

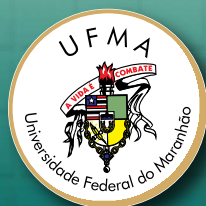
MÓDULO 6 • UNIDADE 2

SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA

AGRAVOS E DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA



UNA-SUS
Universidade Aberta do SUS



MÓDULO 6 • UNIDADE 2

SAÚDE DA CRIANÇA E A SAÚDE DA FAMÍLIA:

AGRAVOS E DOENÇAS PREVALENTES NA INFÂNCIA

São Luís
2014

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

PRODUÇÃO

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: agravos e doenças prevalentes na infância/Ednei Costa Maia; Fabrício Silva Pessoa; Walquíria Lemos Soares (Org.). - São Luís, 2014.

59f. : 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

Os objetivos desta unidade consistem em compreender as articulações do atendimento integral à criança vítima de violência, identificar a icterícia neonatal fisiológica e patológica, principais distúrbios gastrointestinais e as principais afecções dermatológicas e doenças exantemáticas.

Iniciaremos algumas discussões sobre os principais agravos que acometem as crianças, enfatizando seu reconhecimento e tratamento preconizado pelo Ministério da Saúde.

Nesta unidade você pode estudar sobre o atendimento à criança vítima de violência, reconhecimento da icterícia neonatal fisiológica e patológica, principais distúrbios gastrointestinais e distinguir as principais afecções dermatológicas e doenças exantemáticas.

Bons estudos!

SUMÁRIO

Unidade 2	7
1 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA	7
1.1 Sinais de violência.....	8
1.2 Atenção integral às situações de violência	11
1.3 Linha de cuidado.....	13
1.3.1 Cuidados profiláticos e tratamento.....	15
2 DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS	21
2.1 Diarreia	21
2.2 Constipação intestinal	29
2.3 Vômitos	30
2.4 Enteroparasitoses em crianças	32
3 AFECÇÕES DERMATOLÓGICAS	38
3.1 Monilíase oral (candidíase)	38
3.2 Miliária	38
3.3 Dermatites	39
3.4 Pediculoses	45
3.4.1 Pitiríase versicolor.....	45
3.4.2 Tinea	46
3.4.3 Urticária.....	46
4 DOENÇAS EXANTEMÁTICAS	48
4.1 Sarampo.....	48
4.2 Rubéola.....	49
4.3 Varicela.....	50
4.4 Exantema súbito ou roséola infantum	50
4.5 Escarlatina	51
4.6 Enteroviroses.....	52
4.7 Eritema infeccioso.....	53
5 OUTROS AGRAVOS PREVALENTES NA CRIANÇA	54
REFERÊNCIAS.....	56

UNIDADE 2

1 VIOLÊNCIA CONTRA CRIANÇA

O acompanhamento da criança pelos profissionais da Atenção Básica é essencial para garantir o correto crescimento e desenvolvimento, dar apoio aos pais e familiares, bem como identificar precocemente possíveis intercorrências que a criança possa desenvolver (BRASIL, 2012a).

A faixa etária pediátrica tem agravos recorrentes e que devem ser investigados com cuidado, pois as crianças são vulneráveis e dependentes.

Crianças e adolescentes que procuram os centros de saúde ou hospitais em decorrência de violência possivelmente já sofreram maus-tratos menos severos, sem que a comunidade agisse; frequentaram a escola com visíveis sinais de maus-tratos, sem que nada fosse feito; foram atendidos por serviços de saúde, sem que as providências necessárias fossem tomadas.

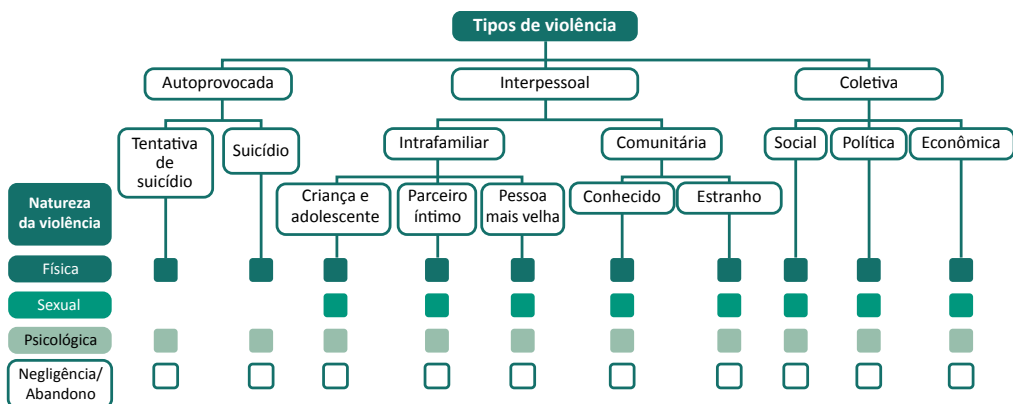
Para a violência que acomete crianças e adolescentes, o Ministério da Saúde define:

Quaisquer atos ou omissões dos pais, parentes, responsáveis, instituições e, em última instância, da sociedade em geral, que redundam em dano físico, emocional, sexual e moral às vítimas (BRASIL, 2010).

Cicillini, Silva e Mello (2012) reforçam a definição da OMS sobre a classificação de violência: autoprovocada (violência praticada contra si mesmo), interpessoal (praticada por indivíduos ou grupos) e coletiva (praticada por organizações maiores). Todas essas formas de violência poderão ser de natureza, física, sexual, psicológica, negligência ou abandono.

Observe no resumo esquemático abaixo a classificação da violência considerando suas diversas dimensões:

Fluxograma 1 - Classificação da violência de acordo com suas respectivas dimensões.



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2010.

SAIBA MAIS!

Leia mais informações e condutas a tomar diante de situações de suspeita ou confirmação de violência no MANUAL PARA ATENDIMENTO ÀS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA NA REDE DE SAÚDE PÚBLICA DO DF. Disponível em: <http://goo.gl/Zg1mJm>.

1.1 Sinais de violência

Os sinais de violência se traduzem em consequências que podem ser distintas segundo cada etapa do desenvolvimento. Quanto mais precoce, intensa ou prolongada é a situação de violência, maiores e permanentes serão os danos para a criança. Há suspeita de violência física na presença dos seguintes sinais (DF, 2008):



Sinais gerais

1. Lesões ditas como “acidentais” não compatíveis com a idade ou desenvolvimento psicomotor da criança;
2. Lesões que não podem ser explicadas pelo acidente relatado;
3. Lesões em vários estágios de cicatrização ou cura;
4. Lesões bilaterais ou simétricas;
5. Lesões em áreas habitualmente cobertas ou protegidas do corpo.

Sinais específicos

1. Lesões de pele;
2. Fraturas;
3. Lesões cranioencefálicas;
4. Lesões de face;
5. Envenenamentos e intoxicações.

Acompanhe no quadro abaixo as principais alterações comportamentais da criança e do adolescente em situações de violência:

Quadro 1 – Principais alterações comportamentais da criança e do adolescente em situações de violência.

SINAIS DA VIOLÊNCIA	CRIANÇA			ADOLESCENTE 10 A 19 ANOS
	Até 11 meses	1 a 4 anos	5 a 9 anos	
Choros sem motivo aparente				
Irritabilidade frequente, sem causa aparente				
Olhar indiferente e apatia				
Tristeza constante				
Demonstrações de desconforto no colo				
Reações negativas exageradas a estímulos comuns ou imposição de limites				
Atraso no desenvolvimento; perdas ou regressão de etapas atingidas				
Dificuldades na amamentação, podendo chegar à recusa alimentar; vômitos persistentes				
Distúrbios de alimentação				
Enurese e encoprese				
Atraso e dificuldades no desenvolvimento da fala				
Distúrbios do sono				
Dificuldades de socialização e tendência ao isolamento				
Aumento da incidência de doenças, injustificável por causas orgânicas, especialmente as de fundo alérgico				
Afecções de pele frequentes, sem causa aparente				
Distúrbios de aprendizagem até o fracasso na escola				
Comportamentos extremos de agressividade ou destrutividade				
Ansiedade ou medo ligado a determinadas pessoas, sexo, objetos ou situações				
Pesadelos frequentes, terror noturno				
Tiques ou manias				
Comportamentos obsessivos ou atitudes compulsivas				
Baixa autoestima e autoconfiança				
Automutilação, escarificações, desejo de morte e tentativa de suicídio				
Problemas ou déficit de atenção				
Sintomas de hiperatividade				
Comportamento de risco, levando a traumas frequentes ou acidentes				
Uso abusivo de drogas				

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: < <http://goo.gl/8tSWdx>>.

1.2 Atenção integral às situações de violência

O Ministério da Saúde traz as seguintes orientações de conduta para casos que necessitam de atenção integral em situação de violências (BRASIL, 2010):

- Para auxiliar o atendimento, utilize perguntas que possam identificar a presença de conflitos familiares geradores de violência contra seus membros e fora do âmbito familiar. Independentemente do motivo que levou a criança ou o adolescente ao serviço de saúde, uma anamnese completa, incluindo a vida familiar, escolar e social deve ser conduzida.
- O exame físico criterioso e detalhado, registrado no prontuário ou em fichas de consultório, também é de fundamental importância. A conduta a ser tomada é sempre singularizada.
- Deve-se considerar a idade do paciente, a situação familiar, a proximidade do autor da agressão, a existência da rede de apoio, o tipo de violência suspeito ou confirmado, as informações disponíveis na rede de cuidados e de proteção social, inclusive o risco de revitimização ou mesmo de morte (BRASIL, 2010).

Especialmente na criança abaixo de 2 anos é possível encontrar a síndrome do bebê sacudido. A ação de "sacudir o bebê" provoca o choque entre a calota craniana e o tecido encefálico deslocado, ocorrendo desde micro-hemorragias por rupturas de artérias e veias até hemorragias maciças e rompimento de fibras e tecido nervoso.



REFLITA COMIGO!

A síndrome do bebê sacudido pode trazer discussões acerca da intencionalidade da ação. Como a equipe de saúde poderá investigar a diferença entre acidente e violência?

A violência corresponde a situações que causam danos à vida de forma geral, já os acidentes são eventos não intencionais, que por sua vez também poderão causar danos físicos e emocionais. A grande diferença reside no fato de que os acidentes podem ser evitados, no entanto a interpretação entre a diferença das duas situações demanda muita sensibilidade por parte do médico, principalmente em saber investigar as condições familiares dessa criança. A visita domiciliar é uma excelente estratégia para compreender o contexto familiar.



1.3 Linha de cuidado

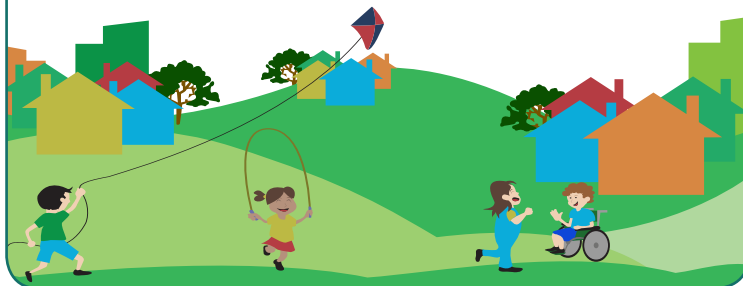
Você sabe o que é linha de cuidado?

A linha de cuidado em saúde expressa os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde. A proposta é de desenhar o percurso que o usuário dos serviços de saúde faz por dentro de uma rede, incluindo segmentos que não estarão necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede e são fundamentais para o cuidado integral, tal como entidades comunitárias e de assistência social (FRANCO; FRANCO, [s.d.]).

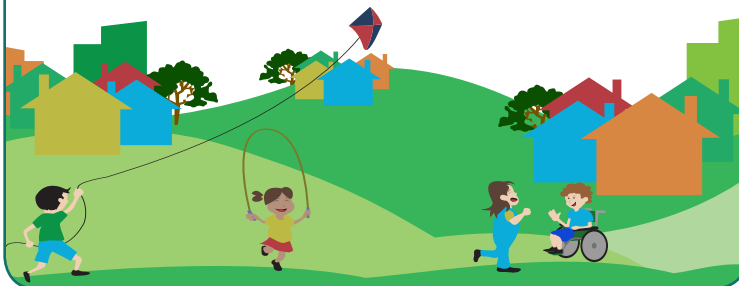
Algumas interpretações podem reduzir, de forma equivocada, a linha de cuidado em sistemas de referência e contrarreferência. É claro que a linha de cuidado inclui esses processos, porém não se limita a simples encaminhamentos, é necessário pactuação de fluxos, organização dos processos de trabalho, com o objetivo de facilitar o acesso dos usuários a todos os serviços necessários.

O Ministério da Saúde, em 2010, elaborou a linha de cuidado para a Atenção Integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências como medida estratégica para a efetivação dos direitos de crianças e adolescentes.

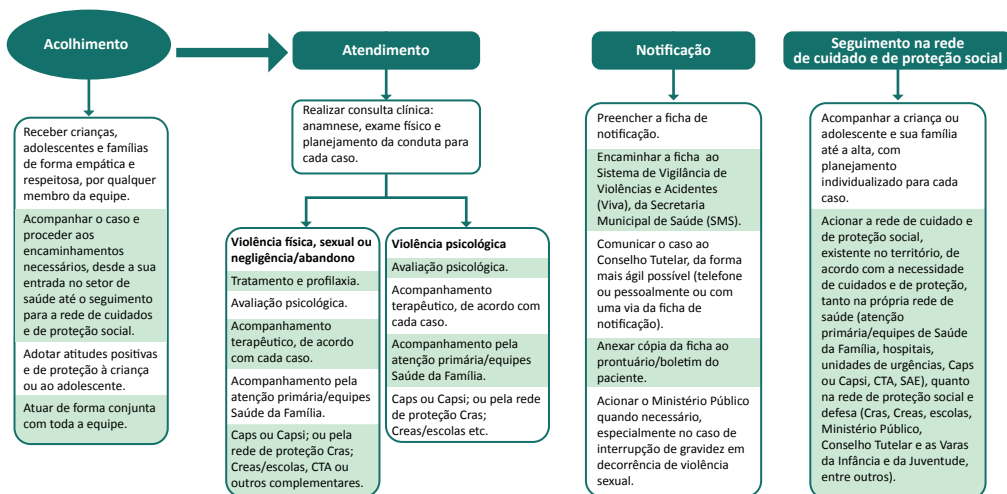
Trata-se de um conjunto de diretrizes e ações específicas de várias políticas universais de saúde, reunidas em uma única estratégia que visa ao alcance da atenção integral ou a integralidade do cuidado, um dos princípios do SUS.



A atuação em linha de cuidado induz à integração de várias ações desenvolvidas na rede de serviços que corresponsabiliza os gestores e os profissionais envolvidos desde a atenção básica até o mais complexo nível de atenção, exigindo ainda a articulação com os demais sistemas públicos, visando à promoção, à proteção e à defesa dos direitos de crianças e adolescentes.



Veja no diagrama a proposta de “linha de cuidado para a Atenção Integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências”:



REFLITA COMIGO!

Dentro dos serviços disponíveis na sua região é possível estabelecer as ações de linha de cuidado para a Atenção Integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências?

SAIBA MAIS!

Conheça as metodologias para o cuidado de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. Disponível no link:

<http://goo.gl/IOL8Xx>.

Assista ao vídeo, disponibilizado no link abaixo, e conheça detalhadamente a linha de cuidado para a Atenção Integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências. Disponível no link:

<https://www.youtube.com/watch?v=aOYoTPzraQ>.

1.3.1 Cuidados profiláticos e tratamento

Mesmo na assistência a crianças, os profissionais de saúde devem seguir as recomendações do Ministério da Saúde, estabelecidas na Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes (BRASIL 2012b). Veja algumas orientações importantes:

- Avaliação de risco para os cuidados profiláticos e de tratamento decorrentes da violência sexual:

	DST/NÃO VIRAIS	HIV/AIDS	HEPATITE B	GRAVIDEZ
RISCOS	Contato com sêmen (oral, vaginal e/ou anal) sangue e outros líquidos corporais	Contato com sêmen (vaginal e/ou anal) e oral com ejaculação	Contato com sêmen (oral, anal e/ou vaginal)	Contato com o sêmen (após a primeira menstruação e antes da menopausa)
CUIDADOS	Realização de aconselhamento	Solicitar e aconselhar teste (anti-HIV)	Avaliar o esquema vacinal da vítima (três doses)	Escolha adequada do método
	Intolerância gástrica	Escolha da associação do medicamento	Avaliar a exposição crônica/repetição da violência	Dosagem a ser administrada
	Histórico alérgico	Dosagem a ser administrada	Realizar a imunoprofilaxia	Administração (ideal até 72 horas ou cinco dias após a violência)
	Escolha adequada do medicamento	Intolerância gástrica	Interpretar os marcadores	
	Dosagem a ser administrada de acordo com o peso	Administração (ideal em 24 horas ou até 72 horas)		

- Acompanhamento laboratorial:

	Admissão	2 semanas	3 meses	6 meses
Sífilis (VDRL* ou RPR**)				
Anti-HIV***				
Hepatite B (HBsAg)				
Hepatite C (anti-HCV)				
Transaminases				
Hemograma				
<p>* VDRL - Veneral Disease Research (testes não treponêmicos) ** RPR - Rapid Plasm Reagin (testes não treponêmicos) *** Excepcionalmente, a avaliação sorológica deverá ser repetida com 12 meses: nos casos que envolvem agressores coinfectados pelo HIV/HCV e quando o indivíduo tiver história de imunossupressão. A testagem anti-HIV também deve ser recomendada para indivíduos que apresentem quadro sugestivo de infecção aguda pelo HIV, independentemente do intervalo desde a exposição.</p>				

- Os espaços coloridos indicam a época em que cada exame deve ser realizado.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/VMYe99>>.

- Profilaxia das DSTs não virais para crianças e adolescentes com menos de 45 kg:

Medicamento	Apresentação	Via de administração	Posologia
Penicilina G benzatina	Frasco-amp. com 600.000 UI, 1.200.000 UI	IM	50 mil UI/kg (dose máxima: 2,4 milhões UI), dose única, (metade da dose em cada glúteo)
Ceftriaxona	250 mg (acompanha diluente de 2 ml)	IM	Aplicar 125 mg (1 ml), dose única
Azitromicina	600 mg/15 ml ou 900 mg/22,5 ml	VO	20 mg/kg (dose máxima: 1 g), dose única

Observação: Caso opte pela prescrição com metronidazol, para a profilaxia de tricomoníase, a dose recomendada para crianças é 15 mg/kg/dia (dose máxima: 2 g), VO, divididos em três tomadas, por sete dias. A administração profilática do metronidazol e de suas alternativas pode ser postergada ou evitada em casos de intolerância gastrointestinal conhecida ao medicamento. Também deve ser postergada nos casos em que houver profilaxia antirretroviral (BRASIL, 2012b).

- Profilaxia da transmissão do HIV para crianças:

Medicamento	Apresentação	Via de administração	Posologia
ZIDOVUDINA (ZDV)	Solução oral 10 mg/ml Cápsula 100 mg	Oral	180 mg/m ² /dose, de 12/12h Dose máxima: 300 mg/dose
LAMIVUDINA (3TC)	Solução oral 10 mg/ml Comprimidos 150 mg	Oral	4 mg/kg - dose - 12/12h Dose máxima: 150 mg - 12/12h > 12 anos: 150 mg 12/12h ou 300 mg em dose única diária
LOPINAVIR/ RITONAVIR	Solução oral: 80 mg/20 mg/ml (LPV/r) Comprimidos: 200 mg/50 mg (LPV/r)	Oral	Crianças < 2 anos: 300 mg/m ² - 12/12h Crianças > 2 anos: 230 mg/m ² - 12/12h Dose máxima: 200 mg - 12/12h Adolescentes: 400 mg - 12/12h

Observação: (1) Superfície corporal (m²) = $\frac{(\text{Peso} \times 4) + 7}{\text{Peso} + 90}$
(2) Peso em kg = 2 x idade + 8

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/807uEX>>.

- Critérios para recomendação de profilaxia pós-exposição sexual ao HIV:

Recomendada	Violência sexual com penetração vaginal e/ou anal desprotegida com ejaculação sofrida há menos de 72 horas
Individualizar decisão	Penetração oral com ejaculação
Não recomendada	Penetração oral sem ejaculação Uso de preservativo durante toda a agressão Agressor sabidamente HIV negativo Violência sofrida há mais de 72 horas Abuso crônico pelo mesmo agressor

• Recomendações para profilaxia de hepatite B pós-violência sexual:

Situações vacinal e sorológica de crianças e adolescentes vítimas de violência	Autor da violência		
	HBsAg reagente	HBsAg não reagente	HBsAg desconhecido ou não testado
Não vacinado	IGHAHB + iniciar vacinação	Iniciar vacinação	Iniciar vacinação*
Com vacinação incompleta	IGHAHB + completar vacinação C	Completar vacinação	Completar vacinação*
Previamente vacinado			
• Com resposta vacinal conhecida e adequada (≥ 10 mUI/ mL)	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
• Sem resposta vacinal após 1ª série (3 doses)	IGHAHB + 1ª dose da vacina contra hepatite B ou duas doses de IGHAHB com intervalo de 30 dias entre elas**	Iniciar nova série de vacinação (3 doses)	Iniciar nova série de vacinação (3 doses)*
• Sem resposta vacinal após 2ª série de vacina	Duas doses de IGHAHB com intervalo de 30 dias entre elas**	Nenhuma medida específica	Duas doses de IGHAHB com intervalo de 30 dias entre elas**
Com resposta vacinal desconhecida: testar a vítima de violência***			
Se resposta vacinal adequada	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica	Nenhuma medida específica
Se resposta vacinal inadequada	IGHAHB +1ª dose da vacina contra hepatite	Fazer segunda série de vacinação	Fazer segunda série de vacinação
IGHAHB: Imunoglobulina Humana Anti-hepatite B * Vítimas de violência que sofreram infecção pelo HBV estão imunes à reinfecção e não necessitam de profilaxia pós-violência sexual. Tanto a vacina quanto a imunoglobulina devem ser administradas preferencialmente nas primeiras 48 horas após o ocorrido, não excedendo o período de 14 dias. **A administração da IGHAHB em duas doses deve obedecer ao intervalo de um mês entre elas. Esta opção deve ser indicada para aqueles que fizeram duas séries de três doses da vacina, mas não apresentaram resposta adequada ou apresentaram alergia grave à vacina. ***Marcadores de triagem sorológica – HBsAg e Anti-HBc Total Obs.: Os indivíduos em situação de violência sexual também devem receber dose única de IGHAHB, 0,06 ml/kg, IM, em extremidade diferente da vacina e se a dose da imunoglobulina ultrapassar 5 ml, deve-se dividir a aplicação em duas áreas corporais diferentes.			

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/4TmGVb>>.

- Anticoncepção de emergência hormonal:

Primeira escolha: LEVONORGESTREL

Apresentação: 0,75 mg de levonorgestrel/comprimido

Administração: 2 comprimidos, via oral, dose única ou 1 comprimido, via oral, a cada 12 horas

Segunda escolha: MÉTODO DE YUZPE

Apresentação: AHOC* com 50 µg de etinil-estradiol e 250 µg de levonorgestrel/comprimido

Administração: 2 comprimidos, via oral, a cada 12 horas ou 4 comprimidos, via oral, dose única

Apresentação: AHOC* com 30 µg de etinil-estradiol e 150 µg de levonorgestrel/comprimido

Administração: 4 comprimidos, via oral, a cada 12 horas ou 8 comprimidos, via oral, dose única

*AHOC: anticoncepcionais hormonais orais combinados.

Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências**: orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: <<http://goo.gl/50FnoE>>.

A profilaxia do HIV com antirretrovirais deve ser iniciada imediatamente após a violência, preferencialmente nas primeiras 24 horas, e no máximo até 72 horas após a ocorrência. O esquema deve ser mantido sem interrupção por quatro semanas consecutivas.

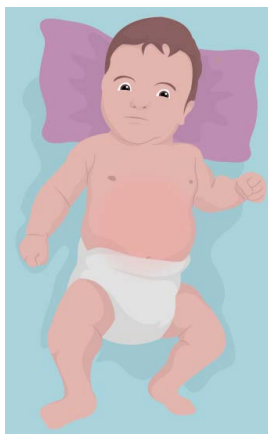
O uso da anticoncepção de emergência (AE) deve ser prescrito para todas as mulheres, adolescentes, jovens e adultas expostas à gravidez, por meio de contato certo ou duvidoso com sêmen, independentemente do período do ciclo menstrual em que se encontrem. As duas formas de AE hormonal devem ser administradas o mais rápido possível após o contato sexual, com a primeira dose iniciada, no máximo, em 72 horas.

IMPORTANTE!

Nos serviços de Atenção Básica devem-se esgotar todos os recursos para oferecer os cuidados e a proteção das crianças e suas famílias em situação de violência, nas dimensões do acolhimento, atendimento e notificação, com os recursos disponíveis (BRASIL, 2010).

2 DISTÚRBIOS GASTROINTESTINAIS

É comum no dia a dia do trabalho do médico as queixas gastrointestinais na criança, principalmente diarreia, constipação e vômitos.



2.1 Diarreia

A diarreia surge quando a perda de água e eletrólitos nas fezes é maior do que a normal, resultando no aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes.

Geralmente é definida com a ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas em um período de 24 horas (em lactentes jovens, considerar a mudança na consistência habitual das fezes).

ATENÇÃO!

Observe a cor das fezes da criança usando a escala de cores abaixo. Se a cor das fezes for suspeita, deverá orientar a mãe a procurar com urgência o serviço de saúde.



Fonte: Adaptado de: BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta de Saúde da Criança**: menino: passaporte da cidadania. 8. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 96 p. Disponível em:

<http://goo.gl/Jhs7FG>.

A maioria dos episódios de diarreia aguda é provocada por um agente infeccioso e é autolimitado (< 2 semanas). A diarreia líquida aguda pode levar a desidratação, principal causa de morte de uma criança com diarreia.

Você sabe quais as principais etiologias da diarreia?

Acompanhe abaixo a tabela com as principais etiologias da diarreia (DUNCAN et al., 2013):

Diarreia aguda	<i>Vibrio cholerae</i> , <i>Escherichia coli</i> (enteropatogênica clássica, enterotoxigênica, enteroinvasiva, entero-hemorrágica), <i>Clostridium difficile</i> , <i>Salmonella</i> , <i>Shigella</i> . Agentes virais como rotavírus, Norwalk, protozoários (<i>Entamoeba histolytica</i> , <i>Giardia lamblia</i> e <i>Criptosporidium sp</i>), fungos como <i>Candida albicans</i> (raramente). Ingestão de toxinas estafilocócicas, do <i>Bacillus cereus</i> e <i>Clostridium perfringens</i> nas intoxicações alimentares.
Diarreia prolongada	<i>Giardia lamblia</i> , <i>Cryptosporidium</i> , <i>Escherichia coli</i> enteropatogênica clássica, <i>Escherichia coli</i> enteroagregativa.
Diarreia crônica	Cólon irritável, tuberculose, parasitoses intestinais (várias etiologias), enteropatia por glúten etc.

FONTE: Duncan, 2013.

Você sabe qual é a diferença entre diarreia aguda, persistente e crônica?

Acompanhe abaixo a tabela com entre os diferentes tipos de diarreia:

Diarreia aguda	Duração menor que 14 dias	Aquosa: secreção ativa de água e eletrólitos sob a estimulação de determinadas substâncias. Disenteria: agente infeccioso invade a mucosa do cólon. A exsudação de muco, pus, proteínas e sangue é responsável pelas características clínicas dessa síndrome.
Diarreia prolongada	Duração maior ou igual a 14 dias	<i>Giardia lamblia</i> , <i>Cryptosporidium</i> , <i>Escherichia coli</i> enteropatogênica clássica, <i>Escherichia coli</i> enteroagregativa.
Diarreia crônica	Duração maior que 30 dias	Cólon irritável, tuberculose, parasitoses intestinais (várias etiologias), enteropatia por glúten etc.

O manejo adequado da criança com diarreia gera alguns questionamentos, veja quais as dúvidas mais comuns:

- Qual a temperatura da criança?
→ Se a temperatura for de 39°C ou mais: investigar outras causas além de diarreia, faringite, infecção urinária, malária (em áreas endêmicas) e tratar apropriadamente conforme as normas.

- Quando começou a diarreia?
 - Se tiver pelo menos 14 dias de evolução: referir o paciente para o hospital se for menor de 6 meses ou se apresentar desidratação (neste caso, hidrate-o primeiro e, em seguida, refira-o ao hospital).
 - Quando não tiver condições de referência, ensinar o responsável a administrar os líquidos e continuar alimentando o paciente conforme o plano A.
 - Garantir a ingestão calórica com, se possível, seis refeições ao dia. Marcar a volta do paciente após cinco dias.
 - Se a diarreia continuar, mande-o a um serviço de saúde. Se a diarreia parar, oriente o responsável a continuar a alimentação habitual e dar uma refeição adicional ao dia até que o paciente recupere o estado nutricional.
- Há presença de sangue nas fezes?
 - Em caso positivo e com comprometimento de estado geral: tratar o paciente durante cinco dias com sulfametoxazol (SMX) com trimetropim (TMP) (crianças: 50 mg SMX/kg de peso, divididos em duas doses, a cada 12 horas; adultos: 800 mg de SMX a cada 12 horas).
 - Ensinar o responsável pelo paciente a administrar líquidos e a manter a alimentação descrita no plano A.
 - Controlar o paciente após dois dias. Se houver sangue nas fezes, após dois dias de tratamento com SMX, troque a medicação por ácido nalidíxico (crianças: 50 mg/kg/dia, a cada seis horas, durante cinco dias; adultos: 1 grama, a cada oito horas, durante cinco dias). Em áreas endêmicas de amebíase, se persistir sangue nas fezes, após o tratamento acima, substituir a medicação para metronidazol (crianças: 30 mg/kg/dia, divididos em dose a cada oito horas, durante cinco dias. Para os casos mais graves, prolongar o tratamento até complementar dez dias).

- Existem sinais de desidratação?
 - Em caso de desidratação, iniciar a reidratação e, depois, encaminhar a um serviço de saúde. Entregar ao responsável SRO suficiente e recomendar que continue dando SRO até que chegue ao serviço de saúde .

Acompanhe as etapas de avaliação para o manejo adequado da diarreia. Essa avaliação possibilita identificar qual plano de tratamento deverá ser utilizado.

ETAPAS	A	B	C
1. OBSERVE			
Estado geral	Bem, alerta	Irritado, inquieto	Comatoso, hipotônico
Olhos	Normais	Fundos	Muito fundos e secos
Lágrimas	Presentes	Ausentes	Ausentes
Sede	Bebe normal, sem sede	Sedento, bebe rápido e avidamente	Bebe mal ou não é capaz de beber
2. EXPLORE			
Sinal da prega	Desaparece rapidamente	Desaparece lentamente	Desaparece muito lentamente (mais de 2 segundos)
Pulso	Normal	Rápido, débil (de 3 a 5 seg.)	Muito débil ou ausente (mais de 5 seg.)
Enchimento capilar	Cheio	Prejudicado	Muito prejudicado
3. DECIDA			
	Não tem sinais de desidratação	Se apresentar dois ou mais sinais, tem desidratação	Se apresentar dois ou mais sinais, incluindo pelo menos um "sinal", TEM DESIDRATAÇÃO GRAVE
4. TRATE			
	USE O PLANO A	USE O PLANO B - pese o paciente, se possível	USE O PLANO C - pese o paciente

Veja detalhadamente os planos de tratamento para diarreia, segundo a OMS :

PLANO A

PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO NO DOMICÍLIO

Explique as três regras para o manejo adequado da diarreia no domicílio

1. Dar mais líquido do que o habitual para prevenir a desidratação

O paciente deve tomar líquidos caseiros (água de arroz, soro caseiro, chá, sucos e sopas) ou sais de reidratação oral (SRO) após cada evacuação diarreica.

2. Manter a alimentação habitual para prevenir a desnutrição

Continuar o aleitamento materno.

Se a criança não mamar, continuar com o leite habitual.

Manter a dieta normal para as crianças maiores de 4 meses, que comem alimentos sólidos, e também para os adultos.

3. Se o paciente não melhorar em dois dias ou se apresentar qualquer um dos sinais abaixo, levá-lo ao serviço de saúde

Sinais de perigo

Piora a diarreia

Recusa de alimentos

Vômitos repetidos

Febre

Muita sede

Sangue nas fezes

Os pacientes devem receber soro oral (SRO) no domicílio se:

Estiverem desidratados e receberem alta;

Não puderem voltar ao serviço de saúde;

Vierem de áreas afetadas por cólera.

Idade

Quantidade de sais de reidratação oral que se deve tomar após evacuação diarreica

Quantidade de sais de reidratação oral para levar ao domicílio

Menores de 1 ano
1 - 10 anos
Maiores de 10 anos

50 - 100 ml
100 - 200 ml
Tudo o que quiser

1 envelope por dia
2 envelopes por dia
4 envelopes por dia

PLANO B

PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO POR VIA ORAL

1. Administrar cinco saís de reidratação oral (SRO)

A quantidade de solução ingerida dependerá da sede do paciente.

O SRO deverá ser dado continuamente, até que desapareçam os sinais de desidratação.

Apenas como orientação inicial, o paciente deverá receber de 50 a 100 ml/kg, no período de 4 a 6 horas.

2. Observar o paciente continuamente, durante a reidratação, e ajudar a família a dar o soro oral.

3. Durante a reidratação reavaliar o paciente.

Usar o *Quadro para avaliação do estado de hidratação do paciente*.

Se não apresentar sinais de desidratação use o Plano A.

Se continuar desidratado, repetir o Plano B por mais 2 horas e reavaliar.

Se o paciente evoluir para desidratação com choque, passar para o Plano C.

4. Aproveitar a permanência do paciente ou acompanhante no serviço de saúde para ensinar a:

Reconhecer os sinais de desidratação;

Preparar e administrar o soro de reidratação oral;

Praticar medidas de higiene pessoal e domiciliar.

Os pacientes desidratados deverão permanecer na Unidade de Saúde até a reidratação completa.

PLANO C

PARA PREVENIR A DESIDRATAÇÃO GRAVE

Tratamento para pacientes menores de 5 anos

FASE RÁPIDA

Solução (1:1)	Volume total	Tempo de administração
Metade do soro glicosado a 5% e metade do soro fisiológico	100 ml/kg	2 horas

Avaliar o paciente continuamente. Assim que ele puder beber, iniciar o SRO, mantendo hidratação por via venosa.

FASE DA MANUTENÇÃO E REPOSIÇÃO

Volume para manutenção ++	(SG a 5%) 4:1 (SF) 100 ml/kg / 24 horas
Volume para reposição ++	(SG a 5%) 4:1 (SF) 100 ml/kg / 24 horas
KCL a 10%	2 ml/100 ml

Tratamento para pacientes maiores de 5 anos

FASE RÁPIDA

Solução (1:1)	Volume total	Tempo de administração
Soro fisiológico	30 ml/kg	30 minutos
Ringer Lactado ou solução polieletrólítica	70 ml/kg	2 horas e 30 minutos

Avaliar o paciente continuamente. Se não estiver melhorando, aumentar a velocidade da infusão.

FASE DE MANUTENÇÃO

- Quando o paciente puder beber (geralmente em 2 - 3 horas), iniciar o soro oral, mantendo-se a hidratação por via endovenosa 20 ml/kg/dia.
- Observar o paciente por pelo menos 6 horas.
- Retirar a via endovenosa somente quando o paciente puder ingerir SRO suficiente para manter-se hidratado. A quantidade de SRO necessária varia de um paciente para outro, dependendo do volume de evacuações.
- Lembrar que a quantidade de SRO a ser ingerida é maior nas primeiras 24 horas do tratamento, especialmente nos pacientes que tiveram desidratação grave.
- Como orientação, considerar a quantidade média de SRO necessária para estes pacientes: entre 250-500 ml (SRO/kg de peso/24 horas).

Os pacientes que estiverem desidratados deverão permanecer no serviço de saúde até não haver perigo de voltar a se desidratar.

ATENÇÃO!

Quanto ao uso de medicamentos em crianças com diarreia, podem ser administrados:

- Antibióticos - somente para casos de diarreia com sangue (disenteria) e comprometimento do estado geral ou em casos de cólera grave. Em outras condições são ineficazes e não devem ser prescritos.
- Antiparasitários - nos casos de amebíase, quando o tratamento da disenteria por *Shiguela* fracassou, ou em casos que se identificam nas fezes trofozoítos de *E. histolítica* englobando hemácias. Nos casos de giardíase, quando a diarreia durar 14 dias ou mais e se identificarem cistos ou trofozoítos nas fezes, ou no aspirado intestinal.
- Lembre-se: antidiarreicos e antieméticos nunca devem ser usados .

2.2 Constipação intestinal

A constipação intestinal é uma entidade de alta prevalência entre recém-nascidos e lactentes. Listamos informações relevantes sobre este distúrbio gastrointestinal.

- Características: além da queixa de dificuldade para evacuar, aumento no intervalo da evacuação, fezes muito volumosas, dor abdominal e rajas de sangue em torno das fezes são outros achados que podem ser relatados.
- Anamnese: anamnese e exames físicos cuidadosos geralmente são suficientes para o diagnóstico. A palpação é fundamental e comumente revela fecaloma, mas, quando de difícil execução, pode ser útil solicitar uma radiografia simples de abdome.
- Orientações: aos 6 meses, quando os alimentos começam a ser introduzidos, é importante questionar quanto ao hábito intestinal da criança, já que a mudança de hábitos alimentares tem influência direta. Em caso de haver constipação, deve-se recomendar alimentos como: aveia, mamão e ameixa preta. Quando da introdução de papinhas, caso haja queixa de constipação,

recomenda-se aumentar legumes, verduras, leguminosas e usar aveia, arroz integral (MURUAHOSCHI, 2013).

- Tratamento: o tratamento para constipação crônica funcional deve ser iniciado caso não haja indício de outras doenças, e pode ser dividido em duas etapas: extração do fecaloma e orientações. As orientações consistem, principalmente, no esclarecimento da condição de cronicidade e quanto à alimentação.

FIQUE ATENTO!

A constipação crônica, é quadro responsável por inúmeras consultas em ambulatórios nas UBS, sendo que a principal causa de constipação na criança é a funcional. Por isso, o profissional da AB tem que estar atento para tranquilizar a mãe e instituir medidas que resolvam tal situação. Acompanhe no quadro abaixo a diferença entre a constipação de origem funcional e orgânica:

	Constipação de origem funcional	Constipação de origem orgânica
Início da constipação	Após dois anos	Ao nascimento
Incontinência fecal	Comum	Muito rara
Déficit de crescimento	Incomum	Possível
Distensão abdominal	Incomum	Comum
Retos	Cheio de fezes	Vazio
Exame retal	Fezes no reto	Passagem explosiva de fezes após o toque

2.3 Vômitos

As regurgitações e vômitos são queixas frequentes no atendimento da Atenção Básica e podem ter diversas causas. Acompanhe as principais características do vômito em crianças:

- A idade do lactente é importante na investigação, pois, apesar de em nosso meio as infecções gastrointestinais serem a principal causa de vômitos, na primeira semana de vida pode indicar: sepse, malformações do tubo digestivo, doenças metabólicas ou, ainda, traumatismos decorrentes do parto.

- Para caracterizar o episódio de vômito, é importante questionar a idade da criança, se de início súbito ou insidioso, a quantidade de vômito e o número de episódios, bem como questionar se há relação com as refeições ou com outra entidade, como a tosse (GUSSO; LINS, 2012).

- Deve-se questionar se há esforço abdominal durante o episódio, pois isso irá diferenciar o vômito real do "golfar", comum nessa idade. O aspecto do vômito também pode direcionar o raciocínio clínico: se aquoso, com restos alimentares, biliosos, hemáticos ou mucosos.

- Nessa idade também se deve questionar a introdução de novos alimentos, pois pode ser a causa das regurgitações e pode indicar intolerâncias ou alergias alimentares (GUSSO; LINS, 2012).

- O exame físico deve ser minucioso, pois o vômito está presente em diversas entidades, não apenas gastrointestinais. Os sinais vitais devem ser avaliados: consciência, temperatura e, em alguns casos, pressão arterial. Também devem ser procedidos: exame cutâneo, otoscopia, avaliação da orofaringe, auscultação cardiorrespiratória, avaliação do abdome e do períneo.

- Os exames complementares só estão indicados quando a perda hídrica for intensa a ponto de levar a desidratação ou distúrbios hidroeletrolíticos.

- Os vômitos costumam ser episódios autolimitados e, dessa forma, a conduta consiste em observação, orientação/esclarecimento e hidratação da criança.

- A pausa alimentar e hídrica deverá ser estabelecida durante 1 hora após o episódio. Nesse período a hidratação não deve ser feita por via oral (MURAHVSHI, 2013).

- As crianças que não conseguirem ingerir líquidos por via oral devem ser encaminhadas para hospital de referência, pois essa situação pode progredir para outras mais graves, como o choque hipovolêmico por desidratação (GUSSO; LINS, 2012).

IMPORTANTE!

Na maioria dos casos, somente a hidratação oral é suficiente, conforme preconizado nos planos A e B de prevenção de desidratação. Deve-se também recomendar dieta fracionada, de preferência líquida, em menor quantidade e mais frequente. Alguns medicamentos pró-cinéticos e antieméticos podem ser utilizados em alguns casos específicos. Porém, deve-se evitar o uso indiscriminado dessas medicações, sem uma avaliação clínica prévia, principalmente em crianças. Nos casos de vômitos incoercíveis ou sinais de desidratação ou se detectados sinais de enfermidades mais severas, como as de hipertensão do SNC, distúrbios eletrolíticos persistentes ou outras condições clínicas graves, os usuários devem ser encaminhados ao serviço de urgência.

2.4 Enteroparasitoses em crianças (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE, 2009; MERCK, 2009).

As infecções parasitárias estão relacionadas às questões de higiene ambiental e do indivíduo e envolvem fatores socioeconômicos e educacionais (ARAUJO FILHO et al., 2011).

Os parasitas mais prevalentes nas crianças pré-escolares e escolares, em nosso meio são:

- Protozoários
 - *Giardia lamblia*
 - *Entamoeba histolytica*
- Helmintos
 - Nemátodes:
 - 1) *Enterobius vermicularis*
 - 2) *Ascaris lumbricoides*
 - 3) *Trichuris trichiura*

4) Ancilostomas (*ancylostomas duodenalis*)

→Cétodes:

1) Tênia (*T. saginata*, *T. solium*)

→Tremátodes:

1) *Schistosomas*

Manifestações clínicas

- Forma assintomática;
- Forma sintomática: com sintomas gastrointestinais inespecíficos (dor abdominal, vômitos e diarreia), frequentemente associados à perda de peso.

Diagnóstico

• O parasitológico de fezes, conhecido como “EPS”, é o exame laboratorial que nos ajuda a diagnosticar as principais verminoses na atenção básica, permitindo a detecção de ovos, quistos ou trofozoítos. A coleta das fezes deve ser feita, se possível, em três dias consecutivos, para aumentar sua sensibilidade.

Conheça algumas particularidades da clínica e do diagnóstico das principais verminoses:

Giardia lamblia

• Clínica: possui um amplo espectro clínico incluindo ausência de sintomas, diarreia aguda com ou sem vômitos e diarreia crônica. A diarreia crônica associa-se frequentemente a sintomas de má absorção intestinal (fezes fétidas, flatulência, distensão abdominal), anorexia, má progressão ponderal ou perda de peso e anemia.

• Diagnóstico: o exame direto das fezes permite o diagnóstico em 85% e 95% dos casos, quando analisadas duas ou mais amostras. Se existe forte suspeita clínica e o exame parasitológico de fezes é negativo, pode-se

recorrer a técnicas de ELISA ou imunofluorescência para a detecção de antígenos nas fezes, com sensibilidade e especificidade muito próximas de 100%.

Entamoeba histolytica

- Clínica: a infecção pode variar de estado de portador assintomático (até 90% dos casos) à doença invasiva grave. A forma aguda pode cursar com diarreia sanguinolenta, associada à dor abdominal, tenesmo e desidratação. Nesta fase podem surgir complicações graves incluindo megacólon tóxico, colite necrosante fulminante e perfuração intestinal. As formas crônicas manifestam-se por queixas intermitentes de dor abdominal e diarreia não sanguinolenta, associadas à perda de peso. Pode ainda ocorrer ameboma ou abscesso hepático.

- Diagnóstico: os seus ovos podem ser encontrados nas fezes.

Enterobius vermicularis

- Clínica: predomina o prurido anal noturno, por vezes com agitação importante. É causa frequente de vulvovaginite. A eventual relação causal com alguns sintomas como bruxismo, enurese noturna e perda de peso nunca foi confirmada.

- Diagnóstico: os oxiúros podem ser detectados ocasionalmente nas fezes, mas raramente os seus ovos (5% dos casos), não sendo, portanto, recomendado o exame parasitológico de fezes para o diagnóstico desta infecção. A forma mais simples de fazer o diagnóstico é identificar os ovos mediante a colocação de uma fita-cola sobre o ânus durante a noite (altura em que as fêmeas saem para pôr os ovos), que será retirada de manhã e colada numa lâmina de vidro para ser visualizada ao microscópio. Outra possibilidade é utilizar a técnica de Graham que consiste no toque das margens anais com a parte aderente da fita-cola com a ajuda de uma espátula, logo de manhã e antes de qualquer manipulação, para fazer a recolha dos ovos.

Ascaris lumbricoides

- Clínica: pode cursar com queixas inespecíficas de dor ou desconforto abdominal e sintomas de má absorção quando a infecção é prolongada. Na fase de migração larvar pode haver envolvimento pulmonar, sob a forma de pneumonite transitória aguda, com febre e eosinofilia (Síndrome de Löffler), que pode ocorrer semanas antes da sintomatologia gastrointestinal. A obstrução intestinal alta é a complicação mais frequente em parasitações volumosas. A migração dos vermes adultos através da parede intestinal pode provocar colecistite, colangite, pancreatite de causa obstrutiva e peritonite.

- Diagnóstico: normalmente basta apenas uma amostra de fezes para detectar os ovos. A clínica pulmonar é provocada por larvas, pelo que não se encontram ovos nas fezes durante essa fase, mas sim cerca de quatro semanas depois. O exame de sangue tem pouca utilidade para o diagnóstico. Pode ser detectada eosinofilia (> 500 eosinófilos/ mm^3) ou hipereosinofilia (> 1500 eosinófilos/ mm^3) quando se trata de helmintas com envolvimento extraintestinal.

Trichuris trichiura

- Clínica: os indivíduos afetados podem manter-se assintomáticos, desenvolver um quadro disentérico (dor abdominal, tenesmo, diarreia mucosanguinolenta) ou colite crônica, frequentemente com tenesmo e prolapso retal. Pode manifestar-se por anemia.

- Diagnóstico: os seus ovos podem ser encontrados nas fezes.

Ancilostomas (ancylostomas duodenalis)

- Clínica: a infecção habitualmente ocorre pela penetração da larva através da pele, podendo posteriormente atingir os pulmões, originando pneumonite normalmente ligeira. A infecção também pode ocorrer por ingestão, sendo que a presença de vermes adultos no tubo digestivo se manifesta de forma inespecífica por dor abdominal. A infecção intestinal pode levar à

formação de úlceras com conseqüente perda crônica de sangue e anemia microcítica hipocrômica moderada a grave. Pode também associar-se à hipoproteïnemia e edema.

- Diagnóstico: pode ser encontrado no parasitológico de fezes. A coleta de sangue tem pouca utilidade para o diagnóstico. Pode ser detectada eosinofilia (> 500 eosinófilos/ mm^3) ou hipereosinofilia (> 1500 eosinófilos/ mm^3) quando se trata de helmintas com envolvimento extraintestinal.

Tênias

- Clínica: a infecção é frequentemente assintomática, mas pode cursar com sintomas gastrointestinais ligeiros incluindo náuseas, diarreia e dor abdominal. A passagem das proglótides através do ânus pode originar desconforto e sensação de tenesmo.

- Diagnóstico: A visualização das proglótides é patognômico.

Strongyloides stercoralis

- Clínica: a infecção ocorre por penetração da larva através da pele, atingindo posteriormente os pulmões. As queixas intestinais assemelham-se à síndrome do cólon irritável, alternado períodos de diarreia com períodos de obstipação, associados à dor abdominal intermitente. A infecção intestinal crônica cursa com diarreia crônica, associada a sintomas de má absorção.

- Diagnóstico: as larvas poderão ser procuradas nas fezes (cultura de larvas de um a sete dias), no conteúdo duodenal e na expectoração. Pode ser detectada eosinofilia (> 500 eosinófilos/ mm^3) ou hipereosinofilia (> 1500 eosinófilos/ mm^3) quando se trata de helmintas com envolvimento extraintestinal.

Schistosomas

- Clínica: a infecção ocorre por penetração das larvas através da pele. O envolvimento gastrointestinal manifesta-se habitualmente por quadro de diarreia mucosanguinolenta, associada à dor abdominal intensa e hepatomegalia dolorosa. Pode associar-se à polipose cólica.

- Diagnóstico: o esfregaço espesso de Kato nas fezes é a técnica mais adequada para a pesquisa dos ovos. Pode ser detectada eosinofilia (> 500 eosinófilos/mm³) ou hipereosinofilia (> 1500 eosinófilos/mm³) quando se trata de helmintas com envolvimento extra-intestinal.

Tratamento

O tratamento das verminoses pode ser organizado em duas partes:

- Medidas orientadoras e preventivas: deve-se levar em consideração a viabilidade das orientações, analisando o contexto social no qual a criança está inserida.

- Tratamento medicamentoso: as opções terapêuticas são variadas na maior parte das patologias. Os derivados benzimidazóis (mebendazol, albendazol) são o grupo de fármacos mais amplamente utilizado, devido à sua elevada eficácia e comodidade de administração. Veja os esquemas terapêuticos utilizados para as principais verminoses:

PARASITA	FÁRMACO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
<i>Ascaris lumbricoides</i> (Ascariíase)	Albendazol* Mebendazol	10 mg/kg dose única 100 mg 2x ao dia por 3 dias
<i>Ancylostomo duodenale</i> (Ancilostomíase ou amarelão)	Mebendazol Ambendazol*	100 mg 2x ao dia por 3 dias 10 mg/kg dose única
<i>Enterobius vermicularis</i> (Enterobiíase ou oxiuriíase)	Pamoato de Pirvínio Pamoato de Pirantel Mebendazol Albendazol*	10 mg/kg/dia dose única 10 mg/kg/dia dose única 100 mg 2x ao dia por 3 dias 10 mg/kg dose única
<i>Trichuris trichiura</i> (Tricuríase)	Mebendazol Albendazol*	100 mg 2x ao dia por 3 dias 10 mg/kg/dia dose única
<i>Giardia lamblia</i> (Giardiíase)	Secnidazol Metronidazol	30 mg/kg ou 1 ml/kg, dose única tomada após uma refeição 15 mg/kg/dia (máximo de 250 mg), dividida em 2 tomadas por 5 dias
<i>Entamoeba histolytica</i> (Amebíase)	Secnidazol Metronidazol	30 mg/kg dose única (dose máxima: 2 g) 35 mg/kg/dia, dividida em 3 tomadas por 5 dias

3 AFECÇÕES DERMATOLÓGICAS

3.1 Monilíase oral (candidíase)

A candidíase oral é conhecida popularmente como “sapinho” e se caracteriza por placas brancas removíveis na mucosa oral ou por placas vermelhas no palato.

- Etiopatogenia: essa micose é causada pela *Candida sp.* (principalmente a *Candida albicans*) e seu diagnóstico costuma ser fechado com o exame físico, já que consiste em uma entidade bastante característica. Sua evidência clínica está relacionada a três fatores gerais: estado imunológico do hospedeiro, resistência à *Candida albicans* e meio ambiente da mucosa bucal. Desse modo, o médico deve investigar as causas desse desequilíbrio e solicitar apoio do dentista da equipe para avaliar as condições de saúde bucal do bebê.

- Tratamento: o tratamento da candidíase bucal requer a utilização de antifúngicos locais e higiene bucal. Nistatina tópica pode ser utilizada (suspensão ou tablete - 500.000 a 1 milhão UI) de três a cinco vezes ao dia, durante cinco a sete dias (BRASIL, 2010). Todavia, a doença também pode ser tratada com medicamentos sistêmicos, tais como o cetoconazol, miconazol, e nistatina quando a infecção fúngica for extensa.

3.2 Miliária

A miliária é clinicamente caracterizada por vesículas de suor consequentes à obstrução dos ductos écrinos, o que impede a excreção normal. É comum principalmente nas primeiras semanas de vida e está associado à prematuridade, a certos produtos (como cremes) e ao uso em excesso de roupas.

Dependendo da profundidade da obstrução, a miliária pode ser classificada em:

- Cristalina (superficial): a miliária cristalina é a mais comum no período neonatal e apresenta vesículas superficiais e sem características inflamatórias.

- Rubra (intraepidérmico): a miliária rubra é popularmente conhecida como brotoeja e é a forma mais comum na população geral, tendo como característica as pápulas eritematosas e pruriginosas.
- Profunda: a miliária profunda é rara nos RN e lactentes e mais prevalente em adultos.

ATENÇÃO!

O item mais importante quanto ao manejo desta entidade é a prevenção, que deve ser orientada pelo profissional da Atenção Básica: evitar excesso de roupas ou roupas sintéticas, bem como produtos que possam levar à obstrução. A conduta na miliária é expectante, pois se trata de uma situação benigna que desaparece com as instruções já citadas na prevenção.

3.3 Dermatites

A dermatite é um processo inflamatório da pele e pode ter diversas etiologias. Neste tópico, estudaremos as formas mais prevalentes na faixa etária aqui estudada: a dermatite seborreica e a dermatite de contato.

Dermatite seborreica

A dermatite seborreica tem pico de incidência no 3º mês de vida e caracteriza-se por erupções eritematosas e escamosas, com crostas que inicialmente se limitam ao couro cabeludo e, em seguida, surgem na face, tronco, região umbilical, regiões de dobras e das fraldas (BRASIL, 2012a). Confira as orientações pertinentes, bem como o tratamento farmacológico da dermatite seborreica:

- Couro cabeludo: uso de xampus com maior frequência (embora o cetoconazol possa ser utilizado, dar preferência ao uso de xampus mais leves, para evitar irritações nos olhos); óleo mineral, vegetal ou de bebê para a remoção das crostas, massageando suavemente com escova macia antes de lavar

com xampu; corticoide local de baixa potência para lesões mais resistentes ou irritadas pode ser usado eventualmente.

- Corpo: corticoide local de baixa potência (hidrocortisona 0,5 a 1%), com ou sem enxofre precipitado, uma a duas vezes/dia por períodos curtos (dois a três dias, para crises agudas); antifúngicos locais (nistatina ou miconazol) em caso de suspeita clínica de infecção fúngica; antimicrobianos locais em lesões com exsudação virulenta (BRASIL, 2012a).

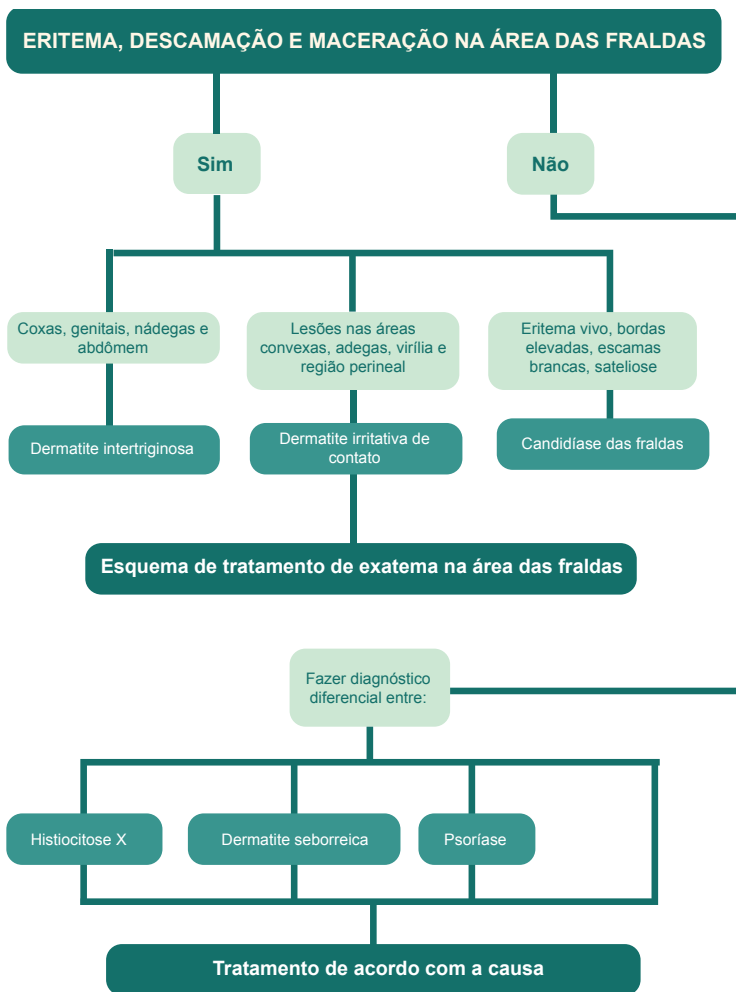
Dermatite de contato

A dermatite de fraldas pode se manifestar de diferentes formas, mas tem como característica comum lesões avermelhadas e com aspecto úmido, podendo evoluir para maceração e exsudação, formando pápulas, vesículas ou bolhas.

O tratamento consiste em orientação e prevenção por meio de medidas de higiene, tais como limpeza frequente e suave a cada troca de fralda, mudança frequente das fraldas, manter a pele seca, protegida e livre de infecção. Confira medidas específicas para as dermatites de contato e por Candida:

- Dermatite por Candida: medidas gerais associadas ao uso de antifúngico tópico (nistatina, clotrimazol, miconazol) ou até mesmo orais, em casos mais extensos (MACHADO, 2010).
- Dermatite irritativa: medidas gerais de higiene associadas ao uso de antifúngico tópico (nistatina, clotrimazol, miconazol) ou até mesmo orais, em casos mais extensos (MACHADO, 2010).

Adicionalmente, no fluxograma, descreve-se percurso para diagnóstico e diagnóstico diferencial de dermatites de fraldas.



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. 202 p. v. 3. Disponível em: < <http://goo.gl/Bqf08Q>>.

Impetigo

O impetigo é clinicamente caracterizado por lesões vesiculares ou pustulares que formam crostas quando rompidas, podendo acometer tanto a face quanto demais partes do corpo.

- Características:

→ Impetigo bolhoso: as vesículas e bolhas desenvolvem-se em pele normal, sem eritema ao redor. As lesões localizam-se no tronco, face, mãos, áreas intertriginosas, tornozelo ou dorso dos pés, coxas e nádegas. O conteúdo seroso ou sero-pustulento desseca-se, resultando em crosta amarelada que é característica do impetigo. Quando não tratada tem tendência à disseminação. A lesão inicial muitas vezes é referida como se fosse uma bolha de queimadura de cigarro (BRASIL, 2002).

→ Impetigo não bolhoso: geralmente inicia-se com lesões eritematosas seguidas da formação de vesículas e pústulas que se rompem rapidamente formando áreas erosadas com as típicas crostas de coloração amarelada. Localizam-se preferencialmente na face, braços, pernas e nádegas. É comum a presença de lesões satélites que ocorrem por autoinoculação. As lesões do impetigo duram dias ou semanas. Quando não tratadas podem envolver a derme o que constitui o ectima, com ulceração extensa e crosta hemorrágica (BRASIL, 2002).

- Conduta: quando não há suspeita de infecção sistêmica, a conduta consiste em medidas gerais, com limpeza e remoção das crostas, e o tratamento farmacológico deve ser tópico e voltado para os agentes mais associados a essa condição, ou seja, os próprios colonizadores da pele (como *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus* beta-hemolítico).

- Recomendações: recomenda-se unguento ou creme de mupirocina a 2% nas lesões. Já na suspeita de infecção, prefere-se a via parenteral. A escolha do antibiótico deve ser feita baseada na sensibilidade dos micro-organismos isolados.

Escabiose

- A escabiose é uma das dermatozoonoses mais frequentemente encontradas nos atendimentos de Atenção Básica e é causada pelo agente etiológico *Sarcoptes scabiei*, o "ácaro da sarna humana".

- A transmissão é facilitada por aglomerações e falta de higiene, o que confere um papel importante ao profissional da saúde, referente às orientações sobre as condições ambientais.

- Características: caracteriza-se pelo prurido intenso, que piora à noite. As escavações feitas pelo ácaro se apresentam como linhas serpiginosas escuras que culminam com uma pequena vesícula. As lesões geralmente aparecem nas regiões de dobras cutâneas, nas axilas, sob as mamas e na região periumbilical.

- Tratamento: o tratamento de escolha é o creme de permetrina a 5% (nas crianças pequenas, a 2%), aplicado depois do banho e removido oito horas depois. Outras opções de tratamento: benzoato de benzila e pomada de enxofre; ivermectina oral de 150 a 200 µg/kg (indicado apenas para crianças maiores de 6 anos); e anti-histamínicos e loção de calamina, para aliviar o prurido.

Furúnculo

Confira mais informações sobre essa infecção que atinge o folículo piloso e a glândula sebácea:

- O agente etiológico é o *Staphylococcus aureus* e as áreas mais afetadas são face, pescoço, axilas, coxas e nádegas.

- A lesão é inicialmente nodular, pustulosa, dolorosa e quente, até se tornar flutuante e romper-se. O conteúdo eliminado é conhecido popularmente como "carnegão" e é formado por tecido necrótico.

- Tratamento: o diagnóstico é puramente clínico, baseado na história clínica e no exame físico, e o tratamento pode englobar tanto antibióticos tópicos quanto sistêmicos, bem como outras medidas.

- A antibioticoterapia tópica tem como opções a neomicina, a bacitracina, a mupirocina ou o ácido fusídico. Já a sistêmica consiste em cefalexina 25 mg a 50 mg/kg/dia, em crianças, por sete dias.

- Observação! A furunculose refere-se à presença de vários furúnculos em diversas áreas do corpo enquanto o antraz consiste na presença de vários furúnculos na mesma localização.



Molusco contagioso

Dentre as principais afecções dermatológicas, destaca-se o molusco contagioso.

Confira mais informações sobre essa infecção viral:

- Conceito: é uma doença de curso benigno causada pelo poxvírus, cujas lesões caracterizam-se pelo formato "umbilicado", da cor da pele, com aspecto perolado, pequenas (2 a 5 mm) e com uma depressão no centro.

- É transmitido por contato direto, inclusive em piscinas, vetor comum da transmissão em crianças. Tem caráter autolimitado, desaparecendo em três a quatro meses sem que seja necessária nenhuma intervenção.

- Tratamento: não existe tratamento específico para essa entidade, o fundamental é orientar e esclarecer os familiares quanto ao curso benigno e autolimitado dessa condição (MACHADO et al., 2010).

3.4 Pediculoses

- As pediculoses compreendem três diferentes entidades: os piolhos da cabeça (*Pediculus capitis*), os do corpo (*Pediculus humanus*) e os púbicos (*Phthirus pubis*).

- A transmissão ocorre por contato direto interpessoal, tendo as creches e escolas como locais de grande disseminação. Os piolhos púbicos, na criança, são geralmente transmitidos pelo contato com os pais infectados.

- Tratamento: a confirmação é necessária para que se inicie o tratamento e consiste em encontrar o piolho vivo. O tratamento se baseia na aplicação por 10 minutos de soluções de permetrina a 1%, deltametrina ou benzoato de benzila.

- Orientações: recomenda-se uma segunda aplicação, de sete a dez dias depois da primeira. Também se orienta aos pais sobre o uso de solução de água e vinagre na proporção 1:1, para retirada de lêndeas (ovos) mortas .

3.4.1 Pitiríase versicolor

- A expressão pitiríase versicolor define uma infecção fúngica superficial caracterizada por alterações na pigmentação cutânea (OLIVEIRA et al., 2002).

- Etiologia: o agente etiológico é o fungo *Malassezia furfur*, que é colonizador natural da pele humana, mas pode causar pitiríase. As lesões são máculas bem delimitadas, normalmente localizadas na parte superior do corpo e que apresentam uma fina escama “furfurácea” (ROTTA, 2011).

- Tratamento: o tratamento é tópico e consiste em cremes e loções imidazóis e triazóis: clotrimazol, econazol, cetoconazol, sulconazol, oxiconazol e miconazol. Devem ser aplicados ultrapassando a lesão, duas vezes ao dia, de sete a 14 dias.

- Recomendações: além do tratamento tópico, recomenda-se também utilizar xampu antifúngico no corpo e no couro cabeludo, que deve ser deixado de 15 a 20 minutos. As opções são: sulfeto de selênio a 2,5% ou xampu de cetoconazol.

3.4.2 Tínea

- É uma dermatofitose causada pelos fungos das espécies *Trichophyton*, *Microsporum* e *Epidermophyton* e cuja lesão se localiza na virilha e pode afetar coxas, nádegas e abdome, sendo mais comum no sexo masculino.

- Etiologia: o agente etiológico é o fungo *Malassezia furfur*, que é colonizador natural da pele humana, mas pode causar pitíriase. As lesões são máculas bem delimitadas, normalmente localizadas na parte superior do corpo e que apresentam uma fina escama “furfurácea”.

- Características: associa-se à temperatura e umidade elevadas e a roupas úmidas e oclusivas na região inguinal, sendo transmitida no contato com pessoa e objetos infectados. Caracteriza-se por lesões de bordas pustulosas e centro eritematoso ou marrom. Pode haver sensação de queimação ou prurido.

- Tratamento: o tratamento é tópico e consiste em cremes e loções imidazóis e triazóis: clotrimazol, econazol, cetoconazol, sulconazol, oxiconazol e miconazol. Devem ser aplicados ultrapassando a lesão, duas vezes ao dia, de sete a 14 dias.

- Recomendações: além do tratamento tópico, recomenda-se também utilizar xampu antifúngico no corpo e no couro cabeludo, que deve ser deixado de 15 a 20 minutos. As opções são: sulfeto de selênio a 2,5% ou xampu de cetoconazol.

3.4.3 Urticária

- Lesões eritemato-papulosas, pruriginosas, isoladas ou coalescentes, fugazes, geralmente circulares, de tamanhos variados, localizadas em qualquer região da pele e das mucosas e resolução espontânea sem sequelas, não fixas em um período de 24 horas. Acompanhe na animação abaixo mais informações sobre a urticária.

- Caracterizadas por vasodilatação e edema da derme superficial e o diagnóstico clínico. As crianças do sexo feminino são as mais acometidas. Proporção de 2:1.

- As urticárias crônicas são causadas por estímulo físico aplicado sobre a pele, exposição ao frio, calor, à luz solar, alérgenos, autoimunes, doenças virais, infecções bacterianas e fúngicas, parasitas, tumores, sarcoidose etc.
- O diagnóstico diferencial da urticária em crianças são exantemas virais por Epstein-Barr, enterovirose, sarampo e doença de Kawasaki, tinea corporis, pêfigo, dermatite herpetiforme, síndrome de Sweet.
- O tratamento da urticária baseia-se em cessação do estímulo e fármacos sintomáticos. O objetivo principal do tratamento medicamentoso é a diminuição do prurido e está baseado no uso de anti-histamínicos não sedantes até a resolução completa dos sintomas.

Veja na tabela abaixo as doses dos anti-histamínicos não sedantes:

Medicamento	Dose
Maleato de dexclorfeniramina 0,4 mg/ml solução oral ou xarope.	Dose: 2 a 6 anos: 1,25 ml a 2,5 ml v.o, 3x dia. 6 a 12 anos: 2,5 ml v.o, 3x dia.
Loratadina Solução 1 mg/ml Comprimido 10 mg	> 12 anos: 10 mg, 1x/dia 2 a 11 anos: > 30 kg: 10 mg, 1 x/dia < 30 kg: 5 mg, 1 x/dia

4 DOENÇAS EXANTEMÁTICAS

As doenças exantemáticas são muito frequentes nos atendimentos eventuais e levam a inúmeros diagnósticos diferenciais. Alguns exantemas têm morfologias bastante características, facilitando o diagnóstico, mas a história clínica, imunizações prévias, epidemiologia e sorologia são muitas vezes necessárias para estabelecer diagnóstico. Abaixo seguem as doenças exantemáticas mais frequentes na prática da atenção primária:

4.1 Sarampo

- Causado por vírus da família *paramyxoviridae*, o contágio ocorre por via respiratória, por meio de secreções nasofaríngeas de indivíduo infectado. No Brasil, encontra-se em fase de erradicação (BRASIL, 2012b).

- Tem período de incubação de uma a duas semanas.

- Os pródromos característicos são: febre alta, coriza, tosse e conjuntivite (fase catarral), e ocorrem de três a cinco dias. Anorexia e diarreia também podem estar presentes. O sinal de Koplik, caracterizado por manchas esbranquiçadas na mucosa oral, geralmente precede o exantema.

- O exantema é maculopapular e aparece entre o terceiro e sétimo dia (fase eruptiva), com início na região retroauricular, progride no sentido cranio-caudal, que tende a confluir. Otite média, broncopneumonia, traqueobronquite são complicações comuns. O sarampo é transmissível do período prodromico até cinco dias após o aparecimento do exantema.

- Diagnóstico laboratorial – IgM reagente na fase aguda (pode permanecer elevado de quatro a seis semanas). Os anticorpos IgG podem aparecer na fase aguda. Isolamento viral em secreções, soro, urina.

- Tratamento – sintomáticos. Administração de vitamina A – menores de 6 meses: 50.000 UI, entre 6 e 12 meses: 100.000 UI e maiores de 12 meses: 200.00 UI, via oral, uma vez ao dia, por dois dias.

- Todo caso que apresente quadro clínico suspeito, com exantema e

febre, associado a sintomas respiratórios (coriza, tosse e conjuntivite), deve ser notificado.

- As principais complicações do sarampo são as manifestações respiratórias, sendo mais comuns em gestantes, pessoas imunocomprometidas e nas crianças que apresentam desnutrição e hipovitaminose A. Devemos atentar para infecções secundárias virais e bacterianas do trato respiratório alto (otite média) e baixas (traqueobronquite e pneumonias), sendo as bactérias mais comuns o *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae* e *Staphylococcus aureus*. Mais raramente os pacientes podem desenvolver quadros neurológicos no período de recuperação, apresentando cefaleia, febre, confusão mental, alteração do nível de consciência, rigidez de nuca e convulsões (BRASIL, 2012d).

4.2 Rubéola

- É causada por vírus da família *togaviridae*, transmitida pelo contato com secreções nasofaríngeas de pessoas infectadas, ou por meio da placenta de mães infectadas, podendo levar à síndrome da rubéola congênita. Tem período de incubação de duas a três semanas (BRASIL, 2012b).

- Antes do início do exantema, sintomas leves como cefaleia, febre baixa e mal-estar podem ser observados. Evolui com linfadenopatia retroauricular, occipital e cervical posterior. Podem ser visualizadas máculas eritematosas e petequiais no palato mole e úvula (sinal de Forschheimer).

- O exantema é maculopapular róseo, difuso, de distribuição cranio-caudal que tende a confluir e desaparece no fim da primeira semana. A transmissibilidade ocorre entre cinco e sete dias antes e até cinco a sete dias após o início do exantema.

- Diagnóstico laboratorial – detecção de anticorpos específicos no soro (IgM e IgG) e isolamento viral nas secreções. Sorologia coletada entre o primeiro e quarto dia após o início do exantema, com IgM positivo confirma o caso; se IgM negativo, coletar nova amostra. Entre o quinto e o 28º dia, IgM positivo confirma o caso.

- Tratamento – sintomático: quadros clínicos suspeitos, com febre e exantema maculopapular, acompanhados de linfadenopatia retroauricular, occipital cervical posterior, independentemente da idade e da situação vacinal devem ser notificados (BRASIL, 2012d).

4.3 Varicela

- É causada pelo vírus varicela-zoster, transmitido pelo contato com secreção das vesículas ou respiratória de indivíduo infectado. O período de incubação é de 14 a 21 dias. O contágio ocorre no período de dois dias antes do aparecimento do exantema até cinco dias após (período em que todas as lesões estejam em fase de crosta) (BRASIL, 2012b).

- O pródromo é caracterizado por febre baixa e mal-estar. O exantema inicia na face, couro cabeludo ou tronco e evolui com máculas, pápulas, vesículas e crostas e tem aspecto polimorfo (em uma mesma região, lesões em vários estágios evolutivos), acomete mucosas e é pruriginoso.

- A varicela costuma ter curso benigno e autolimitado, mas pode cursar com infecções bacterianas secundárias. Atenção para a possibilidade de evolução mais grave em adolescentes e adultos.

- Diagnóstico - clínico.

- Tratamento - o uso de antibióticos está indicado em casos de infecção secundária. Deve-se também usar aciclovir em indivíduos com maior risco de desenvolver formas graves de varicela, sobretudo imunocomprometidos, crianças com doenças graves ou complicadas e neonatos. Contudo a terapêutica deverá ser iniciada dentro das primeiras 24 ou 48 horas.

- Apesar do uso corrente de óxido de zinco tópico e anti-histamínicos para alívio do prurido, não há evidências clínicas consolidadas (BRASIL, 2012d).

4.4 Exantema súbito ou roséola infantum

- É causado pelo herpes vírus 6 e 7 e a transmissão ocorre pelo contato com secreções de um portador assintomático. O período de incubação é

de dez dias e o quadro clínico prodrômico é de febre e irritabilidade, e dura de três a quatro dias. Após a normalização da temperatura, há início de exantema maculopapular, no tronco, que progride para a região cervical e raiz dos membros, com duração de dois dias. Pode também apresentar edema periorbitário e geralmente não ocorre descamação da pele (BRASIL, 2012b).

- Diagnóstico – clínico.
- Tratamento – sintomático.

4.5 Escarlatina

• É causada pelas toxinas do *Streptococcus* beta-hemolítico do grupo A. Tem período de incubação de dois a cinco dias e a transmissão pode ocorrer desde o início dos primeiros sintomas até 24 a 48 horas da introdução da antibioticoterapia (BRASIL, 2012b).

• Evolui com febre alta, mal-estar, adenomegalia cervical e submandibular, logo após surge exantema difuso, papular, áspero, deixando a pele, à palpação, com aspecto de lixa, centrífugo. Em geral, poupa a região palmar e plantar. Pode-se observar, na face, palidez perioral (sinal de Filatov) e linhas marcadas nas dobras flexoras (sinal de Pastia). Na língua, papilas edemaciadas e eritematosas sobressaem (língua em framboesa). O exantema desaparece de cinco a sete dias, iniciando a descamação até as extremidades.

• Eritema e exsudato amigdaliano e petéquias no palato são frequentemente observados. O quadro clínico geralmente possibilita o diagnóstico.

• Diagnóstico laboratorial: cultura de secreção de orofaringe com isolamento do *Streptococcus* pode auxiliar no diagnóstico.

• Tratamento

• Penicilina benzatina – 1.200.000 UI para adultos e crianças com peso acima de 27 kg; e 50.000 UI/kg até no máximo 900.000 UI para crianças com peso abaixo de 27 kg, IM;

• Amoxicilina – 50 mg a 70 mg/kg/dia, a cada oito horas, por dez dias;

- Eritromicina – 30 mg a 50 mg/kg/dia em crianças, por sete dias.
- Profilaxia com antibióticos em contactantes é controversa (BRASIL, 2012d).

4.6 Enterovirose

- Agente etiológico:
 - Vírus RNA incluindo 23 grupos de Coxsackievírus A (tipos A1-A24, exceto A23); seis grupos de Coxsackie B (tipos B1-B6); 28 Echovírus (tipos 1-33, exceto tipos 8, 10, 22, 23 e 28) e 5 Enterovírus (tipos 68, 71 e 73) (GONÇALVES, 2010).
- Epidemiologia:
 - A disseminação se dá por via fecal-oral, de mãe para RN na hora do parto e por meio de objetos contaminados. A taxa de infecção é maior em crianças pequenas, de baixo nível socioeconômico, regiões tropicais e de higiene deficiente.
- Período de incubação:
 - De três a seis dias com conjuntivite hemorrágica aguda; de maneira geral, de 24 a 72 horas. Tem sazonalidade em regiões de clima temperado, são mais comuns no verão e início da primavera; padrões de sazonalidade são raros nos trópicos.
- Manifestações clínicas:
 - Os enterovírus são responsáveis por um grande número de doenças em lactentes e crianças: manifestações respiratórias (resfriado comum, faringite, herpangina, estomatite, pneumonia, pleurodinia); manifestações cutâneas (exantema geralmente não característico, podendo ser maculopapular, vesicular, petequiral, morbiliforme, urticariforme, escarlatiniforme, rubeoliforme e pustular).
 - Fique atento: echovírus 9: exantema petequiral; Coxsackie A16 e enterovírus 71: síndrome mão-pé-boca;
 - Manifestações neurológicas: meningite asséptica, encefalite e paralisia (enterovírus 71);

- Manifestações gastrointestinais: vômitos, dor abdominal, diarreia e hepatite;
- Manifestações oculares: conjuntivite hemorrágica aguda (Coxsackie A24 e enterovírus 70);
- Manifestações cardíacas: miopericardite (Coxsackie B1 a B15).
- Diagnóstico: isolamento de partícula viral (extraído de garganta, fezes e swab retal; LCR e sangue); IFI; PCR; FC; ensaio imunoenzimático.
- Tratamento: medidas de suporte em pacientes sintomáticos, exceto imunodeprimidos, que podem receber gamaglobulina. Precauções: precauções de contato (GONÇALVES, 2010).

4.7 Eritema infeccioso

É causado pelo parvovírus B19 e transmitido por via respiratória ou por meio da placenta de mães infectadas, podendo levar à hidropsia fetal.

- Tem período de incubação de aproximadamente 14 a 21 dias (BRASIL, 2012b).
- Pode evoluir com sintomas prodrômicos leves, como febre, cefaleia, mialgia. O exantema inicia na face, nas bochechas, acompanhado de palidez perioral, configurando a chamada “face esbofetada”. Tronco e membros são comprometidos na sequência por um eritema maculopapular, após ocorrer clareamento central, dando aspecto rendilhado às lesões.
- Pode reaparecer ou intensificar-se com exposição solar, exercício físico e tensões emocionais por semanas após a infecção. Em adultos, mialgia e artralgia de intensidade variável podem ser observadas.
- Aparentemente a transmissão ocorre apenas anteriormente ao aparecimento do exantema.
- Diagnóstico – clínico.
- Tratamento – sintomático (BRASIL, 2012d).

5 OUTROS AGRAVOS PREVALENTES NA CRIANÇA

Outros agravos também são muito comuns na criança, como icterícia, distúrbios gastrointestinais, desnutrição, afecções de pele, doenças respiratórias e febre de origem indeterminada.

Acompanhe abaixo informações importantes sobre **icterícia neonatal**:

- Definição: a icterícia neonatal deve ser conhecida e rapidamente identificada, pois é a doença mais comum do período neonatal, acomete a maioria dos recém-nascidos e trata-se de uma situação grave, que exige manejo imediato.

- Características: caracteriza-se pela coloração amarelada da pele e das escleróticas do recém-nascido, que ocorre quando os níveis de bilirrubina total sérica passam de 5 mg/dl.

- Causas: a icterícia pode ser causada por diversas situações: quando ocorre nas primeiras 24 horas de vida, provavelmente é causada por hemólise; já entre 24 horas e 10 dias de vida, é geralmente fisiológica, causada por dificuldade de adaptação; após 10 dias de vida, deve-se pensar em patologias já existentes.

- Diagnóstico: o diagnóstico de icterícia neonatal é feito pela anamnese e exame físico para observação da coloração da pele, a qual se encontra amarelada. Lembrar que esse exame deve ser feito à luz natural, para evitar influência sobre a observação da pele da criança (SILVA, 2011).

- Exames complementares: são necessários para definir a causa da icterícia e não concernem à Atenção Básica, bem como o respectivo manejo da icterícia neonatal. A criança deve ser encaminhada para o hospital de referência (BRASIL, 2013).

- Atenção! É importante saber quando pensar em icterícia não fisiológica:

- Início nas primeiras 24 horas de vida;
- Velocidade de acumulação de bilirrubina exagerada (> 5 mg/dl/dia);

- Nível elevado de bilirrubina no RN a termo > 12 mg/dl e no prematuro: > 14 - 15 mg/dl;
- Quando na presença de outras alterações clínicas: palidez, visceromegalia, petéquias;
- Icterícia persistente (por mais de uma semana);
- Presença de sinais clínicos de colestase: acolia fecal, colúria, aumento da bilirrubina direta > 2 mg/dl.

Considerações finais

Nesta unidade foram abordados temas relativos aos principais agravos na saúde da criança. Destacando-se aspectos sobre violência, distúrbios gastrointestinais, algumas afecções dermatológicas, doenças exantemáticas e icterícia neonatal.

Esperamos que você tenha conseguido lembrar a importância dessas ações para o desenvolvimento saudável da criança, colocando-as em prática no seu cotidiano de trabalho na Atenção Básica.

REFERÊNCIAS

ARAUJO FILHO, Humberto B. et al. Parasitoses intestinais se associam a menores índices de peso e estatura em escolares de baixo estrato socioeconômico. **Rev. paul. pediatr.**, São Paulo, v. 29, n. 4, dec. 2011. Disponível em: <http://goo.gl/F8uz3F>. Acesso em: 31 mar. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. 4 v. Disponível em: <http://goo.gl/G1MIBk>. Acesso em: 8 dez. 2013.

____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. 272 p. (Cadernos de Atenção Básica, nº 33). Disponível em: < <http://goo.gl/S2zOIO> >. Acesso em: 28 mar. 2014.

____. _____. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes**: norma técnica. 3. ed. atual. e ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012b.

____. _____. **Atenção à saúde do recém-nascido**: guia para os profissionais de saúde. 2. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c. 202 p. v. 3. Disponível em: < <http://goo.gl/kJxVPj> >. Acesso em: 31 mar. 2014.

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

____. _____. _____. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em: < <http://goo.gl/oODRE2>>. Acesso em: 28 mar. 2014.

____. _____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Dermatologia na Atenção Básica de Saúde.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. 142 p. (Série Cadernos de Atenção Básica; n. 09) (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 174). Disponível em: < <http://goo.gl/BpIM39>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

____. _____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manejo do paciente com diarreia.** 2011. Disponível em: < <http://goo.gl/LlaSl6>>. Acesso em: 31 mar. 2014.

CICILLINI, Graça Aparecida; SILVA, Silvana Rodrigues da; MELLO, Maria Virginia Filgueiras de Assis. Violência, escola e modernidade. **Revista do Laboratório de Estudos da Violência da UNESP**, Marília, maio. 2012.

DUNCAN, Bruce B. et al. **Medicina Ambulatorial:** condutas de Atenção Primária baseadas em evidências. 4. ed. Artmed, 2013. 1600 p.

FRANCO, Camilla Maia; FRANCO, Túlio Batista. **Linhas do cuidado integral:** uma proposta de organização da rede de saúde. [s.d.]. Disponível em: <http://goo.gl/OIYRw8>. Acesso em: 31 mar. 2014.

GONÇALVES, Angelina Maria Freire. **Doenças exantemáticas na infância.** Porto Alegre: MedicinaNet, 2010. Disponível em: <http://goo.gl/UKtUJL>. Acesso em: 31 mar. 2014.

GUSSO, Gustavo; SUCUPIRA, Ana Cecilia Silveira Lins. Problemas específicos das crianças. In: _____. LOPES, José Mauro Ceratti. **Tratado de medicina de família e comunidade**. Local : Artmed, 2012. v. 2

MACHADO, Cristiana Alice Carvalho de Sá. **Pele infantil**: patologias e cosmética. 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/Wl9iR8>>. Acesso em: 8 dez. 2013.

MERCK. **Manual MERCK**: infecções. Portugal, 2009. cap. 184: infecção por parasitas. Disponível em: <http://goo.gl/hEPODV>. Acesso em: 31 mar. 2014.

MURAHOVSKI, Jayme. **Pediatria**: diagnóstico + tratamento. Local : Sarvier. 2013.

OLIVEIRA, Josenildo Rodrigues de; MAZOCCO, Viviane Tom; STEINER, Denise. Pitiríase Versicolor. **An. Bras. Dermatol.**, Rio de Janeiro, v. 77, n. 5, sept./oct. 2002. Disponível em: <http://goo.gl/q6CcRJ>. Acesso em: 31 mar. 2014.

ROTTA, Inajara. Eficácia e segurança comparativas do uso de antifúngicos tópicos no tratamento de dermatomicoses: meta-análise de ensaios clínicos randomizados. Curitiba, 2011. Disponível em: <http://goo.gl/TG181e>. Acesso em: 8 dez. 2013.

SILVA, Sílvia Monteiro da. **Icterícia neonatal**. 2011. 30 f. Dissertação (Mestrado Integrado em Medicina) - Faculdade de Medicina, Universidade do Porto, 2011. Disponível em: <http://goo.gl/wmkETM>. Acesso em: 8 dez. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE.

Projeto Diretrizes: Abordagem das parasitoses intestinais mais prevalentes na infância. 2009. 26 p. v. 1.

VILELA, Lauez Ferreira (Coord.). **Manual para atendimento às vítimas de violência na Rede de Saúde Pública do Distrito Federal.** Brasília: Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2008.