieta, recomenda-se remoção ou desorganização utilizando diferentes meios:

- mastigação de alimentos fibrosos – *in natura*;
 - pesquisa de instrumentos utilizados na própria cultura: cinza, areia, juá, folhas de goiabeira, etc.;
 - uso da escova dental – creme dental, fio dental, com orientação prévia.
- a) crianças menores de um ano que tiveram a introdução da sacarose, na dieta, nas suas diferentes formas (no leite, sucos naturais e artificiais, chás, refrigerantes, achocolatados, balas, doces, pirulitos, bolachas, biscoitos e outras guloseimas).
- Limpeza de todas as faces de todos os dentes com pano limpo umedecido com água limpa, principalmente antes de dormir;
- b) crianças acima de um ano (erupção do primeiro molar decíduo) e que tiveram a introdução do uso da sacarose na dieta.

Limpeza de todas as faces de todos os dentes (todas as faces) com pano limpo umedecido em água limpa e iniciar o uso da escova dental macia e pequena, principalmente antes de dormir.

O uso do creme dental (pasta) deve ser introduzido com muito critério pois os sabores adocicados estimulam a sua deglutição, trazendo efeitos indesejáveis devido aos seus ingredientes (flúor, saponáceo).

Recomenda-se somente “sujar” a escova com o creme dental nas crianças menores de quatro anos pois ainda não têm o controle da deglutição, diminuindo-se assim a ocorrência dos efeitos indesejáveis de sua deglutição;

c) crianças de quatro a sete anos (com controle da deglutição)

Limpeza de todas as faces de todos os dentes com escova pequena e macia, principalmente antes de dormir.

Nesta faixa etária a criança não tem a coordenação motora desenvolvida. Portanto deve ser estimulado o acompanhamento da escovação pelos pais ou por responsáveis, garantindo a limpeza das regiões onde há maior dificuldade de acesso.

A quantidade de creme dental recomendada é semelhante a uma ervilha (associá-la com o tamanho de alguma semente da região).

A observância desta quantidade é importante e deve ficar sob a responsabilidade dos pais ou responsável mais velho, pois este medicamento não deve ficar ao alcance da criança. Na faixa dos seis anos, observar a erupção dos primeiros molares permanentes (em número de quatro). Até que estes dentes completem a sua erupção, eles ficam localizados num nível inferior da linha de oclusão dos demais dentes, portanto para que seja garantida a sua higiene, a introdução da escova deve ser feita próximo à comissura labial (sentido vestibulo-lingual);

d) crianças acima de oito anos e adultos

Limpeza de todas as faces de todos os dentes com escova pequena e macia, principalmente antes de dormir.

Importante: A saliva é um fator de proteção da saúde bucal, no que se refere ao seu fluxo e a sua capacidade tampão (neutralização dos ácidos). Durante o sono, há diminuição significativa do fluxo salivar. O uso por período prolongado do açúcar presente tanto no leite, nos chás ou na medicação, são fatores que aumentam o risco de cárie, principalmente nas crianças que já têm a sua saúde geral comprometida. É importante lembrar que determinadas doenças ou medicações podem causar secura da boca, expondo ao aumento do risco de cárie.

Quais são as principais formas de utilização do flúor?

O flúor está presente em muitos alimentos, principalmente no peixe, na mandioca e nas folhas verdes utilizadas em chás. Está comprovado o seu efeito nas diferentes formas, e vem sendo utilizado nos sistemas de prevenção em saúde bucal.

Métodos utilizados:

a) sistêmico: baixa concentração e alta frequência (água de abastecimento);

b) tópico:

- baixa concentração e alta frequência (bochechos e dentifrício);
- alta concentração e baixa frequência – aplicação profissional;
- o uso do flúor sistêmico disponível pela fluoretação das águas de abastecimento, é o método de eleição para a prevenção da cárie, onde o fator importante é a

sua presença constante na cavidade bucal, na saliva e fluidos gengivais. Para a maioria das populações indígenas, este benefício não está disponível, mas atribui-se o declínio da prevalência de cáries nas últimas décadas à larga utilização de cremes dentais fluoretados.

Os métodos tópicos de alta ou baixa concentração poderão ser recomendados pelos serviços, baseados nos critérios de risco de cárie individual e/ou da população.

Importante: A suplementação de flúor durante o pré-natal não é recomendada pois as áreas suscetíveis à cárie nos dentes do bebê somente se calcificam após o nascimento. Onde houver fluoretação das águas de abastecimento, a indicação de outro método sistêmico está contra-indicado. É importante também a observação da prescrição de alguns medicamentos (suplementos vitamínicos) que contenham flúor na sua composição.

Como orientar uma família quanto ao tratamento destas doenças?

A socialização de informações* à população a respeito de:

- seus problemas de saúde;
- fatores de risco às doenças bucais;
- desenvolvimento dessas doenças;
- formas de controle sobre a sua própria saúde bucal;
- hábitos que interferem na sua saúde.

Neste sentido, é importante a participação dos mais velhos com o relato dos seus hábitos de alimentação na infância, comparando com os atuais praticados pelos filhos e netos ou por eles mesmos. Esta reflexão coletiva é muito rica e eficaz, onde pode haver a conscientização das perdas de saúde como, por exemplo, a introdução muitas vezes desnecessária de hábitos deletérios (mamadeiras e chupetas), e de alimentos industrializados na sua dieta (principalmente açúcar e farinhas refinados, refrigerantes, etc).

Há que se considerar, para alguns povos, a proximidade com a região urbana e também a perda do seu potencial para extrair meios para sua sobrevivência. (pesca, caça, plantação, água de qualidade, etc.), onde a única fonte de alimentação é o que o “não índio” faz doação, troca ou vende.

Muito temos ainda que conhecer sobre estas populações e suas diferentes características regionais e com certeza há profissionais de saúde que acrescentarão muito com suas experiências com outros povos, o que faz com que este texto não esgote o assunto Saúde Bucal nas crianças indígenas.

* Despertando o seu interesse levando em consideração suas crenças, sentimentos, expectativas e suas experiências.

3.7. Vigilância da situação vacinal

Renato Minoru Yamamoto

Maria das Graças Serafim

Qual é a importância das vacinas para a saúde das crianças?

As vacinas, também denominadas de imunização ativa, estimulam o sistema imunológico a desenvolver anticorpos contra as principais doenças infecciosas relacionadas a mortes, seqüelas, internações e outros eventos graves, particularmente em menores de cinco anos de idade. Assim, as vacinas colaboram para reduzir a incidência de mortes e de internações por doenças imunopreveníveis.

Como são elaboradas as vacinas?

As vacinas contra doenças causadas por bactérias são elaboradas a partir de bactérias atenuadas (BCG – contratuberculose), bacilos mortos (contracoqueluche), toxinas elaboradas pelas bactérias (contratetânica e contradiftérica) ou fragmentos protéicos associados a polissacarídeos constituintes de parede bacteriana (contra-hemófilos e influenza tipo b).

As vacinas contra vírus são elaboradas com vírus atenuados (contra pólio, sarampo, rubéola, caxumba, febre amarela, varicela) ou proteínas virais (contra-hepatite B).

Quais são as contra-indicações gerais para a aplicação de vacinas?

São em número bem reduzido, assim caracterizadas:

- doença moderada ou grave. Neste caso, a vacinação é adiada para que seja possível acompanhar a evolução da doença aguda sem a possibilidade de confundir os sinais e sintomas com eventuais efeitos adversos das vacinas. Quadros gripais, diarreia sem desidratação, crise de broncoespasmo, conjuntivite e outras situações comuns no atendimento de crianças não devem ser consideradas contra-indicações para vacinar uma criança;
- reações de hipersensibilidade. Neste caso, somente as reações anafiláticas (edema, broncoespasmo, urticária ou choque), felizmente raras, devem ser consideradas contra-indicações.

Que vacinas não devem ser aplicadas em caso de imunodeficiências congênitas ou adquiridas?

As vacinas fabricadas com vírus atenuados (poliomielite, sarampo, rubéola, caxumba, febre amarela, varicela) ou bactérias atenuadas (BCG).

Quais são as contra-indicações específicas para cada vacina?

Deve-se novamente lembrar que, mesmo se consideradas como um todo, estas situações são habitualmente pouco freqüentes.

- a) BCG: adiar se a criança pesar menos de dois quilos ou se tiver lesões dermatológicas extensas no local da aplicação da vacina;
- b) DPT: as contra-indicações se referem ao componente coqueluche.

- > 6 anos;
- distúrbios neurológicos de instalação recente;
- reações neurológicas prévias, após a aplicação anterior desta vacina (convulsão, encefalopatia).

Providências: aplicar a vacina dupla infantil ou dupla adulto, dependendo da idade da criança;

- c) contrapoliomielite: como a vacina contém pequenas quantidades de neomicina, bacitracina e estreptomicina, a vacina é contra-indicada para as crianças com história de reação anafilática a estes antibióticos;

- d) sarampo, caxumba e rubéola:

- uso recente de imunoglobulina, sangue total ou outros derivados. Solução: adiar a vacinação por três meses;
- reação de caráter anafilático à proteína do ovo ou à neomicina, substâncias presentes por ocasião do cultivo dos vírus atenuados utilizados na fabricação destas vacinas;

- e) hepatite B: somente as contra-indicações gerais;

- f) hemófilos: somente as contra-indicações gerais;

- g) febre amarela: crianças menores de seis meses de idade;

- h) influenza;

- i) varicela;

- j) pneumococo.

3.7.1. Esquema básico de vacinação para povos indígenas – Brasil, ano 2004

Produto vacinal	Idade	Doses	Esquema	Doenças evitadas	Observações
BCG-ID*	todos sem cicatriz vacinal	uma dose	ao nascer	formas graves da tuberculose	Estas vacinas devem ser aplicadas o mais precocemente possível, logo após o nascimento.
Vacina contra-hepatite B*	todos ainda não vacinados	três doses	0-1m-6m	hepatite B	
Vacina oral contra poliomielite	menores de 5 anos de idade	três doses + uma de reforço	2m-4m-6m-15m	poliomielite ou paralisia infantil	Em caso de atraso no esquema vacinal, o intervalo ideal entre as doses é de 60 dias. Quando estritamente necessário, considerar um mínimo de 30 dias. Priorizar o uso da Tetravalente para os menores de um ano de idade, ficando a DTP para as crianças de um a seis anos, que não foram vacinadas com Tetravalente, e reforços.
Vacina tríplice bacteriana (DTP)	menores de 7 anos de idade	três doses + uma de reforço	2m-4m-6m-15m	difteria, tétano e coqueluche	
Vacina contra- <i>Haemophilus influenzae</i> b	menores de 1 ano de idade	três doses	2m-4m-6m	meningites e outras infecções pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Em caso de atraso no esquema vacinal, o intervalo ideal entre as doses é de 60 dias. Priorizar o uso da Tetravalente para os menores de um ano de idade. Caso a criança chegue aos 12 meses de idade sem receber as três doses, administrar uma única dose, o mais precoce possível.
Vacina tetravalente (DTP+Hib)	1 a 4 anos de idade	uma dose	-----		
	menores de 1 ano de idade	três doses	2m-4m-6m	difteria, tétano, coqueluche, meningites e outras infecções pelo <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b	Esta vacina substitui a DTP e Hib, devendo ser utilizada apenas pelas crianças menores de um ano de idade (iniciando ou completando esquema). Estas, receberão aos 15 meses uma dose de reforço com DTP.

Produto vacinal	Idade	Doses	Esquema	Doenças evitadas	Observações
Vacina contra febre amarela ¹	a partir de 9 meses de idade	uma dose	reforço a cada 10 anos	febre amarela	Toda a população, a partir dos nove meses de idade. Em caso de surtos, antecipar para os seis meses de idade.
Vacina tríplice viral (SCR)*	de 1 a 11 anos	uma dose	-----	sarampo, caxumba e rubéola	Caso haja disponibilidade da Tríplice Viral no Estado, estender para toda a população. Não sendo possível, priorizar o uso da Tríplice Viral para os menores de 12 anos e a dupla viral para a população a partir dos 12 anos.
Vacina dupla viral*	a partir de 12 anos de idade	uma dose	-----	sarampo e rubéola	
Vacina dupla bacteriana tipo adulto (dT)*	a partir de 7 anos	três doses	reforço a cada 10 anos	difteria e tétano	A vacina substitui a DTP a partir dos sete anos de idade, servindo para complementação de esquema contra difteria e tétano e para as doses de reforço, indicadas a cada 10 anos após a última dose do esquema básico. A dose de reforço deve ser antecipada para cinco anos, em caso de ferimento grave ou gravidez. Varia conforme laboratório produtor.
Vacina contra influenza*	a partir de 6 meses de idade, toda a população	uma dose	dose única a cada ano	influenza ou gripe	Crianças de seis meses a oito anos de idade receberão duas doses caso estejam sendo vacinadas pela primeira vez. Nos anos subsequentes receberão apenas uma dose de 0,25ml ou 0,5ml de acordo com a faixa correspondente (seis meses a dois anos = 0,25ml e três a oito anos = 0,5ml).

Produto vacinal	Idade	Doses	Esquema	Doenças evitadas	Observações
Vacina contra-pneumococos*	a partir de 2 anos de idade, toda a população	uma dose	-----	pneumonias e outras infecções causadas pelo pneumococo	
Vacina contra-varicela*	a partir de 1 ano de idade, toda a população		-----	varicela ou catapora	

Nota: * Estas vacinas têm indicações diferenciadas com relação às faixas etárias do esquema básico para a população não indígena.

Vacina contra varicela: foi recomendada para integrar o esquema de vacinação devido as constantes epidemias e a sua gravidade com elevada ocorrência de óbitos na população indígena.

É recomendável que as mulheres grávidas não recebam vacinas virais e que as mulheres em idade fértil não engravidem durante 1 (um) mês após receberem vacinas virais.

1. Esta indicação se dá em função da elevada mobilidade dos povos indígenas, bem como, a dificuldade de se garantir vacinar a população residente em áreas onde não há circulação viral antes de entrarem em áreas de risco.



3.7.2. Aspectos específicos relacionados com as vacinas utilizadas em área indígena

Especificações	Eficácia	Contra-indicação	Possíveis eventos adversos
Poliomielite (Sabin)	90% a 95% após a 3ª dose	Crianças com imunodeficiência congênita ou adquirida, portadoras do vírus da imunodeficiência humana (VIH), que tenham contato com imunodeficientes e submetidas a transplante de medula óssea.	Sistêmicos: • Poliomielite associada a vacina (a paralisia flácida aguda ocorre de 4 a 40 dias após a vacinação e apresenta seqüela neurológica compatível com Pólio 60º dias após o início do déficit motor). Este evento é raríssimo, ocorrendo na proporção de 1:2.390.000 nas primeiras doses e de 1:13 milhões do total da segunda. dose em diante. • Poliomielite associada a vacina de contatos (paralisia flácida aguda após contato com criança vacinada, surge 4 a 85 dias após a vacinação e deve apresentar seqüela neurológica compatível com Pólio 60 dias após o déficit motor).
Difteria e tétano (dT)	T= 100% D=80% a 90%	Síndrome de Guillain-Barré, neuropatia periférica, reação anafilática a dose anterior.	Locais: • Dor com vermelhidão, edema e endureção, ocasionalmente pode ocorrer edema acentuado e abscesso estéril (frio). Sistêmicos: • Febrícula (24h a 48h) e sensação de mal-estar e dor de cabeça de intensidade variável e duração passageira. Raramente pode ocorrer reação anafilática ou reação do tipo Arthus (reação local leve), linfadenomegalia e reações neurológicas.
Sarampo	95%	Pessoa que esteja fazendo uso de imunoglobulina, sangue total ou	Geralmente benigno. Locais: • Dor, rubor e calor são pouco frequentes.

Especificações	Eficácia	Contra-indicação	Possíveis eventos adversos
Sarampo	95%	plasma no momento da vacinação, reação anafilática a dose anterior (ovo ou componentes da vacina).	Sistêmicos: 5% a 15% dos vacinados apresentam hipertermia (39°C), entre o 5º e o 10º dia, 5% apresentam discreto exantema do 7º ao 10º dia, a dor de cabeça é mais comum nos adolescentes. Reações neurológicas e de hipersensibilidade são muito raras.
Pneumococo	60% a 80%	Crianças menores de dois anos, hipersensibilidade aos componentes da vacina, reação anafilática após o recebimento de qualquer dose anterior.	Locais: - Dor, eritema, endureção, calor (intensas). Sistêmicos: - Febre, mialgia, mal-estar e astenia.
Hepatite B	95%	Ocorrência muito rara de reação anafilática grave, seguindo-se aplicação de dose anterior.	Locais: - Dor (3% a 29%), endureção (8%), eritema e abscessos no local da aplicação. Sistêmicos: - Febre baixa (48h – 72 h), cefaléia, mal-estar, astenia, mialgia e artralgia. Excepcionalmente ocorrem reações de hipersensibilidade.
Difteria, tétano e coqueluche (DTP)	D=80% a 90% P=75% a 80% T=100%	Criança que tenha apresentado após aplicação da dose anterior reação anafilática sistêmica grave (hipotensão, choque, dificuldade respiratória).	Locais: Vermelhidão, edema, calor e endurecimento, acompanhados ou não de dor. Podem comprometer transitoriamente a movimentação do membro e provocar claudicação. Ocasionalmente pode aparecer nódulo indolor no local da injeção que é reabsorvido em algumas semanas. Em alguns casos pode haver formação de abscesso frio ou quente.

Especificações	Eficácia	Contra-indicação	Possíveis eventos adversos
Difteria, tétano e coqueluche (DTP)	D=80% a 90% P=75% a 80% T=100%	Criança com quadro neurológico em atividade. Encefalopatia nos primeiros sete dias após a vacinação, convulsão em 72 horas.	Sistêmicos: Febre, mal-estar geral e irritabilidade nas primeiras 24 a 48 horas, sonolência (24h a 72h). Menos frequente anorexia, vômitos, choro prolongado e incontrolável, convulsões e síndrome hipotônico-hiporresponsiva (hipotonia, sudorese fria e diminuição a resposta ao estímulo).
Sarampo, caxumba e rubéola (tríplice viral)	95%	Pessoa que esteja fazendo uso de imunoglobulina, sangue total ou plasma no momento da vacinação, reação anafilática aos componentes da vacina, reação grave a dose anterior, gravidez.	Geralmente benigno Local: - ardência no local da injeção, eritema, hiperestesia, endureção e linfadenopatia regional são pouco comuns. Sistêmicos: 5% a 15% dos vacinados apresentam hipertermia (39,5°C), entre o 5º e o 12º dia, 5% apresentam discreto exantema do 7º ao 10º dia. A caxumba pode ocorrer do 10º ao 14º dia após a vacinação, mas de evolução benigna. Menos de 1% apresentam linfadenopatias (do 7º ao 21º dia). Raramente ocorrem reações neurológicas (meningite, encefalite, encefalopatia) ou de hipersensibilidade.
Sarampo e rubéola (dupla viral)			
<i>Influenza (gripe)</i>	70 a 90% (reduz em 90% os óbitos)	Menores de seis meses, reação anafilática após o recebimento de qualquer dose anterior ou de	Locais: Dor, de pequena intensidade, com duração de até 2 dias, hiperemia, edema.

Especificações	Eficácia	Contra-indicação	Possíveis eventos adversos
<i>Influenza (gripe)</i>	70 a 90% (reduz em 90% os óbitos)	história de hipersensibilidade ao ovo ou componentes da vacina. Síndrome de Guillian-Barré, doenças febris agudas.	Sistêmicos: Febre, mal-estar e mialgias (mais frequentes em pessoas que não tiveram exposição anterior aos antígenos da vacina (crianças). Começam de 6 a 12 horas após a vacinação e podem persistir durante um ou dois dias), cefaléia, anafilaxia e Síndrome de Guillian-Barré.
Febre amarela	95%	Pessoa com história de reação anafilática (ovo ou componentes da vacina), encefalite, reação a dose anterior, gravidez e imunodeprimidos.	Locais: - Dor no local da aplicação. Os abscessos estão ligados à infecção secundária ou erro na técnica de manuseio ou aplicação da vacina. Sistêmicos: 2% a 5%, após o sexto dia da aplicação, apresentam febre, mialgia e cefaléia. Raramente ocorrem reações de hipersensibilidade.
Tuberculose (BCG)	80% (previne as formas graves da doença)	Imunodeficiência congênita ou adquirida, crianças portadoras do vírus da imunodeficiência humana (VIH) que apresente sintomas das doenças.	Locais: (mais frequentes) – úlcera com diâmetro maior que 1cm, abscesso subcutâneo frio ou quente, linfadenopatia regional supurada, reação lupóide, cicatriz quelóide.

Especificações	Eficácia	Contra-indicação	Possíveis eventos adversos
Tuberculose (BCG)	80% (previne as formas graves da doença)	Recomenda-se adiar a aplicação da vacina em recém-nascidos com peso inferior a 2kg e nas afecções dermatológicas extensas em atividade.	Locais: (mais raras) – lesões localizadas em pele (semelhante às TB de pele), osteoarticulares, em linfonodos ou em órgãos do tórax ou do abdômen (semelhante às da TB em pulmões, rins, órgãos genitais, ect.). - Lesões generalizadas (semelhantes às da TB disseminada).
<i>Haemophilus Influenzae</i> Tipo B	100%	Não há, exceto aquelas gerais a todas as vacinas, como doenças graves, hipersensibilidade ou reação anafilática aos componentes da vacina.	Locais: - Dor, eritema, calor e/ou enduração. Sistêmicas: - Febre, erupção cutânea, irritabilidade e/ou sonolência. São de baixa frequência e intensidade, ocorrendo em menos de 10% dos vacinados, nas primeiras 24 horas após a aplicação.
Tetra valente	D=80% a 90% P=75 a 80% T=100% Hib=100%	A tetravalente não deve ser administrada em indivíduos com história progressa de: reação anafilática sistêmica grave ao mesmo produto ou qualquer de seus componentes;	Em estudos clínicos controlados, sinais e sintomas foram ativamente monitorados e registrados em cartões diário após a administração da vacina. Os mais frequentes foram: Locais: Relatados dentro das primeiras 48 horas são do tipo dor, eritema, edema e/ou calor e enduração.

Especificações	Eficácia	Contra-indicação	Possíveis eventos adversos
Tetra valente	D=80% a 90% P=75 a 80% T=100% Hib=100%	- encefalopatia nos sete primeiros dias após a aplicação de uma dose anterior deste produto ou outro com componente <i>pertussis</i>; - convulsões até 72 horas após administração de uma dose anterior da vacina; - colapso circulatório, com estado tipo choque ou com síndrome hipotônico-hiporresponsivo (SHH), até 48 horas após a administração de uma dose anterior da vacina; - quadro neurológico em atividade.	Sistêmicos: Que foram relatados dentro das primeiras 48 horas foram leves e desapareceram espontaneamente. Estes incluem febre, perda de apetite, agitação, vômito, choro persistente, mal estar geral e irritabilidade. Com menor frequência, pode ocorrer sonolência, choro prolongado e incontrolável, convulsões e SHH. Reações alérgicas, incluindo as anafiláticas, tem sido relatadas raramente. Na eventualidade do surgimento de qualquer reação de natureza neurológica, o uso da vacina deve ser interrompido. Todos os relatos referem desaparecimento dos sinais e sintomas sem deixar seqüelas.

Especificações	Eficácia	Contra-indicação	Possíveis eventos adversos
		Reação anafilática a dose anterior ou alguns de seus componentes, gravidez, paciente imunocomprometido (exceto nos casos previstos), durante três meses após terapia	
Varicela	95%	Localis: 1/5 das crianças e 1/4 a 1/3 dos adolescentes e adultos queixam-se de dor transitória, hiperestesia ou apresentam rubor. 7% das crianças e 8% dos adolescentes suscetíveis apresentam exantema maculopapular ou variceliforme de pequena intensidade, com duas a cinco lesões, que podem surgir no local da injeção ou em outro lugar, no período de um mês após a vacinação. Raramente se consegue isolar o vírus vacinal nestas lesões.	
		Deve-se evitar o uso de salicilatos durante seis semanas após a vacinação.	

Fonte: Manual de Vigilância Epidemiológica dos Eventos Adversos Pós-Vacinação (Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – 1998); Manual de Normas de Vacinação – (Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – 2001); Informe Técnico sobre a Vacinação Tetravalente – (Fundação Nacional de Saúde/Ministério da Saúde – 2002).

Observação: 1) Vacinas virais quando não são administradas simultaneamente, deve haver um intervalo mínimo de 15 dias entre as que foram e as que serão aplicadas.

2) É recomendável que as mulheres em idade fértil não engravidem durante um mês após receberem vacinas virais.

3) A disseminação do vírus vacinal da varicela a outras pessoas pode ocorrer, mas é rara (menos de 1%). Quando se transmite, o vírus permanece atenuado.

a) Referências bibliográficas

1. Bricks, JF; Gomes, FMS; Dias, MHP. Imunizações. In: Issler, H; Leone, C; Marcondes, E. *Pediatria na Atenção Primária*. São Paulo: Ed Sarvier, 1999. p.90-114.

2. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. *Esquema básico de vacinação para povos indígenas*. Brasília, 2002.

3. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Departamento de Saúde Indígena. *Aspectos específicos relacionados com as vacinas utilizadas em área indígena*. Brasília, 2002.

3.8. Prevenção de acidentes

Ednéia Primo

Os programas de atenção à saúde das populações indígenas têm se caracterizado por uma abordagem global, considerando relações intersetoriais e aprimorando o planejamento de ações para promover a saúde, em função das diversidades étnicas e culturais.

Apesar do aperfeiçoamento encontrado no trato com os indicadores de saúde, em recente levantamento bibliográfico, observamos ausência de informações sistematizadas sobre acidentes, nestas populações. Com certeza, não é porque eles não ocorram. Jornais de norte a sul do país noticiam acidentes rodoviários e outras formas de violência envolvendo índios, inclusive crianças, muitos deles ocorrendo em áreas de conflito. Sabemos também que o aumento do consumo do álcool e de outras drogas, entre os índios, tem sido causa de acidentes e outras formas de violência nas comunidades, principalmente contra mulheres e crianças.

Duas indagações, ainda não respondidas, surgem, ao abordar o tema acidentes em sociedades indígenas:

- 1ª O índio, em sua própria concepção, como parte da natureza e tendo sua sobrevivência diretamente dependente da saúde do ambiente e de suas relações com ele, considera o acidente como um problema de saúde?

2ª Qual a informação que os profissionais de saúde têm sobre o assunto e em que medida incluem este tema nas ações de promoção de saúde?

Em função do aumento da incidência da morbidade por causas externas entre as crianças indígenas, torna-se importante considerar a prevenção de acidentes no planejamento das ações de promoção de saúde em comunidades indígenas. Neste sentido, dele devem participar os agentes de saúde, benzedores e pajés.

Neste capítulo, os acidentes não serão discutidos segundo a idade, como habitualmente ocorre nas publicações que abordam o problema, mas segundo o tipo de dano causado para a criança. Em cada tipo de acidente, será abordada a rotina de vida das crianças nas aldeias e os riscos para acidentes.

Algumas informações sobre acidentes encontradas nas sociedades não indígenas

Assistimos ultimamente a um aumento da importância dos acidentes como causa de morbidade e mortalidade em crianças e adolescentes. No Brasil, constituem a terceira causa de óbito. Se ponderarmos no óbito o fator idade, as causas externas passam a ocupar posição de destaque. As estatísticas mostram que os diferentes tipos de acidentes sofridos por crianças em consequência de quedas, armas de fogo, afogamentos, engasgos, queimaduras, envenenamentos, sufocação e falta de segurança no transporte, ferimentos (decorrentes até mesmo de maus-tratos do adultos), são hoje sério problema de saúde pública mundial.

Como considerar o risco de acidentes com crianças?

O risco é grande nesta faixa etária. A criança passa por transformações rápidas, em função do crescimento físico e do desenvolvimento neuropsicomotor. A curiosidade infantil é aguçada por novas percepções, sem a consciência do perigo que a circunda. Atenção e vigilância constante são essenciais no seu cuidado.

3.8.1. Quedas e ferimentos

Quais situações poderiam favorecer esta ocorrência nas comunidades indígenas?

Do nascimento até os dois anos, os cuidados com a criança em comunidades indígenas são, em geral, de responsabilidade da mãe, sempre por perto envolvida em sua amamentação e, na sua ausência, esta responsabilidade é assumida por um “adulto cuidador”. Sua presença constante minimiza o risco de quedas. Em casa, fica na rede, girial ou outro tipo de “cama”, local que deve ser observado como possível fator de risco. Quando sai de casa, permanece em situação aconchegante ao colo materno, segura por panos, folhas largas ou outro tipo de amarração artesanal.

Quando começa a andar, tem liberdade de movimentos pela casa e seus arredores. Aos poucos, o caminhar se torna mais livre e seu círculo de ação é ampliado. É preciso então orientação quanto à subida em árvores, locais de água corrente nos arredores e ou-

tros locais semelhantes. Adquirida esta habilidade, cuidado especial deve ser tomado com desníveis no terreno, que sempre facilitam quedas, troncos de árvores expostos, objetos diversos descartados nos arredores da casa, animais domesticados que a circundam, já que a relação das crianças com os animais, em geral, é muito estreita.

No interior das moradias, a escassez de mobiliário pode ser considerada fator de proteção para quedas. Apesar desta característica presente na maioria das culturas indígenas, devemos estar atentos para situações em que o contato com a população não índia induz ao uso de mobiliário inadequado e, então, estes devem ser observados como possível fator de risco. A ausência de mobiliário deve também ser analisada na perspectiva de armazenamento dos utensílios domésticos e gêneros alimentícios. É comum que pratos, copos de louça ou mesmo de plásticos sejam mantidos no chão, podendo ser facilmente quebrados, transformando-se em mais um fator de risco para quedas e ferimentos.

Outras situações de risco:

- local onde a criança toma banho;
- envolvimento de outra criança no cuidado do bebê, ou sua presença por curiosidade com o recém-nascido;
- adultos usuários de drogas, principalmente o álcool.

3.8.2. Queimaduras

Que situações merecem atenção especial para risco de queimadura nas aldeias?

- uso de fogueiras para iluminação, como parte de rituais religiosos ou no preparo das refeições. Em geral, feitas no interior das residências ou em suas proximidades, em local de acesso fácil;
- durante o preparo dos alimentos, não só o fogo mas também vasilhames com líquidos e alimentos quentes, em geral cozidos no chão, devem ser cuidadosamente vigiados;
- observar também que os animais domésticos que circulam livremente no interior ou arredores das residências podem derrubar vasilhas com líquidos quentes, além do risco que oferecem para quedas;
- o tabagismo, prática difundida na maioria das comunidades indígenas, seja pelo uso do cachimbo, cigarros de palha ou industrializados, muitas vezes usado com a criança no colo do adulto, ou muito próxima dele. A possibilidade de queimadura pelo uso do tabaco está associada ao uso de fósforo, isqueiro e até gravetos retirados da fogueira para acendê-lo;
- água do banho muito quente.

Já encontramos entre crianças guaranis² sinais de queimadura decorrentes destas situações para os quais a família não avaliou como necessário um cuidado médico ou de enfermagem.

2. Aldeias Guarani Tenondé Porã e Krucutu em Parelheiros/SP.

Que cuidados devem ser orientados?

O agente de saúde deve ser bem orientado para o risco que estas situações oferecem e buscar com os profissionais de saúde e a comunidade a melhor maneira de minimizar este risco. Deve ainda aprender a avaliar, na ausência do médico ou enfermeiro, a gravidade da situação, ser orientado sobre a importância da ingestão de líquidos pelo queimado, administração de analgésico para aliviar a dor e, em casos mais graves, cobrir a queimadura com pano limpo e úmido para não grudar no local e rápido encaminhamento para atendimento na instituição de saúde mais próxima.

3.8.3. Sufocação

A presença de um corpo estranho que possa ser aspirado pela criança, presença de pequenos objetos ao seu alcance é importante fator de risco entre populações indígenas.

Que situações favorecem este tipo de acidente?

- sementes e outros tipos de grãos utilizados na produção de artesanato que comumente ficam pelo chão ou em esteiras, quando as pessoas estão envolvidas em sua produção. É principalmente a mulher que se envolve muito neste processo e as crianças estão sempre por perto. Além disto, o armazenamento destes grãos em geral é inadequado;
- grãos utilizados na alimentação e o hábito de selecioná-los para cozimento, são outro fator de risco porque, em geral, os grãos desprezados são lançados no chão. As condições de armazenamento também devem ser consideradas. Não é demais ressaltar que estes grãos podem ser inadvertidamente colocados no nariz e ouvidos;
- a introdução de outros alimentos, no início do desmame, deve ser observada com cuidado e acompanhada de orientação para que pedaços grandes de alimentos não sejam oferecidos às crianças;
- uso de grande volume de cobertas para proteger a criança do frio;
- fios elétricos e outros similares inadvertidamente deixados pelo chão, que podem servir de brinquedo e serem acidentalmente envoltos no pescoço;
- nas comunidades onde o uso da chupeta foi introduzido, cuidado especial deve ser tomado, se for o caso, com o cordão que a prende;
- descarte de embalagens plásticas em lugares de fácil acesso da criança é uma ação que deve ser considerada com a devida atenção;
- brinquedos que muitas vezes servem de presentes para as crianças, merecem orientação especial, incluindo esclarecimento aos não índios que tenham esta prática.

Quais cuidados devem ser orientados?

- armazenamento adequado de grãos e outros objetos que possam ser ingeridos pelas crianças;
- acondicionamento adequado de embalagens plásticas e de outro material que se transformam em lixo;
- evitar o uso de chupeta e brincadeiras com bexigas;
- armazenar adequadamente fios de energia e similares que sobrem após alguma instalação;
- orientação adequada no momento de introdução de outros alimentos considerando sempre hábitos culturais da comunidade;
- não oferecer alimentos como: amendoim, pipoca, goma de mascar e balas escorregadias a criança muito pequena.

3.8.4. Intoxicação

Quais são os principais fatores de risco para intoxicação nestas comunidades?

- medicamentos utilizados pela medicina ocidental (gotas nasais, remédios para resfriados, xaropes, etc.). O risco é maior nos lugares onde há dificuldade de compreensão de nossa língua;
- inseticidas, pesticidas, produtos de limpeza;
- bebidas alcoólicas;

Quais cuidados devem ser tomados?

- ao prescrever medicamentos, esclarecer: forma de preparo, quantidade, número de doses por dia, horários de administração, tempo total de uso;
- para ter certeza de que a mãe compreendeu, o ideal é pedir a ela que explique de que forma irá dar o remédio a seu filho (forma de preparo, quantidade, número de doses por dia, horários de administração, tempo total de uso);
- todos os medicamentos e outros produtos tóxicos, tais como pesticidas, germicidas, produtos de limpeza e bebidas alcoólicas, devem ser mantidos longe do alcance das crianças;
- orientar para que os medicamentos preparados e parcialmente utilizados sejam desprezados.

Mordida de animais domésticos e picadas de animais peçonhentos

A presença de cães, gatos e outros animais que circundam o ambiente doméstico, deve ser considerada em função do risco de mordeduras. Estes animais muitas vezes participam inclusive de brincadeiras das crianças.

Além de animais considerados domesticados, cuidados especiais devem ser tomados com cobras, escorpiões, aranhas, ratos e outros que podem facilmente andar por terrenos não adequadamente limpos, fazer seus ninhos em locais onde entulhos são armazenados.

Quais cuidados devem ser tomados?

A limpeza do terreno e cuidados com local onde se armazena entulhos é fundamental.

O profissional de saúde deve estar atento para perceber se ensinamentos sobre o risco que estes animais oferecem estão sendo dados às crianças.

3.8.5. Acidentes com veículos a motor

Deslocamentos dos moradores para atendimento à saúde, compras, passeios ou qualquer outro motivo devem fazer parte da preocupação dos profissionais de saúde que atuam nas aldeias. Veículos a motor oferecem risco de acidentes quer pelo seu uso no deslocamento, quer pela possibilidade de atropelamento quando o percurso é feito a pé.

É preciso lembrar que, em muitas aldeias, o deslocamento é feito por via fluvial. Nestes casos, a possibilidade da criança cair de uma canoa ou de barco a motor deve ser associada ao risco de afogamento.

O uso de tratores e similares nas práticas agrícolas em algumas comunidades também deve ser lembrado como fator de risco de acidentes.

Quais cuidados que devem ser tomados?

- noções sobre o uso adequado de veículos a motor seja do tipo passeio, transporte público, tratores e similares merecem atenção especial dos profissionais de saúde. Igualmente o hábito de pedir carona, muitas vezes em carrocerias de veículos;
- nas aldeias ribeirinhas, onde o uso da canoa é freqüente, atenção especial deve ser dada ao momento em que a criança é ensinada a nadar e a existência de material local que seja alternativa para a confecção de “bóias”;
- riscos de atropelamentos na estrada podem ser minimizados pela orientação de caminhar o mais distante possível da via de tráfego de veículos automotores, sempre no sentido contrário da direção do veículo de modo a observá-lo sempre de frente;
- orientar o adulto do risco do consumo de álcool ou outras drogas quando estiver com crianças sob sua responsabilidade.

3.8.6. Afogamento

Quais são os principais fatores de risco?

- para recém-nascidos e crianças pequenas, atenção especial deve ser dada ao local do banho;
- correntes de água natural, represas ou açudes fazem parte do cotidiano de muitas comunidades;
- canoas e barcos a motor utilizados em deslocamentos.

Cuidados a serem tomados

- postura do responsável durante esta ação bem como o envolvimento de outras crianças;
- é importante conhecer o momento em que a criança é introduzida no contato com águas naturais, para que situações de risco possam ser avaliadas e trabalhadas com a comunidade.

3.8.7. Brinquedos

Os brinquedos utilizados devem ser avaliados de duas perspectivas:

- brinquedos ganhos, sem qualquer orientação de uso ou inadequados para a idade da criança, por exemplo, pertencentes à civilização não índia podem se constituir em risco pela fragilidade do material (facilmente quebrável, sujeitos a pontas e arestas cortantes, ter ainda em sua composição pedaços pequenos, facilmente desmontáveis);
- brinquedos que compõem o universo cultural destas comunidades e que podem não estar sendo devidamente avaliados quanto aos riscos de acidentes que oferecem.

3.8.8. Objetos pequenos, pontiagudos, cortantes e outros que possam oferecer riscos

Muitos objetos de uso difundido na cultura não índia já fazem parte do cotidiano de muitas aldeias. Assim, atenção especial deve ser dada a:

- material de costura como tesouras, alfinetes, botões;
- facas;
- alfinetes de segurança ou similares que possam estar sendo utilizados para prender fraldas;
- fósforos, isqueiros;
- instrumentos agrícolas e de jardinagem;
- móveis não fixos com pontas cortantes e pontiagudas, muitas vezes em situação inadequada para uso.

Entre os povos guaranis de Parelheiros (SP), o uso de tanquinhos elétricos para lavar roupas tem merecido atenção especial, pois habitualmente são colocados no meio dos quintais sem qualquer apoio, com fios esticados pelo chão, oferecendo grande risco.

3.8.9. Acidentes por instalações elétricas

O uso de energia elétrica tem sido difundido em várias aldeias, às vezes com instalações improvisadas e fios elétricos mantidos ao alcance das crianças. O profissional de saúde deve observar se em sua comunidade há risco deste tipo de acidente.

3.8.10. Orientações gerais

Existem três regras básicas que norteiam a prevenção de acidentes na infância:

- preparar os adultos para atenção aos possíveis riscos e formas de evitá-los;
- o ambiente onde a criança fica deve ser o mais seguro possível;
- após conhecimento de fatores de risco na comunidade, atividades devem ser planejadas para avaliar formas de minimizar riscos. Apesar disto, é preciso lembrar que vigilância constante e responsável, sem eliminar a liberdade responsável que deve ser ensinada à criança, é fundamental.

3.8.11. Comentários finais

A criança maior que explora ativamente o ambiente, sem supervisão, está mais sujeita a acidentes. A melhor maneira de evitá-los é sempre por meio de orientação clara, incisiva e convincente.

Crianças e adolescentes estão entre os grupos mais vulneráveis. As crianças, por sua limitação física, sensorial, psicomotora e cognitiva, que somente se desenvolverão com o tempo. Os adolescentes, pelas atitudes arriscadas e irrefletidas como parte do comportamento próprio da idade. À medida que a sociedade se desenvolve e controla a mortalidade devida a doenças transmissíveis e a desnutrição, o acidente ganha maior importância como causa de óbito. Daí a importância do seu controle.

São a principal causa de óbito durante o primeiro ano de vida, especialmente em crianças de 6-12 anos. A atenção e a vigilância constantes são essenciais, à medida que a criança adquire maiores habilidades locomotoras e manipulativas, acompanhadas de curiosidades em relação ao ambiente.

Todos os acidentes podem ser evitados, levando em consideração o estágio de desenvolvimento da criança, proporcionando orientação adequada aos pais e insistindo na importância das medidas preventivas. Discutir com os pais e fornecer orientações necessárias sobre os maiores riscos de acordo com a idade da criança é o melhor caminho.

Lembre-se de que as crianças são imitadoras. Elas imitam o que vêem e ouvem. A prática de medidas de segurança ensina segurança às crianças. Dizer uma coisa e fazer outra confunde as crianças e pode acarretar problemas de disciplina à medida que a criança vai crescendo. A prevenção de acidentes requer proteção e educação.

a) Referências bibliográficas

1. Mendonça, RN; Alves, JG; Filho, JE. Hospital costs due to violence against children and adolescents in Pernambuco state, Brazil, during 1999. *Cad Saúde Publica*, 18(6): 1577-81, 2002.
2. De Souza, DA; et all. Epidemiological data of patients hospitalized with burns and other traumas in some cities in the southesast of Brazil form 1991 to 1997. *Burns*, 28(2): 107-14. Mar 2002.
3. Pascoal, SRG. Traumatismos crânio-encefálicos em crianças não índias e índias. (Tese). São Paulo: USP.



Parte 4: A criança com problemas agudos de saúde

4.1. A criança com suspeita de doença infecciosa grave

Renato Minoru Yamamoto

Quais são as principais infecções graves em crianças entre uma semana e cinco anos de idade?

São a septicemia e a meningite.

Qual a principal preocupação em uma criança que tem febre?

Determinar, a partir de sinais clínicos, a possibilidade de doença infecciosa grave, que, pelo risco de vida a que a criança está submetida nesta situação, demande referência a uma unidade hospitalar.

Crianças menores de dois meses podem não apresentar febre na vigência de infecções graves?

Sim, podem, na verdade, manifestar diminuição da temperatura corpórea (hipotermia). A simples presença de febre ou hipotermia, nesta faixa etária, demanda investigação minuciosa de sua causa.

Quais são os sinais clínicos que indicam a possibilidade de infecções graves?

- crianças menores de dois meses;

Sinais	Diagnóstico sindrômico	Tratamento
Na presença de qualquer dos seguintes sinais: • Febre ou hipotermia; • Convulsões; • Letargia ou Hipoatividade; • Palidez; • Abaulamento de fontanela; • Tiragem subcostal grave; • Apnéia; • Gemência; • Distensão abdominal; • Hepatomegalia ou esplenomegalia; • Batimento de asas de nariz; • Respiração rápida (≥ 60 por minuto).	Doença infecciosa grave	Dar a primeira dose de antibiótico. Instituir medidas para evitar hipoglicemia. Manter a criança agasalhada. Referir imediatamente ao hospital. Manter o aleitamento materno.

Adaptado de Ministério de Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Tratar a criança entre uma semana e dois meses de idade. Avaliar e classificar a infecção bacteriana. Brasília, 2000.

- crianças de dois meses a cinco anos;

Sinais e sintomas	Diagnóstico sindrômico	Tratamento
• Letargia; • Convulsões; • Vômitos repetidos; • Rigidez de nuca; • Petéquias; • Abaulamento de fontanela;	Doença infecciosa grave	Dar a primeira dose de antibiótico. Tratar a criança para evitar hipoglicemia. Dar antitérmico. Referir urgentemente ao hospital.

Adaptado de: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Tratar a criança entre dois meses e cinco anos de idade. Avaliar e classificar a febre. Brasília, 2000.

Que condutas podem ser adotadas para a criança com idade de dois meses ou mais, que se apresenta com febre, mas não tem sinais de infecção bacteriana grave?

- dar medicação antitérmica (somente se temperatura $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$);
- informar à mãe quando retornar imediatamente;
- reavaliar em dois dias se a febre persistir;
- referir para investigação se houver febre por mais de sete dias.

Quais medicações antitérmicas podem ser utilizadas?

Paracetamol (10mg/kg/dose) (intervalo mínimo de seis horas)	Dipirona (25mg/kg/dose) (intervalo mínimo de seis horas)
Solução oral (gotas) = 200mg/ml = 1gota/kg/dose	Solução oral (gotas) = 500mg/ml = 1gota/kg/dose

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Tratar a criança entre dois meses e cinco anos de idade. Dar analgésico/antitérmico para a febre alta. Brasília, 2000.

Quais são os antibióticos recomendados antes de referir ao hospital uma criança entre uma semana e dois meses de idade?

Peso (kg)	Gentamicina 2,5mg/kg/dose 1 ampola = 1ml = 10mg	Penicilina G Procaína 50000UI/kg/dose Para um frasco de 400000UI, adicionar 3ml de água esterilizada
Quantidade (ml)		
1	0,25	0,5
2	0,50	1,0
3	0,75	1,5
4	1,0	2,0
5	1,25	2,5

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Tratar a criança entre uma semana e dois meses de idade. Dar um antibiótico por via intramuscular. Brasília, 2000.

Quais são os antibióticos recomendados antes de referir ao hospital uma criança entre dois meses e cinco anos de idade?

Peso (kg)	Cloranfenicol 100mg/kg/dia (25mg/kg a cada seis horas) 180mg/ml	Penicilina G Procaína 100000UI/ ml < 10kg: 1x/dia ≥ 10kg: 2x/dia
4 a 5,9	0,7ml = 125mg	
6 a 7,9	1ml = 180mg	50000UI/kg/dia
8 a 9,9	1,3ml = 225mg	
10 a 13,9	1,7ml = 300mg	800000UI/dia
14 a 19	2,4ml = 425mg	

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Tratar a criança entre dois meses e cinco anos de idade. Dar um antibiótico por via intramuscular. Brasília, 2000.

Como fazer para prevenir a hipoglicemia?

- a) se a criança consegue mamar no peito
 - pedir à mãe que amamente a criança no peito;
- b) se a criança não consegue mamar no peito, mas consegue engolir;
 - dar leite materno extraído ou, na impossibilidade, outro leite;
 - se não houver disponibilidade de leite, dar água açucarada;
 - dar 30ml-50ml de leite ou água açucarada antes da criança partir;
 - para preparar água açucarada: dissolver quatro colheres de chá rasas de açúcar (20 gramas) em uma xícara com 200ml de água potável;
- c) se a criança não consegue engolir
 - dar 50ml de leite ou água açucarada por conta-gotas ou sonda nasogástrica.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Tratar a criança entre uma semana e dois meses de idade. Tratar a criança para prevenir a hipoglicemia. Brasília, 2000.

a) Referências bibliográficas

1. Bleeker, SE; Moonskg Derksen-Lubsen, G; Grobbee, DE; Moll, HA. Predicting serious bacterial infection in young children with fever without apparent source. Acta Paediatr, 90(11): 1226-32, Nov 2001.
2. Factor, SH; Schillinger, JA; Kalter, HD; Saha, S; Begum, H; Hossain, A; Hossain, M; Dewitt, V; Hanif, M; Khan, N; Perkins, B; Black, RE; Schwartz, B. Diagnosis and management of febrile children using the WHO/Unicef guidelines for IMCI in Dhaka, Bangladesh. Bull World Health Organ, 79(12): 1096-105, 2001.

3. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a criança de dois meses a cinco anos de idade. Febre. Brasília, 2000.
4. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a criança entre uma semana e dois meses de idade. Infecção bacteriana. Brasília, 2000.
5. Muhe, L; Tilahun, M; Lulseged, S; Kebede, S; Enaro, D; Ringertz, S; Kronvall, G; Gove, S; Mulholland, EK. Etiology of pneumonia, sepsis and meningitis in infants younger than three months of age in Ethiopia. *Pediatr Infect Dis J*, 18(10Suppl): S56-61, 1999.
6. Russell, FM; Shann, F; Curtis, N; Mulholland, K. Evidence on the use of paracetamol in febrile children. *Bull World Health Organ*, 81(5): 367-72, 2003.
7. Weber, MW; Herman, J; Jaffar, S; Usen, S; Oparaugo, A; Omosigho, C; Adegbola, RA; Greenwood, BM; Mulholland, EK. Clinical predictors of bacterial meningitis in infants and young children in The Gambia. *Trop Med Int Health*, 7(9): 722-31, Sep 2002.
8. World Health Organization. Etiology and clinical signs of serious infections in young infants in developing countries: a WHO collaborative study. *Pediatr Infect Dis J*, 18(10 Suppl): S1-69, Oct 1999.
9. The WHO Young Infants Study Group. Clinical prediction of serious bacterial infections in young infants in developing countries. *Pediatr Infect Dis J*, 18(10 suppl): S23-31, 1999.

4.2. A criança com diarreia, desidratação ou disenteria

Renato Minoru Yamamoto

Quais são as principais complicações da diarreia?

São a desidratação e a desnutrição.

Como avaliar casos de diarreia?

Deve-se perguntar se:

- há sangue nas fezes, para determinar se a criança tem disenteria.
- há quanto tempo a criança tem apresentado diarreia.

Deve-se examinar a criança para:

- determinar se o estado geral da criança está ou não comprometido;
- verificar se há sinais de desidratação.

Quais são os sinais clínicos de desidratação?

Observar a tabela a seguir

Dados clínicos	Sem Desidratação	Algum grau de desidratação (2 ou mais sinais)	Desidratação grave (2 ou mais sinais)
Inspeção			
Aspecto geral	Alerta	Irritada, com sede	Deprimida, comatosa
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos
Mucosas (oral e conjuntival)	Úmidas	Secas	Muito secas
Ao tomar água	Bebe normalmente	Bebe avidamente	Bebe mal ou não consegue beber
Palpação			
Circulação periférica*	< 3 segundos	3 a 10 segundos	> 10 segundos
Pulso	Cheio	Fino	Impalpável
Elasticidade da pele (sinal da prega abdominal)	Normal	Diminuída	Muito diminuída
Fontanela anterior (< 1 ano de idade)	Normal	Funda	Funda

(*) Comprimir a mão ou o pé da criança por 15 segundos e observar o tempo necessário para que a pele apresente enchimento capilar (rubor).

Como classificar os casos de diarreia?

Quanto ao tipo

- diarreia;
- disenteria (presença de sangue nas fezes).

Quanto ao estado de hidratação

- sem desidratação;
- desidratação;
- desidratação grave.

Se a diarreia durar mais do que 14 dias

- diarreia persistente;
- diarreia persistente grave (se também houver desidratação de qualquer grau).

Quais as medidas terapêuticas para que a mãe trate a diarreia em sua casa?

O tratamento baseia-se em três pontos fundamentais:

a) dar líquidos adicionais

- crianças em aleitamento materno exclusivo:
 - amamentar com maior frequência e por mais tempo a cada mamada;
 - solução para reidratação oral;
- crianças que não se encontram em aleitamento materno exclusivo:
 - solução para reidratação oral;
 - maior oferta de líquidos que a criança já tenha o hábito de beber (chás, sucos);
 - maior oferta de água;

b) manter a alimentação habitual da criança;

c) retornar em cinco dias se não houver melhora.

Como tratar a criança com algum grau de desidratação?

A criança deverá receber terapia de reidratação oral no próprio serviço local de saúde, não sendo liberada até a reidratação completa.

a) calcular a quantidade de solução de reidratação oral a ser administrada

Idade	< 4 meses	4 a 11 meses	12 a 23 meses	24 a 59 meses
Peso	< 6kg	6kg a 10kg	10kg a 12kg	12kg a 19kg
SRO (ml)	200 a 400	400 a 700	700 a 900	900 a 1.400

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a diarreia. Brasília, 2000.

b) orientar a mãe para que forneça a SRO em intervalos curtos, mas em pequena quantidade, usando copo ou colher. Se a criança apresentar vômito, aguardar dez minutos e reiniciar mais lentamente;

c) reavaliar após quatro horas.

Se a criança já não apresentar sinais clínicos de desidratação, orientar o tratamento a ser realizado em casa.

Se a criança ainda apresentar sinais clínicos de desidratação, referir para tratamento hospitalar.

Como tratar a criança com diarreia e desidratação grave?

Encaminhar imediatamente para um serviço hospitalar se:

- a criança apresentar alguma outra doença grave;
- a criança bebe mal ou não consegue beber;
- não for possível administrar líquidos endovenosos em seu serviço.

Se estas condições não estiverem presentes, a hidratação endovenosa deve ser iniciada imediatamente e obedecer às seguintes fases:

- a) fase de expansão: tem o objetivo de reidratar rapidamente a criança, retirando-a do quadro de choque por hipovolemia.
- iniciar com solução preparada com partes iguais de soro glicosado a 5% e soro fisiológico, utilizando 100ml/kg e respeitando uma velocidade de infusão igual a 50ml/kg. Reavaliar o estado de hidratação da criança no meio e no final da fase de expansão;
 - tão logo a criança consiga beber (a criança melhora o estado de consciência ao sair do estado de choque hipovolêmico), poderá ser iniciada a terapêutica de reidratação oral, numa velocidade de 5ml/kg/hora;
 - poderá ser considerada reidratada a criança que apresentar duas micções claras e não mais tiver os sinais de desidratação;
 - se a criança se mantiver desidratada, realizar uma outra expansão, novamente em duas horas, mas utilizando um volume menor, correspondente a 50ml/kg, na velocidade de 25ml/kg/hora. Reavaliar a criança a cada meia hora e aumentar a velocidade de gotejamento, se não houver melhora do estado de hidratação;
 - caso a criança permaneça em seu serviço de saúde, os lactentes menores de dois meses deverão permanecer em observação por um período de seis horas e as crianças maiores de dois meses, por três horas;
 - orientar a continuidade do tratamento em casa.

Como tratar a criança com disenteria?

- a) orientar medidas para diarreia, de acordo com o seu estado de hidratação;
- b) como o agente causador é predominantemente a *Shigella*, dar um antibiótico específico contra esta bactéria. Estudos realizados em nosso país indicam que a bactéria é resistente à amoxicilina e à associação sulfametoxazol-trimetoprim em cerca de 80% dos casos. O antibiótico de escolha é portanto o ácido nalidíxico.

Idade ou peso	Ácido nalidíxico (40mg/kg/dia) (6 em 6 horas, por cinco dias)	
	Comprimido	Suspensão
2 a 4 meses	1/4	1,25

continuação

Idade ou peso	Acido nalidíxico (40mg/kg/dia) (6 em 6 horas, por cinco dias)	
	Comprimido	Suspensão
5 a 11 meses	1/2	2,5
2 a 59 meses	1	5

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a diarreia. Brasília, 2000.

Por quê a criança pode vir a desenvolver diarreia persistente?

Você pode estar frente a uma criança com:

- desnutrição: maior secreção em resposta à diarreia; a mucosa intestinal, lesada pelo quadro infeccioso, demora mais a se recuperar, com deficiência mais prolongada da digestão de açúcares; menor intensidade de resposta imunológica às infecções intestinais;
- síndrome pós-enterite: observada em lactentes menores de um ano, por comprometimento da digestão de açúcares (intolerâncias transitórias), uso de medicamentos não recomendados ou de dietas inadequadas;
- infestação pela *Giardia lamblia*;
- síndrome do cólon irritável: inicia-se antes dos dois anos e meio e desaparece antes dos três anos. Há antecedente de cólica nos primeiros três meses de vida. O número de evacuações é baixo, ocorre logo após a criança receber alimentos e a diarreia é leve, sem desidratação. A criança não tem evacuações à noite. O quadro se agrava com o estresse emocional.

Como tratar a criança com diarreia persistente?

Diagnóstico	Primeiro passo	O que fazer
Diarreia persistente	Tratar deficiências de enzimas que digerem açúcares	• crianças em aleitamento materno: oferecer o seio materno em número maior do que o habitual; • crianças em aleitamento artificial; Preparo do leite: 60ml de leite fluido para 30ml de água, com uma colher de chá de farinha de arroz ou milho e uma colher de chá de óleo vegetal ou margarina. Reavaliar após cinco dias; • crianças que recebam refeições de sal/papa de frutas; - aumentar o número de refeições; - reavaliar em cinco dias.

Se a diarreia persistente não melhorar após cinco dias, quais são os próximos passos?

Anamnese	Evolução ponderal	O que fazer
Diarréia persistente não melhorada	Perdeu peso	Referir ao hospital
Diarréia persistente não melhorada	Não perdeu peso	Tratar giardíase: dar anti-protozoário recomendado no capítulo sobre parasitoses intestinais Reavaliar em cinco dias. Caso não melhore após cinco dias, referir para investigação e tratamento especializado.

Como tratar a criança com diarreia persistente grave?

- a) tratar a desidratação no serviço local de saúde, se o quadro clínico da criança permitir;
- b) referir para tratamento hospitalar.

Como prevenir novos episódios de diarreia?

- a) incentivando a prática do aleitamento materno;
- b) orientando os alimentos disponíveis na região e que possam ser oferecidos à criança a partir dos seis meses de idade;
- c) orientando o consumo de água previamente tratada ou tratada no domicílio por filtração ou fervura;
- d) orientando a lavagem dos alimentos consumidos crus.

a) Referências bibliográficas

1. Douek, PC; Bricks, LF; Diarréia. In: Issler, H; Leone C; Marcondes E. Pediatria na Atenção Primária. São Paulo: Ed Sarvier, 1999. p.355-368.
2. Escobar, AMU; Grisi, S. Desidratação e fluidoterapia. In: Grisi, S; Escobar, AMU. Prática pediátrica. São Paulo: Editora Atheneu, 2000. p.259-263.
3. Linhares, Alexandre C. Epidemiologia das infecções diarreicas entre populações indígenas da Amazônia. Cad Sau Publ, 8(2): 121-8, Abr-Jun 1992.
4. Linhares, AC; Pinheiro, FP; Freitas, RB; Gabbay, YB; Shirley, JA; Beards, GM. An Outbreak of rotavirus diarrhea among a nonimmune, isolated South American Indian community. Am J Epidemiol, 113(6): 703-10, Jun 1981.

5. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a diarreia. Brasília, 2000.

6. Santos, RV; Linhares, AC; Coimbra Junior, CE. Epidemiological studies among Amerindians of Rondonia. IV. Serological survey for rotavirus among Surui and Karitiana. Rev Saude Publica, 25(3): 230-2, Jun 1991.

4.3. A criança com tosse ou dispnéia

Renato Minoru Yamamoto

Qual é o quadro clínico da criança que tosse, mas não tem dispnéia?

Esta criança apresenta a doença respiratória chamada de resfriado comum, gripe ou rinofaringite aguda, causada principalmente por vírus do grupo rinovírus. Pode haver obstrução nasal, coriza inicialmente hialina e tosse. Particularmente nos primeiros três dias de doença, pode haver febre, diminuição da aceitação alimentar, da atividade física e despertares noturnos em número acima do habitual. Como os menores de seis meses só possuem respiração nasal, é comum a mãe relatar chiado no peito, mesmo na ausência de secreção nos brônquios, devido aos ruídos produzidos em fossas nasais e transmitidos para a caixa torácica.

Que doenças mais comuns a criança com tosse e dispnéia pode apresentar?

- a) sem sibilância ou estridor;
 - pneumonia;
- b) com sibilância;
 - bronquiolite;
 - crise de sibilância ou crise de asma;
- c) com estridor;
 - laringite aguda;
 - laringotraqueobronquite;
 - laringite espasmódica aguda;
 - epiglote.

O que é a crise de sibilância?

É um quadro agudo, em que um agente agressor leva o organismo a desencadear um processo inflamatório de vias aéreas inferiores, inclusive brônquios de calibre inferior

a dois milímetros. O processo obstrutivo aí localizado leva a resistência à passagem do ar, que prejudica a **saída do ar** dos pulmões, causando a chamada **expiração** forçada ou, em casos mais leves, a observação de aumento do tempo expiratório. Sibilos são por definição ruídos semelhantes ao miado dos felinos, escutados somente na expiração. Como a musculatura que reveste os brônquios e bronquíolos é pouco desenvolvida em menores de dois anos de idade, nesta faixa etária, habitualmente, a “crise de sibilância” ocorre sem que seja possível escutar sibilos e o diagnóstico se faz pelo aumento do tempo expiratório ou pela expiração forçada.

O que é o estridor?

É um sinal clínico presente quando o agente agressor leva à obstrução da árvore respiratória situada entre a epiglote, a laringe e a traquéia. Neste caso, a dispnéia é decorrente da dificuldade para a **entrada do ar** nos pulmões, observando-se uma **inspiração** forçada.

Quais são os sinais clínicos de pneumonia?

a) crianças menores de dois anos

- sinais precedentes: são decorrentes do quadro de infecção viral de vias respiratórias superiores que leva à lesão da mucosa respiratória, facilitando a invasão do tecido pulmonar pela bactéria causadora de pneumonia. Incluem obstrução nasal, coriza hialina, inapetência, febre. A tosse costuma aparecer mais tardiamente;
- sinais indicativos de pneumonia: desconforto respiratório (batimento de asas de nariz, gemência, retração supraclavicular, intercostal ou subcostal), taquipnéia e cianose. A ausculta é freqüentemente normal nesta faixa etária, podendo ser encontrados diminuição do som correspondente à entrada de ar nos pulmões (murmúrio vesicular) e estertores crepitantes;

b) crianças maiores de dois anos

- depois de um quadro de infecção respiratória superior, aparece febre alta, taquipnéia e tosse não produtiva. As crianças podem assumir posição antidolorosa, devido à dor de origem pleural. O exame do tórax, nos primeiros dias do quadro, revela sinais de um pulmão mais sólido, devido ao quadro inflamatório de origem infecciosa (frêmito aumentado, sons tubulares e macicez). Com a melhora do quadro clínico, os estertores são mais facilmente ouvidos e os sinais de pulmão sólido desaparecem.

Quais são as alterações radiológicas da pneumonia?

É possível encontrar:

- condensação de um lobo inteiro (pneumonia lobar);

- condensação de pequenos segmentos pulmonares levando a borramento da imagem do coração (pneumonia de lobo médio), do músculo diafragma (pneumonia de lobo inferior) ou da parte superior do tórax (pneumonia de lobo superior);
- velamento dos seios costo-diafragmáticos (quando há derrame pleural associado).

Que condições clínicas podem ser confundidas com pneumonia bacteriana?

A prevalência de pneumonias virais é elevada (vírus sincicial respiratório, vírus para *influenza*, adenovírus) e são clinicamente muito parecidas. Além disto, a bronquiolite é um diagnóstico diferencial que deve ser lembrado, particularmente entre os menores de um ano de idade. Aspiração de corpo estranho, atelectasia pulmonar (colapso de um ou mais lobos pulmonares, por secreção respiratória espessa é o exemplo mais comum), abscesso pulmonar e tuberculose com pneumonia bacteriana secundária são outras doenças que podem ser confundidas com a pneumonia bacteriana.

Como é possível realizar o diagnóstico clínico e o tratamento da tosse ou dispnéia?

Observar os quadros abaixo, dependendo da presença ou ausência de estridor e sibilância.

Para a criança que está com tosse ou dispnéia (sem estridor ou sibilância)		
Sinais presentes	Diagnóstico	Tratamento
Tiragem subcostal	Pneumonia grave	Dar a primeira dose de antibiótico Referir com urgência a uma unidade hospitalar
Respiração rápida (2m-11m) ≥ 50 mpm (1a-4a) ≥ 40 mpm	Pneumonia	Dar antibiótico durante sete dias Aliviar a tosse com remédios caseiros Informar à mãe sobre quando retornar Se tiver sibilância, tratar com broncodilatador oral por três a cinco dias. Reavaliar em dois dias.
Sem tiragem subcostal ou respiração rápida	Infecção respiratória não complicada	Aliviar a tosse com remédios caseiros Informar à mãe sobre quando retornar Se não houver melhora do quadro, reavaliar em cinco dias.

Para a criança que está com sibilância

Resposta ao broncodilatador	Classificação	Tratamento
Criança não melhora, com até três nebulizações	Sibilância grave	Referir ao hospital
Criança melhora, mas mantém respiração rápida	Pneumonia com sibilância	Dar um antibiótico recomendado por sete dias Tratar com broncodilatador oral Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente Reavaliar em dois dias.
Criança melhora e não tem respiração rápida	Sibilância	tratar com broncodilatador oral Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente eavaliar em cinco dias.

Para a criança com estridor

Observar	Classificação	Tratamento
Torpor ou tiragem subcostal ou cianose	Estridor Grave	Referir ao hospital
Dificuldade para a entrada de ar em vias aéreas	Estridor	Tratar com inalações com soro fisiológico ou inalação de vapor em ambientes úmidos; Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente; reavaliar em cinco dias.

Quando a mãe de uma criança com pneumonia deve retornar para imediata reavaliação de seu filho?

Quando houver piora do estado geral, piora da febre ou aparecer dificuldade para respirar.

Quais são os antibióticos recomendados para o tratamento de pneumonia?

A primeira opção é a amoxicilina. Na falta da amoxicilina ou em casos de alergia a este antibiótico, utilizar a eritromicina. Em ambos os casos, o tratamento deve durar dez dias.

Idade ou Peso	Primeira opção amoxicilina (50mg/kg/dia) (8 em 8 horas)		Segunda opção eritromicina (40mg/kg/dia) (6 em 6 horas)
	Comprimido	Suspensão	Suspensão
2 a 11 meses	1/4	2,5	2,5
12 a 59 meses	1/2	5	5

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a criança com tosse ou dificuldade para respirar. Brasília, 2000.

Por que deve ser referida com urgência, a uma unidade hospitalar, uma criança com pneumonia grave, sibilância grave ou estridor grave?

Devido ao risco de óbito, mesmo que sejam instituídas no local as medidas terapêuticas indicadas para casos não graves.

Que critérios utilizar para reavaliar uma criança com pneumonia?

A febre deve desaparecer em até 48 horas após o início da antibioticoterapia. A frequência respiratória deve retornar ao normal neste período, caso não haja quadro de sibilância associado. A tosse pode demorar até duas semanas para desaparecer.

Como tratar uma criança com sibilância?

Administrar broncodilatador por via inalatória.

Usar tratamento oral se não estiver disponível por via inalatória.

Repetir a nebulização em intervalos de 20 minutos, por mais duas vezes, até que a criança melhore.

Medicamento	Tempo	Dose	Dose máxima recomendada
Fenoterol ou Salbutamol	10 a 20 minutos	1 gota para cada 3kg/ dose, em 5ml de soro fisiológico ou água esterilizada	10 gotas

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a diarreia. Brasília, 2000.

Menores de um ano: manter broncodilatador por dez dias.

Maiores de um ano: manter broncodilatador por sete dias.

Salbutamol	
Peso(kg)	Xarope (2mg/ 5ml)
3- 4,9	1,25
5 - 9,9	2,5

continuação

Salbutamol	
Peso(kg)	Xarope (2mg/ 5ml)
10 - 15,9	5
16 - 24,9	7,5
> 25	10

Como tratar uma criança com estridor?

A criança deve inalar pelo menos quatro vezes por dia, durante quatro dias, ar em ambiente úmido ou realizar inalações com soro fisiológico.

Deve ser mantida em ambiente tranquilo, pois a ansiedade ou agitação podem contribuir para o espasmo laríngeo.

Não deve receber medicamentos como mucolíticos, broncodilatadores e anti-histamínicos.

A mãe deve retornar ao serviço de saúde caso piore ou aumente a frequência respiratória, piore o estado geral ou o desconforto respiratório.

a) Referências bibliográficas

1. Campbell, H; Byass, P; Lamont, AC; Forgie, IM; O'Neill, KP; Lloyd-Evans, N; Greenwood BM. Assessment of clinical criteria for identification of severe acute lower respiratory tract infections in children. *Lancet*, 1(8633): 297-9, 1989.
2. Day, Y; Foy, HM; Zhu, Z; Chen, B; Tong, F. Respiratory rate and signs in roentgenographically confirmed pneumonia among children in China. *Pediatr Infect Dis J*, 14(1): 48-50, 1995.
3. Dirlewanger, M; Krahenbuhl, JD; Fanconi, S; Vaudaux, B; Gehri, M. Community-acquired pneumonia in children aged 2 months to 5 years: application of the WHO guidelines in a developed country setting (Switzerland). *Eur J Pediatr*, 161(8): 460-1, 2002.
4. Gadomski, AM; Khallaf, N; el Ansary, S; Black, RE. Assessment of respiratory rate and chest indrawing in children with ARI by primary care physicians in Egypt. *Bull World Health Organ*, 71(5): 523-7, 1993.
5. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a tosse e a dificuldade para respirar. Brasília, 2000.
6. Mulholland, EK; Simoes, EA; Costales, MO; McGrath, EJ; Manalac, EM; Gove, S. Standardized diagnosis of pneumonia in developing countries. *Pediatr Infect Dis J*, 11(2): 77-81, 1992.
7. O'Dempsey, TJ; Laurence, BE; McArdle, TF; Todd, JE; Lamont, AC; Greenwood, BM. The Effect of temperature reduction on respiratory rate in febrile illnesses. *Arch Dis Child*, 68(4): 492-5, 1993.

8. Saenz de Tejada, S. Management of acute respiratory infections in a Kaqchiquel community in Guatemala. *Rev Panam Salud Publica*, 1(4): 259-65, 1997.
9. Sehgal, V; Sethi, GR; Sachdev, HP; Satyanarayana L. Predictors of mortality in subjects hospitalized with acute lower respiratory tract infections. *Indian Pediatr*, 34(3): 213-9, 1997.
10. Shann, F; Barker, J; Poore, P. Clinical signs that predict death in children with severe pneumonia. *Pediatr Infect Dis J*, 8(12): 852-5, 1989.
11. Singhi, S; Dhawan, A; Kataria, S; Walia, BN. Validity of clinical signs for the identification of pneumonia in children. *Ann Trop Paediatr*, 14(1): 53-8, 1994.

4.4. Faringoamidalite aguda

Renato Minoru Yamamoto

O que vem a ser a faringoamidalite aguda?

A faringite aguda, ou infecção aguda da garganta, abrange toda infecção da faringe, incluindo os quadros denominados como amidalite ou faringoamidalite. O envolvimento da faringe ocorre na maioria das infecções do trato respiratório superior e também pode acompanhar infecções sistêmicas. Entretanto, o termo infecção aguda da garganta ou faringite aguda refere-se às situações clínicas em que o principal local acometido é a garganta.

Quais são os agentes causadores da faringoamidalite aguda?

A maioria das infecções agudas do trato respiratório é causada por vírus, inclusive a infecção aguda da garganta. O vírus influenza tem seu papel na infecção aguda de garganta associada particularmente a surtos epidêmicos e é encontrado em todo o mundo. Nos países tropicais, esta concentração ocorre nos meses chuvosos. As secreções respiratórias contendo grande quantidade do vírus levam à transmissão interpessoal por via aérea.

O vírus sincicial respiratório (VSR) é o principal agente causal da bronquiloite, mas pode estar implicado na etiologia da faringoamidalite aguda. Apresenta distribuição mundial e aparece em epidemias anuais. Estima-se que metade da população susceptível sofra infecção primária em cada epidemia, significando que antes dos dois anos de idade cada criança tenha desenvolvido pelo menos uma infecção por VSR.

Outros vírus implicados na amidalite são o vírus parainfluenza, que produz quadros de tosse coqueluchóide, além de doenças febris do trato respiratório superior; o adenovírus, que apresenta como principal manifestação clínica a faringite aguda e a febre faringoadenotconjuntival; os vírus Cocksackie A e Cocksackie B, pertencentes ao grupo dos enterovírus, que produzem quadros de faringite aguda. O homem é o único hospedeiro natural dos enterovírus humanos e a prevalência é inversamente proporcional à faixa etária.

O *Streptococcus* beta hemolítico do grupo A é um habitante natural da orofaringe, estando presentes em 15% a 20% das crianças. A faixa etária de maior incidência da faringoamidalite estreptocócica situa-se entre os cinco e os 15 anos de idade. A transmissão é feita por contato interpessoal, mediada por perdigotos; portadores do estreptococo em nariz ou garganta são disseminadores eficientes. Conseqüentemente, a aquisição desta bactéria é facilitada por habitações com número grande de pessoas, creches e escolas.

A seguir as principais apresentações clínicas da infecção aguda de garganta.

4.4.1. Faringoamidalite aguda bacteriana

O período de incubação da doença é de um a três dias. O quadro clínico varia conforme a faixa etária, sendo assim descritas três distintas apresentações clínicas, em menores de seis meses, entre crianças com idade variando dos seis meses aos três anos e em maiores de três anos.

Os achados mais sugestivos de faringite estreptocócica são evidências clínicas de faringite aguda, febre e ausência de coriza, tosse ou conjuntivite.

a) estreptococose (crianças menores de seis meses)

Quadro clínico insidioso e caracterizado por sintomas leves, incluindo febre abaixo de 39°C, coriza clara, irritabilidade, inapetência e outros sintomas inespecíficos. O quadro clínico é confundido com o do resfriado comum. A duração é de até quatro semanas;

b) estreptococose (crianças entre seis meses e três anos de idade)

O estado geral encontra-se mais comprometido do que no caso das crianças menores de seis meses. Também há coriza clara, irritabilidade, inapetência e outros sintomas inespecíficos. A febre chega até a 39,5°C nos primeiros dias, podendo alcançar dois meses de duração. Os linfonodos cervicais anteriores tornam-se progressivamente aumentados e dolorosos e sua evolução clínica é paralela à da febre. Neste caso, são comuns complicações locais como a otite média aguda e a sinusite;

c) faringite estreptocócica em maiores de três anos de idade

- sintomas: dor de garganta de aparecimento precoce (primeiras 12 horas), dor à deglutição, febre alta (> 39°C), indisposição, dor abdominal, vômitos;
- sinais: dois terços dos pacientes podem ter apenas hiperemia leve de pilares faríngeos, sem hipertrofia ou exsudato nas amídalas. Os sinais mais freqüentemente encontrados em pacientes com quadro clínico de faringoamidalite aguda bacteriana são exsudato formando placas em toda a superfície das amídalas, hiperemia difusa das amídalas e pilares faríngeos, linfonodos submandibulares aumentados e dolorosos e petéquias no palato mole.

4.4.2. Faringoamidalite aguda viral

- sintomas: febre, indisposição e anorexia são os sintomas iniciais. A dor de garganta aparece usualmente de um a dois dias depois.

São comuns tosse, rouquidão e rinite, podendo ocorrer conjuntivite. A presença de dois ou mais destes quatro sinais são indicativos de infecção viral. Conjuntivite, rinite, tosse, exantema, estomatite anterior, lesões ulcerativas e diarreia sugerem fortemente que a etiologia seja viral. A doença pode durar menos de 24 horas e geralmente não persiste mais do que cinco dias.

a) febre faringoconjuntival

- ocorre em associação com infecções produzidas pelo adenovírus, sorotipo 3. Esta síndrome apresenta características que a diferenciam de outros quadros descritos para a infecção aguda de garganta. Habitualmente, 90% das crianças cursa com febre, de duração prolongada, entre quatro e cinco dias. Além da faringite, observa-se conjuntivite, adenomegalia cervical posterior e rinite. A conjuntivite ocorre em 75% dos casos, comprometendo tanto a conjuntiva bulbar quanto a palpebral. A adenomegalia persiste por várias semanas depois do término da fase aguda da doença. A rinite aparece em 50% dos casos. Cerca de 75% dos pacientes apresenta alargamento e hiperemia do tecido linfóide situado na faringe posterior e dos pilares faríngeos;

b) herpangina

- caracteriza-se pelo súbito aparecimento de febre, de até 41°C, particularmente em lactentes. Vômito ocorre em 25% dos pacientes menores de cinco anos. Na maioria dos casos de herpangina, as lesões típicas estão presentes assim que se inicia o quadro febril. Começam como pápulas, que se transformam em vesículas e posteriormente ulceram, em intervalos de tempo curto. As lesões são pequenas, em média cinco por criança, variando de 1 a 14. Cada lesão tem um halo de hiperemia com até 10mm de diâmetro e localiza-se principalmente nos pilares faríngeos anteriores, mas podendo atingir a úvula, amídalas, *plato* mole e parede posterior da faringe. O restante da orofaringe pode ser normal ou levemente hiperemiada. A duração dos sintomas varia entre três e seis dias.

Quais são os principais sintomas e sinais utilizados no diagnóstico diferencial da faringo-amidalite aguda?

Em uma criança maior de dois anos, determinar se a criança apresenta:

- dor de garganta;
- exsudato amarelado nas amídalas;
- gânglios linfáticos cervicais anteriores ou submandibulares aumentados e dolorosos;
- hiperemia de pilares faríngeos ou amídalas.

Como realizar o diagnóstico a partir da avaliação de sinais e sintomas?

O quadro abaixo deve ser utilizado para criança **maiores** de dois anos de idade.

Sinais e Sintomas	Diagnóstico	Tratamento
Presença de gânglios submandibulares aumentados e dolorosos e/ou exsudato na garganta e ausência de tosse, coriza ou rouquidão	Faringoamidalite aguda bacteriana	Amoxicilina via oral Dar paracetamol para dor e febre
Presença de Hiperemia de garganta ou dor de garganta Pode haver: Tosse, coriza ou rouquidão	Faringoamidalite aguda viral	Dar paracetamol para dor e febre. Aconselhar a mãe sobre os cuidados em casa. Oferecer líquidos adicionais.
Ausência de: - gânglios submandibulares aumentados e dolorosos; - exsudato na garganta; - hiperemia de garganta; - dor de garganta.	Sem faringite	Dar paracetamol para a dor. Aconselhar a mãe sobre os cuidados em casa.

Quais as medidas terapêuticas para a faringoamidalite aguda?

a) faringoamidalite aguda bacteriana

- dar amoxicilina via oral, de 8 em 8 horas por 10 dias;
- dar paracetamol para controlar a febre e a dor de garganta.

A antibioticoterapia diminui a chance de complicações locais, como é o caso do abscesso periamidaliano. O tratamento iniciado até nove dias após o início dos sintomas é eficaz na prevenção das seqüelas a longo prazo da febre reumática. Após o início do tratamento antibioticoterápico, há uma diminuição da intensidade dos sintomas evidente em até 24 horas e redução do período sintomático em média de um dia e meio. Cerca de 80% das culturas de orofaringe são negativas para o *Streptococcus* beta hemolítico do grupo A 24 horas depois de iniciado o tratamento com antibióticos. Assim, caso a criança frequente uma creche ou escola, recomenda-se afastamento por 24 horas a partir do início da terapêutica específica.

A primeira opção é a amoxicilina. Na falta da amoxicilina ou em casos de alergia a este antibiótico, utilizar a eritromicina. Em ambos os casos, o tratamento deve durar dez dias.

Idade ou Peso	Primeira opção Amoxicilina (50mg/kg/dia) (8 em 8 horas)		Segunda opção Eritromicina (40mg/kg/dia) (6 em 6 horas)
	Comprimido	Suspensão	Suspensão
2 a 11 meses	1/4	2,5	2,5

Idade ou Peso	Primeira opção Amoxicilina (50mg/kg/dia) (8 em 8 horas)		Segunda opção Eritromicina (40mg/kg/dia) (6 em 6 horas)
	Comprimido	Suspensão	Suspensão
12 a 59 meses	1/2	5	5

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a criança com tosse ou dificuldade para respirar. Brasília, 2000.

b) faringoamidalite aguda viral

- dar paracetamol para controlar a febre e a dor de garganta;
- a criança permanece transmissora da doença por vários dias;
- explique à mãe porque este tipo de problema de garganta não deve ser tratado com antibiótico;

c) em Faringite

- aconselhar à mãe sobre os cuidados a ser tomados com a criança em casa.

Paracetamol (10mg/kg/dose) (intervalo mínimo de seis horas)	Dipirona (12mg/kg/dose) (intervalo mínimo de seis horas)
Solução oral (gotas) = 200mg/ml = 1gota/ kg/dose	Solução oral (gotas) = 500mg/ml = 1gota/ 2kg/dose

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a criança com tosse ou dificuldade para respirar. Brasília, 2000.

Que orientações podem ser realizadas para o tratamento da criança em casa?

Durante a fase aguda da doença, é comum que as crianças queiram permanecer em repouso, devido ao mal-estar e às dores no corpo.

Gargarejo com solução salina morna oferece alívio sintomático da infecção de garganta. Deve ser mantida a alimentação habitualmente oferecida à criança fora de períodos de doença, pois a falta de apetite que comumente acompanha episódios infecciosos já pode levar a criança a comprometer seu estado nutricional, pela perda de peso. Devido à dor durante a deglutição, alimentos líquidos ou pastosos e frios são mais bem aceitos do que os quentes e sólidos.

Explicar à mãe que a inflamação da garganta é temporária e que a dor de garganta somente deve ser tratada com analgésicos ou com o uso de solução salina em gargarejo. Esclarecer que os antiinflamatórios são medicamentos contra-indicados para a infecção aguda de garganta, pois, apesar de sua atividade analgésica, expõem desnecessariamente a criança a elevado risco de lesões gástricas hemorrágicas e de erupção cutânea a drogas.

Quando a criança deve ser reavaliada?

Imediatamente, caso apareçam sinais de piora do quadro clínico (vômitos, letargia, dispnéia).

Fazer seguimento dois dias depois se persistir a febre.

a) Referências bibliográficas

1. Nawaz, H; Smith, DS; Mazhari, R; Katz, DL. Concordance of clinical findings and clinical judgment in the diagnosis of streptococcal pharyngitis. *Acad Emerg Med*, 7(10): 1104-1109, 2000.
2. Pichichero, ME. Group A beta-hemolytic streptococcal infections. *Pediatr Rev*, 19(9): 291-302, 1998.
3. República Argentina. Ministério de Salud y Acción Social de La Nación. Secretaría de Programas de Salud. Subsecretaria de Atención Comunitaria. Evaluar y clasificar los problemas de garganta. In: Atención Integrada a Las enfermedades prevalentes de la Infancia. Evaluar y clasificar al niño enfermo de 2 meses a 4 años de edad. Buenos Aires, 1999.
4. Santos, VP. Estreptococcias. *J Pediatr*, 75(1): 103-113, 1999.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Científico. Otorrinolaringologia. Recomendações para o uso adequado de antibiótico nas infecções otorrinolaringológicas da criança. Setembro de 2003.
6. Steinhoff, MC; Abd el Khalek, MK; Khalaff, N; Hamza, HS; el Ayadi, A; Orabi, A; Fouad, H; Kamel, M. Effectiveness of clinical guidelines for the presumptive treatment of streptococcal pharyngitis in Egyptian children. *Lancet*, 350(9082): 918-921, 1997.
7. Snellman, LW; Stang, HJ; Johnson, DRE; Kaplan, EL. Duration of positive throat cultures for group A streptococci after initiation of antibiotic therapy. *Pediatrics*, 91(6): 1166-1170, 1993.
8. Yamamoto, RM; Terra, VM. Doenças prevalentes em creches. In: Bricks, LFB; Cervi, ML. Atualidades em Doenças Infecciosas, manejo e prevenção. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p.79-98.

4.5. Infecção aguda de ouvido

Renato Minoru Yamamoto

Qual é a faixa etária mais atingida pelos problemas agudos de ouvido?

Entre 6 e 36 meses. Na criança de baixa idade, a tuba auditiva (trompa de Eustáquio), responsável pela aeração, drenagem de secreções e proteção contra o refluxo de secreções da nasofaringe para o ouvido médio, funciona mal.

Que situações pioram ainda mais o funcionamento da tuba auditiva?

Aleitamento na posição de decúbito horizontal (criança deitada), infecções de vias aéreas superiores, rinite alérgica e hipertrofia de adenóide.

Quais são os sinais clínicos de infecção aguda de ouvido?

- febre;
- dor de ouvido;
- irritabilidade;
- dificuldade para dormir;
- recusa alimentar;
- diminuição da capacidade auditiva;
- sintomas prévios de infecção de vias respiratórias superiores: tosse, coriza ou obstrução nasal.

Que sintomas referidos pelos pais apresentam melhor correlação com a presença de infecção aguda de ouvido?

- alteração do humor (criança irritada);
- dor de ouvido;
- dificuldade para dormir.

Como é a membrana timpânica normal?

É de cor acinzentada, de aspecto fosco (translúcido), não tem avermelhamento e possui um brilho em sua parte inferior.

Que alterações podem ser observadas na otoscopia de uma criança com problema agudo de ouvido?

Em ordem de aparecimento, observa-se:

- diminuição do brilho da membrana timpânica;
- avermelhamento da membrana timpânica;
- a membrana timpânica fica esbranquiçada (opacificada);
- abaulamento da membrana timpânica;
- secreção leitosa (líquida, viscosa e esbranquiçada) no conduto auditivo.

Como classificar e tratar os problemas agudos de ouvido?

Tumefação dolorosa atrás da orelha	Mastoidite	Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado. Dar uma dose de analgésico. Referir urgentemente ao hospital.
Secreção purulenta visível no ouvido há menos de 14 dias ou avermelhamento e opacidade de membrana timpânica	Infecção Aguda do ouvido	Dar um antibiótico recomendado por 10 dias. Dar analgésico para dor. Secar o ouvido com mechas, se houver secreção. Reavaliação em cinco dias.
Dor no ouvido sem alterações de otoscopia e sem secreção purulenta no ouvido	Possível infecção aguda de ouvido	Dar analgésico para dor. Reavaliar a criança em dois dias.

A primeira opção é a amoxicilina. Na falta da amoxicilina ou em casos de alergia a este antibiótico, utilizar o cloranfenicol. Em ambos os casos, o tratamento deve durar dez dias.

Idade ou Peso	Primeira opção Amoxicilina (50mg/kg/dia) (8 em 8 horas)		Segunda opção eritromicina (40mg/kg/dia) (6 em 6 horas)
	Comprimido	Suspensão	Suspensão
2 a 11 meses	1/4	2,5	2,5
12 a 59 meses	1/2	5	5

Dar analgésico nas primeiras 24 horas de antibioticoterapia, pois, neste período, a criança ainda apresentará dor de ouvido. Nesta fase do tratamento, o uso de analgésicos permitirá que a criança aceite melhor a alimentação, volte a brincar e tenha sono mais tranquilo.

Paracetamol (10mg/kg/dose) (intervalo mínimo de 6 horas)	Dipirona (12mg/kg/dose) (intervalo mínimo de 6 horas)
Solução oral (gotas) = 200mg/ml = 1 gota/kg/dose	Solução oral (gotas) = 500mg/ml = 1 gota/2kg/dose

A infecção aguda de ouvido pode ser tratada com antibiótico local (gotas)?

Não. A aplicação tópica não atinge os tecidos acometidos pela infecção, mesmo em caso de infecção supurada, sendo necessária o uso oral.

Como saber se o tratamento está sendo bem-sucedido?

A febre e a dor de ouvido deverão desaparecer em até 48 horas a partir do início do tratamento com antibiótico oral.

O desaparecimento das alterações vistas na otoscopia pode ser usado como critério de cura do quadro agudo?

Não. O avermelhamento pode demorar até um mês. A cor, o aspecto translúcido e o reflexo luminoso podem demorar até dois meses para voltar às suas características habituais. Caso a otoscopia permaneça alterada dois meses depois do tratamento realizado, referir para consulta com pediatra.

a) Referências bibliográficas

1. Heikkinen, T; Ruuskanen, O. Signs and symptoms predicting acute otitis media. Arch Pediatr Adolesc Med, 149(1): 26-29, 1995.
2. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e os problemas do ouvido. Brasília, 2000.
3. Uhari, M; Mantysaari, K; Niemela, M. A Meta-analytic review of the risk factors for acute otitis media. Clin Infect Dis, 22(6): 1079-1083, 1996.
4. Yamamoto, RM; Terra, VM. Doenças prevalentes em creches. In: Bricks, LFB; Cervi, ML. Atualidades em Doenças Infecciosas, manejo e prevenção. Sociedade de Pediatria de São Paulo. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p.79-98.

4.6. Sinusite aguda

Renato Minoru Yamamoto.

Quais são as crianças mais propensas a desenvolver sinusite aguda?

- as crianças com história pessoal/familiar de rinite alérgica, hipertrofia de adenóide, desvio de septo nasal;
- convívio com fumantes;
- infecções de vias aéreas freqüentes.

Qual é o quadro clínico da sinusite aguda na criança?

A criança tem inicialmente sintomas gripais (tosse, coriza hialina e febre nos primeiros três dias do quadro). A tosse torna-se produtiva, piora a partir da segunda semana e pode reaparecer a febre. As crianças maiores podem relatar dor de cabeça.

Pode haver referência de mau hálito. No exame físico, ao se abaixar a língua da criança com uma espátula, pode ser observada secreção amarelada ou esverdeada descendo na garganta (sinal da vela). A ausência de secreção purulenta descendo na garganta não afasta o diagnóstico de sinusite.

Quais são os seios paranasais visíveis na avaliação radiológica?

Desde o nascimento, os seios maxilares e os seios etmoidais anteriores têm importância clínica. Recomenda-se a utilização da radiografia de seios paranasais como método auxiliar para o diagnóstico somente em crianças maiores do que dos anos de idade. Os seios etmoidais anteriores podem ser vistos próximo à imagem correspondente às fossas nasais. Os seios frontais começam a se desenvolver a partir dos sete anos de idade.

Quais são as alterações radiológicas da sinusite aguda?

- velamento dos seios paranasais.
- espessamento da mucosa que reveste os seios paranasais.

Como realizar o diagnóstico da sinusite aguda?

Observar o quadro a seguir

Classificar		Tratar
Tosse há mais de 15 dias e pelo menos um dos seguintes sinais: • febre atual; • secreção nasal purulenta; • secreção purulenta retrofaríngea.	Sinusite aguda	Dar um antibiótico oral recomendado por 14 dias. Dar antitérmico se houver febre. Reavaliar em três dias.
Tosse há mais de 15 dias Sem febre atual, secreção nasal purulenta ou secreção purulenta retrofaríngea	Infecção respiratória prolongada	Dar remédios inócuos para aliviar a tosse. Reavaliar em cinco dias se não houver melhora.

Quais são os antibióticos recomendados na sinusite aguda?

Idade ou Peso	Primeira opção amoxicilina (50mg/kg/dia) (8 em 8 horas)		Segunda opção Eritromicina (40mg/kg/dia) (6 em 6 horas)
	Comprimido	Suspensão	Suspensão
2 a 11 meses	1/4	2,5	2,5
12 a 59 meses	1/2	5	5

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a criança com tosse ou dificuldade para respirar. Brasília, 2000.

Como saber se o tratamento da sinusite aguda está sendo bem-sucedido?

Pelo desaparecimento da febre em até 48 horas. Diminuição da tosse e da secreção purulenta a partir de três dias de quadro e desaparecimento em até 10 dias.

a) Referências bibliográficas

1. American Academy of Pediatrics. Subcommittee on management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. Clinical practice guideline: management of sinusitis. Pediatrics, 108(3): 798-808, 2001.
2. Blumer, J. Clinical perspectives on sinusitis and otitis media. Pediatr Infect Dis J, 17(8 suppl): S68-72, 1998.
3. Dosh, AS; Hickner, JM; Mainous, AG; Ebell, MH. Predictors of antibiotic prescribing for nonspecific upper respiratory infections, acute bronchitis and acute sinusitis. An UPRNet study. Upper Peninsula Research Network. J Fam Practice, 49(5): 407-414, 2000.
4. Ioannidis, JP; Lau, J. Technical report: evidence for the diagnosis and treatment of acute uncomplicated sinusitis in children: a systematic overview. Pediatrics, 108(3): E57, 2001.
5. Sociedade Brasileira de Pediatria. Documento Científico. Otorrinolaringologia. Recomendações para o uso adequado de antibiótico nas infecções otorrinolaringológicas da criança. Setembro de 2003.
6. Wald, ER; Chiponis, D; Ledesma Medina, J. Comparative effectiveness of amoxicillin and amoxicillin-clavulante potassium in acute paranasal sinus infections in children: a double-blind, placebo controlled trial. Pediatrics, 77: 795-800, 1986.



Parte 5: Problemas comuns em ambulatório pediátrico

5.1. Distúrbios nutricionais

5.1.1. Desnutrição e avaliação nutricional

Renato Minoru Yamamoto

O que é a desnutrição?

É definida pela Organização Mundial de Saúde como uma síndrome caracterizada por deficiência simultânea de calorias e proteínas, particularmente em crianças de pouca idade e comumente associada a quadros infecciosos.

Está diminuindo a prevalência de desnutrição infantil no Brasil? E entre as crianças indígenas?

Sim, em decorrência da melhoria geral de condições de vida, isto é, elevação da renda *per capita*, acesso a serviços de saúde, melhoria da cobertura vacinal.

Entre as crianças indígenas, a desnutrição ainda é a principal doença nutricional e está diretamente relacionada à manutenção de elevados índices de mortalidade infantil.

Como fazer o diagnóstico da desnutrição baseado na avaliação do peso da criança?

Utilize os gráficos de peso (sexo masculino e feminino) construídos a partir dos valores do referencial NCHS, adotado em todo o Brasil pelo Ministério da Saúde, classificando o estado nutricional nas seguintes categorias:

- peso muito baixo para a idade: peso abaixo do percentil 1;
- peso baixo para a idade: peso igual ou maior do que o percentil 1 e menor do que o percentil 3;
- peso não é baixo para a idade: peso no mínimo igual ao percentil 3;
- além da classificação pelo peso atual da criança, é preciso classificar a criança segundo a evolução do peso entre a consulta anterior e a atual.

Coloque um ponto no gráfico correspondente ao ponto de junção de linha vertical (idade da criança em meses), com a linha horizontal (peso em quilos). Se a criança tiver um ponto anterior, determinado até três meses antes do ponto atual, una-os e observe a inclinação da linha obtida. Determine o tipo de inclinação da linha obtida, comparando-a com a inclinação da curva correspondente ao percentil 10:

- ganho de peso adequado: curva ascendente;
- ganho insuficiente de peso: curva estacionária ou descendente.

As crianças com ganho insuficiente de peso, se não forem classificadas como portadoras de desnutrição grave ou peso muito baixo, receberão as orientações previstas para as crianças classificadas como de “peso baixo”; crianças com ganho de peso adequado, se não forem classificadas como desnutridas pelo peso atual, receberão as orientações previstas para as crianças com “peso não é baixo”.

Como realizar o diagnóstico clínico da desnutrição?

Nos casos de desnutrição leve, o diagnóstico é baseado no peso atual e na evolução do peso da criança. Pode haver diminuição da atividade física, mas este é um sintoma inespecífico.

As crianças com desnutrição grave podem ser classificadas segundo o tipo em marasmo e kwashiorkor.

a) marasmo:

- emagrecimento acentuado (pele frouxa. Os coxins adiposos das bochechas são os últimos a perder gordura. O abdome pode estar distendido ou plano. Ocorre atrofia muscular, levando a hipotonia);
- apatia;

b) kwashiorkor

- edema de membros inferiores;
- cabelos finos e quebradiços;
- máculas hiperocrômicas (áreas expostas) e hipocrômicas (áreas não expostas à luz solar);
- apatia.

Que complicações a desnutrição traz para a criança?

- a criança adoece mais facilmente, pela queda da imunidade;
- diarreia crônica, pela diminuição da concentração de enzimas intestinais causada pela reduzida espessura da borda em escova do epitélio intestinal;

- hipoglicemia. Pode acometer o desnutrido grave e o dano cerebral é a sua mais temível consequência;
- hipotermia;
- comprometimento do crescimento físico. Na idade adulta, o seu peso e estatura finais serão menores do que o esperado pelo seu potencial genético.

Desnutrição é causada apenas por falta de alimentação decorrente da falta de recursos econômicos?

Não. Sem dúvida, a desnutrição é mais freqüente em populações de baixa renda do que em populações de média ou alta renda. Entretanto, mesmo em situações de miséria (renda *per capita* < 0,25), existem desde crianças não desnutridas, crianças levemente desnutridas até crianças com desnutrição grave. Portanto, a baixa renda e a conseqüente menor disponibilidade de alimentos propicia maior freqüência da desnutrição em uma comunidade, mas não justifica as diferentes condições nutricionais observadas num mesmo estrato econômico.

O que explica então porque, em populações onde todos têm baixa renda, algumas crianças desenvolvam desnutrição e outras não?

A aptidão ou não da mulher em exercer sua função materna. Particularmente nos primeiros dois anos de vida, faixa etária em que a desnutrição é mais prevalente e pode incidir em suas formas graves, a criança é mais dependente de sua mãe para sobreviver e receber as melhores condições possíveis para a sua condição de renda. O fraco vínculo mãe-filho seria o principal fator associado à desnutrição, pois a criança, não tendo todas as suas necessidades priorizadas e atendidas, fica exposta aos fatores adversos do meio ambiente. Sem sua principal aliada na luta pela sobrevivência e por uma vida digna, poderá não ser alimentada adequadamente, não ter horários de lazer e sono respeitados, não será protegida contra adversidades provocadas por mudanças do tempo, não ter, dentro do possível, um ambiente físico voltado para a proteção contra doenças e acidentes.

Qual a abordagem comum a todos os casos de desnutrição?

- analise e procure fortalecer o vínculo mãe-filho. Sendo a afetividade materna pelo seu filho um dos principais fatores de proteção para a sua saúde, um fraco vínculo mãe-filho encontra-se na raiz da maior parte dos casos de desnutrição. Este fraco vínculo mãe-filho contribuiria para expor a criança a cuidados insuficientes de higiene pessoal, ambiental, alimentares, de proteção anti-infecciosa, além de insegurança afetiva.
- avalie a evolução da afetividade da mãe em relação a de seu filho desde o momento da concepção. Investigue se a gestação foi desejada e principalmente se foi aceita. Verifique os cuidados que a mãe tomou antes do nascimento de seu filho: em que época foi feito o diagnóstico de gravidez; quando foi iniciado o pré-natal e

se houve acompanhamento pré-natal regular; como foi a escolha e em que época ficou decidido o seu nome. Avalie como foram os cuidados com a criança após seu nascimento: apesar de eventuais dificuldades durante a gestação, pergunte se a criança foi aceita pela mãe; qual o sentimento da mãe em relação ao seu filho durante as suas diferentes etapas de vida;

- pergunte se a mãe foi apoiada durante a gestação e após o nascimento pelo pai, pelos avós e por outros membros da família, inclusive, eventualmente, no cuidado de outros filhos que possuía;
- observe os cuidados prestados pela mãe ao seu filho durante a consulta, incluindo a maneira de olhar, falar, de tocar, tirar e colocar a roupa. Se houver recursos disponíveis no serviço de saúde, observar como a mãe oferece uma dieta ou mesmo como dá banho em seu filho;
- Coloque-se à disposição da mãe para apoiá-la em todos os aspectos relativos aos cuidados da criança desnutrida. A mãe, ao se sentir mais segura em função de seu apoio, poderá modificar seu comportamento em relação à criança, colocando a favor de seu filho todos os recursos disponíveis em sua casa e poderá ser estimulada a buscar recursos em sua comunidade para a sua recuperação nutricional;
- trate condições freqüentemente associadas à desnutrição, tais como anemia, hipovitaminose A, raquitismo, parasitoses intestinais e doenças respiratórias. Entretanto, como estamos falando de desnutrição primária, é muito comum tratarmos todas estas doenças e a criança continuar desnutrida, caso a afetividade da mãe pelo filho não seja abordada e a rotina de vida da família não passe a priorizar os cuidados necessários a uma melhor qualidade de vida para a criança;
- é necessário perseverar, não desistir até alcançar a melhoria do estado nutricional da criança. O processo é habitualmente longo. Nos primeiros meses, o processo é interrompido e a melhoria do estado nutricional pode levar seis meses a um ano.

Quais condutas adotar de acordo com a classificação do estado nutricional?

a) desnutrição grave

- dar vitamina A;
- tratar a criança para evitar hipoglicemia;
- recomendar à mãe manter a criança agasalhada;
- referir urgentemente ao hospital;

b) peso muito baixo

- avaliar a alimentação da criança e ensinar à mãe a tratar a criança com peso muito baixo em casa conforme o quadro aconselhar a mãe “ensinar a mãe a tratar a criança com peso muito baixo”;
- marcar retorno em cinco dias para crianças < 6 meses, se a amamentação for um problema, marcar retorno em dois dias;

c) peso baixo ou ganho insuficiente

- avaliar a alimentação da criança e ensinar à mãe a tratar a criança com peso muito baixo em casa conforme o quadro aconselhar a mãe “recomendações para a alimentação da criança” se tem problemas de alimentação, marcar retorno em cinco dias;
- marcar retorno em 30 dias para crianças < 6 meses, se a amamentação for um problema, marcar retorno em dois dias;

d) Peso não é baixo

- se a criança tiver menos de dois anos de idade, avaliar a sua alimentação e orientar a mãe conforme o quadro aconselhar a mãe “recomendações para a alimentação da criança”.

Por que referir urgentemente ao hospital as crianças gravemente desnutridas?

Estas crianças geralmente eram portadoras de formas mais brandas de desnutrição e apresentam uma piora da condição nutricional devido à incidência de doenças infecciosas, como é o caso da diarreia aguda, ou respiratórias, como a pneumonia. Os estudos realizados a respeito da evolução de crianças que alcançam esta grave condição clínica, marasmo ou kwashiorkor, revelam uma elevada possibilidade de óbito nos próximos dias, caso não haja pronta intervenção. Portanto, estes casos devem ser considerados como emergência médica.

Por que é importante dar a vitamina A para crianças com desnutrição grave?

Crianças gravemente desnutridas apresentam freqüentemente hipovitaminose A associada, piorando o seu prognóstico. A vitamina A será administrada para crianças que não receberam doses terapêuticas de vitamina A nos últimos 30 dias. Sua administração propiciará para estas crianças a normalização do processo de queratinização, a reparação de tecidos do trato respiratório, incluindo garganta e pulmões, aumentando a resistência a infecções, e digestivo, particularmente boca e intestinos. As manifestações oculares, a xerose conjuntival, corneana e especialmente a opacificação da córnea, relacionada à perda da visão, poderão ser evitadas pela administração de vitamina A.

- dar vitamina A

Dar uma dose única. Administrá-la no serviço de saúde

Vitamina A		
Idade	Solução oral	Drágea
	50.000 UI/ampola	50.000 UI/drágea
< 6 meses	1	1
6 a 11 meses	2	2
1 a 4 anos	4	4

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a criança com desnutrição e anemia. Brasília, 2000.

Se a criança apresentar, além da desnutrição grave, sinais de opacificação corneana, deverá receber uma segunda dose 24 horas após ter recebido a primeira dose e uma terceira dose quatro semanas após a segunda ter sido administrada.

Quais são os sinais e sintomas da hipoglicemia?

O reconhecimento e a avaliação dos sintomas atribuídos à hipoglicemia são difíceis no recém-nascido e nos lactentes menores de um ano de idade. Os sintomas da hipoglicemia são ocasionados por distúrbios no sistema nervoso central. O tecido nervoso tem pouco carboidrato armazenado e somente pode utilizar a glicose como fonte de energia. Sudorese, palidez, fadiga e taquicardia são decorrentes da liberação de epinefrina como resposta à hipoglicemia. Além disto, como manifestações da disfunção do sistema nervoso, pode haver irritabilidade, convulsão mental, convulsões e coma.

Por que devem ser adotadas medidas para evitar hipoglicemia em crianças gravemente desnutridas?

O dano cerebral é a consequência mais temível da hipoglicemia. Quanto mais baixa for a idade da criança comprometida, mais intenso ou prolongado for o quadro hipoglicêmico, mais provável é a ocorrência do dano ao sistema nervoso como uma seqüela, manifestada no futuro como retardo global do desenvolvimento, problemas de aprendizado ou comportamento, ataxia e convulsões.

Os desnutridos graves apresentam risco elevado para hipoglicemia. Desta forma, a prevenção da hipoglicemia é parte importante das medidas terapêuticas adotadas antes de se referir urgentemente a criança ao hospital.

Como tratar a hipoglicemia?

dar leite materno, substituto do leite materno ou água açucarada, mesmo que em pequenas quantidades, proporcionam oferta de carboidratos para auxiliar a prevenir ou tratar a hipoglicemia. Este tratamento é administrado apenas uma vez antes da criança ser referida ao hospital (ver quadro a seguir).

- tratar a criança para evitar hipoglicemia;
 - se a criança consegue mamar no peito;
pedir à mãe que amamente a criança no peito.
 - se a criança não consegue mamar no peito, mas consegue engolir;
dar leite materno extraído ou, na impossibilidade, outro leite.
 - se não houver disponibilidade de leite, dar água açucarada;
dar 30ml-50ml de leite ou água açucarada antes da criança partir.

- para preparar água açucarada: dissolver 4 colheres de chá rasas de açúcar (20g) em uma xícara com 200ml de água potável.

Se a criança não consegue engolir:

Dar 50ml de leite ou água açucarada através de conta gotas ou sonda nasogástrica.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a criança com desnutrição e anemia. Brasília, 2000.

Quantidades recomendadas por dia, de acordo com o peso da criança:

Peso (kg)	Volume diário (ml)	Volume por refeição (ml)	Volume por refeição (copo de 200ml)
3-5	600	100	1/2
	804	134	2/3
	1200	200	1

Ensinar a mãe a tratar a criança com peso muito baixo

Se a criança estiver mamando, estimular a mãe a oferecer o peito antes da dieta.

Quais são os alimentos disponíveis? Utilizar a informação para selecionar as dietas

As dietas devem ser variadas nos dias da semana, para evitar monotonia alimentar

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a criança com desnutrição e anemia. Brasília, 2000.

Como posso determinar se o processo de recuperação nutricional está sendo bem-sucedido?

O processo de recuperação nutricional será avaliado a partir da obtenção do ganho de peso, em gramas por quilo de peso por dia, utilizando a seguinte equação:

$$\frac{(\text{Peso atual} - \text{Peso inicial})}{\text{Peso inicial/número de dias}}$$

A criança com peso muito baixo deve manter a dieta prescrita até o primeiro retorno, cinco dias após o início do tratamento. Nesta ocasião, reavaliar a criança e calcular a média de ganho de peso diário. Se tiver ganho mais de 5g/kg/dia, pode-se considerar que a criança tenha iniciado o processo de recuperação nutricional em função das medidas terapêuticas instituídas. Deve-se então dar um retorno positivo à mãe, elogiando-a, reforçando as recomendações já realizadas e programar novos retornos em 14 dias e 30 dias. No retorno programado para 14 dias, começar a suplementação de ferro, vitaminas e outros sais minerais.

Se, no retorno de cinco dias, o ganho de peso for inferior a 5g/kg/dia, fazer perguntas de verificação para averiguar se as recomendações foram bem compreendidas e além disto, se foram seguidas, reforçar as orientações, apoiar a mãe em suas eventuais dificuldades e marcar um novo retorno em cinco dias.

Crianças com desnutrição leve podem ter seqüelas?

Sim. Embora esta forma de desnutrição não esteja associada a mortes na infância, o retardo de crescimento causado pela doença, habitualmente, não é revertido e o peso e a estatura finais do indivíduo serão menores do que os observados para adultos que não sofreram desnutrição na infância.

a) Referências bibliográficas

1. Batista Filho, M. Prevalência e estágios da desnutrição protéico-calórica em crianças da cidade de São Paulo (Tese de Doutorado). São Paulo: USP, 1976.
2. Bern, C; Zucker, JR; Perkins, BA; Otieno, J; Oloo, AJ; Yip, R. Assessment of potential indicators for protein-energy malnutrition in the algorithm for integrated management of childhood illness. (Integrated management of childhood illness: a WHO/ Unicef Initiative). Bulletin of the World Health Organization, 75(suppl 1): 87-94, 1997.
3. Campos, ALR; Nascimento, CFL; Grazini, JT; Assis, AN; Vítolo, MR; Nóbrega, FJ. Aspectos nutricionais, psicológicos e sociais de mães de crianças desnutridas. J Ped, 71(4): 214-218, 1995.
4. Carrazza, FR. Desnutrição. In: Marcondes, M. Pediatria Básica. 8ª edição. São Paulo: Editora Sarvier, 1994.
5. Coimbra Jr, CEA; Santos, RV. Avaliação do estado nutricional num contexto de mudança socioeconômica: o grupo indígena Suruí do Estado de Rondônia, Brasil. Cad Sau Pub, 7(4): 538-562, 1991.
6. Florêncio, TMMT; Ferreira, HS; França, APT; Cavalcante, JC; Sawaya, AL. Obesity and undernutrition in a very low-income population in the city of Maceió, northeastern, Brazil. Brit J Nutr, 86: 277-283, 2001.
7. Gove, S. Integrated management of childhood illness by outpatient health workers: technical basis and overview. (Integrated management of childhood illness: a WHO/ Unicef Initiative). Bulletin of the World Health Organization, 75(suppl 1): 7-24, 1997.
8. Istria, J; Gazin, P. O Estado nutricional de crianças Yanomani do Médio Rio Negro, Amazônia. Rev Soc Bras Med Trop, 35(3): 233-236, 2002.
9. Martins, SJ; Menezes, RC. Evolução do estado nutricional de menores de cinco anos em aldeias indígenas da tribo Parakanã, na Amazônia oriental brasileira (1989-1991). Rev Sau Pub, 28(1): 1-8, 1994.

10. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a desnutrição e a anemia. Brasília, 2000.
11. Mondini, L; Monteiro, CA. The Stage of nutrition transition in different Brazilian regions. *Arch Latinoam Nutr*, 47(2 suppl 1): 17-21, 1997.
12. Monteiro, CA; Mondini, L; Torres, MA; Reis, IM. Patterns of intrafamiliar distribution of undernutrition: methods and applications for developing societies. *Eur J Clin Nutr*, 51(2): 800-803, 1997.
13. Moraes, MB; Fagundes Neto, U; Baruzzi, RG; Prado, COM; Wehba, J; Silvestrini, WS. Estado nutricional de crianças índias do Alto Xingu e avaliação do uso do perímetro braquial no diagnóstico da desnutrição protéico-calórica. *Rev Paul Med*, 108(6): 245-251, 1990.
14. Nóbrega, FJ. Distúrbios nutricionais e fraco vínculo mãe-filho. Rio de Janeiro: Ed Revinter, 1996. 70 p.
15. Nóbrega, FJ; Vítolo, MR; Brasil, ALD; Lopez, FA. Condição nutricional de mães e filhos: relação com o peso de nascimento, variáveis maternas e sócio-econômicas. *J Ped*, 67(9/10): 288-296, 1991.
16. Organización Mundial de la Salud. Medicion del cambio del estado nutricional. Ginebra: OMS, 1983.
17. Organização Panamericana da Saúde. Divisão de Promoção e Proteção de Saúde. Programa de Saúde Familiar e População. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância. Promoção do Crescimento e Desenvolvimento Integral de Crianças e Adolescentes. Washington, D. C.: OPAS, 2000.
18. República Argentina. Ministerio de Salud y Acción Social de La Nación. Secretaría de Programas de Salud. Subsecretaria de Atención Comunitaria. Evaluar y clasificar los problemas de nutrición. In: Atención Integrada a las enfermedades prevalentes de la Infancia. Evaluar y clasificar al niño enfermo de 2 meses a 4 años de edad. Buenos Aires, 1999.
19. Silva, IF; Campos, AL; Nóbrega, FJ. Avaliação das características psicológicas de mães de desnutridos internados em enfermaria. *Rev Paul Ped*, 13(1): 6-9, 1995.
20. Yamamoto, RM; Santos, JM; Contim, D; Cardoso, I; Silva, MLS; Castiglioni, MSG; Conceição, EM; Anzai, IMN; Santos, MG; Douek, PC; Leone, C. Abordagem multiprofissional da desnutrição energético-protéica em uma unidade básica de saúde: relato de uma experiência. *Pediatrics (São Paulo)*, 20(4), 1998.

Como é definida anemia entre crianças?

A anemia é definida segundo a faixa etária. É considerada portadora de anemia toda criança que apresente valores de hemoglobina, em gramas por decilitro, abaixo do percentil 3 da curva de distribuição populacional, a seguir discriminados:

< 6 anos: Hemoglobina < 11

6 a 10 anos: Hemoglobina < 12

10 a 19 anos

meninos: Hb<14

meninas: Hb<12

Qual é a prevalência de anemia em crianças brasileiras?

Metade das crianças brasileiras menores de cinco anos apresentam algum grau de anemia.

Qual o tipo de anemia mais freqüentemente observado em crianças brasileiras?

É a anemia por deficiência de ferro.

Quais os grupos mais expostos ao risco de anemia?

As crianças com idade entre 6 e 24 meses são o grupo de maior risco no Brasil, sendo relatados valores de até 75% nesta faixa etária, o dobro da freqüência observada entre os três e os cinco anos de idade. Embora ocorra em todos os extratos socioeconômicos, as camadas de menor renda apresentam maior porcentual de crianças anêmicas.

Por que a freqüência de anemia tem aumentado em todo o Brasil?

O consumo de ferro pelas crianças atinge somente 60% a 80% das necessidades diárias. Mesmo quando o consumo diário situa-se próximo ao valor recomendado, observa-se baixo consumo de ferro melhor absorvido, isto é, proveniente da ingestão de carnes.

O excesso de refeições lácteas associado ao consumo de quantidades insignificantes de carne entre o sexto e o décimo segundo mês de vida foi encontrado na cidade de São Paulo a partir de meados da década de 1980.

Em áreas rurais do interior de Pernambuco, as possíveis explicações levantadas foram:

- a) o baixo consumo do ferro proveniente de carnes, pela pobreza que caracteriza esta população;
- b) o menor consumo de vitamina C devido à impossibilidade de produzir localmente frutas e verduras.

Que problemas a deficiência de ferro traz para o organismo da criança?

Retardo de crescimento é uma de suas conseqüências. Além disto, o ferro é um mineral essencial ao metabolismo do sistema nervoso central. A deficiência deste mineral leva a diminuição da capacidade de concentração do indivíduo, podendo interferir no desenvolvimento neuropsicomotor, particularmente se incidir precocemente, entre 6 e 18 meses de idade.

Por que dificilmente a anemia ocorre nos primeiros seis meses de vida em crianças de termo, nascidas com peso acima de três quilos?

A criança de termo nasce com uma reserva de ferro realizada durante o último trimestre da gestação, devido ao aumento da massa de glóbulos vermelhos que acompanha o ganho de peso fetal característico deste período gestacional. Durante o período de vida intra-uterina, o feto possui maior quantidade de hemoglobina e de ferro circulante, uma vez que o processo de troca de oxigênio e CO_2 ocorre a nível placentário, aonde as trocas gasosas são difíceis. Ao nascimento, o recém-nascido, passando a realizar as trocas gasosas nos alvéolos pulmonares, apresenta aumento dos níveis arteriais de O_2 , o que leva a queda da produção de glóbulos vermelhos. Nos primeiros três meses de vida, o organismo possui proporcionalmente maior intensidade do processo de destruição do que de produção de glóbulos vermelhos e o ferro proveniente da hemoglobina destruída é armazenado no fígado e em outros órgãos do sistema retículo-endotelial. Este estoque de ferro é suficiente habitualmente para que a criança não apresente anemia nos primeiros quatro meses de idade, para crianças nascidas de termo, com peso de nascimento acima de três quilos.

As verminoses explicam a elevada prevalência de anemia?

As parasitoses intestinais que poderiam estar associadas à anemia são a ancilostomíase e a tricocefaliase, esta apenas em crianças extremamente afetadas. Tanto em áreas urbanas, aonde a prevalência de ancilostomíase é menor, quanto em áreas rurais, como é o caso da maioria das reservas indígenas, não existe associação entre verminoses e a ocorrência de anemia. Assim, mesmo em populações com elevada prevalência de parasitoses intestinais, e particularmente de ancilostomíase, são as dietas pobres em ferro as responsáveis pela elevada prevalência de anemia.

Como a dieta se associa à prevalência de anemia em crianças?

Do nascimento aos 10 anos de idade, como pode ser observado na tabela 1, a faixa etária aonde é necessária a ingestão de maior quantidade de ferro situa-se entre os seis meses e os três anos de idade, período em que ocorre proporcionalmente maior aumento de massa corpórea e conseqüentemente maior crescimento do tecido sangüíneo e aonde se observa proporcionalmente maior porcentual de crianças anêmicas.

Tabela 1 – Distribuição do aporte de ferro necessário segundo a faixa etária

Faixa etária	Quantidade de ferro (mg)
0 a 6 meses	10
6 meses a 1 ano	15
1 a 3 anos	15
4 a 6 anos	10
7 a 10 anos	10

Particularmente entre os seis meses e os dois anos de idade, a ingestão de ferro alimentar nas quantidades recomendadas depende de um adequado processo de desmame, isto é, deve ser iniciado aos seis meses, finalizado aos dois anos de idade e alimentos apropriados devem ser introduzidos em substituição ao leite materno.

A necessidade de ferro pronto para absorção junto ao epitélio intestinal, entre seis e doze meses de vida, é de aproximadamente 0,75mg por dia. Caso a criança continue a ser alimentada exclusivamente com leite materno após os seis meses de vida, a anemia poderá vir a se desenvolver. Suponha que por volta de oito meses de idade a criança esteja recebendo aleitamento materno exclusivo e que isto lhe forneça um litro de leite por dia, valor situado na capacidade máxima de produção diária. Cada litro de leite materno contém um grama de ferro elementar e devido aos fatores facilitadores para a absorção do ferro, cerca de 0,4mg será absorvido. Isto quer dizer que metade das necessidades diárias de ingestão de ferro dependem da ingestão de outros alimentos que possuam ferro pronto para absorção. Entre os alimentos utilizados pela espécie humana no processo de desmame, somente as carnes vermelhas possuem ferro altamente absorvível (40% de absorção). Em média, cerca de 10% do ferro consumido é absorvido e 90% é perdido nas fezes. A tabela 2 mostra a classificação dos alimentos comumente utilizados na alimentação infantil de acordo com a possibilidade de absorção do ferro.

Caso ocorra desmame antes dos seis meses de idade, o risco de anemia precoce, isto é aquela que ocorre antes de um ano de idade, é grande. Cada litro de leite de vaca, assim como o leite materno, possui 1mg de ferro elementar por litro. Entretanto, como a absorção do ferro do leite de vaca é quatro vezes menor, apenas 0,1mg será absorvido, o que significa que 87% das necessidades diárias de ferro devem ser obtidas a partir de outros alimentos.

Em resumo, é necessário ingerir grandes quantidades de ferro, mineral com baixa possibilidade de absorção; as práticas do desmame precoce ou do desmame tardio, somadas ao excesso de valorização das refeições lácteas nos primeiros dois anos de vida, explicam a maior parte dos casos de anemia.

Como posso fazer o diagnóstico de anemia? É possível confiar nos sinais clínicos para diagnosticar anemia?

Caso você tenha acesso a exames laboratoriais, a dosagem de hemoglobina é o melhor meio de realizar o diagnóstico. Crianças com anemia leve habitualmente encontram-se clinicamente coradas. Cerca de metade das crianças com anemia moderada apresentar-se-ão descoradas e praticamente todas as crianças gravemente anêmicas estarão descoradas. Os sinais de anemia podem ser pesquisados em quatro locais: palma das mãos, mucosa conjuntival, pavilhão auricular e lábios.

Para ver se a criança tem palidez palmar, estenda os dedos das mãos da criança e compare a cor de sua mão com a cor da mão da criança. Caso a mão da criança esteja discretamente descorada, considere como Palidez Palmar Leve e em caso de intenso descoramento como palidez palmar grave.

Quais são os fatores inibidores da absorção de ferro existentes na alimentação?

Estão presentes na maioria dos alimentos consumidos, o que explica a baixa absorção do ferro dietético, como pode ser observado na tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição dos fatores inibidores da absorção do ferro segundo o tipo de alimento

Alimento	Fator inibidor
Café	Polifenóis
Chá	Tanino
Cereais	Fitatos, Fosfatos
Clara de ovo	Albumina
Gema de ovo	Fosfitina
Leite	Fosfatos, Cálcio
Hortaliças	Celulose, Lignina
Leguminosas*	Proteínas
Refrigerantes	Polifenóis

* Feijão, ervilha, lentilha, grão de bico.

Existem, na alimentação, fatores facilitadores da absorção de ferro?

Sim, porém, em quantidade muito menor, se comparada aos fatores inibidores da absorção do ferro alimentar, como se observa na tabela 3.

Alimento	Fator facilitador
Frutas	Ácidos ascórbico, cítrico, láctico, tartárico, málico
Carne de Vaca	Proteínas, cisteína

A vitamina A (retinol) e a pré-vitamina A (betacaroteno) também facilitam a absorção de ferro.

Como tratar a anemia a partir da classificação realizada pela identificação da palidez palmar?

Observar	Classificar	Tratar
Palidez palmar	Anemia grave	Referir urgentemente ao hospital
Palidez palmar leve	Anemia	Dar ferro. Afastar malária em áreas de risco. Dar mebendazol se a criança tiver um ano ou mais e não tiver recebido nenhuma dose nos últimos seis meses. Avaliar a alimentação da criança e orientar a mãe sobre alimentos ricos em ferro. Marcar retorno em 14 dias.

Fonte: Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a criança com desnutrição e anemia. Brasília, 2000.

Orientação alimentar

Deve sempre ser o primeiro e mais importante passo. Procure conhecer, entre os alimentos consumidos pela comunidade em que você trabalha, aqueles que possam fornecer ferro, dando preferência àqueles que possuem ferro com maior possibilidade de absorção (Tabela 4).

Além disto, procure seguir as seguintes recomendações gerais:

- não oferecer chá preto ou mate, café ou refrigerantes próximo às refeições;
- se possível, estimular o consumo de duas porções de frutas ricas em ácido ascórbico, por dia;
- nas comunidades que tenham suas refeições baseadas na oferta de arroz e feijão, a proporção arroz/feijão deve ser igual a 3/1;
- para absorver maior quantidade do ferro contido nas carnes, a melhor forma de preparo é o cozimento;

- evitar oferecer ovo junto com outros alimentos, pois os seus elementos inibidores da absorção de ferro diminuem a quantidade de ferro absorvido a partir dos outros alimentos;
- não consumir refrigerantes;
- os temperos que contêm ferro são: salsa, coentro, hortelã, cheiro-verde, cominho e açafrão.

Tabela 4 – classificação dos alimentos segundo a possibilidade de absorção do ferro dietético

Alimento	Baixa	Média	Alta
Cereais	Aveia, arroz integral, farinha de soja, farinha de trigo e milho	Farinha de milho, arroz polido	
Frutas	Abacate, banana, maçã, pera, uva	Manga, abacaxi	Limão, laranja
Leguminosas	Feijão, lentilha		
Hortaliças	Espinafre		Brócolis, couve, couve-flor
Raízes		Batata, beterraba, cenoura	
Outros vegetais			Abóbora, tomate
Origem animal	Ovos		Bovina, suína, aves, peixes

Tratamento medicamentoso

É indicado para crianças com quadro clínico e ou laboratorial de anemia. O ferro elementar deve ser oferecido na dosagem diária de 3mg/kg/dia a 5mg/kg/dia. O sulfato ferroso contém 20% de ferro elementar.

Condição inicial	Duração mínima (meses)
Palidez palmar leve (= anemia moderada)	3
Palidez palmar grave (= anemia grave)	4
HB entre 10 e 11	2
HB entre 8 e 10	3
HB entre 6 e 8	4

Controle de tratamento

- clínico:
 - melhora da atividade física, do desenvolvimento, da capacidade de concentração e do crescimento;
- laboratorial
 - dosagem de Hb/Ht um mês após o início e ao final do período de tratamento.

Quais os grupos de risco para a anemia? Como realizar a prevenção da anemia?

A profilaxia deve ser realizada para os grupos de risco discriminados na tabela 5, utilizando ferro elementar na dosagem de 1mg/kg/dia.

Tabela 1 – Distribuição da época de início e final da profilaxia segundo a condição de risco

Condição	Início (meses)	Final (meses)
Prematuridade	1,5	18
Baixo peso ao nascer	2	18
Peso insuficiente ao nascer (2,5kg a 3kg)	4	18
Desmame precoce	4	18
Lactentes amamentados somente ao seio materno até os seis meses	6	18

a) Referências bibliográficas

1. Angelis, RC; Ctenas, MLB. Biodisponibilidade de ferro na alimentação infantil. Temas de Pediatria nº 52. Serviço de Informação Científica-Nestlé, 1993. 53 p.
2. Araujo, RL; Araujo, MB; Sieiro, RO; Machado, RD; Leite, BV. Diagnosis of hypovitaminosis A and nutritional anemia status in the population of Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brazil. Arch Latinoam Nutr, 36(4): 642-53, Dec 1986.
3. Cardoso, MA; Ferreira, MU; Camargo, LM; Szarfarc, SC. Anaemia, iron deficiency and malaria in a rural community in Brazilian Amazon. Eur J Clin Nutr, 48(5): 326-32, May 1994.
4. Ferreira, MR; Souza, W; Perez, EP; Lapa, T; Carvalho, AB; Furtado, A; Coutinho, HB; Wakelin, D. Intestinal helminthiasis and anaemia in youngsters from Matriz da Luz, district of Sao Lourenco da Mata, state of Pernambuco, Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz, 93(3): 289-93, May-Jun 1998.

5. Lacerda, E; Cunha, AJ. Iron deficiency anemia and nutrition in the second year of life in Rio de Janeiro, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*, 10(2): 101-7, Aug 2001.
6. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de Capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a desnutrição e a anemia. Brasília, 2000.
7. Monteiro, CA; Szarfarc, SC; Mondini, L. Secular trends in childhood in the city of Sao Paulo, Brazil (1984-1996). *Rev Saude Publica*, 34(6 Suppl): 62-72, Dec 2000.
8. Monteiro, CA; Szarfarc, SC. Health conditions of children of the municipality of Sao Paulo, SP (Brazil), 1984-1985. V - Anemia. *Rev Saude Publica*, 21(3): 255-60, Jun 1987.
9. Neuman, NA; Tanaka, OY; Szarfarc, SC; Guimaraes, PR; Victora, CG. Prevalence and risk factors for anemia in Southern Brazil. *Rev Saude Publica*, 34(1): 56-63, Feb 2000.
10. Nogueira-de-Almeida, CA; Ricco, RG; Del Ciampo, LA; de Souza, AM; Dutra-de-Oliveira, JE. Growth and hematological studies on Brazilian children of low socioeconomic level. *Arch Latinoam Nutr*, 51(3): 230-5, Sep 2000.
11. Norton, RC; Figueiredo, RC; Diamante, R; Goulart, EM; Mota, JA; Viana, MB; Penna, FJ; Leao, E. Prevalence of anemia among school-children from Rio Acima (State of Minas Gerais, Brazil): use of the standardized prevalence method and evaluation of iron deficiency. *Braz J Med Biol Res*, 29(12): 1617-24, 1996.
12. Oliveira, RS; Diniz, AD; Ada, S; Benigna, MJ; Miranda-Silva, SM; Lola, MM; Goncalves, MC; Asciutti-Moura, L; Rivera, MA; Santos, LM. Magnitude, geographic distribution and trends of anemia in preschoolers, Brazil. *Rev Saude Publica*, 36(1): 26-32, 2002.
13. Oliveira, JE; Ventura, S; Souza, AM; Marchini, JS. Iron deficiency anemia in children: prevalence and prevention studies in Ribeirao Preto, Brazil. *Arch Latinoam Nutr*, 47(2 Suppl 1): 41-3, 1997.
14. Osorio, MM; Lira, PI; Batista-Filho, M; Ashworth, A. Prevalence of anemia in children 6-59 months old in the state of Pernambuco, Brazil. *Rev Panam Salud Publica*, 9(5): 294-301, 2001.
15. Pedrazzani, ES; Mello, DA; Pripas, S; Fucci, M; Barbosa, CA; Santoro, MC. Intestinal helminthiasis. II. Prevalence and correlation with income, family size, anemia and nutritional status. *Rev Saude Publica*, 22(5): 384-9, 1988.
16. Romani, S de A; de Lira, PI; Batista Filho, M; Sequeira, LA; de Freitas, CL. Anemias in preschool children: diagnosis, treatment and evaluation, Recife-PE, Brazil. *Arch Latinoam Nutr*, 41(2): 159-67, 1991.
17. Santos, CD; Santos, LM; Figueiroa, JN; Marroquim, PM; Oliveira, MA. Anemia in public school first graders in the city of Maceio, Alagoas, Brazil. *Cad Saude Publica*, 18(6): 1757-63, 2002.
18. Silva, LS; Giugliani, ER; Aerts, DR. Prevalence and risk factors for anemia among children in Brazil. *Rev Saude Publica*, 35(1): 66-73, 2001.

19. Szarfarc, SC; de Souza, SB. Prevalence and risk factors in iron deficiency and anemia. Arch Latinoam Nutr, 47(2 Suppl 1): 35-8, 1997.
20. Tsuyuoka, R; Bailey, JW; Nery Guimaraes, AM; Gurgel, RQ; Cuevas, LE. Anemia and intestinal parasitic infections in primary school students in Liverpool School of Tropical Medicine. Cad Saude Publica, 15(2): 413-21, 1999.

5.1.3. Hipovitaminose A

Renato Minoru Yamamoto

A hipovitaminose A é um problema de saúde pública no Brasil?

Sim. O Brasil é considerado pela Organização Pan-americana de Saúde como um dos seis países da América Latina em que esta doença é um grave problema, juntamente com El Salvador, Guatemala, Haiti, Nicarágua e República Dominicana. Desde 1994, o Ministério da Saúde do Brasil possui um programa específico de combate a esta doença. Os estudos bioquímicos indicam que a hipovitaminose A é um problema de saúde pública nos estados de Amazonas, Bahia, Ceará, Minas Gerais, Pernambuco, Paraíba, Rio de Janeiro e São Paulo.

Em que situações ocorre a hipovitaminose A entre crianças?

A baixa ingestão de alimentos considerados fontes de vitamina A é o principal fator associado à hipovitaminose A em todas as áreas endêmicas do mundo. A deficiência dietética geralmente causa esta doença na faixa etária compreendida entre os dois e os seis anos de idade. Nessas regiões, como esta vitamina é lipossolúvel, dietas pobres em gordura resultam em menor absorção da vitamina A ingerida. Além disto, são fatores que contribuem para o desenvolvimento de hipovitaminose A a alta prevalência de infecções, decorrentes de ambientes de vida desfavoráveis, por aumentar a necessidade desta vitamina pelo organismo, e os tabus alimentares, que podem diminuir a ingestão de alimentos que contêm esta vitamina.

As parasitoses intestinais contribuem para a hipovitaminose A?

As parasitoses intestinais isoladamente não levam à hipovitaminose A. Entretanto, particularmente a ascaridíase pode agravar a Deficiência de Vitamina A devido à interferência com a absorção intestinal desta vitamina. O tratamento de indivíduos infestados por *Ascaris lumbricoides* ou *Giardia lamblia* leva à normalização da absorção. Há relatos de que crianças infestadas pelo *Ascaris* apresentam menor resposta a tratamentos dietéticos baseados na oferta adicional de alimentos ricos em vitamina A. Sugere-se que, ao se instituírem medidas preventivas ou curativas para a Deficiência de Vitamina A, seja incluída a erradicação periódica de vermes de comunidades pobres, para um resultado final mais satisfatório.

O consumo de vitamina A pela população brasileira é adequado?

Não. Os inquéritos realizados nos últimos trinta anos apontam para uma ingestão muito baixa de fontes naturais de vitamina A, pois 60% da população avaliada ingere menos do que metade dos valores recomendados internacionalmente pela Organização Mundial de Saúde.

Quais são os sinais clínicos da deficiência de vitamina A?

As lesões oculares são as mais típicas desta doença e têm desenvolvimento lento. O sinal mais precoce é a falta de adaptação da visão a ambientes escuros, conhecida como cegueira noturna.

Ainda no início do quadro, as conjuntivas tornam-se ressecadas e enrugadas, sinal clínico conhecido como xerose conjuntival. Podem haver simultaneamente fotofobia e manchas acinzentadas na conjuntiva bulbar (manchas de Bitot), com localização temporal ou nasal, sugestivas de hipovitaminose A, caso estejam acompanhadas de xerose conjuntival em crianças de idade pré-escolar. No caso da xerose corneana, a córnea perde sua aparência vítrea e torna-se opaca e granular. A partir deste ponto, o quadro torna-se irreversível, ocorrendo a lesão do epitélio corneano e queratomalácia.

A hipovitaminose A está associada à diminuição da atividade física, retardo do crescimento e do desenvolvimento neurológico. Anemia pode estar presente.

A pele é seca e hiperqueratose folicular pode ser encontrada nos ombros e superfícies extensoras das extremidades.

No Brasil, é comum encontrar sinais clínicos de hipovitaminose A?

Não. Na verdade, a prevalência da doença clinicamente manifesta é extremamente baixa na América Latina.

Quadros subclínicos de hipovitaminose A trazem problemas para as crianças?

Sim. A partir da década de 1980 ressurgiu o interesse e a preocupação com o controle da hipovitaminose A na América Latina, pois esta doença leva à deficiência da imunidade, estando associada a aumento da taxa de mortalidade infantil e da prevalência de diarreia aguda infecciosa e infecções respiratórias agudas.

Como diagnosticar a hipovitaminose A?

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

Quais são as necessidades diárias de vitamina A?

0 a 6 meses	1.400
6 meses a 1 ano	1.300
1 a 3 anos	1.300
4 a 6 anos	1.650
7 a 10 anos	2.300

Quais são as principais fontes alimentares de vitamina A para a criança?

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

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

São fontes animais:

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

São fontes vegetais:

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

A mandioca, raiz muito consumida pela população indígena brasileira, é pobre em vitamina A. Entretanto, a folha de mandioca é rica em pré-vitamina A.

Como prevenir a hipovitaminose A?

Os seguintes passos foram definidos pela OMS e pela Unicef:

- a longo prazo: incentivar a introdução de alimentos ricos em vitamina A na alimentação das famílias, por meio da educação nutricional, hortas caseiras e estímulo ao aleitamento materno;

- a médio prazo: enriquecer alimentos, com vitamina A, de baixo custo, boa aceitação cultural, sabor adequado após o enriquecimento e consumidos em pequenas quantidades para evitar o risco de toxicidade;
- a curto prazo: distribuir, a cada seis meses, suplementos de vitamina A na forma de cápsulas gelatinosas de 200.000UI de vitamina A.

Como tratar a hipovitaminose A?

Em casos de deficiência subclínica, 5.000 unidades são suficientes. Quando há xerofthalmia, devem ser administradas 5.000UI/kg/dia durante cinco dias e, a partir daí, dar doses de manutenção de 25.000UI em soluções oleosas diariamente até que a criança tenha se recuperado.

a) Referências bibliográficas

1. Amaya, DBR. Latin American food sources of carotenoids. Arch Latinoam Nutr, 49(3 suppl 1): 74-84, 1999.
2. Araujo, RL; Araujo, MB; Sieiro, RO; Machado, RD; Leite, BV. Diagnosis of hypovitaminosis A and nutritional anemia status in the population of Vale do Jequitinhonha, Minas Gerais, Brazil. Arch Latinoam Nutr, 36(4): 642-53, 1986.
3. Araujo, RL; Araujo, MB; Machado, RD; Braga, AA; Leite, BV; Oliveira, JR. Evaluation of a program to overcome vitamin A and iron deficiencies in areas of poverty in Minas Gerais, Brazil. Arch Latinoam Nutr, 37(1): 9-22, 1987.
4. Favaro, RM; de Souza, NV; Batistal, SM; Ferriani, MG; Desai, ID; Dutra de Oliveira, JE. Vitamin A status of young children in Southern Brazil. Am J Clin Nutr, 43(5): 852-8, 1986.
5. Favaro, RM; de Oliveira, JED. Enrichment of the diet with synthetic and natural sources of provitamin A. Arch Latinoam Nutr, 49(3 Suppl 1): 34S-37S, 1999.
6. Flores, H; Campos, F; Araujo, RC; Underwood, BA. Assessment of marginal vitamin A deficiency in Brazilian children using the relative dose response procedure. Am J Clin Nutr, 40(6): 1281-9, 1984.
7. Lira, PI; Cartagena, HA; Romani, S de A; Torres, MA; Batista Filho, M. Nutritional status of children under 6, according to land tenure, in rural areas of the State of Pernambuco, Northeast of Brazil. Arch Latinoam Nutr, 35(2):247-57, 1985.
8. Mariath, JG; Lima, MC; Santos, LM. Vitamin A Activity of buriti (Mauritia vinifera Mart) and its effectiveness in the treatment and prevention of xerophthalmia. Am J Clin Nutr, 49(5): 849-53, 1989.
9. Mora, JO; Dary, O. Vitamin A deficiency and actions for its prevention and control in Latin America and the Caribbean, 1994. Bol Oficina Sanit Panam, 117(6): 519-28, 1994.

10. Muniz-Junqueira, MI; Queiroz, EF. Relationship between protein-energy malnutrition, vitamin A, and parasitoses in living in Brasilia. *Rev Soc Bras Med Trop*, 35(2): 133-41, 2002.
11. Nacul, LC; Arthur, P; Kirkwood, BR; Morris, SS; Cameiro, AC; Benjamin, AF. The Impact of vitamin A supplementation given during a pneumonia episode on the subsequent morbidity of children. Department of Social Medicine, Universidades Estadual e Federal de Pernambuco, Recife, Brazil. *Trop Med Int Health*, 3(8): 661-6, 1998.
12. Silva Prado, M; Assis, AM; Martins, MC; Nazare, PA; Rezende, IF; Conceicao, ME. Vitamin A deficiency in children of rural areas of the semi-arid region in Bahia. *Rev Saude Publica*, 29(4): 295-300, 1995.
13. Ramalho, RA; dos Anjos, LA; Flores, H. Hypovitaminosis A in neonates in 2 public maternity hospitals in Rio de Janeiro, Brazil. *Cad Saude Publica*, 14(4): 821-7, 1998.
14. Ramalho, RA; dos Anjos, LA; Flores, H. Nutritional status of vitamin A in mother/newborn pairs from 2 hospitalnurseries in Rio de Janeiro, Brazil. *Arch Latinoam Nutr*, 49(4): 318-21, 1999.
15. Ramalho, RA; Flores, H; Saunders, C. Hypovitaminosis A in Brazil: a public health problem. *Rev Panam Salud Publica*, 12(2): 117-22, 2002.
16. Roncada, MJ; Wilson, D; Okani, ET; Amino, S. Prevalence of hypovitaminosis A in preschool children of a municipality of the metropolitan area of Sao Paulo, Brazil. *Rev Saude Publica*, 18(3): 218-24, 1984.
17. Santos, LM; Batista Filho, M; Diniz, AD. Epidemiology of vitamin A deficiency in northeastern Brazil. *Bol Oficina Sanit Panam*, 120(6): 525-37, 1996.
18. Santos, LM; Assis, AM; Martins, MC; Araujo, MP; Morris, SS; Barreto. Nutritional status of pre-school children of the semi-arid region of Bahia (Brazil): II--Vitamin A deficiency. *Rev Saude Publica*, 30(1): 67-74, 1996.
19. Saunders, C; Ramalho, A; Accioly, E; Paiva, F. Use of food composition tables in evaluation of risk of vitamin A deficiency. *Arch Latinoam Nutr*, 50(3): 237-42, 2002.
20. Shrimpton, R. Food consumption and dietary adequacy according to income in 1,200 families, Manaus, Amazonas, Brazil, 1973-1974. *Arch Latinoam Nutr*, 34(4): 615-29, 1984.
21. Silva Prado, M; Assis, AM; Martins, MC; Nazare, PA; Rezende, IF; Conceicao, ME. Vitamin A deficiency in children of rural areas of the semi-arid region in Bahia. *Rev Saude Publica*, 29(4): 295-300, 1985.
22. Souza, WA; da Costa Vilas Boas, OM. Vitamin A deficiency in Brazil: an overview. *Rev Panam Salud Publica*, 12(3): 173-9, 2002.

5.1.4. Raquitismo nutricional

Renato Minoru Yamamoto.

Como o raquitismo pode ser definido?

É uma doença causada por falta de vitamina D, que pode atingir o tecido ósseo durante a fase de crescimento. O processo de mineralização óssea é inadequado e ocorre acúmulo de tecido osteóide.

Quais são as fontes alimentares de vitamina D?

Na verdade, a alimentação possui somente precursores da vitamina D, o ergosterol, de origem vegetal, e o colesterol, de origem animal. É necessária a ação da luz solar sobre a pele para transformar estes precursores em vitamina D.

Quais são os sinais clínicos do raquitismo?

Segmento corpóreo	Sinal clínico	
Denominação		Descrição
Cabeça	<i>Caput quadratum</i> <i>Craniotabes</i> Fonte olímpica Bregma amplo	Cabeça quadrada e de tamanho aumentado Amolecimento de parietais e occipitais Fronte proeminente
	Sudorese cefálica Atraso na erupção dentária	Acompanhado por atraso de fechamento de fontanela anterior
Tórax	Rosário raquítico	Deposição de matriz óssea nas articulações condro-costais.
	Sulco de Harrison	Retração torácica observada na inspiração, no local correspondente à cintura diafragmática.
Coluna vertebral	Escoliose cifose	Deslocamento lateral da coluna. Deslocamento anterior da coluna.
	Geno varo	Deformidade dos membros que leva a aumento da distância entre os joelhos.
Membros	Geno valgo	Deformidade dos membros que leva a aumento da distância entre os tornozelos.
	Alargamento epifisário	Aumento do diâmetro dos punhos.

Quais são as principais alterações radiológicas do raquitismo?

Na disponibilidade de recurso radiológico, solicitar raio X de ossos longos para o diagnóstico e controle da evolução do tratamento instituído. Estas são as principais imagens radiológicas:

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

Quais são as alterações laboratoriais do raquitismo?

São:

- fosfatase alcalina aumentada;
- cálcio normal ou diminuído;
- fósforo diminuído.

Que complicações clínicas podem estar associadas ao raquitismo?

Em virtude da restrição da caixa torácica atingida pelo raquitismo, as crianças podem apresentar quadros de bronquite e atelectasia pulmonar. Além disto, em locais onde há prevalência de raquitismo, as crianças acometidas apresentam alto risco para desenvolver broncopneumonia.

Qual o tratamento para o raquitismo?

Há três esquemas terapêuticos possíveis:

- doses semanais de 66.000 unidades;
- dose única de 600.000 unidades;
- doses diárias de 5.000 a 10.000 unidades.

Como realizar a prevenção do raquitismo?

No quadro abaixo encontram-se os principais fatores de risco para o raquitismo e como realizar a prevenção desta doença.

Fator de risco	Orientações para prevenir contra o raquitismo
Baixa exposição à luz solar	30 minutos de exposição diária à luz solar.
Introdução tardia de alimentos sólidos. Alimentação inadequada.	Suplementação com vitamina D = 400 unidades internacionais por dia até os dois anos de idade. Incentivo ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses de idade. Orientação para o consumo de alimentos ricos em vitamina A disponíveis na região.
Famílias com duas ou mais crianças menores do que cinco anos de idade.	Apoio pela equipe de saúde para que a mãe possa organizar melhor a rotina de vida da criança e para que a família possa exercer seu papel protetor de saúde da criança.
Desnutrição	Classificar o estado nutricional e realizar orientações e medidas terapêuticas descritas no capítulo sobre desnutrição.

a) Referências bibliográficas

1. el Hag, AI; Karrar, ZA. Nutritional vitamin D deficiency rickets in Sudanese children. *Ann Trop Paediatr*, 15(1): 69-76, 1995.
2. Linhares, ED; Round, JM; Jones, DA. Growth, bone maturation, and biochemical changes in Brazilian children from two different socioeconomic groups. *Am J Clin Nutr*, 44(4): 552-8, 1986.
3. Linhares, ER; Jones, DA; Round, JM; Edwards, RH. Effect of nutrition on vitamin D status: studies on healthy and poorly nourished Brazilian children. *Am J Clin Nutr*, 39(4): 625-30, 1984.
4. Mascaretti; LAS. Raquitismo carencial. In: Issler, H, et al. *Pediatria na Atenção Primária*. São Paulo: Editora Sarvier, 1999. p.176-179.
5. Muhe, L; Lulseged, S; Mason, KE; Simoes, EA. Case-control study of the role of nutritional rickets in the risk of developing pneumonia in Ethiopian children. *Lancet*, 49(9068): 1801-4, 1997. Comment in: *Lancet*, 13;350(9080): 811, 1997.
6. Thacher, TD; Fischer, PR; Pettifor, JM. The Usefulness of clinical features to identify active rickets. *Ann Trop Paediatr*, 22(3): 229-37, 2002.

O que é obesidade?

É o acúmulo excessivo de tecido adiposo em subcutâneo e em outros tecidos do organismo.

Qual é a classificação da obesidade?

- exógena;
- endógena.

A obesidade simples, também conhecida como primária, exógena ou nutricional, é aquela que não apresenta causa orgânica em sua etiologia, refletindo excesso de gordura decorrente de balanço positivo de energia entre o ganho e o gasto calórico. Corresponde a 90% dos casos. A obesidade endógena ou secundária é decorrente de distúrbios endócrinos e síndromes genéticas, totalizando os 10% restantes dos casos.

Qual é a etiologia da obesidade?

A etiologia da obesidade é multifatorial, envolvendo fatores genéticos e ambientais (socioeconômico, nutricional e psicológico). A suscetibilidade genética predispõe ao aumento de peso e a influência dos fatores ambientais pode inclusive modificar a predisposição genética.

Como os fatores genéticos influenciam na obesidade?

Fatores genéticos condicionam o aumento do depósito de tecido adiposo. A relação dos fatores genéticos com a obesidade é demonstrada nos estudos feitos com crianças adotadas, onde existe elevada correlação entre os índices de massa corpórea dessas crianças e de seus pais e irmãos biológicos, correlação que não existe ao estudar as mesmas crianças em relação aos pais adotivos. Estudos clínicos demonstram grau de hereditariedade estimado em torno de 30% a 50% em relação ao índice de massa corpórea dos pais e filhos. Estudos em animais identificaram e clonaram no tecido adiposo do rato e do homem o gene *ob*. O produto gênico do gene *ob*, a leptina, se injetada em animais magros ou obesos, produz redução do consumo de gordura e do peso corporal, agindo a nível hipotalâmico mediante a inibição da atividade do neuropeptídeo Y. Se a leptina não for produzida, o sistema nervoso não envia a informação do aumento do tecido gorduroso, não havendo assim a mensagem para reduzir a oferta de gordura. Hipóteses afirmam que a leptina estaria envolvida na regulação do peso corporal, sendo fator responsável da saciedade.

Como os fatores ambientais influenciam na obesidade?

Os fatores ambientais contribuem de forma decisiva nas relações do indivíduo com a nutrição, independente da predisposição genética.

São fatores ambientais:

- os hábitos alimentares inadequados como preferência por alimentos calóricos, falta de horários, local inapropriado para as refeições, assistir televisão em conjunto com alimentação, dietas à base de farináceos, açúcar e óleos;
- maior sedentarismo das crianças e adolescentes com televisão e *videogame*, deficiência de locais apropriados para a prática de atividade física;
- o desmame precoce, a introdução de leite modificado antes dos três meses de idade;
- o início do excesso de peso antes dos nove anos de idade;
- distúrbios no vínculo mãe-filho, pais com dificuldade em colocar limites para seus filhos, pais ansiosos que superalimentam seus bebês;
- substituição do carinho pelo alimento, ter o alimento como única fonte de prazer e a solidão.

Qual o risco de obesidade quando os pais são obesos?

O risco de obesidade quando nenhum dos pais é obeso é de 9%, enquanto um dos genitores é obeso sobe para 50% e atinge 80% quando ambos são obesos.

Crianças obesas tornam-se adultos obesos?

As crianças e os adolescentes obesos tendem a ser adultos obesos. 40% das crianças obesas com sete anos, e 70% dos adolescentes obesos vão tornar-se adultos obesos. A obesidade durante a adolescência está associada ao aparecimento de doenças crônico-degenerativas no adulto, independente de o indivíduo persistir obeso. Estes dados corroboram a importância da prevenção da obesidade e do estabelecimento de um diagnóstico e tratamentos precoces, responsabilidade do puericultor.

Qual é a incidência da obesidade?

Atualmente, a obesidade na infância e adolescência tem adquirido proporções epidêmicas. Nos EUA, a incidência aumentou em 50% nas últimas duas décadas. Das crianças e adolescentes nos EUA, 15% a 25% são obesas. Dos adultos americanos, 33% são obesos. Dados brasileiros (IBGE) de 1990 mostram que 6% da população apresentam algum grau de obesidade. Nas regiões Sudeste e Sul, a ocorrência de obesidade é maior do que a de desnutrição.

Entre as populações indígenas guaranis, observamos algum grau de sobrepeso e obesidade na população adulta enquanto entre as crianças inexiste obesidade. Já nas populações Terena, Kaingang e Krenauki, que se localizam no interior do estado de São Paulo, onde as condições de vida são melhores, existe sobrepeso em crianças menores de cinco anos e obesidade em adolescentes e adultos.

Quais os principais pontos a serem abordados na anamnese e no exame físico?

- anamnese:
 - há demanda para emagrecer?
 - há percepção da obesidade como problema de saúde?
 - rotina alimentar: quantidade, qualidade e preparo dos alimentos;
 - rotina de vida, atividade física, estudo, lazer, descanso;
 - características psicossociais: auto-estima, relacionamentos com familiares e amigos, na escola e trabalho;
 - antecedentes pessoais: peso e comprimento ao nascer, aleitamento materno e introdução de novos alimentos, época de início da obesidade e tratamentos anteriores;
 - antecedentes familiares: coronariopatias, diabetes, dislipidemias, hipertensão arterial, peso e altura dos pais;
 - solicitação de recordatório de 24 horas onde deverão ser anotadas hora, qualidade e quantidade de tudo ingerido, duração e atividade física. O ideal é realizar dois recordatórios de dias úteis da semana e um de final de semana.
- exame físico:
 - deverá ser completo, incluindo medida da pressão arterial e estadiamento puberal. A altura encontra-se normal ou um pouco acima da normalidade.

Como afastar a possibilidade da maioria das causas secundárias da obesidade?

Com a presença de estatura normal ou alta, idade óssea normal ou discretamente avançada e de desenvolvimento gonadal e neuropsicomotor normais.

Quais os índices antropométricos mais usados para o diagnóstico da obesidade?

Admite-se que um indivíduo é obeso quando seu peso excede em mais de 20% a média referente à idade, sexo e altura.

Na prática, usam-se alguns índices antropométricos como:

$$\text{Índice de obesidade (IO)} = \frac{(\text{Peso (kg)} - 1) \times 100}{\text{Peso ideal}^*}$$

*Marque o ponto correspondente à altura da criança. A seguir, trace uma reta passando pelo valor atual da altura da criança, até alcançar a curva correspondente ao percentil 50 da altura. A idade correspondente a este cruzamento é chamada de idade-altura. Verifique, nesta idade, qual é o peso, em quilos, correspondente ao percentil 50. Divida este valor, aqui chamado de “peso ideal”, pelo peso atual da criança e você obterá o índice de obesidade.

- obesidade leve = 20%-30%;
- obesidade moderada = 30%-50%;
- obesidade grave => 50%.

$$\text{Índice de Massa Corpórea – IMC (índice de Quetelet)} = \frac{\text{peso (kg)}}{\text{estatura (m)}^2}$$

Foram construídas curvas para ambos os sexos com as variações de IMC distribuídas em percentis.

Sobrepeso = índice entre os percentis 85 e 95.

Obesidade = índice acima do percentil 95.

Qual é o melhor índice para a avaliação da obesidade?

O índice que tem tido aplicação mais difundida e aceito é o Índice de Massa Corpórea e correlaciona o peso (kg) ao quadrado da altura (m). Simples de obter, descarta a influência da altura no peso e correlaciona-se estreitamente à adiposidade.

Quais são as consequências clínicas da obesidade?

- aumento da altura;
- menarca precoce;
- avanço da idade óssea.

Quais são as consequências mórbidas da obesidade?

- hiperlipidemia com deposição precoce de placas de ateroma;
- hiperinsulinemia levando precocemente à condição de diabético;
- hipertensão arterial reversível com a perda de peso;

- alterações de pele: estrias, micoses, acantose nigrans, acne, hirsutismo;
- alterações esqueléticas: má postura, valgismo de joelhos, deslizamento epifisário, ósteo-artrose de quadril e joelho;
- distúrbios respiratórios: grandes obesos apresentam queda do volume de reserva expiratória e redução da complacência da caixa torácica;
- apnéia do sono;
- colelitíase;
- riscos cardiovasculares a longo prazo.

Quais exames laboratoriais deverão ser solicitados?

Glicemia de jejum, colesterol total e frações e triglicérides séricos. Exames como T3, T4, TSH, cortisol urinário, etc., só estão indicados quando se suspeita de obesidade secundária.

Qual é o objetivo do tratamento da obesidade?

O tratamento visa à manutenção do peso adequado. A continuação do crescimento estatural facilita a normalização da relação peso/altura, assim:

- quando a criança ou adolescente ainda não alcançou seu peso adulto potencial, objetiva-se uma redução na velocidade de ganho de peso até que entre em um canal adequado de ganho ponderal, sem prejuízo de seu crescimento estatural;
- quando a criança ou adolescente já alcançou o peso adulto potencial, objetiva-se a manutenção do peso, sem prejuízo de seu crescimento estatural;
- somente quando a criança ou adolescente já excedeu o peso adulto potencial, objetiva-se uma lenta perda de peso, tendo o cuidado para não se fazer restrições dietéticas importantes se o indivíduo ainda não tiver cessado seu crescimento estatural.

Qual é a abordagem terapêutica da obesidade?

- orientação alimentar;
- atividade física;
- apoio psicossocial.

Como realizar a orientação alimentar?

Em duas etapas:

- 1ª Respeito ao horário das refeições (cinco refeições diárias), eliminando-se o hábito de “beliscar”;



2ª Redução da quantidade de alimentos ingeridos em cada refeição de forma lenta e progressiva, até que se atinja a dieta normal para a idade do paciente, suficiente para promover um crescimento adequado. Deve-se orientar comer devagar, não repetir as porções, diminuir a ingestão de líquidos às refeições e a oferta de alimentos altamente calóricos (frituras, doces, massas, refrigerantes) e aumentar a oferta de fibras (aumentam à saciedade e são menos calóricas e são coadjuvantes no tratamento da hipercolesterolemia).

Qual é a importância dos exercícios físicos e do apoio psicossocial?

Prática de exercícios – tem papel fundamental no controle da obesidade, tanto pelo gasto calórico como pelas suas redundantes psicossociais, como maior consciência do próprio corpo, melhora da auto-estima e maior possibilidade de atuação grupal.

Apoio psicossocial – objetiva-se a recuperação da auto-estima e a integração adequada aos grupos de referência, o profissional deve apoiar e estimular o indivíduo a modificar seus hábitos.

a) Referências bibliográficas

1. Silva, RRF; Jean, KBP. Obesidade na infância. In: Sucupira, ACSL, e cols. *Pediatria em Consultório*. 4ª edição. São Paulo: Ed. Sarvier, 2000. p.258-266.
2. Saito, MI. Obesidade na Adolescência. In: Sucupira, ACSL, e cols. *Pediatria em Consultório*. 4ª edição. São Paulo: Editora Sarvier, 2000. p.737-744.
3. Muller, RCL. Obesidade Exógena. In: Coates, V, e cols. *Medicina do Adolescente*. 2ª edição. São Paulo: Editora Sarvier, 2003. p.90-104.

5.2. Doenças infecto-parasitárias

5.2.1. Parasitoses intestinais

Renato Minoru Yamamoto

O que vêm a ser as parasitoses intestinais?

São doenças de caráter transmissível causadas por organismos multicelulares (helminhos) ou unicelulares (protozoários) que atingem diferentes partes do aparelho gastrointestinal.

Quais são as parasitoses intestinais mais encontradas em crianças indígenas brasileiras?

São a ascaridíase, a ancilostomíase, a amebíase e a giardíase.

Comunidade indígena (estado)						
	Tembé (PA)	Parakanã (PA)	Suruí (RO)	Pacaas-Novos (RO)	Iaualapiti (MS)	Zoró (MS)
Ano de realização (número de participantes)						
	1996 (n = 93)	1992 (n = 126)	1981 (n = 200)	1984 (n = 639)	1987 (n = 69)	1988 (n = 173)
Helmintos						
Ascaris	34,4	42,8	53,3	21,3	20,3	-
Ancilostomídeos	29,0	33,3	43,3	12,2	82,6	5,2
Estrongilóide	-	5,6	33,3	3,9	-	-
Enterobius	-	-	-	-	26,1	-
Tricocéfalo	1,1	0,8	5	1,6	-	2,3
Tenia	-	-	5,8	-	-	-
Himenolepis	-	-	4,1	0,3	-	2,9
Protozoários						
Ameba	12,9	65,1	0,8	8,8	68,1	16,8
Giárdia	4,3	46,8	3,3	12,7	4,3	9,8

A prevalência de parasitoses intestinais foi alta em todos os estudos, exceto entre os índios Zoró, resultado atribuído pelos autores ao tratamento antiparasitário periódico da população, em intervalos máximos de cinco meses.

Como se adquirem as parasitoses intestinais?

O indivíduo infestado elimina fezes contendo ovos ou larvas de helmintos e cistos de protozoários, que poderão vir a atingir outras pessoas pelas formas descritas a seguir.

Em áreas urbanas e rurais:

- contato direto com as mãos contaminadas de indivíduos portadores ou doentes;
- ingestão de alimentos preparados por indivíduos portadores ou doentes;
- ingestão de alimentos contaminados pelo solo;
- ingestão da água contaminada (água de poço que foi contaminada através do solo);
- roupas de cama, objetos de uso pessoal;
- dinheiro, maçanetas de porta.

Em áreas rurais:

- penetração direta pela pele de larvas de *Ancylostoma duodenalis*, *Necator Americanus* ou *Strongiloidis stercoralis*.

Qual é o quadro clínico das parasitoses intestinais?

Mais freqüentemente, as pessoas atingidas são assintomáticas.

Em todas as parasitoses intestinais, podem ser observados o seguinte quadro geral:

- diminuição da atividade física;
- mal-estar;
- diminuição da aceitação alimentar;
- alteração do humor (irritabilidade);
- despertares noturnos.

Os sinais e sintomas específicos são:

- aparelho gastrointestinal:
 - vômitos (ascaridíase, amebíase, estrogiloidíase, giardíase);
 - diarreia aguda (amebíase, giardíase, estrogiloidíase);
 - disenteria (amebíase, esquistossomose aguda);
 - diarreia crônica (giardíase, estrogiloidíase);
 - dor abdominal aguda (amebíase, estrogiloidíase, esquistossomose aguda);
 - dor abdominal crônica (ascaridíase, giardíase);
 - prurido anal (enterobíase);
 - suboclusão ou oclusão intestinal (ascaridíase);
 - hepatoesplenomegalia, hematótese, ascite (esquistossomose hepatoesplênica);
- aparelho respiratório (helmintos que passam pelo pulmão em seu ciclo de vida)
 - tosse, expectoração, quadros asmáticos que não respondem ao uso de broncodilatadores (ascaridíase, ancilostomíase, estrogiloidíase).

Quais parasitoses intestinais podem causar ou agravar quadros de anemia?

São a ancilostomíase e a tricocefalíase, esta apenas em indivíduos muito infestados e gravemente atingidos. Não esquecer que as dietas pobres em ferro são a principal causa de anemia, mesmo em áreas rurais.

Que critérios e que medicamentos utilizar para indicar o tratamento sem a identificação específica pelo exame protoparasitológico de fezes?

Observar	Classificar	Tratar
Eliminação de vermes em forma de macarrão.	Ascaridíase	Dar anti-helmíntico recomendado.

Observar	Classificar	Tratar
Eliminação de vermes em fio de linha ou prurido anal.	Enterobíase	Dar anti-helmíntico recomendado.
- diarréia ou disenteria crônica; - dor abdominal crônica e falta de apetite ou perda de peso.	Parasitose intestinal	Dar anti-helmíntico e anti-protozoário recomendados.

Mebendazol: dar 5ml ou um comprimido de manhã e à noite, por três dias consecutivos. No caso da enterobíase, não é necessário repetir o tratamento. No caso das classificações ascaridíase ou parasitose intestinal, o tratamento deve ser repetido após 15 dias.

Albendazol: recomendado para crianças maiores de dois anos de idade. Dar 10ml ou dois comprimidos em dose única. Como apresenta ação tanto contra vermes adultos como em sua forma larvária, não é necessário repetir o tratamento.

Antihelmínticos recomendados				
Substância ativa	Mebendazol		Albendazol	
Apresentação	Suspensão (100mg/5ml)	Comprimidos (100mg)	Suspensão (400mg/10ml)	Comprimidos (200mg)
Quantidade	5ml	1	10 ml	2

Antiprotozoários recomendados				
Substância ativa	Metronidazol (30mg/kg/dia, em duas doses diárias, por sete dias)		Secnidazol (30mg/kg, em dose única)	
Peso	Suspensão (40mg/ml)	Comprimidos (250mg)	Suspensão (30mg/ml)	Comprimidos (mg)
3 - 4,9	1,25ml	-	4ml	-
5 - 8,9	2,5ml	-	7,5ml	-
9 - 12,9	3,5ml	1/2mg	10ml	-
13 - 17,9	5ml	1mg	15ml	-
18- 24,9	7,5ml	1 e 1/2mg	20ml	-

É possível indicar o tratamento periódico em massa de indivíduos em risco de apresentar parasitoses intestinais?

Sim. Enquanto as condições de saneamento e de saúde da comunidade não melhoram, o tratamento periódico em massa diminui a prevalência da doença na comunidade e o seu impacto na condição de saúde de seus moradores. Neste caso, indica-se o uso de anti-helmínticos de amplo espectro, isto é, que possam tratar vários vermes ao mesmo tempo, a cada seis meses ou um ano.

Os seguintes indicadores apontariam para que esta medida fosse implantada:

- uso de água de poço;
- esgoto inexistente ou a céu aberto;
- coleta de lixo inexistente;
- prevalência elevada (acima de 20%) de parasitoses intestinais estimada por exames de fezes ou pela alta prevalência de eliminação de vermes ou sintomas gastrointestinais na comunidade;
- crianças que freqüentem creches ou escolas.

Neste caso, oferecer o mebendazol segundo o esquema recomendado no quadro correspondente.

Que medidas podem ser instituídas para prevenir a disseminação das parasitoses intestinais na comunidade?

- tratar todos os contactantes familiares (de todas as casas habitualmente freqüentadas pela criança) e de instituições (caso a criança freqüente creches ou escolas);
- se possível, enviar uma amostra da água consumida na comunidade para análise microbiológica uma vez por ano;
- divulgar para a comunidade informações referentes às formas de transmissão, repercussão sobre a saúde e formas de prevenção e tratamento;
- todas as medidas abaixo são comprovadamente eficazes na prevenção das parasitoses intestinais. Entretanto, antes de divulgá-las, é necessário discutir com as lideranças da comunidade em que você trabalha sobre a viabilidade de implantá-las para que não haja o risco de interferir negativamente na milenar cultura indígena:
 - consumir água previamente tratada ou, então, tratada no domicílio por fervura ou filtração;
 - dar destino adequado para as fezes;
 - cozinhar bem os alimentos;
 - lavar os alimentos consumidos crus (frutas e verduras);
 - lavar as mãos após o uso do banheiro;
 - lavar as mãos e utensílios antes do preparo de alimentos;
 - manter os alimentos protegidos de insetos;
 - cortar as unhas;
 - usar calçados.

a) Referências bibliográficas

1. Campos, MR; Valencia, LI; Fortes, BP; Braga, RC; Medronho, RA. Distribuição espacial da infecção por *Ascaris lumbricoides*. Rev Sau Publ, 36(1): 69-74, 2002.
2. Carneiro, FF; Cifuentes, E; Tellez Rojo, MM; Romieu, I. The Risk of *Ascaris lumbricoides* infection in children as an environmental health indicator to guide preventive activities in Caparaó and Alto Caparaó, Brazil. Bull WHO, 80(1): 40-6, 2002.
3. Coelho, LMPS; Oliveira, SM; Milman, MHSA; Karasawa, KA; Santos, RP. Detecção de formas transmissíveis de enteroparasitas na água e nas hortaliças consumidas em comunidades escolares de Sorocaba, São Paulo, Brasil. Rev Soc Bras Med Trop, 34(5): 479-482, 2001.
4. Coimbra Jr, CEA; Santos, RV. Parasitismo intestinal entre o grupo indígena Zoró, Estado do Mato Grosso do Sul (Brasil). Cad Sau Publ, 7: 100-103, 1991.
5. Coimbra Jr, CEA; Mella, DA. Enteroparasitas e *Capillaria* sp entre o grupo Suruí, Parque Indígena Aripuanã, Rondônia. Mem Inst Oswaldo Cruz, 76: 299-302, 1981.
6. Dórea, RCC; Salata, E; Padovani, CR; Anjos, GL. Control of parasitic infections among school children in the peri-urban area of Botucatu, São Paulo, Brasil. Rev Soc Bras Med Trop, 29(5): 425-430, 1996.
7. Eve, BE; Ferraz, E; Thatcher, VE. Parasitic infections in villagers from three districts of the Brazilian Amazon. Ann Trop Med Parasit, 92(1): 79-87, 1998.
8. Ferrari, JO; Ferreira, UM; Camargo, LMA; Ferreira, CS. Intestinal parasites among Karitiana Indians from Rondônia State, Brazil. Rev Inst Med Trop São Paulo, 34: 223-225, 1992.
9. Ferreira, CS; Camargo, LM; Moitinho, ML; Azevedo, RA. Intestinal parasites of Iaulapiti Indians from Xingu Park, Mato Grosso, Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz, 86(4): 441-442, 1991.
10. Fontbonne, A; Carvalho, EF; Acioli, MD; As, GA; Cesse, EA. Risk factors for multiple intestinal parasites in the indigenous community of the State of Pernambuco, Brazil. Cad Sau Publ, 17(2): 367-373, 2001.
11. Ida, AS; Kobayashi, S; Carvalho Jr, LB; Tateno, S; Takeuchi, T. Prevalence and pathogenicity of *Entamoeba histolytica* in three different regions of Pernambuco, northeast Brazil. Rev Inst Med Trop São Paulo, 36(6): 519-524, 1994.
12. Ludwig, KM; Frei, F; Alvares Filho, F; Paes, JTR. Correlation between sanitation conditions and intestinal parasitosis in the population of Assis, State of São Paulo. Rev Soc Bras Med Trop, 32(4): 389-393, 1999.
13. Miranda, RA; Xavier, FB; Nascimento, JR; Menezes, RC. Prevalência de parasitismo intestinal nas aldeias indígenas da Tribo Tembê, Amazônia oriental brasileira. Rev Soc Bras Med Trop, 32(4): 389-393, 1999.
14. Miranda, RA; Xavier, FB; Menezes, RC. Parasitismo intestinal em uma aldeia indígena Parakanã, sudeste do Estado do Pará, Brasil. Cad Sal Publ, 14(3): 507-511, 1998.

15. Muniz, PT; Ferreira, UM; Conde, WL; Monteiro, CA. Intestinal parasitic infections in young children in São Paulo, Brasil: prevalences, temporal trends and association with physical growth. *Ann Trop Med Parasit*, 96(5): 503-512, 2002.
16. Prado, MS; Barreto, ML; Strina, A; Faria, JAS; Nobre, AA; Jesus, SR. Prevalência e intensidade da infecção por parasitas intestinais em crianças na idade escolar na Cidade de Salvador (Bahia, Brasil). *Rev Soc Bras Med Trop*, 34(1): 99-101, 2001.
17. Santos, RV; Coimbra Jr, CEA; Flowers, NM; Silva, JP. Intestinal parasitism in the Xavante indians, Central Brazil. *Rev Inst Med Trop São Paulo*, 37: 145-148, 1995.
18. Santos, RV; Coimbra Jr, CEA; Ott, AMT. Estudos epidemiológicos entre grupos indígenas de Rondônia. III. Parasitoses intestinais nas populações dos vales dos rios Guaporé e Mamoré. *Cad Sau Pub*, 1(4): 467-477, 1985.
19. Silva, IACA; Kobayashi, S; Carvalho, LB; Tateno, S; Takeuchi, T. Prevalence and pathogenicity of *Entamoeba histolytica* in three different regions of Pernambuco, northeast Brazil. *Rev Inst Med Trop São Paulo*, 36(6): 519-524, 1994.
20. Terra, VM. Parasitoses e protozooses intestinais. In: Issler, H; Leone, C; Marcondes, E. *Pediatria na Atenção Primária*. São Paulo: Ed Sarvier, 1999. p.368-381.
21. Yamamoto, RM; Terra, VM. Doenças prevalentes em creches. In: Bricks, LFB; Cervi, ML. *Atualidades em Doenças Infecciosas, manejo e prevenção*. São Paulo: Editora Atheneu, 2002. p.79-98.

5.2.2. Micoses superficiais (tinhas)

Renato Minoru Yamamoto

O que são micoses superficiais?

São doenças de caráter transmissível, causadas por fungos, e que atingem a epiderme, camada mais superficial da pele. Ocorre particularmente em climas quentes e úmidos. Os gêneros de fungos que mais freqüentemente causam micoses na espécie humana são *Microsporum*, *Trichophyton*, *Epidermophyton*, *Candida* e *Malassezia*. Pode ser transmitida por contato interpessoal (fungos antropofílicos), por animais (fungos zoofílicos) ou, menos freqüentemente, por terra contaminada (fungos zoofílicos).

Quais os locais do corpo mais freqüentemente comprometidos?

Os poucos dados disponíveis no Brasil para a faixa etária pediátrica indicam que o couro cabeludo (tinha capitis) e o corpo (tinha corporis) são os locais mais atingidos.

Como ocorre a transmissão de micoses pelos animais?

Pelo contato direto com a pele humana. Os animais podem apresentar lesões aparentes ou serem simplesmente portadores, não sintomáticos. Fungos causadores de infecções em cães e gatos podem causar tinha do couro cabeludo ou do corpo em humanos. Animais como coelhos, outros roedores e cavalos também podem estar contaminados. Estima-se que 10% a 30% das micoses superficiais de pessoas residentes em área urbana sejam transmitidos por animais.

Como se manifestam as principais micoses superficiais?

Couro cabeludo	Placas arredondadas, bem delimitadas e descamativas. Pode haver alteração do crescimento dos cabelos nos locais atingidos (tonsura).
Corpo	Lesões arredondadas, avermelhadas e com descamação, que, conforme crescem, deixam borda elevada e avermelhada e centro não elevado e de coloração mais próxima à pele não atingida.
Pés	É característico o acometimento da região entre os dedos e na face inferior dos dedos. A descamação é intensa e às vezes provoca escoriações e infecção bacteriana associada.
Região inguinal	As lesões são semelhantes às observadas na tinha do corpo, podendo estender-se para os genitais e nádegas.
Unhas	São observados: espessamento, acúmulo de material embaixo da unha e alteração da forma da unha devido ao prejuízo do crescimento normal da unha causado pelo fungo. A lesão começa na parte mais próxima à ponta dos dedos, dirigindo-se progressivamente em direção à matriz da unha.
Candidoses (causadas pela <i>C. albicans</i>)	Candidose oral: placas brancas em língua, gengiva e palato Áreas de dobras: lesões esbranquiçadas e fissuras em axilas, região inguinal e interdigital. Unhas (paroníquia): ao contrário das lesões ungueais causadas por outros fungos, a lesão se inicia na matriz ungueal, também levando a alteração progressiva de sua forma.
Ptiríase versicolor	Como diz o nome desta doença, as lesões podem, em relação à cor habitual da pele não atingida, ser menos pigmentadas (hipocrômicas), mais pigmentadas (hipercrômicas) ou apresentar tonalidade avermelhada. Há descamação muito discreta. As lesões são principalmente observadas na face, pescoço e dorso.

Como tratar a criança com tinhas superficiais?

Tinha dos pés, corpo e região inguinal

Quando houver poucas lesões, utilizar medicamentos de aplicação local. Os medicamentos disponíveis têm como princípio ativo clotrimazol, miconazol, cetoconazol, ciclopirox e terbinafina. Aplicar duas vezes por dia, pelo menos por 30 dias.

Quando o quadro atingir o *couro cabeludo*, *unhas* ou for disseminado, a medicação deve ser administrada por via oral (sistêmica). Pode ser utilizada a griseofulvina (10mg/kg/dia-20mg/kg/dia), o cetoconazol (5mg/kg/dia) e a terbinafina, esta apenas para maiores de dois anos de idade (125mg/dia, acima dos 20kg).

O que fazer para impedir a disseminação da doença na comunidade?

Tratar contactantes. Cuidado com portadores sãos.

a) Referências bibliográficas

1. Bergson, CL; Fernandes, NC. Study of asymptomatic carriers and sick adolescents, adults and elderly who live with children with the disease. Rev Inst Med Trop São Paulo, 43(2): 87-91, 2001.
2. Costa, M; Passos, XS; Souza, LKH; Miranda, ATB; Lemos, JÁ; Oliveira Junior, JG; Silva, MRR. Epidemiologia e etiologia das dermatofitoses em Goiânia, GO, Brasil. Rev Soc Bras Med Trop, 35(1): 19-22, 2002.
3. Furtado MSS, Cortêz ACA, Ferreira JÁ. Pityriase versicolor em Manaus, Amazonas, Brasil. an Bras Dermatol 72(4): 349-351, 1997.
4. Gambale, W; Paula, CR; Corrêa, B; Purchio, A. Incidência de micoses superficiais em São Paulo, Capital. an Bras Dermatol, 62(4): 193-194, 1987.
5. Lima, EO; Pontes, ZBV; Oliveira, NMC; Carvalho, MFFP; Guerra, MFL; Santos, JP. Frequência de dermatofitoses em João Pessoa, Paraíba, Brasil. an Bras Dermatol, 74(2): 127-132, 1999.
6. Lopes, JO; Alves, SH; Benevenga, JP. Dermatofitoses humanas no interior do Rio Grande do Sul no período 1988-1992. Rev Inst Med Trop São Paulo, 36(2): 115-119, 1994.
7. Lopes, JO; Alves, SH; Mari, CRD; Oliveira, LTO; Brum, LM; Westphalen, JB; Furian, FW; Alterman, MJ. A Ten yer survey of tinea pedis in the central region of the Rio Grande do Sul. Rev Inst Med Trop São Paulo, 41(2): 75-77, 1999.
8. Marques, HHS. Doenças humanas causadas por animais domésticos-zoonoses. In: Bricks, LF; Cervi, MC. Atualidades em Doenças Infecciosas-manejo e prevenção. São Paulo: Ed Atheneu, 2002. p.153-178.

9. Proença, NG, Assumpção, SBP. Dermatofitoses observadas em crianças de 0 a 12 anos e idade, em São Paulo. Rev Inst Med Trop São Paulo, 21(3): 146-148, 1979.

10. Wanke, NCF; Monteiro, PVF; Wanke, B; Nogueira, CM; Perez, MA. Dermatofitoses no Rio de Janeiro. Estudo dos fatores de risco em população adulta. An Bras Dermatol, 66(4): 171-174, 1991.

5.2.3. Escabiose

Renato Minoru Yamamoto

O que é a escabiose?

É uma doença parasitária causada pelo *Sarcoptes Scabiei*, variedade hominis, de distribuição mundial.

Esta doença pode ser transmitida pelos cães?

Não. A sarna do animal só eventualmente acomete o homem. Quando isto acontece, os sintomas duram no máximo uma semana e são restritos às áreas que entraram em contato direto com o animal.

Como se procede, então, o contágio?

Ocorre mais frequentemente por contato direto com as pessoas infectadas. Uma vez que a sobrevivência do ácaro é até de três dias, objetos contaminados, como é o caso de roupas pessoais, móveis, roupas de cama, brinquedos e o chão são possíveis meios de contágio.

Quanto tempo depois do contato com um indivíduo infectado uma criança irá apresentar os sintomas?

Após um período que varia de 10 a 30 dias. O prurido característico da escabiose é decorrente do processo inflamatório mediado pela histamina, que se desenvolve como um processo de resposta imunológica induzido pelo contato da pele com as fezes do parasita. É necessário que estes ácaros se reproduzam em quantidade suficiente para ocorrer o processo de sensibilização cutânea que provocará o prurido.

Qual a frequência deste problema de saúde na população brasileira?

Os estudos existentes no Brasil entre as décadas de 1970 e 1990, no século passado, foram realizados em ambulatórios de Dermatologia, indicando uma frequência entre 6% e 11% das dermatoses diagnosticadas.



Quais pessoas são mais susceptíveis à doença?

As pessoas pertencentes a famílias que tenham o hábito de dividir o mesmo leito entre várias pessoas, com troca pouco freqüente das roupas, que lavem as roupas sem sabões detergentes são mais susceptíveis à disseminação da doença.

Existem relatos sobre escabiose em populações indígenas brasileiras?

Em uma comunidade da tribo Panará, composta de 168 pessoas e localizada no Xingu, Mato Grosso, uma epidemia de escabiose chegou a atingir 100% da população.

Crianças são mais predispostas à escabiose do que os adultos?

Não. Indivíduos de qualquer faixa etária são susceptíveis à doença.

Como se manifesta a escabiose?

Como doença intensamente pruriginosa, cuja manifestação principal é uma pequena elevação avermelhada e com aspecto edematoso. Podem haver vesículas, crostas e os característicos túneis em forma de linha.

A escabiose tem a mesma apresentação clínica nas diferentes faixas etárias?

Não. Em crianças maiores de dois anos, o padrão é semelhante ao observado em adultos. Mais comumente, a doença se manifesta nas regiões interdigitais, punhos, abdômen, genitais, nádegas e axilas.

Em crianças menores de dois anos, pode haver comprometimento generalizado da pele, inclusive da face, palma das mãos, plantas dos pés e couro cabeludo. Nesta faixa etária, as vesículas e bolhas são comuns e as lesões em túneis estão ausentes.

Como realizar o diagnóstico da escabiose?

É baseado fundamentalmente nos seguintes dados clínicos:

- exame dermatológico: lesões papulares, avermelhadas, acompanhadas de crostas nas localizações descritas acima;
- prurido cutâneo, particularmente no período noturno;
- história de contato com pessoas que apresentavam quadro semelhante.

Como tratar a escabiose?

O tratamento deve ser realizado com medicamentos que levem à morte do seu agente causador, o *Sarcoptes scabiei* (tabela).

Esquema terapêutico	
Benzoato de benzila	• deve ser aplicado à noite, após banho prévio, do pescoço aos pés, incluindo couro cabeludo, orelhas e a região genital; • deixar agir por 12 horas. Se houver infecção secundária e/ou eczematização, estas devem ser previamente tratadas antes da aplicação.
Enxofre precipitado a 5%-10% em vaselina	• preparado em creme ou vaselina, é pouco irritante; • aplicar à noite após banho diário, do pescoço aos pés, incluindo couro cabeludo e orelhas, quando acometidos e a região genital. Deixar agir por 12 horas; • mais indicado para crianças até cinco anos; pode ser usado mesmo se houver infecção secundária.
Deltametrina-piperonil butóxida	• medicamento deve ser aplicado à noite, após banho prévio do pescoço aos pés, incluindo couro cabeludo, orelhas e a região genital; • deixar agir por 12 horas. Se houver infecção secundária e/ou eczematização, estas devem ser previamente tratadas antes da aplicação.
Monossulfiram a 25%	• deve ser diluído em água (em três vezes o volume em água). O medicamento deve ser aplicado à noite, após o banho diário, do pescoço aos pés, incluindo couro cabeludo e orelhas, quando acometidos e a região genital; • deixar agir por 12 horas. Pode ser usado mesmo se houver infecção secundária.
Permetrina 5%	• medicamento deve ser aplicado à noite, após banho prévio do pescoço aos pés, incluindo couro cabeludo, orelhas e a região genital; • deixar agir por 12 horas.

Nos casos onde o prurido interfira nas atividades diárias da criança (alimentação, brincar) ou no sono, utilizar medicamentos antialérgicos (tabela).

Nome da substância ativa	Esquema terapêutico
Dexclorfeniramina.	0,15mg/kg/dia dividido em duas a três doses diárias.
Cetirizina solução oral, com 1mg/ml comprimidos de 10mg.	2 a 6 anos: 2,5mg, de 12/12 horas; 6 a 12 anos: 5mg, de 12/12 horas; > = 12 anos: 10mg, 1 vez/dia.
Loratadina solução oral, com 1mg/ml comprimidos de 10mg.	2 a 12 anos < 30kg: 5mg 1 vez/dia; > = 30kg: 10mg 1 vez/dia; > 12 anos: 10mg 1 vez/dia.

Tratar as infecções secundárias, como impetigo, foliculite ou celulite, e somente iniciar o tratamento com escabicidas após quatro dias.

Quais são os principais cuidados na aplicação dos medicamentos?

Caso o medicamento escolhido seja o benzoato de benzila, explicar que o medicamento leva a ardor e não deve ser utilizado na face, pois leva a ardor nos olhos e possibilidade de ingestão se aplicado próximo à boca.

Quais são os principais cuidados para diminuir a chance de falhas no tratamento ou retorno da doença?

- como o período de incubação é de até vinte e oito dias, áreas do corpo da criança, aparentemente sãs, podem estar infectadas, embora sem mostrar sinais da doença. Assim, o medicamento deve ser aplicado em todo o corpo, não esquecendo áreas interdigitais, mãos, pés, genitais e axilas;
- devido à sua alta contagiosidade, toda a família deve ser tratada, inclusive as pessoas que acusem ausência de sintomas, mas que provavelmente apresentam-se infectadas pelo *Sarcoptes scabiei*;
- orientar para lavar e ferver toda a roupa utilizada pela família, durante o período de tratamento;
- orientar também a lavagem dos brinquedos utilizados pela criança;
- tratar infecções secundárias e eczemas.

Que medidas ajudam a prevenir que esta doença se espalhe pela comunidade?

- tratamento simultâneo de toda a população de risco;

- esclarecimento dos pais;
- educação continuada da equipe de saúde;
- avaliação de crianças com dermatoses crônicas;
- lavar roupas e brinquedos usados nos últimos três a quatro dias;
- limpeza de chão, tapetes e móveis.

a) Referências bibliográficas

1. Bopp, C; Bakos, L. Reappearance of scabies in Rio Grande do Sul. *An Bras Dermatol*, 42(1): 1-14, 1967.
2. Larsson, MH. Epidemiologic evidence of the occurrence of scabies, in humans, caused by *Sarcoptes scabiei* (DeGeer, 1778) var. *canis* (Bourguignon, 1853). *Rev Saude Publica*, 12(3): 333-9, 1978.
3. Lofredo, SM; Oliveira, CB; Rodrigues, D; Pereira, IMTB; Maeda, SM. Investigação e controle de epidemia de escabiose: uma experiência educativa em aldeia indígena. *Saúde Soc*, 10(1): 65-86, Jan-Jun 2001.
4. Magnabosco, EM; Prado, AD. Fatores epidemiológicos de risco associados à escabiose. *An Bras Dermatol*, 73(3): 239-43, 1998.
5. Oliveira, ZNP; Rivitti, E. Doenças dermatológicas mais freqüentes no Centro de Saúde. In: Issler, H; Leone, C; Marcondes, E. *Pediatria na Atenção Primária*. São Paulo: Editora Sarvier, 1999. p.407-424.
6. Ramos e Silva, J; Olivi, WR. Endemic-epidemiology of scabies in Rio de Janeiro. *An Bras Dermatol*, 5(3): 241-8, 1970.

5.2.4. Impetigo

Renato Minoru Yamamoto

O que é o impetigo?

É uma doença infecciosa que atinge a epiderme, camada mais superficial da pele, e é causada por bactérias, *Staphylococcus aureus* (75% a 90%) ou *Streptococcus b* hemolítico do grupo A (25%). Ocorre particularmente em climas quentes e úmidos.

Que crianças estão mais predispostas ao impetigo?

São aquelas expostas a doenças que estabeleçam uma porta de entrada para as bactérias causadoras do impetigo, tais como picadas de inseto, escabiose, escoriações e doenças dermatológicas crônicas ou recorrentes, como a dermatite atópica, dermatite de contato e dermatite seborréica.



Em estudo realizado em 1976, junto a aldeias das etnias Ticuna, Kashinawa e Kanamari, localizadas na região da floresta amazônica, Lawrence e colaboradores observaram que o impetigo naquela comunidade era uma doença mais freqüente na faixa etária pediátrica. As crianças menores de cinco anos (31%) e entre cinco e nove anos (19%) apresentaram elevada prevalência. Os mesmos autores não encontraram associação entre a presença de impetigo, o número de irmãos e o impetigo em outros irmãos, considerando a possibilidade da transmissão ser realizada por um adulto, portador, em sua orofaringe, da bactéria causadora do impetigo.

Como se manifesta o impetigo?

Como manchas avermelhadas que rapidamente evoluem para vesículas e pústulas. Estas também apresentam curta duração. As lesões típicas são as crostas de coloração amarelo-mel (crostas melicéricas), que, à remoção, revelam base avermelhada sobre o qual se acumula camada de exsudato amarelado rapidamente. As lesões assumem o aspecto de casca de cebola, ao se espalharem perifericamente e diminuírem a intensidade do processo no centro da lesão, formando placas circulares.

Quais são os locais mais freqüentemente atingidos?

São a face, o pescoço, os braços e as pernas.

Quais as medidas terapêuticas para a criança com impetigo?

- limpeza dos locais afetados com sabonetes anti-sépticos, ou banhos com permanganato de potássio (dissolver um comprimido em quatro litros de água), duas vezes por dia;
- a antibioticoterapia é indicada em todos os casos, para diminuir o tempo de duração da doença e para impedir a sua disseminação na comunidade.

Como selecionar a via de administração do antibiótico? Que antibióticos devem ser utilizados?

Caso a criança tenha quadro localizado, a aplicação tópica de antibióticos pode ser utilizada. Quando houver impetigo em sua forma disseminada, há grande risco de falha terapêutica com o uso de produtos tópicos e deve ser utilizada a via sistêmica, preferencialmente eritromicina (30mg/kg/dia a 50mg/kg/dia) ou cefalexina (40mg/kg/dia-50mg/kg/dia).

Antibióticos indicados para uso local

Gentamicina Neomicina	Duas aplicações diárias, por dez dias.
Mupirocina 2%	Quatro aplicações diárias, por dez dias.

Antibióticos indicados para uso por via oral

Peso	Eritromicina ou Cefalexina 40mg/kg/dia, dividida em quatro doses diárias por 10 dias
Suspensão (125mg/5ml) (quantidade em ml para cada dose)	
3kg - 5kg	1,25ml
6kg - 9,9kg	2,5ml
10kg - 14,9kg	5ml
15kg - 19,9kg	7,5ml
20kg - 30kg	10ml

O que fazer para impedir a disseminação da doença na comunidade?

Tratar contactantes. Cuidado com portadores sãos.

a) Referências bibliográficas

1. Bechelli, LM; Haddad, N; Pimenta, WP; Pagnano, PM; Melchior Jr, E; Fregnan, RC; Zanin, LC; Arenas. Epidemiological survey of skin diseases in schoolchildren living in the Purus Valley (Acre State, Amazonia, Brazil). *Dermatologica*, 163(1): 78-93, 1981.
2. Benchetrit, LC; Borges Neto, AA; Obadia, I; Gonzaga, MA; Facklam, RR. Impetigo in Rio de Janeiro: streptococcal and staphylococcal isolates from skins lesions, nose and throat in children. *Rev Microbiol*, 13(4): 347-54, 1982.
3. Ministério da saúde. Guia para o diagnostico e tratamento das principais dermatoses da infancia de interesse sanitario. Brasília, 1993. 61 p.
4. Coimbra Júnior, Carlos Everaldo A; Santos, Ricardo Ventura; Tanus, Roman. Estudos epidemiológicos entre grupos indígenas de Rondônia. I Piodermites e portadores inaparentes de *Staphylococcus* sp. na boca e nariz entre os Suruí e Karitiana. *Rev. Inst. Med. Trop. São Paulo*, 27(1):13-9, Jan-Fev 1985.
5. Lawrence, DN; Facklam, RR; Sottnek, FO; Hancock, GA; Neel, JV; Salzano, FM. Epidemiologic studies among Amerindian populations of Amazonia. I. Pyoderma: prevalence and associated pathogens. *Am J Trop Med Hyg*, 28(3): 548-58, May 1979.
6. Oliveira, ZNP; Rivitti, EA. Doenças dermatológicas mais freqüentes no Centro de Saúde In: Issler, H; Leone, C; Marcondes, E. *Pediatria na Atenção Primária*. São Paulo: Ed Sarvier, 1999. p.407-424.
7. Salzano, FM. Changing patterns of disease among South American Indians. *Prog Clin Biol Res*, 194: 301-23, 1985.

5.2.5. Malária

Renato Minoru Yamamoto

O que vem a ser a malária?

É uma doença infecciosa causada por protozoários do gênero *Plasmodium*, que invadem os glóbulos vermelhos, causando a sua destruição.

Como se dá a transmissão da malária?

A malária é transmitida pela picada de uma fêmea de mosquito do gênero *Anopheles* previamente infectada pelo *Plasmodium*.

Pode ocorrer ainda, por meio de transfusão de sangue infectado e uso compartilhado de seringas.

Quais são os tipos de malária?

São:

- malária *falcíparum*, também conhecida como terçã maligna: causada pelo *Plasmodium falciparum*, pode ser fatal se não tratada nos primeiros dias;
- malária *vivax* e malária *ovale* conhecida como terçã benigna (causada pelo *Plasmodium vivax* ou *Plasmodium ovale*) ou quartã (causada pelo *Plasmodium malariae*): ocorrem em crises, raramente fatais.

As infecções incluídas nos segundo item podem recorrer após aparente cura do ataque primário, o que só ocorre na malária terçã maligna em caso de resistência ao tratamento instituído.

Qual a magnitude desta doença no Brasil?

Informações relativas ao ano de 2000 indicavam que:

- mais de 2,5 milhões de pessoas tiveram suspeita de malária;
- foram confirmados laboratorialmente 610.760 casos espessa. Desse total, 608.932 encontravam-se na Amazônia (99,7% do total de casos brasileiros);
- os casos concentraram-se nos Estados do Pará (278.203), Amazonas (96.026) e Maranhão (78.817).

Quais estados do Brasil são considerados como de risco para malária?

- Norte: Acre, Amazonas, Amapá, Pará, Rondônia, Roraima e Tocantins;
- Nordeste: Maranhão;
- Centro-Oeste: Mato Grosso.

Para determinar o grau de risco para malária, é necessário conhecer a incidência parasitária anual (IPA). De acordo com a Coordenação Geral do Programa de Controle de Malária, as regiões malarígenas foram classificadas, segundo o IPA, em:

- alto risco: IPA ≥ 50 ;
- médio risco: IPA ≥ 10 e <50 ;
- baixo risco: IPA <10 .

Qual é o período de incubação da malária?

Varia de acordo com a espécie de plasmódio, sendo de 8 a 12 dias para *Plasmodium falciparum*, 13 a 17 para *Plasmodium vivax* e 18 a 30 dias para *Plasmodium malariae*.

As manifestações clínicas da malária, na criança, são iguais aos descritos para o adulto?

Não. A característica crise febril pode não ser observada, particularmente na malária causada pelo *Plasmodium falciparum*.

Quais são as manifestações clínicas da malária na criança?

Quadro clínico comum aos diferentes tipos de malária	
Sintomas iniciais: Irritabilidade - falta de apetite Sonolência - despertares noturnos Cefaléia - dores no corpo Hipoatividade Sinais: esplenomegalia - palidez cutânea	febre nem sempre presente. O padrão de febre em crises pode não ocorrer em crianças menores de cinco anos.

Sinais específicos aos diferentes tipos de malária	
Terça maligna Febre contínua • Neurológicas: convulsão, coma, sem sinais de localização. Líquor normal; • Gastrointestinais: vômitos e náuseas persistentes, icterícia, diarreia; • Renais: diminuição ou ausência de produção de urina.	Terça benigna febre em intervalos de 48 horas. Quartã febre em intervalos de 72 horas.

Qual é a frequência da associação malária e anemia?

Aproximadamente 20% dos indivíduos com malária desenvolverão anemia, comprovada laboratorialmente.

Quais sinais clínicos indicam pior prognóstico?

- hipoglicemia;
- convulsões;
- vômitos repetidos;
- febre muito alta ($>40^{\circ}\text{C}$);
- icterícia;
- alteração do nível de consciência.

Como realizar o diagnóstico de malária?

Em situações de epidemia e em áreas de difícil acesso da população aos serviços de saúde, indivíduos com febre são considerados portadores de malária. Deve-se enfatizar que os sintomas da malária são inespecíficos e indivíduos semi-imunes ao plasmódio podem ter malária clinicamente inaparente. A suspeita da doença baseia-se nos sintomas e sinais, principalmente em crianças residentes em área de risco para malária e a confirmação do diagnóstico deve ser realizada pela identificação do parasita em esfregaços de amostras de sangue periférico. O método da gota espessa, é o mais utilizado no Brasil.

Quais são os principais objetivos do tratamento da malária?

- Interromper a esquizogonia sanguínea;
- prevenir as mortes, associadas à malária grave;
- eliminar fontes de infecção para os mosquitos, contribuindo para a redução da transmissão da doença;
- proporcionar a erradicação de forma latente do parasito (hipnozoíto) das espécies *P. vivax* e *P. ovale*, evitando as recaídas.

Quais fatores devem ser considerados ao escolher o tratamento da malária?

- gravidade da doença: pela necessidade de drogas injetáveis e com ação mais rápida sobre os parasitos, visando reduzir letalidade;
- espécie de plasmódio: deve ser diferenciada, em face do perfil variado de resposta do *Plasmodium falciparum* aos antimaláricos. Se não for possível identificar a espécie

do parasito, deve-se optar pelo tratamento do *Plasmodium falciparum*, pelo risco de evolução grave;

- idade do paciente: pelo pior prognóstico da malária na criança e no idoso;
- história de exposição anterior à infecção: indivíduos não imunes (primoinfectados) tendem a apresentar formas clínicas mais graves;
- susceptibilidade dos parasitos aos antimaláricos convencionais: para indicar tratamento com drogas sabidamente eficazes para a área de ocorrência do caso, evitando atraso no efeito terapêutico e agravamento do quadro clínico.

Equivalência entre grupo etário e peso corporal

Grupo etário	Peso corporal
6 a 11 meses	5kg a 9kg
1 a 2 anos	10kg a 14kg
3 a 6 anos	15kg a 19kg
7 a 11 anos	20kg a 29kg
12 a 14 anos	30kg a 49kg
15 ou mais anos	50kg ou mais

Como definir o tratamento da malária, de acordo com os sinais clínicos?

Área endêmica de malária (alto e médio risco)

Febre Vômitos de difícil controle; Alteração do nível de consciência; Convulsão; Rigidez de nuca; Petéquias; Abaulamento de fontanela.	Malária grave ou doença febril muito grave.	Dar a primeira dose de um quimioterápico recomendado. Tratar a criança para evitar hipoglicemia. Dar antitérmico, se temperatura > 38,5°C. Referir urgentemente ao hospital.
Febre.	Provável malária	Realizar gota espessa e tratar a criança com um antimalárico. Dar antitérmico, se temperatura > 38,5°C. Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente. Reavaliar em três dias se a febre persistir. Referir para investigação se a febre já dura mais de sete dias.

Área endêmica de malária (alto e médio risco)

Febre Vômitos de difícil controle; Alteração do nível de consciência; Convulsão; Rigidez de nuca; Petéquias; Abaulamento de fontanela.	Malária grave ou doença febril muito grave.	Dar a primeira dose de um quimioterápico recomendado. Tratar a criança para evitar hipoglicemia. Dar antitérmico, se temperatura > 38,5°C. Referir urgentemente ao hospital.
Febre.	Provável malária.	Realizar gota espessa e tratar a criança com um esquema terapêutico antimalárico. Dar antitérmico, se temperatura > 38,5°C. Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente. Reavaliar em três dias se a febre persistir. Referir para investigação se a febre já dura mais de sete dias.
	Malária pouco provável.	Dar antitérmico, se temperatura > 38,5°C. Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente. Reavaliar em três dias se a febre persistir. Referir para investigação se a febre já dura mais de sete dias.

Quais são os esquemas terapêuticos antimaláricos recomendados no Brasil?

Todas as tabelas mostradas a seguir foram extraídas do Manual de terapêutica da malária, produzido pelo Ministério da Saúde/Fundação Nacional de Saúde. Brasília, dezembro de 2001.

Tabela 1 – Esquema recomendado para tratamento das infecções por *Plasmodium vivax* com cloroquina em três dias e primaquina em sete dias

Drogas e doses								
		1º dia		2º e 3º dias			4º ao 7º dias	
Grupos etários	Cloroquina comprimido	Primaquina comprimido		Cloroquina comprimido	Primaquina comprimido		Primaquina comprimido	
		Adulto	Infantil		Adulto	Infantil	Adulto	Infantil
< 6m	1/4	-	-	1/4	-	-	-	-
6-11m	1/2	-	1	1/2	-	1	-	1
1-2a	1	-	1	1/2	-	1	-	1
3-6a	1	-	2	1	-	2	-	2
7-11a	2	1	1	1 e 1/2	1	1	1	1
12-14a	3	1 e 1/2	-	2	1 e 1/2	-	1 e 1/2	-
>= 15a	4	2	-	3	2	-	2	-

Primaquina: comprimidos para adultos com 15mg da base e para crianças com 5mg da base. A cloroquina e a primaquina deverão ser ingeridas preferencialmente às refeições. Não administrar primaquina para gestantes e crianças até seis meses de idade. Se surgir icterícia, suspender a primaquina.

Tabela 2 – Esquema recomendado para tratamento das infecções por *Plasmodium falciparum* com quinina em três dias + doxiciclina em cinco dias + Primaquina no 6º dia

Drogas e doses				
		1º, 2º e 3º dias		4º ao 7º dias
Grupos etários	Quinina comprimido	Doxiciclina comprimido		Primaquina comprimido
8-11 a	1 e 1/2	1		1
12-14 a	2 e 1/2	1 e 1/2		2
>= 15 a	4	2		3

A dose diária da quinina e da doxiciclina devem ser divididas em duas tomadas, de 12/12 horas.

A doxiciclina e a primaquina não devem ser dadas a gestantes. Neste caso, usar tabela 7.

Para menores de oito anos e maiores de 6 meses de idade, usar a tabela 6.

Tabela 3 – Esquema recomendado para tratamento das infecções mistas por *Plasmodium vivax* + *Plasmodium falciparum* com mefloquina em dose única e primaquina em sete dias

Drogas e doses					
Grupos etários	Mefloquina comprimido	1º dia		2º ao 7º dias	
		Primaquina comprimido		Primaquina comprimido	
		adulto	Infantil	adulto	infantil
< 6 m	*	-	-	-	-
6-11 m	1/4	-	1	-	1
1-2 a	1/2	-	1	-	1
3-4 a	1	-	2	-	2
5-6 a	1 e 1/4	-	2	-	2
7-8 a	1 e 1/2	-	1	1	1
9-10 a	2	-	1	1	1
11-12 a	2 e 1/2	1 e 1/2	-	1 e 1/2	-
13-14 a	3	1 e 1/2	-	1 e 1/2	-
>= 15 a	4	2	-	2	-

* Calcular 15mg/kg a 20mg/kg de peso.

A dose diária de mefloquina pode ser dividida em duas tomadas com intervalo de até 12 horas.

Não usar primaquina em gestantes e menores de seis meses. Ver tabela 10.

Tabela 4 – Esquema recomendado para tratamento das infecções por *Plasmodium malariae* com cloroquina em três dias

Drogas e doses			
Grupos etários	Cloroquina comprimido		
	1º dia	2º dia	3º dia
< 6m	1/4	1/4	1/4
6-11m	1/2	1/2	1/2
1 a 2a	1	1/2	1/2
3-6a	1	1	1
7-11a	2	1 e 1/2	1 e 1/2
12-14a	3	2	2
>=15a	4	3	3

Observação: Diferente do *Plasmodium vivax*, não se usa primaquina para o *Plasmodium malariae*.

Esquemas alternativos

Tabela 5 – Esquema alternativo para tratamento das infecções por *Plasmodium vivax* em crianças apresentando vômitos, com cápsulas retais de artesunato em quatro dias, e primaquina em sete dias

Drogas e doses				
Grupos etários	1º, 2º e 3º dias	4º dia	5º ao 11º dias	
	Artesunato cápsula retal	Artesunato cápsula retal	Primaquina comprimido	
			adulto	infantil
1-2 a	1	1	-	1
3-5 a	2 (A)	1	1/2	-
6-9 a	3 (B)	1	-	2
10-12 a	3 (B)	3(B)	1	-

Cápsula retal com 50mg. A cápsula retal pode ser conservada à temperatura ambiente. Primaquina infantil e adulto com 5mg e 15mg de primaquina-base, respectivamente. A dose de primaquina é de 0,50mg/kg de peso e deve ser ingerida, preferencialmente, às refeições.

- administrar uma cápsula retal de 12 em 12 horas;
- administrar uma cápsula retal de 8 em 8 horas.

Para menores de um ano e maiores de 12 anos, usar a tabela 1 deste manual.

Observação: não usar este esquema para crianças com diarreia.

Tabela 6 – Esquema alternativo para tratamento das infecções por *Plasmodium falciparum* com mefloquina em dose única e primaquina no segundo dia

Drogas e doses			
Grupos etários	1º dia	2º dia	
	Mefloquina comprimido	Primaquina comprimido	
		adulto	infantil
< 6m	*	-	-
6-11m	1/4	-	1
1-2a	1/2	1/2	-
3-4a	1	1	-
5-6a	1 e 1/4	1	-
7-8a	1 e 1/2	1 e 1/2	-
9-10a	2	1 e 1/2	-
11-12a	2 e 1/2	1 e 1/2	-

continuação

Drogas e doses			
Grupos etários	1º dia	2º dia	
	Mefloquina comprimido	Primaquina comprimido	
		adulto	infantil
13-14a	3	2	-
>= 15a	4	3	-

* Calcular 15mg/kg a 20mg/kg de peso.

A dose diária da mefloquina pode ser dada em duas tomadas com intervalo máximo de 12 horas.

Não usar mefloquina se tiver usado quinina nas últimas 24 horas. Não se deve usar mefloquina em gestantes do primeiro trimestre. Não usar primaquina em gestantes e menores de seis meses.

Tabela 7 – Tratamento alternativo das infecções por *Plasmodium falciparum* com quinina em sete dias

Drogas e doses	
Grupos etários	Quinina comprimidos (dose diária durante sete dias)
< 6m	1/4
6-11m	1/2
1-2a	3/4
3-6a	1
7-11a	1 e 1/2
12-14a	2
> = 15a	3

A dose diária de quinina deve ser fracionada em três tomadas de 8 em 8h.

Tabela 8 – Esquema alternativo para tratamento das infecções por *Plasmodium falciparum* de crianças, com cápsulas retais de *artesanato* em quatro dias, e dose única de mefloquina no terceiro dia e primaquina no quinto dia.

Drogas e doses					
Grupos etários	1º e 2º dias	3º dia		4º dia	5º dia
	Artesunato cápsula retal	Artesunato cápsula retal	Mefloquina comprimido	Artesunato cápsula retal	Primaquina (adulto)
1-2a	1	1	1/2	1	1/2
3-5a	2(A)	2(A)	1	1	1

Drogas e doses					
Grupos etários	1º e 2º dias	3º dia		4º dia	5º dia
	Artesunato cápsula retal	Artesunato cápsula retal	Mefloquina comprimido	Artesunato cápsula retal	Primaquina (adulto)
6-9a	3(B)	3(B)	1 e 1/2	1	1 e 1/2
10-12a	3(B)	3(B)	2 e 1/2	3(B)	2

A cápsula retal pode ser conservada à temperatura ambiente.

A mefloquina pode ser administrada na dose de 15mg/kg-20mg/kg, dividida em duas tomadas, com intervalo de 12 horas.

- administrar uma cápsula retal de 12 em 12 horas;
- administrar uma cápsula retal de 8 em 8 horas .

Para menores de um ano usar a tabela 7, e maiores de 12 anos, usar as tabelas 2 ou 6 deste manual.

Observação: não usar este esquema para crianças com diarreia.

Tabela 9 – Esquema alternativo para tratamento das infecções mistas por *Plasmodium vivax* + *Plasmodium falciparum* com quinina em três dias, doxiciclina em cinco dias e primaquina em sete dias

Drogas e doses						
Grupos etários	1º, 2º e 3º dias		4º dia	5º dia		6º o 11º dias
	Quinina comprimido	Doxiciclina comprimido	Doxiciclina comprimido	Doxiciclina comprimido	Primaquina comprimido (adulto)	Primaquina Comprimido (adulto)
8-11a	1 e 1/2	1	1	1	1	1
12-14a	2 e 1/2	1 e 1/2	1 e 1/2	1 e 1/2	1 e 1/2	1 e 1/2
>= 15a	4	2	2	2	2	2

A dose diária de quinina e de doxiciclina deve ser fracionada em duas tomadas de 12/12 horas.

Não usar doxiciclina e primaquina em gestantes. Nesses casos, usar a tabela 7 e ver a tabela 10.

Para menores de oito anos usar as tabelas 2 ou 6.

Tabela 10 – Esquema de prevenção de recaída da malária por *Plasmodium vivax*, com cloroquina em dose única semanal, durante três meses*

Peso	Idade	nº comprimidos (150mg/base) por semana
5-6	< 4m	1/4
7-14	4 m-2a	1/2
15-18	3-4a	3/4
19-35	5-10a	1
>= 36	>= 11a	2

* Esquema recomendado para pacientes que apresentam recaídas após tratamento correto, e para gestantes e crianças menores de um ano. Só deve ser iniciado após o término do tratamento com cloroquina em três dias.

Quadro 5 – Esquema recomendado para malária grave por *Plasmodium falciparum*

Tratamento da malária grave e complicada

Droga	Observações importantes
Primeira escolha Derivados da artemisinina <i>artesanato</i> endovenoso: 2,4mg/kg como dose de ataque e 1,2mg/kg nos momentos 4,24 e 48 horas. Diluir cada dose em 50ml de solução isotônica (de preferência glicosada a 5% ou 10%), EV em uma hora ou, - artemeter intramuscular: aplicar 3,2mg/kg de peso, em dose única no primeiro dia. Após 24 horas, aplicar 1,6mg/kg de peso, a cada 24 horas, por quatro dias, totalizando cinco dias de tratamento.	Completar o tratamento com: clindamicina, 20mg/kg de peso/dia, por cinco dias, dividida em duas tomadas (12 em 12 horas), via oral; ou doxiciclina, 3,3mg/kg de peso/dia, dividida em duas tomadas (12 em 12 horas), por cinco dias, via oral; ou mefloquina, 15mg/kg-20mg/kg de peso, em dose única, via oral. Estes medicamentos devem ser administrados ao final do tratamento com os derivados da artemisinina. A doxiciclina não deve ser administrada a gestantes e menores de oito anos. A mefloquina não deve ser usada em gestantes do primeiro trimestre.

Segunda escolha

Quinina endovenosa

- infusão de 20mg-30mg do sal de dicloridrato de quinina/kg/dia, diluída em solução isotônica (de preferência glicosada, a 5% ou 10%) (máximo de 500ml), durante quatro horas, a cada oito horas, tendo-se o cuidado para a infusão correr em quatro horas.

Quando o paciente estiver em condições de ingestão oral e a parasitemia estiver em declínio, utiliza-se a apresentação oral de sulfato de quinina, na mesma dosagem, a cada oito horas. Manter o tratamento até 48 horas após a negativação da gota espessa (em geral sete dias).

Droga	Observações importantes
Terceira escolha Quinina endovenosa associada à clindamicina endovenosa a quinina na mesma dose do item anterior até três dias. Simultaneamente, administrar a clindamicina, 20mg/kg de peso, dividida em duas doses, uma a cada 12 horas, diluída em solução glicosada a 5% ou 10% (15ml/kg de peso), infundida, gota a gota, em uma hora, por sete dias.	Esquema indicado para gestantes.

Observação: os derivados da artemisinina têm se mostrado muito eficazes e de ação muito rápida na redução e eliminação da parasitemia. Assim, é necessário que estes medicamentos sejam protegidos de seu uso abusivo e indicados fundamentalmente para casos graves e complicados. Em gestantes, o esquema terapêutico específico preferencial é a associação quinina e clindamicina endovenosa (item 3), pela sua eficácia e inocuidade para a mãe e para o feto.

Quais medidas podem ser realizadas para a proteção individual?

- profilaxia de contato: evitar o contato do mosquito com a pele do homem. Em virtude dos hábitos noturnos do mosquito, recomenda-se evitar a aproximação às áreas de risco após o entardecer e logo ao amanhecer;
- usar repelentes nas áreas expostas do corpo;
- telar portas e janelas e dormir com mosquiteiros;
- medicamentos ou alimentos que promovem sudorese com odor forte, tais como a tiamina e o alho têm também sido usados para repelir o mosquito. Entretanto, estas estratégias só se aplicam a situações especiais, como para pessoas que eventualmente visitam as áreas endêmicas.

Quais medidas podem ser adotadas para diminuir a transmissão de malária na comunidade?

- medidas de combate ao vetor adulto, por borrifação das paredes dos domicílios com inseticidas de ação residual. Esta medida baseia-se no conhecimento de que os anofelinos costumam pousar nas paredes após o repasto sangüíneo, nos casos de contato endofílico. No entanto, já foi demonstrado o hábito exofílico dos vetores, principalmente nas áreas de garimpo da Amazônia. Além disso, nessas áreas, as pessoas costumam morar em barracos cobertos com lonas plásticas e sem paredes. Assim, em vez de borrifação de paredes, tem sido praticada a nebulização espacial com inseticidas no peridomicílio;

- medidas de combate às larvas, por larvicidas. Em virtude da extensão das bacias hidrográficas existentes nas áreas endêmicas e ao risco de contaminação ambiental com larvicidas químicos, esta estratégia tem sido pouco aplicada. Mais recentemente, o controle biológico de larvas, utilizando o *Bacillus turigiensis* e o *B. sphaericus* tem sido proposto, não se prestando, no entanto, para grandes extensões de água;
- medidas de saneamento básico para evitar a formação de criadouros de mosquitos, surgidos principalmente a partir das águas pluviais e das modificações ambientais provocadas pela garimpagem do ouro;
- medidas para melhorar as condições de vida, pela informação, educação e comunicação, a fim de provocar mudanças de atitude da população em relação aos fatores que facilitam a exposição à transmissão.

Quais são os medicamentos recomendados para o tratamento da malária no Brasil?

Princípio ativo	Indicação	Dosagem e cuidados na aplicação	Contra-indicações	Efeitos adversos	Apresentações
Artesunato	Malária grave (<i>Plasmodium falciparum</i>)	Endovenoso: 2,4mg/kg na dose inicial, seguida de 1,2mg/kg, diluída em solução glicosa-da isotônica a 5% ou 10% (1ml/kg, máximo de 50ml), infundida lentamente em 2 a 5 minutos por dose. Repetir em 4, 24 e 48 horas após a dose inicial. A partir do terceiro dia, iniciar clindamicina EV na dose de 20mg/kg de peso por dia, durante cinco dias, dividida em duas tomadas de 12 em 12 horas, ou mefloquina 15mg/kg-20mg/kg de peso, em dose única, via oral.	Primeiro trimestre da gravidez, exceto quando é iminente o risco de vida.	Em mais de dois milhões de pessoas fazendo uso desses medicamentos, não há nenhuma documentação de eventos neurológicos graves. Mesmo assim, tratamento prolongado com artemisinina e seus derivados deve ser feito com cautela.	Comprimidos de 50mg de artesunato; pó para injeção com 60mg de artesunato anidro em ampola de 1ml + bicarbonato de sódio em ampola de 0,6ml, para injeção endovenosa ou intramuscular; cápsula retal com 50mg de artesunato (<i>Retocaps</i> infantil) 60mg.
Clindamicina	<i>Plasmodium falciparum</i>	20mg/kg/dia, a cada 12 horas, durante cinco dias. No caso de fosfato de clindamicina, a dose pode ser empregada a cada 8-12 horas. Deve ser administrada com alimentos e com grande quantidade considerável de água, quando administrada pela via oral empregada em combinação com a quinina ou derivados da artemisinina para o tratamento da malária por <i>Plasmodium falciparum</i> . Entretanto, é mais tóxica e mais cara que a doxiciclina e a tetraciclina e, portanto, só deve ser empregada quando as outras forem contra-indicadas ou não estiverem disponíveis.	Pacientes com diarreia ou quando, durante o uso, esta complicação surgir, deve-se suspender a droga	Comuns: náusea, vômito e dores ou cólicas abdominais. Raras: reações de hipersensibilidade, incluindo erupções cutâneas e urticária, neutropenia e trombocitopenia.	cápsulas contendo 150mg de clindamicina base sob a forma de cloridrato ou hidrocloreto; comprimidos contendo 300mg de clindamicina base sob a forma de cloridrato ou hidrocloreto; ampolas de 2ml com 150mg/ml.

Princípio ativo	Indicação	Dosagem e cuidados na aplicação	Contra-indicações	Efeitos adversos	Apresentações
Cloroquina	<i>Plasmodium vivax</i> e <i>Plasmodium malariae</i>	10mg/kg no primeiro dia, seguida de 7,5mg/kg no segundo e terceiro dias.	Infecções por <i>Plasmodium falciparum</i> (não respondem por resistência). Portadores de psoríase. Pessoas com hipersensibilidade conhecida a cloroquina.	Frequente: prurido, inclusive intenso. Menos frequentes: cefaléia, náusea, sintomas gastrointestinais e “visão turva”. Estes sintomas podem ser evitados administrando-se a dose após a refeição. Em pessoas susceptíveis, pode haver ataque agudo de porfíria e psoríase. Raros: leucopenia, descolorimento do cabelo e, anemia aplástica, polineurite, ototoxicidade, convulsões e neuromiopatia.	Comprimidos contendo 250mg de difosfato, sulfato, dicloridrato ou cloridrato de cloroquina, equivalente a 150mg de cloroquina base; ampolas contendo 5ml de uma solução de cloridrato, difosfato ou sulfato de cloroquina, com um conteúdo de 40mg de cloroquina base por ml.
Doxiciclina	<i>Plasmodium falciparum</i> (infecções não complicadas)	3,3mg/kg por dia, de 12 em 12 horas. Usada em associação com outro antimalárico (quina ou derivado da artemisinina).	Gestantes e crianças menores de oito anos disfunção hepática		Comprimidos de hidrato ou hidrocloreidrato de doxiciclina, contendo 100mg de substância base.
Mefloquina	<i>Plasmodium falciparum</i> <i>Plasmodium vivax</i> <i>Plasmodium malariae</i>	15mg/kg-20mg/kg. A melhor solubilidade e a maior biodisponibilidade podem ser alcançadas com a ingestão de água antes da administração do medicamento. Sua biodisponibilidade também aumenta se for tomada depois das refeições.	Primeiro trimestre da gestação antecedente de convulsão, história de alergia à mefloquina, antecedentes de doenças neurológicas ou psiquiátricas, tratamentos recentes com quina ou halofantrina, tratamento com mefloquina nos últimos 21 dias,	Tontura, náusea, vômito, diarreia e dor abdominal. O principal temor com relação ao uso da mefloquina, deve-se ao potencial para induzir manifestações neuropsiquiátricas graves.	Comprimidos contendo 274mg de cloridrato, equivalente a 250mg de mefloquina base.

Princípio ativo	Indicação	Dosagem e cuidados na aplicação	Contra-indicações	Efeitos adversos	Apresentações
Primaquina	<i>Plasmodium vivax</i>	<i>Plasmodium vivax: utilizar junto com a cloroquina, a partir do dia de tratamento, na dose de 0,5mg de base/kg de peso, diariamente, durante sete dias.</i>	arritmias cardíacas, tarefas que exigem boa coordenação e discriminação espacial (tripulantes de aeronaves, operadores de máquinas, motoristas).	São pouco frequentes e dose dependentes: anorexia, náusea, vômito, dores abdominais, cólicas, fraqueza e mal-estar. Raras: leucopenia, anemia, supressão da atividade mieloide e metahemoglobinemia. A ação hemolítica da primaquina aumenta em pessoas com deficiência de G-6-PD. Em geral é leve e autolimitada.	Comprimidos contendo 8,8mg de fosfato ou difosfato de primaquina, equivalente a 5mg de primaquina base; comprimidos contendo 26,4mg de fosfato ou difosfato de primaquina, equivalente a 15mg de primaquina base.
Quinina	<i>Plasmodium falciparum</i>	<i>Esquema de quinina isolada:</i> _ 25mg do sal de quinina/kg/dia durante sete dias. <i>Esquema de quinina associada:</i> _ 30mg do sal de quinina/kg/dia durante três dias, com: - 3,3mg/kg/dia de doxiciclina, de 12 em 12 horas, durante cinco dias, a partir do primeiro dia do uso da quinina; se não houver doxiciclina, usar 250mg de tetraciclina três vezes por dia, durante sete dias em caso de impossibilidade	Sua prescrição deve ser cautelosa para indivíduos que estejam tomando medicamentos tais como beta-bloqueadores, digitálicos e bloqueadores de transporte de cálcio, especialmente em pessoas com cardiopatias. Pode haver aumento de toxicidade para indivíduos que tomaram mefloquina recentemente.	"Cinchonismo", que se caracteriza por zumbido, audição abafada, algumas vezes vertigem e tontura (segundo ou terceiro dia do tratamento).	Comprimidos contendo 500mg de dicloridrato, cloridrato, bissulfato ou sulfato de quinina; ampolas contendo 500mg de dicloridrato de quinina em 5 ml de água bi-destillada.

Princípio ativo	Indicação	Dosagem e cuidados na aplicação	Contra-indicações	Efeitos adversos	Apresentações
Tetraciclina	<i>Plasmodium falciparum</i>	de uso da doxiciclina ou tetraciclina (gestantes e crianças menores de oito anos), usar 20mg/kg/dia de clindamicina, em quatro vezes ao dia, durante cinco dias. É difícil o seu uso para crianças, já que não existe apresentação líquida disponível em nosso meio. Recomendam-se doses de ataque de quinina no tratamento da malária grave e complicada. A dose de ataque deve ser de 20mg/kg (primeira dose). Associado à quinina: • 30mg de quinina/kg/dia, de 12 em 12 horas, durante três dias; • 250mg de tetraciclina 3 vezes por dia, durante sete dias. Associado ao artesunato oral: • Artesunato oral: 4mg/kg de peso, duas vezes ao dia, no primeiro dia, seguida de 2mg/kg de peso, duas vezes ao dia, do segundo ao quinto dias, com dose única de primaquina no quinto dia. A primaquina não está indicada onde, sabidamente, não exista o vetor;	< oito anos de idade, gravidez, pacientes com hepatopatias ou insuficiência renal. Músculos amamentando.	Comuns: dor epigástrica, mal-estar abdominal, náusea, vômito e diarreia. Outros: distúrbios na ossificação (reversíveis), descoloração dos dentes e a displasia do esmalte (permanentes). Raras: erupções morbiliformes, urticária, erupções medicamentosas fixas, dermatite esfoliativa, quilose, glossite e vaginite, angioedema, anafilaxia.	Cápsulas contendo 250mg de cloridrato de tetraciclina (primeira opção); cápsulas contendo 500mg de cloridrato de tetraciclina.

Princípio ativo	Indicação	Dosagem e cuidados na aplicação	Contra-indicações	Efeitos adversos	Apresentações
		Tetraciclina: 250mg três vezes por dia, durante sete dias.			

a) Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área da Criança e Aleitamento Materno. Curso de capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. Avaliar, classificar e tratar a criança com febre em áreas de risco para malária. Brasília, 2000.
2. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Manual de Terapêutica da Malária. Brasília, dezembro de 2001.

O que é a pediculose?

É uma doença parasitária causada pelo piolho, da espécie *Pediculus humanus capitis*, que em criança acomete especialmente o couro cabeludo. Crianças pequenas podem ter também os cílios e supercílios afetados.

Qual a freqüência deste problema de saúde em crianças brasileiras?

Foi observada em 35% das crianças e adolescentes de zero a 15 anos analisados em creches e escolas de área urbana e rural de Uberlândia. Em função do comprimento dos cabelos, as meninas são mais freqüentemente afetadas. Neste estudo, a doença atingiu inclusive menores de um ano de idade e foi ainda mais freqüente em maiores de sete anos.

Como se procede o contágio?

Ocorre mais freqüentemente por contato direto com as pessoas infectadas. Como o piolho sobrevive até três dias fora do indivíduo infectado, roupas, chapéus, pentes e escovas são outros possíveis meios de contágio.

Como se manifesta a pediculose?

Ocorre prurido intenso no couro cabeludo, principalmente na região posterior. Há pápulas com edema, avermelhamento e escoriações, havendo a possibilidade de penetração de bactérias na pele lesada, com infecção bacteriana (lesões com fundo amarelado) e aumento do tamanho de gânglios na região occipital. Os ovos (lêndeas) parecem grãos de areia branca presos à haste dos cabelos. Já os parasitas adultos podem ser encontrados, dependendo da freqüência do banho e lavagem dos cabelos.

Quais as medidas terapêuticas para a criança com pediculose?

- os parasitas adultos devem ser mortos pela utilização dos medicamentos recomendados também para a escabiose, conforme tabela a seguir.

Esquema terapêutico	
Benzoato de benzila	três noites, repetir após uma semana.
Monossulfiram	duas noites, repetir após uma semana.

Esquema terapêutico	
Enxofre precipitado a 5%-10% em vaselina	três noites, repetir após uma semana.
Permetrina 5%	dose única
Deltametrina-piperonil butoxida	três noites, repetir após uma semana.

- para a retirada dos ovos (lêndeas), aplicar uma solução de vinagre e água (metade de vinagre e metade de água) e pentear os cabelos com pente fino;
- examinar e, se necessário, tratar contactantes;
- lavar roupas de uso pessoal e de cama, escovas e chapéus.

a) Referências bibliográficas

1. Borges, R; Mendes, J. Epidemiological aspects of head lice in children attending day care centres, urban and rural schools in Uberlândia, Central Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz, 97(2): 189-192, 2002.
2. Linardi, PM; Barata, JMS; Urbinatti, PR; Souza, D; Botelho, JR; Maria, M. Infestação por *Pediculus humanus* no Município de São Paulo, SP, Brasil. Rev Sau Publica, 32(1): 77-81, 1998.
3. Oliveira, ZNP; Rivitti, EA. Doenças dermatológicas mais freqüentes no Centro de Saúde In: Issler, H; Leone, C; Marcondes, E. Pediatria na Atenção Primária. São Paulo: Ed Sarvier, 1999. p.407-424.

5.2.7. Toxocaríase (Larva Migrans Visceral)

João Pedro Vicente

O que é a toxocaríase?

A toxocaríase ou Larva Migrans Visceral é uma enteroparasitose de animais, produzida pelo nematódeo da larva do gênero *Toxocara sp.* Em seres humanos, a espécie *Toxocara canis*, parasita de cachorros, é a mais freqüentemente encontrada. No Brasil, são muito raros os casos conhecidos de síndrome de Larva Migrans Visceral (LMV). O primeiro caso de LMV foi publicado pelo Ferraz et al. (1980), diagnosticado por uma biopsia hepática.

Qual é a incidência da doença no Brasil?

Segundo Silva et al. (1998), existem poucos estudos no Brasil abordando a *Toxocara sp.* O único existente, realizado em cinco municípios (São Paulo, Campinas, Santos,

Marília e Presidente Prudente), demonstrou que 3,6% das pessoas apresentavam níveis significativos de anticorpos *antiToxocara*.

Este problema de saúde pode ser importante em comunidades indígenas?

Apesar de não existir relatos na literatura referente a esse problema na população indígena, se considerarmos as condições socioeconômicas e de ambiente em que habitualmente vivem, este pode ser um problema importante de saúde pública nestas comunidades.

Como a criança vem a adquirir a toxocaríase?

A doença acomete habitualmente crianças de um a quatro anos de idade e ocorre pela ingestão acidental de ovos embrionados ou da larva do parasita que se encontra no solo.

Quais são as características clínicas da toxocaríase em crianças?

O quadro clínico da toxocaríase em seres humanos varia de acordo com número de larvas ingeridas, com a frequência de reinfecção, com a distribuição da larva nos tecidos e com a resposta alérgica induzida no hospedeiro. A evolução na maior parte das crianças é *assintomática* ou espontânea para a cura, entretanto, ocasionalmente a infecção pode causar danos importantes à saúde das pessoas.

Sinais clínicos observados na toxocaríase:

• Anemia • Febre • Hepatomegalia • Esplenomegalia • Anorexia • Asma • Bronquite aguda	• Pneumonias de repetição • Dificuldade para ganhar peso • Urticária crônica • Aumento de gânglios • Inflamação em músculos (miosite) • Dor articular (artralgia) • Perda de visão • Convulsão sem antecedentes.
---	--

Que complicação pode ocorrer em crianças com toxocaríase?

Alteração da capacidade visual, particularmente em crianças pequenas.

Nos casos assintomáticos, como suspeitar de toxocaríase?

Classicamente, a suspeita é feita naquela criança que vive num ambiente desfavorável, com história de geofagia (pica) e/ou contato recente com cachorro, principalmente filhotes.

Caso haja acesso a exames laboratoriais, que alterações mais comumente podem ser observadas?

- anemia;
- aumento do número absoluto de eosinófilos (normal até 500/mm³). Frequentemente, são encontrados mais de 2.000 eosinófilos/mm³;
- aumento dos níveis sanguíneos da imunoglobulina E;
- aumento de isohemaglutininas (anticorpos antiA e antiB);
- presença de anticorpos anti-toxocara (sorologia positiva para toxocaríase);
- na prática diária, o diagnóstico é feito por sorologia, embora não indique necessariamente uma relação causal entre a infecção por *Toxocara sp.*, e a doença atual da criança, ela é um marcador importante de infecção por este parasita.

É possível identificar o parasita no exame protoparasitológico de fezes?

Não. No homem, o *Toxocara sp* não é detectado por meio do exame parasitológico de fezes, porque, após penetrar em forma larvária na parede intestinal, atinge no máximo o parênquima pulmonar, não se torna parasita adulto e não realiza o ciclo intestinal característico de helmintos que têm no ser humano um completo ciclo de vida, como é o caso do *Ascaris lumbricoides*.

Como realizar o diagnóstico epidemiológico da toxocaríase em uma comunidade?

- quando se deseja o diagnóstico da situação epidemiológica de um determinado local, pode-se recorrer à análise do solo de locais públicos, pesquisando ovos de parasitas, já que o grau de contaminação destes locais pode refletir a prevalência da infecção nos animais e, conseqüentemente, em humanos;
- realizando inquéritos sorológicos em amostras populacionais.

Como prevenir a disseminação da parasitose na comunidade?

Como não existem medidas de eliminar os ovos de *Toxocara sp* que já se encontram no solo, as seguintes medidas podem ajudar a diminuir a sua disseminação no ambiente e a contaminação do ser humano a partir do ambiente:

- esclarecimento da população a respeito de doenças transmitidas de cães e gatos para o homem;
- lavagem regular das mãos depois de contato com o solo;
- evitar a eliminação de fezes de cães em locais públicos;
- remoção de fezes de cães e gatos dos locais onde as crianças brincam;

- tratamento de cães (especialmente o tratamento precoce de filhotes) e outros animais de estimação infectados.

Em que situações o tratamento está indicado?

Na rotina diária, não é necessário tratar a maior parte dos casos de toxocaríase identificada em estudos epidemiológicos, pelo fato da doença ser autolimitada e não contagiosa. O tratamento é indicado apenas em indivíduos com sintomatologia clínica e tem como finalidade reduzir a remissão do quadro clínico. A criança ou adolescente com diagnóstico de LMV com ou sem indicação de receber tratamento, deve ser submetido à avaliação oftalmológica periódica, porque os problemas oculares podem demorar muitos anos para aparecerem.

O seguinte quadro apresenta as drogas freqüentemente utilizadas para o tratamento da toxocaríase.

Grupo de droga	Medicamento	Dose	Período
Antihelmínticos	Dietilcarbamazinas	1mg/kg/dia a 2mg/kg/dia	Duas vezes ao dia três semanas
	Tiabendazol	25mg/kg/dia	Sete dias
Benzimidazoides	Albendazol	15mg/kg/dia	Cinco dias
	Fenbendazol	15mg/kg/dia	Cinco dias
	Mebendazol	15mg/kg/dia	Cinco dias

Qual o prognóstico da toxocaríase?

A doença não é fatal, sendo que os poucos casos fatais causados pela larva de *Toxocara sp.* resultam de extenso comprometimento do miocárdio, do sistema nervoso central ou de exacerbação a resposta imunológica.

a) Referências bibliográficas

1. Araújo, FR; Adalberto, JC; Raúcia, GCR; Janine, AS; Michely, M; Fabiana, PS, et al. Contaminação de praças públicas de Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, por ovos de *Toxocara* e *Ancylostoma* em fezes de cães. Rev Soc Bras Med Trop 32: 581-3, 1999.
2. Araújo, P. Observações pertinentes às primeiras ecdises de larvas de *Ascaris lumbricoides*, *A. suum* e *Toxocara canis*. Rev Inst Med Trop São Paulo, 14: 83-0, 1972.
3. Alatamirano, MA; Moreno, SL; Berdugo, AC. Principales medidas em epidemiologia. Salud Públ Mex 42: 337-48, 2000.

4. Barra, LAC; Santos, WF; Chieffi, PP; Bedaque, EA; Salles, C; Capitão CG, et al. Larva migrans visceral: forma mista de apresentação em adulto: aspectos clínicos e laboratoriais. *Rev Soc Bras Med Trop*, 29: 373-6, 1996.
5. Buijs, J; Borsboom, G; Gremund, JJV; Hazebroek, A; Dongen, PAM; Knapen, FV, et al. *Toxocara* seroprevalence in 5-year-old elementary schoolchildren: relation with allergic asthma. *Am J Epidemiol*, 140: 839-47, 1994.
6. Chiattonne, CS; Chiffi, PP; Paes, RA. Síndrome de larva migrans visceral em adulto: apresentação de um caso. *Rev Inst Adolfo Lutz*, 43: 85-8, 1983.
7. Chiffi, PP; Muller, E. Prevalência de parasitismo por *Toxocara canis* em cães e presença de ovos de *Toxocara sp* no solo de localidades públicas da zona urbana do município de Londrina, Estado do Paraná, Brasil. *Rev Saúde Pública*, 10: 367-72, 1976.
8. Dubinsky, P. Epidemiology of toxocarosis in rural and urban areas. *Parasitol Int*, 47: 128, 1998.
9. Emmanuelle, W; Chêne, G; Boisseau, H. Chronic urticaria and *Toxocara canis*. *Lancet*, 21: 196, 1995.
10. Gillespie, SH; Pereira, M; Ramsay, A. The Prevalence of *Toxocara canis* in soil samples from parks and gardens in the London area. *Public Health*, 105: 335-9, 1991.
11. Glickman, L; Schantz, P; Dombroske, R; Cypess, R. Evaluation of serodiagnostic tests for visceral Larva Migrans. *Am J Med Hyg*, 27: 492-8, 1978.
12. Glickman, LT; Chaudry, IU; Costantino, J; Clack, FB; Cypess, RH; Winslow, L. Pica patterns, toxocariasis, and elevated blood lead in children. *Am J Trop Med Hyg*, 30: 77-80, 1981.
13. Guerra, A; Navarro, C; Guevara, CL. Seroprevalence of toxocariasis in children and case of VLM. *Eur J Epidemiol*, 11: 701-2, 1995.
14. Holland, CV; O'lorcain, P; Taylor, MRH; Kelly, A. Sero-epidemiology of toxocariases in school children. *Parasitology*, 110: 535-45, 1995.
15. Sadjjaadi, MS; Khosravi, M; Mehrabani, D; Oryan, A. Seroprevalence of *Toxocara* infection in School Children in Shiraz, Southern Iran. *J Trop Pediatr*, 46: 327-0, 2000.
16. Tsuji, V. Neumonía eosinofílica secundaria a larva migrans visceral em um niño. *Rev Mex Clin*. 48: 156-60, 2001.
17. Zuelzer, WW; Apt, L. Disseminated visceral lesions associated with extreme eosinophilia. *Am J Dis Child*, 78: 153-8, 1949.

O que é a toxoplasmose?

É uma infecção causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, adquirido por via oral, transplacentária ou, mais raramente, por via parenteral (sangue, doação de órgãos, acidentes).

Qual é a importância epidemiológica da toxoplasmose no Brasil?

A incidência varia consideravelmente entre pessoas e animais nas diferentes áreas geográficas. São descritos títulos significativos de anticorpos em algumas localidades que varia de 50% a 80% da população infectada e em outros locais, incidências que não chegam a 5%. As maiores prevalências ocorrem em locais de clima quente e úmido. Em estudo realizado no sul do Brasil, temos uma incidência de toxoplasmose congênita de 8/10,000.

Em estudo realizado no Rio de Janeiro em 2000, com sorologia realizada em 1.261 mulheres grávidas, foi observada uma prevalência de 59,8% de positividade para toxoplasmose, sendo que o aumento da soropositividade está relacionado com o aumento da idade materna e com níveis socioeconômicos mais baixos. O local de moradia (capital-interior) não se mostrou significativo. No nordeste, vemos resultados semelhantes. Em estudo realizado em Fortaleza, mostraram-se IgG positivos para *Toxoplasma gondii* 22,8% das crianças, 54,8% dos estudantes e 71,5% das mulheres grávidas e no período pós-parto, mostrando aumento da incidência com o aumento da idade. Em análise da presença de anticorpos IgG para toxoplasmose em doadores de sangue em Recife, foi observada soropositividade em 79% dos homens e 63,4% das mulheres. Visto também que a positividade em indivíduos abaixo de 20 anos de idade é de 18,2%, enquanto para aqueles com idade entre 40 e 50 anos, 92,6%.

Gatos domésticos estudados em São Paulo foram encontrados taquizoítas em 26,7% deles, incidência semelhante à encontrada em gatos domésticos da América do Norte.

Como o ser humano adquire esta infecção?

Toxoplasma gondii geralmente é adquirido por adultos e crianças pela ingestão de alimentos contendo cistos ou alimentos contaminados por oocistos. Em diversas áreas do mundo, perto de 5%-35% da carne de porco (Brasil 9,6% e Peru 32,3%), 9%-60% da carne de carneiro e 0%-9% da carne de vaca contém *Toxoplasma gondii*. Em estudos realizados no Rio de Janeiro em regiões endêmicas para os humanos, foram analisadas galinhas, sendo que 65% apresentavam anticorpos para *Toxoplasma gondii* e quando analisados os corações e cérebros desses animais, foram vistos parasitas viáveis em 70,9% deles. A transmissão pessoa a pessoa não ocorre, exceto em doações de órgãos e transplacentária.

A transmissão ao feto ocorre quando a infecção é adquirida por uma mãe imunologicamente normal durante a gestação. Mulheres imunocomprometidas e com infecção crônica pelo *Toxoplasma gondii* transmitem a infecção aos fetos.

Após a contaminação, como o parasita atinge os diferentes tecidos do organismo?

O toxoplasma pode se multiplicar em todos os tecidos de mamíferos e aves. Após a ingestão, os cistos liberam bradizoítas e os oocistos, esporozoítas e estes microorganismos entram nas células gastrointestinais. Ocorre a multiplicação, a ruptura das células e a infecção das células adjacentes. São transportados por via linfática onde ocorre a disseminação hematogênica pelo corpo. *Toxoplasma gondii* se multiplica apenas no interior de células vivas. Em indivíduos imunocomprometidos e em alguns com imunidade aparentemente normal, podem ser letais, com o desenvolvimento de pneumonite, miocardite ou encefalite necrotizante.

Seus cistos localizados em tecidos como o músculo esquelético e cardíaco e SNC, contém centenas de parasitas e podem permanecer latentes por toda a vida do hospedeiro. Quase não produzem reação inflamatória ou manifestações clínicas, exceto naqueles que adquirirem comprometimento imunológico e nos que adquiriram infecção congênita, que podem desenvolver coriorretinite.

Qual é o quadro clínico da toxoplasmose adquirida?

Indivíduos imunocompetentes que adquirem toxoplasmose fora do período perinatal, cursam, em geral, sem nenhum sinal da doença. O mais comum é o aumento de um ou de poucos linfonodos de cadeia cervical. Em mulheres adultas, pode ocorrer o aparecimento de nódulos na região peitoral e estes serem confundidos com nódulos mamários neoplásicos. Pode ocorrer o envolvimento de nódulos mediastinais, mesentéricos e retroperitoneais, podendo ocorrer sintomas de apendicite. Os linfonodos são fibroelásticos e não supurativos. A adenopatia pode aparecer e desaparecer por um período de até um ano.

Manifestações clínicas	
Freqüentes	Raras
linfadenopatia localizada ou generalizada febre mialgia mal-estar erupção maculopapular	meningite encefalite confusão mental pneumonia polimiosite pericardite derrame pericárdico miocardite

Qual é o quadro clínico da toxoplasmose em indivíduos imunocomprometidos?

Em pacientes com comprometimento imune pelo HIV, pelo uso crônico de corticosteróides ou outras drogas, pode ocorrer infecção disseminada pelo *Toxoplasma gondii*. As manifestações clínicas são semelhantes às que ocorrem em indivíduos imunocompetentes, sendo os sinais de envolvimento do SNC os mais importantes, chegando a acometer 50% dos pacientes com infecção grave.

Indivíduos com anticorpos para *Toxoplasma gondii* e infectados pelo HIV são de grande risco para o desenvolvimento de encefalite. Nestes casos, a encefalite é fatal se não tratada.

Em indivíduos com Sida as lesões de retina são grandes com necrose difusa e contém muitos microorganismos e pouco infiltrado inflamatório celular.

Quais são as alterações laboratoriais observadas na toxoplasmose?

Após a suspeita de toxoplasmose, em função dos dados clínicos e epidemiológicos, o diagnóstico deverá ser confirmado laboratorialmente.

- os anticorpos específicos IgG aparecem após 1-2 semanas da infecção, alcançando altos títulos após 6-8 semanas ($\geq 1:1,000$) quando inicia o declínio por meses ou anos. Títulos baixos (1:4 até 1:64) persistem por toda a vida. O título de anticorpos não tem correlação com a gravidade da doença;
- a detecção de anticorpos IgM é importante para o diagnóstico de infecção aguda pelo *Toxoplasma gondii*, pois aparecem cinco dias após a infecção. Seus níveis sobem rápido (1:50 até $> 1:1,000$) em dias e caem rápido para títulos baixos (1:10 ou 1:20) em semanas ou meses e desaparecem. Entretanto alguns pacientes permanecem com baixos títulos por anos;
- anticorpos IgG e IgM específicos para *Toxoplasma gondii* estão presentes apenas a partir da 24ª semana de gestação. A transferência de anticorpos IgG adquiridos pelo feto por transferência placentária, resulta em títulos que podem levar de meses a anos a desaparecer;
- a demonstração de antígenos de *Toxoplasma gondii* sugere infecção aguda.

5.2.8.1. Tratamento

Pirimetamina com sulfadiazina tem boa ação contra *Toxoplasma gondii*. A pirimetamina é um antagonista do ácido fólico e pode causar supressão da medula óssea, dose-dependente e de forma reversível, resultando em trombocitopenia, leucopenia e anemia. Deve-se fazer a reposição de ácido fólico. Os pacientes em uso de pirimetamina devem ter controle, duas vezes na semana, de plaquetas e séries branca e vermelha. As reações de hipersensibilidade à pirimetamina são mais comuns em pacientes com Sida.

O uso de pirimetamina é contra-indicado no primeiro trimestre de gestação. A espi-
rimetamina pode ser usada para prevenção de transmissão da infecção para o feto neste
período e para tratamento da toxoplasmose aguda.

Todos os recém-nascidos infectados devem ser tratados, independente da presença ou
não de manifestações clínicas da doença. O tratamento deve ser por um ano. Nos primeiros
seis meses, utiliza-se a pirimetamina da seguinte forma:

- 1-2mg/kg/dia por dois dias;
- 1mg/kg/dia por dois meses;
- 1mg/kg/dia, três vezes na semana (segundas, quartas e sextas-feiras).

Utiliza-se sulfadiazina da seguinte forma:

- 100mg/kg como dose de ataque;
- 100mg/kg/dia em duas doses.

Associa-se também ácido fólico na dose de 5mg/dia-10mg/dia três vezes na
semana. No segundo semestre, continua-se a administração como vinha sendo realizada
no primeiro semestre, porém em meses alternados com espiramicina na dose de 50mg/kg,
duas vezes ao dia.

Utiliza-se prednisona na dose de 1mg/kg/dia, em doses divididas no dia, na
presença de coriorretinite.

Pacientes com linfadenopatia apenas, não necessitam de tratamento específico,
exceto na presença de sintomas graves e persistentes ou evidência de lesão de órgão
vital. A terapêutica deve seguir até duas semanas após cessarem os sintomas específicos,
motivos do tratamento. A dose de ataque da pirimetamina é de 2mg/kg/dia (max.. 50mg),
administrados nos dois primeiros dias de tratamento. A manutenção é feita com 1mg/
kg/dia (máx. 25mg/dia). A sulfadiazina é administrada concomitantemente, com dose de
ataque de 75mg/kg/dia e mantida com 50mg/kg/dia.

Na coriorretinite, deve-se administrar pirimetamina e sulfadiazina por 1 mês.
Em 10 dias, as bordas das lesões de retina devem suavizar e o embaçamento do vítreo
deve desaparecer em 60%-70% dos casos. São associados corticóides sistêmicos no
acometimento de mácula ou de nervo óptico. Deve-se usar fotocoagulação em lesões
ativas, pois novas lesões aparecem contíguas com as mais velhas.

Em pacientes imunocomprometidos (Sida), o tratamento deve ser continuado por
4-6 semanas após a completa resolução dos sinais e sintomas. A antibioticoterapia não
erradica os cistos dos tecidos, nem do SNC.

Mulheres grávidas, com imunidade normal e com doença aguda, precisam
de tratamento para prevenir a toxoplasmose congênita. O tratamento instituído com
espiramicina e pirimetamina com sulfadiazina resulta em diminuição de 60% na chance
de ocorrer infecção congênita, além de diminuir a infecção da placenta e a gravidade da
doença no feto. A espiramicina é administrada na dose de 1g a cada oito horas, longe das
refeições.

5.2.8.2. Prognóstico

Atraso no diagnóstico e instituição de tratamento podem comprometer o prognóstico. As manifestações da toxoplasmose podem regredir ou piorar durante o tratamento. Crianças com graves acometimentos ao nascimento, podem ter função normal mais tarde na vida, ou ter acometimento de leve a graves de visão, audição, função cognitiva e funções neurológicas.

Ao final de duas semanas após ter sido infectado, o gato excreta 10^5 - 10^7 oocistos/ dia, que em boas condições ambientais, podem manter sua viabilidade por um ano. Oocistos são destruídos por desidratação, fervura e algumas substâncias químicas, mas não com cloro (alvejantes). A carne congelada a -20°C ou aquecida a 66°C torna o cisto nãoinfectante.

5.2.9. Tuberculose

Vera Freire Gonçalves

A tuberculose continua sendo um problema de saúde pública mundial?

Sim. A Organização Mundial de Saúde (OMS) estima que cerca de 1,7 bilhões de indivíduos estão infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis*, correspondendo a 30% da população mundial.

Existem diferenças entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento?

Sim. Nos países desenvolvidos, cerca de 40.000 mortes são decorrentes da tuberculose e mais de 400.000 casos novos notificados por ano. Nos países em desenvolvimento, estima-se que ocorreram cerca de 2,8 milhões de mortes por tuberculose e 7,5 milhões de casos novos notificados por ano.

Qual a situação epidemiológica no Brasil?

No Brasil, estima-se que 45-50 milhões de indivíduos estejam infectados pelo *Mycobacterium tuberculosis* e que cerca de 5 a 6 mil mortes por ano ocorram devido à tuberculose. São aproximadamente 100 mil casos novos notificados por ano.

Existe correlação entre tuberculose e a Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids)?

Desde 1981, com o surgimento da Aids, observa-se, tanto em países desenvolvidos quanto em desenvolvimento, um crescente número de casos notificados de tuberculose em pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), contribuindo para aumento da morbidade e mortalidade pela tuberculose.

Quais são os grupos de risco para tuberculose?

As crianças menores de cinco anos, adolescentes, adultos jovens, idosos, os imunodeprimidos, pacientes em corticoterapia prolongada, infectados pelo HIV, desnutridos, com silicose, diabéticos e usuários de drogas endovenosas são mais susceptíveis para adoecerem.

Qual a distribuição geográfica da doença?

A distribuição é mundial, com tendência decrescente da morbidade e mortalidade nos países desenvolvidos. Não existem variações cíclicas ou sazonais, de importância clínica. A prevalência é maior em áreas de grande concentração populacional e precárias condições socioeconômicas e sanitárias.

A população indígena também é afetada de forma significativa?

Segundo a Fundação Nacional de Saúde (**Funasa**), a incidência da doença chega a ser cinco vezes maior do que a registrada entre a população não indígena. Entretanto, desde 1999, a incidência vem diminuindo, em média, 12,9% ao ano. Os últimos dados disponíveis mostram que, em 2001 e 2002, as mortes causadas por tuberculose corresponderam, respectivamente a 1,6% e 0,9% do total de óbitos registrados entre a população indígena. Entre 1993 e 1994, as mortes atribuídas à tuberculose correspondiam a 3,9% do total de óbitos nas aldeias. Em 2000, de cada 1.000 índios, 1,7 morria por complicações associadas à tuberculose. Em 2002, a mortalidade geral de tuberculose caiu para 0,7 por mil habitantes. O mesmo estudo revela que o percentual de cura da tuberculose aumentou de 78% em 2000 para 81,9% em 2002. Ainda com referência à cura, 14 Dseis (41,2%) conseguiram uma taxa igual ou superior a 85%, sendo que quatro Dseis (11,8%) curaram 100% dos casos que iniciaram tratamento. Simultaneamente, o índice de abandono ao tratamento diminuiu. Em 2001, 11,8% e em 2002, 8,4% não completavam o tratamento.

Como podemos justificar a incidência tão elevada nas comunidades indígenas?

A escassez de meios de sobrevivência, como a caça, a pesca e a coleta, solos pouco produtivos, provocada pela diminuição dos territórios indígenas, a falta ou a inadequação de saneamento básico e conseqüentemente a desnutrição, aumento dos casos de alcoolismo. As atividades de mineração, extração de madeira, agropecuária, aliadas à falta de demarcação de grande parte do território indígena e ao intenso intercâmbio de pessoas entre as cidades e as aldeias contribuíram para a propagação da tuberculose nas aldeias. Tipo de habitação, umas muito fechadas outras com várias famílias e falta de organização do serviço na área.

Qual a distribuição da tuberculose nas áreas indígenas?

Por meio de levantamentos realizados pelo Departamento de Saúde Indígena (Desai), 67,8% do total de casos de tuberculose notificados em todo o país são provenientes das regiões do Alto Rio Purus, Alto Rio Solimões, Caiapó/Pará, Mato grosso do sul, Médio Rio Purus, Médio Rio Solimões, Rio Tapajós, Vilhena e Ianomâmi. Estas regiões representam 37,9% da população indígena brasileira.

É importante registrar que alguns Dseis aparecem no grupo das maiores incidências de tuberculose de todas as formas, como é o caso do Rio Tapajós que em 2002 notificou 252 casos e apenas 23 positivos à baciloscopia o que é absolutamente inconsistente com o comportamento da doença, devendo corresponder a erro na informação ou a viés no diagnóstico, considerando que o esperado é que 55% de todas as formas sejam casos positivos.

Qual é o agente etiológico e como ocorre a transmissão da tuberculose?

O agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis*, sendo este constituído de várias espécies: *Mycobacterium tuberculosis*, *Mycobacterium bovis*, *Mycobacterium africanum* e *Mycobacterium microti*. Em geral, a fonte de infecção é o indivíduo com a forma pulmonar da doença, eliminando bacilos para o ambiente. A transmissão ocorre por gotículas contaminadas de tamanhos diferentes, lançadas ao ar pela fala, espirro e principalmente pela tosse. As gotículas mais pesadas se depositam rapidamente e as mais leves ficam em suspensão no ar.

Qual é o período de incubação?

Após a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, transcorrem, em média, 4-12 semanas para a detecção das lesões primárias. A maioria dos casos novos de doença pulmonar ocorrem em torno de 12 meses após a infecção inicial.

Por quanto tempo o indivíduo permanece transmissor?

A transmissão é intensa enquanto o doente estiver eliminando bacilos e não tiver iniciado o tratamento. Com esquema terapêutico recomendado, a transmissão é reduzida, a níveis insignificantes em poucos dias ou semanas. As crianças com tuberculose pulmonar geralmente podem ser consideradas como não transmissoras.

Todo o indivíduo infectado desenvolverá a doença?

Não. A evolução para a doença depende de múltiplas causas, sendo fundamentais as condições socioeconômicas, por interferirem na qualidade de saúde. O primeiro contato com o bacilo da tuberculose leva à doença na dependência de fatores facilitadores, tais

como a virulência do bacilo, a intensidade do contato com a fonte infectante e as características genéticas do infectado. A reinfecção apresenta risco aumentado para produzir doença, se comparado ao risco do primeiro contato.

Quais são as características clínicas da tuberculose pulmonar na infância?

Sintomas gerais:

- febre moderada e de evolução lenta;
- inapetência;
- perda de peso ou dificuldade para ganhar peso.

Sintomas respiratórios:

- tosse;
- sibilância;
- dispnéia;
- dor torácica;
- hemoptise (escolares e adolescentes).

É característica a dissociação clínica-radiológica, isto é, o quadro clínico é proporcionalmente menos exuberante do que o radiológico. Na radiografia de tórax, a presença de adenomegalia ou de imagem miliar (várias áreas de condensação do tecido pulmonar) sugere fortemente a doença. É freqüente a suspeita de tuberculose em pneumonias que não evoluem satisfatoriamente mesmo com terapêutica bacteriana adequada. Muitas vezes, a radiografia é inespecífica. Eventualmente, outras manifestações são encontradas, como eritema nodoso, conjuntivite purulenta e dores articulares.

E das formas extrapulmonares?

Os sintomas gerais podem ser os mesmos da forma pulmonar. As localizações mais freqüentes são a pleura, meninges, linfonodos e os ossos. A investigação diagnóstica é difícil, necessitando geralmente de investigação hospitalar. A forma ganglionar manifesta-se por adenomegalias cervicais volumosas, evolução lenta, mais de três semanas. Pode fistulizar e outras cadeias podem ser acometidas.

Na tuberculose óssea, a localização mais comum é a coluna vertebral (mal de Pott), havendo dor e a possibilidade de palpar uma tumoração no local afetado, com ou sem manifestações neurológicas.

Qual a importância da história epidemiológica para o diagnóstico da tuberculose na infância?

É fundamental, uma vez que o diagnóstico é de probabilidade e não de certeza, pois, em geral, a bactéria não é isolada de amostras de escarro e o quadro radiológico não é específico para tuberculose. Portanto, a anamnese deve ser cuidadosa e, caso o indivíduo transmissor da doença não tenha sido ainda identificado, deve ser dirigida para avaliar a saúde dos adultos que convivam com a criança, de forma contínua e não esporádica, no momento presente ou passado próximo, independentemente do grau de parentesco. Uma forma de identificar possíveis indivíduos bacilíferos é perguntar por adultos tossidores há pelo menos três semanas.

Como avaliar o teste de Mantoux (PPD)?

O teste de Mantoux é a reação de hipersensibilidade à proteína derivada da micobactéria, a tuberculina, cuja leitura deve, por padronização de procedimentos, ocorrer após 72 horas. A interpretação do teste deve obedecer aos seguintes critérios:

- 0mm a 4mm: não reator. Ausência de infecção tuberculosa ou ausência de reação de hipersensibilidade;
- 5mm a 9mm: reator fraco. Baixa probabilidade de infecção;
- 10mm ou mais: reator forte. Há infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis*, com ou sem doença ativa, ou vacinados com BCG.

Realizar investigação radiológica, associada ao exame físico para confirmar o diagnóstico de tuberculose. Deve-se sempre avaliar conjuntamente o quadro clínico, radiológico, PPD, e epidemiologia.

Qual é o exame que confirma a tuberculose?

Somente o achado do bacilo da tuberculose confirma o diagnóstico, porém é de pouca ajuda no diagnóstico da doença na criança, exceto nas formas da tuberculose endobrônquica e cavitária. A baciloscopia e a cultura geralmente são negativas.

O que é importante estabelecer para o diagnóstico da tuberculose na criança?

- contato contínuo com indivíduo doente e bacilífero;
- sintomas gerais ou respiratórios;
- presença ou não de vacinação BCG prévia;
- alterações radiológicas;
- teste de Mantoux.

Como utilizar os dados clínicos, radiológicos e o teste tuberculínico no diagnóstico da tuberculose em crianças?

Quadro clínico	Quadro radiológico	Contato com adulto tuberculoso	Teste tuberculínico e reação BCG	Estado nutricional
Há pelo menos duas semanas: Sintomas gerais: febre, diminuição da atividade física, emagrecimento, sudorese Sintomas respiratórios: tosse, expectoração (15 pontos)	Radiografia Adenomegalia hilar Padrão miliar Condensação ou infiltrado inalterado há mais de duas semanas ou sem melhora com antibióticos comuns (15 pontos)	Próximo, nos últimos dois anos (10 pontos)	Vacinado há mais de dois anos < 5mm (zero ponto) 5mm a 9mm (5 pontos) 10mm a 14mm (10 pontos) ≥ 15mm (15 pontos)	Peso abaixo do percentil 10 (5 pontos)
Assintomáticos ou com Sintomas há menos de duas semanas (zero ponto)			Vacinados há menos de dois anos < 10mm (zero ponto) 10 a 14mm (5 pontos) ≥ 15mm (15 pontos)	
quadro respiratório Que melhorou após uso de antibióticos para bactérias comuns ou sem antibióticos (menos 10 pontos)	Radiografia normal (zero ponto)	Ocasional ou ausente (zero ponto)	Não vacinados < 5 mm (zero ponto) 5 a 9 mm (5 pontos) ≥ 10 mm (15 pontos)	Peso igual ou acima do percentil 10 (zero ponto)

Fonte: Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose - Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, outubro de 2002;

- = 40 pontos: diagnóstico muito provável (tuberculose presente);
- 30 a 39 pontos: diagnóstico possível (tuberculose suspeita);
- < 25 pontos: diagnóstico pouco provável.

Existem outros exames que podem auxiliar o diagnóstico?

Em serviços de referência, para a elucidação de casos sem diagnóstico preciso e com dificuldade no diagnóstico diferencial, a tomografia computadorizada (TC) de tórax é um exame complementar útil. Nestes casos particulares, a TC de tórax possibilitará a elucidação diagnóstica, permitindo determinar a existência de alterações não visíveis ao RX, a distribuição e a gravidade das lesões, linfadenopatia intratorácica, e o acompanhamento de seqüelas e atividade da doença.

Qual é o tratamento da tuberculose doença ativa?

Esquema 1 – indicado nos casos novos de tuberculose pulmonar e extrapulmonar

Peso do paciente					
Fases do tratamento	Drogas	Até 20kg	> 20 e <= 35kg	> 35 e <= 45kg	> 45kg
		(mg/kg/dia)	(mg/dia)	(mg/dia)	(mg/dia)
Primeira fase	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1.000	1.500	2.000
Segunda fase	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400

R - rifampicina H = pirazinamida Z = etambutol

Esquema 1 R – indicado nos casos de recidiva após cura ou retorno após abandono do esquema 1 (esquema básico reforçado com etambutol).

Peso do paciente					
Fases do tratamento	Drogas	Até 20kg	> 20 e <= 35kg	> 35 e <= 45kg	> 45kg
		(mg/kg/dia)	(mg/dia)	(mg/dia)	(mg/dia)
Primeira fase	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	Z	35	1.000	1.500	2.000
	E	25	600	800	1.200
Segunda fase	R	10	300	450	600
	H	10	200	300	400
	E	25	600	800	1.200

E = etambutol.

Esquema 2 – Indicado para a forma meningoencefálica da tuberculose

Peso do paciente					
Fases do tratamento	Drogas	Até 20kg	> 20 e <= 35kg	> 35 e <= 45kg	> 45kg
		(mg/kg/dia)	(mg/dia)	(mg/dia)	(mg/dia)
Primeira fase	R	10 a 20	300	450	600
	H	10 a 20	200	300	400
	Z	35	1.000	1.500	2.000
Segunda fase	R	10 a 20	300	450	600
	H	10 a 20	200	300	400

Esquema 3 – indicado nos casos de falência do tratamento com esquema 1 e esquema 1 R

Fases do tratamento	Drogas	Peso do paciente			
		Até 20kg	> 20 e ≤ 35kg	> 35 e ≤ 45kg	> 45kg
		(mg/kg/dia)	(mg/dia)	(mg/dia)	(mg/dia)
Primeira fase	S	20	500	1.000	1.000
	Z	35	1.000	1.500	2.000
	E	25	600	800	1.200
	Et	12	250	500	750
Segunda fase	E	25	600	800	1.200
	Et	12	250	500	750

S = estreptomicina Et = etionamida.

Fonte: esquemas terapêuticos extraídos de Ministério da Saúde - Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose - Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, outubro de 2000.

Como se deve realizar o controle evolutivo e critério de cura?

O controle evolutivo deve ser mais freqüente nos primeiros meses, e espaçado após a melhora clínica e radiológica. A radiografia de tórax deve ser realizada após 2-3 meses da evolução, aos seis meses e aos 12 meses. O desaparecimento completo das alterações radiológicas pode ser demorado e até permanecer por vários anos. As manifestações clínicas apresentam melhora rápida, com a instituição do tratamento; quando isto não ocorre, desde que os medicamentos tenham sido corretamente administrados à criança, deve-se pensar em falha terapêutica.

O controle bacteriológico só é necessário nos raros casos inicialmente bacilíferos. Nesta situação, ao final do tratamento, não deve haver sinais de atividade da doença, e o exame bacteriológico deve ser negativo.

Qual é a finalidade da quimioprevenção para tuberculose?

É proteger o indivíduo que tenha sido infectado contra o desenvolvimento de tuberculose doença. O efeito protetor situa-se entre 40% a 80%. Como o número de bacilos em indivíduos simplesmente infectados e não doentes é pequeno, o risco de desenvolvimento de germes resistentes, pelo uso de medicamentos específicos para tuberculose, nesta situação, é muito baixo.

Qual medicamento deve ser utilizado na quimioprevenção e qual a sua dosagem?

Deve ser empregada a isoniazida, porque:

- rapidamente (em três horas), a medicação atinge valores sanguíneos capazes de matar as bactérias;

- associa baixo custo e baixa incidência de efeitos indesejáveis;
- a dosagem diária deve ser igual a 10mg/kg/dia, em aplicação única diária, durante seis meses (dosagem máxima de 300mg).

Quais são as indicações de quimioprofilaxia em populações indígenas?

A quimioprofilaxia está indicada em todo contato bacilífero, reator forte ao teste tuberculínico, independentemente da idade e do estado vacinal, após receber avaliação médica e afastada a possibilidade de tuberculose doença, por exame radiológico.

Qual é a importância de vigilância epidemiológica?

A finalidade do Programa de controle da Tuberculose é reduzir a transmissão do bacilo na população pelas ações de diagnóstico e tratamento. A notificação é compulsória. Deve ser feita investigação epidemiológica entre os comunicantes de todo caso novo de tuberculose. No caso da criança doente, a provável fonte de infecção será o adulto que com que ela convive.

a) Referências bibliográficas

1. Sucupira, ACSL. Pediatria em consultório. São Paulo, Editora sarvier, 2000.
2. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose – Guia de vigilância epidemiológica. Brasília, outubro de 2002.
3. Amarante, JM; Costa, VLA. A Tuberculose nas comunidades indígenas Brasileiras na virada do século. Boletim de Pneumologia Sanitária, 8(2), 2000.
4. Ministério da saúde. Programa de Saúde da Família. Manual de condutas Médicas. Brasília, 2001.

5.3. Doenças respiratórias

5.3.1. Asma

Eugenia Grilo Carnide

O que é asma?

Segundo o III Consenso Brasileiro de Asma, esta doença é definida como uma doença inflamatória crônica, caracterizada por hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e por limitação ao fluxo aéreo, reversível espontaneamente, ou com tratamento.

Qual é a prevalência de asma na infância?

Asma é uma das doenças crônicas mais comuns da infância. A prevalência de asma de um modo geral vem aumentando no mundo todo. A dificuldade em se estabelecer um diagnóstico preciso de asma na criança contribui para que também seja difícil estabelecer a prevalência de asma na infância. O estudo Isaac foi um estudo multicêntrico realizado em crianças de seis e sete anos e adolescentes de 13 e 14 anos, que mostrou no Brasil uma prevalência cumulativa média de 13%.

Quais são as causas da asma?

A asma é uma doença que pode ser causada por inúmeros fatores.

- atopia: a predisposição genética para formação de anticorpos do tipo IgE contra alérgenos da poeira doméstica como ácaros, epitélio de animais, fungos e baratas, está fortemente associada a asma, como causa e como fator de pior prognóstico;
- sexo: o sexo masculino é um fator de risco em crianças menores de 14 anos, provavelmente pela maior incidência de atopia no sexo masculino;
- genética: história materna de asma parece ser mais importante;
- infecções virais: estão associadas a desencadeamento das exacerbações, mas determinados vírus como o sincicial respiratório podem exercer papel no desenvolvimento da asma, por meio de um aumento da hiper-reatividade brônquica, enquanto outros podem estar associados a uma proteção quanto ao desenvolvimento da asma;
- poluição: as evidências são conflitantes. Alguns estudos têm associado alguns poluentes, como dióxido de nitrogênio e ozônio com exacerbações de asma, enquanto outros mostram uma maior prevalência de asma em locais menos poluídos;
- fumaça de cigarro: a exposição precoce à fumaça de cigarro é um importante fator de risco para o desenvolvimento de asma, principalmente se o fumante for a mãe da criança;
- fatores climáticos;
- prematuridade.

Quais são as manifestações clínicas da asma?

As crianças portadoras de asma podem apresentar as seguintes manifestações:

- episódios repetidos de sibilância, dispnéia, tosse;
- tosse crônica, ou noturna, ou desencadeada por exercícios;
- dispnéia desencadeada por exercícios;
- melhora espontânea ou com o uso de broncodilatadores e/ou corticosteróides.

O exame físico pode ser normal no período entre as exacerbações da asma. Durante as crises agudas a criança pode apresentar dispnéia, com tiragem intercostal ou diafragmática e a ausculta vai mostrar expiração prolongada, diminuição do murmúrio vesicular e sibilos. Crianças com doença grave não tratada podem apresentar aumento do diâmetro antero-posterior do tórax.

Toda a criança que apresenta sibilância será asmática?

A história de episódios recidivantes de dificuldade respiratória, com tosse e sibilância, que melhoram após o uso de broncodilatadores, apontam para o diagnóstico de asma. Mas, nem todas as crianças que apresentam quadros de sibilância vão se tornar asmáticas no futuro. Alguns aspectos, como a história pessoal ou familiar de atopia, crises de sibilância sem associação com infecções virais, que pioram após exercícios, choro ou risada e à noite, além de história de fumo materno, falam a favor de uma maior chance da criança evoluir com asma.

O diagnóstico de asma na infância, apesar de difícil, é muito importante, uma vez que a não realização do mesmo retarda ou impede um tratamento adequado. Entretanto, algumas condições que causam sibilância e ou tosse na infância devem ser afastadas. Abaixo encontram-se listadas algumas destas condições:

- aspiração de corpo estranho;
- refluxo gastroesofágico com aspiração recidivante;
- displasia broncopulmonar;
- fibrose cística;
- anomalias vasculares;
- infecções de vias aéreas;
- tuberculose;
- síndrome de Löeffler.

O diagnóstico de asma pode ser confirmado com exames laboratoriais?

O diagnóstico de asma é baseado principalmente na história clínica, mas as crianças maiores (acima de cinco anos) podem realizar a espirometria. Este exame pode ser normal e não afasta o diagnóstico de asma. A obstrução das vias aéreas caracteriza-se por redução do Volume Expiratório Forçado (VEF1) (inferior a 80% do previsto) e da relação VEF1/CVF (inferior a 86) ou por obstrução que desaparece ou melhora após uso de broncodilatador, considerando-se variação significativa, quando ocorre aumento do VEF1 de 7% em relação ao valor previsto e 200ml em valor absoluto, após inalação de β_2 -agonista de curta duração.

A medida do Pico de Fluxo Expiratório (PFE) realizada em casa, no período da manhã e à noite também pode apontar a presença de obstrução ao fluxo aéreo, quando ocorre uma variação entre as duas medidas superior a 20%, em duas ou três semanas.

Como a principal causa de asma é a alergia, podem ser realizados exames que confirmem ou identifiquem os prováveis alérgenos envolvidos. Para isso a realização de testes cutâneos de leitura imediata (*in vivo*) ou da pesquisa da IgE sérica específica (*in vitro*).

É importante classificar a asma? Como fazê-lo?

A asma pode ser classificada, levando em consideração a gravidade, em intermitente, ou persistente leve, persistente moderada ou persistente grave. A classificação correta da asma é muito importante porque permite decidir qual o tratamento mais adequado para cada asmático. Esta classificação baseia-se em dados de função pulmonar e em dados clínicos que levam em consideração: período intercrítico, limitação das atividades diárias, número e gravidade das crises, hospitalizações, necessidade de internação em UTI com uso de ventilação mecânica e dias perdidos de escola.

O que se espera ao tratar a asma?

Os objetivos do tratamento da asma nas crianças são os seguintes:

- ausência ou redução dos sintomas;
- redução dos episódios de asma;
- redução ou evitar idas a serviços de emergência ou hospitalizações;
- redução da necessidade de medicações de alívio;
- permitir atividades físicas normais e exercícios;
- função pulmonar normal ou próximo ao normal;
- mínimos efeitos colaterais das medicações;
- prevenção da morte por asma;

Como tratar a asma?

Asma é uma doença crônica que requer abordagem dos vários fatores envolvidos.

A educação do paciente e da família a respeito dos mecanismos envolvidos na fisiopatologia da asma, dos desencadeantes e de como evitá-los, da necessidade de uso prolongado de medicações para controle da doença, da forma como essas medicações devem ser usadas (dispositivos), são pontos fundamentais na abordagem inicial desta doença.

Além do tratamento medicamentoso, devem ser feitas orientações sobre a higiene de ambiente físico, de forma a evitar a exposição aos fatores de risco.



O tratamento medicamentoso da asma deve levar em consideração dois aspectos: tratamento da crise de agudização e tratamento intercrítico ou de manutenção.

a) tratamento das crises de agudização

A criança deve ser avaliada quanto à gravidade da crise. Alguns dados apontam para uma crise de maior gravidade, com necessidade de internação:

- alteração do nível de consciência;
- cianose, dispnéia, taquipnéia;
- dificuldade para falar, frases entrecortadas;
- tiragem;
- murmúrio vesicular ausente ou diminuído;
- sibilos disseminados;
- saturação de O₂ diminuída e/ou Pa CO₂ aumentada.

As crises leves devem ser tratadas com agentes b-agonistas de curta duração por via inalatória (nebulização ou inalador dosimetrado ou *spray*), podendo ser associado agente anticolinérgico (brometo de ipatrópio). As inalações podem ser repetidas a cada quatro a seis horas.

As crianças que apresentam crise moderada devem receber, além da inalação, tratamento domiciliar com corticosteróide oral, como a prednisolona, após a alta do serviço de emergência, por cinco dias.

Nos casos graves, as crianças devem ser internadas, manter a inalação com agentes b-agonistas de curta duração, iniciar O₂ por máscara e corticosteróide oral (prednisolona) ou endovenoso (hidrocortisona ou metilprednisolona) a cada quatro a seis horas. Crianças que não melhoram após estas medidas devem ser transferidas para UTI.

b) Tratamento intercrítico ou de manutenção

Crianças com asma intermitente devem receber tratamento apenas nas crises de agudização, com agentes b-agonistas de curta duração.

Nos casos de asma persistente, deve-se iniciar medicação antiinflamatória de manutenção. Nos quadros leves a opção inicial é o corticosteróide inalatório em doses baixas. Também podem ser usados inibidores dos leucotrienos (montelucaste ou zafirlucaste) ou cromonas (cromoglicato) como segunda opção.

A asma moderada pode ser tratada com doses maiores de corticóide inalatório e/ou associação de agentes b-agonistas de longa duração (salmeterol ou formoterol). A opção é a associação de antileucotrienos ou de teofilina de liberação lenta.

A asma grave deve ser tratada com doses altas de corticóide inalatório, associado a agentes b-agonistas de longa duração e corticóides orais e como segunda opção associação de antileucotrienos ou de teofilina de liberação lenta.

As crianças abaixo de seis anos devem usar as medicações na forma de nebulização ou nebulímetro dosimetrado acoplado a espaçador com máscara. As crianças acima de seis anos já apresentam condições de usar as medicações inalatórias através de dispositivos de pó seco.

A escolha do corticóide inalatório deve levar em consideração o tipo de dispositivo inalatório e a potência clínica de cada um deles: triancinolona < beclometasona < budesonida < fluticasona.

Dose das medicações usadas no tratamento da asma:

- β_2 -agonista - nebulização - 0,1mg/kg/dose - max. 5mg/dose (fluxo mínimo de O₂ de 6L/min);
- β_2 -agonista - *spray*/inaladores de pó - 200-300mcg/dose;
- Brometo de ipatrópio - 250-500mcg/dose - 20 a 40gotas;
- Prednisolona - 1 a 2mg/kg/dia;
- Metilprednisolona - 1 a 2mg/kg cada seis horas;
- Hidrocortisona - 4 a 5mg/kg cada seis horas;
- Beclometasona - dose baixa até 400 mcg/dia;
 - dose moderada 400 a 600mcg/dia;
 - dose alta > 600 mcg/dia.

a) Referências bibliográficas

1. International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC) Steering Committee. Worldwide variation in prevalence of symptoms of asthma, allergic rhinoconjunctivitis, and atopic eczema: ISAAC. Lancet, 351: 1225-32, 1998.
2. Lemanske Jr, RF. Issues in understanding pediatric asthma: Epidemiology and genetics. J Allergy Clin Immunol, 109: S521 4, 2002.
3. Martinez, FD; Wright, AL; Taussig, LM; Holberg, CJ; Halonen, MM; Wayne, J. Asthma and Wheezing in the First Six Years of Life. N Engl J Med, 332: 133-8, 1995.
4. Pocket guide for asthma management and prevention in children. Based on workshop report: global strategy for asthma management (revised 2002). NIH/National Heart, Lung and Blood Institute, Publication 02-3659. [Online] Disponível em <http://www.ginasthma.com>
5. II Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. J Pneumol, 24(4): 173-276, 1998.
6. Shapiro, GG. Management of Pediatric Asthma. Immunol Allergy Clin North Am, 18: 1-23, 1998.
7. III Consenso Brasileiro no Manejo da Asma. J Pneumol, 28: S1-28, 2002.
8. Valacer, DJ. Childhood Asthma Causes, Epidemiological Factors and Complications. Drugs, 59(Suppl. 1): 1-8, 2000.

Qual é a definição de rinite?

Inflamação da mucosa de revestimento da cavidade nasal, caracterizada pela presença de um ou mais dos seguintes sintomas: obstrução nasal, rinorréia, espirros, prurido e hiposmia.

Qual é a prevalência de rinite na infância?

Os estudos de prevalência de rinite alérgica mostram resultados diferentes de país para país. Acredita-se que no mundo ocorra uma prevalência de cerca de 30% a 40% em crianças. Estudos no Brasil apontam para uma prevalência em torno de 30%.

Qual é a classificação da rinite?

A rinite pode ser classificada quanto à causa:

- infecciosa;
- alérgica;
- ocupacional;
- induzida por drogas;
- hormonal;
- outras causas;
- idiopática.

Atualmente a rinite alérgica é classificada quanto à duração e gravidade dos sintomas em:

- intermitente – sintomas presentes < de quatro dias por semana, ou durando < de quatro semanas;
- persistente – sintomas presentes > de quatro dias por semana, ou durando > de quatro semanas;
- leve – quando nenhum dos seguintes sintomas está presente:
 - distúrbio do sono;
 - comprometimento das atividades diárias, de lazer e esporte;
 - comprometimento da escola e do trabalho;
 - sintomas desagradáveis.
- moderada/grave – quando um ou mais dos sintomas acima estão presentes.

Quais são os fatores risco da rinite alérgica na infância?

Genética: fatores que determinam a formação de anticorpos do tipo IgE em resposta a alérgenos presentes no ambiente. Em torno de 60% das crianças com rinite alérgica têm história familiar positiva para atopia.

Alérgenos ambientais: muitos alérgenos podem desencadear ou exacerbar a rinite. Os ácaros da poeira domiciliar são os principais causadores de alergia no Brasil, sendo mais comuns o *Dermatophagoides pteronyssinus*, *Dermatophagoides farinae* e a *Blomia tropicalis*. Outros alérgenos importantes são os pêlos e epitélios de animais, restos de baratas, fungos e pólenes.

Exposição a poluentes e irritantes como fumaça e cigarro.

Quais são as manifestações clínicas da rinite?

Os sintomas de rinite podem aparecer isoladamente ou associados. Os principais sintomas são: espirros em salva, obstrução nasal, prurido nasal ou de palato e rinorréia aquosa. O exame físico pode apresentar os seguintes sinais:

- respiração oral;
- voz anasalada;
- coriza hialina;
- sulco transversal;
- pregas de Dennie-Morgan;
- escurecimento infraorbitário;
- deformidades oro-faciais;
- aumento e palidez das conchas nasais;
- manifestações atópicas.

Como se diagnostica a rinite alérgica?

As manifestações clínicas da rinite alérgica são típicas. Alguns exames laboratoriais ajudam a esclarecer a causa e a confirmar a alergia, como o teste cutâneo de leitura imediata, IgE sérica total e específica e presença de eosinofilia nasal.

Existe relação entre a rinite e outros problemas?

A rinite alérgica é uma doença crônica que tem impacto importante na qualidade de vida do indivíduo. Além disto a rinite também está associada a outros problemas que podem dificultar ainda mais o dia-a-dia do paciente.

A principal doença relacionada à rinite é a asma. Vários estudos têm demonstrado que a rinite pode contribuir para a piora ou exacerbação da asma e, atualmente, consideram-se as vias aéreas superior e inferior como uma via aérea única.

A rinite alérgica também pode estar relacionada à conjuntivite alérgica, sinusites, pólipos nasais, apnéia obstrutiva, otite média aguda, fadiga e dificuldade de aprendizado.

Como tratar a rinite alérgica?

A rinite alérgica deve ser considerada como parte de uma doença sistêmica e o seu tratamento muitas vezes não deve ser isolado, levando-se em contas as outras morbidades que podem estar associadas à rinite. O tratamento da rinite é de fundamental importância não só para diminuir o impacto na asma no caso de pacientes que apresentam as duas doenças (cerca de 75%), como também para proporcionar melhor qualidade de vida ao indivíduo com rinite.

A abordagem inicial do paciente com rinite alérgica deve incluir orientações quanto à higiene de ambiente físico, com o objetivo de diminuir ou eliminar do ambiente os alérgenos responsáveis pela doença.

O grupo de agentes que oferece mais vantagens é o dos corticosteróides tópicos que têm efeito em todos os sintomas da rinite, com poucos efeitos colaterais.

Anti-histamínicos são usados no tratamento da rinite, com efeito principalmente no prurido e na coriza. Deve-se dar preferência aos de segunda geração, uma vez que são menos sedantes. Crianças a partir dos seis anos também podem usar anti-histamínicos tópicos apesar da eficácia destes agentes ser menor.

As cromonas são menos eficazes que os corticosteróides tópicos, mas podem ser usados principalmente em indivíduos em que ocorram contra-indicações ao uso de corticosteróides tópicos ou em crianças pequenas, uma vez que também possuem menos efeitos colaterais.

Descongestionantes têm efeito apenas na obstrução e os de uso tópico devem ser evitados.

Imunoterapia específica para o alérgeno envolvido na rinite parece manter efeitos benéficos por anos após o uso.

a) Referências bibliográficas

1. Bousquet, J. From Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) in collaboration with the World Health Organization (WHO). J Allergy Clin Immunol, 108: S147-336, 2001.
2. Sociedade Brasileira de Otorrinolaringologia. Sociedade Brasileira de Rinologia. Sociedade Brasileira de Alergia e Imunopatologia. Consenso sobre rinites. Rev Bras Otorrinolaringol, 66: 1-34, 2000.
3. Lay, YS; Tom, LWC. Allergic rhinitis in children. Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg, 9: 359-364, 2001.
4. Lack, G. Pediatric allergic rhinitis and comorbid disorders. J Allergy Clin Immunol, 108: S9-15, 2001.

5. Scadding, GK. Corticosteroids in the treatment of pediatric allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol, 108: S59-64, 2001.

5.4. Doenças dermatológicas

5.4.1. Dermatite atópica

Quando surge e qual a característica da Dermatite Atópica na infância e adolescência?

A dermatite atópica é uma doença comum na infância e adolescência, freqüentemente observada em pessoas alérgicas (atópicas) ou naquelas com história familiar de alergia (asma, rinite alérgica). As lesões surgem entre dois e três meses de vida e tendem a cronicidade e recorrência. A forma de apresentação e distribuição das lesões na pele varia com a idade. Encontra-se desde a presença de eritema, edema, pápulas, vesículas e secreção serosa, até crostas e liquenificação. O prurido intenso é um achado constante, vem associado à irritabilidade. Nos lactentes as lesões acometem as bochechas e as superfícies extensoras, com aspecto eritematoso e exsudativo. Depois, por volta dos dois a três anos ocorre o envolvimento das áreas flexurais (cubital e poplítea), e durante a adolescência é observado o acometimento de flexuras, face, pescoço, mãos e pés. A pele seca e áspera é freqüentemente observada.

É comum a infecção secundária das lesões?

Sim, o ressecamento da pele, a coçadura com constante escarificação das lesões contribui para a inoculação e disseminação de agentes infecciosos. Ocorre a colonização da pele e das lesões por bactérias e vírus; com o aparecimento de impetigo, foliculites, molusco contagioso, verrugas, e ocasionalmente o herpes simples.

Como conduzir o tratamento?

Na dermatite atópica não complicada por infecção secundária, deve-se buscar o controle do prurido, a diminuição da inflamação, a proteção da pele de irritantes desconhecidos e a remoção dos irritantes conhecidos. O uso de sabonetes suaves, banhos não demorados e lubrificantes tópicos auxiliam a diminuir o ressecamento da pele, levando a redução do prurido, também controlado pelo uso de anti-histamínicos, em especial a hidroxizina (1mg/kg/dia a 2mg/kg/dia de 12/12h). Na fase aguda esteróides tópicos potentes (clobetasona) podem ser utilizados, entretanto por curto período, em uma única aplicação diária apenas para controle da situação. A manutenção do tratamento é feita com esteróides de baixa potência (hidrocortisona), descontinuando-se e suspendendo o uso quando da remissão das lesões. Na face, sempre utilizar corticóide de baixa potência, por períodos curtos. Não utilizar os fluorados. Controlar a sudorese excessiva que leva ao prurido, com o uso de roupas de algodão e tecidos não sintéticos. Proteger o corpo da poeira e

de outros irritantes com uso de vestes finas e de mangas. No controle ambiental evita-se o contato com irritantes conhecidos, como: roupas e cobertores de lã, pelos de animais, perfumes, sabões perfumados, detergentes, brinquedos de pelúcia, corantes... Sempre manter as unhas limpas e curtas. Nos casos de infecção secundária por bactérias ou vírus faz-se uso de medicamentos tópicos ou sistêmicos, conforme o comprometimento. Nos casos de toxemia ou eczema herpético não localizado, a hospitalização é necessária.

5.4.2. Dermatite Seborréica

Quando surgem e como se apresentam as lesões do Eczema Seborreico na infância?

O eczema seborréico infantil é uma dermatose de causa desconhecida (não alérgica) causada por uma disfunção das glândulas sebáceas. Nos lactentes aparece logo nos primeiros dias de vida, na forma de escamas grandes e gordurosas sobre uma base eritematosa, no couro cabeludo (crosta láctea), podendo ocorrer perda temporária de pelos na área afetada. Entretanto, nas crianças maiores e nos adolescentes observam-se escamas secas ou gordurosas sobre base entematosas, nas regiões: retroauriculares, fronte e supercílios, bordas das pálpebras, canal auditivo externo, sulcos nasogenianos, dobra cervical, região inguinal e glútea. A criança não fica irritada e o prurido parece estar ausente.

Como conduzir o tratamento?

Na crosta láctea, faz-se a remoção das escamas momentos antes do banho com óleo de cozinha ou outro e, durante o banho fricciona-se a região do couro cabeludo acometida com a ponta dos dedos ou com uma escova de pelos firmes. Nas crianças e adolescentes com presença de escamas excessivas no couro cabeludo pode-se usar um ceratolítico leve, como o ácido salicílico a 2% em vaselina ou óleo de amêndoas (ao deitar e lavar pela manhã), e corticóides de baixa potência em loção capilar. Os xampus a base de cetozonazol a 2%, ou piritionato de zinco a 2% ajudam a diminuir a população do *Pityrosporum ovale* (fungo) que contribui para a seborréia.

Nas lesões da pele, em caso de processo inflamatório importante utiliza-se corticóides de baixa potência (hidrocortisona) ou de média potência (desonida, mometasona), uma a duas vezes ao dia.

Outros cuidados: manter a pele seca, sem oleosidade, enxugar bem as dobras cutâneas após o banho, usar sabões neutros. Os antibióticos e antifúngicos tópicos somente serão utilizados em caso de infecção secundária, em geral pouco freqüente e superdiagnosticada.

5.4.3. Estrófulo

Qual é a localização mais freqüente das lesões do prurido por insetos?

As lesões surgem tanto em áreas expostas do corpo (picada de insetos voadores), como também nas superfícies cobertas (insetos não voadores). Ocorre uma reação de hipersensibilidade

tardia às picadas de insetos como mosquitos, pulgas, carrapatos... sendo pouco freqüente em menores de um ano, devido à menor exposição, e rara após os sete anos. Pode acontecer a cura espontânea por dessensibilização específica natural da pele, após picadas recorrentes. Crianças com constituição atópica são freqüentemente acometidas.

Qual a apresentação clínica desta dermatose?

Caracteriza-se pela associação de prurido e lesões papulosas. Predomina nos meses de verão, em regiões de clima subtropical e tropical. As lesões são pápulas endurecidas ou pápulas encimadas por minúsculas vesículas (seropápulas), dispostas aos pares, de distribuição linear e muito pruriginosas. A escoriação das lesões leva à formação de crostas hemáticas na superfície das mesmas. Lesões similares (idem) à distância, e reativação de lesões preexistentes podem ocorrer após coçadura ou novas picadas. A reação anafilática é raramente descrita.

É comum a infecção secundária das lesões?

Sim, é freqüente a infecção bacteriana nas lesões, e manchas hiper ou hipocrômicas residuais.

Como conduzir o tratamento?

Combate aos insetos voadores. Proteção contra as picadas pelo uso de mosquiteiros e do tratamento de animais domésticos infestados. A vitamina B1 (excretada pelo suor) pode ser usada como repelente natural, entretanto deve-se tomar cuidado com o uso de repelentes tópicos pelo risco de sensibilização e toxicidade. Anti-histamínicos por via oral, e loções tópicas com calamina e ou corticóides de baixa potência. Antibióticos tópicos (neomicina, ácido fusídico, mupirocina) ou sistêmicos (penicilina benzatina, eritromicina, amoxicilina...) nas complicações bacterianas, dependendo da gravidade do quadro ou da adesão ao tratamento. A dessensibilização com vacinas de uso oral é discutível, e as de uso subcutâneo são indicadas para os casos graves, ou naqueles que mantêm reação importante após a idade de dessensibilização natural.

Quais os principais diagnósticos diferenciais relacionados com esta dermatose?

Escabiose (presença de túneis e familiares com a doença), varicela (pleomorfismo de lesões e localização centrípeta), herpes simples (vesículas em cachos sobre base eritematosa), e a mastocitose (presença de bolhas ao atrito).

5.4.4. Psoríase

Como se apresenta a Psoríase na infância e adolescência?

Como uma dermatose de etiologia desconhecida, caráter crônico e recidivante. Pode perturbar (exacerbar), atenuar (regredir), ou entrar em remissão completa. Surge em qualquer idade (psoríase da área da fralda), porém é mais freqüente no escolar e no adolescente. As lesões características são pápulas eritematosas, bem delimitadas, recobertas por escamas secas, espessas, lamelares, de coloração branco-prateada. Evidencia-se uma simetria nas lesões, que podem acometer cotovelos, joelhos, sulco interglúteo, couro cabeludo, unhas, face, regiões palmares e plantares. Nem sempre são pruriginosas. O trauma cutâneo pode incitar o aparecimento de novas lesões (fenômeno de Koebner). Nas crianças, as infecções estreptocócicas costumam precipitar a forma guttata (várias e pequenas lesões em tronco e membros superiores). Na psoríase das unhas são observadas diminutas depressões puntiformes, e hiperqueratose. Menos freqüente é a psoríase pustulosa (pústulas amareladas, depois acastanhadas sobre fundo eritematoso bem definido). São dois os sinais que auxiliam no diagnóstico: o “sinal da vela” (as escamas se soltam em pequenos fragmentos quando raspadas ou curetadas); e o “sinal de Auspitz” ou do “orvalho sangüíneo” (ao se retirar a fina película existente abaixo das escamas surgem pontos hemorrágicos sobre uma superfície eritematosa).

Qual a terapêutica indicada para esta dermatose?

Nos casos leves e moderados: ceratolíticos e redutores; corticóides tópicos; exposição ao sol. Pode-se usar vaselina ou óleo de amêndoas com ácido salicílico 1% a 2% mais hidrocortisona 0,5% a 1%, ao deitar e retirar pela manhã. Corticóides de média potência: dexametasona 0,1%, mometasona 1%, desonida 0,1%; ou de potência alta: halcionida 0,1%, Clobetasol propionato 0,05%. O uso do calcitriol permite reduzir a utilização dos esteróides tópicos.

Nos quadros extensos, Puva (psoralenos e radiação ultravioleta), ou retinóides orais. O esclarecimento da doença aos pais e crianças é necessário, e o controle dos aspectos emocionais a ela relacionados.

5.4.5. Urticária

É freqüente a urticária na infância?

Sim, estima-se que 15% a 20% das crianças têm ao menos um episódio de urticária até a adolescência. Na infância é comum a urticária aguda, cujo episódio não ultrapassa quatro a seis semanas, o que facilita a detecção do agente desencadeante. O diagnóstico é fácil e pode ser buscado pela relação temporal (varia de alguns segundos até mais de 24 horas) entre a exposição e o aparecimento das lesões típicas: as urticas. São lesões eritematoedematosas (elevadas e lisas), sem nenhuma escama ou alteração de superfície. Surgem em qualquer parte do corpo, em pequeno ou grande número, com tamanhos e formas variadas. Aparecem e desaparecem sem deixar vestígio (fugazes). Algumas

vezes se apresentam vermelhas na periferia, com a região central esmaecida (clara). O prurido está sempre presente. Os exames laboratoriais via de regra não são necessários. A dosagem de IgE específica (Rast) e os testes cutâneos de leitura imediata são de pouca valia na investigação causal (falsa correlação).

Quais são os possíveis agentes causadores desta dermatose?

Diversos são os agentes implicados: drogas, inalantes, infecções, alimentos, contactantes, picadas de insetos e de artrópodes, fatores físicos e doenças sistêmicas. Sem dúvida os medicamentos são os mais implicados (sulfas, penicilinas, aspirina, dipirona, antiinflamatórios não hormonais, anticonvulsivantes...) mas também, plantas, pêlos de animais, perfumes, tintas, vírus, verminoses, pulgas, crustáceos, corantes e conservantes, doenças reumáticas, linfomas, frio, calor, exercício.

Quais são as bases de um tratamento eficaz?

A identificação e eliminação do agente causador; e a utilização de anti-histamínicos sistêmicos (droga de eleição). Deve-se evitar o uso de doses inadequadas e a interrupção precoce do tratamento. Na urticária leve usar anti-histamínicos por via oral: dexclorfeniramina: 0,2mg/kg/dia de 8/8 horas; hidroxizina: 1mg/kg/dia a 2mg/kg/dia de 12/12 horas; cetirizina: 5mg/24h (dois-seis anos) e 10mg/24h (> seis anos); Loratadina: 5mg/24h (seis a 12 anos) e 10mg/24h (> 12 anos). Nos casos moderados, porém sem comprometimento sistêmico (urticária gigante, lesões múltiplas com prurido intenso, angioedema) aplicar adrenalina solução milesimal 0,01ml/kg (máx. 0,5ml) subcutâneo; corticóides orais: prednisona ou prednisolona: 1mg/kg/dia a 2mg/kg/dia 12/12 horas durante cinco dias e anti-histamínicos por via oral. Já, na anafilaxia (comprometimento sistêmico: dispnéia, taquicardia, hipotensão, vômitos) optar pelo acompanhamento em hospital. Será necessário o uso de adrenalina sol. mil. SC ou IM, podendo-se repetir após intervalo de 15 minutos. Corticóides endovenosos: hidrocortisona ou metilprednisolona. Hidratação venosa e oxigenioterapia.

a) Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Dermatologia na Atenção Básica. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
2. Caputo, R; Ackerman, AB; Sison-Torre, EQ. Pediatric Dermatology and Dermatopathology. Philadelphia: Lea & Febiger, 1990.
3. Du Vivier, A; Mckee, PH. Atlas de Dermatologia Clínica. 2ª ed. São Paulo: Manole, 1995.
4. Korting, GW. Atlas de Dermatologia Pediátrica. 3ª ed. New York: Schaffaner Verlag, 1978.
5. Lowy, G; Alonso, FJF; Cestari, TF; Oliveira, ZNP. Atlas de Dermatologia Pediátrica. 1ª ed. São Paulo: Médica Científica, 1999.

6. Maldonado, RR; Parish, LC; Beare, JM. Pediatric Dermatology. Philadelphia: WB Saunders company, 1989.
7. Marcondes, E. Pediatria Básica. 8ª ed. São Paulo: Sarvier, 1999.
8. Marinoni, LP; Abagge, KT; Giraldi, S. Urticária e Angioedema Prurigo Estrófulo. Pronap Estudando Dermatologia, fasc.II: 1-32, 2000.
9. Sampaio, SAP; Rivitti, EA. Dermatologia Básica. 4ª ed. São Paulo: Artes Médicas; 2000.

5.5. Doenças gastrointestinais

5.5.1. Obstipação intestinal crônica

Vera Freire Gonçalves

A obstipação intestinal crônica é freqüente na faixa pediátrica?

Sim. Cerca de 3% das consultas de rotina nos consultórios de pediatria e 10%-25% nos consultórios de gastroenterologia.

Qual a freqüência nas comunidades indígenas?

Não existem dados oficiais. Mas pela mudança dos hábitos alimentares de algumas comunidades indígenas, com dieta composta basicamente de arroz, mandioca, milho, batata doce, feijão, com pouca ou nenhuma ingestão de verduras, legumes e frutas podemos estimar que a freqüência pode ser semelhante ou até superior às encontradas em crianças não indígenas.

O que é “soiling”?

É o escape de fezes líquidas e muco pelas margens do fecaloma ressecado, produzindo pseudo-incontinência. Representa qualquer quantidade de fezes encontrada nas roupas íntimas. Não sendo uma evacuação completa. Característica da obstipação intestinal crônica.

Para evacuar existe postura adequada?

Sim. O indivíduo assume a posição sentada ou de cócoras, fletido para frente, contrai os músculos da face posterior das coxas, do diafragma, da parede abdominal e fecha a glote. Ocorre contração dos músculos do assoalho pélvico, para aumento da pressão intra-abdominal.

A criança que evacua diariamente pode ser obstipada?

Sim. Pois a obstipação caracteriza-se por evacuação com esforço e/ou dificuldade, fezes de consistência aumentada, podendo haver escape fecal e sangramento em torno das fezes, sem levar em conta o intervalo das evacuações.

Como podemos avaliar as crianças com aleitamento materno exclusivo?

No aleitamento materno exclusivo, as evacuações podem ser mais espaçadas, porém de consistência normal, sem esforço ou dificuldade. Não podemos classificá-las como obstipadas.

Qual o tempo necessário para considerarmos a obstipação como crônica?

Não existe uma definição exata, pode variar de um a três meses, devendo sempre avaliar as características da evacuação.

Como podemos classificar a obstipação intestinal crônica (OIC)?

- psicogênica: causas psíquicas primárias. 5%-15%;
- funcional: causas dietéticas ou funcionais. 60%-80%;
- orgânica: causas orgânicas. Patologias intestinais ou extra-intestinais, de natureza clínica ou cirúrgica. 15%-25%.

O único fator relacionado com OIC funcional é o dietético?

Não. Apesar de ser o principal fator, devido a dietas inadequadas, pobres em fibras, resíduos, ricas em amidos, excesso de leite e uso de alimentos muito homogêneos. Existem os fatores psicossociais, decorrente da negligência em atender ao reflexo da defecação, por preguiça, pressa ou inibição. O treinamento inadequado para o controle esfinteriano, está envolvido na causa emocional da OIC.

Quais as anomalias do trato gastrointestinal associadas à OIC?

São o megacólon congênito (doença de Hirschsprung) e a estenose retal.

Anomalias raras:

- estenose hipertrófica de piloro;
- hérnias;
- volvo;
- intestino irritável;



- fissuras;
- atresias;
- estenoses anais;
- ânus anteriorizado;
- ânus ectópico;
- bridas peritoniais;
- ânus imperfurado.

Quais situações clínicas podem desencadear quadros de O.I.C.?

Distúrbios metabólicos:

- diabetes melito;
- hipocalcemia;
- hiponatremia;
- hipocalcemia;
- envenenamento por chumbo.

Doenças endócrinas:

- hipotireoidismo;
- hipopituitarismo.

Afecções do sistema neuromuscular:

- paralisia cerebral;
- paraplegia;
- doença de Hirschsprung;
- espina bífida;
- síndrome de Down.

Doenças nutricionais e imunoalérgicas:

- raquitismo;
- anemia;
- alergia ao leite de vaca;
- doença celíaca.

Indução por drogas:

- antiácidos (compostos de cálcio e alumínio);
- anticolinérgicos (descongestionantes, antiespasmódicos);

- anticonvulsivantes;
- antidepressivos;
- metais (arsênico, chumbo, mercúrio);
- sulfato de bário;
- opiáceos;
- hematínicos (especialmente ferro);
- excesso de laxantes.

Qual o quadro clínico encontrado?

- idade: lactentes e pré-escolares;
- dor ou medo para evacuar;
- distensão abdominal;
- fezes ressecadas;
- fissura anal;
- “soiling”;
- atitudes bizarras;
- anorexia;
- baixo ganho ponderal.

Existe relação entre infecção do trato urinário e obstipação intestinal crônica?

Sim. O fecaloma pode comprimir a parede vesical, dificultando seu esvaziamento, facilitando a infecção bacteriana secundária no trato urinário.

Como estabelecer o diagnóstico clínico?

Deve-se fazer anamnese completa, com informações detalhadas da dieta, hábitos familiares, casos semelhantes na família, estabelecendo o grau de dificuldade para evacuar, início dos sintomas, aspectos das fezes (volume, consistência e cor), mudança de hábito intestinal, sintomas concomitantes (vômitos, dor abdominal, anorexia). Exame físico detalhado e completo, avaliando sempre o comportamento da criança, estado geral e nutricional. Examinar cuidadosamente o abdômen (inspeção, palpação, presença de hérnias, diástese do músculo reto abdominal), região lombossacral e glútea para descartar alterações medulares, que podem comprometer a inervação extrínseca do cólon. Inspeção anal (toque retal, fissura anal, hemorroidas, anteriorização anal, prolapso retal). Avaliação do desenvolvimento e exame neurológico, identificando mielomeningoceles, hipotonia, paralisia cerebral e retardo mental.

Qual a importância do toque retal? É necessário realizá-lo sempre?

O toque retal deve ser sempre realizado no processo de diagnóstico, pois pode diferenciar a causa funcional da orgânica, principalmente a doença de Hirschsprung.

Como realizar o toque retal e o que avaliar?

Sempre explicar para a criança e os pais o procedimento, utilizar anestésico tópico, introduzir delicadamente, inicialmente o dedo mínimo e depois o indicador, sempre considerar a idade e o tamanho da criança. Caso exista forte resistência voluntária, adiar o exame para quando a criança estiver mais calma. Avaliar a resistência involuntária, pois pode ser decorrente de espasmos, malformações ou estenose. Ânus excessivamente relaxado pode indicar distensão retal, fraqueza neurogênica do esfíncter interno ou da musculatura perineal. Verificar se o reto e canal anal estão cheios ou não. Presença de grande massa fecal, indica que a obstipação não decorre da motilidade intestinal. Se o reto estiver vazio, com massa fecal palpável em abdômen, indica processo obstrutivo, perda da motilidade colônica ou diminuição do volume intestinal. Pode demonstrar ainda, presença de tumores intestinais, pólipos. A saída de fezes explosivas, após o toque retal, pode significar dilatação de um segmento desprovido de controle da motilidade pelo sistema nervoso involuntário.

Os exames laboratoriais são sempre necessários?

Não. Pois, a causa mais freqüente é a funcional, por alteração dietética. Os exames complementares serão realizados, quando a anamnese e ou o exame físico sugerirem causa orgânica, ou quando a terapêutica adequada não for eficaz ou piora do estado geral da criança.

Quais exames laboratoriais podem ser úteis?

Estes exames serão realizados nos casos de evolução atípica e indicados pelo médico pediatra, ao qual a criança foi encaminhada.

Enema opaco com bário: auxilia na diferenciação de causas intrínsecas e extrínsecas. Dimensiona o grau de distensão do colo ou do sigmóide. Evidencia zona de aganglionose (mostra estreitamento com segmento a montante dilatado).

Eletromanografia anorretal: reproduz situação fisiológica encontrada quando o reto é distendido pelo bolo fecal. Toda vez que há distensão do canal retal, ocorre resposta reflexa, com queda da pressão do esfíncter interno do ânus necessitando de integridade anatômica e a maturidade funcional das estruturas nervosas. Nos obstipados pode ocorrer aumento do limiar dos receptores de parede para distensão retal, não relaxamento do esfíncter anal externo e assoalho pélvico. No caso da doença de Hirschsprung, ocorre ausência de reflexo retoesfincteriano.

Biópsia retal: quando a história, exame físico, manometria e o enema opaco sugerem doença de Hirschsprung. Neste caso constata-se ausência de células ganglionares dos plexos de Auerbach e de Meissner, e as fibras nervosas contêm quantidades aumentadas de acetilcolinesterase.

Como diferenciar doença de Hirschsprung (megacólon congênito) e obstipação intestinal crônica funcional?

Doença de Hirschsprung: predomina no sexo masculino, desde o nascimento, sem relação com a dieta, estado geral comprometido. Enema opaco: reto e sigmóide estreitados e cólon dilatado; manometria: ausência de reflexo retoesfincteriano e biópsia: aganglionose.

OIC funcional: não há predominância de sexos, início aos dois-três anos relacionado com dieta, presença de “soiling”, estado geral mantido. Enema Opaco: cólon e reto dilatados. Manometria: Ausência do relaxamento do esfíncter anal externo. Biópsia: normal.

Como estabelecer a terapêutica?

O tratamento é prolongado, deve ser comum para a criança e a família, adequar a alimentação, corrigir o distúrbio causal, prevenir acúmulo de fezes e dor, usar laxantes de modo criterioso. Iniciar conduta de desimpactação fecal, com enemas de soluções isotônicas ou hipertônicas com cuidado, para evitar distúrbios metabólicos. Os enemas podem ser diários, depois a cada dois-três dias até que as evacuações se tornem pastosas e diárias.

- dieta: alimentos que estimulem o peristaltismo: verduras, frutas legumes. Utilização de farelos que devem ser misturados à dieta;
- laxantes: uso criterioso, os mais utilizados são os osmóticos: hidróxido de magnésio a 8% (1mg/kg/dia-3mg/kg/dia uma-duas doses), carboidratos não absorvíveis (lactulose-1ml/kg/dia-3ml/kg/dia alto custo); sorbitol (gutallax, Biliflux). Os lubrificantes: óleo mineral (nujol, agarol), com doses variáveis, podendo iniciar com 5ml ou uma colher de sopa a noite e aumentar conforme a necessidade e os formadores de volume: agar-ágar (agarol), farelos (fibrapur), sementes de *psyllium* (metamucil). As doses são variáveis, iniciar com pequenos volumes.

Existem outras medidas associadas ao tratamento?

Sim. Além da dieta e o uso eventual de laxantes, é necessário estabelecer horários, principalmente pela manhã e após as grandes refeições. Garantir a postura adequada, para estimular a prensa abdominal. Sempre aumentar a oferta hídrica, incentivar a prática de exercícios físicos.

Como adequar o tratamento para a cultura indígena?

Muitas vezes torna-se difícil a orientação dietética pela falta dos alimentos, pouca utilização de verduras e legumes. Devemos sempre avaliar os hábitos familiares e incentivar o uso de alimentos laxativos, aumentar quando possível o consumo de frutas da região. Incentivar se possível o plantio de verduras e legumes. Caso existam módulos sanitários orientar o seu uso correto, para adequar a postura de evacuação.

a) Referências bibliográficas

1. Koda, YKL. Gastroenterologia pediátrica. São Paulo.
2. Lins, ACS. Pediatria em Consultório. São Paulo: Sucupira, 2000.
3. Serafim, MG. Hábitos alimentares e nível e nível de hemoglobina em crianças indígenas Guaranis, menores de cinco anos, dos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro (Dissertação). São Paulo: USP, 1997.

5.6. Doenças do trato urinário

Vera Freire Gonçalves

Como podemos definir Infecção do Trato Urinário (ITU)?

É um termo genérico que se refere ao crescimento bacteriano no trato urinário. Pode se apresentar de forma assintomática, denominada bacteriúria assintomática. As formas sintomáticas podem acometer o parênquima renal sendo denominada infecção urinária alta ou pielonefrite aguda, ou se limitar a bexiga-infecção urinária baixa.

Qual a prevalência da ITU em nosso meio?

Não existem dados ou estudos populacionais controlados que nos permitam estabelecer a incidência da ITU. Utilizamos dados fornecidos pela literatura médica.

Existe algum estudo nas populações indígenas?

Da mesma forma que na população não indígena, ainda não existem dados ou estudos populacionais.

A prevalência da ITU varia de acordo com a faixa etária e o sexo?

Sim. Após o período neonatal, cerca de 1% dos meninos e 3%-5% das meninas apresentam um episódio de ITU até 12 anos. Nos meninos, a incidência se reduz após o

primeiro ano de vida e, nas meninas, permanece em níveis elevados durante o período pré-escolar, com redução gradativa após esta faixa etária.

Quais os principais agentes e a via de aquisição?

A principal via de aquisição é a ascendente, e o meato uretral a porta de entrada, sendo que mais de 90% das ITU são causadas por bactérias intestinais (principalmente *Escherichia coli*). Outras bactérias que causam ITU são o *Streptococcus fecalis*, *Proteus sp* (mais em meninos), *Morganella organi*, *Serratia marcescens*. A via sangüínea é rara, ocorre no período neonatal, com agente etiológico mais freqüente a *Escherichia coli*, podendo se encontrar a *Klebsiella*, *Enterobacter*, *Staphylococcus aureus* e *Salmonella sp*. Na adolescência é comum o *Staphylococcus saprophyticus*.

Quais são as manifestações clínicas?

Variam de acordo com a faixa etária e a localização da infecção.

No período neonatal, os sintomas podem lembrar *sepsis* e são gerais:

- déficit de ganho ponderal;
- hipo ou hipertermia;
- cianose;
- distensão abdominal;
- icterícia prolongada;
- alteração do estado geral, hipoatividade ou irritabilidade;
- convulsões.

No lactente, os sintomas ainda são inespecíficos:

- febre;
- anorexia;
- irritabilidade, baixo ganho de peso;
- sintomas gastrointestinais (vômitos, náuseas, diarreia, dor e cólicas abdominais).

Nas crianças maiores, os sintomas são mais específicos do trato urinário, caracterizando cistite:

- dor ou dificuldade para urinar (disúria);
- aumento do número de micções (polaciúria);
- urgência miccional;
- alterações da cor e odor da urina. A febre associada a dor lombar sugere acometimento renal.

Como estabelecer o diagnóstico de ITU?

Por meio de anamnese, verifica-se os sinais e sintomas descritos anteriormente, exame físico completo, inclusive com a medida da pressão arterial. O diagnóstico de certeza é obtido pela análise da urina, pelo tipo I e cultura.

Quais as técnicas de coleta de urina e como interpretá-la?

Saco coletor: método mais utilizado, porém o menos confiável, pois os índices de contaminação giram em torno de 25%. Processos inflamatórios do trato genital (balanopostite, vulvovaginite e dermatite de fraldas) aumentam as chances de contaminação. Deve-se fazer assepsia rigorosa, com água e sabão, e troca do saco coletor a cada 15 minutos. Após 45 minutos sem sucesso de coleta, realizar outra assepsia.

Jato médio: confiável para crianças com controle vesical. Nos meninos, o prepúcio deve ser retraído, o máximo possível, lavado com água e sabão e enxaguado abundantemente. Pedir para a criança urinar dentro do frasco estéril. No sexo feminino, lavar o orifício vaginal, períneo circundante e o meato uretral. Considera-se positiva a urocultura acima de 100.000UFC/ml., quando a coleta for por jato médio ou saco coletor.

Punção Supra púbica (PSP): técnica mais confiável, porém, contra indicado nos casos de distúrbios de coagulação, íleo paralítico e abdômen agudo. Realizar assepsia da região supra púbica e introduzir a agulha (30/7 ou 40/8) conectada a seringa a 2cm da sínfise púbica, perpendicular a parede abdominal, na linha média, com inclinação de 10-20 graus, com movimento rápido e uniforme para evitar micção e atingir a profundidade de 2cm-3cm e aspirar lentamente. É considerado positivo qualquer crescimento bacteriano observado a partir da urina cultivada de amostras assim obtidas.

Sondagem vesical (cateterização uretral): muito confiável, deve ser evitada quando houver vulvovaginite, balanopostite e quando o anel prepucial não permitir a exposição completa do meato uretral. Fazer assepsia rigorosa, cateterizar a uretra com sonda vesical de alívio, conforme a idade da criança. Considera-se positivo o encontro de mais de 10.000UFC/ml.

Existem outros métodos de diagnóstico?

Sim.

- cultura de urina em lâminas;
- bacterioscopia: o encontro de cinco ou mais bactérias por mm^3 , tem valor diagnóstico, dispensa a coleta de urocultura;
- sedimento urinário: encontro de 50-100.000leucócitos/ml, sugerem ITU. O encontro de cilindros leucocitários ou granulosos sugerem, pielonefrite.

Em que casos a criança deverá ser encaminhada imediatamente para um serviço hospitalar?

Os recém-nascidos e os lactentes (menores de dois anos), cujo quadro clínico é indistigível de outras infecções graves, como é o caso da septicemia e da meningite.

Como tratar a ITU?

Pielonefrite: na suspeita, iniciar tratamento logo após a coleta de urina. A escolha do antibiótico deve se basear no agente mais freqüente, considerando o sexo e a idade. No período neonatal, o paciente deverá ser internado e medicado por via parenteral. Após essa faixa etária, avalia-se caso a caso a necessidade de internação e o antibiótico pode ser administrado por via oral. Os antibióticos por via parenteral mais utilizados são:

- cefalotina: 50mg/kg/dia-100mg/kg/dia, quatro doses/dia;
- ceftriaxone: 50mg/kg/dia-70mg/kg/dia, uma dose/dia;
- cefoxitina: 100mg/kg/dia, quatro doses/dia;
- ceftaxima: 100mg/kg/dia, quatro doses/dia.

Utiliza-se pelo menos 48-72 horas via endovenosa, podendo terminar por via oral, completando total de tratamento de 10 dias, prolonga-se para 14 dias quando hemocultura for positiva.

Cistite:

- sulfametoxazol-trimetropima (SMZ-TMP): 40mg/kg/dia de sulfa duas doses/dia via oral por 10 dias;
- Nitrofurantoína: 5-7mg/kg/dia três-quatro doses/dia VO, por 10 dias;
- Cefalexina: 50-100mg/kg/dia quatro doses/dia VO por 10 dias;
- Amoxicilina 30-50mg/kg/dia 8/8 horas por 10 dias via oral.

Existem outras formas não medicamentosas de tratamento?

Sim. Além da antibioticoterapia, deve-se orientar a ingestão adequada de líquidos, dietas laxativas para pacientes obstipados. É importante orientar a higiene perineal adequada, sempre com movimento ântero-posterior. Estimular micções freqüentes.

Que significa ITU recorrente?

A ITU recorrente, recidivante ou de repetição, é definida quando dois ou mais episódios de infecção ocorrem num período de seis meses ou, pelo menos, três episódios num período de um ano.

Quais crianças, com ITU comprovada laboratorialmente, necessitam de acompanhamento com o médico pediatra?

- menores de três anos;
- meninos de qualquer idade;
- segundo episódio em meninas com três anos ou mais.

Finalidades do acompanhamento e investigação complementar:

- avaliar periodicamente, de forma rigorosa, o trato urinário, para identificar precocemente recidivas assintomáticas;
- afastar malformações do trato urinário, como refluxo vesicoureteral (RVU), válvulas de uretra posterior, estenose congênita uretrovesical, alterações funcionais miccional: bexiga neurogênica e não neurogênica;
- evitar complicações associadas às ITUs recorrentes, como cicatrizes renais, comprometendo a função renal (10% das crianças), ou hipertensão arterial crônica (1%-2% dos casos).

Por quanto tempo as crianças devem ser acompanhadas pelo médico pediatra em ambulatório?

Por período mínimo de dois anos, sendo realizados os exames de imagem, uroculturas regulares e introdução de quimioprofilaxia para as ITU de repetição, nos casos de RVU, e nas crianças menores de seis meses. Deve-se também introduzir a quimioprofilaxia após o diagnóstico de ITU até realização da UCM. Caso haja o diagnóstico de malformações do trato urinário, o acompanhamento se prolonga e avaliar-se-á a necessidade de correção cirúrgica.

Como abordar a ITU nas comunidades indígenas?

Devemos orientar a ingestão de líquidos, higiene perineal, evitar quadros de obstipação e, por meio do quadro clínico, iniciar terapêutica precoce e pedir exames necessários. Caso estes sejam indisponíveis, manter o tratamento por 10 dias.

a) Referências bibliográficas

1. Ministerio da Saúde. Programa Saúde da Família. Manual de condutas médicas. São Paulo, 2001.
2. Mascaretti, LAS; Bricks, LF; Leal, MM. Afecções do aparelho urogenital. In: Issler, H; Leone, C; Marcondes, E. Pediatria na Atenção Primária. São Paulo. Ed Sarvier, 1999. p.333-345.
3. Reis, AG; Grisi, S. Manual de Pronto socorro em Pediatria clínica. São Paulo: Ed Atheneu, 1998.
4. Sucupira, ACSL. Pediatria em consultório. São Paulo: Ed Sarvier, 2000.

O que são vulvovaginites?

São processos inflamatórios causados por microorganismos, agentes físicos e químicos, que atuam sobre o trato genital baixo.

Quais são os sintomas mais freqüentes?

- corrimento vaginal;
- dor;
- prurido.

Todo corrimento vaginal é considerado vulvovaginite?

Não. O corrimento vaginal pode representar apenas secreção fisiológica. No corrimento vaginal por processo infeccioso geralmente é acompanhado de comprometimento da vulva (vulvovaginite) ou do colo do útero (cervicite).

Porque ocorre fluxo vaginal fisiológico no período neonatal?

Na vida intra-uterina, a vagina fetal é estéril, com pH de 5,0 a 5,7. Com o nascimento, nas primeiras 24 horas há colonização por lactobacilos de Doderlein com queda do pH para 4,0 a 5,0. Estas alterações resultam em produção de material espesso, branco acinzentado, às vezes mucóide que recobre a vulva e preenche a vagina.

Porque ocorre a chamada “menstruação neonatal?”

Às vezes, a secreção vaginal neonatal fisiológica torna-se manchada de sangue ou grosseiramente sanguinolenta após poucos dias de vida, em decorrência da diminuição do estímulo estrogênico materno, provocando hemorragia endometrial.

Qual é a conduta na “menstruação neonatal?”

Tanto o fluxo quanto o sangramento desaparecem no primeiro mês de vida, não reque-rendo tratamento, apenas a limpeza local com água morna.

Como se apresenta o fluxo vaginal fisiológico no período da pré-menarca?

Neste período, o fluxo vaginal se apresenta em grande quantidade de material inodoro, incolor e transparente, de forma intermitente sem causar ardor ou prurido.

Qual é a etiologia do fluxo vaginal fisiológico na pré-menarca?

É resultante do crescente estímulo dos estrógenos ovarianos sobre o trato genital baixo.

O que se espera no exame microscópico e na cultura da secreção vaginal fisiológica?

Ao exame microscópico, encontramos fluido com células epiteliais e bacilos de Döderlein. Na cultura, as bactérias patogênicas são inexistentes.

Como se apresenta o fluxo vaginal fisiológico no período pós-menarca?

Apresenta-se com fluido viscoso e transparente.

Porque ocorre o fluxo vaginal fisiológico no período pós-menarca?

Ocorre por alterações hormonais no período ovulatório e na segunda metade do ciclo menstrual.

Quais são os fatores de risco para vulvovaginites nas crianças pré-púberes?

- do ponto de vista anatômico:
 - distância curta entre vagina e ânus;
 - pequena abertura do hímen, obstruindo a saída de secreções;
 - ausência de coxins adiposos vulvares e de pêlos pubianos;
- do ponto de vista fisiológico:
 - mucosa vaginal fina e atrófica (não estrogenizada);
 - pH vaginal entre 6,5 a 7,5;
 - diminuição dos mecanismos imunes locais;
- do ponto de vista comportamental:
 - manipulação dos genitais sem adequada higiene, pela criança ou outra pessoa;
 - higiene perineal inadequada, com contaminação fecal.

Quais são os fatores de risco para vulvovaginites em adolescentes?

- atividade sexual;
- uso de anticoncepcionais orais;
- duchas vaginais;
- agentes quimioterápicos (ex: antibióticos);

- doenças sistêmicas (diabetes melito, obesidade, etc.);
- uso de roupas íntimas apertadas que não sejam de algodão;
- higiene perineal deficiente.

Quais são as queixas mais comuns sobre vulvovaginites em crianças?

- secreção manchando a calcinha;
- mancha de sangue na calcinha;
- desconforto genital: disúria vulvar;
- em crianças menores: irritabilidade.

O que é disúria vulvar? Como interpretá-la?

É o desconforto genital com prurido vulvar ou ferroadinha que aparece especialmente à micção. É decorrente do contato da urina em tecidos com processo inflamatório. É importante uma boa anamnese para não fazer o diagnóstico errado de infecção urinária especialmente quando a coleta de urina contém secreções vaginais e leucócitos.

Quais são as queixas mais comuns de vulvovaginites em adolescentes?

- secreção vaginal de cor branca, amarelada ou até verde-castanho;
- prurido;
- irritação vulvar;
- sensação de queimação;
- dispareunia;
- disúria vulvar;
- desconforto mal definido;
- dor pélvica;
- hemorragia uterina anormal;
- doença inflamatória pélvica.

Quais fatores de risco podem contribuir para as vulvovaginites sob o ponto de vista comportamental?

- higiene inadequada;



- hábitos urinários e intestinais inadequados:
 - limpar de trás para frente após evacuação;
 - urinar com os joelhos fechados;
 - manipulação genital com as mãos contaminadas;
 - pequenos traumatismos associados a brincadeiras infantis ou curiosidade sexual;
- roupas apertadas e pouco absorventes;
- infecções sistêmicas;
- enurese noturna;
- dermatoses e prurido perianal noturno;
- uso de banhos de espumas;
- abuso sexual.

Como investigar suspeita de vulvovaginite por abuso sexual?

Perguntar:

- quem cuida da criança na maior parte do tempo?
- presença de estranhos e parentes morando junto a família.

Identificar queixas comportamentais e somáticas:

- distúrbios do sono;
- dor abdominal;
- enurese;
- fraco desempenho escolar;
- cefaléias;
- tentativa de suicídio.

Como são classificadas as vulvovaginites?

Inespecíficas: correspondem a 70% das vulvovaginites pediátricas provocadas por enterobactérias saprófitas.

Específicas: corresponde a 30% e são decorrentes de agentes patogênicos, ditos específicos.

Qual é a faixa etária mais freqüente de vulvovaginites inespecíficas?

É a compreendida entre os dois e os sete anos de idade.

Quais são as causas mais comuns de vulvovaginites inespecíficas?

- corpo estranho na vagina;
- *enterobius vermicularis*;
- alergias;
- infecção extragenital (raro).

Qual é a principal causa de vulvovaginites em adolescentes?

Secundária a má higiene, resultando na contaminação fecal da vulva.

Como orientar a higiene corporal adequada?

- limpeza genital
 - sempre da frente para trás da região perineal, logo após cada micção ou evacuação;
 - papel higiênico branco e inodoro (papel colorido e perfumado é mais irritante da mucosa vaginal);
 - não usar perfumes, talcos ou desodorantes;
- lavagem da vulva na fase aguda (edemaciada e hiperemiada);
- água morna pura ou adicionada de maisena ou bicarbonato de sódio duas vezes ao dia.

Evitar banho com água acidificada com vinagre (piora a irritação vulvar).

Secagem de forma delicada, sem friccionar a região.

- lavagem da vulva fora da fase aguda
 - com sabonetes neutros ou;
 - por 10 dias com soluções anti-sépticas ou água acidificada com vinagre branco (1 colher de sopa em 1 litro de água filtrada ou fervida);
 - uso de permanganato de potássio como anti-séptico deve ser cauteloso, pois em concentração inadequada pode promover dermatite local;
 - enxugar bem a região vulvar. A umidade favorece a instalação de infecções;
- roupas íntimas
 - preferencialmente brancas e de algodão;
 - trocas freqüentes (se úmidas e sujas);
 - lavadas com sabões neutros;
 - não usar amaciante de roupas;

- roupas em geral
 - mais largas, que permitam a ventilação (calor, umidade e irritação vulvar causada por tecidos sintéticos como nylon e laicra criam condições favoráveis para a proliferação de germes patogênicos);
 - evitar o uso de meias calças.

Quais são os achados clínicos na presença de corpo estranho na vagina?

Corpo estranho provoca corrimentos intensos, purulentos, de odor fétido e muitas vezes sanguinolento. Pode ser encontrado resto de papel higiênico, fiapos de algodão, botões pequenos, brinquedos colocados pelas crianças ou tampões vaginais esquecidos pelas adolescentes.

Qual é o tratamento preconizado na vigência de corpo estranho na vagina?

- remoção do corpo estranho;
- medidas de higiene adequadas (orientação).

Quais dados de história e exame físico são sugestivos de oxiuríase como causa de vulvo-vaginite?

- história familiar de verminose;
- prurido anal e genital que piora à noite;
- corrimento amarelado e recorrente;
- inflamação vulvar moderada.

Como a oxiuríase pode levar a vulvovaginite?

A fêmea do *Enterobius vermicularis*, em geral coloca seus ovos na mucosa anal. No entanto, pode migrar ou ser levada pelos dedos da criança até a vagina e lá depositar seus ovos. Neste descolamento o verme leva consigo bactérias coliformes que introduzidas na vagina provocam infecção. Por outro lado, o próprio parasita em contato com a mucosa vaginal, age como fator irritante.

Como é feito o diagnóstico de oxiuríase?

O *Enterobius vermicularis* é geralmente descrito como semelhante a um fio de linha branco. Pode-se encontrar seus ovos na secreção vaginal ou em “swab” anal. São necessários, no entanto, três exames negativos para afastar este diagnóstico.

Qual é o tratamento para vulvovaginites por oxiúriase?

- orientações de higiene adequada;
- terapêutica para oxiúros:
 - mebendazol: 100mg duas vezes ao dia por três dias e repetir após duas semanas ou;
 - pamoato de Pirantel: 10mg/kg/dose única ou;
 - albendazol: 400mg/dose única.

Quais são os fatores desencadeantes da dermatite de contato na promoção de vulvovaginites?

A dermatite de contato é freqüente na região vulvar de meninas susceptíveis.

Pode ser produzida por:

- calças plásticas;
- fraldas nos lactentes;
- roupas íntimas de tecidos sintéticos em crianças maiores;
- limpeza da região vulvar com sabonetes não neutros;
- lavagens das roupas íntimas com sabão em pó, água sanitária ou amaciantes;
- uso de papel higiênico colorido ou perfumado;
- irritação mecânica de roupas apertadas.

Como deve ser o tratamento da dermatite de contato?

O tratamento consiste na retirada dos fatores desencadeantes, além das orientações de higiene corporal adequada.

Como vulvovaginites podem ser secundárias às infecções das vias aéreas superiores ou da pele?

Pela transferência de material infectado do nariz, da garganta ou da lesão cutânea para a vagina, por meio dos dedos da criança. A inflamação e corrimento ocorrem antes da cicatrização das lesões cutâneas.

Como devo abordar vulvovaginites secundárias às infecções das vias aéreas superiores ou da pele?

O tratamento consiste:

- antibioticoterapia para o tratamento da infecção extragenital;



- medidas de higiene perineal para eliminar os sintomas vaginais.

Quais são os agentes mais frequentes das vulvovaginites específicas (causadas por micro-organismos)?

- *Gardnerella vaginalis*;
- *Candida albicans*;
- *Trichomonas vaginalis*.

Como são adquiridas as vulvovaginites específicas?

Tanto por transmissão sexual quanto não sexual. Mas, a presença de qualquer vulvovaginites específicas em crianças deve sempre lembrar a hipótese de abuso sexual.

O que é vaginose bacteriana?

É a causa mais frequente de vulvovaginite durante a idade reprodutiva e ocorre quando a flora normal é substituída por *Gardnerella vaginalis* (bastonete Gram negativo), *Mycoplasma hominis*, *Bacterioides sp*, *Bobiluncus sp* (Bastonete Gram negativo curvo).

Porque a vaginose bacteriana não é considerada como doença sexualmente transmissível?

Por que a sua incidência em mulheres sexualmente ativas é semelhante as das mulheres virgens.

Quais são os achados no exame físico da vaginose bacteriana por *Gardnerella vaginalis*?

Geralmente se observa:

- presença de secreção fina homogênea e acinzentada no intróito vaginal, aderentes às paredes vaginais (o germe é incapaz de invadir a parede vaginal e, por conseguinte é rara a reação inflamatória aguda);
- pH > 4,5;
- cheiro de peixe.

Como fazer o diagnóstico de vaginose bacteriana por *Gardnerella vaginalis* se é difícil de obter crescimento em cultura?

Pela avaliação microscópica com preparado úmido em soro fisiológico que mostra células epiteliais vaginais pontilhadas, cujas bordas se mostram obscurecidas pelas bactérias

aderentes. Essas células são as “células indicadoras” ou “*clue cells*”, e quando presente em 20% ou mais, associado a ausência de lactobacilos, alguns autores a consideram diagnóstica de vaginose bacteriana.

Qual é o tratamento da vaginose bacteriana por *Gardnerella vaginalis*?

- metronidazol: 15 a 20mg/kg/dia (máximo 750mg) VO 12/12 horas por sete dias ou;
- metronidazol: 2g, VO, dose única ou;
- tinidazol: 50mg/kg/dia (máximo 2g) VO dose única próxima à refeição;
- secnidazol: 2g, VO, dose única ou;
- metronidazol gel a 0,75%, um aplicador vaginal (5g), uma vez ao deitar, por sete noites ou;
- clindamicina 300mg VO de 12/12 horas, por sete dias ou;
- clindamicina creme vaginal 2%, um aplicador vaginal (5g), uma vez ao deitar, por sete noites.

Parceiros sexuais de pacientes com vaginose bacteriana por *Gardnerella vaginalis* devem ser tratados?

Nem sempre é necessário, a menos que ocorra vaginose recorrente.

O que é *Trichomonas vaginalis*?

É um protozoário anaeróbio flagelado.

Como ocorre a transmissão do *Trichomonas vaginalis*?

A transmissão ocorre principalmente por contato sexual. Pode existir outra forma de transmissão, visto que o parasita permanece viável por até 24 horas em esponjas e roupas íntimas e na água de torneira a 35°C, no sêmen durante seis horas e na urina por três horas.

Quais são os achados no exame físico nas vulvovaginites por *Trichomonas vaginalis*?

- a queixa inicial é geralmente corrimento vaginal;
- como *Trichomonas vaginalis* pode infectar a uretra e as glândulas de Skene, muitas vezes estão presentes disúria e prurido vulvar;
- dispareunia (raro);
- secreção escassa ou abundante, mal cheirosa, de cor amarelada, esverdeada ou acinzentada;

- às vezes de aspecto espumoso (por produção de dióxido de carbono);
- eritema vulvar e vaginal;
- hemorragias puntiformes a vagina e do colo (“colo em morango”);
- o comprometimento do colo pode levar a sangramento pós-coito.

Como diagnosticar vulvovaginite por *Trichomonas vaginalis*?

- pH > 5,0 (entre cinco a sete);
- ao exame da microscopia em preparado úmido são vistos flagelados móveis, em forma de lágrima;
- diferentemente de outras vulvovaginites bacterianas, podem estar presentes lactobacilos;
- as culturas são muito sensíveis (meio de Diamond), porém raramente são necessárias para a confirmação do diagnóstico.

Qual é o tratamento preconizado aos reservatórios uretrais e periuretrais de *Trichomonas vaginalis*?

É preferível o tratamento sistêmico e as drogas preconizadas são:

- metronidazol: 15 a 20mg/kg/dia (máximo 750mg), por VO, 12/12 horas por sete dias ou;
- metronidazol: 2g, VO, dose única ou;
- tinidazol: 50mg/kg, (máximo 2g) por VO, dose única junto a refeição ou;
- secnidazol: 2g, VO, dose única;
- pode-se associar Metronidazol gel a 0,75%, um aplicador vaginal (5g), uma vez ao deitar, por sete noites.

Quando a paciente pode ser considerada curada, após o tratamento da vaginose por *Trichomonas vaginalis*?

É considerada curada após três exames com resultado negativo, realizados com intervalos de um mês.

Sabe-se que a reinfecção por *Trichomonas vaginalis* é um problema muito comum. Porque? O que fazer?

A reinfecção é mais freqüente nos casos em que o tratamento do foco domiciliar (ou do parceiro sexual) não foi realizado. Portanto, o parceiro sexual deve ser tratado com dose única e as relações sexuais devem ser suspensas durante o período de tratamento.

Quais são as espécies de cândidas nas candidíases vulvovaginais?

- *Candida albicans*;
- *Candida tropicalis*;
- *Candida glabrata*;
- *Candida krusei*;
- *Candida parapsilosis*.

Quais condições predispoem à instalação da infecção por Cândida?

A flora bacteriana vaginal normal e a integridade da mucosa representam mecanismos de resistência à infecção fúngica. Portanto, condições que lesem a mucosa vaginal ou que alterem o equilíbrio da flora predispoem a infecção por Cândida.

Quais fatores alteram o equilíbrio da flora vaginal?

- *Diabetes melitus*;
- gravidez;
- antibioticoterapia;
- estados de imunossupressão;
- contraceptivos orais;
- obesidade;
- corticoterapia;
- higiene deficitária;
- aumento da atividade sexual;
- sexo oral receptivo;
- uso de espermicida;
- roupas sintéticas e apertadas;
- artigos de higiene infectados.

Porque a queda da imunidade leva a candidíase?

A proteção do organismo contra a infecção por *Candida* é mediada por células. Fatores que diminuem a imunidade celular predispoem à instalação da infecção por *Candida*.

Como se explica a maior incidência de candidíase em mulheres grávidas e nas que utilizam anticoncepcionais em contrapartida a rara ocorrência na infância e após a menopausa?

Níveis elevados de hormônios sexuais proporcionam excelente fonte de carbono, pelo glicogênio, para o desenvolvimento da Candida.

Qual é o quadro clínico observado na vulvovaginite por Candida?

A queixa inicial é o prurido intenso. Pode haver também disúria vulvar secundária e dispareunia. Pode apresentar ainda pequena quantidade de secreção branca ou amarelada, tipo coágulo de leite que não tende a apresentar odor.

No exame físico, a mucosa vulvar está edemaciada, hiperemiada e brilhante. A inflamação pode se estender para baixo, até a região perineal, ou para fora, até a face interna das coxas. As lesões se apresentam em placas brancas ou lesões satélites com áreas de descamação e escoriações.

Como diagnosticar a Candidíase vaginal?

A confirmação diagnóstica é feita pela identificação de hifas e botões fúngicos com preparo úmido em soro fisiológico e hidróxido de potássio. O pH da secreção é menor que 4,5. A cultura confirma o agente etiológico inclusive a espécie da Candida.

Qual é o tratamento da candidíase vaginal?

Os fatores predisponentes devem ser avaliados e, se possível corrigidos:

- controle de glicemia;
- uso de contraceptivos com baixa dosagem de estrogênios;
- interrupção do tratamento antibiótico, se possível;
- mudanças para roupas íntimas de algodão, de preferência não apertadas.

Tratamento tópico:

- intravaginal nas adolescentes com vida sexual ativa;
- apenas na vulva para as virgens;
 - Miconazol:
 - creme vaginal a 2% por sete dias;
 - óvulos com 200mg por três dias;
 - óvulos com 100mg por sete dias;
 - Clotrimazol:
 - creme vaginal a 1% por 7 a 14 dias;
 - óvulos de 100mg duas vezes ao dia por três dias;
 - óvulos de 100mg uma vez ao dia por sete dias;
 - óvulos de 500mg dose única;

- Tioconazol: - creme a 6,5% por três dias;
 - óvulos de 300mg dose única;
- Isoconazol: - creme a 1% por sete dias;
- Terconazol - creme vaginal a 0,8% por cinco dias;
- Nistatina 100.000UI: - creme vaginal por 14 dias;
- Violeta genciana: - solução a 1% uma vez por semana por três semanas.

Nos intervalos, aplicam-se cremes vaginais antifúngicos.

Recomenda-se abstinência sexual durante o tratamento. Não se trata o parceiro.

Quando se indica tratamento sistêmico para candidíase vaginal?

- quando não for possível o tratamento tópico;
- candidíase intensas;
- candidíase resistentes a tratamentos tópicos;
- casos recorrentes ou de difícil controle.

Quais antifúngicos sistêmicos são utilizados para o tratamento da candidíase vaginal?

Cetoconazol: 20 a 40kg: 200mg/dia VO dose única diária por cinco dias;

> 40kg: 400mg/dia VO dose única diária por cinco dias;

Itraconazol: 200mg após café da manhã e após o jantar por um dia;

Fluconazol: 150mg VO dose única.

Quando considerar que a candidíase é recorrente?

São consideradas vulvovaginites recorrentes quando cursam com mais de quatro episódios por ano, com quadros intenso, ou ainda causados por fungos que não *Candida albicans*.

Qual é o tratamento das candidíases recorrentes?

- Clotrimazol intravaginal após a menstruação por seis meses;
- Cetoconazol oral 100mg/dia por seis meses.

Qual é a clínica da vulvovaginite por gonorréia?

A vulvovaginite por *Neisseria gonorrhoeae* tem como característica causar uma disúria importante e corrimento purulento com mucosa vulvar e vestibular hiperemiadas e edema acentuado, com comprometimento da uretra e glândulas vestibulares. Quando

não tratada evolui para cronicidade. Na fase crônica, parte dos sintomas desaparece, persistindo o corrimento sobre uma vulva hiperemiada e macerada.

Qual é o tratamento da vulvovaginite gonocócica?

- azitromicina 1g, VO, dose única ou;
- doxicilina 100mg, VO, 12/12 horas, sete dias ou;
- eritromicina (estearato) 500mg, VO, 6/6 horas, sete dias.

Associado a:

- ofloxacina 400mg, VO, dose única (>18 anos) ou;
- ciprofloxacina 500mg, VO, dose única (> 18 anos) ou;
- cefixima 400mg, VO, dose única ou;
- ceftriaxona 250mg, IM, dose única ou;
- tiafenicol 2,5g, VO, dose única.

Deve-se tratar o parceiro?

O exame e o tratamento devem ser estendidos a todo parceiro sexual, mesmo que o último contato tenha ocorrido 60 dias antes do aparecimento dos sintomas ou confirmação diagnóstica.

Qual é a importância da vulvovaginite por *Chlamydia trachomatis*?

No homem causa grande parte das uretrites não-gonocócicas e epididimites. Na mulher, a presença da *Chlamydia* no colo uterino ou na uretra pode causar um pouco ou nenhum sintoma, facilitando sua disseminação pela população.

Qual é o tratamento recomendado para a vulvovaginite por *Chlamydia trachomatis*?

- azitromocina 1g, VO, dose única ou;
- doxicilina 100mg, VO, 12/12 horas, por sete dias;
- estearato de eritromocina 500mg, VO, 6/6 horas, por sete dias.

a) Referências bibliográficas

1. Leal, MM; Lima, MCS. Vulvovaginites. In: Sucupira, ACL, e cols. Pediatria em Consultório. 4ª ed. São Paulo: Sarvier, 2000. p.777-783.
2. Françoso, LA. Leucorréias. In: Coates, V, e cols. Medicina do Adolescente. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2003. p.318-333.



Coordenador

Renato Minoru Yamamoto

Membro do Grupo Técnico Saúde da Criança Indígena da Sociedade Brasileira de Pediatria. Mestre em Pediatria pela Faculdade de Medicina da USP. Médico pediatra coordenador da Seção de Assistência Comunitária do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Coordenador do programa de Atenção à Saúde dos Povos Guaranis de Parelheiros (São Paulo) (1998-2003). Coordenador da Liga de Pediatria Comunitária do Centro Acadêmico “Oswaldo Cruz” da Faculdade de Medicina da USP. Médico assistente do Centro de Saúde Escola “Prof. Samuel B. Pessoa” da USP. Mestre em Medicina pela faculdade de Medicina da USP. Facilitador do Curso de Capacitação em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância junto ao Centro de Referência Nacional de Saúde da Criança do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Sociedade Brasileira de Pediatria – Presidente

Lincoln Marcelo Silveira Freire

Vice-presidente

Dioclécio Campos Júnior

Grupo Técnico Saúde da Criança Indígena – Coordenador

Maria das Graças Serafim (PR)

Secretária

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo (MT)

Membros

Dioclécio Campos Júnior (DF)

Rubens Trombini Garcia (MT)

Rossiclei de Souza Pinheiro (AM)

Halin Girade – Unicef

Renato Minoru Yamamoto (SP)

Roberto Fregoni (SP)

Lincoln Marcelo Silveira Freire (MG)

Colaboradores

Alda Elizabeth Boehler Iglesias Azevedo

Pediatra do Ministério da Saúde – Responsável pela Equipe de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Bem Estar Social – Cuiabá. Pediatra e Diretora de Saúde da APAE – Cuiabá. Membro e Secretária do Grupo de Trabalho - Saúde da Criança Indígena da SBP. Membro do Grupo de Trabalho - Crianças e Adolescentes Especiais da SBP. Membro Titular do CEDCA - MT. Presidente da Sociedade Mato-grossense de Pediatria –Biênios 2000-2001/2002-2003

Andréa Cianciarullo

Médica da Seção de Assistência Comunitária do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Médica coordenadora do ambulatório de referência pediátrica do Centro de Saúde Escola de Pinheiros da Universidade de São Paulo. Médica pediatra com habilitação em Saúde do Adolescente.

Claudio Leone

Membro do Departamento de Cuidados Primários da Sociedade Brasileira de Pediatria. Professor livre-docente pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Professor Associado do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Ednéia Primo

Socióloga da Seção de Assistência Comunitária do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Coordenadora do programa de Atenção à Saúde dos Povos Guaranis de Parelheiros (São Paulo).

Eugenia Grilo Carnide

Mestre em Pediatria pela Faculdade de Medicina da USP. Médica do ambulatório de referência pediátrica do Centro de Saúde Escola de Pinheiros da Universidade de São Paulo. Médica pediatra com habilitação em Alergia e Imunologia pela Sociedade Brasileira de Pediatria.

Henrique André Serra

Médico da Seção de Assistência Comunitária do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Auxiliar de ensino da Liga de Pediatria Comunitária do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da USP.

João Pedro Vicente

Mestre em Pediatria pela Faculdade de Medicina da USP. Auxiliar de ensino da Liga de Pediatria Comunitária do Instituto da Criança do Hospital das Clínicas da USP. Médico pediatra do Projeto Bandeira Científica da Faculdade de Medicina da USP.

Maria das Graças Serafim (PR)

Mestre em Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo. Médica da Fundação Nacional de Saúde – Ministério da Saúde (Dsei Litoral Sul-Curitiba-PR). Coordenadora do Grupo Técnico Saúde da Criança Indígena da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Maria Egláucia Maia Brandão

Dentista do Projeto de Atenção à Saúde dos Povos Guaranis de Parelheiros, São Paulo.

Rossiclei de Souza Pinheiro

Mestranda em Doenças Tropicais e Infecciosas da Fundação de Medicina Tropical da Universidade do Estado do Amazonas. Título de especialista em Pediatria na área de atuação em Neonatologia pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Membro do Grupo Técnico Saúde da Criança Indígena da Sociedade Brasileira de Pediatria.

Sofia Beatriz Machado de Mendonça

Médica Sanitarista, Mestre em Antropologia, Coordenadora da Formação de Recursos Humanos – Projeto Xingu, Departamento de Medicina Preventiva, Unifesp/EPM.

Vera Freire Gonçalves

Médica da Seção de Assistência Comunitária do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Médica coordenadora do Projeto de Atenção à Saúde da Aldeia Krucutu, Parelheiros, São Paulo. Médica do ambulatório de referência pediátrica do Centro de Saúde Escola de Pinheiros da Universidade de São Paulo. Médica pediatra do Projeto Bandeira Científica da Faculdade de Medicina da USP.

Capa e projeto gráfico do miolo

Gláucia Elisabeth de Oliveira – Nemir/Codec/Ascom/Presi/**Funasa**/MS

Diagramação

Flávio Rangel de Souza – Nemir/Codec/Ascom/Presi/**Funasa**/MS

Revisão ortográfica e gramatical

Olinda Myrtes Bayma S. Melo – Nemir/Codec/Ascom/Presi/**Funasa**/MS

Normalização bibliográfica

Raquel Machado Santos – Comub/Ascom/Presi/**Funasa**/MS

Nossos agradecimentos ao Dr. Ricardo Chagas, ex-diretor do Departamento de Saúde Indígena, que muito contribuiu para a publicação dessa obra.

