

**Manual do Residente de MFC: Capítulo 21 –  
Abordagem da atenção à saúde da criança e  
adolescente**

Samir Nozawa

**Manual do Residente de MFC: Capítulo 21 – Abordagem da  
atenção à saúde da criança e adolescente**

Monografia apresentada como requisito para a obtenção do título de Médico de Família e Comunidade ao Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/ Fiocruz.

Orientador: MFC Arthur Dayrell

Coorientador: MFC João Alfredo Cadorin da Silva

Campo Grande  
2023

NOZAWA, Samir; Dayrell, Arthur; SILVA, J. A. C. *Manual do Residente de MFC: Capítulo 21 – Atenção à saúde da criança e adolescente*. Monografia de título de especialista em Medicina de Família e Comunidade, Programa de Residência em Medicina de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde/Fiocruz de Campo Grande.

## **RESUMO**

A atenção a criança e adolescente é uma das principais atribuições da atenção primária responsável pelo acompanhamento desses pacientes desde seu nascimento. O atendimento da criança e adolescente é um processo complexo à medida que engloba diferentes fases e condições da vida do paciente, incluindo processos fisiológicos normais do crescimento e desenvolvimento, situações patológicas frequentes nesses grupos, e ainda, situações de urgência e emergência. Desse modo, torna-se fundamental ao residente e médico de Saúde da Família e Comunidade compreender as principais situações de atendimento na atenção primária bem como direcionar o atendimento as unidades especializadas de acordo com a necessidade. Nesse cenário, o presente trabalho refere-se a um manual com as principais situações de atendimento e acompanhamento na atenção primária a saúde referente a criança e ao adolescente. Utilizou-se como base de consulta os principais manuais e tratados brasileiros e internacionais a fim de proporcionar uma visão atualizada e completa sobre o tema.

# SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>5</b>
<b>2. QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA .....</b>	<b>6</b>
<b>3. HIPÓTESE .....</b>	<b>6</b>
<b>4. OBJETIVO PRIMÁRIO .....</b>	<b>6</b>
<b>5. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS .....</b>	<b>6</b>
<b>6. MÉTODOS .....</b>	<b>7</b>
<b>7. RESULTADOS.....</b>	<b>8</b>
<b>8. DISCUSSÃO .....</b>	<b>10</b>
<b>8.1 PUERICULTURA NORMAL .....</b>	<b>10</b>
<b>8.1.1 Introdução e consultas .....</b>	<b>10</b>
<b>8.1.2 Crescimento e desenvolvimento .....</b>	<b>14</b>
<b>8.1.3 Aleitamento materno e introdução alimentar .....</b>	<b>17</b>
<b>8.1.5 Calendário vacinal.....</b>	<b>20</b>
<b>8.1.5 Cuidados com o coto umbilical .....</b>	<b>21</b>
<b>8.1.6 Prevenção de acidentes na primeira infância.....</b>	<b>21</b>
<b>8.2 PROBLEMAS MAIS FREQUENTES NO RECÉM-NASCIDO .....</b>	<b>23</b>
<b>8.2.1 Refluxo gastroesofágico.....</b>	<b>23</b>
<b>8.2.2 Dermatite seborreica.....</b>	<b>26</b>
<b>8.2.3 Dermatite de contato.....</b>	<b>28</b>
<b>8.2.4 Monilíase oral .....</b>	<b>30</b>
<b>8.2.5 Icterícia.....</b>	<b>32</b>
<b>8.2.6 Triagem neonatal.....</b>	<b>35</b>
<b>8.2.7 Filho de mãe HIV positivo.....</b>	<b>36</b>
<b>8.2.7 Filho de mãe com sífilis na gestação .....</b>	<b>37</b>
<b>8.2.8 Filho de mãe com tuberculose na gestação .....</b>	<b>38</b>
<b>8.2.9 Pé torto congênito.....</b>	<b>38</b>
<b>8.3 PROBLEMAS MAIS FREQUENTES NA CRIANÇA E ADOLESCENTE ..</b>	<b>40</b>
<b>8.3.1 Alergia alimentar .....</b>	<b>40</b>
<b>8.3.2 Rinite alérgica.....</b>	<b>44</b>
<b>8.3.3 Fimose.....</b>	<b>48</b>
<b>8.3.4 Hérnias .....</b>	<b>49</b>
<b>8.3.6 Anemia na infância.....</b>	<b>51</b>
<b>8.3.7 Parasitoses .....</b>	<b>54</b>
<b>8.3.8 Puberdade e contracepção.....</b>	<b>56</b>
<b>8.3.8.1 Contracepção .....</b>	<b>59</b>

<b>8.4 URGÊNCIAS PEDIÁTRICAS MAIS FREQUENTES .....</b>	<b>61</b>
<b>8.4.1 Infecção de via aérea superior .....</b>	<b>62</b>
<b>8.4.2 Pneumonia comunitária.....</b>	<b>63</b>
<b>8.4.3 Rinossinusite aguda .....</b>	<b>66</b>
<b>8.4.4 Diarreia.....</b>	<b>68</b>
<b>8.4.5 Otite média aguda .....</b>	<b>71</b>
<b>8.4.6 Conjuntivite.....</b>	<b>73</b>
<b>8.4.7 Constipação intestinal .....</b>	<b>74</b>
<b>8.4.8 Abdome agudo .....</b>	<b>75</b>
<b>8.4.9 Síndromes exantemáticas .....</b>	<b>77</b>
<b>8.4.10 Anafilaxia .....</b>	<b>78</b>
<b>8.4.11 Infecção do trato urinário .....</b>	<b>80</b>
<b>9. CONCLUSÃO .....</b>	<b>83</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>84</b>

## 1. INTRODUÇÃO

O atendimento da criança e do adolescente na atenção primária tem por objetivo desenvolver ações, visando a promoção à saúde e prevenção de agravos nessa população a partir de uma visão integral e universal em saúde.<sup>1</sup> A integralidade corresponde ao princípio do Sistema Único de Saúde referente a assistência completa de todos os indivíduos nas diversas esferas da saúde, na Atenção Primária, esse princípio recebe importância fundamental ao relacionar-se com atendimento de diversos níveis de complexidade que envolvem os determinantes biopsicossociais, aspectos fisiológicos e patológicos específicos desta faixa etária.<sup>1,2</sup>

O atendimento da criança na Atenção primária envolve desde as primeiras semanas de vida o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento, assim, é fundamental conhecer os determinantes e aspectos gerais relacionados nessa etapa do desenvolvimento. É importante salientar, que ainda nos primeiros meses de vida o médico deve, pautado nos objetivos de promoção em saúde, atuar na orientação dos pais ou responsáveis pela criança estimulando, entre outras ações, o aleitamento materno.<sup>1,2</sup>

De mesmo modo, verifica-se na atenção primária o acompanhamento de situações patológicas de risco da criança e do adolescente, essas, muitas vezes despercebidas pelos pais na vida diária. Assim, visando fornecer atendimento adequado e amplo deve-se considerar a necessidade de compreender as principais causas de atendimento da criança e adolescente na atenção primária, compreendendo aspectos diagnósticos, exames e tratamentos para cada condição verificada, sendo fundamental também compreender o momento e os critérios de encaminhamento para atenção especializada, visando reduzir esperas em encaminhamentos não necessários bem como reduzir riscos para a criança e adolescente que necessitam de tal atendimento.<sup>3</sup>

Nesse cenário, o presente trabalho fornece uma visão geral, em forma de guia, das principais situações de atendimento da criança e adolescente na atenção primária, incluindo condições fisiológicas e patológicas do atendimento, ressaltando a importância do médico da família e comunidade em atuar com uma perspectiva integrada e completa da saúde coletiva.

## **2. QUESTÃO NORTEADORA E PROBLEMA DE PESQUISA**

Como melhorar o atendimento das principais situações relacionada à saúde pediátrica e hebiátrica na atenção primária de Campo Grande-MS?

## **3. HIPÓTESE**

A hipótese esperada neste estudo é, que um guia com protocolos baseados na literatura científica atualizada aumentaria a qualidade das consultas na atenção primária a saúde.

## **4. OBJETIVO PRIMÁRIO**

Elaborar um manual de pesquisa rápida para auxiliar, principalmente, os residentes de Medicina de família e Comunidade.

Este trabalho visa ordenar as principais queixas e condutas relacionadas a saúde da criança e adolescente em um capítulo que pertencerá ao livro Manual do Residente de MFC, produzido por integrantes da turma da Residência de Medicina da família e Comunidade SESAUFiocruz de Campo Grande – MS, do ano 2021-23.

Este manual tem como objetivo organizar e facilitar o estudo do profissional assistente, assim como fornecer consulta prática às condutas pertinentes a cada sistema e aparelho do organismo humano, além de abordar outros temas relacionados à Atenção Primária de forma geral.

## **5. OBJETIVOS SECUNDÁRIOS**

- a) Evidenciar os principais aspectos nos cuidados da saúde pediátrica e hebiátrica associados a atenção básica.
- b) Abordar as principais causas de atendimento da criança e do adolescente na APS.

- c) Discorrer sobre os principais agravos da criança e do adolescente incluindo diagnóstico, prevenção e tratamento.
- d) Ajustar as demandas pediátricas e hebiátricas ao serviço de saúde do município de Campo Grande.
- e) Qualificar os profissionais de saúde que atuam na atenção primária para os atendimentos as demandas espontâneas e consultas programadas com queixas sobre o público de pediatria e hebiatria.

## 6. MÉTODOS

O presente trabalho trata-se de um manual de revisão sobre os principais problemas e aspectos da pediatria e hebiatria na atenção primária à saúde de Campo Grande-MS. Trata-se, portanto, de uma pesquisa exploratória de caráter básico com investigação qualitativa dos objetivos.

Para investigação científica se utilizará das bases de dados eletrônicas Scielo (*Scientific Electronic Library Online*), MEDLINE/PUBMED (*Library of Medicine Nacional Institutes of Health*), BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), a base de periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) bem como manuais oficiais das Sociedades Brasileiras de especialidades médicas e do Ministério de Saúde.

Para a pesquisa limitou-se a publicações entre os anos de 2002 e 2022, além disso serão inclusos apenas trabalhos divulgados nos idiomas português e inglês e que estejam integralmente disponibilizados nas bases científicas.

A natureza do trabalho também representou um critério de inclusão, limitando a pesquisa a artigos originais, sejam observacionais ou experimentais, artigos de revisão e trabalhos acadêmicos nível de pós-graduação *stricto sensu* e manuais dos órgãos oficiais de saúde bem como das sociedades nacionalmente reconhecidas. Além disso, serão inclusos apenas trabalhos que apresentarem de forma clara o tema proposto para a presente pesquisa.

### CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

- Para presente pesquisa se limitou publicações dos últimos 20 anos, incluindo estudos publicados entre os anos de 2002 e 2022

- Publicações disponibilizadas em português e inglês

### **CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO**

- Estudos fora da data de inclusão
- Anais de congresso
- Estudos não finalizados

## **7. RESULTADOS**

Os resultados encontrados sobre o atendimento em pediatria e hebiatria na atenção primária pode ser segmentada em diferentes categorias, a primeira referente aos atendimentos de rotina e acompanhamento usual de crianças e adolescentes e a segunda referente aos atendimentos de problemas e urgências pediátricas, considerando as principais patologias que comprometem a saúde dos pacientes.

Entre os principais atendimentos na atenção primária verificou-se que o acompanhamento de puericultura normal corresponde a mais importante ferramenta de promoção e acompanhamento de saúde do recém-nascido e da criança devendo ser previsto e realizado desde o nascimento.<sup>4</sup>

O quadro 1 demonstra os principais aspectos levantados em relação a puericultura normal em pediatria.

Quadro 1 - Principais aspectos relacionados a puericultura normal na atenção primária

<b>Principais aspectos levantados em relação a puericultura normal</b>
Programação e consultas
Crescimento e desenvolvimento
Aleitamento materno
Introdução alimentar
Suplementos e complementos
Calendário vacinal
Triagem neonatal
Prevenção de acidentes

Cuidado com o coto umbilical
------------------------------

Fonte: Adaptado de Currículo Baseado em Competências para MFC (2014).<sup>89</sup>

Entre os principais problemas do recém-nascido verificou-se a ocorrência de problemas relacionados a gestação da mãe incluindo mãe com tuberculose, sífilis e toxoplasmose bem como problemas relacionados ao desenvolvimento da criança e doenças do recém-nascido, conforme demonstra o quadro 2.

QUADRO 2 – Principais problemas relacionados ao recém-nascido

<b>Problemas mais frequentes no recém-nascido na atenção primária</b>
Refluxo gastroesofágico
Dermatite seborreica
Dermatite de contato
Icterícia
Baixo ganho ponderal
Filho de mãe HIV positivo
Filho de mãe com sífilis na gestação
Filho de mãe com toxoplasmose na gestação
Filho de mãe com tuberculose na gestação
Pé torto congênito

Fonte: Adaptado de Gusso; Lopes; Dias (2019).<sup>3</sup>

Os principais problemas na criança e adolescência corresponderam a problemas relacionados ao desenvolvimento, alergias alimentares, doenças da infância, entre outros relacionados no quadro 3.

QUADRO 3 – Problemas mais frequentes da criança e adolescência

Distúrbios do crescimento e desenvolvimento	Baixa estatura
	Puberdade precoce
	Atraso na puberdade
Doenças respiratórias	Rinite alérgica
	Infecção de vias aéreas
	Rinossinusite aguda
	Pneumonia comunitária

Doenças gastrointestinais	Alergia alimentar
	Parasitoses
	Diarreia
	Constipação
	Abdome agudo
Doença do sistema geniturinário	Infecção do trato urinário
	Fimose
	Criptorquidia
	Escroto agudo
Doenças hematológicas	Anemias da infância
	Alergia alimentar
Problemas da adolescência	Acne
	Síndrome da adolescência normal
	Sexualidade e contracepção
Outras	Aspiração e ingestão de corpo estranho
	Otite média aguda
	Febre sem sinais localizatorios
	Síndrome exantemática
	Anafilaxia
	Convulsões
	Conjuntivite
	Hérnias

Fonte: Adaptado de Yamamoto; Campos Júnior (2016).<sup>90</sup>

## 8. DISCUSSÃO

### 8.1 PUERICULTURA NORMAL

#### 8.1.1 Introdução e consultas

Na Atenção Primária a Saúde (APS) o acompanhamento do desenvolvimento e crescimento da criança representa um elemento fundamental

no atendimento pediátrico. Desse modo, a puericultura constitui um pilar essencial na saúde infantil.<sup>2</sup>

O atendimento de puericultura normalmente envolve na Atenção Primária a Saúde diferentes agentes que atuam simultaneamente e em momentos distintos com o objetivo de promover a saúde infantil e garantir o atendimento de todas as necessidades em saúde desde os primeiros dias de vida do recém-nascido. Desse modo, o atendimento envolve inicialmente visita domiciliar realizado pelo agente em saúde até o sétimo dia após o nascimento da criança, visando verificar as condições de saúde da mãe e do recém-nascido bem como contribuir para a estratificação de risco de acordo com avaliações iniciais.<sup>5</sup>

Nos primeiros 2 anos de vida as consultas são mais frequentes devido ao processo de crescimento e desenvolvimento ser mais intenso, por isso, no 1º ano de vida é recomendado um mínimo de 7 consultas de rotina, na 1ª semana e 1º/2º/4º/6º/9º e 12º mês; no segundo ano, consultas semestrais; e a partir do terceiro ano, anuais.<sup>1</sup>

É importante salientar que essas consultas correspondem ao acompanhamento normal da criança, considerando aquelas de risco habitual, contudo, condições de risco específico podem alterar a condição e frequência do atendimento. O risco habitual é caracterizado como toda situação em que a criança não apresente condição patológica ou risco evidente.<sup>7</sup>

De modo geral as condições de risco podem ser classificadas de acordo com condições perinatais, complicações da prematuridade, fatores maternos, evolutivos e condições especiais.<sup>7</sup>

Sendo assim crianças de alto risco são classificadas assim, se apresentarem algumas das características abaixo<sup>7</sup>:

Com relação a condições perinatais:

- a) Baixo peso ao nascer (<2.000g)
- b) Prematuridade (≤34 semanas)
- c) Asfixia perinatal ou Apgar menor ou igual a 6 no quinto minuto
- d) Hiperbilirrubinemia indireta grave
- e) Hiperbilirrubinemia direta
- f) Infecções crônicas do grupo Storchs confirmada ou em investigação
- g) Malformações congênitas graves

- h) Cromossomopatias
- i) Doenças metabólicas com repercussão clínica

Fatores evolutivos:

- a) Desenvolvimento insatisfatório para idade
- b) Sinais de violência física, sexual ou psicológica
- c) Obesidade
- d) Desnutrição grave
- e) HIV/Aids confirmado ou em investigação
- f) Intercorrências repetidas com repercussão clínica
- g) 3 ou mais internações no último ano

Considera-se condições especiais de alto risco que se configuram como critérios para gestão de quadro: peso menor do que 1.5 kg ou idade gestacional igual ou inferior a 32 semanas, malformações graves e cromossopatias com repercussão clínica e 2 ou mais internações no último ano. Para crianças de alto risco é necessário considerar a necessidade de compartilhar o cuidado com a atenção especializada, conforme necessário pode se recomendar consultas médicas mais frequentes e a atenção domiciliar deve ser ampliada.<sup>7</sup>

As condições que configuram como risco intermediário incluem<sup>7</sup>:

Fatores relacionados as condições de saúde na primeira semana:

- a) Baixo peso ao nascer (2.000-2.500g)
- b) Recém-nascido precoce (35-36 semanas)
- c) Risco de hiperbilirrubinemia indireta patológica

Fatores relacionados a nutrição:

- a) Desmame do aleitamento materno exclusivo previamente aos 6 meses
- b) Distanciamento do canal de crescimento da criança com relação ao crescimento em comprimento, peso e perímetro cefálico
- c) Desnutrição ou curva ponderoestatural estacionária ou em declive

Fatores relacionados ao cuidado:

- a) Criança não vacinada
- b) Não comparecimento à agenda de acompanhamento

- c) Higiene oral e corporal inadequada
- d) Irmão com óbito antes dos 5 anos por causas evitáveis

#### Fatores sociofamiliares

- a) Gravidez não aceita
- b) Mãe adolescente (Menor que 18 anos)
- c) Mãe com escolaridade inferior a 4 anos de estudos
- d) Mãe com pré-natal incompleto ou não realizado (Menos de 4 consultas)
- e) Mãe ausente por doenças, abandono ou óbito
- f) Negligência com relação aos cuidados da criança
- g) Depressão pós-parto ou transtorno mental materno severo
- h) Pai com dependência química
- i) Mãe ou cuidador não habilitado

#### Fatores relacionados ao ambiente

- a) Exposição da criança a fumaça de cigarro
- b) Condições de moradia desfavoráveis
- c) Vulnerabilidade socioeconômica

A verificação de fatores que classifiquem a criança como risco intermediário demandam organização para atenção compartilhada da criança na atenção primária, o acompanhamento domiciliar deve ser incentivado e orientado.<sup>7</sup>

A figura 01 demonstra a recomendação de consultas da criança de acordo com a classificação de risco.

Figura 1- Frequência de consultas da criança de acordo com a estratificação de risco

Risco	Faixa etária	Nº de consultas	Quando?
Risco habitual	1º ano de vida	7	1ª semana, 1ºmês, 2ºmês, 4ºmês, 6ºmês, 9º mês e 12º mês.
	2º ano de vida	2	18º e 24ºmês.
	A partir do 2º ano de vida	1	Consultas anuais próximas ao mês do aniversário.
Médio e alto risco	1º ano de vida	12	1ª semana, 1ºmês, 2ºmês, 3ºmês, 4ºmês, 5ºmês, 6ºmês, 7ºmês, 8ºmês, 9ºmês, 10ºmês e 12ºmês.
	2º ano de vida	4	15ºmês, 18ºmês, 21ºmês e 24ºmês.
	A partir do 2º ano de vida	2	Consultas semestrais.

Fonte: Secretária de Saúde RS (2019).<sup>93</sup>

### 8.1.2 Crescimento e desenvolvimento

Nos primeiros meses de vida a criança apresenta elevada capacidade de aprendizado e formação neuronal, desse modo, nas consultas de puericultura um aspecto fundamental corresponde aos marcos do desenvolvimento da criança, incluindo avaliações da interação social e habilidades motoras.<sup>5</sup>

Devido a essas características é fundamental em todas as consultas de puericultura realizar a avaliação completa da criança verificando os marcos do desenvolvimento e as relações e reflexos presentes, além da avaliação é necessário marcar os principais achados nas consultas para futuras avaliações e comparações visto que no desenvolvimento dados isolados apresentam pouco valor diagnóstico em saúde, para isso tem-se a sistematização dos dados de crescimento e desenvolvimento até os 3 anos de idade na Caderneta da Saúde da Criança.<sup>3,5</sup>

Desde as primeiras consultas é fundamental avaliar a relação familiar da criança a fim de identificar e evitar possíveis situações de risco biopsicossocial.<sup>5</sup>

Nos primeiros meses a criança apresenta padrão motor muito imaturo com predomínio de tônus muscular flexor, associado a isso verifica-se a presença de reflexos primitivos normais nessa etapa do desenvolvimento,

incluindo a sucção, moro, preensão palmar, plantar e marcha. Esses reflexos são controlados por áreas encefálicas primitivas e devem desaparecer até o segundo semestre de vida, período em que ocorre também alteração do tônus predominante para o extensor.<sup>4</sup>

É importante considerar que algumas alterações no período do desenvolvimento podem ser observadas de criança para criança, contudo, é consensual que o aprimoramento motor ocorra no sentido craniocaudal e próximo distal, sendo a musculatura ocular a primeira a ser controlada.<sup>4</sup>

O quadro 4 demonstra os principais marcos do desenvolvimento da criança de acordo com a idade.

QUADRO 4 – Principais marcos do desenvolvimento e sinais de alerta

<b>Idade</b>	<b>Marcos do desenvolvimento</b>	<b>Sinais de alerta</b>
0-2 meses	O choro é a única forma de comunicação Começa a emitir sons além do choro no segundo mês Começa a ter atenção nos rostos Começa a seguir coisas com os olhos	Não interage a estímulos sonoros Não estabelece contato social
2-4 meses	Reflexos primitivos começam a desaparecer Consegue manter sua cabeça firme ao ser segurado Segue objetos 180° Consegue manter as mãos abertas com mais frequência Aos 4 meses começa a reconhecer padrões sonoros Apresenta sorriso social	Deixa de reproduzir sons Não reage a sons
4-6 meses	Consegue segurar objetos Senta-se com apoio Postura simétrica e já consegue manter as mãos abertas Balbucia repetidamente	Não reage com olhar ou sorriso quando brincam com ele Tônus cervical persistente

	Reconhece rostos e objetos a distância Estende a mão para pegar um objeto	
6-9 meses	Consegue sentar-se sozinho com o mínimo suporte Começa a tentar se locomover Passa a reconhecer seu nome Aprendem a reproduzir sons (telefone, cachorro, gato) Começa a trocar objetos entre as mãos	Não demonstra sinais de interação social Não apresenta reconhecimento de sons Não interage com objetos
9-12 meses	Mostram objetos Conseguem responder com a cabeça quando não querem algo Começam a falar palavras singulares Seguem instruções simples como “pega o brinquedo”	Não reconhecem seu nome Não respondem ao ser chamado Apresentam sinais de desenvolvimento motor atrasado (não tentam sair do lugar, brincar ou alcançar objetos)
12-18 meses	Assume a postura ereta Aos 15 meses já prefere caminhar de forma ereta Consegue segurar objetos pequenos com coordenação Já compreende a maior parte das ações e objetos que fazem parte de seu cotidiano Falam algumas palavras e podem começar a combiná-las Rabisca sozinho	Ausência de interação social Não consegue segurar objetos Não interage com o olhar
18-24 meses	Conseguem andar com segurança Subir e descer degraus Começa a chutar sem ajuda, correr e colocar algumas peças de roupas Fala entre 50-200 palavras Começam a classificar cores e formas	Não demonstra marcos do desenvolvimento motor Não apresenta força na postura ereta

	Seguem instruções em duas etapas	
--	----------------------------------	--

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Pediatria (2022).<sup>92</sup>

A avaliação do sistema sensorial deve ser completa e ampla, verificando a partir dos três meses a habilidade de perseguir ou visualizar objetos dentro de seu campo de visão e aos seis meses de perseguir objetos em 180 graus, deve-se também aos 5 meses iniciar as avaliações da escuta da criança verificando com a família como é a interação em casa e a capacidade da criança em reconhecer e procurar por sons.<sup>4</sup>

Desde a primeira consulta puerperal alguns cuidados fundamentais devem ser orientados para a família do recém-nascido. Primeiramente deve-se recomendar fortemente os cuidados com a higiene, sono e prevenção de acidentes da criança bem como aos cuidados fundamentais com o coto umbilical para sua correta cicatrização e interação e desenvolvimento social.<sup>8</sup>

Na primeira consulta deve-se orientar para a correta lavagem de mãos antes de segurar o bebê devendo ainda orientar cuidados para o banho que incluem nos primeiros 15 dias não há evidência de necessidade do uso de shampoos ou sabonetes perfumados, podendo realizar o banho apenas com água ou com sabonetes neutros. A água sempre deve ser morna, em torno de 36 graus, e a temperatura verificada com o dorso das mãos até estar agradável. O banho no recém-nascido é rápido, durando em média 10 minutos um adulto deve estar presente em todo tempo, deste modo, é prudente orientar para a organização de todo ambiente antes de iniciar o banho incluindo o posicionamento de toalhas para secar o recém-nascido ao final.<sup>4,8</sup>

### **8.1.3 Aleitamento materno e introdução alimentar**

O aleitamento materno é comprovadamente a principal e mais eficiente forma de nutrição para crianças até seis meses, deve ser oferecida de forma exclusiva e livre demanda durante esse período, sem complementação com chás ou água. Na atenção primária o médico deve incentivar o aleitamento materno exclusivo orientando sobre a importância do mesmo para a manutenção da saúde da criança e materna.<sup>9</sup>

Um dos principais aspectos que prejudicam o aleitamento materno exclusivo nos primeiros anos de vida refere-se a dificuldades da mãe durante a mamada, seja por motivos fisiológicos relacionados a produção do leite ou por dores e desconfortos causado pelo ato da amamentação, desse modo, deve-se orientar sobre a correta pega do recém-nascido durante a mamada orientando sobre a necessidade de se abocanhar toda a aureola além do mamilo com lábios voltados para fora, queixo em contato com a mãe e nariz desobstruído.<sup>9,10</sup>

Durante a mamada deve-se aconselhar a mãe a esvaziar totalmente a mama para promover a produção contínua de leite, de mesmo modo deve-se estimular a pega de modo alternado nas mamas, assim, deve sempre iniciar uma nova mamada pela mesma mama que a anterior.<sup>10</sup>

Para mães que necessitam retornar o trabalho deve-se orientar para antes do retorno dedicar-se ao aleitamento materno exclusivo e já praticar a ordenha manual para facilitar a rotina no retorno as atividades laborais, o leite congelado pode permanecer congelado por até 15 dias ou 12 horas em geladeira. Para fornecer o leite ordenhado para a criança deve-se realizar o descongelamento e aquecimento em banho maria, antes da oferta deve-se realizar a agitação suave do leite a fim de garantir a homogeneização e mistura dos lipídeos presentes no leite.<sup>9</sup>

Após os seis meses de idade recomenda-se iniciar a introdução alimentar das crianças, esse período é essencial para formação do paladar podendo refletir em hábitos que se propagarão por toda vida da criança, apesar do início da introdução de alimentos sugere-se a manutenção do aleitamento até os dois anos de idade.<sup>10</sup>

O quadro 5 apresenta os principais elementos da alimentação infantil de acordo com a idade.

QUADRO 5 – Principais elementos da introdução alimentar de acordo com a idade

<b>Faixa etária</b>	<b>Alimento</b>
Até 6 meses	Leite materno exclusivo
6-24 meses	Leite materno complementar

6 meses	Frutas raspadas ou amassadas
6 meses	Uma papa principal sem sal ou açúcar
7-8 meses	Duas papas com mistura de gêneros alimentares
9-11 meses	Alimentos cozidos/assados e frutas em pequenos pedaços
A partir de 12 meses	Refeições com a família com ajuste de cortes, porções e temperos

Fonte: Brasil, 2019.<sup>11</sup>

A alimentação deve ser oferecida de forma lenta e gradual com diversidade de alimentos ofertados com prioridade para diversos grupos de legumes e vegetais, embora possa haver recusa inicial o alimento não deve ser excluído da dieta, sugere-se variar a forma de apresentação e voltar a ofertar em momentos posteriores. No início da introdução não se deve realizar a trituração ou bater os alimentos em liquidificador devendo apenas amassar com o garfo ou raspar as frutas e legumes.<sup>11</sup>

Deve-se ofertar alimentos de variados grupos iniciando com a oferta de frutas entre as mamadas seguidas de uma papa principal, composta por ao menos um legume, uma leguminosa e uma proteína, sendo ao sétimo mês a segunda papa pode ser instituída. A alimentação pode ser variada e com diversidade de alimentos, contudo, mel e leite de vaca não são recomendados até a criança completar ao menos um ano de idade, sucos também devem ser evitados a fim de garantir o consumo de fibras e reduzir o aporte calórico consumido, temperos fortes e sal também não são recomendados.<sup>12</sup>

Deve-se manter atenção até o segundo ano de vida para a necessidade de suplementação, especialmente de ferro e vitamina D. Para ferro recomenda-se a suplementação profilática com doses de 1mg/kg/dia a partir dos 03 meses até os 24 meses para nascidos a termo, e em prematuros recomenda-se dose de 2 mg/kg/dia a partir do primeiro mês de vida. Para vitamina D a recomendação é de 400 UI a partir da primeira semana de vida até os 12 meses, seguido por

600 UI até os 24 meses, em prematuros a suplementação deve ser iniciada quando a criança atingir 1,5 kg.<sup>12</sup>

### 8.1.5 Calendário vacinal

A imunização é uma das formas mais eficazes para prevenção de determinadas doenças, de acordo com o calendário nacional de vacinação há 17 vacinas disponíveis para as crianças e adolescentes atualmente.<sup>13</sup> O quadro 6 representa a sistematização dessas vacinas e seus respectivos reforços.

QUADRO 6 – Vacinas previstas no calendário nacional de vacinação

<b>Idade</b>	<b>Vacina</b>	<b>Esquema de doses</b>
<b>Ao nascer</b>	BCG	Dose única
	Hepatite B	Dose única
<b>2 meses</b>	VIP Inativada	4 e 6 meses
	Rotavírus	4 meses
	Penta (DTP+Hib+HB)	4 e 6 meses
	Pneumocócica 10-valente	4 e 12 meses
<b>3 meses</b>	Meningocócica	5 e 12 meses
<b>9 meses</b>	Febre amarela	4 anos
<b>12 meses</b>	Sarampo, caxumba e rubéola	Reforço com (SCRV)
<b>15 meses</b>	Sarampo, Caxumba, Rubéola e Varicela (SCRV)	-
	Hepatite A	1 dose
	Difteria, Tétano e Pertussis (DTP)	Reforço aos 4 anos
	VOP	Reforço aos 4 anos
<b>A partir dos 7 anos</b>	Difteria e tétano (dT)	3 doses (Considerar doses anteriores com penta e DTP)

<b>9 a 14 anos para meninas</b>	HPV	Seis meses após a primeira dose
<b>09 a 14 anos para meninos</b>	HPV	Seis meses após a primeira dose

Fonte: adaptado de Brasil (2022)<sup>13</sup>.

### **8.1.5 Cuidados com o coto umbilical**

O coto umbilical é representado pelo remanescente da ruptura do cordão ao nascimento da criança, após o nascimento o coto remanescente tende a permanecer até o sétimo ao décimo quinto dia sendo então espontaneamente solto do umbigo do neonato. Nesse período de permanência o coto passa de um aspecto gelatinoso para rígido e escurecido resultado na necrose tecidual que antecede seu desprendimento.<sup>8</sup>

O pediatra deve fornecer a família orientações sobre o cuidado com higiene e manipulação do coto umbilical, nesse sentido, as principais instruções a serem referidas incluem<sup>8</sup>:

- a) Antes de manusear o coto para limpeza realizar a higienização das mãos com álcool 70%.
- b) Limpeza com água e sabão diariamente;
- c) Manter o coto sempre seco;
- d) Pode-se utilizar álcool etílico a 70% ou clorexidina em concentrações de 0,5% a 4% para a limpeza.
- e) Não se deve realizar curativos ou cobrir o coto com gaze ou outros materiais.

### **8.1.6 Prevenção de acidentes na primeira infância**

Os acidentes domésticos na primeira infância representam parte considerável das emergências e urgências pediátricas atendidas no Brasil, estima-se que nas capitais do país aproximadamente 10.000 crianças passem por internações decorrentes de acidentes domésticos, sendo as quedas e o sufocamento as principais causas registradas.<sup>14</sup>

Desse modo, a prevenção de acidentes domésticos torna-se aspecto fundamental na atenção primária em saúde visando a promoção e prevenção em saúde. Assim, torna-se fundamental desde as primeiras consultas orientar os responsáveis acerca de medidas preventivas a serem instituídas diariamente na vida familiar a fim de prevenir sufocamentos, quedas, envenenamento, queimaduras e afogamentos.<sup>14</sup>

As quedas representam o principal acidente infantil sendo associado principalmente a móveis, escadas e andadores, sendo esses últimos contraindicados quando com rodas e preferível o chiqueirinho infantil, em apartamentos o uso de grades em sacadas e janelas é recomendável, e o berço e móveis baixos nunca devem ser posicionados próximos ou embaixo de janelas, durante a troca da criança deve-se manter uma mão sempre segurando a mesma além disso orienta-se a não deixar crianças sozinhas na mesa, cama, sofá ou outros móveis.<sup>15</sup>

O sufocamento é acidente prevenível de grande impacto em crianças, especialmente em recém-nascidos e crianças até um ano, para preveni-los é fundamental orientar a manter a criança durante o sono em colchão firme, sempre na posição de decúbito dorsal, os lençóis e cobertores podem encobrir a criança no leito provocando asfixia, assim, deve-se orientar a mantê-los sempre preso embaixo do colchão sem encobrir os braços da criança. O berço não deve conter brinquedos, travesseiros ou outros objetos enquanto a criança estiver dormindo, as grades de proteção também devem ser fixas e espaçadas por uma distância superior a 6 cm.<sup>15</sup>

Ainda referente a asfixia é importante prevenir o risco de aspiração de corpo estranho, para isso orienta-se os responsáveis a disponibilizar brinquedos adequados para a idade, evitando pequenos objetos como botões ou tachinhas. De mesmo modo, deve-se fiscalizar o chão ou outros locais que a criança costume brincar a fim de evitar a presença desses pequenos objetos que possam ser aspirados.<sup>15</sup>

Materiais de limpeza, remédios e venenos devem ser armazenados em ambiente fechado longe do alcance da criança, plantas venenosas ou potencialmente prejudiciais ao serem ingeridas devem ser mantidas em locais altos a fim de prevenir o envenenamento infantil.<sup>15</sup>

Em crianças menores de 2 anos as queimaduras representam grande causa de acidente doméstico, sendo ocasionada especialmente por água quente ou por alimentos em cozimento, assim, torna-se necessário orientar sobre cuidados básicos de prevenção, os quais incluem a checagem da água do banho antes da imersão da criança, para isso recomenda-se utilizar partes mais sensíveis do corpo como o dorso da mão ou cotovelo, quando o responsável estiver com a criança no colo ou próximo deve-se evitar o transporte de comidas ou bebidas quentes, nos primeiros anos do desenvolvimento recomenda-se não utilizar toalhas compridas na mesa, pois estas, podem ser puxada pela criança e derrubar os utensílios e alimentos quentes sobre ela. Ainda com foco na prevenção de queimaduras deve-se orientar o cozimento de alimentos sempre com os cabos de panelas direcionados para o interior do fogão evitando que a criança puxe ou derrube o utensílio.<sup>15</sup>

Considerando o risco de afogamento deve-se orientar a não deixar crianças sozinhas próximas a vasos sanitários, banheiras e outros recipientes com água, no caso de bales deve-se esvaziar sempre após o uso e armazenar com a abertura superior virada para baixo. Piscinas devem ser mantidas cercadas quando possível, e a criança só deve frequentar na presença de um adulto responsável. O uso de cadeirinhas para transporte em automóvel sempre deve ser recomendado, inclusive no trajeto da saída da maternidade, sendo que o equipamento nunca deve ser colocado nos bancos da frente do carro e deve ser instalada de costas para o movimento do veículo até a criança completar um ano e pelo menos 13kg.<sup>15</sup>

## **8.2 PROBLEMAS MAIS FREQUENTES NO RECÉM-NASCIDO**

### **8.2.1 Refluxo gastroesofágico**

O refluxo esofágico é uma das principais condições clínicas que acometem os recém-nascidos, usualmente a maioria das crianças apresenta refluxo esofágico fisiológico sem riscos ou necessidade de intervenção, contudo, há possibilidade de o refluxo representar uma doença representando riscos para a criança e seu desenvolvimento, assim, a diferenciação e diagnóstico das situações é fundamental caso a caso<sup>16</sup>.

O refluxo fisiológico pode ou não ser acompanhado de regurgitação ou vômito, ocorre várias vezes ao dia especialmente após a alimentação sendo associado a poucos, ou então, nenhum outro sintoma clínico, em lactantes sua ocorrência é de alta incidência sendo resolvido espontaneamente nos primeiros dois anos de vida. Quando o refluxo se associa a outros sintomas clínicos ou representa maior gravidade a criança tem-se a doença do refluxo gastroesofágico.<sup>16,17</sup>

### ***Diagnóstico da doença do refluxo gastroesofágico***

O diagnóstico da doença é basicamente clínico a partir da avaliação dos sintomas que podem ser variados de acordo com a idade da criança, conforme demonstrado no quadro 7.

QUADRO 7 – Principais sintomas de RGE de acordo com a idade

<b>SINTOMAS</b>	<b>Até 02 anos</b>	<b>De 03 – 17 anos</b>
	Regurgitação e vômito	Regurgitação e vômito
	Choro	Azia
	Irritabilidade pós-prandial	Náusea
	Recusa alimentar	Dor epigástrica
	Apneia	Tosse não produtiva

Fonte: Adaptado de Ferreira; Carvalho; Silva (2022).<sup>16</sup>

Em recém-nascidos alguns sintomas devem ser observados indicativos da doença do refluxo gastroesofágico especialmente baixo ganho de peso e crescimento, vômitos biliosos, dificuldade de sono, sintomas respiratórios como apneia.<sup>17</sup>

### ***Exames***

Atualmente há uma alta gama de exames disponíveis para avaliação da DRGE, entretanto, nenhum deles é considerado padrão ouro para diagnóstico, em lactentes com sintomas leves sem nenhum sinal de alerta ou impacto, não há necessidade de avaliação específica por exames<sup>17</sup>.

Frente a casos de alarme torna-se necessário a diferenciação do refluxo de outras condições patológica, fazendo luz dos exames disponíveis, entre eles:

- a) **pHmetria esofágica:** monitorização do pH do esôfago por 24 horas, permite avaliar não somente a presença do refluxo, mas também a duração e frequência dos episódios<sup>16</sup>.
- b) **pH-impedanciometria esofágica:** detecção de refluxo ácido e não ácidos, especialmente específico para crianças que podem apresentar secreção gástrica menos ácidas.<sup>16</sup>
- c) **Endoscopia alta e biopsia de esôfago:** exame especialmente para avaliar complicações frente a pacientes refratários ao tratamento<sup>16</sup>.
- d) **Manometria de esôfago:** exame diferencial para identificar distúrbios de motilidade.<sup>16</sup>
- e) **Radiografia constraçada de esôfago, estômago e duodeno:** exame de baixo custo e de execução rápida e fácil, não é adequada pra o diagnóstico sendo recomendada em pacientes específicos quando a suspeita de distúrbios anatômicos para avaliação da anatomia do trato digestório alto.<sup>16</sup>

### **Tratamento**

Em lactentes pequenos que crescem adequadamente deve-se optar pelo tratamento conservador com mudança de hábitos de vida, evitando uso de roupas apertadas, trocar fraudas logo após as mamadas, evitar tabagismo seja passivo ou ativo, manutenção da postura do recém-nascido após a mamada, posição supina para dormir.<sup>17</sup>

Alguns medicamentos são documentados para uso pediátrico, no entanto, o uso dos mesmos é controverso devendo ser avaliado de acordo com as condições específicas da criança. Os principais medicamentos utilizados são os antiácidos de contato ou protetores de mucosa, utilizados perante sintomas esporádicos, procinéticos aumentam a velocidade de esvaziamento gástrico reduzindo principalmente os sintomas de regurgitação e vômito, e medicamentos que diminuem a secreção ácida, como inibidores da bomba de prótons.<sup>18</sup>

Em lactentes, se a adoção de terapia conservadora não apresentar melhora nos quadros deve-se buscar a etiologia da doença e considerar o encaminhamento ao especialista, o uso de inibidores de bomba de prótons não é recomendado, devendo ser reservado para crianças que apresentem comprovadamente a doença induzida por ácido, como em casos de esofagite erosiva, as manifestações da doença devem ser graves para indicar a terapia medicamentosa considerando que o balanço de riscos e benefícios para essa idade ainda é incerta e não há estudos que demonstrem eficácia dessas medicações em sintomas inespecíficos da doença do refluxo gastroesofágico. A terapia com inibidores da bomba de prótons deve ser limitada a 4 a 8 semanas, com reavaliação dos sintomas após o período.<sup>16,17,18</sup>

Em casos graves pode ser necessário a utilização de tratamentos cirúrgicos, sendo esse recomendado em casos que necessitam de terapia medicamentosa prolongada, ou então, em casos de alterações anatômicas comprovadas como hérnia hiatal, contudo a decisão pelo tratamento cirúrgico deve ser reservada ao especialista.<sup>17</sup>

### ***Encaminhamento ao especialista***

O encaminhamento a atenção especializada deve ser realizado perante casos graves da doença, principalmente quando associadas a sintomas respiratórios e quadros de risco a vida. Em casos leves, se não houver melhora com estilo de vida e supressão ácida por 4 a 8 semanas o encaminhamento também deve ser realizado.<sup>16</sup>

## **8.2.2 Dermatite seborreica**

### **Diagnóstico**

O diagnóstico da dermatite seborreica é basicamente clínico estabelecido pelo padrão e aspecto das placas presentes no corpo do lactente. As regiões mais comumente acometidas são o couro cabeludo, dobras axilares e inguinais. Na região do couro cabeludo e sobrancelha são usualmente conhecidas como crosta láctea. A dermatite é um problema do recém-nascido marcado principalmente pela presença de placas eritematosas arredondadas, por vezes

escamosas e com crostas amareladas. Podem ser de localização variada com presença principal nos locais de concentração de glândulas sebáceas, especialmente no coro cabeludo e sobrancelha como crostas amareladas oleosas, na região axilar também são frequentes, no entanto apresentam-se com aparência úmida e brilhante.<sup>19,20,21</sup>

A figura 2 demonstra a representação de dermatite seborreica como crosta láctea.

Figura 2 - Padrão de crosta láctea da dermatite seborreica



Fonte: Giraldi; Silva (2022).<sup>19</sup>

### **Exames**

Há poucos exames recomendados para avaliação da dermatite seborreica, a biópsia da região embora seja realizada como forma de avaliação diferencial, é um exame raramente necessário.<sup>19,20</sup>

### **Tratamento**

O tratamento é variável de acordo com a extensão e gravidade das lesões, em casos leves de crosta recomenda-se a aplicação de emolientes no banho com escovação e lavagem subsequente para remoção da crosta. Contudo, é necessário orientar sobre o uso correto de emolientes, visto que óleos orgânicos,

como azeite de oliva, podem piorar o quadro de dermatite por funcionar como substrato para algumas espécies fúngicas encontradas na crosta.<sup>19</sup>

Casos que apresentam processo inflamatório característico, ou que se demonstrem resistentes a remoção das escamas por emolientes, pode-se utilizar alguns agentes farmacêuticos para promover a descamação e controle da inflamação. Imunomoduladores tópicos como Hidrocortisona 1% pode ser utilizada em associação com ácido salicílico 3-5% em creme ou xampu para controle da inflamação local e descamação da crosta. Na crosta láctea, cetoconazol 2% ou ciclopirox olamina 1,5% podem ser utilizados 2 ou 4 vezes semanais respectivamente, para reduzir o risco de infecção fúngica ou controle da mesma.<sup>20</sup>

Em regiões axilares e inguinais, cetoconazol creme 2% é uma alternativa a ser utilizada, em crianças acima de 3 meses pode-se fazer uso de pimecrolimo creme 1%, 2 vezes ou ao dia. Salienta-se, no entanto, que a dermatite seborreica tende a ter boa evolução e um controle autolimitado sendo a opção conservadora com emolientes especialmente considerada, e os medicamentos alternativas para casos mais graves ou persistentes.<sup>19</sup>

### ***Encaminhamento ao especialista***

Não há critérios claros para o encaminhamento de dermatite seborreica para atenção especializada, devendo assim ser considerada em crostas de grande extensão e persistentes mesmo com a terapia medicamentosa com extensão elevada ou impacto considerável na vida da criança.<sup>21</sup>

## **8.2.3 Dermatite de contato**

### **Diagnóstico**

O diagnóstico da dermatite de contato é realizado por meio da história e exame clínico podendo ser confirmado por testes de contato. Na história clínica é necessário estabelecer a exposição a possíveis fatores desencadeantes incluindo exposição ambiental, convívio com animais, uso de cremes e produtos de limpeza utilizados pelos pais, a investigação de produtos de beleza utilizado

pela mãe também é fundamental, pois muitas vezes esmaltes, tintura de cabelo são desencadeantes potenciais.<sup>22,23</sup>

Ao exame físico é necessário a caracterização das lesões com eczema inicial na área de contato com possibilidade de evoluir para lesões disseminadas conforme demonstra a figura 3.<sup>22</sup>

Figura 3 - Eczema de dermatite de contato desencadeado por fraude descartável



Fonte: Acervo da Universidade Federal do Paraná, 2016.

## Exames

O **teste de contato**, ou **epicutâneo**, é considerado padrão ouro para diagnóstico de dermatite de contato, a sociedade Brasileira de Dermatologia estabelece padrão de 30 substâncias testadas, no entanto, de acordo com a história clínica pode ser indicado solicitar baterias complementares com cosméticos ou alimentos de acordo com a necessidade. O teste é indicado para pacientes com eczema pruriginoso persistente ao tratamento tópico ou que não possam ter etiologia elucidada por meio de exame físico e história.<sup>23</sup>

A realização do teste demanda alguns cuidados especiais, evitando a exposição solar intensa 15 dias antecedentes, bem como evitar o uso de corticosteroides e orais tópicos 7 dias.<sup>22</sup>

## **Tratamento**

O principal elemento do tratamento é evitar a exposição ao agente desencadeante, no caso de eczemas agudos algumas medidas de suporte podem ser utilizadas como aplicação de compressas frias com água ou chá de camomila, na dermatite desencadeada pelo uso de fraldas deve-se realizar a limpeza suave sem utilizar lenços umedecidos ou perfumados, deve-se orientar a troca de fraldas de modo mais frequentes e o uso de pomadas e cremes de barreira para minimizar o eczema.<sup>23</sup>

Em casos mais graves ou permanentes, a utilização de corticoesteroides tópicos é a opção medicamentosa de escolha, hidrocortisona 1% em creme pode ser aplicado em áreas de pele fina, contudo, o uso dessas medicações deve-se ser avaliado em regiões de dermatite pelo uso de fralda, pois apresentam risco de absorção por outras vias com produção de efeitos sistêmicos e maior risco de efeitos adversos. Em regiões de pele grossa, como pés e mãos, pode-se utilizar pomadas de corticoesteróide de maior potência principalmente betametasona.<sup>25</sup>

## **Encaminhamento ao especialista**

Não está preconizado critérios para encaminhamento ao especialista, de modo geral, deve-se considerar a gravidade do eczema e a resistência deste aos tratamentos convencionais como fator para encaminhar a atenção especializada.<sup>24</sup>

### **8.2.4 Monilíase oral**

#### **Diagnóstico**

O diagnóstico da monilíase oral é essencialmente clínico baseado principalmente em queixa mútua de mãe e bebê, na história avaliar o surgimento e desenvolvimento das lesões contribui para fundamentar o diagnóstico, ao exame físico avaliar a presença de lesões esbranquiçadas<sup>25</sup>, conforme demonstrado na figura 4.

Figura 4 - Aspecto da lesão de monilíase oral



Fonte: Acervo da Universidade Federal do Paraná, 2016.

As lesões podem ser confundidas com falta de higiene e remanescente de leite materno, assim, a raspagem das manchas contribui para elucidar o diagnóstico visto que diferencialmente as marcas da monilíase são de difícil raspagem e permanecem com área avermelhada erosiva e com aspectos inflamatórios, inferiormente a área raspada.<sup>25</sup>

### **Exames**

O principal exame realizado para diagnóstico de monilíase oral refere-se ao teste de KOH no material raspado, com identificação microscópica de *Candida albicans* agente causador das lesões.<sup>25</sup>

### **Tratamento**

Ao diagnosticar a monilíase oral é necessário orientar a mãe ou responsável acerca da higienização adequada para prevenção do acometimento fúngico, evitar a criança de levar objetos a boca, higienização de chupeta e

mamadeira se estiver em uso, bem como, higienização frequente com água das mamas são medidas de higiene a serem orientadas.<sup>25</sup>

A primeira escolha para o tratamento corresponde a solução de nistatina oral 100.000 unidades, administrada na região acometida 4 vezes ao dia até o desaparecimento completo da monilíase, outras opções medicamentosas podem ser utilizadas incluindo clotrimazol ou miconazol tópico por 7-14 dias de duração, ou fluconazol tópico.<sup>25</sup>

### **Encaminhamento ao especialista**

Não há critérios preconizados de encaminhamento, devendo esse ser considerado em casos graves e recorrentes. Em crianças de 6 meses, deve-se sempre orientar o encaminhamento ao dentista para avaliação das lesões e orientação e cuidados com a higiene e saúde bucal.<sup>25</sup>

### **8.2.5 Icterícia**

Em recém-nascidos, a icterícia especialmente por acúmulo de bilirrubina indireta é uma condição bastante comum e usualmente fisiológica, contudo, em alguns casos a apresentação patológica da condição demanda atendimento mediato na conversão do quadro.<sup>26</sup>

Em recém-nascidos a icterícia pode ser verificada pela alteração da coloração da pele com predomínio de pele amarelada bem como mucosas sendo essa condição clinicamente evidente quando a bilirrubina atinge valores acima de 5mg/dL no neonato ou 2 a 3mg/dL no soro total em crianças maiores. Quando identificada nos primeiros 24 horas de vida, ou de forma permanente após as 2 primeiras semanas indicam a necessidade de avaliação mais precisa com risco de gravidade<sup>26,27</sup>

### **Diagnóstico**

A icterícia é uma condição fisiológica em crianças até duas semanas, sendo verificada especialmente a partir do exame clínico. Contudo, a presença de icterícia por si só demanda de uma investigação mais detalhada para

identificar a etiologia do achado e diagnóstico de prováveis condições patológicas.<sup>26</sup>

A anamnese e o exame físico são essenciais para identificar possíveis situações de risco, na história família é necessário investigar consanguinidade, história pré-natal incluindo achados ultrassonográficos, colestase gestacional da mãe e infecção materna, a presença de infecções no recém-nascido, cor das fezes e da urina, vômitos e alterações sensitivas também é fundamental para afastar possíveis doenças graves.<sup>28</sup>

A observação da coloração de urina e fezes é essencial no diagnóstico devido ao indicativo de colestase e hiperbilirrubina indireta quando presença de colocação escura e fezes acólicas, no Brasil, a Caderneta de Saúde possui campo específico de graduação da coloração de fezes no neonato permitindo a alerta a monitoração e assimilação do risco de icterícia após as duas semanas de nascimento.<sup>29</sup>

A dosagem de bilirrubina indireta e direta é padrão para confirmação da icterícia e contribui para suspeita de quadros etiológicos prováveis, esses exames serão discutidos no tópico seguinte.<sup>29</sup>

## Exames

A **dosagem de bilirrubina** é um dos primeiros exames a serem inclusos na busca pela etiologia da icterícia bem como gravidade da possível doença e detecção de casos tratáveis, deve ser solicitada dosagem total e frações. Esse exame permite identificar se a icterícia se encontra como resultado da fração indireta ou direta.<sup>29</sup>

Além disso, a **dosagem de alanina aminotransferase (ALT), aspartato aminotransferase (AST), fosfatase alcalina (FA), gamaglutamiltransferase (ggt), Tempo de protrombina, glicose e albumina** são outros exames laboratoriais capazes de contribuir para avaliação do caso.<sup>29</sup>

Nos casos em que se verifica elevação sérica de AST sem aumento substancial das demais enzimas há possibilidade de presença de distúrbio hematológico ou processo muscular, a elevação de GGT normalmente é encontrada em neonatos sendo indicativo de colestase quando encontrada em

níveis substancialmente elevados, paradoxalmente, em casos de colestase intra-hepática familiar pode haver redução nos níveis séricos de GGT.<sup>29</sup>

**Ultrassonografia de abdome superior** em jejum também contribui para avaliação do caso verificando a presença de massas e obstrução das vias biliares bem como alterações vasculares esplênicas capazes de comprometer o fluxo hepato-biliar.<sup>29</sup>

A **tipagem sanguínea e teste de Coombs** direto é útil para investigar doenças hemolíticas.<sup>29</sup>

**Hemograma completo e esfregaço sanguíneo** podem contribuir para avaliação do paciente com hemoglobina reduzida indicando possível hemólise, comprovada pela identificação de hemácias fragmentadas no esfregaço.<sup>29</sup>

**Triagem neonatal:** a presença de icterícia no lactente torna-se fundamental a reavaliação da triagem neonatal considerando risco de doenças congênitas graves que possam não ter sido inicialmente identificadas.<sup>29</sup>

A **colangiopancreatografia por ressonância magnética** tem sido documentada como um exame de qualidade para investigar o sistema biliar, por meio dele é possível verificar alterações nos ramos de primeira ordem dos ductos biliares intra e extra-hepáticos bem como da vesícula biliar.<sup>29</sup>

A **biópsia hepática** pode ser fundamental em casos de etiologia de difícil esclarecimento bem como para confirmação de suspeitas de condições hepatopatológicas, podendo fornecer diagnósticos precisos e evitar procedimentos cirúrgicos desnecessários.<sup>29</sup>

## **Tratamento**

O tratamento depende essencialmente da etiologia da icterícia, em pacientes sem gravidade a fototerapia representa uma alternativa segura e eficaz, podendo ser suspensa quando níveis de bilirrubina atingirem 12 a 14 mg/dL, contudo, recomenda-se o controle por 24 horas devido a possibilidade de efeito rebote no primeiro dia.<sup>28</sup>

Após a identificação da icterícia torna-se necessário a suplementação de vitaminas lipossolúveis para evitar novas complicações e tratar deficiências. A opção por tratamento específico depende da etiologia da condição<sup>28</sup>, o quadro 8 demonstra as principais causas de icterícia e seu respectivo tratamento.

QUADRO 8 – Tratamento para as principais causas de icterícia no recém-nascido e lactente

<b>Desordem</b>	<b>Tratamento</b>
Infecção bacteriana	Antimicrobiano
Galactosemia	Adoção de dieta isenta de galactose
Tirosinemia tipo 1	NTBC, Dieta reduzida em fenilalanina e tirosina
Intolerância a frutose	Adoção de dieta isenta de sacarose e frutose
Hipotireoidismo	Suplementação do hormônio tireoidiano
Fibrose cística	Tratamento acompanhado, enzimas pancreáticas
Atresia biliar	Intervenção cirúrgica (Hepatoportoenterostomia)
Cisto colédoco	Intervenção cirúrgica (Mucosectomia e coledocoenterostomia)
Impactação ou cálculo biliar comum	Irrigação do trato biliar

Fonte: Adaptado de Lane; Murray (2017).<sup>28</sup>

### **Encaminhamento ao especialista**

O encaminhamento da icterícia ao especialista depende principalmente da identificação da etiologia da mesma bem como da gravidade dessa. Casos persistentes sem solução com fototerapia ou medidas de acompanhamento devem ser encaminhadas para assistência especializada para elucidação do caso.<sup>27</sup>

Casos de doenças hepáticas graves ou síndromes congênitas também necessitam de encaminhamento para acompanhamento especializado.<sup>27</sup>

#### **8.2.6 Triagem neonatal**

A triagem neonatal corresponde ao conjunto de exames realizados ao nascimento de forma preventiva para o diagnóstico de doenças congênitas no recém-nascido contribuindo para uma intervenção rápida na doença com

instituição de tratamento precoce para minimizar riscos e complicações advindas da mesma.<sup>30</sup>

O teste do pezinho é o componente mais conhecido da triagem, deve ser feito nos primeiros dias de vida especialmente entre o segundo e quinto dia, por meio desse teste verifica-se a presença de 6 doenças as quais são: Fenilcetonúria, fibrose cística, hemoglobinopatias, hiperplasia adrenal congênita, hipotireoidismo congênito e deficiência de biotinidade.<sup>30</sup>

O teste do coraçãozinho faz parte da triagem neonatal sendo realizado a fim de se identificar problemas cardíacos congênitos ainda nos primeiros dias de vida, é realizado perante oximetria de pulso responsável por estimar a concentração sanguínea de oxigênio.<sup>31</sup>

O teste do olhinho é utilizado para detecção de problemas oculares congênitos incluindo catarata e glaucoma, o diagnóstico precoce dessas condições possibilita tratamento precoce da condição resultando em redução de deficiência hospitalar, ele é realizado nos primeiros dias de vida sendo recomendado a repetição de duas a três vezes anuais durante consultas pediátricas até o terceiro ano de vida.<sup>31</sup>

O teste da orelhinha completa a avaliação da triagem neonatal é realizado a partir das 24 horas de nascimento sendo recomendado antes da alta hospitalar, alterações nesse teste de triagem indicam necessidade de encaminhamento para serviço especializado para avaliação complementar.<sup>32</sup>

### **8.2.7 Filho de mãe HIV positivo**

O recém-nascido de mãe HIV positivo necessita de atenção especial desde seu nascimento, considerando a alta probabilidade de transmissão vertical em casos sem assistências. Entre os cuidados com o recém-nascido recomenda-se a administração de zidovudina solução oral ainda nas primeiras 24 horas de vida mantendo o medicamento pelas próximas seis semanas. Durante esse período a criança encontra-se sob risco de anemia, uma reação adversa comum ao uso do medicamento, assim é recomendado o monitoramento da criança com hemograma completo no início do tratamento, e na sexta e décima segunda semana subsequente.<sup>32</sup>

A partir da sexta semana de vida, a criança passa a receber terapia profilática para pneumonia e outras infecções graves que podem acometê-la com combinação de sulfametoxazol e trimetoprima na dose de 750mg por m<sup>2</sup> ao dia, a dosagem da terapia administrada pode ser dividida em duas doses diárias divididas em três dias semanais, ou então, em dose diária única em dias consecutivos.<sup>33</sup>

Durante as primeiras semanas, até a confirmação do diagnóstico da criança é fundamental o monitoramento dela, com atenção especial aos sinais de infecção e inflamações. Além disso, deve-se orientar a mãe a não realizar a amamentação com leite materno devido a possibilidade de transmissão do vírus durante o ato. O neonato deve então receber nutrição a partir de fórmula láctea infantil. A avaliação da carga viral na criança deverá ser realizada a cada 3 meses, a sorologia anti-HIV é realizada com 18 meses de vida para confirmar ou excluir a infecção.<sup>33</sup>

### **8.2.7 Filho de mãe com sífilis na gestação**

O recém-nascido de mãe com sífilis durante a gestação deverá passar por acompanhamento específico no nascimento a fim de prevenir e identificar possíveis complicações associadas ao quadro. O recém-nascido da gestante que apresente VDRL positivo durante a gestação ou no parto, deverá ser submetido a análises específicas para avaliar possíveis riscos associados, o sangue periférico do recém-nascido deve ser coletado ainda nas primeiras horas para verificar o VDRL da criança bem como para avaliação confirmatória, a radiografia de ossos longos também é recomendado para avaliação de possíveis alterações anatômicas. Em recém-nascidos com VDRL positivo ou com suspeita clínica fundamentada de sífilis congênita devem realizar hemograma completo e se disponível análise do LCR, o mesmo deve ser feito para recém-nascidos de mães que não receberam tratamento completo durante a gestação.<sup>32,33</sup>

Além disso, o acompanhamento pós-natal também deve ser cuidadosamente realizado em decorrência da possibilidade do desenvolvimento de sífilis tardia, assim, aos 28 dias de vida recomenda-se o seguimento da avaliação das crianças com quadro clínico ou sorológico indicativo da doença,

as consultas ambulatoriais devem ser marcadas mensalmente com especialista durante o primeiro semestre de vida, passando a serem bimestralmente a partir do segundo semestre.<sup>33</sup>

O VDRL deve ser realizado no recém-nascido com 1, 3, 6, 13 e 18 meses, contudo, pode suspender exames subsequentes com dois resultados de VDRL negativos consecutivos. O acompanhamento oftálmico, neurológico é recomendado ser realizado durante os dois primeiros anos de vida com atendimento semestral.<sup>33</sup>

### **8.2.8 Filho de mãe com tuberculose na gestação**

A tuberculose pode ser transmitida ao recém-nascido durante a gravidez ou até mesmo no período neonatal, embora a tuberculose neonatal seja rara, ela relaciona-se com inúmeras complicações para a criança incluindo parto prematuro presente em muitos casos. Além disso, uma preocupação considerável no atendimento do recém-nascido com gestante com tuberculose refere-se a alta possibilidade de contaminação pelo contato intradomiciliar após a alta hospitalar.<sup>34</sup>

Todos os recém-nascidos de gestante com tuberculose são considerados casos passíveis de infecção, assim, determina-se utilização de quimioprofilaxia primária para redução do risco de infecção, a vacinação com BCG é contraindicada nesses casos.<sup>34</sup>

A terapia do recém-nascido inicia com isoniazida por 3 meses, seguida de prova tuberculínica, se os resultados forem superiores a 5mm mantém-se a terapia com isoniazida por mais três meses, caso o resultado seja inferior suspende-se o tratamento e realiza-se a vacina para BCG.<sup>35</sup>

### **8.2.9 Pé torto congênito**

O pé torto congênito pode ser associado a uma série de alterações nos pés encontradas nos recém-nascidos, podem ser verificados como uma deformidade isolada ou associada outras alterações. A etiologia do pé torto congênito é variável e sua prevalência ocorre no sexo masculino.<sup>36</sup>

## Diagnóstico

O diagnóstico do pé torto congênito pode ser realizado ainda durante a gestação através da visualização de alterações pelo exame de ultrassonografia morfológica, contudo, a confirmação do caso e a compreensão da extensão e gravidade do quadro se dá ao nascimento com o exame clínico do recém-nascido. Devido ao diagnóstico essencialmente clínico e de visualização clara, não há recomendações preconizadas para solicitação de radiografias ou exames complementares após o nascimento.<sup>37</sup>

O diagnóstico no exame físico se dá essencialmente pela verificação das alterações anatômicas marcadas pela presença de luxação medial com desvio da linha média dos pés usualmente fletidos medialmente, atrofia de panturrilha também é usualmente verificada.<sup>36</sup>

## Tratamento

Atualmente, a terapia conservadora por meio de método de Ponseti tem sido uma alternativa eficiente para resolução dos quadros de pé torto congênito, especialmente quando este encontra-se sem outras alterações, até mesmo casos graves têm sido corrigidos a partir da confecção de gessos corretivos para o posicionamento do pé.<sup>37</sup>

O tratamento de Ponseti dura em média 5 a 6 semanas, nesse período deve-se ocorrer troca semanal do gesso que deve ser realizado de modo inguinopodálico, pois os modelos do tipo "bota" não demonstram a mesma eficiência nesses casos. Com a remoção do gesso é necessário ainda a correção com barra de abdução que deve ser utilizada durante três meses continuamente, e posteriormente no período noturno até 3 ou 4 anos.<sup>36</sup>

Além do tratamento de Ponseti há a terapia cirúrgica para o caso, contudo, com o advento da terapia conservadora sua realização é rara devido a extensão do procedimento.<sup>37</sup>

## **8.3 PROBLEMAS MAIS FREQUENTES NA CRIANÇA E ADOLESCENTE**

### **8.3.1 Alergia alimentar**

Conceitualmente alergia alimentar é compreendida como reação adversa como resultado da interação imunológica com antígeno alimentar. Na infância, especialmente no lactente, alguns fatores corroboram para o aparecimento de alergias alimentares contribuindo para verificação das AA como um dos principais problemas pediátricos.<sup>38</sup>

Entre os fatores facilitadores de alergias alimentares nos pacientes pediátricos inclui-se a imaturidade do sistema imune, especialmente no tangente de mecanismos de defesa do trato gastrointestinal que se são responsáveis pela tolerância oral ao alimento, soma-se a isso a pouca seletividade da barreira mucosa gastrointestinal promovendo maior facilidade de absorção de antígenos alimentares pela penetração por meio da membrana. A avaliação de alergias alimentares na infância bem como seu correto tratamento e acompanhamento é um fator fundamental na atenção primária a saúde considerando o risco associado ao desenvolvimento de outros problemas, incluindo maior risco para doenças crônicas e risco de infecção.<sup>38</sup>

### **Diagnóstico**

O diagnóstico das alergias alimentares inclui primariamente os sinais e sintomas detectados a partir do contato com o alimento, em casos mais graves a avaliação do caso torna-se facilitado pela relação do consumo alimentar com o quadro desencadeado, entretanto, diferentes sinais podem ser verificados de acordo com o mecanismo envolvido no processo alérgico com manifestações que incluem desde o sistema gastrointestinal, respiratório e pele.<sup>39</sup>

Classifica-se as alergias alimentares em medidas por IgE ou imediatas sendo aquelas com desenvolvimento recente após o contato com o alimento, podendo ocorrer manifestações entre minutos e 2 horas após o consumo alimentar, as alergias alimentares não mediadas por IgE ou tardias são aquelas com surgimento horas após a ingestão alimentar, há ainda as alergias mistas com manifestações variáveis.<sup>38,39</sup>

Os sintomas de alergia alimentar podem ser diversos e variados de acordo com o grau e mecanismo envolvido no processo alérgico, os principais sintomas a serem considerados inclui cólicas e dor abdominal, inchaço, formigamento na boca, dificuldade respiratória ou falta de ar, inchaço de língua, náuseas, vômitos e alterações no trânsito gastrointestinal com constipação ou diarreia.<sup>40</sup>

O quadro 9 demonstra os principais sintomas associados a alergias alimentares.

QUADRO 9 – Principais manifestações clínicas de alergias alimentares

<b>Sistema afetado</b>	<b>Manifestações clínicas</b>
Sistema gastrointestinal	Vômitos de início súbito Diarreia Dores abdominais Prurido e formigamento labial
Pele e fâneros	Eritema Pápulas Prurido cutâneo Edema de pálpebras, lábios, glote
Sistema respiratório	Dificuldade respiratória Asma (normalmente associada a sintomas gastrointestinais ou cutâneos)

Fonte: Adaptado de Carvalho; Ferreira (2018).<sup>40</sup>

A obtenção de uma boa história clínica é fundamental, visto que associada aos sinais e sintomas, pode elucidar o diagnóstico de alergia alimentar. Nesse sentido, questionamentos sobre a introdução alimentar da criança, hábitos e frequência alimentar são essenciais nas consultas pediátricas. Além disso, deve-se na anamnese investigar minuciosamente a relação causal entre alimentação e os sintomas bem como a reprodutividade dos eventos.<sup>39</sup>

Os principais elementos da história clínica a serem observados em suspeita de alergia alimentar são<sup>40</sup>:

- a) Determinar qual alimento suspeito de alergia;

- b) Intervalo entre a alimentação e o aparecimento dos sintomas;
- c) Quais os principais sintomas apresentados;
- d) Frequência do consumo alimentar e do aparecimento dos sintomas;
- e) Se há desaparecimento dos sintomas com a exclusão do alimento.

## Exames

O **teste cutâneo (pick teste)** é uma das principais alternativas para o diagnóstico de alergias alimentares, o procedimento é realizado por meio da aplicação de pequenas quantidades de extratos alimentares sobre a pele do paciente com realização de puncturas para observação reações.<sup>39</sup>

A **dosagem de IgE específica** é exame útil para detecção de alergias alimentares mediadas por IgE, nesse exame realiza-se a coleta de sangue com a avaliação de IgE específica para o alimento de desconfiança.<sup>38</sup>

O **teste de provocação oral (TPO)** consiste no padrão ouro para diagnóstico de alergias alimentares, constitui na administração oral do alimento de suspeita para a criança em ambiente controlado e padronizado possibilitando a avaliação das reações e estabelecimento da relação causal entre os sintomas e a alergia alimentar.<sup>38</sup>

O TPO é indicado quando a associação de sinais e sintomas a histórica clínica e exames de sangue e contato não são suficientes para elucidar o diagnóstico. Também é recomendado quando é necessário encontrar alternativas alimentares ou medicamentosas para a alergia apresentada permitindo testar de modo seguro se outros alimentos substitutos podem ou não desencadear a alergia alimentar.<sup>38</sup>

A **endoscopia digestiva alta** é indicada sob suspeita de alergias não mediadas por IgE bem como em doenças com alterações gastrointestinais, como doença celíaca, alergias inflamatórias e eosinofílicas, por meio da endoscopia pode-se realizar a observação da mucosa gastrointestinal permitindo verificar a presença de alterações características no TGI. Entretanto, trata-se de um exame mais invasivo que demanda anestesia geral em crianças e adolescentes devendo ser solicitado por profissionais especialistas perante a necessidade de elucidação do diagnóstico.<sup>40</sup>

## **Tratamento**

O tratamento das alergias alimentares é variável de acordo com a variedade e gravidade dos sintomas apresentados. É necessário considerar a exclusão permanente do antígeno desencadeador da alergia realizando a orientação sobre exclusão do alimento e substituições seguras visando prevenir riscos e crises futuras. Desse modo, o tratamento inclui o acompanhamento médico e associação do nutricionista no acompanhamento na APS afim de avaliar substituições alimentares e orientar a exclusão do alimento sem prejuízos nutricionais para a criança.<sup>38,39</sup>

No caso de alergia alimentar ao leite de vaca, fórmulas extensamente hidrolisadas e hipoalergênicas podem ser utilizadas como substituto, contudo, ambas não são isentas da presença de alérgenos necessitando de acompanhamento em sua introdução.<sup>40</sup>

Anti-histamínicos e corticosteroides são úteis para aliviar os sintomas alérgicos, como o prurido associado ao eritema, contudo, ambos não são capazes de impedir uma reação alérgica alimentar e não tem seu uso indicado por tempo prolongado. Durante a infância, hipersensibilidades alimentares podem ser superadas com o desenvolvimento do sistema imune e gastrointestinal devendo o profissional avaliar a possibilidade de reintrodução do alimento excluído após seis meses ou um ano.<sup>38</sup>

## **Encaminhamento ao especialista**

A recomendação para encaminhamento ao alergista depende de diversos fatores associados a alergia presente bem como a resposta ao tratamento realizado, desse modo, recomenda-se o encaminhamento ao especialista como houver qualquer um dos elementos abaixo citados<sup>40</sup>:

- a) Falha no tratamento instruído
- b) Na presença de anafilaxia ou internação decorrente da alergia alimentar
- c) Perante a necessidade de testes alérgicos específicos para elucidação do diagnóstico e orientação, incluindo a realização de testes de provocação oral.

### 8.3.2 Rinite alérgica

A rinite alérgica é um quadro clínico caracterizado pela associação de sintomas respiratórios como obstrução nasal, espirros, hiposmia e coriza hialina resultantes da inflamação e disfunção da mucosa nasal. É uma das condições de saúde mais prevalentes em crianças e adolescentes com manifestação principalmente a partir dos dois anos de idade.<sup>41</sup>

#### Diagnóstico

O diagnóstico da rinite alérgica é essencialmente clínico baseado na presença de sintomas e sinais clássicos incluindo coriza hialina, prurido e obstrução nasal, espirros em salva, podendo ainda estar associados a outras queixas que indicam complicação alérgica<sup>41</sup>. O quadro 10 demonstra os principais sintomas da rinite alérgica.

QUADRO 10 – Principais sinais na rinite alérgica

<b>Sinais clássicos da rinite alérgica</b>	<b>Também podem estar presentes</b>
Prurido nasal	Prurido ocular
Obstrução nasal	Lacrimejamento
Coriza hialina	Prurido faríngeo
Espirros em salvas	Prurido no palato
	Prurido no conduto auditivo

Fonte: Adaptado de Dasmaceno et al. (2016).<sup>1</sup>

A anamnese é fundamental para determinar corretamente o diagnóstico, nesse sentido, torna-se fundamental uma descrição dos sintomas, relato de fatores desencadeantes e agravantes é fundamental para diferenciar a rinite alérgica e não alérgica, frequência dos sintomas, história familiar de doença respiratória, principalmente asma, rinite alérgica ou dermatite atópica, presença de comorbidades, medicamentos em uso, história social e característica do ambiente domiciliar.<sup>41</sup>

Ao exame físico, alguns sinais contribuem para elucidação do diagnóstico principalmente a presença de mucosa nasal hiperemiada, hipertrofia das

conchas nasais, descarga mucoide ou coriza hialina e presença de estigmas atópicos incluindo linha de Denni-Morgan, Sinal de Hertog, face de respirador oral e pitíriase Alba<sup>41</sup>.

## **Exames**

Apesar de diagnóstico essencialmente clínico alguns exames podem ser úteis na caracterização do quadro, os testes cutâneos de hipersensibilidade imediata, quando disponíveis, são uma ferramenta importante para avaliar o desencadeamento dos sintomas como resposta imunológica a um alérgeno específico.<sup>42</sup>

De mesmo modo, dosagem de IgE específica sérica também contribuem para determinação do quadro alérgico da rinite e do fator desencadeante. Entretanto a avaliação de IgE específica apresenta reduzido valor diagnóstico devido à baixa sensibilidade do teste, especialmente em pacientes menores de 4 anos, contudo, representa uma alternativa viável em casos que os testes cutâneos de hipersensibilidade imediata não podem ser realizados.<sup>42</sup>

O teste de provocação nasal também pode ser utilizado na caracterização do quadro permitindo afastar rinite alérgica de outras rinites, o teste consiste na colocação do alérgeno diretamente na mucosa nasal ao nível das conchas nasais permitindo a avaliação de uma resposta alérgica imediata ou tardia. Usualmente, o teste de provocação nasal é realizado quando testes cutâneos de hipersensibilidade imediata ou determinação de IgE específica não estão disponíveis ou apresentaram resultando negativo em paciente com forte indicativo de rinite alérgica.<sup>42</sup>

## **Tratamento**

O manejo da rinite alérgica inclui uma série de medidas visando o controle do quadro clínico e a prevenção da manifestação dos sintomas. O controle ambiental é o primeiro fator a ser orientado para evitar a precipitação e exacerbação dos sintomas respiratórios. Evitar ambiente empoeirados é o primeiro elemento deste controle, o controle de pragas e poluente aéreos como fumaça de cigarro e partículas de diesel também devem ser controlados.<sup>42</sup>

Assim, de acordo com as principais orientações referentes ao controle ambiental para criança com asma<sup>42</sup>, são:

- Sempre arejar o ambiente, abrir as janelas e permitir a entrada de sol por algumas horas, especialmente no quarto da criança.
- Orientar quanto a limpeza para prevenir e controlar mofo
- Evitar lugares empoeirados
- Realizar a limpeza periódica da poeira da casa
- Evitar o acúmulo de materiais e brinquedos, especialmente pelúcias
- Evitar a exposição a cheiros fortes
- Se comprovado alergia a animais domésticos evitar o contato com a criança, se a família possuir orientar para manter o animal distante da criança
- Realizar a lavagem periódica de cobertores, cortinas, tapetes e outros elementos domésticos, se possível, utilizar tecidos antialérgicos

O tratamento medicamentoso consiste primordialmente em anti-histamínicos sistêmicos e tópicos para alívio e prevenção de novas crises bem como medicamentos para controle dos sintomas como descongestionantes nasais, corticoides tópicos nasal e antileucotrienos.<sup>42,43</sup>

Os anti-histamínicos apresentam elevado efeito no controle da coriza, prurido e espirros, mas podem não apresentar efeitos significativos na congestão nasal. Os anti-histamínicos de primeira geração devem ser evitados, pois atravessam a barreira hematoencefálica produzindo mais efeitos indesejáveis como sonolência e déficit de atenção, os de segunda geração tem efeito prolongado e menor distribuição no sistema nervoso central e efeitos anticolinérgico reduzido.<sup>42</sup>

A definição da terapêutica medicamentosa a ser utilizada varia de acordo com os sintomas do paciente, a presença de sintomas intermitentes leves ou moderados permite conduta diminutiva com avaliação periódica e controle da exposição a alérgenos ambientais, enquanto a presença de sintomas frequentes demanda escolha de terapêutica combinada<sup>41,43</sup>. O quadro 11 demonstra as

indicações de tratamento para rinite alérgica de acordo com a característica dos sintomas manifestados.

QUADRO 11 – Tratamento de rinite alérgica de acordo com os sintomas apresentados

<b>Sintomas intermitentes</b>		<b>Sintomas persistentes</b>	
Leve	Moderado- Grave	Leve*	Moderado-grave**
Antihistamínico oral Antihistamínico nasal e/ou descongestionante oral ou antileucotrieno	Antihistamínico oral Antihistamínico nasal e/ou descongestionante oral ou corticóide nasal ou antileucotrieno ou cromoglicato	Antihistamínico oral Antihistamínico nasal e/ou descongestionante oral ou corticóide nasal ou antileucotrieno ou cromoglicato	Corticóide nasal Antihistamínico oral ou Antileucotrieno

Fonte: Adaptado de Orlandi et al.,(2016).<sup>41</sup>

\*Avaliar a resposta ao tratamento em 2 a 4 semanas - Se falhar considerar tratamento para sintoma persistente moderado-grave

\*\* Avaliar a resposta ao tratamento em 2 e 4 semanas - Se positivo reduzir doses por 2 meses Se falhar aumentar corticoide nasal, reavaliar diagnóstico e avaliar necessidade de sintomáticos

Na falha da terapia medicamentosa convencional a imunoterapia específica é uma opção viável bem como em casos que não se é possível realizar o afastamento do alérgeno, contudo, deve ser realizado em locais específicos por profissionais capazes de manejar possíveis reações sistêmicas. A cirurgia é um tratamento raro, usualmente não indicada em pacientes pediátricos.<sup>42</sup>

### **Encaminhamento ao especialista**

A rinite alérgica é um quadro usualmente moderado com baixo risco a vida e de manejo eficiente na atenção primária, entretanto, algumas condições demandam encaminhamento a atenção especializada, são elas<sup>43</sup>:

- Presença de sintomas persistentes moderados-graves sem melhora com terapia convencional
- Indicação de tratamento com imunoterapia específica

### **8.3.3 Fimose**

A fimose pode ser segmentada em fimose primária e secundária, ou então, fisiológica e patológica respectivamente. De modo geral, a fimose fisiológica é uma condição verificada na maioria dos recém-nascidos com resolução espontânea até o quinto ano de vida. A fimose patológica ocorre quando o prepúcio se encontra não retrátil de modo secundário a cicatriz do prepúcio distal não sendo distensível de nenhum modo.<sup>44</sup>

### **Diagnóstico**

O diagnóstico da fimose é essencialmente clínico marcado pela verificação da alteração no pênis, a fimose patológica, ou secundária, pode ser identificada e diferenciada pela presença de anel fibroso contraído e não distensível, além disso, esse tipo de fimose é usualmente acompanhado de mais sintomas relacionados a disúria, ereção dolorosa, sangramento prepucial, entre outros.<sup>45</sup>

Durante o exame físico pode-se classificar a fimose em diferentes graus de acordo com escalar preconizadas de avaliação, conforme demonstra a figura 5.

Figura 5: Possíveis tipos de fimose



Fonte: Nascimento et al., (2021).<sup>43</sup>

A avaliação do grau da fimose permite, além do diagnóstico preciso, a adoção de terapia adequada de acordo com a gravidade e impacto do caso bem como pela capacidade de resolução espontânea desse.<sup>44</sup>

## Tratamento

De modo geral, o tratamento da fimose inicia-se pela abordagem medicamentosa sendo seguida pela terapia cirúrgica para resolução do caso, contudo, é necessário manter-se atento as recomendações da intervenção em casos de fimose, são elas: Manutenção do anel pela idade, ocorrência frequente de ITU, dilatação prepucial por urina. O tratamento não é recomendado para menores de 2 anos devido as altas taxas de resolução do caso.<sup>45</sup>

### 8.3.4 Hérnias

#### Diagnostico

O diagnóstico de hernia é realizado clinicamente a partir da história e observação dos pais, para elucidação do diagnóstico torna-se necessário então buscar por alterações na pele e fâneros adjacentes a presença de fatores que indiquem possibilidade de envolvimento de estruturas importantes, como o cordão espermático. A ultrassonografia tem sido utilizada como opção confirmatória do diagnóstico.<sup>46</sup>

#### Tratamento

O tratamento da hérnia é realizado perante abordagem cirúrgica devido ao risco de encarceramento e estrangulamento da estrutura acometida, de modo geral não há um tempo correto a ser esperado para realização da cirurgia devendo essa ser orientada de acordo com a avaliação do profissional, a videocirurgia tem ganhado destaque nos últimos anos, sendo aplicada principalmente a lactantes maiores e crianças devido a possibilidade de exploração bilateral mais preciso e com menor risco, em contrapartida, esse método apresenta maior risco de infecção e custo.<sup>46</sup>

### **8.3.5 Criptorquidia**

A criptorquidia é caracterizada pela não descida dos testículos pelo trajeto inguinal após o nascimento, visto que esse processo é usualmente concluído entre o sexto e sétimo mês gestacional. A permanência dos testículos fora da bolsa escrotal, no interior do organismo, promove uma série de alterações incompatíveis com a funcionalidade dessas gônadas levando a infertilidade e a prejuízos na produção do hormônio testosterona.<sup>44</sup>

#### **Diagnóstico**

O diagnóstico é principalmente clínico, sendo a palpação considerada de maior sensibilidade do que exames de imagens como a ultrassonografia. Contudo, para a avaliação correta deve-se sistematizar e sequenciar a propedêutica na avaliação para isso primeiramente desliza-se os dedos sobre a região inguinal a fim de localizar as gônadas, se não for identificado, deve prosseguir com manobra de avaliação fletindo as pernas da criança na posição supina, sentando-a e agachando-a em seguida.<sup>44</sup>

Se o testículo não for palpado em nenhuma manobra apresentada recomenda-se a avaliação com laparoscopia, nesses casos a ressonância e a tomografia tem pouco valor diagnóstico.<sup>44</sup>

#### **Tratamento**

O tratamento é essencialmente cirúrgico, contudo, pode variar de acordo com a avaliação clínica do caso. quando o testículo é palpável a cirurgia de escolha é a orquidopexia aberta, quando é não palpável realizado operação mais complexa de acordo com a sua localização e existência, pois em muitos casos pode ter havido problemas do desenvolvimento embrionário que resultaram na não diferenciação e produção gonadal. A utilização hormonal não é recomendada, exceto, pelo uso de gonadotrofina coriônica humana em casos de criptorquidia bilateral, contudo, mesmo nesses casos não há padronização de seu uso e dosagem.<sup>45</sup>

### 8.3.6 Anemia na infância

As anemias estão entre as condições mais comuns da infância, é uma condição caracterizada pela redução na concentração de hemoglobina ou da massa eritrocitária. As anemias são segmentadas de acordo com suas características morfológicas e fisiológicas de modo a contribuir para diagnóstico diferencial entre elas e dos mecanismos e etiologias envolvidas<sup>47</sup>. O quadro 12 demonstra alguns aspectos da classificação fisiológica da anemia.

QUADRO 12 – Causas de anemia de acordo com classificação fisiológica

<b>Deficiência de produção</b>	<b>Eritropoiese ineficaz</b>	<b>Destruição aumentada</b>
Aplasia da medula óssea	Deficiência nutricional (Ferro, ácido fólico, Vit b12)	Defeitos na membrana da célula (Ex. esferocitose)
Neoplasias	Anemias sideroblásticas	Defeitos no metabolismo eritrocitário
Osteopetrose	Talassemias	Defeitos estruturais ou na síntese da hemoglobina (Ex. anemia falciforme)

Doenças inflamatórias crônicas	Anemias deseritropoéticas primárias	Anemia hemolítica autoimune
Doença renal crônica	Protoporfiria entropoética	Hemoglobinúria paroxística noturna
Hipotiroidismo	-	Dano mecânico ao eritrócito
Insuficiência pancreática	-	Infecções
-	-	Reação a medicamentos

Fonte: Campanaro; Chopard (2014).<sup>47</sup>

O quadro 13 representa as principais causas de anemia a partir da classificação morfológica.

QUADRO 13 – Causas de anemia pela classificação morfológica

<b>Microcíticas</b>	<b>Macrocíticas</b>	<b>Normocíticas</b>
Deficiência de ferro	Deficiência de vit B12 e ácido fólico	Anemias hemolíticas congênitas
Intoxicação por chumbo	Hipotiroidismo	Anemias hemolíticas adquiridas
Doença inflamatória crônica associada ou não a anemia ferropriva	Doença hepática	Aplasia de medula óssea
Talassemias	Reação a medicamentos	Doença renal crônica
Anemia Sideroblástica	Infiltração da medula por neoplasia	Hipovolemia por perda sanguínea
-	Anemias deseritropoéticas	Anemia de doença crônica

Fonte: Campanaro; Chopard (2014).<sup>47</sup>

## Diagnóstico

A confirmação do diagnóstico de anemia se dá essencialmente pela avaliação do hemograma pela presença de desvio para baixo dos índices Hb e Ht, contudo a avaliação da história e o exame clínico são fundamentais para avaliar possíveis etiologias para a anemia bem como a gravidade do caso<sup>48</sup>.

Anemias leves normalmente não produzem sintomas nas crianças, em alguns casos pode-se verificar sinais inespecíficos como palidez de mucosas, fadiga e irritabilidade. Em casos mais graves com velocidade de instalação rápida do quadro pode haver taquicardia com presença de sopros sistólicos.<sup>48</sup>

A fim de identificar possíveis etiologias para a anemia da criança deve-se buscar na história possível exposição a agentes químicos, casos de doenças hemolíticas familiares e outras condições gerais de saúde devem ser investigadas.<sup>48</sup>

## **Exames**

O **hemograma** completo é o principal exame para o diagnóstico da anemia, a partir desse e do tipo de anemia detectada novos exames podem ser solicitados a fim de elucidar o caso<sup>47</sup>.

Em casos de suspeita de anemia ferropriva os principais exames a serem solicitados são: ferro sérico, capacidade total de ligação de ferro, índice de saturação da transferrina, ferritina. Para anemia megaloblástica os principais exames laboratoriais solicitados são ácido fólico e vitamina B12 séricos. Na suspeita de Hemoglobinopatia a eletroforese de Hb em pH alcalino e ácido configura-se como a opção de interesse, associado a confirmação por cromatografia líquida de alto desempenho.<sup>47</sup>

Na suspeita de anemia autoimune a pesquisa de autoanticorpos antieritrocitários (teste de Coombs direto) é o exame a ser solicitado. Em defeitos enzimáticos solicita-se dosagem da enzima específica e para alterações de hematopoese mielograma acompanhado ou não de biópsia de medula óssea.<sup>47</sup>

## **Tratamento**

O tratamento da anemia depende essencialmente do tipo da doença encontrado, de modo geral a suplementação nutricional é indicada para casos de anemias de carência, como a ferropriva. A avaliação individual de cada quadro e das etiologias envolvidas é fundamental para determinação do tratamento.<sup>48</sup>

### 8.3.7 Parasitoses

#### Diagnóstico

As parasitoses correspondem a uma série de doenças causadas por diferentes organismos cuja característica comum é representada pelo parasitismo no organismo da criança, o diagnóstico é variável de acordo com o parasita presente devendo assim ser guiado pela história clínica e exame físico.<sup>49</sup>

A avaliação dos sintomas com presença de sintomas gastrointestinais é usualmente associada a possibilidade de parasitose na infância, é importante também considerar o local de exposição da criança e a possibilidade de infecções específicas causadas por esses agentes. Para helmintíases o diagnóstico ocorre principalmente a partir da identificação de ovos, larvas e até mesmo animais adultos em amostras fecais dos pacientes.<sup>49</sup>

A infecção parasitária por protozoários é mais variável sendo realizada de acordo com o parasita de suspeita, exame microscópico direto de fezes é útil para avaliação de Giardíase, já exames de lesões é o padrão utilizado para diagnóstico de parasitoses por *Balantidium*.<sup>50</sup>

#### Exames

Os **testes sorológicos** são avaliações úteis para o diagnóstico de parasitoses, especialmente aquelas causadas por helmintos, quando não há disponibilidade fecal seja por característica do paciente ou pelo não aparecimento de fezes ou larvas decorrentes da etapa da infecção.<sup>51</sup>

Os **exames microscópicos de fezes** são usualmente a primeira opção diagnóstica para diferentes parasitoses, possibilitando a confirmação do quadro pela identificação do parasita em diferentes fases.<sup>51</sup>

**Hemograma:** a presença de eosinofilia em hemograma é um aspecto que proporciona forte indícios de infecção por helmintos.<sup>51</sup>

## Tratamento

O tratamento depende essencialmente do tipo de parasitose presente na criança, de modo geral utiliza-se terapia medicamentosa para cada caso de acordo com quadro 14.

QUADRO 14 – Tratamento de primeira e segunda escolha de acordo com diferentes parasitoses

Parasitose	Tratamento 1 escolha	Tratamento 2 escolha
<b>Ascaridíase</b>	Albendazol - 400 mg (200 mg em < 2 anos), VO, dose única	Ivermectina - 150-200 mcg/kg, VO, dose única
	Mebendazol 100 mg, VO, 1x/dia por 3 dias	Pamoato de pirantel 11 mg/kg (máximo 1g), VO, 1x/dia por 3 dias
<b>Tricuríase</b>	Albendazola 400 mg, VO, 1x/dia por 3-7 dias	Ivermectina 200 mcg/kg, VO, por 3 dia
<b>Ancilostomíase ou Necatoríase</b>	Albendazola 400 mg, VO, dose única (200 mg em < 2 anos)	Nitazoxanida 7,5 mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia por 3 dias
<b>Estrongiloidíase</b>	vermectina 200 mcg/kg, VO, por 2 dias	Albendazol 400 mg, VO, 2x/dia, 10-14 dias
<b>Enterobíase</b>	Albendazol 400 mg, VO, dose única; repetir em 2 semanas	pamoato de pirantel 11 mg/kg (máximo 1g), VO, 1x/dia por 3 dias
<b>Toxocaríase</b>	Albendazola 400 mg, VO, 2x/dia, 5 dia	-
<b>Cisticercose</b>	Albendazol 15mg/kg/dia ou 400mg 2x/dia, VO, 2x/dia, 2-4 semanas, associado com corticosteroide	Praziquantel 50mg/kg/dia, VO, 1x/dia, 15 dias

<b>Teníase</b>	Praziquantel 5-10 mg, VO, dose única	Niclosamida 50mg/kg, VO, dose única
<b>Equinococose</b>	Albendazola 10-15 mg/kg/dia (máximo 800 mg) VO, 2x/dia, 1-6 meses	Praziquantel pode ser útil no pré-operatório ou em caso de derrame do conteúdo do cisto durante a cirurgia

Fonte: Adaptado de Fernandes (2020).<sup>50</sup>

### 8.3.8 Puberdade e contracepção

A puberdade é um período marcado por intensas mudanças hormonais que refletem em alterações no organismo do adolescente, incluindo, alterações biológicas e psíquicas que influenciam a vida e o desenvolvimento. A puberdade marca principalmente o processo de transição entre a infância e a adolescência, devendo essa ser realizada de modo seguro e confortável para o indivíduo tendo a família um papel fundamental nesse processo, e devendo essa, ser inserida pelo médico no processo de acolhimento e compreensão do adolescente.<sup>52</sup>

A puberdade é marcada por diversos sinais do organismo e seu acompanhamento contribui para verificar a avaliação da normalidade do crescimento, identificando desvios de crescimento bem como impedir progresso de agravos presentes.<sup>53</sup>

Em meninos o primeiro sinal puberal é o crescimento dos testículos, usualmente iniciado a partir de 9 anos de idade, já nas meninas o processo normal inicia a partir dos 8 anos com o aparecimento do broto mamário, sendo que a menarca ocorre nos próximos 2 ou 2,5 anos sucedentes. Nesse processo, além de alterações nas características sexuais espera-se também o desenvolvimento na altura e peso corporal, marcando o estirão puberal, que nas meninas se inicia concomitantemente com o primeiro sinal de puberdade e dos meninos ocorre usualmente 2 anos posteriormente, assim, nas meninas o estirão de crescimento se inicia anteriormente e tendem a ser mais curto, enquanto em meninos o estirão tende a se iniciar mais tarde e com maior duração.<sup>4,53</sup>

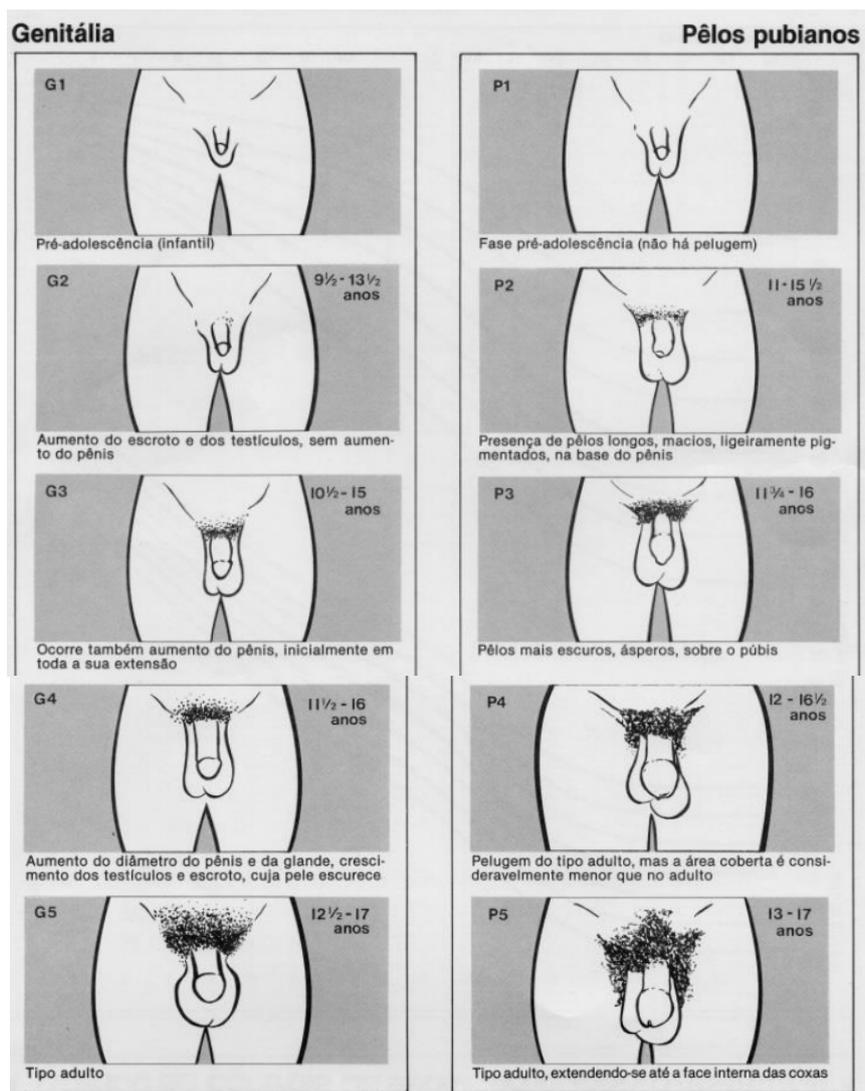
Durante o estirão do crescimento as meninas tendem a apresentar um crescimento médio de 8,3 cm por ano e os meninos crescem 9,5 centímetros por ano, durante o período final da puberdade esse crescimento varia entre 1 e 1,5 centímetros anuais para ambos os gêneros.<sup>4,53</sup>

Frente ao desenvolvimento puberal normal, alguns marcos são importantes para determinação de puberdade precoce ou tardia as quais necessitam de medidas de acompanhamento e avaliação para investigação do caso, em meninas a presença de sinal puberal anteriormente aos 8 anos determina puberdade precoce e não aparecimento de sinais até os 13 anos configura o atraso, já em meninos, a puberdade precoce é categorizada pelo aparecimento de sinais puberais previamente aos 9 anos e tardia quando não há sinais até os 14 anos.<sup>53</sup>

Os sinais do início da puberdade são distintos em meninas e meninos, sendo que nas meninas o primeiro sinal é característico é o desenvolvimento do broto mamário (telarca) que acontece a partir dos oito anos, a pubarca se inicia seguidamente com o surgimento de pelos pubianos e o espessamento dos pelos das pernas, a distribuição de gordura é alterada de padrão com maior acúmulo na região do quadril. Em meninos, o desenvolvimento dos pelos pubianos e em outras partes do corpo é proeminente, o pênis se desenvolve e aumentam de volume enquanto os testículos aumentam de volume. Sinais comuns ambos os gêneros podem ser encontrados incluindo o desenvolvimento de acne, aumento da oleosidade da pele, desenvolvimento do interesse sexual, entre outros.<sup>4</sup>

A figura 6 demonstra o estadiamento puberal para meninos de acordo com os critérios de Tanner, principais critérios adotados para o acompanhamento do desenvolvimento puberal normal.

Figura 6 - Desenvolvimento puberal masculino de acordo com os critérios de Tanner



Fonte: Série Pediatria SOPERJ (2019).<sup>53</sup>

A figura 07 demonstra o estadiamento de Tanner para meninas.

Figura 7 - Estadiamento puberal feminino de acordo com os critérios de Tanner



Fonte: Santos; Sartori; Nazário 2020.<sup>54</sup>

### 8.3.8.1 Contracepção

Na adolescência um dos principais fatores de atenção do médico de medicina da família deve ser a orientação quanto a contracepção e prevenção de ISTs. Nesse contexto, a orientação para o adolescente deve incluir a apresentação de todos os métodos contraceptivos disponíveis, incluindo anticoncepcional oral, injetável, implante, DIU em suas duas modalidades, uso de preservativo feminino e masculino e outros métodos de barreira, essa orientação deve englobar até mesmo os métodos que não estão disponíveis no Sistema Único de Saúde considerando que o adolescente deve estar ciente de todas as opções disponíveis.<sup>54</sup>

A partir da apresentação dos métodos disponíveis deve-se apresentar a existência de contraindicações para os mesmos e orientar o adolescente ou casal para escolha do método de preferência. A orientação sempre deve estimular a dupla proteção considerando o uso de preservativos e outros métodos.<sup>54</sup>

Os anticoncepcionais orais são atualmente um dos principais métodos utilizados para prevenção da gravidez, podem ser com progesterona isolada ou combinada com estrogênio, sendo que esses podem ainda ser classificados monofásicos, bifásicos ou trifásicos de acordo com a dosagem desses compostos. Esses anticoncepcionais apresentam como vantagem além da prevenção da gravidez o efeito secundário na regulação do ciclo menstrual, controle de sintomas de tensão pré-menstrual, acne e ovário policístico. Contudo, sua eficiência depende da correta adesão a pílula, recomenda-se a ingestão com água no período noturno e de preferência sem variar o horário da medicação. Métodos hormonais não orais como adesivo e anel vaginal também devem ser orientados.<sup>54</sup>

Os anticoncepcionais injetáveis também representam uma opção bem aceita na contracepção, podem ser iniciados em qualquer fase do ciclo, desde que a paciente comprovadamente não esteja grávida, pode ser mensal ou trimestral. Esses anticoncepcionais são recomendados principalmente na ausência de disciplina para ingestão da pílula oral, mantendo a eficácia do tratamento, sendo também a opção de escolhas em pacientes com necessidades especiais incluindo deficiências físicas ou mentais que não apresentem condições de autocuidado, usuárias de drogas antiepilépticas

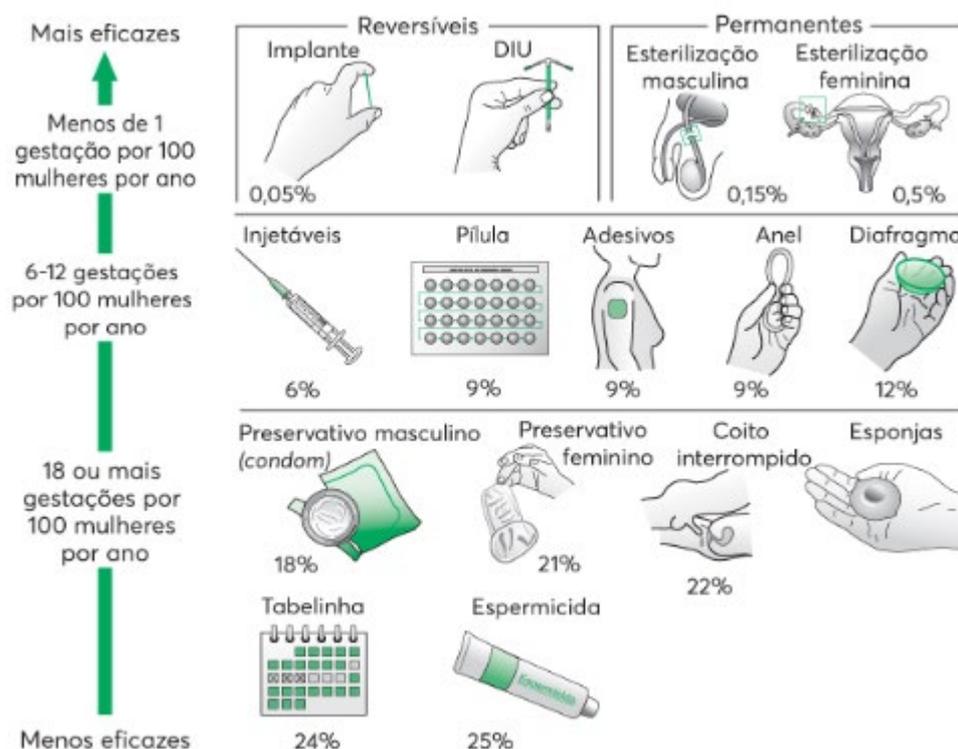
desde que essas não apresentem doença vascular. Contudo, podem apresentar maiores efeitos colaterais decorrentes da maior carga hormonal injetada.<sup>55</sup>

A pílula de anticoncepção de emergência deve ser orientada orientando a possibilidade de prevenção da gestação em casos de relação sexual desprotegida ou em casos de violência sexual. Podendo ser utilizada até 72 horas após a relação com uma eficiência de 75% podendo ser utilizado com menor eficácia até o quinto dia após a relação.<sup>54</sup>

Os métodos irreversíveis, embora possam ser apresentados, devem ser desencorajados no adolescente mantendo o incentivo a métodos reversíveis.<sup>55</sup>

A figura 08 apresenta os principais métodos contraceptivos de acordo com a eficiência.

Figura 8 - Métodos anticoncepcionais de acordo com a eficácia apresentada



Fonte: Sociedade Brasileira de Pediatria (2022).<sup>92</sup>

## 8.4 URGÊNCIAS PEDIÁTRICAS MAIS FREQUENTES

### 8.4.1 Infecção de via aérea superior

As doenças respiratórias representam um importante contingente dos atendimentos pediátricos, especialmente na urgência e emergência configurando um importante problema de saúde público especialmente devido a alto risco associado. As infecções agudas de vias aéreas superior podem resultar em quadros graves principalmente por obstrução da via associada a insuficiência respiratória, uma emergência de manejo correto fundamental para prognóstico do quadro. As três infecções de vias aéreas mais comuns são a rinofaringite aguda, faringoamigdalite aguda e a rinosinusite aguda.<sup>56</sup>

#### Diagnóstico

O diagnóstico específico do quadro varia de acordo com a porção respiratória afetada, sendo a avaliação clínica um aspecto fundamental para isso.<sup>57</sup>

A história clínica com o tempo de aparecimento e evolução dos sintomas contribui para direcionamento de alguns quadros, de mesmo modo nos achados do exame clínico é fundamental avaliar a presença de estridor, retração do tórax, alterações na entrada de ar, coloração da criança especialmente ao redor da boca e extremidades e nível de consciência, alterações significativas nesses aspectos contribui também para avaliação da gravidade do quadro.<sup>56,57</sup>

A avaliação dos sinais e sintomas deve ser realizada de modo cauteloso para investigação das possíveis causas e evidenciar a infecção, a presença de tosse produtiva com presença de secreção verde ou amarelada corroboram com a presença de infecção bacteriana enquanto a presença de rinorreia clara indica provável infecção viral.<sup>56</sup>

A determinação da febre contribui não somente para determinar o quadro infeccioso, como também contribui para avaliação da proposta terapêutica sendo um dos principais sintomas a serem controlados para o bem-estar da criança. Os achados radiológicos também são fundamentais para determinar o diagnóstico anatômico da infecção, permitindo identificar obstruções anatômicas nas vias aéreas.<sup>57</sup>

## **Tratamento**

O tratamento nesses quadros inclui a manutenção sintomática bem como assistência as vias aéreas, quadros sugestivos de infecção bacteriana demandam de antibioticoterapia utilizada com cautela, pois podem promover efeitos adversos significativo não tendo efetividade em infecções bacterianas, para a maioria das infecções virais não há terapia específica devendo manter atenção ao alívio dos sintomas.<sup>56</sup>

No período febril o repouso é essencial, hidratação deve ser encorajada e alimentação conforme aceitação da criança, devido a presença de sintomas nasais a higiene e desobstrução podem ser indicadas orientando sobre o correto uso de solução salina isotônica para aspiração delicada das fossas nasais.<sup>56</sup>

Antitérmicos e analgésicos podem ser utilizados para manutenção sintomática do quadro. Medicamentos como antitussígenos e anti-histamínicos são usualmente utilizados, contudo, seu uso é desaconselhado por falta de benefícios comprovados especialmente em crianças menores.<sup>56</sup>

## **Encaminhamento ao especialista**

O encaminhamento do paciente com IVAS pode ser variado de acordo com o quadro do paciente, em casos graves com obstrução das vias aéreas o internamento é indicado devendo haver encaminhamento para atenção hospitalar, sendo geralmente indicado para crianças com toxemia, desidratação considerável ou que então não consiga se alimentar e hidratar-se, estridor significativo com presença de retrações em repouso e em casos de pais não confiáveis para manutenção do tratamento em casa.<sup>56</sup>

A incidência frequente das IVAS com acometimento grave e impacto na vida diária devem ser encaminhadas para avaliação e acompanhamento na atenção secundária.<sup>56</sup>

### **8.4.2 Pneumonia comunitária**

A pneumonia é definida como uma infecção do parênquima pulmonar por agentes microbianos, trata-se de uma das principais condições de saúde que

acometem crianças e adolescente correspondendo também há uma das principais causas de mortalidade. A pneumonia comunitária é caracterizada pela infecção adquirida fora do ambiente hospitalar, ou então, aquela que se manifesta após 48 horas do internamento.<sup>58</sup>

## Diagnóstico

As suspeitas diagnósticas são realizadas principalmente pela avaliação clínica, os principais sintomas associados a pneumonia agudam referem-se a febre, dispneia, tosse que pode ou não ser acompanhada de dor torácica pleurítica, a tosse usualmente é acompanhada e expectoração, mas não sendo essa uma característica exclusiva para o diagnóstico.<sup>59</sup>

A tosse com expectoração em tom esverdeado ou amarelo é um sintoma comumente associado a pneumonia comunitária de causa bacteriana, merecendo atenção especial bem como dor torácica com piora na respiração profunda, febre e outros sintomas gerais como febre, mal-estar, fraqueza muscular.<sup>59</sup>

A associação da história e sintomas clínicos com achados radiológicos evidenciando infiltrações no pulmão afetado corroboram com o diagnóstico, além disso, exames de bacterioscopia e cultura do escarro contribui tanto para confirmação diagnóstica quando para direcionamento da terapia antimicrobiana.<sup>60</sup>

## Exames

A **radiografia de tórax PA e perfil** contribui para avaliação da pneumonia permitindo evidenciar consolidação pulmonar típica que corrobora com o diagnóstico em quadros de dúvida clínica, pode também evidenciar a proporção do pulmão acometido para avaliar riscos da doença. Considerando que a pneumonia tem acometimento alveolar espera-se encontrar no exame radiográfico broncograma aéreo e opacidade podendo verificar em casos graves presença de cavitação pela desintegração do tecido pulmonar.<sup>60</sup>

Salienta-se que a radiografia de tórax não se trata de um exame de rotina na pneumonia, devendo ser realizado em situações específicas quando há

dúvida no diagnóstico, na presença de sinais de desconforto respiratório grave ou outros sinais complicação da doença, se não houver resposta no tratamento nas próximas 48 a 72 horas, ou há piora progressiva nesse período, por fim, deve sempre ser realizada no paciente hospitalizado.<sup>91</sup>

O exame de **PCR** é muitas vezes solicitado inicialmente no caso para confirmação de quadro infeccioso.<sup>60</sup>

**Hemograma e cultura de sangue:** embora inespecífico o hemograma completo permite detectar a presença da infecção bem como caracterizar a fase em que se encontra, já a cultura por sua vez é capaz de avaliar a presença de infecção no sangue alertando para risco de sepse na criança ou neonato e ainda identificar o agente etiológico da doença.<sup>60</sup>

Em casos graves a **cultura do escarro** é fundamental para avaliação do paciente, contudo é importante considerar que a amostra nem sempre condiz com o agente etiológico da doença no caso devido a presença de contaminação por bactérias que colonizam as vias respiratórias superiores, assim a análise crítica de solicitação e dos objetivos da investigação deve ser considerado.<sup>61,60</sup>

**Broncoscopia** é um exame específico que pode ser utilizado frente a necessidade de avaliação do caso, principalmente em necessidade de distinção em relação a tumores, em pacientes imunocomprometidos com produção insuficiente de escarro, sinais clínicos atípicos, radiografia com risco de infecção generalizada e falta de resposta à terapia, pode ser ainda uma alternativa quando os demais exames não evidenciarem a causa da doença.<sup>60</sup>

## **Tratamento**

O tratamento da pneumonia comunitária inclui terapia medicamentosa associado a cuidados de suporte e, dependendo da gravidade do caso, fisioterapia respiratória. Deve-se sempre orientar acerca da atenção na administração de líquidos para evitar quadros de sobrecarga hídrica.<sup>61</sup>

A antibioticoterapia é parte fundamental do tratamento sendo usualmente analisada empiricamente de acordo com o risco e aspectos gerais da doença, de modo geral, a Sociedade Brasileira de Pediatria, considera que em casos graves de crianças menores de 5 anos com evolução rápida e comprometimento do estado geral deve-se optar pelo início do tratamento com oxacilina com

cloranfenicol ou então com uso de uma cefalosporina de terceira geração, pois nesses casos há possibilidade de infecção por *S. aureus* ou *H. influenzae* que apresentam resistência a grande parte dos antimicrobianos de escolha. Além disso, analgésicos e antitérmicos são recomendados para manutenção dos sintomas na criança.<sup>59</sup>

### **Encaminhamento ao especialista**

O encaminhamento da pneumonia comunitária ao especialista se dá principalmente da atenção básica para o atendimento hospitalar devendo ser recomendado em casos de comprometimento do estado geral da criança com risco a vida. A dispneia grave ao repouso é um indicativo que contribui para avaliação da necessidade de internação, além disso, a persistência dos sintomas com a terapia empírica.<sup>61</sup>

#### **8.4.3 Rinossinusite aguda**

A rinossinusite aguda caracteriza-se pela inflamação da mucosa dos seios paranasais bem como da cavidade nasal, essa patologia é usualmente causa de suspeita quando se verifica a persistência de infecção das vias aéreas superiores por período superior a dez dias, tendo usualmente duração de até quatro semanas.<sup>62</sup>

### **Diagnóstico**

Embora a história clínica seja de suma importância para suspeita do quadro, o diagnóstico de rinossinusite aguda baseado somente na avaliação clínica é difícil, assim, exames complementares se fazem necessário para elucidação do diagnóstico.<sup>63</sup>

A rinoscopia anterior com presença de hiperemia e edema de mucosa são indicativos do quadro bem como presença de secreção mucopurulenta, devido ao preenchimento de muco nos seios e cavidades da face a verificação da cavidade nasal posterior e meato acústico pode não ser possível.<sup>63,64</sup>

## Exames

A **endoscopia nasal** é um exame utilizado do diagnóstico da rinosinusite permitindo a avaliação da mucosa nasal completa, contribuindo para avaliação de hiperemia, edema, presença de crostas, pólipos e até mesmo cicatrizes bem como permite avaliar o aspecto geral das secreções. Em casos crônicos ou recorrentes é um exame obrigatório para avaliação.<sup>66</sup>

A **tomografia dos seis paranasais** é o exame de ouro para identificar e diagnosticar a doença, para avaliação do quadro deve ser realizada em cortes axial, sagital e coronal. A avaliação e interpretação do exame deve ser realizado de modo cauteloso. Há determinados casos em que a infecção transcende o limite dos seios paranasais acometendo outras cavidades da face, desse modo a ressonância magnética representa um exame passível de análise.<sup>66</sup>

## Tratamento

Devido a frequente infecção por agente bacteriano associada, a utilização de antimicrobianos contribui para controle dos sintomas bem como para redução da duração do quadro. A amoxicilina tem sido apontada como antimicrobiano de escolha considerando o baixo espectro e custo e boa eficácia e segurança, entretanto, independente do medicamento de escolha, deve-se sempre optar por antimicrobianos para quais os gêneros *Pneumococo* e *Haemophilus* sejam sensíveis. A terapia deve durar entre 10 e 14 dias.<sup>65</sup>

Terapia coadjuvante com corticoesteroides sistêmicos e tópicos pode ser utilizado, principalmente para promoção de redução dos sintomas como o edema de mucosa, o que contribui para facilitar a ventilação e drenagem nasal do paciente. Pode-se ainda orientar o paciente para realização de lavagem nasal com solução salina a fim de contribuir para melhora do transporte mucociliar.<sup>63,64</sup>

Analgésicos, como paracetamol e dipirona, podem ser utilizados para alívio dos sintomas e melhora da dor promovendo maior bem-estar ao paciente. Anti-histamínicos e descongestionantes tópicos, são usualmente não recomendados, especialmente os primeiros podem dificultar o transporte mucociliar por ressecar as mucosas e reduzir a secreção nasal.<sup>65</sup>

## **Encaminhamento ao especialista**

O encaminhamento ao especialista deve ser realizado principalmente na recorrência e persistência da condição, especialmente em casos não responsáveis a terapia antimicrobiana e controle sintomático.<sup>64</sup>

### **8.4.4 Diarreia**

A diarreia é uma importante condição de saúde da criança capaz de comprometer o desenvolvimento e crescimento da criança, categoricamente pode ser segmentada em aguda ou crônica de acordo com a duração e evolução dos sintomas. A diarreia configura-se como eliminação anormal de fezes, especialmente pela frequência elevada dos meses totalizando 3 ou mais evacuações ao dia, podendo ou não ser associados a sintomas gerais como náuseas e dor abdominal.<sup>67</sup>

### **Diagnóstico**

O diagnóstico da diarreia é essencialmente clínico baseado na história e sintomas do paciente, aspectos como frequência de evacuação diária, coloração e consistência das fezes, duração dos sintomas, fatores de melhora ou piora e outros sintomas associados. Contudo, uma avaliação mais completa torna-se necessário para identificar a etiologia do quadro de diarreia.<sup>68</sup>

De modo geral, a investigação específica de diarreia não demanda a solicitação de exames laboratoriais sendo esses recomendados perante suspeitas específicas.<sup>68,69</sup>

Devido ao risco de desnutrição e desidratação o exame físico deve ser realizado completo, sendo a hidratação determinada a partir de sintomas clínicos.<sup>68</sup>

Nos casos de diarreia crônica torna-se fundamental avaliar o estado nutricional da criança e a presença de sintomas associados, especialmente perda de peso, febre e sinais inflamatórios. O estado nutricional deve ser

amplamente investigado considerando não somente a desidratação, mas também a desnutrição de macro e micronutrientes pela condição da criança.<sup>68</sup>

Se a criança apresenta sinais de perda nutricional torna-se fundamental a avaliação do estado geral dela por meio de testes não invasivos para avaliar absorção e padrão inflamatório, como, endoscopia digestiva alta e colonoscopia respectivamente. Se o estado nutricional da criança permanece inalterado e não há presença de gordura fecal, torna-se importante direcionar as investigações para possibilidade de diarreia relacionada a ingestão de CH, incluindo a má absorção e a intolerância a sacarose.<sup>68,69</sup>

## Exames

Os exames são úteis especialmente na investigação de diarreia crônica a fim de identificar a etiologia da doença, entre os principais exames aplicados tem-se:<sup>68</sup>

**Exame de fezes:** Útil para identificação de agentes etiológicos como parasitose, bem como para identificação de sinais ocultos como a presença de sangue nas fezes.<sup>68</sup>

**Ultrassonografia abdominal:** útil para observação de espessamento da parede intestinal, pode também contribuir para identificação de áreas com sinais inflamatórios se complementada com Doppler.<sup>68</sup>

**Colonoscopia:** utilizada principalmente para avaliação de doenças inflamatórias intestinais, também contribui para percepção de alterações estruturais no cólon e a possibilidade de câncer.<sup>68</sup>

**Marcadores sorológicos não invasivos:** são utilizados para detecção de doenças de má absorção, como a doença celíaca e doença de Crohn, pode também ser associada a prova de absorção de D-xilose para avaliar a integridade da mucosa intestinal.<sup>68</sup>

## Tratamento

O primeiro aspecto de preocupação no tratamento corresponde a reposição hídrica e suporte nutricional, em casos de desidratação brandos recomenda-se a utilização de reidratação oral hiposmolar. De acordo com a

Organização Mundial de Saúde, o tratamento pode ser realizado em três planos de acordo com o grau de desidratação a criança, da seguinte forma<sup>68</sup>:

- a) Crianças sem sinais de desidratação deve-se orientar tratamento caseiro com aumento da oferta de líquidos após as evacuações, ofertar sucos e chás sem adoçar, deve-se também orientar os acompanhantes de sinais de risco e de agravamento da desidratação para monitoramento<sup>68</sup>.
- b) Crianças com desidratação leve e moderada deve-se recomendar a reposição de 50 a 100 ml/kg da criança em 4 a 6 horas com supervisão do profissional de saúde de forma periódica, se houver vômitos deve-se alterar a reidratação para reposição por sonda nasogástrica em esquema de 20ml/kg/h durante 4 a 6 horas, deve-se separar período específico para reidratação sem ofertar alimentos a criança, exceto se essa estiver em aleitamento materno.<sup>68</sup>
- c) Criança com desidratação grave deve-se proceder com hospitalização e hidratação endovenosa.<sup>68</sup>

Em casos de diarreia aguda deve-se avaliar também a necessidade de prescrição de zinco para crianças menores de 5 anos na dose de 20mg/dia de 10 a 14 dias, ou 10 mg/ dia para menores de 6 meses mantendo o período de tratamento. A utilização de probióticos pode ser útil a fim de preservar a flora intestinal e reduzir a gravidade e duração da diarreia. Os antimicrobianos devem ser de uso racional, considerando que a maioria dos casos de diarreia aguda é autolimitado.<sup>69</sup>

No caso de diarreia crônica o tratamento é direcionado de acordo com a etiologia estabelecida para a diarreia persistente. Contudo, a recuperação nutricional deve ser rapidamente restabelecida com correção de eletrólitos e do equilíbrio ácido base.<sup>69</sup>

### **Encaminhamento ao especialista**

As diretrizes do manejo do paciente com diarreia estabelecem encaminhamento hospitalar, se após tratamento inicial de casos febris com antibioticoterapia houve presença de sangue nas fezes nas primeiras 48 horas,

para pacientes cônicos com mais de 14 dias de evolução deve-se encaminhar para atenção hospitalar os pacientes menores de seis meses, e pacientes com sinais de desidratação, devendo primeiramente realizar a reidratação de acordo com o plano B de tratamento.<sup>68</sup>

Em pacientes crianças com diarreia crônica persistente deve-se considerar o encaminhamento ao especialista a fim de permitir uma avaliação mais específica para o diagnóstico e/ou tratamento.<sup>68</sup>

#### **8.4.5 Otite média aguda**

A otite média aguda é caracterizada como uma inflamação na cavidade da orelha média de desenvolvimento rápido e abrupto com líquido característico no preenchimento da cavidade auricular.<sup>70</sup>

#### **Diagnóstico**

Identificar a otite média aguda ainda no início do quadro é fundamental para o prognóstico da doença . O diagnóstico do quadro envolve uma série de fatores clínicos baseados na história, sinais e sintomas da criança.<sup>71</sup>

A presença de febre contribui para diferenciação do quadro de outras afecções auriculares como a otalgia. Salienta-se, no entanto, que a identificação da otite aguda média pode ser difícil se não houver as condições corretas para a avaliação, desse modo, um exame otoscópico completo e cauteloso torna-se necessário, para isso alguns fatores são recomendados<sup>72</sup>:

- a) Otoscópio em bom estado com iluminação adequada;
- b) Espelho auricular em formato afunilado para facilitar a penetração no meato acústico externo, além do formato é importante selecionar um tamanho adequado para a idade da criança.
- c) A posição da criança deve ser adequada para o exame, sugere-se que a criança seja segurada no colo da mãe quando inquieta possibilitando uma análise mais cautelosa.
- d) A visualização deve ser realizada de modo que o meato esteja livre de cerume e descamações, a remoção desses elementos para avaliação

pode ser realizada por meio de cureta ou sucção delicada, entretanto, frente a necessidade de limpeza auricular recomenda-se o encaminhamento ao especialista para evitar possíveis danos.

O aparecimento de sintomas de modo abrupto e evolução aguda com a presença de efusão na cavidade auricular média são elementos que configuram o diagnóstico de otite.<sup>70</sup>

## **Tratamento**

A resolução espontânea é usualmente verificada aos casos de otite, sendo o uso de terapia antimicrobiana reservada para casos persistentes. Os analgésicos são a primeira escolha para o controle da dor possibilitando melhoria no bem-estar da criança. O antibiótico deve ser recomendado em crianças com 6 ou mais meses de idade com sintomas graves, marcado pela otalgia e febre alta, ou em casos que se verifique persistência dos sintomas característicos e graves há 48 horas. Em crianças com idade inferior aos 24 meses de idade sem sinais ou sintomas graves também é recomendada.<sup>71</sup>

Em crianças maiores de 6 meses e com menos de 24, sem sinais graves, deve-se realizar o monitoramento do paciente e iniciar a terapia antimicrobiana se os sintomas pioraram nas próximas 48-72 horas, nesses casos de menor gravidade a decisão pelo uso de antibiótico deve ser baseada na relação do médico e pais.<sup>71</sup>

O antibiótico de primeira escolha é a amoxicilina, podendo ser substituída por macrolídeo ou clindamicina em casos de alergia a penicilina. Se mesmo com terapia antimicrobiana em uso houver piora do caso em até 72 horas recomenda-se a substituição do antibiótico utilizado. Em casos não responsivos a terapia antimicrobiana, a drenagem da efusão auricular pode contribuir para melhora do quadro.<sup>71,72</sup>

O uso de corticosteroides, anti-histamínicos e descongestionantes não é recomendada<sup>72</sup>.

Diferentes condições marcam o protocolo de encaminhamento dos quadros de otite média aguda para a atenção especializada, casos com complicações graves como mastoidite, paralisia facial ou meningite devem ser

encaminhados para a emergência. Outros casos devem ser encaminhados para o otorrinolaringologista incluindo membrana timpânica perfurada persistente após seis meses do tratamento, casos que se verifica a presença de alteração estrutural da membrana timpânica ou detecção de hipoacusia.<sup>71</sup>

#### **8.4.6 Conjuntivite**

A conjuntivite é uma das condições mais frequentes no atendimento pediátrico sendo frequente principalmente em pacientes neonatais nos quais apresenta natureza principalmente tóxica e em menor proporção apresenta natureza infecciosa. No neonato, a utilização de colírio de prata 1% é uma das principais causas da conjuntivite tóxica, os quadros infecciosos podem ocorrer resultantes da contaminação durante passagem pelo canal vaginal. Entre os pacientes pediátricos com idade superior a 24 meses a conjuntivite por adenovírus é a mais comumente verificada.<sup>73</sup>

#### **Diagnóstico**

O diagnóstico ocorre principalmente a partir da história clínica e do exame médico, A história usualmente evolui com hiperemia difusa em um olho que em pouco tempo atinge ambos os olhos, ao exame físico verifica-se a presença de edema palpebral, secreção aquosa ou mucoide.<sup>74</sup>

É importante investigar o contato com outras pessoas possivelmente infectados associados ao aparecimento dos sintomas na criança. Uma avaliação ocular minuciosa contribui para o diagnóstico do quadro, a partir da verificação da superfície ocular pode-se evidenciar petéquias na região e até mesmo a presença de hemorragia subconjuntival.<sup>74</sup>

#### **Tratamento**

O tratamento em fase aguda se dá principalmente pelo alívio e controle dos sintomas a fim de reduzir o desconforto da criança, pode-se orientar a aplicação de compressas frias para promover o alívio a dor e desconforto ocular lubrificantes também podem ser utilizados. Em pacientes com edema palpebral

acentuado recomenda-se o uso de anti-inflamatórios não esteroidais sistêmicos para reduzir o inchaço.<sup>75</sup>

As conjuntivites na infância normalmente apresentam-se como uma inflamação auto limitada com resolução espontânea em poucos dias, a exceção se dá em casos de conjuntivites gonocócicas e *H. influenzae*, embora sejam mais incomuns na infância, as conjuntivites por ação bacterianas podem ocorrer sendo o tratamento realizado com uso de antimicrobianos tópicos e reclusão para evitar a disseminação e novo contágio, pode-se utilizar antibióticos sistêmicos, especialmente ampicilina, a fim de evitar o desenvolvimento de infecções mais graves como pneumonia e encefalite.<sup>75</sup>

#### **8.4.7 Constipação intestinal**

A definição de constipação intestinal é ampla sendo usualmente empregada a ausência de evacuação, contudo, na prática pode ser associada a evacuação de fezes com aspecto endurecido acompanhada de dor ou esforço. Evacuação em frequência menor que três vezes por semana também caracteriza o quadro. A maior parte das causas de constipação intestinal refere-se a alterações funcionais normalmente associadas a doenças gastrointestinais, contudo, aspectos como hábitos de vida e alimentação tem impactado cada vez mais a vida da criança e do adolescente, influenciando no desenvolvimento de constipação.<sup>76</sup>

#### **Diagnóstico**

O diagnóstico da constipação é basicamente clínico, contudo, alguns critérios têm sido empregados de forma a contribuir para o diagnóstico da constipação intestinal funcional. entre esses critérios destaca-se<sup>77</sup>:

- a) Para lactentes deve-se considerar as seguintes condições por mais de um mês: Evacuação em frequência menor que duas vezes na semana, retenção de fezes, dor e dificuldade de evacuação, fezes de grande calibre, acúmulo de massa fecal no reto.

- b) Em crianças até quatro anos: Incontinência fecal após domínio do esfíncter e presença de fezes de grande calibre.
- c) Em crianças com mais de quatro anos: Incontinência fecal com episódios semanais, evacuação dolorosa, presença de massa fecal no reto, eliminação de fezes de grande calibre

É importante salientar que esses são critérios direcionadores para o diagnóstico de constipação intestinal, no entanto, não contradizem o diagnóstico em situações que determinado critério não é atendido, mas o paciente apresenta quadro sugestivo de constipação.<sup>78</sup>

A anamnese pediátrica é fundamental para avaliação da constipação, nessa etapa deve-se questionar com atenção os hábitos alimentares da criança e de sua família, as manifestações clínicas apresentadas e medidas terapêuticas anteriormente já utilizadas. É fundamental também avaliar o impacto da condição na vida social e familiar da criança.<sup>78</sup>

## **Tratamento**

O tratamento para constipação é bem estabelecido há várias décadas, sendo fundamental a desimpactação ou esvaziamento de fecaloma no reto e cólon para fornecer alívio e segurança a criança, sendo fundamental também atenção para prevenção da reimpactação que pode resultar em maiores danos gastrointestinais para a criança. A recomendação para desimpactação plena deve ocorrer no mínimo entre 2 e 5 dias por via oral com PEG, Macrogol, ou através do uso de enemas.<sup>77</sup>

A educação e prevenção dos casos de constipação também fazem parte do tratamento de constipação, deve-se orientar o correto treinamento esfíncteriano a fim de facilitar a evacuação, evitar punições ou discriminação frente a incontinência fecal que pode ocorrer de modo involuntário, deve-se orientar também acerca de aspectos gerais de saúde como alimentação, hidratação e a prática de exercícios físicos.<sup>77</sup>

### **8.4.8 Abdome agudo**

O abdome agudo é uma emergência médica em pediatria sendo caracterizado principalmente pela ocorrência de dor intensa de início súbito na região abdominal, frequentemente as principais causas de abdome aguda incluem gastroenterite, constipação, síndrome viral e inflamações na região abdominal, sendo a apendicite a causa mais comum do abdome agudo.<sup>79</sup>

## **Diagnóstico**

O diagnóstico é essencialmente clínico, principalmente a partir da dor a palpação e a descompressão brusca de pontos dolorosos. Além da palpação deve-se realizar inspeção detalhada do abdome da criança a fim de identificar alterações como retrações ou abaulamentos sugestivos.<sup>80</sup>

É fundamental considerar algumas possibilidades de diagnóstico diferencial para categorizar casos de abdome agudo cirúrgicos de outras intercorrências não cirúrgicas, desse modo, em crianças menores de 2 anos necessita-se atenção comparativa com casos de gastroenterite, infecção urinária, pneumonia, sepse bacteriana, constipação e tonsilite, para crianças maiores de dois anos necessita-se adicionar ainda a cetoacidose diabética, pancreatite aguda e adenite mesentérica como diagnóstico diferencial.<sup>80</sup>

A ultrassonografia contribui para o diagnóstico fundamental, entretanto frente a dor localizada e sinais evidentes de irritação peritoneal seja indicativo para cirurgia imediata.<sup>79</sup> As principais etiologias para dor abdominal aguda envolvem a estenose hipertrófica de piloro quadro que além da dor abdominal envolve desidratação com perdas de eletrólitos promovendo alcalose metabólica. Exame de gasometria contribui para diagnóstico diferencial dessa para outras condições de confusão, a ultrassonografia de abdome é recomendada para confirmação do diagnóstico.<sup>80</sup>

Apendicite aguda representa a causa mais comum de dor abdominal aguda em crianças, especialmente se comparada as causas cirúrgicas, a representação clássica envolve dor periumbilical com migração para quadrante inferior direito, é associada a febre e pode ser associada a vômitos. Na primeira infância o diagnóstico é dificultado pela dificuldade de se obter uma história e exames físicos precisos.<sup>80</sup>

## Tratamento

O tratamento depende da etiologia do abdome agudo. Em casos de estenose hipertrófica de piloro indica-se a hidratação e correção do desequilíbrio hidroeletrólítico precedendo com tratamento cirúrgico por meio de piloromiotomia.<sup>81</sup> E para quadros de apendicite aguda a indicação cirúrgica é imediata devendo passar previamente por análise da condição estrutural do apêndice, se estiver perfurado com abscesso associados deve-se considerar a antibioticoterapia profilática associada.<sup>80</sup>

### 8.4.9 Síndromes exantemáticas

As doenças exantemáticas na infância são cinco principais doenças características do exantema na infância, são elas: Exantema súbito, sarampo, escarlatina, varicela e eritema infeccioso.<sup>82</sup>

O exantema súbito é causado pelo herpesvírus humano 6 e 7 e enterovírus como COX A e B, adenovírus. É observada principalmente em crianças com idade entre 7 e 13 meses de vida, sem apresentar sazonalidade, o desenvolvimento da doença é precedida por febre de 3 a 5 dias com interrupção abrupta antes do aparecimento do exantema clássico. As lesões exantemáticas surgem inicialmente em pescoço e tronco com espalhamento próximo distal, tendem a permanecer por dois dias, contudo pode haver alteração no padrão das lesões dentro de duas a quatro horas.<sup>82</sup>

Para diagnóstico do exantema súbito a história clínica costuma ser suficiente fornecendo forte sugestão do quadro, por se tratar de uma infecção autolimitada não há recomendação para avaliação por exames laboratoriais.<sup>82</sup>

O sarampo representa um dos exantemas infantis de maior incidência e contágio, a infecção viral envolve duas fases uma inicial de incubação marcada pela possibilidade de erupção cutânea aproximadamente 5 anos após o contágio, contudo, pode ocorrer a evolução assintomática nessa fase. Em seguida, evolui-se para pródromo com aparecimento de sintomas inespecíficos incluindo febre, tosse, coriza e conjuntivite, sintomas que se intensificam com a

o passar dos dias e ao aparecimento do exantema. A doença segue-se com enantema caracterizado pelo aparecimento de manchas de koplik na mucosa bucal.<sup>83</sup>

A abordagem para o diagnóstico do sarampo envolve a relação da história clínica associadas a exames de investigação que pode incluir teste sorológico para anticorpos IgM séricos do sarampo, avaliação de anticorpos IgG específicos do sarampo, isolamento do vírus em cultura e detecção do DNA viral por RT-PCR.<sup>83</sup>

A escarlatina é uma doença infecciosa aguda com aparecimento de erupções cutâneas aproximadamente no segundo dia da doença com desenvolvimento inicial na região de cervical e pescoço com evolução para face e membros, os sintomas associados incluem febre, infecção de garganta, mialgia. A característica diferencial desse exantema corresponde a grande proporção das lesões que se muitas vezes parecem tomar totalmente a área afetada sendo mais intensas em região de face, axila e virilhas. Alterações na língua são comuns na doença contribuindo para sua diferenciação de outros quadros exantemáticos, o acometimento lingual é marcado inicialmente saburrosa com coloração esbranquiçada que com o curso da doença evolui para aspecto avermelhado, sinal referido como "língua em framboesa".<sup>84</sup>

O diagnóstico é basicamente clínico, contudo, em casos de persistência pode-se solicitar teste rápido para estreptococos e na impossibilidade destes a cultura de secreção da garganta.<sup>83</sup>

A varicela zoster é uma infecção viral aguda benigna e autolimitada, as manifestações clínicas se desenvolvem cerca de 15 dias após o contato com o vírus, além do exantema característico envolve febre, faringite e inapetência. As erupções são pruriginosas com aspecto inicial de pápulas que evoluem para lesões vesiculares, aspecto característico da infecção, tendem desaparecer em torno de duas semanas sem necessitar de terapia medicamentosa podendo orientar a aplicação de compressas frias para aliviar o prurido e a irritação cutânea.<sup>84</sup>

#### **8.4.10 Anafilaxia**

A anafilaxia é caracterizada como reação alérgica de início súbito e generalizada com acometimento simultâneo de dois ou mais sistemas orgânicos. Em pacientes pediátricos, os alimentos e medicamentos representam os principais agentes etiológicos das reações anafiláticas bem como veneno de insetos capazes de provocar hipersensibilidade.<sup>85</sup>

## Diagnóstico

A anafilaxia corresponde a uma reação grave com risco de vida para crianças e adolescentes, diante disso, o diagnóstico adequado e rápido é essencial para melhorar o prognóstico do paciente em reação anafilática, o reconhecimento clínico da anafilaxia é fundamental para promover atendimento adequado rápido, na população pediátrica manifestações cutâneas são predominantes associados usualmente a manifestações respiratórias e intestinais, sintomas como taquicardia, eritema conjuntival, rinorreia e irritabilidade também são comuns.<sup>86</sup>

A dosagem de triptase em nível sérico contribui para caracterização laboratorial da anafilaxia, contudo, só tem eficiência se realizado no período inicial da reação, isto é, nos primeiros 15 minutos a 3 horas.<sup>86</sup>

Há três critérios básicos para diagnóstico clínico da anafilaxia<sup>86</sup>, são eles:

- a) Início agudo de uma doença de pele, lábios ou mucosa associada a pelo menos um dos sintomas: Alteração respiratória, pressão arterial reduzida ou sintomas de disfunção orgânica.
- b) Dois ou mais sintomas de desenvolvimento rápido após exposição a provável antígeno: envolvimento da pele e mucosa, alteração respiratória, sintomas gastrointestinais persistentes ou pressão baixa.
- c) Redução rápida da pressão arterial após a exposição a um alérgeno conhecido, em lactentes considera-se a pressão baixa específica para idade ou redução superior a 30%, em adolescentes corresponde a redução da pressão sistólica a níveis inferiores a 90mmHg ou 30% dos limites basais do indivíduo.

## Tratamento

A anafilaxia é uma emergência médica, devendo a abordagem inicial ser focalizada principalmente na manutenção dos sinais vitais e encaminhamento hospitalar. O primeiro passo do tratamento deve ser a remoção do antígeno desencadeante da relação, seguindo com avaliação do paciente com verificação da via aérea, respiração, circulação, pele e estado mental. O paciente deve ser posicionado em decúbito dorsal com elevação dos membros inferiores, deve-se evitar a alteração de decúbito e posicionamento do paciente a fim de evitar risco de colapso circulatório.<sup>87</sup>

A adrenalina é o medicamento de escolha para recuperação do paciente, a administração o quanto antes da crise é essencial para preservação da vida do paciente. A dosagem da adrenalina deve ser administrada em solução 1:1.000 na dose de 0,01mg/kg IM no músculo vastolateral da coxa. Em crianças menores de 12 anos a dose máxima é 0,3mg e 0,5 mg para adolescentes. Caso não haja melhora com a dose inicial recomenda-se reaplicação entre 5 e 15 minutos. A monitoração circulatória e respiratória deve ser contínua de modo não invasivo, o acesso venoso deve ser assegurado desde o início da crise anafilática devido a necessidade de manutenção do caso principalmente pelos efeitos adversos resultantes da estimulação simpática da adrenalina.<sup>87</sup>

#### **8.4.11 Infecção do trato urinário**

A infecção do trato urinário é caracterizada pela proliferação bacteriana em qualquer porção do trato urinário, trata-se da infecção mais comum em lactentes especialmente em meninas nos primeiros meses de vida. O diagnóstico clínico comumente é suficiente para identificação do quadro infeccioso sendo exames de cultura auxiliares para a confirmação do diagnóstico bem como para orientar a terapia antimicrobiana, os critérios de inclusão para diagnóstico clínico de ITU envolve sintomatologia própria do trato urinário, usualmente verifica-se conjunto deles, sendo: disúria, polaciúrica, urgência ou retenção urinária, incontinências, esses podem ser associados com sintomas inespecíficos como febre, anorexia, vômitos. Em recém-nascidos o diagnóstico clínico é dificultado pela dificuldade de avaliação dos sintomas.<sup>88</sup>

Além disso, alguns critérios de exclusão possibilitam afastar a ITU da suspeita diagnóstica, entre eles inclui-se: balanopostite ou vulvovaginite, leucorreia com eritema, a presença de leucorreia é indicação de coleta da urina para análise de cultura.<sup>88</sup>

No exame físico é fundamental a avaliação dos sinais vitais, especialmente determinar a pressão arterial, dados antropométricos e seus respectivos percentis, a avaliação de lojas renais é essencial a percussão contribui para determinação da infecção.<sup>88</sup>

## Exames

**Urina tipo I** representa um dos principais exames para diagnóstico da infecção do trato urinário, contudo, deve-se manter-se atento a casos de poliúria nos quais o exame pode ser normal ou com pouca leucocitúria, as identificações do exame são sugestivas de ITU contudo não são 100% comprobatórias à medida que outras inflamações relacionadas a genitália e DSTs podem alterar o exame.<sup>89</sup>

A **urocultura** é o exame para confirmação da ITU, possibilitando além do diagnóstico a avaliação da terapia antimicrobiana de acordo com os possíveis agentes microbianos, contudo, a eficácia do exame depende da qualidade da amostra e da coleta realizada.<sup>89</sup>

**Hemocultura e hemograma completo** são indicados perante suspeita de infecção sistêmica estabelecida. **Prova de função renal** também pode ser necessário após a confirmação do diagnóstico com 1 repetição se alterada no fim do tratamento.<sup>89</sup>

## Tratamento

O tratamento deve ser realizado de modo empírico logo após a coleta de material para urocultura, em neonatos e lactentes o início deve ser o mais precoce possível sendo indicado acompanhamento hospitalar para menores de três meses considerando condições sociais e de risco familiar.<sup>90</sup>

Nessa faixa etária medidas de suporte também são necessárias a fim de manter o balanço hidroeletrólítico e controle dos sintomas inespecíficos como

febre e vômitos. A terapia antimicrobiana empírica é usualmente com aminoglicosídeo ou cefalosporina de terceira geração de acordo com a gravidade do quadro pode-se ainda optar pela terapia combinada, o tratamento deve durar entre 10 e 14 dias de acordo com a droga de escolha.<sup>90</sup>

Em crianças maiores e adolescente adota-se as medidas gerais de suporte com preferência pela reposição hídrica oral quando possível, a terapia antimicrobiana é recomendada por dose oral<sup>90</sup>, de acordo com o quadro 15.

QUADRO 15 – Tratamento por via oral para crianças e adolescentes com ITU

<b>TRATAMENTO POR VIA ORAL PARA ITU</b>		
<b>Fármaco</b>	<b>Posologia</b>	<b>Contraindicação</b>
Nitrofurantoína	3 mg/Kg/dia – 6/6 ou 8/8 horas	Pacientes com menos de 6 meses de vida Insuficiência renal Hipersensibilidade a fórmula
Ácido nalidíxico	20 a 50 mg/kg/dia - 6/6 ou 8/8 horas	Pacientes com menos de 6 meses de vida Insuficiência renal Hipersensibilidade a fórmula
Sulfametoxazol-trimetoprim (TMP)	8 a 10 mg de TPM/kg/dia – 12/12 horas	Paciente menor de dois meses de vida Porfiria Anemia megaloblástica

Fonte: Adaptado de Craig et al.,(2019).<sup>90</sup>

## 9. CONCLUSÃO

A partir do exposto conclui-se que atenção médica da criança e do adolescente na atenção primária demanda de cuidados específicos referente ao atendimento e seguimento do acompanhamento. Nesse sentido, a responsabilidade de médico sobre o atendimento da criança fornecendo a ela cuidado integral a saúde considerando os aspectos biopsicossociais que as envolve demanda do profissional vasto conhecimento acerca das atividades a serem desenvolvidas e das patologias a serem verificadas na prática profissional enquanto médico da saúde da família e da comunidade.

Em grande parte, as patologias apresentam diagnóstico fundamentalmente clínico o que reforça a necessidade de compreender os diversos aspectos relacionados a ela, incluindo não somente aspectos de diagnóstico e tratamento, mas também relações socioeconômicas capazes de interferir na tomada de decisão frente a casos difíceis. Além disso, algumas patologias apresentam diagnóstico dificultado em crianças, especialmente em recém-nascidos onde a presença de sintomas característicos pode não ser verificada e a história clínica é prejudicada pela incapacidade de expressão do paciente.

Assim, o médico de família e comunidade enfrenta em sua prática diária diversos desafios próprios da profissão, tendo em guias de consulta e estudos a contribuição para avaliação prática de sua rotina diária contribuindo para o atendimento integral da criança em todas as fases de sua vida, com suporte adequado a vida e as demandas de crescimento e desenvolvimento.

## REFERÊNCIAS

- 1- DASMASCENO, SS; NÓBREGA, VM; COUTINHO, SED; REICHERT, APS; TOSO, BRG; COLLET, N. Saúde da criança no Brasil: orientação da rede básica à Atenção Primária à saúde. Rev Ciência Saúde Coletiva. 2016. 21(9).
- 2- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Caderneta de Saúde da Criança: passaporte da cidadania. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.
- 3- KOPELMAN BI, CONSTANTINO CF, TORREÃO LA, HIRSCHHEIMER MR, CIPOLOTTI R, KREBS VLJ. Bioética e Pediatria. In: Lopez FA, Campos Jr. D, editores. Tratado de Pediatria. 2.ed. Barueri: Manole; 2010. p.15-25.
- 4- CARVALHO, MFPP. Desenvolvimento normal. In: Lopez FA, Campos JD (orgs.). Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 4.ed. Barueri: Manole, 2017.
- 5- FRANÇA, NPS; FERNANDES, TF. Puericultura contemporânea: do pré-natal adolescência. In: Lopez FA, Campos JD (orgs.). Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 5.ed. Barueri: Manole, 2021.
- 6- FIGUEIRAS AC, SOUZA ICN, RIOS VG, BENGUIGUI Y. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Washington, D.C.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.
- 7- Secretária de Saúde do Espírito Santo. Atenção à saúde da criança. 2017. Disponível em:  
<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Protocolo/ATEN%C3%87%C3%83O%20SAUDE%20DA%20CRIAN%C3%87A%202017.pdf>. Acesso em 03 de fevereiro de 2023.
- 8- FRANÇA NPS. A Consulta pediátrica pré-natal: um guia para antecipar condutas preventivas. Rio de Janeiro: Atheneu; 2018. v.1. 120p.
- 9- SANTIAGO LB. Incentivo ao aleitamento materno: a importância do pediatra com treinamento específico. J Pediatr 2003; 79:504-12.
- 10-BRASIL. Sociedade Brasileira de Pediatria. Guia prático de Aleitamento Materno. 2020. Disponível em:  
[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/22800f-GUIAPRATICO-GuiaPratico\\_de\\_AM.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/22800f-GUIAPRATICO-GuiaPratico_de_AM.pdf). Acesso em 23 de janeiro de 2023.

- 11-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos Brasília: Ministério da Saúde; 2019.
- 12-MELO, NK; PASSOS, LS; FURLAN, RMM; ANTONIO, RSC. Aspectos influenciadores da introdução alimentar infantil. Rev Distúrbios da Comunicação. 2021; 33(1): 117-125.
- 13-BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário Nacional de Vacinação. Calendário vacinal. 2022. Disponível em <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/calendario-vacinal-2022/calendario-nacional-de-vacinacao-2022-crianca/view> Acesso em 20 de janeiro de 2023.
- 14-MALTA DC. Atendimentos por pacientes e violências na infância em serviços de emergências públicas. Cad. saúde pública. 2015;31(5): 1095-1105.
- 15-BRASIL. Ministério da saúde. Caderno de atenção à saúde da criança: primeiro ano de vida. 2020. Disponível em pdf4.pdf (saude.pr.gov.br) acesso em 04 de fevereiro de 2023.
- 16-FERREIRA, C; CARVALHO, E.; SILVA, ER. Doença do refluxo gastroesofágico. In: Lopez FA, Campos JD (orgs.). Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 5.ed. Vol1. Barueri: Manole, 2021.
- 17-FERREIRA CT, CARVALHO E. Doença do refluxo gastroesofágico. In: Carvalho E, Silva LR, Ferreira CT. Gastroenterologia e nutrição em pediatria. Barueri: Manole; 2012. p. 91-132.
- 18-MAHONEY LB, ROSEN R. The spectrum of reflux phenotypes. Gastroenterol Hepatol. 2019;15 (12):646.
- 19-FALUSI OO. Seborrhea. Pediatrics in Review. 2019;40(2):93-5.
- 20-GIRALDI, S; SILVA, J.. Dermatite seborreica. In: Lopez FA, Campos JD (orgs.). Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 5.ed. Vol1. Barueri: Manole, 2021.
- 21-SAMPAIO ANSB, MAMERI ACA, VARGAS TJS, RAMOS-E-SILVA M, NUNES AP, CARNEIRO SCS. Educação médica continuada – Dermatite seborreica. An Bras Dermatol. 2011;86(6):1061-74.
- 22-PELLETIER JL, PEREZ C, JACOB SE. Contact dermatitis in pediatrics. Pediatr Ann. 2016;45(8):e287-92

- 23- BAU, AE; CARREA MC; GOMES, IR.. Dermatite de contato em crianças. In: Lopez FA, Campos JD (orgs.). Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria. 5.ed. Vol1. Barueri: Manole, 2021.
- 24-VONGYER GA, GREEN C. Allergic contact dermatitis in children; has there been a change in allergens? Clin Exp Dermatol. 2015;40(1):31-4.
- 25-OLIVEIRA ZNP. Dermatologia pediátrica. Coleção Pediatria. Instituto da Criança HC-FMUSP. Barueri: Manole, 2009. p.231-49.
- 26-FAWAZ R, BAUMANN U, EKONG U, FISCHLER B, HADZIC N, MACK CL, Guideline for the Evaluation of Cholestatic Jaundice in Infants: joint recommendations of the North American Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition and the European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2017;64(1):154-68.
- 27-SATROM K, GOURLEY G. Cholestasis in preterm infants. Clin Perinatol. 2016;43(2):355-73.
- 28-LANE E, MURRAY KF. Neonatal cholestasis. Pediatr Clin North Am. 2017;64(3):621-39.
- 29-FELDMAN AG, SOKOL RJ. Neonatal cholestasis: emerging molecular diagnostics and potential novel therapeutics. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2019;16(6):346-60.
- 30-ENHOLATI RRM, BORONI JD, CARVALHO EAA. Consulta pediátrica pré-natal. Revista Médica de Minas Gerais. 2014;24(2):254-61
- 31-Bright futures pocket guide: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents 4. ed. Elk Grove Village: American Academy of Pediatrics; 2017.
- 32-LYRA PR, MOREIRA LMO. Semiologia do recém-nascido normal. In: Silva LR (ed.). Diagnóstico em pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan; 2009. p.202-9.
- 33-DUKHOVNY S, WILKINS-HAUG LE. Fetal assessment and prenatal diagnosis. In: Cloherty and Stark's Manual of Neonatal Care. 8.ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. p.1-14.
- 34-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

- 35- MARAIS, B. J. Tuberculosis in children. *Journal Pediatric Child Health*, v. 50, n. 10, p. 759–767, 2014.
- 36-DAVIDSON RS. Miscellaneous foot disorders. In: Sponseller PD (ed.). *Orthopaedic knowledge update: pediatrics*. Rosemont, IL: American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2002. p.223-9
- 37-JACKSON JF, STRICKER SJ. Pediatric foot notes: a review of common congenital foot deformities. *International Pediatrics*. 2003;18:133-40.
- 38-CARVALHO E, FERREIRA CT. Alergia alimentar. In: Carvalho E, Silva LR, Ferreira CT. *Gastroenterologia e nutrição em pediatria*. Barueri: Manole; 2012. p. 267- 315.
- 39-BRAR KK, LANSER BJ, SCHNEIDER A, Nowak-Wegrzyn A. Biologics for the Treatment of Food Allergies. *Immunol Allergy Clin North Am*. 2020;40(4):575-91.
- 40-CARVALHO E, FERREIRA CT, SILVA LR. Alergia alimentar. In: Silva LR, Ferreira CT, Carvalho E. *Manual de residência em gastroenterologia pediátrica*. Barueri: Manole; 2018. p. 234-64.
- 41-ORLANDI RR, KINGDOM TT, HWANG PH, SMITH TL, ALT JA, BAROODY FM, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol*. 2016;6(S1):S22-209
- 42-SHAH RK, DHINGRA JK, CARTER BL, REBEIZ EE. Paranasal sinus development: a radiographic study. *Laryngoscope*. 2003;113(2):205-9.
- 43-VILLAGE G. Subcommittee on Management of Sinusitis and Committee on Quality Improvement. *Pediatrics*. 2001;108(3):798-808.
- 44-STEAC AA, THOMAS JC, DEMARCO RT, POPE JC 4TH, BROCK JW, ADAMS MCJ. Incidence of testicular ascent in boys with retractile testes. *Urol*. 2007 Oct;178(4 Pt 2):1722-4; discussion 1724-5.
- 45-.NASCIMENTO FJ, PEREIRA RF, SILVA JL, TAVARES A, POMPEO ACL. Topical betamethasone and hyaluronidase in the treatment of phimosis in boys: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. *Int Braz J Urol*. 2011 May-Jun;37(3):314-9.
- 46-YEAP E, PACILLI M, NATARAJA RM. Inguinal hernias in children. *Aust J Gen Pract*. 2020;49(1-2):38-43.

- 47-CAMPANARO CM, CHOPARD MRT. Anemias: investigação e diagnóstico diferencial. In: Braga JAP, Tone LG, Loggetto SR (eds.). Hematologia e hemoterapia pediátrica. São Paulo: Atheneu; 2014. p.25-39.
- 48-WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Nutritional anaemias: tools for effective prevention and control. Geneva, 2017
- 49-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Plano Nacional de Vigilância e Controle das Enteroparasitoses. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- 50-FERNANDES TF. Parasitoses Intestinais. Departamento de Pediatria Ambulatorial. Documento Científico da Sociedade Brasileira de Pediatria n. 4. Setembro, 2020.
- 51-GASPARINI EA, PORTELLA R. Manual de parasitoses intestinais. Rubio, 2005.
- 52-LOLA A. Anatomy and assessment of pediatric airway. Pediatric Anesthesia. 2009;19(Suppl 1):1-8.
- 53-MADEIRA IR; LIBERAL EF; VASCONCELOS MM. Endocrinologia pediátrica. Série Pediatria SOPERJ. 2ed. 2019.
- 54-SANTOS MBC; SARTORI, MGF; NAZÁRIO AFCP. Terapêutica em ginecologia: protocolos de assistência do Departamento de Ginecologia da EPM-Unifesp. 3 ed. 2020.
- 55-ESHERICK, J. Diretrizes clínicas em Atenção Primária à Saúde. 10 ed. Porto Alegre. 2013.
- 56-BLOT M, BLOT PB, FRAVOLT N, BONNIOUD P, CHAVANET P, PIROTH L. Update on childhood and adult infectious tracheitis. Médecine et Maladies Infectieuses. 2017;47:443-52
- 57-SHAH S, SHARIEFF GQ. Pediatric respiratory infections. Emerg Med Clin North Am. 2007;25(4):961-79.
- 58-Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Pneumologia. Pneumonias adquiridas na comunidade complicadas. Documento Científico 2021. In press.
- 59-RODRIGUES JC, SILVA FILHO LVF, BUSH A. Diagnóstico etiológico das pneumonias. J Pediatr (Rio J). 2002;78:S129-40
- 60-HAQ IJ, BATTERSBY AC, EASTHAM K, MCKEAN M. Community acquired pneumonia in children. BMJ. 2017;356:j686.

- 61-British Thoracic Society. Quality improvement tool: pediatric community acquired pneumonia. 2019;Reports v.10, Issue 2.
- 62-FOKKENS WJ, LUND VJ, HOPKINS C, HELLINGS PW, KERN R, REITSMA S, et al. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2020. *Rhinol J.* 2020;(Suppl 29):1-464.
- 63-ORLANDI RR, KINGDOM TT, HWANG PH, SMITH TL, ALT JA, BAROODY FM, et al. International consensus statement on allergy and rhinology: rhinosinusitis. *Int Forum Allergy Rhinol.* 2016;6(S1):S22-209.
- 64-ANSELMO-LIMA WT, SAKANO E, ALENCAR A, FERNANDES A, TAMASHIRO E, ARAÚJO E, et al. Rinossinusites: evidências e experiências. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2015;81(1):1-49.
- 65-PILTCHER O, TAMASHIRO E. I Campanha sobre uso de antibióticos em infecções de vias aéreas superiores. *ABORL-CCF.* 2017;4-8.
- 66-SHAH RK, DHINGRA JK, CARTER BL, REBEIZ EE. PARANASAL sinus development: a radiographic study. *Laryngoscope.* 2003;113(2):205-9.
- 67-World Gastroenterology Organization Global Guideline. Diarreia aguda em adultos e crianças: uma perspectiva mundial. Milwaukee: WGO; 2012.
- 68-BRASIL. Ministério da Saúde. Manejo do paciente com diarreia (cartaz). Available: [bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/cartazes).
- 69-GOUVEIA MA, LINS MTC, SILVA GAP. Acute diarrhea with blood: diagnosis and drug treatment. *J Pediatr (Rio J).* 2020;96(S1):20-8.
- 70-PALMU AA, GERVA E, SAVOLAINEN H, KARMA P, MAKELA PH, KILPI TM. Association of clinical signs and symptoms with bacterial findings in acute otitis media. *Clin Infect Dis.* 2004;38(2):234-42.
- 71-LIEBERTHAL AS, CARROLL AE, CHONMAITREE T, GANIATS TG, HOBERMAN A, JACKSON MA, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics.* 2013; 131(3):964-9.
- 72-VEENEKAMP RP, SANDERS SL, GLASZIOU PP, DEL MAR CB, ROVERS MM. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database System Rev.* 2015;6:CD000219. doi:10.1002/14651858.CD000219 pub4 pmid: 26099233.
- 73-BIELORY L, BIELORY B, WAGNER RS. Allergic and immunologic eye disease. In: Leung DYM, Sampson HA, Geha RS, Szefer SJ. *Pediatric allergy: principles and practice.* 3. ed. New York: Elsevier; 2016. p. 482-97.

- 74-BIELORY L, SCHOENBERG D. Emerging therapeutics for ocular surface disease. *Curr Allergy Asthma Rep.* 2019;19:16.
- 75-ROSARIO NA, BIELORY L. Epidemiology of allergic conjunctivitis. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2011;11:471-6.
- 76-MORAIS MB. Constipação intestinal. In: *Sociedade Brasileira de Pediatria. Tratado de Pediatria.* 2015. Barueri: Manole; 2015.
- 77-VRIESMAN MH, KOPPEN IJN, CAMILLERI M, DI LORENZO C, BENNINGA MA. Management of functional constipation in children and adults. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol [Internet].* 2020;17(1):21-39
- 78-BENNINGA MA, NURKO S, FAURE C, HYMAN PE, ST JAMES ROBERTS I, SCHECHTER NL. Childhood functional gastrointestinal disorders: Neonate/toddler. *Gastroenterology [Internet].* 2016;150(6):1443-55.e2.
- 79-HIJAZ NM, FRIESEN CA. Managing acute abdominal pain in pediatric patients: current perspectives. *Pediatric Health Med Ther.* 2017;8:83-91.
- 80-SAMUEL M. Pediatric appendicitis score. *J. Pediatr Surg.* 2002;37(6):877-81.
- 81-KIMBERLIN DW, BRADY MT, JACKSON MA, LONG SS, EDS. RED BOOK: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases. 31.ed. Itasca: American Academy of Pediatrics; 2018.
- 82-MATHES EF, OZA V, FRIEDEN IJ, CORDORO KM, YAGI S, HOWARD R, et al. "Eczema coxsackium" and unusual cutaneous findings in an enterovirus outbreak. *Pediatrics.* 2013;132(1):e149-57.
- 83-SILVERBERG NB. Pediatric warts: update on interventions. *Cutis.* 2019;103:26-30.
- 84-BOULL C, GROTH D. Update: treatment of cutaneous viral warts in children. *Pediatr Dermatol.* 2011;28(3):217-29.
- 85-FIGUEIRA M, SARINHO E, SOLÉ D. Management of anaphylaxis: knowledge of Brazilian pediatricians. [Dissertação]. Recife: Universidade Federal de Pernambuco; 2019.
- 86-BROWN SGA, TURNER PJ. ANAPHYLAXIS. IN: O'HEHIR RE, HOLGATE ST, SHEIK A. *Middleton's allergy essentials.* Philadelphia: Elsevier; 2017. p. 345-59.
- 87-HAKER MS, WALLACE DV, GOLDEN DBK, OPPENHEIMER J, BERNSTEIN JA, CAMPBELL RL, ET AL. Anaphylaxis – a 2020 practice parameter update, systematic review, and Grading of Recommendations, Assessment,

- Development and Evaluation (GRADE) analysis. *J Allergy Clin Immunol.* 2020;145(4):1082-23.
- 88-TULLUS K, SHAIKH N. Urinary tract infections in children. *Lancet.* 2020 May;395(10237):1659-68.
- 89-OKARSKA-NAPIERAŁA M, WASILEWSKA A, KUCHAR E. Urinary tract infection in children: diagnosis, treatment, imaging. Comparison of current guidelines. *J Pediatr Urol.* Dec 2017;13(6):567-73.
- 90-CRAIG JC, SIMPSON JM, WILLIAMS GJ, LOWE A, REYNOLDS GJ, MCTAGGART SJ, et al. Antibiotic prophylaxis and recurrent urinary tract infection in children: Prevention of recurrent urinary tract infection in children with vesicoureteric reflux and normal renal tracts (Privent) investigators. *N Engl J Med.* 2009 Oct 29;361(18):1748-59.
- 91-SBP - Sociedade Brasileira de Pediatria. Pneumonia adquirida na Comunidade na Infância. Departamento Científico de Pneumologia. n.3. 2018.
- 92-LOPEZ FA, CAMPOS JD (orgs.). *Tratado de Pediatria: Sociedade Brasileira de Pediatria.* 5.ed. Vol 1. Barueri: Manole, 2021.
- 93-Secretária de Saúde do Rio Grande do Sul. Nota técnica 01/2019. Assistência à saúde da criança de 0 a 2 anos na atenção básica. 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201910/18161725-nota-tecnica-saude-da-crianca.pdf>. Acesso em 05 de fevereiro de 2023.