

03

PRINCIPAIS
AGRAVOS
NA SAÚDE
DA CRIANÇA II

curso de especialização em Atenção Básica

MÓDULO 6

SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA



03

PRINCIPAIS
AGRAVOS
NA SAÚDE
DA CRIANÇA II

curso de especialização em

Atenção Básica

MÓDULO 6

SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor – Natalino Salgado Filho

Vice-Reitor – Antonio José Silva Oliveira

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – Fernando de Carvalho Silva

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE - UFMA

Diretora – Nair Portela Silva Coutinho

COMITÊ GESTOR - UNA-SUS/UFMA

COORDENAÇÃO GERAL

Ana Emília Figueiredo de Oliveira

COORDENAÇÃO ADJUNTA

Eurides Florindo Castro Jr.

COORDENAÇÃO DE NÚCLEO PEDAGÓGICO

Deborah Baesse

COORDENAÇÃO DE NÚCLEO DE TECNOLOGIAS E HIPERMÍDIAS

Rômulo Martins França

COORDENAÇÃO EXECUTIVA

Fátima Gatinho

COORDENAÇÃO INTERINSTITUCIONAL DO CURSO

Maria do Carmo Lacerda Barbosa

COORDENAÇÃO DE DESIGN INSTRUCIONAL

Paola Trindade Garcia

COORDENAÇÃO DE DESIGN

Hudson Francisco de A. C. Santos

COORDENAÇÃO DE JORNALISMO

João Carlos Raposo Moreira

COORDENAÇÃO DE RECURSOS AUDIOVISUAIS

Roberta Azzolini

COORDENAÇÃO DE AVA E PRODUÇÃO

Francisco Gregório Almeida Silva

SECRETARIA-GERAL DO MAIS MÉDICOS

Rosângela Almeida

SUPERVISÃO DE TUTORIA

Maiara Monteiro Marques Leite

Vanessa Maria Belo

Copyright © UFMA/UNA-SUS, 2014

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS. É PERMITIDA A REPRODUÇÃO PARCIAL OU TOTAL DESTA OBRA, DESDE QUE CITADA A FONTE E QUE NÃO SEJA PARA VENDA OU PARA QUALQUER FIM COMERCIAL. A RESPONSABILIDADE PELOS DIREITOS AUTORAIS DOS TEXTOS E IMAGENS DESTA OBRA É DA UNA-SUS/UFMA.

Esta obra recebeu apoio financeiro do Ministério da Saúde

Universidade Federal do Maranhão - UFMA

Universidade Aberta do SUS - UNA-SUS

Rua Viana Vaz, nº 41, Centro, São Luís – MA. CEP: 65052-660

Site: www.unasus.ufma.br

NORMALIZAÇÃO:

Bibliotecária Eudes Garcez de Souza Silva.

CRB 13ª Região nº de Registro – 453

REVISÃO ORTOGRÁFICA

Fábio Allex

REVISÃO TÉCNICA

Cláudio Vanucci Silva de Freitas, Edison José Corrêa, Estela Aparecida Oliveira

Vieira, Judith Rafaelle Oliveira Pinho, Paola Trindade Garcia

PROJETO GRÁFICO

Douglas Brandão França Junior

ILUSTRAÇÕES

Camila Santos de Castro e Lima

Universidade Federal do Maranhão. UNA-SUS/UFMA

Saúde da criança e a Saúde da família: principais agravos na saúde da criança II/ David Karlos Miranda Mesquita; Ednei Costa Maia; Fabrício Silva Pessoa; Walquíria Lemos Soares (Org.). - São Luís, 2014.

55f. : il.

1. Saúde da criança. 2. Atenção primária à saúde. 3. Políticas públicas. 4. UNA-SUS/UFMA. I. Freitas, Cláudio Vanucci Silva de. II. Corrêa, Edson José. III. Vieira, Estela Aparecida Oliveira. IV. Pinho, Judith Rafaelle Oliveira. V. Garcia, Paola Trindade. VI. Título.

CDU 613.9-053.2

APRESENTAÇÃO

O objetivo desta unidade é identificar sinais, sintomas e o manejo clínico de doenças respiratórias, infecções do trato urinário (ITU) e convulsões; analisar o contexto da febre como indicador de patologias infantis.

Você encontra, ainda, abordagens sobre o diagnóstico e tratamento de doenças respiratórias infantis, como: resfriado comum, rinossinusite aguda, otite média aguda, faringoamigdalite aguda, pneumonia, influenza e asma. A febre, por ser um sinal de alerta para várias doenças, terá uma abordagem de condutas médicas para diversas situações. Além disso, apresenta-se as principais indicações de manejo clínico para situações de infecção do trato urinário e convulsões em crianças.

Bons estudos!

SUMÁRIO

Unidade 3	7
1 INFEÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS (IRAs)	7
1.1 Resfriado comum	8
1.2 Rinossinusite aguda (RSA)	9
1.2.1 Sinais sugestivos de rinossinusite bacteriana	11
1.3 Faringoamigdalite aguda	13
1.4 Otite média aguda (OMA)	17
1.5 Adenoidite	21
1.6 Pneumonia	21
1.7 Influenza	26
1.7.1 Síndrome gripal (SG)	27
1.7.2 Síndrome respiratória aguda grave (SRAG)	27
1.8 Asma	32
1.9 Febre	39
1.10 Infecção do trato urinário	44
1.11 Convulsões	46
REFERÊNCIAS	54

UNIDADE 3

1 INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS AGUDAS (IRAs)

A incidência de IRA em crianças é semelhante em países ricos e pobres, com média de quatro a seis episódios por ano por criança. Destes, apenas de 2% a 3% evoluem para pneumonia (FONSECA, 2012).

As queixas respiratórias são bastante frequentes no ambulatório de saúde da criança nas UBS. Dessa forma, as equipes de saúde devem estar capacitadas para prestar uma atenção qualificada e evitar possíveis complicações desse quadro.

As IRAs são classificadas em infecções das vias aéreas superiores (Ivas) e infecções das vias aéreas inferiores (Ivai). Acompanhe abaixo a classificação (FONSECA, 2012):

Figura 1 - Classificação das Ivas (infecções das vias aéreas superiores).

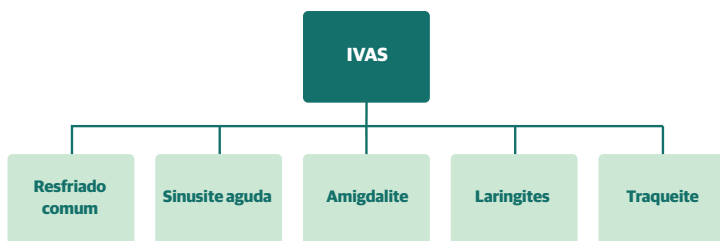
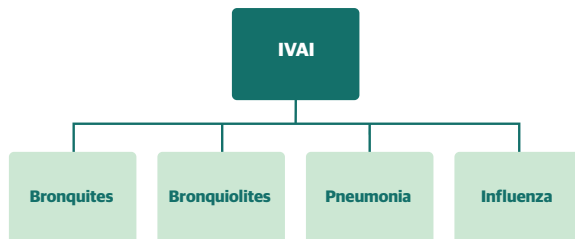


Figura 2 - Classificação das Ivai (infecções das vias aéreas inferiores).



1.1 Resfriado comum

Resfriado comum certamente é uma das queixas principais das mães no ambulatório de saúde da criança. As crianças costumam apresentar entre seis e oito resfriados por ano nos primeiros 5 anos de vida e até 15% das crianças têm cerca de 12 episódios anuais (FONSECA, 2012).



Definição:

- Infecção viral autolimitada da mucosa do trato respiratório que se manifesta com rinorreia e obstrução nasal.

Etiologia:

- Vários vírus podem estar envolvidos na etiologia do resfriado. O principal é o rinovírus.

Manifestação clínica:

- Os resfriados são quadros caracterizados por início com manifestações de Ivas, como coriza, espirros e congestão nasal, que costumam evoluir com tosse pouco produtiva, febre em geral baixa ou moderada, dores musculares, astenia e anorexia.

Tratamento:

- Ingestão de líquidos;
- Soro fisiológico nasal;
- Antitérmicos e analgésicos:
 - ✓ Paracetamol: até os 12 anos, 10 a 15 mg/kg a cada 6 horas. Acima de 12 anos, 325 a 500 mg a cada seis horas;
 - ✓ Ibuprofeno: 40 mg/kg, três vezes por dia.
 - ✓ Observação quanto à possibilidade de aparecimento de sinais de gravidade (dispneia, tiragem subcostal, prostração ou recusa à ingestão de líquidos em lactentes com menos de 2 meses).

1.2 Rinossinusite aguda (RSA)

Definição:

- Inflamação das cavidades paranasais, que pode ser causada por infecções ou processo alérgico, é comum na infância em consequência de resfriados, daí o termo rinossinusite aguda (FONSECA, 2012).

Etiologia:

- Os agentes etiológicos mais comuns são o *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. Os micro-organismos *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus* beta hemolítico do grupo A ocorrem em menor incidência (BRASIL, 2012a).

Características:

- A rinossinusite aguda (RSA) caracteriza-se por início repentino de dois sintomas: congestão ou descarga nasal, pressão ou dor facial e comprometimento do olfato (hiposmia ou anosmia).
- Os sintomas em crianças, em especial lactentes e pré-escolares, são menos específicos. Em crianças pequenas, os seios paranasais mais acometidos são os maxilares e os etmoidais. Esses seios estão presentes ao nascimento. Os seios esfenoidais se formam por volta dos 5 anos e os frontais por volta de 7-8 anos. A sinusite de seios frontais é incomum em menores de 10 anos.

Manifestação clínica:

- O início é súbito, com rinorreia hialina ou mucoide, obstrução nasal, espirros e irritação na garganta. Tosse e febre podem ocorrer. Embora a febre não seja sintoma predominante em crianças nem em adultos, quando ocorre, costuma ser baixa, mas eventualmente pode ser alta, mesmo quando não há infecção bacteriana secundária. O nariz, a orofaringe e as membranas timpânicas podem ficar hiperemiados. Depois dos primeiros dias, é comum a secreção nasal ficar mais espessa e esverdeada, em decorrência da destruição de células epiteliais e de neutrófilos.

Diagnóstico:

- É fundamental que haja diferenciação entre quadros virais de bacterianos, para isso é importante analisar o tempo de evolução e a gravidade do quadro. O diagnóstico habitualmente é clínico, sem necessidade de exames complementares. Nas RSA, a radiografia de seios da face e a tomografia computadorizada (TC) devem ser solicitadas quando se suspeita de complicações.
- A interpretação da radiografia de seios da face é difícil em crianças, pois os seios paranasais ainda podem não estar pneumatizados. Na sinusite crônica podem ser valorizados espessamento da mucosa ≥ 4 mm, presença de nível hidroaéreo ou opacificação completa (FONSECA, 2012).



IMPORTANTE!

Caso haja necessidade de exames complementares para um diagnóstico, verifique inicialmente na rede de atenção à saúde local o serviço de referência para realização de exames específicos.

1.2.1 Sinais sugestivos de rinossinusite bacteriana

- A infecção bacteriana (rinossinusite bacteriana) deve ser suspeitada quando os sintomas persistem após 10 a 14 dias, momento em que já se esperaria regressão da clínica em um quadro viral, ou quando os sintomas pioram após o quinto dia de evolução. Tanto em adultos quanto em crianças, os agentes etiológicos mais comuns são o *Streptococcus pneumoniae* e *Haemophilus influenzae*. Os micro-organismos *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus* beta hemolítico do grupo A ocorrem em menor incidência (BRASIL, 2012a).

Gravidade dos sinais e sintomas

A gravidade dos sinais e sintomas na sinusite bacteriana aguda pode ser classificada em leve, moderada e grave.

- Leve a moderada:
 - ✓ Rinorreia (em qualquer quantidade);
 - ✓ Congestão nasal;
 - ✓ Tosse;
 - ✓ Cefaleia, dor facial e irritabilidade (variável);
 - ✓ Febre baixa ou ausência de febre.
- Grave:
 - ✓ Rinorreia purulenta;
 - ✓ Congestão nasal;
 - ✓ Dor facial ou cefaleia;
 - ✓ Edema periorbitário (variável);
 - ✓ Febre alta (temperatura axilar $\geq 39^{\circ}\text{C}$).

Tratamento:

- Segundo as Diretrizes Brasileiras de Rinossinusites (2008), existem sete antibióticos para o tratamento da rinossinusite aguda, eles estão divididos entre uso adulto e infantil. Os de uso infantil são:

- ✓ Amoxicilina (45-90 mg/kg/dia);
- ✓ Amoxicilina + inibidor de betalactamase (45-90 mg/6,4 mg/kg/dia);

- ✓ Cefalosporinas de 2ª geração (15-30 mg/kg/dia);
- ✓ Macrolídeos;
- ✓ Azitromicina (10-15 mg/kg/dia, 1 ou 2x/dia);
- ✓ Sulfametaxazol-trimetoprima (30 mg/kg + 6 mg/kg/dia);
- ✓ Ceftriaxone (50 mg/kg/dia, cinco dias).

Complicações:

- As complicações das rinossinusites se classificam em:
 - Orbitárias (celulite orbitária difusa, abscesso subperósteo e abscesso orbitário);
 - Intracranianas (meningite, abscesso sub e extradural, abscesso cerebral e tromboflebite do seio cavernoso);
 - Ósseas (osteomielite dos ossos do crânio).

Observação:

• Crianças, em especial lactentes e pré-escolares, têm sintomas menos específicos. Em crianças pequenas, os seios paranasais mais acometidos são os maxilares e os etmoidais. Esses seios estão presentes ao nascimento. Os seios esfenoidais se formam por volta dos 5 anos de idade e os frontais por volta de 7-8 anos. A sinusite de seios frontais é incomum em menores de 10 anos.

Quando encaminhar:

• Os pacientes com complicações graves devem ser prontamente encaminhados a serviços de urgência ou de referência. Aqueles com complicações leves, com rinossinusite crônica recidivante ou falha clínica terapêutica devem ser encaminhados ao especialista.

IMPORTANTE!

O encaminhamento ao especialista deve ser feito de forma consciente. Verifique na rede assistencial de saúde local qual serviço de saúde oferece esse atendimento e como é feito o agendamento. É sua responsabilidade orientar o usuário do serviço!



1.3 Faringoamigdalite aguda

Características:

- A faringoamigdalite aguda é uma infecção aguda da orofaringe. Manifesta-se após os 3 anos de idade, no fim do outono, inverno e primavera, tendo como período de incubação de dois a cinco dias.
- A infecção das amígdalas decorre da invasão de agentes infecciosos, em sua maioria vírus e bactérias, que penetram as vias aéreas superiores e colonizam o tecido amigdalino.
- Os agentes bacterianos (em especial *Streptococos*) podem invadir e colonizar o tecido amigdalino, que conjuntamente com a resposta imunológica produzem a presença de pus nas amígdalas palatinas.
- Os agente virais podem invadir e colonizar o tecido amigdalino podendo produzir juntamente com a resposta imunológica, um pontilhado hemorrágico nas amígdalas palatinas.

Etiologia:

- A faringite infecciosa aguda é a principal causa de dor de garganta e mais de 50% das faringites são de etiologia viral. A principal causa bacteriana de faringite é o *Streptococcus* β hemolítico do grupo A (*Streptococcus pyogenes*) (BRASIL, 2012a).

Manifestação clínica:

- Início súbito, calafrios, febre alta, dor de garganta, prostração e cefaleia.
- Nas crianças menores de 3 anos os sintomas são obstrução nasal, coriza, tosse e rouquidão.
- Nas crianças maiores, as amigdalites são mais comuns: febre alta (39°C), odinofagia, linfonodos cervicais dolorosos, tonsilas hipertrofiadas e hiperemiadas, com ou sem exsudato purulento.

Exame físico:

No exame físico da orofaringe, podemos encontrar alterações como: hiperemia, aumento das amígdalas, exsudato das amígdalas e petéquias no palato. Além disso, podemos encontrar presença de adenopatias cervicais bilaterais (BRASIL, 2012a).

Diagnóstico diferencial:

Quadro 1 – Achados clínicos e epidemiológicos dos diagnósticos diferenciais da faringite infecciosa.

Dados sugestivos de faringite estreptocócica	Dados sugestivos de etiologia viral
Dor de garganta de início súbito	Conjuntivite
Dor à deglutição	Coriza
Febre	Rouquidão
Rash cutâneo escarlatiforme	Tosse
Cefaleia	Diarreia
Náusea, vômito e dor abdominal	Exantema característico
Eritema tonsilofaríngeo	Enantema característico
Petéquias no palato mole	
Hiperemia e edema da úvula	
Adenomegalias cervicais anteriores dolorosas	
Paciente entre 5 e 15 anos de idade	
Apresentação no inverno ou no início da primavera (em regiões de climas temperados)	
História de exposição	

Tratamento:

Agente	Dose	Via	Duração
Penicilina G Benzatina	600.000 UI para pacientes < 27 kg; 1.200.000 UI > 27kg	Intramuscular	Dose única
Amoxicilina	50 mg/kg/dia, dividida em duas ou três doses (*)	Oral	10 dias
Penicilina V (fenoximetilpenicilina)	Crianças: 250 mg, duas a três vezes por dia, para < 27 kg; para > 27 kg, adolescentes e adultos: 500 mg, duas a três vezes por dia	Oral	10 dias
Para alérgicos à penicilina			
Cefalosporinas de espectro estreito (cefalexina, cefadroxil)	Depende da droga	Oral	10 dias
Eritromicina	50 mg/kg (até 500 mg), de 6h/6h	Oral	10 dias
Azitromicina	12 mg/kg, uma vez ao dia (máximo 500 mg)	Oral	5 dias
Claritromicina	15 mg/kg por dia, dividida em duas doses (máxima 250 mg, duas vezes por dia)	Oral	10 dias
Clindamicina	20 mg/kg por dia, dividida em três doses (máxima 1,8 g/dia)	Oral	10 dias

*Lembre-se também do tratamento sintomático, incluindo-se analgésicos e antitérmicos

Complicações:

Não supurativas	Supurativas
Febre reumática aguda	Celulite ou abscesso faringo-amigdalino
Escarlatina	Otite média
Glomerulonefrite aguda	Sinusite
Síndrome do choque tóxico	Fasceite necrotizante
PANDAS (doenças neuropsi- quiátricas autoimunes)	Bacteremia estreptocócica
	Meningite ou abscesso cerebral

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

Exames complementares:

- A pesquisa de anticorpos antiestreptocócicos reflete eventos imunológicos pregressos e não serve para o diagnóstico da faringite estreptocócica aguda. O mais comum usado e disponível comercialmente é o exame da antiesptretolisina O (ASLO).

Quando presentes em títulos elevados ou ascendentes, podem ajudar a confirmar um quadro de febre reumática aguda. Os títulos de ASLO começam a aumentar em uma semana e atingem um pico entre três e seis semanas após a infecção. O teste pode manter níveis elevados por meses, mesmo após infecções estreptocócicas não complicadas (BRASIL, 2012a).

Encaminhamento:

- A amigdalite estreptocócica pode apresentar complicações supurativas e não supurativas. Entre as supurativas, as mais comuns são otite média, sinusite e adenites cervicais, e as mais temidas são os abscessos peritonsilar e retrofaríngeo, que requerem tratamento hospitalar. Os abscessos podem romper, causando obstrução alta aguda e potencialmente fatal, assim como evoluir para mediastinite e sepse. Esta situação deve ser suspeitada quando ocorrer dor muito intensa, dificuldade para abrir a boca (trismo), desvio medial/abaulamento do palato mole e voz anormal (“voz de batata quente”). Entre as complicações não supurativas, a febre reumática é a complicação mais temida. Esta é a complicação não supurativa da infecção estreptocócica, que mais costuma se associar com amigdalite. Já a glomerulonefrite difusa aguda, que pode ocorrer após a amigdalite estreptocócica, está associada com maior frequência às piodermites (BRASIL, 2012a).

SAIBA MAIS!

Leia o texto *Faringotonsilites agudas: revisão de literatura*. Acesse: <http://goo.gl/FIMGt4>.

1.4 Otite média aguda (OMA)

Definição:

- Otite média aguda (OMA) é uma inflamação da orelha média resultante de lvas com sinais e sintomas característicos (FONSECA, 2012).

Características:

- Aproximadamente de 5% a 30% dos resfriados são agravados com otite média aguda (OMA), que é definida pela presença de dor ou irritabilidade e secreção na orelha média. A confirmação é feita pela otoscopia. A OMA em crianças é bastante frequente nas consultas da Atenção Básica e possui dois picos de maior incidência: entre 6 e 15 meses e idade escolar (BRASIL, 2012a).

Etiologia:

- Os principais agentes etiológicos bacterianos são *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Moraxella catarrhalis*, com menor frequência, o *Staphylococcus aureus* também pode estar envolvido. Este último, assim como *Pseudomonas aeruginosa*, é mais comum na otite média crônica. No quadro crônico, a etiologia habitualmente é mista (BRASIL, 2012a).

Fatores de risco:

- Os principais fatores de risco da OMA são: manifestações alérgicas, uso de chupeta, duração e posição da amamentação, grande número de crianças dormindo no mesmo quarto, frequência e tempo de estadia diária na creche e refluxo gastroesofágico (FONSECA, 2012).

Manifestação clínica:

- O Ministério da Saúde relata que a OMA é a principal causa de otalgia, que pode variar de leve a muito intensa. Congestão nasal e tosse frequentemente precedem a dor de ouvido. Febre ocorre em alguns casos. Irritabilidade, dificuldade para se alimentar e para dormir são algumas das manifestações atípicas encontradas em lactentes (BRASIL, 2012a).

- A otoscopia pode revelar opacificação, alteração da cor (vermelha, branca, amarela), abaulamento ou perda da mobilidade da membrana timpânica (MT). Quando a coleção do ouvido médio supura, observa-se otorreia de coloração variada, que costuma impedir a visualização da MT. A hiperemia da MT é um achado inespecífico, comum em crianças com febre ou choro intenso. Quando é o único achado, a otoscopia pneumática, que avalia a mobilidade da membrana timpânica, é de grande auxílio. Há diminuição ou perda dessa mobilidade quando há secreção no ouvido médio. Bolhas na MT são encontradas na miringite bolhosa, que podem ser causadas por *Mycoplasma pneumoniae*, vírus ou outros agentes.

- A Academia Americana de Pediatria publicou em 2004 o *Clinical Practice Guideline* para o diagnóstico da OMA. Nesse guia há especificação de três critérios necessários para o diagnóstico de OMA (KELLEY, 2007):

- Início agudo;
- Presença de efusão no ouvido médio;
- Sinais de inflamação.

Diagnóstico de OMA, o que verificar?

- 1) História de início agudo dos sinais e sintomas.
- 2) Presença de efusão no ouvido médio, que pode ser indicada por:
 - a) Abaulamento da membrana timpânica;
 - b) Diminuição ou perda da mobilidade da membrana timpânica;
 - c) Nível hidroaéreo atrás da membrana timpânica;
 - d) Otorreia.
- 3) Sinais e sintomas de inflamação do ouvido médio:
 - a) Eritema da membrana timpânica;
 - b) Otalgia (desconforto claramente oriundo da orelha média) que interfere nas atividades normais ou no sono.

As academias americanas de medicina de família e de pediatria dão a opção de se observar por 48-72 horas determinadas crianças com OMA não complicada. Esses casos incluem aquelas de 6 meses a 2 anos de idade, com diagnóstico duvidoso de OMA e sem sinais de gravidade, e as maiores de 2 anos sem sinais de gravidade, mesmo que não haja dúvidas quanto ao diagnóstico de OMA. Se o paciente não melhora nesse período de observação, inicia-se a antibioticoterapia (COBER; JOHNSON, 2005).



Tratamento:

O tratamento da da OMA consiste em medidas gerais e tratamento farmacológico (analgesia e, em alguns casos, antibioticoterapia):

- Medidas gerais
 - ✓ Não mamar na posição sentada;
 - ✓ Calor seco no local: fralda ou toalha aquecida no ferro de passar.
- Analgesia
 - ✓ Paracetamol: até os 12 anos, 10 a 15 mg/kg a cada 6 horas. Acima de 12 anos, 325 a 500 mg a cada 6 horas;
 - ✓ Ibuprofeno: 40 mg/kg, 3 vezes por dia.
- Antibioticoterapia
 - ✓ Idade < 6 meses: amoxicilina 80 mg/kg/dia em três tomadas, por 10 dias;
 - ✓ De 6 meses a 2 anos: conduta expectante, caso haja essa garantia ou haja comprometimento de ambos os ouvidos, antibioticoterapia (igual ao menor que 6 meses, por cinco a sete dias);
 - ✓ Idade > 2 anos: antibioticoterapia (idem anteriores) por cinco a sete dias, se diagnóstico assegurado e dor por mais de 24 horas, ou em caso de febre alta persistente, dor intensa ou vômito; as alternativas à amoxicilina são: sulfametoxazol-trimetropim (6 a 10 mg/kg/dia em

duas tomadas); azitromicina (primeira dose de 10 mg/kg + quatro dias com 5 mg/kg/dia); ceftriaxona (50 mg/kg/dia IM, dose única).

Prevenção:

- A prevenção da OMA, cuja incidência é maior em crianças, deve ser tentada com a redução dos fatores de risco possíveis: acompanhamento regular da saúde, promoção do aleitamento materno exclusivo pelo menos até os 6 meses de vida, não recomendação do uso de mamadeiras e chupetas, combate ao tabagismo passivo.
- A vacinação anti-influenza tem mostrado impacto na redução da recorrência de OMA em locais onde é feita rotineiramente (o que isoladamente não justifica sua inclusão no calendário vacinal para toda a população). Não há evidências suficientes para se recomendar a vacinação antipneumocócica na prevenção da recorrência de OMA (BRASIL, 2012a).

Encaminhamento:

- Complicações da OMA precisam ser prontamente identificadas e podem requerer medidas urgentes. Mastoidite resulta da infecção das células da mastoide, por contiguidade a OMA. Os achados clínicos incluem dor, edema e hiperemia da região retroauricular, com protrusão da orelha, febre e toxicidade. Essa complicação requer internação para tratamento com antibiótico intravenoso e sua confirmação pode ser feita com tomografia computadorizada (TC), logo o paciente precisa ser encaminhado a um serviço de maior complexidade.
- Outras infecções graves podem ocorrer por contiguidade: meningite, abscesso cerebral e trombose de seio venoso. Febre, cefaleia intensa, sinais meníngeos, alteração do nível de consciência, achados neurológicos focais e toxicidade são sinais de alerta e indicam ao médico assistente da APS que o paciente precisa ser referenciado imediatamente para o hospital mais próximo.

IMPORTANTE!

As equipes de Atenção Básica (ESF, Nasf, Melhor em Casa, apoio matricial etc.) são corresponsáveis pelo atendimento do usuário. O encaminhamento para outro nível de atenção à saúde resultará em contrarreferência, e para que se realize o seguimento desse usuário na AB os níveis de atenção à saúde (Atenção básica, média e alta complexidade) precisam atuar no sentido de redes de atenção, não de forma isolada.

1.5 Adenoidite

Características:

- Afecção comum em crianças menores de 5 anos, seu quadro clínico inicia-se com obstrução nasal aguda associada a roncos intensos com repercussão no sono. Febre e rinorreia podem ser encontradas. A secreção retro-nasal abundante desce para a orofaringe e ocasiona tosse, principalmente noturna (FONSECA, 2012).
- A adenoidite pode evoluir com complicações como otite média aguda (OMA).

Tratamento:

- Solução fisiológica nasal, elevação da cabeceira da cama, hidratação e antitérmico.
- Amoxicilina (50 mg/kg por dia por 7 a 10 dias) é a primeira escolha nos casos de infecção bacteriana.
- Macrolídeos, como a eritromicina e a azitromicina, nos casos de hipersensibilidade à amoxicilina.

1.6 Pneumonia

Definição:

- Pneumonia é inflamação do parênquima pulmonar causada por um agente microbiológico, como vírus ou bactérias (GROSSMAN; OST, 2006).

- As pneumonias adquiridas na comunidade (PACs) podem ser definidas clinicamente como a presença de sinais e sintomas de pneumonia na criança previamente sadia decorrente de infecção que tenha sido adquirida fora do ambiente hospitalar.

- A PAC é uma das Iras do trato respiratório inferior de maior gravidade. Há um processo inflamatório, que é a resposta do hospedeiro ao agente agressor. Condições socioeconômicas desfavoráveis, despreparo dos cuidadores e desnutrição são considerados fatores de risco de PAC.

Etiologia:

A idade do paciente é o principal indicador da etiologia e a conduta deve ser baseada nesse fator.

- Em recém-nascidos, os agentes mais comuns são Gram negativos, *Streptococcus* do grupo B e *Staphylococcus aureus*.

- Em crianças de 1 a 3 meses, os agentes mais comuns são vírus, *Clamídia* e *Bordetella pertussis*.

- Com 3 meses a 5 anos, os agentes mais comuns são vírus, *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* e *Staphylococcus aureus*.

- Com mais de 5 anos, os agentes mais comuns são *Streptococcus pneumoniae* e *Mycoplasma pneumoniae*.

Diagnóstico:

Segundo orientações do AIDPI neonatal, uma criança com tosse ou dificuldade para respirar é avaliada verificando (BRASIL, 2012a):

- Tempo que a criança está com tosse ou dificuldade para respirar;
- Presença de sibilância;
- Ocasional ou frequente;
- Presença de taquipneia;
- Presença de tiragem subcostal;
- Presença de estridor e sibilância.

De acordo com a combinação de sinais e sintomas existem três possíveis classificações para uma criança com tosse ou dificuldade para respirar.

São elas:

- Não é pneumonia

Sinais	Classificar	Tratar (os tratamentos urgentes prévios à referência aparecem em negrito)
Nenhum sinal de pneumonia ou doença muito grave	Não é pneumonia	Se estiver tossindo há mais de 30 dias, referir para avaliação.
		Aliviar a tosse com medidas caseiras.
		Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente.
		Se tiver sibilância, tratar com broncodilatador durante cinco dias.
		Seguimento em cinco dias, se não melhorar.

- Pneumonia

Sinais	Classificar	Tratar (os tratamentos urgentes prévios à referência aparecem em negrito)
Respiração rápida	Pneumonia	Dar um antibiótico recomendado durante sete dias.
		Aliviar a tosse com medidas caseiras.
		Informar à mãe sobre quando retornar imediatamente.
		Se tiver sibilância tratar com broncodilatador durante cinco dias.
		Marcar o retorno em dois dias.

- Pneumonia grave

Sinais	Classificar	Tratar (os tratamentos urgentes prévios à referência aparecem em negrito)
Qualquer sinal grave de perigo ou tiragem subcostal ou estridor em repouso	Pneumonia grave ou doença muito grave	Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado.
		Referir urgentemente ao hospital.

SAIBA MAIS!

Você conhece o Programa Educacional em Ausculta Torácica? Acesse:

<http://goo.gl/Sn02Ky>.

Observação!

- A taquipneia é o sinal mais sensível para o diagnóstico de pneumonia em crianças menores de 5 anos. A frequência respiratória deve ser avaliada com a criança tranquila (de preferência no colo da mãe) e contada durante um minuto, pelo menos por duas vezes.
- No derrame pleural ocorre macicez com murmúrio vesicular muito diminuído. Se não há sinais de esforço respiratório, de taquipneia, de crepitações e de diminuição dos sons respiratórios, provavelmente não há pneumonia (BRASIL, 2012a).

Atente-se para a frequência respiratória normal:

Idade	Frequência respiratória normal
0 a 2 meses	até 60 irpm
2 a 11 meses	até 50 irpm
12 a 5 anos	até 40 irpm
6 a 8 anos	até 30 irpm
> 8 anos	até 20 irpm

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

Exames complementares:

O exame de raios X de tórax é complementar e pode ser realizado quando disponível.

É importante ressaltar que o tratamento deve ser instituído independentemente de o profissional ter à sua disposição o exame de raios X e que este é apenas um exame complementar da propedêutica do diagnóstico de PAC e suas complicações. Dessa forma, o exame de raios X torna-se indispen-

sável quando há suspeita de complicações, momento em que o paciente deve ser referenciado (BRASIL, 2012a).

Indicações de internação hospitalar:

As principais **indicações de internação hospitalar** para crianças com diagnóstico de pneumonia grave são: idade < 2 meses, tiragem subcostal, convulsões, sonolência, estridor em repouso, desnutrição grave, impossibilidade de ingestão de líquidos, sinais de hipoxemia, doença de base debilitante, derrame pleural, abscesso pulmonar e pneumomatocele (BRASIL, 2012a).

Tratamento:

Confira informações sobre o uso dos antibióticos de 2 meses a 5 anos:

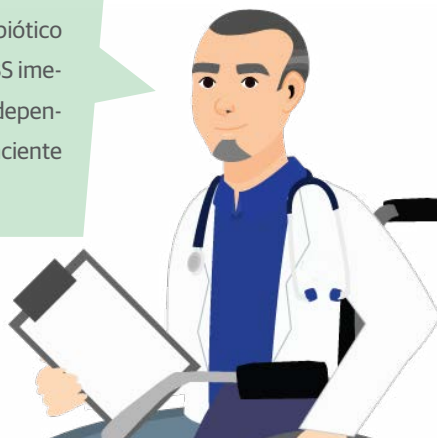
- Amoxicilina 50 mg/kg/dia, 8h/8h, sete a dez dias.
- Penicilina procaína* 50.000 UI/kg/dia, 12h/12h, sete dias.

Confira informações sobre o uso dos antibióticos de 6 a 18 anos:

- Amoxicilina 50 mg/kg/dia, 8h/8h, sete a dez dias.
- Penicilina procaína* 50.000 UI/kg/dia, 12h/12h, sete dias.
- Segunda opção: macrolídeos: eritromicina 50 mg/kg/dia, 6h/6h, 14 dias.

IMPORTANTE!

A primeira dose de antibiótico deve ser administrada na própria UBS imediatamente após o diagnóstico, independentemente do horário em que o paciente estiver sendo assistido.



IMPORTANTE

- A Organização Mundial da Saúde (OMS) estabelece como critérios de falha terapêutica para PAC não grave: ausência de normalização da FR e/ou aparecimento de tiragem subdiafragmática ou de qualquer outro sinal de gravidade no terceiro dia de tratamento. Porém é possível que algumas crianças que venham a ter boa evolução ainda permaneçam com o mesmo grau de taquipneia nesta avaliação (FONSECA, 2012).
- A Organização Mundial da Saúde (OMS) e outros órgãos internacionais recomendam o Plano de Ação Global para Prevenção e Controle da Pneumonia (GAPP), que compreende a implementação de estratégias para tratar, prevenir e proteger as crianças contra a PAC (GREENWOOD, 2008).

SAIBA MAIS!

Leia o Boletim da OMS sobre o GAPP. Acesse:

<http://goo.gl/OgnVSq>.

1.7 Influenza

Definição:

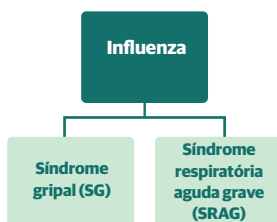
• Como qualquer infecção por influenza, o quadro clínico inicial da doença em questão é caracterizado como uma síndrome gripal (SG), que por sua vez, é definida como “doença aguda (com duração máxima de cinco dias), apresentando febre (ainda que referida) acompanhada de tosse ou dor de garganta, na ausência de outros diagnósticos” (BRASIL, 2012a).

- O período de incubação da influenza dura em média dez dias, podendo se prolongar por mais tempo em pacientes imunossuprimidos.
- Período de transmissibilidade da influenza em crianças (menores de 12 anos): um dia antes até o 14º dia de início dos sintomas.

- A influenza ocorre durante todo o ano, porém é mais frequente nos meses de outono e inverno, quando as temperaturas caem, principalmente no sul e sudeste do país.

Definições de caso:

Para o correto manejo clínico da influenza, é preciso considerar e diferenciar os casos de: síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG).



1.7.1 Síndrome gripal

- Febre de início súbito, mesmo que referida, acompanhada de tosse ou dor de garganta e pelo menos um dos seguintes sintomas: cefaleia, mialgia ou artralgia, na ausência de outro diagnóstico específico.
- Em crianças com menos de 2 anos de idade, considera-se também como caso de síndrome gripal: febre de início súbito (mesmo que referida) e sintomas respiratórios (tosse, coriza e obstrução nasal), na ausência de outro diagnóstico específico.

1.7.2 Síndrome respiratória aguda grave (SRAG)

Indivíduo de qualquer idade, com síndrome gripal (conforme definição acima) e que apresente dispneia ou os seguintes sinais de gravidade:

1	Saturação de SpO2 < 95% em ar ambiente
2	Sinais de desconforto respiratório ou aumento da frequência respiratória; avaliada de acordo com a idade

3	Piora nas condições clínicas de doença de base
4	Hipotensão em relação a pressão arterial habitual do paciente

Em crianças: além dos itens acima, observar também:



Exames complementares:

O quadro clínico pode ou não ser acompanhado de alterações laboratoriais e radiológicas listadas abaixo:

- Alterações laboratoriais: leucocitose, leucopenia ou neutrofilia;
- Radiografia de tórax: infiltrado intersticial localizado ou difuso ou presença de área de condensação.

Fatores de risco:

- Imunodepressão: por exemplo, indivíduos transplantados, pacientes com câncer, em tratamento para Aids ou em uso de medicação imunossupressora.
- Condições crônicas: por exemplo, hemoglobinopatias, problemas cardiovasculares, pneumopatias, insuficiência hepática, doenças renais crônicas, doenças neurológicas, doenças metabólicas (diabetes mellitus e obesidade grau III – índice de massa corporal maior ou igual a 40) e doença genética (síndrome de Down).

Avaliação:

Para o diagnóstico de síndrome aguda respiratória grave ou de síndrome gripal, não é necessária a confirmação laboratorial do agente etiológico, sendo o diagnóstico clínico e, quando indicado, deverá ser solicitado no hospital.

Os indivíduos que apresentem sintomas gripais, inicialmente, devem ser acompanhados pela atenção primária. Deverão ser encaminhados para o hospital os pacientes que apresentarem um ou mais dos sinais e sintomas abaixo (BRASIL, 2012a):

- Cianose
- Batimento de asa de nariz
- Taquipneia: dois meses a menor de 1 ano (> 50 IRPM); 1 a 5 anos (> 40 IRPM)
- Toxemia
- Tiragem intercostal
- Desidratação/vômitos/inapetência, letargia
- Dificuldade para ingestão de líquidos ou amamentar
- Estado geral comprometido
- Presença de comorbidades/imunodepressão

A presença de pelo menos um dos critérios de sinais de alerta deve orientar o médico para o encaminhamento do paciente ao serviço de urgência.



Os casos com sintomas graves devem ser encaminhados pelas equipes de saúde das UBS imediatamente para o hospital ou serviço indicado pela gestão de saúde municipal ou estadual mais próximo.

Tratamento e acompanhamento:

Para pessoas com síndrome gripal - Medidas preventivas

Higienizar as mãos com água e sabonete ou sabão (ou se possível álcool gel a 70%) após tossir, espirrar, usar o banheiro e antes das refeições.

Não compartilhar objetos de uso pessoal de alimentos.

Permanecer, sempre que possível, em sua residência.

Ficar em repouso, aumentar a ingestão e líquidos e alimentar-se de forma equilibrada.

Para familiares, cuidadores e população geral

Evitar aglomerações e ambientes fechados (manter os ambientes ventilados).

Higienizar as mãos frequentemente.

Evitar tocar os olhos, nariz ou boca.

Indicações para o uso de antiviral:

Além dos medicamentos sintomáticos e da hidratação, está indicado o uso de fosfato de oseltamivir (Tamiflu) de forma empírica (**NÃO SE DEVE AGUARDAR CONFIRMAÇÃO LABORATORIAL**) para todos os casos de SG que tenham condições e fatores de risco para complicações, independentemente da situação vacinal.

Como em toda prescrição terapêutica, atentar para as interações medicamentosas, as contraindicações formais e os efeitos colaterais. Esse medicamento pode ainda induzir resistência dos vírus *influenza* se utilizado de forma indiscriminada.

Posologia e administração:

Droga	Faixa etária		Tratamento
Fosfato de oseltamivir (Tamiflu)	Adulto		75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança maior de 1 ano de idade	≤ 15 kg	30 mg, 12/12h, 5 dias
		> 15 kg a 23 kg	45 mg, 12/12h, 5 dias
		> 23 kg a 40 kg	60 mg, 12/12h, 5 dias
		> 40 kg	75 mg, 12/12h, 5 dias
	Criança menor de 1 ano de idade	< 3 meses	12 mg, 12/12h, 5 dias
		3 a 5 meses	20 mg, 12/12h, 5 dias
		6 a 11 meses	25 mg, 12/12h, 5 dias

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de tratamento de Influenza 2013**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 18 f. Disponível em: <http://goo.gl/Z2KXBX>.

Vacina:

- A vacinação anual contra influenza é uma das medidas utilizadas para se prevenir a doença, porque pode ser administrada antes da exposição ao vírus e é capaz de promover imunidade efetiva e segura durante o período de circulação sazonal do vírus.

SAIBA MAIS!

Para mais informações acesse o informe técnico da Campanha Nacional Contra Influenza 2013, acesse: <<http://goo.gl/Z2KXBX>>.

Notificações:

- Todo o caso de síndrome respiratória aguda grave (SRAG) hospitalizado deve ser notificado (Sinan influenza Web);
- Nos casos de surtos, a vigilância epidemiológica local deverá ser prontamente notificada/informada;
- O Brasil possui uma rede de unidades sentinelas para vigilância da influenza, distribuídas em serviços de saúde, em todas as unidades federadas do país, que monitoram a circulação do vírus influenza, por meio de casos de síndrome gripal (SG) e síndrome respiratória aguda grave (SRAG).

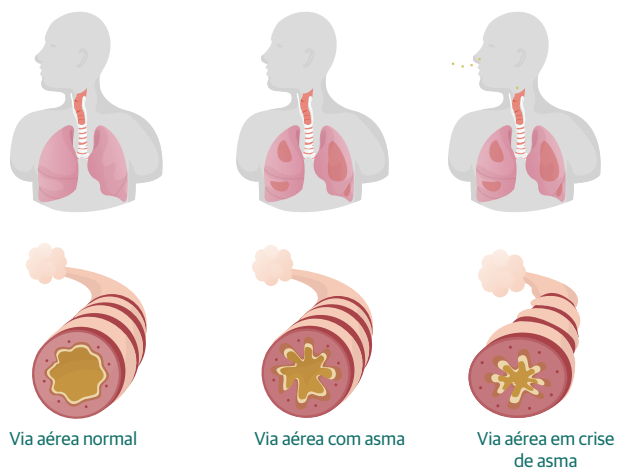
1.8 Asma

- É uma doença inflamatória crônica, caracterizada pela hiper-responsividade das vias aéreas inferiores e por limitação variável ao fluxo aéreo, reversível, espontaneamente ou com tratamento, manifestando-se clinicamente por episódios recorrentes de sibilância, dispneia, sensação de aperto no peito e tosse, particularmente a noite e de manhã ao despertar (SOUZA, 2011);
- É multifatorial: fatores genéticos, exposição a alérgenos e irritantes, além de fatores específicos que levam ao desenvolvimento e manutenção dos sintomas (SOUZA, 2011);
- É a doença crônica mais prevalente na infância e a terceira causa de hospitalização no país. Atualmente os esquemas terapêuticos são específicos, seguros e garantem controle da doença quando associados ao controle adequado de fatores ambientais desencadeantes das crises.

Diferenças fisiopatológicas:

Acompanhe abaixo as principais diferenças fisiopatológicas brônquio-pulmonares para a criança saudável, com asma e com crise de asma:

Figura 3 - Principais diferenças fisiopatológicas brônquio-pulmonares para a criança saudável, com asma e com crise de asma.



- Saudável: na criança sem asma as vias aéreas estão normais e a musculatura lisa permanece relaxada.
- Asma: observe na imagem da criança com asma que as vias aéreas estão estreitadas (inflamação), porém com a musculatura lisa ainda permanece relaxada.
- Crise de asma: quando na crise de asma observa-se considerável estreitamento da via aérea (inflamação), associada à contração da musculatura lisa e aprisionamento do ar nos alvéolos.

Anamnese:

- Deve constar dados sobre a idade de início, frequência e intensidade das manifestações, história familiar, comorbidades como rinite e doença do refluxo gastrointestinal e a necessidade de atendimento em emergências. É mandatória a investigação de fatores ambientais desencadeantes (poeira, ácaros, barata, fumaça, odores fortes, animais domésticos, mofo etc), de uso de fármacos (ácido acetilsalicílico, anti-inflamatórios não esteroidais e

anti-hipertensivos como inibidores da enzima de conversão de angiotensina e betabloqueadores), de atividades e/ou emoções que exacerbem a asma e infecções virais.

Sinais e sintomas:

- A criança apresenta sinais e sintomas como: dispneia, sibilância e tosse, geralmente à noite e pela manhã. Ao exame físico, no período de crises, o principal sinal é a ausculta de sibilos bilaterais e, em alguns casos, de roncos.
- O tórax silencioso é indicativo de mau prognóstico. No período entre crises, o paciente segue assintomático. Os exames complementares para o diagnóstico da doença são a espirometria e o pico de fluxo expiratório. Crianças abaixo de 5 anos têm dificuldade para a execução desses exames.
- Em crianças menores de 5 anos, as principais manifestações sugestivas de asma são: mais de um episódio de sibilância por mês, tosse ou sibilos (ocorrem à noite ou ao acordar de manhã, provocados por emoções ou atividades físicas), tosse sem relação com viroses, presença de rinite alérgica ou dermatite atópica e boa resposta a β 2-agonistas inalatórios.

Diagnóstico simplificado:

Presença de:

- Tosse ou crise de asma;
- Uso de broncodilatador;
- Restrição de atividade física e absenteísmo escolar;
- Asma noturna.

Para o diagnóstico da asma no lactente utilizam-se os critérios maiores e menores. A presença de um critério maior ou um critério maior mais dois critérios menores sugere o diagnóstico de asma (SOUZA, 2011).

- Critérios maiores
 - 1) História parental de asma;
 - 2) Dermatite atópica.

- Critérios menores
- 1) Rinorreia sem resfriado e rinite alérgica;
- 2) Sibilância sem resfriado;
- 3) Eosinofilia > 4%.

Diagnóstico diferencial:

Os principais diagnósticos diferenciais da asma são perceptíveis de acordo com a idade da criança:

- Menores de 5 anos
 - Rinossinusite, doença pulmonar crônica da prematuridade, malformações congênitas, fibrose cística, bronquiectasias, bronquiolite obliterante pós-infecciosa, discinesia ciliar, refluxo gastroesofágico, distúrbios de deglutição, fístula traqueoesofágica, presença de corpo estranho, tuberculose, cardiopatias, imunodeficiências.
- Maiores de 5 anos
 - Rinossinusite, fibrose cística, doenças difusas do parênquima pulmonar, síndrome de hiperventilação alveolar, síndrome do pânico, bronquiectasias, insuficiência cardíaca diastólica e sistólica, neoplasias, bronquiolite, hipertensão e embolia pulmonares, corpos estranhos obstruindo as vias aéreas, disfunção de cordas vocais.

SAIBA MAIS!

A publicação Cadernos de Atenção Básica nº 25, traz mais informações sobre diagnósticos e consultas de doenças respiratórias. Acesse: <http://goo.gl/XmF35w>.

Fatores de risco para exacerbações:

São considerados fatores de risco para exacerbações (BRASIL, 2012a):

- História prévia de asma quase fatal, necessitando de intubação endotraqueal.

- Utilização atual ou recente de corticoide oral.
- Interrupção do uso de corticoide inalatório.
- Três ou mais visitas a serviços de pronto-atendimento ou duas ou mais hospitalizações por asma aguda nos últimos 12 meses.
- Uso de dois ou mais tubos de aerossol dosimetrado (bombinha) de broncodilatador/mês.
- História de doença psiquiátrica ou psicossocial, incluindo uso de sedativos.
- Comorbidades: rinite alérgica não tratada, outras doenças pulmonares e cardiovasculares.
- História de má adesão ao tratamento de anti-inflamatório de manutenção.

Uso do medidor de pico de fluxo expiratório (Peak Flow):

O início do atendimento ao paciente em crise de asma, nas unidades que possuem medidor de pico de fluxo, possui os seguintes passos BRASIL, 2012a):

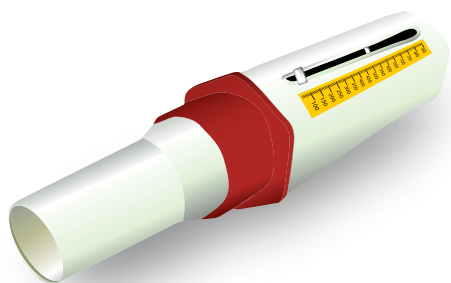
1) Medir o pico de fluxo expiratório (PFE) com o paciente sentado, utilizando o aparelho portátil Peak Flow Monitor (medidor de pico de fluxo). O resultado deve ser expresso em percentagem do previsto para sexo, idade e altura.

2) Administrar as três primeiras doses de β_2 de ação rápida, por via inalatória, espaçadas de 20 minutos. Na vigência de hipoxemia, clinicamente evidenciada por meio de cianose, e dificuldade respiratória, diagnosticada preferentemente por meio da monitorização pela oximetria de pulso, realizar suplementação com oxigênio. Não há diferença na eficácia terapêutica quando os broncodilatadores de ação rápida são administrados por meio de aerossóis (bombinhas) – especialmente quando acoplados a espaçadores – ou nebulização (por meio de nebulizadores elétricos ou de fluxômetro de oxigênio) e, por isso, os primeiros são preferenciais pela facilidade e disponibilidade

de uso. Os espaçadores podem ser artesanais (valvulados ou não valvulados, como é o caso de garrafas de água mineral).

3) Reavaliar a resposta ao BD a cada 20 ou 30 minutos.

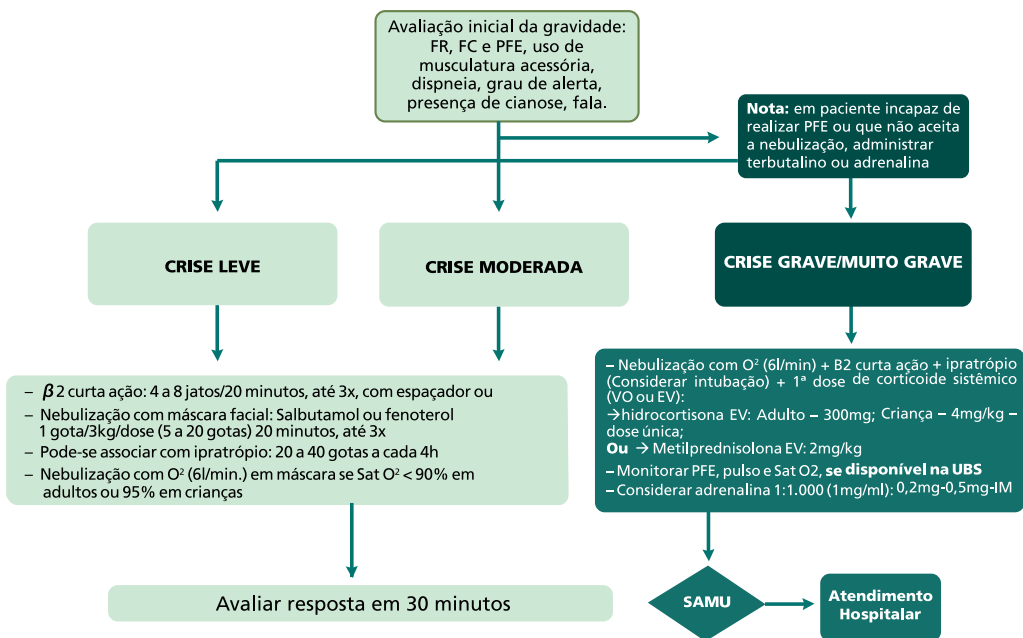
Figura 4 - Aparelho Peak Flow.



Classificação e manejo da asma:

Para todos os indivíduos com diagnóstico de asma, o objetivo inicial é realizar a classificação da intensidade da asma. Posteriormente realiza-se o manejo terapêutico da asma, conforme o quadro e o fluxograma abaixo:

Achado	Leve	Moderada	Grave	Muito grave
DISPNEIA	Caminhando Pode deitar	Conversando Prefere sentar	Em repouso Crianças em aleitamento param amamentação	Em repouso
FALA	Sentenças	Frases	Palavras	
ESTADO MENTAL	Normal	Agitado	Agitado	Confuso
FR*	Normal	Aumentada	Aumentada	> 30 (adultos)
Ver parâmetros no início do capítulo				
MUSCULATURA ACESSÓRIA	Geralmente não	Retração intercostal leve ou ausente	Retrações subcostais e/ou esternocleidomastoideas acentuadas	Retrações acentuadas ou em declínio (exaustão)
PULSO/min	<100	100-120	>120	>120
FC: 2-12 meses < 160/min; 1-2 anos < 120/min; 2-8 anos < 110/min				
PFE após β_2	> 80%	60%-80%	< 60%	
Saturação O ₂	> 95%	91%-95%	< 90%	
PaO ₂	normal	> 60 mmHg	< 60 mmHg	
PaCO ₂	< 45 mmHg	< 45 mmHg	> 45 mmHg	



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

SAIBA MAIS!

Acesse: <http://goo.gl/RKyWiO>.

Encaminhamento:

A presença de pelo menos um dos seguintes achados abaixo indica a necessidade de encaminhamento da criança ou do adulto com asma exacerbada para um hospital:

- Asma grave ou muito grave.
- Sem resposta ou persistência da taquipneia apesar de três administrações de β_2 -agonista dentro de 1h-2h.
- Apoio familiar não favorável ao tratamento domiciliar da criança com quadro agudo.

Seguimento:

- Todo paciente com quadro de asma deve ser devidamente acompanhado pela equipe de Saúde da Família de forma longitudinal e integral, para orientações de controle ambiental, manejo domiciliar das crises mais leves, condicionamento físico, controle de comorbidades, orientação familiar, identificação de fatores desencadeantes, uso correto de medicação, dentre outros.

1.9 Febre

Definição:

- A febre é definida como temperatura axilar acima de 37,2°C e é um sinal de alerta. Essa entidade clínica é um dos principais motivos da ida de crianças ao médico. Febre não é doença em si, por isso atenção: profissionais e familiares devem entender que baixar a temperatura não significa a cura da doença.
- A temperatura deve ser controlada com antitérmicos quando causar desconforto no paciente ou se chegar a 39°C. Não é necessário normalizá-la, mas deixá-la em níveis que não alterem o humor da criança (MURAHOVSKI, 2003).

Criança febril:

- Toda criança febril deve ficar em observação atenta até que haja normalização da temperatura. Devem-se ofertar líquidos em abundância e alimentá-la regularmente.

O ambiente deve ser ventilado e as roupas, leves. A criança deve estar à vontade no ambiente. Banhos com água morna podem ajudar a diminuir a temperatura discretamente, por um curto tempo.

Febre maior que 39,5º:

- Febre maior que 39,5º (risco de convulsão), com calafrios, apatia que não melhora com a elevação da temperatura e sonolência exagerada alternada com irritabilidade. Febre persistente por três dias ou mais deve ser investigada. Os pais devem estar atentos a isso. Palidez, cianose peribucal e calafrios significam bacteremia.

Exames complementares:

- Os exames complementares solicitados são hemograma, VHS, proteína C-reativa; em crianças com menos de 2 anos, urina tipo I e urocultura (em crianças maiores, apenas se houver queixas específicas). Se a febre estiver acompanhada de calafrios, solicita-se hemocultura. Veja os antitérmicos mais utilizados:

	Paracetamol (Acetaminofeno)	Dipirona	Ibuprofeno
Faixa etária	Desde o nascimento	> 3 meses	> 6 meses
Vias de administração	Oral e retal	Oral, retal, IM, IV	Oral
Droga	Faixa etária	Tratamento	5 - 10 mg/kg
Contraindicações	Doença hepática Uso concomitante com drogas metabolizadas pelo citocromo p450	Neutropenia, Reação prévia de hipersensibilidade	Doença péptica, Alterações plaquetárias, Asma ou rinite grave, Doença renal, Hipertensão arterial, Reação prévia de hipersensibilidade ao ibuprofeno ou a outros AINE, Uso concomitante de outros AINE

Fonte: Adaptado de: BRICKS, Lucia Ferro. Editorial: tratamento da criança com febre. **Pediatrics**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 155-8, 2006.

Classificar a criança de 0 a 2 meses de idade:

- Abaixo, é possível avaliar e classificar a criança de 0 a 2 meses de idade e determinar a presença de doença grave, infecção localizada e sem doença grave ou infecção localizada, de acordo com as recomendações do Manual AI-DPI Neonatal (BRASIL, 2012a).

- Doença grave:

DOENÇA GRAVE		
Avaliar	Classificar	Tratamento
Um dos seguintes sinais:		
• "Não vai bem", irritada	DOENÇA GRAVE	• Referir URGENTEMENTE ao hospital segundo as normas de estabilização e transporte
• Não consegue mamar		• Dar a primeira dose via parenteral dos antibióticos recomendados, exceto em anomalias congênitas sem exposição de vísceras, icterícia e peso < 2000 g
• Vomita tudo		• Administrar oxigênio se houver cianose central
• Temperatura axilar < 36º ou ≥ 37,5º C		• Prevenir, controlar e, se necessário, tratar a hipoglicemia
• Convulsões		• Dar acetaminofeno para febre > 38ºC
• Letargia/inconsciência ou flacidez		• Tratar convulsões
• Tiragem subcostal grave		• Prevenir a hipotermia (manter a criança aquecida)
• Apneia		• Recomendar à mãe que continue a amamentação se possível
• Batimentos de asas do nariz		
• Gemido, estridor ou sibilância		
• Cianose central		
• Palidez intensa		
• Icterícia abaixo do umbigo e/ou de aparecimento antes de 24 horas de vida		
• Manifestações de sangramento: equimoses, petéquias e/ou hemorragias		
• Secreção purulenta do ouvido ou da conjuntiva (abundante e com edema palpebral) ou do umbigo (com eritema que se estende para a pele ao redor)		
• Distensão abdominal		
• Peso < 2000 g		
• Frequência respiratória ≥ 60 ou < 30 rpm		
• Pústulas ou vesículas na pele (muitas ou extensas)		
• Enchimento capilar lento (> 2seg)		
• Anomalias congênitas maiores		

- Infecção localizada

INFECÇÃO LOCALIZADA		
AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
<p>Um dos seguintes sinais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Secreção purulenta conjutival • Umbigo com secreção purulenta e/ou eritema sem estender-se para a pele ao redor • Pústulas na pele (poucas localizadas) • Placas brancas na boca 	SEM DOENÇA GRAVE OU INFECÇÃO LOCALIZADA	<ul style="list-style-type: none"> • Dar antibiótico recomendado por sete dias ou Nistatina, segundo o sinal observado. Se houver monilíase oral, tratar o mamilo da mãe • Aplicar tratamento local (antibiótico tópico) • Ensinar a mãe a tratar as infecções localizadas em casa • Ensinar à mãe medidas preventivas e sinais de perigo para retorno imediato • Aconselhar a mãe a prosseguir com o aleitamento materno exclusivo • Fazer o seguimento após dois dias

- Sem doença grave ou infecção localizada

SEM DOENÇA GRAVE OU INFECÇÃO LOCALIZADA		
AVALIAR	CLASSIFICAR	TRATAMENTO
Se não houver nenhum dos sinais anteriores	SEM DOENÇA GRAVE OU INFECÇÃO LOCALIZADA	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhar a mãe a prosseguir com o aleitamento materno exclusivo • Nenhum tratamento adicional • Ensinar à mãe medidas preventivas e os sinais de perigo para retorno imediato • Orientar a mãe quanto ao retorno para nova consulta

IMPORTANTE!

Veja as situações em que a manifestação da febre em crianças obrigatoriamente deve ser avaliada laboratorialmente:

- Idade < 3 meses;
- Temperatura axilar > 39,5 °C;
- Fatores de risco para doença infecciosa grave (corticoterapia, imunodepressão, desnutrição, doença crônica debilitante);
- Lactentes com foco infeccioso definido de doença, mas com quadro clínico severo;
- Escore pela escala de observação clínica de Yale > 10.

SAIBA MAIS!

- Para mais informações sobre o AIDPI:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal.

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_aidpi_neonatal_quadro.

- Para mais informações sobre o Escore de Yale:

<http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/>.

1.10 Infecção do Trato Urinário

Características:

- As infecções do trato urinário (ITU) acometem principalmente meninas, exceto no primeiro mês de vida, quando os meninos são os mais acometidos. Essa infecção prevalece nos primeiros anos de vida e tem seu pico máximo por volta dos 2-3 anos de vida (quando se dá o controle esfinteriano) (HEILBERG; SCHOR, 2003).

Etiologia:

- Os principais agentes etiológicos da ITU são a *Escherichia coli* em crianças sexo *do* feminino e *Proteus sp* em crianças do sexo masculino (colonização do prepúcio).

Quadro clínico:

- O quadro clínico da infecção do trato urinário baixo (cistite) apresenta disúria, polaciúria, nictúria, tenesmo vesical, urgência miccional, retenção ou incontinência urinárias, com ou sem febre. A infecção do trato urinário alto (pielonefrite) inicia-se com sintomatologia de cistite, habitualmente evolui com febre (> 38°C), calafrios e dor lombar (sinal de Giordano positivo), comprometimento do estado geral e êmese (REIS et al., 2012).

- Mesmo quando não há febre, os sintomas de disúria e polaciúria devem ser valorizados para o diagnóstico de ITU. O aspecto da urina tem de ser observado: urina turva indica piúria e avermelhada indica presença de sangue, causada por cálculo ou pelo processo inflamatório.

- Nas crianças, a apresentação clínica é variada, dependendo da idade, conforme quadro a seguir:

Quadro 2- Apresentação clínica dos quadros de ITU, por grupo etário.

Grupo etário	Apresentação clínica
Neonatos e crianças pequenas	Hipotermia, hipertermia, retardos no desenvolvimento, vômitos, diarreia, irritabilidade, letargia, icterícia, urina fétida, sepsse
Pré-escolar	Dor abdominal, vômitos, diarreia, constipação, padrões miccionais anormais, urina fétida, febre, retardos no crescimento
Crianças em idade escolar	Disúria, frequência e urgência, dor abdominal, padrões miccionais anormais (incluindo incontinência e enurese), constipação, urina fétida, febre
Adolescentes	Disúria, frequência e urgência, desconforto abdominal, urina fétida, febre

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

Diagnóstico laboratorial:

- O diagnóstico laboratorial é feito com exame de urina tipo I com sedimento urinário (presença de nitrito, esterase leucocitária, hemoglobinúria, presença de piócitos, pH alterado), urocultura (exame que confirma a ITU) e hemograma completo (se há suspeita de infecção sistêmica).

Tratamento ambulatorial:

- O tratamento ambulatorial é feito quando não se tem as seguintes situações: ITU em recém-nascidos, pielonefrite grave (irritabilidade, letargia, desidratação, anorexia, vômitos) e persistência dos sintomas após 48h de antibiótico adequado (falha terapêutica) – nesses casos o paciente deve ser referenciado à unidade hospitalar. Veja a tabela do Tratamento das ITU.

Quadro 3 - Tratamento farmacológico de ITU em crianças.

Crianças	Sulfametoxazol/trimetopim 40/8 mg/kg/dia por dez dias Cefalexina 50 mg-100 mg/kg/dia por dez dias Amoxicilina 30 mg-50 mg/kg/dia por dez dias
----------	---

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea:** queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

Refluxo vesicoureteral:

O refluxo vesicoureteral é presente em 1% das crianças desde o nascimento por anomalia no trato urinário. Dessa forma, deve ser investigado no 1º episódio de pielonefrite com ultrassonografia e cintilografia, se houver alteração deve-se realizar uretrocistografia miccional; a partir do 2º episódio de pielonefrite, a investigação é feita somente com uretrocistografia miccional.

IMPORTANTE!

Verifique as possibilidades de encaminhamento para o especialista em sua região de atuação quando da suspeita de refluxo vesicouretral.

1.11 Convulsões

Características:

- Define-se convulsão como crise que pressupõe atividade muscular que pode ser tônica, clônica ou tônico-clônica (BRASIL, 2012).
- Quando as crises não apresentam manifestações motoras, não são chamadas crises convulsivas, podendo ser neurovegetativas, sensitivas ou sensoriais, dependendo da porção do cérebro em que ocorre a disfunção.
- Geralmente acompanhando o quadro motor ocorre a perda da consciência e, por dificuldade na manutenção de uma respiração adequada, a criança pode apresentar cianose labial e nas extremidades. Por alteração da

motricidade ocular, os olhos apresentam movimentos involuntários para cima e dilatação pupilar, além de salivação durante o evento.

- Basicamente observam-se dois tipos de convulsão: a que ocorre durante uma crise epilética, denominada de crise convulsiva, e as que ocorrem durante um quadro de síncope prolongado por falta de oxigenação ou por isquemia cerebral, denominadas síncope convulsivas.

A crise epilética:

- Uma crise epilética é um evento paroxístico causado por descargas anormais, excessivas e hipersincrônicas de um agregado de neurônios do sistema nervoso central (SNC), podendo ter várias manifestações, desde uma atividade convulsiva dramática até fenômenos da experiência não facilmente discerníveis por um observador.

- De 5%-10% da população apresentará pelo menos uma crise epilética, sendo as maiores as incidências verificadas no início da infância e na idade adulta avançada (BRASIL, 2012).

Tipos de convulsão:

Pela análise do fenômeno convulsivo em si é muito difícil à distinção entre os dois tipos de convulsão, uma vez que podemos encontrar as mesmas manifestações clínicas em várias patologias.

Causas das crises epiléticas:

As crises epiléticas resultam de um desvio do equilíbrio normal entre excitação e inibição no sistema nervoso central (SNC). Tendo em vista as numerosas propriedades que controlam a estabilidade neuronal, não causa surpresa o fato de existirem muitas formas diferentes de perturbar esse equilíbrio normal e, portanto, muitas causas diferentes para as crises epiléticas.

Quadro 4 - Causas de crises epiléticas em RN, lactentes e crianças.

Recém-nascidos (< 1 mês)	<p>Hipóxia e isquemia perinatais.</p> <p>Hemorragia e traumatismos cranianos.</p> <p>Infecção aguda do SNC.</p> <p>Distúrbios metabólicos (hipoglicemia, hipocalcemia, hipomagnesemia, deficiência de piridoxina).</p> <p>Abstinência de drogas.</p> <p>Distúrbios de desenvolvimento.</p> <p>Distúrbios genéticos.</p>
Lactentes e crianças (> 1 mês a < 12 anos)	<p>Convulsões febris.</p> <p>Distúrbios genéticos (síndromes metabólicas, degenerativas, de epilepsia primária).</p> <p>Infecção do SNC.</p> <p>Distúrbios do desenvolvimento.</p> <p>Traumatismo.</p> <p>Idiopáticas.</p>

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

Anamnese e exame físico:

- O detalhamento da semiologia das crises é o primeiro e decisivo passo no estabelecimento da estratégia inicial de investigação complementar. Deve-se obter a história clínica do paciente e de um acompanhante, que já tenha presenciado as crises, processo que exige tempo, paciência e habilidade.
- O detalhamento da "aura" é o ponto-chave nesta fase.
- O Ministério da Saúde recomenda:
 - a) Quando a crise evolui para generalização motora, o evento motor é, naturalmente, muito mais impactante para o paciente e observadores do que as alterações (sinais ou sintomas) ocorridas imediatamente antes. Deve-se explicitar essa situação em consulta.
 - b) Relembrar detalhadamente algum episódio ictal recente.

- c) Supor que uma crise irá ocorrer durante a consulta, perguntando se teria tempo de avisar o evento e o que sentiria.
- d) Apresentar, inicialmente, perguntas mais gerais. Em um segundo momento realizar perguntas mais direcionadas, sugerindo sintomas (BRASIL, 2012).
- O exame físico geral deve incluir pesquisa de sinais de infecção ou enfermidade sistêmica.
- Deve-se também perguntar sobre histórias de traumatismo craniano e uso de álcool e/ou drogas ilícitas. A ausculta cardíaca e das artérias carótidas pode evidenciar anormalidade que predisponha a doença vascular cerebral.
- Todos os pacientes com quadro epilético necessitam de exame neurológico completo, incluindo a avaliação do estado mental.

Diagnóstico:

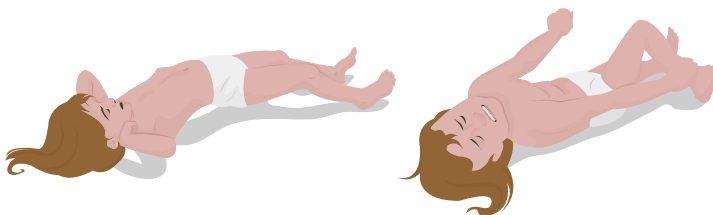
Para o diagnóstico correto é necessária à análise das circunstâncias em que o evento ocorreu, sintomas prodrômicos e recuperação após o evento (BRASIL, 2012):

- Síncope: de maneira geral, na síncope a perda da consciência é breve e súbita, muitas vezes o indivíduo sente que vai desmaiar e a recuperação após o desmaio é rápida, voltando ao estado normal em curto espaço de tempo.
- Na crise convulsiva, a perda da consciência é demorada, geralmente durante alguns minutos, não há pródromos e a recuperação após a crise é lenta, a criança somente volta ao estado normal após algumas horas. Confira os tipos de síncope abaixo:
- Vasovagal: a forma mais comum de síncope na criança é a denominada vasovagal. Desencadeada pelo reflexo vasovagal como resposta a fatores emocionais (sensação de medo, visão de sangue e injeções). Este reflexo provoca uma bradicardia, com diminuição do fluxo sanguíneo cerebral. A síncope também pode ser desencadeada por alteração do ritmo cardíaco, como nas arritmias ou durante um processo febril.

- Perda de fôlego: é um tipo de síncope geralmente desencadeada por choro associado à frustração, raiva, medo ou dor e pode apresentar manifestação de palidez ou de cianose, dependendo do mecanismo predominantemente envolvido. Independe do fator etiológico, se a síncope demorar mais de 30 segundos, pode ocorrer manifestações convulsivas.

Crise convulsiva x epilepsia:

- Nem toda criança que apresenta uma crise convulsiva é epilética. A crise convulsiva pode ser uma manifestação da epilepsia, mas outros fatores podem provocá-la, como uma condição tóxico-metabólica (hipoglicemia, alteração de magnésio, sódio) ou um estado febril.
- A convulsão febril é um quadro comum na infância, geralmente definida pelos seguintes critérios:



Convulsão associada ao aumento da temperatura (maior que 38°C).

Criança entre 6 meses e 6 anos de idade.

Ausência de infecção ou inflamação no sistema nervoso central.

Ausência de anormalidade metabólica que reduz convulsões.

Ausência de história de convulsão febril.

Neste caso, boa anamnese e bom exame físico e clínico, com informações sobre início, evolução, medidas de temperatura, sintomas associados e contexto familiar.

Podemos agrupar as crises convulsivas que não obrigam o diagnóstico de epilepsia como, as que correm na vigência de um distúrbio metabólico agudo ou as crises convulsivas febris. Por outro lado, existem as crises convulsivas que consistem em manifestação de um quadro epilético.

Diagnóstico sindrômico:

- Características semiológicas das crises, idade da criança, exame físico e circunstâncias em que ocorreu possibilitam o diagnóstico sindrômico, que será fundamental para a determinação do prognóstico, da necessidade ou não de tratamento medicamentoso e da necessidade ou não de exames subsidiários para complementar o diagnóstico.

Vejamos abaixo as recomendações do Ministério da Saúde a respeito de condutas médicas diante de quadros de convulsão (BRASIL, 2012):

Tratamento:

- De um modo geral, as epilepsias idiopáticas com crises de início generalizado respondem bem ao tratamento medicamentoso. O valproato e o divalproato são as drogas de primeira escolha e as doses variam de 20 a 60 mg/kg/dia, divididas em duas ou três tomadas.

Efeitos colaterais:

- Algumas crianças podem apresentar efeitos colaterais como intolerância gástrica, ganho excessivo de peso, queda de cabelos e tremores. Efeitos colaterais mais graves têm sido relatados, como falência hepática e pancreatite, mas felizmente são raros.

Benzodiazepínicos:

- Benzodiazepínicos, como o clonazepam e o clobazam, também podem ser usados, assim como a lamotrigina. O fenobarbital, apesar de ser uma medicação excelente para as crises convulsivas, pode não ter efeito nas crises de ausência e na epilepsia mioclônica juvenil.

Recomendações:

- Se houver a necessidade de usar uma medicação anticonvulsivante, a escolha deve ser baseada em aspectos racionais. Primeiramente é necessário saber o tipo de crise para escolhermos uma droga com boa ação e com poucos efeitos tóxicos.
- Em segundo lugar, deve-se iniciar com uma droga e aumentar a dose até as crises serem controladas ou os efeitos colaterais serem importantes, como, sonolência ou tontura excessiva. Se esta droga não controlar as crises é necessário descontinuar-la gradativamente, ao mesmo tempo em que se introduz, também progressivamente, uma nova medicação. A politerapia somente deve ser usada em casos especiais.

Sinais de alarme:

Abaixo seguem os sinais de alarme que indicam encaminhamento:

- Recém-nascido: qualquer RN febril até 28 dias;
- Recém-nascido de 1 a 3 meses: RN de 1 a 3 meses nas seguintes condições: mau estado geral, pais ou responsáveis não inspiram confiança ou não concordam com plano terapêutico, não há garantia de retorno de 24h, pais com acesso rápido ao serviço de saúde no caso de uma piora do quadro;
- Sinais de toxemia: sinais de toxemia em qualquer faixa etária – com temperatura normalizada, a criança apresenta: quedas significativas do estado geral, irritabilidade, hipoatividade, alterações no nível de consciência, alterações do padrão respiratório, hipotensão, taquicardia e sinais de má perfusão periférica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nesta unidade, foram abordados temas de grande relevância para os profissionais da atenção básica na abordagem da saúde da criança, pois se tratam das principais causas de procura à unidade de saúde.

No dia a dia de trabalho é importante diferenciar um resfriado comum de uma pneumonia, classificar a gravidade dessa doença e quando será necessário referenciar o usuário, identificar ainda, uma otite média e quando prescrever o antibiótico. Isso poderá evitar consideravelmente, o agravamento dessas situações.

Além disso, deverá saber manejar um paciente asmático ou com infecção do trato urinário. É importante também ficar alerta para o paciente que apresente somente febre como sintoma a fim de evitar as crises convulsivas febris.

No entanto, é importante também que você conheça não só as condutas clínicas e manejo para cada caso. Conhecer o funcionamento dos serviços de saúde, atuar em rede, e de forma integrada com toda a equipe de saúde poderá garantir o sucesso de todas as condutas clínicas propostas.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**: queixas mais comuns na Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 290 p. (Cadernos de Atenção Básica n. 28, Volume II).

_____. _____. **Manual AIDPI neonatal**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo de tratamento de Influenza**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 18 f. Disponível em: <http://goo.gl/YVbWLO>. Acesso em: 1 abr. 2014.

BRICKS, Lucia Ferro. Editorial: tratamento da criança com febre. **Pediatria**, São Paulo, v. 28, n. 3, p. 155-8, 2006.

COBER, Mary Petrea; JOHNSON, Cary E. Otitis media: review of the 2004 treatment guidelines. **Ann. Pharmacother.**, v. 39, n. 11, p. 1879-1887, nov. 2005. Disponível em: < <http://aop.sagepub.com/content/39/11/1879>. Acesso em: 1 abr. 2014.

DIRETRIZES Brasileiras de Rinossinusites. **Rev. Bras. Otorrinolaringol.**, São Paulo, v. 74, n. 2, supl. 2008. Disponível em: <http://goo.gl/YI3xf5>. Acesso em: 28 mar. 2014.

FONSECA, Eliane Maria Garcez Oliveira da. **Medicina ambulatorial**: pediatria. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, Grupo Gen, 2012. (Série SOPERJ).

GREENWOOD, Brian. Um plano de ação global para a prevenção e controle de pneumonia. **Rev. Saúde Pública**, Genebra, v. 86, n. 5, maio. 2008. Disponível em: <http://goo.gl/4mdok5>. Acesso em: 29 mar.2014.

GROSSMAN, Ronald; OST, David. **Diagnosis and management of Pneumonia and other respiratory infections**. 2. ed. NY: Professional Communications, 2006.

HEILBERG, Ita Pfeferman; SCHOR, Nestor. Abordagem diagnóstica e terapêutica na Infecção do Trato urinário: ITU. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 49, n. 1, jan. 2003. Disponível em: <http://goo.gl/UqMXhl>. Acesso em: 30 mar. 2014.

KELLEY, Peggy. **Otite Média Aguda**: porque precisamos de atualizações? 2007. p. 160-167. Disponível em: <http://goo.gl/ORZmYQ>. Acesso em: 1 abr. 2014.

MURAHOVSKI, Jayme. A criança com febre no consultório. **J. Pediatr.**, Rio de Janeiro, v. 79, supl. 1, jun. 2003. Disponível em: <http://goo.gl/EGkDUY>.

REIS, Rodolfo Borges dos; TRINDADE FILHO, José Carlos Souza; SIMÕES, Fabiano André. **Guia Rápido de Urologia - GRU**. São Paulo: Lemar, 2012. Disponível em: <http://goo.gl/FOBiH9>. Acesso em: 1 abr. 2014.

SOUZA, Dayse Maria Moraes e (Org.). **A prática diária na Estratégia Saúde da Família**. Juiz de Fora: UFJF, 2011. 462 p.