



ASPECTOS RELACIONADOS ÀS DOENÇAS EM CRIANÇAS

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	3
1- A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO	4
2- DOENÇAS COMUNS NA INFÂNCIA	7
3- DESEQUILÍBRIOS NUTRICIONAIS	10
4- ANEMIA FERROPRIVA	18
5- ASPECTOS EMOCIONAIS EM CRIANÇAS DIABÉTICAS	22
6- A CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA E A FAMÍLIA	36
7- PROBLEMAS DE VISÃO NA INFÂNCIA	38
8- DIARREIA POR ROTAVÍRUS	45
9- FEBRE EM BEBÊS E CRIANÇAS	49
REFERÊNCIAS	

INTRODUÇÃO

As doenças mais comuns em crianças são aquelas que quase todo mundo contrai na infância. Ou seja, se por um lado são sinal de alerta e motivo de muita preocupação para os pais, por outro, são facilmente diagnosticáveis e tratáveis.

Se você tem uma criança ou um bebê doente em casa, é importante lembrar que seu sistema imunológico está em formação, portanto é absolutamente normal lidar com crises alérgicas, dores de ouvido e contaminações.

A primeira atitude preventiva para uma infância mais saudável é o parto normal: ele coloca o recém-nascido em contato com as bactérias do canal vaginal, ajudando-o a desenvolver resistência imunológica. Em segundo lugar está a amamentação, que mune o bebê com anticorpos recebidos por meio do leite. E quando chegar a hora de introduzir alimentos, investir nos orgânicos e naturais (e fugir dos processados e industrializados) vai fazer toda a diferença para que você veja uma criança forte, feliz e saudável crescer.

1- A IMPORTÂNCIA DO ALEITAMENTO MATERNO

Quando se fala em amamentação, o foco é sempre a saúde do bebê, mas é preciso dizer que a mãe também recebe diversos benefícios

O aleitamento materno reduz em 13% a mortalidade até os cinco anos, evita diarreia e infecções respiratórias, diminui o risco de alergias, diabetes, colesterol alto e hipertensão, leva a uma melhor nutrição e reduz a chance de obesidade. Além disso, o ato contribui para o desenvolvimento da cavidade bucal do pequeno e promove o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê.

O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial de Saúde (OMS) trabalham durante o Mês do Aleitamento Materno para promover a importância do leite da mãe, que deve ser o alimento exclusivo do bebê nos primeiros seis meses de vida, e que traz diversos benefícios aos pequenos e suas mães.

Quais os benefícios que a amamentação traz para o bebê?

“O ato de amamentar a criança diminui o risco de câncer de mama na mulher e ajuda no pós-parto”

"Os benefícios de amamentar até os seis meses são muitos, tanto para a criança quanto para a mãe. E estamos descobrindo ganhos ainda mais duradouros que se refletem ao longo de toda a vida", aponta Fernanda Monteiro, coordenadora das Ações de Aleitamento Materno do Ministério da Saúde. "Por meio do leite, a mãe passa ao bebê vários anticorpos que são extremamente importantes para a saúde dele", completa.

"Muitos estudos mostram que o bebê que é amamentado acaba apresentando maior escolaridade, o que impacta diretamente no desenvolvimento do país. O leite materno também garante à criança que ela cresça com menos riscos de hipertensão, diabetes e colesterol alto, por exemplo, trazendo uma evolução para a saúde pública como um todo", explica a coordenadora.

"Quando se fala em aleitamento materno, o foco é sempre a saúde do bebê, mas é preciso dizer que a mãe também recebe diversos benefícios. Amamentar até os seis meses diminui o risco de câncer de mama na mulher e ajuda no pós-parto, já que o útero se contrai e volta ao tamanho normal mais rapidamente", finaliza Fernanda Monteiro.



Mães devem amamentar até os dois anos ou mais e de forma exclusiva até o 6º mês do bebê

Os benefícios do leite materno

- » **Tem tudo o que o bebê precisa até os 6 meses, inclusive água**
- » **Capaz de reduzir em 13% a mortalidade** por causas evitáveis em crianças menores de 5 anos
- » Protege a criança de doenças como diarreia, infecções respiratórias e alergias
- » Reduz risco de desenvolver hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade na vida adulta

Logos for UNICEF, Ministério da Saúde, and the 2018 Breastfeeding Week logo are visible at the bottom right.

Semana Nacional de Amamentação 2018

Com o slogan *Amamentação é a Base da Vida*, a nova campanha de aleitamento, lançada em 27 de julho, em alusão à Semana Mundial da Amamentação (1º a 7 de agosto), reforça a importância do leite materno para o desenvolvimento das crianças até dois anos e exclusivo até os seis meses de vida, orientação preconizada pela OMS. Além de reduzir em 13% a mortalidade por causas evitáveis em crianças menores de cinco anos, a amamentação materna também reduz casos de diarreia, infecções respiratórias, hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade.

Para o ministro da Saúde, Gilberto Occhi, é preciso incentivar a amamentação assim como a doação de leite também. "Quanto mais tempo as crianças são amamentadas, mais elas adquirem resistência às doenças. A mulher que amamenta tem benefícios para sua saúde. Peço que as mães, além de amamentar, também doem leite, que é fundamental para crianças que necessitam de leite materno. Estamos trabalhando para ampliar o número de salas de amamentação nas empresas e dentro dos nossos serviços de saúde", destacou o ministro.

Salas de Apoio à Amamentação

Outro passo importante foi o aumento do número de implantações, por empresas privadas e públicas, de Salas de Apoio à Amamentação. Atualmente, o país possui 200 salas certificadas pelo Ministério da Saúde, com capacidade de beneficiar até 140 mil mulheres. Em 2014, eram 16 salas de apoio à amamentação.

As Salas de Apoio à Amamentação são locais simples e de baixo custo para as empresas, onde a mulher pode retirar o leite durante a jornada de trabalho e armazená-lo corretamente para que, ao final do expediente, possa levá-lo para casa e oferecê-lo ao bebê.



Bancos de leite humano

Os Bancos de Leite Humano (BLH) são uma das principais iniciativas do Ministério da Saúde para a redução da mortalidade infantil. Atualmente, o Brasil conta com 221 bancos de leite e 188 postos de coleta, além da coleta domiciliar. Todos os estados brasileiros possuem, pelo menos, um BLH. Desde 2011, mais de oito milhões de mulheres receberam algum tipo de assistência dentro da rede de bancos de leite humano.

2- DOENÇAS COMUNS NA INFÂNCIA

Doenças na infância exigem encaminhamento rápido dos pais para evitar agravamento do quadro.

As **doenças na infância** assustam muitos pais exigindo atenção quanto aos sintomas, encaminhamento médico, período para realização de exames e diagnóstico e por fim o início do tratamento e recuperação do pequeno.

Conhecer as doenças mais comuns na infância é uma opção para que os pais possam ficar mais atentos aos sintomas apresentados pelas crianças e com isso iniciar o encaminhamento médico em menos tempo, minimizando os riscos de agravamento da condição.

A seguir destacamos 6 doenças que são frequentes na infância e explicamos como um diagnóstico rápido pode ser determinante para a qualidade de vida e bem-estar da criança.

6 doenças na infância que são comuns

As principais **doenças na infância** já possuem opções de prevenção importantes, como a vacinação. Por essa razão, algumas patologias como meningite e paralisia infantil são menos frequentes, ainda assim, outras condições ainda são comuns e exigem atenção.

1. Caxumba

A transmissão da caxumba ocorre por meio da respiração e a doença provoca a inflamação das glândulas salivares parótidas, que realizam a produção de saliva. Entre os sintomas mais frequentes estão dor e inchaço na região abaixo da mandíbula inferior, dificultando a deglutição e causando mal-estar, rigidez na nuca, náuseas e dor de cabeça.

Não há um tratamento específico para caxumba, de forma que a recomendação médica é esperar a melhora do quadro.

2. Rubéola

A rubéola está na lista das **doenças na infância** mais comuns, sendo causada por vírus e tendo a transmissão também por meio da respiração e contato com pessoas portadoras do vírus. Entre os sintomas da doença destaca-se o surgimento de pequenas lesões vermelhas na pele e também febre.

Apesar de ser uma doença comum, a rubéola apresenta riscos elevados quando contraída por gestantes, podendo ocasionar a má formação fetal e óbito do feto.

3. Sarampo

O sarampo é uma doença viral que causa a infecção do sistema respiratório. A transmissão ocorre pelo ar com o contato com gotículas expelidas durante a tosse ou espirro de pacientes com a infecção.

O sarampo tem sintomas mais severos que as demais condições como manchas vermelhas no corpo, febre, conjuntivite e tosse. O tratamento é realizado com remédio para febre e repouso.

A vacina tetraviral deve ser ministrada na criança e combate a catapora, o sarampo, a caxumba e a rubéola, sendo a melhor opção de prevenção. Ainda que os vírus ainda sejam comuns, eles estão menos ativos.

4. Infecção no ouvido

Uma ocorrência comum nas crianças é a otite média que ocorre devido ao acúmulo de secreção no canal auditivo que pode ser ocasionado por gripes, resfriados e também durante o aleitamento, fazendo com que a região seja favorável à proliferação de bactérias.

Em geral, as crianças sofrem com a condição pelo menos uma vez até os 5 anos, sendo que os pais devem ficar atentos a choros e febre injustificados. Para evitar a condição é importante secar bem o ouvido após o contato com a água usando, preferencialmente, uma toalha.

5. Infecção na garganta

As infecções de garganta estão entre as mais comuns **doenças na infância**, podendo ser ocasionada por vírus ou bactéria. O primeiro caso é mais comum até os dois anos e pode ser tratado com analgésicos indicados pelo pediatra.

Já a infecção bacteriana é mais grave e ocorre principalmente entre os três e seis anos causando febre e desconforto. Nesses casos o tratamento deverá ser realizado com antibióticos de acordo com a receita do médico responsável.

6. Fraturas

Outra condição muito frequente na infância são as fraturas decorrentes de quedas, brincadeiras, escorregões, prática de esportes, entre outras situações cotidianas comuns, mas que podem gerar uma fratura como luxação ou mesmo quebra de um osso.

As fraturas mais comuns na infância são nos braços, pernas, dedos dos pés, mão e nariz. Entre os sintomas que podem ser demonstrados pela criança estão dor, desconforto, inchaço e roxidão no local.

Qual a importância de um diagnóstico rápido?

Independentemente das diferentes gravidades das doenças na infância, todas essas condições exigem que os pais levem as crianças ao pediatra para um atendimento médico especializado que possa definir as reais causas da patologia e também prescrever o tratamento mais adequado.

A agilidade no diagnóstico é determinante para que o paciente tenha mais bem-estar durante o tratamento e que ele apresente resultados mais imediatos. Dependendo da gravidade do caso, a rapidez no diagnóstico também impacta as chances de cura da doença, como no caso de câncer infantil.

3- DESEQUILÍBRIOS NUTRICIONAIS

Um exame clínico de uma criança deve ser realizado de maneira detalhada para que se consiga detectar precocemente qualquer agravo e mesmo preveni-lo. Para tanto, faz-se necessário uma investigação sobre o hábito alimentar da família, pois com certeza influenciará no estado nutricional e no desenvolvimento da criança e do adolescente.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, Nutrição é o processo pelo qual os seres vivos recebem e utilizam as substâncias necessárias à manutenção da vida, ao crescimento, ao funcionamento normal dos órgãos e à produção de energia.

Considera-se eutrófica a criança que apresenta estado nutricional normal. Distrofia significa qualquer alteração do estado nutricional normal e compreendem distúrbios da nutrição por carência ([anemia](#), [deficiência calórico-protéica](#)) ou por excesso ([obesidade](#)) (CARRAZA, 1994).

Na avaliação clínica do estado nutricional existem alguns fatores importantes que precisam ser levados em consideração:

- história de doenças (atual e pregressa);
- história alimentar (atual e passada);
- exame clínico, medidas antropométricas e descrição de manifestações físicas que expressem deficiências ou excessos nutricionais específicos.

ANEMIAS

Suspeita-se da presença de anemia quando ao exame físico for constatada presença de palidez cutâneo-mucosa. Poderá ser percebida em: mucosas conjuntivais, labial e intra-oral; ponta dos dedos e orelhas; leitos ungueais, face palmar e a pele como um todo (LEÃO, 1989).

Tem como causas 3 mecanismos para o seu aparecimento: hemorragia aguda (interna ou externa), hemólise (defeito congênito ou fator extrínseco à hemácia levando-a a uma

destruição precoce) e produção deficiente de hemácias (medula hipoplásica, invadida por células neoplásicas ou disfuncional por causa da carência de ferro, vitamina B12 ou outros fatores) (LEÃO, 1989).

A deficiência de ferro é a causa mais frequente de anemia, principalmente em populações de baixa renda. Estão mais sujeitos à anemia ferropriva, segundo IONEMOTO (1994):

- lactentes sob amamentação mista ou em aleitamento materno estendido por longo tempo sem receber suplementação de ferro;
- pré-termos, já que o feto recebe a maior parte do ferro durante os últimos 3 meses de gravidez;
- baixo peso ao nascimento;
- gemelaridade;
- perda de sangue fetal durante o parto (placenta prévia, deslocamento prematuro de placenta,...);
- pré-escolares e escolares que tenham uma dieta pobre em ferro;
- parasitismo intestinal (analóstomos, em especial);
- outras perdas gastrintestinais;
- ingestão de leite cru.

O quadro clínico é caracterizado por:

- déficit de crescimento e desenvolvimento;
- alteração da pele e anexos - palidez, glossite, quelite...;
- alterações gastro-intestinais - gastrite, acloridria,...;
- distúrbios comportamentais-irritabilidade, desinteresse pelo meio, distração, falta de memória, pica (perversão do apetite, ingerindo gelo, terra...);
- diminuição da capacidade de trabalho e do rendimento físico;
- alterações da imunidade - maior índice de infecções.

Para o tratamento é fundamental uma diversificação da dieta, principalmente com produtos de origem animal e vegetais em geral.

DESNUTRIÇÃO PROTÉICO-CALÓRICA

Agravo desencadeado por uma má-nutrição, na qual são ingeridas quantidades insuficientes de alimentos ricos em proteínas e/ou energéticos a ponto de suprir as necessidades do organismo. A desnutrição pode originar-se de forma:

- primária : baixo nível sócio-econômico - pobreza, privação nutricional, más condições ambientais levando a infecções e hospitalizações frequentes, baixo nível educacional e cultural, negligência, falta de amamentação, privação afetiva. Neste caso a correção da dieta bastará para que se obtenha a cura.
- secundária: apesar de haver oferta existem outros fatores que impedem a ingestão e absorção dos alimentos - má-absorção, estenose do piloro, ou aumentam a sua necessidade - hipertireoidismo. Sua evolução estará na dependência da doença que a ocasionou.
- mista: situação em que os dois mecanismos estão envolvidos.

A baixa ingestão energética leva o organismo a desenvolver mecanismos de adaptação: queda da atividade física em comparação com crianças normais; parada no crescimento (falta de ganho de peso e altura) e alteração da imunidade.

A desnutrição pode ser classificada por diversos critérios, porém no Estado de São Paulo, utiliza-se percentis (valores que dividem o conjunto ordenado de dados obtidos em 100 partes iguais). Os percentis de corte escolhidos foram 10 e 90. Assim, considera-se normal valores compreendidos entre os dois.

A gravidade da desnutrição também pode ser classificada segundo critérios de Gomez, em 1º, 2º e 3º graus, conforme a perda de peso apresentada pela criança.

- Desnutrição de 1º grau ou leve - o percentil fica situado entre 10 e 25% abaixo do peso médio considerado normal para a idade.
- Desnutrição de 2º grau ou moderada - o déficit situa-se entre 25 e 40 %.
- Desnutrição de 3º grau ou grave - a perda de peso é igual ou superior a 40%, ou desnutridos que já apresentem edema, independente do peso.

Em termos populacionais há um predomínio da desnutrição de 1º grau, onde o organismo adapta-se à uma alimentação abaixo de suas necessidades, que, em geral, predomina

por toda vida. Com isso, há uma parada no crescimento. É por isso que "em estudos populacionais a estatura é tão valorizada, sendo encarada como indicador do estado nutricional atual ou, principalmente, progresso" (LOPES,____). Estudos já comprovaram que as camadas mais pobres da sociedade têm uma alimentação geralmente equilibrada, sob o aspecto qualitativo, porém em quantidade insuficiente.

Existem algumas pesquisas relatando que a desnutrição grave pode ser decorrência de falta de vínculo mãe-filho que levam a mãe a descuidar da criança a ponto de por sua vida em perigo. Estabelecem uma associação entre o grave déficit nutricional e vínculo inseguro e desorganizado entre mãe-filho. Porém esta mãe normalmente não recebeu carinho em sua infância, com isso não consegue ofertar ao filho. Acha-se incapaz, que seu leite é fraco e tem baixa auto-estima. Assim, acreditam ser desnecessário investirem nas crianças por não serem boas mães. É um ciclo vicioso que a equipe multiprofissional vai precisar trabalhar para reverter essa situação.

A desnutrição grave pode apresentar-se de três formas: Marasmo, Kwashiorkor e Marasmo-Kwashiorkor.

1. **Marasmo:** criança fica com baixa atividade, pequena para a idade, membros delgados devido a atrofia muscular e subcutânea, costelas proeminentes, pele se mostra solta e enrugada na região das nádegas, apresenta infecções constantes, comumente é irritadiça e seu apetite é variável.
2. **Kwashiorkor:** déficit importante de estatura, massa muscular consumida, tecido gorduroso subcutâneo preservado, alterações de pele dos membros inferiores, alterações dos cabelos, hepatomegalia, face de lua, anasarca e baixa concentração sérica de proteínas e albumina, área perineal frequentemente irritada com dermatites e escoriações devido a diarreias. Apatia exagerada, raramente responde a estímulos e não apresenta apetite.
3. **Marasmo-Kwashiorkor:** a origem pode ser de um marasmo que entrou em déficit protéico ou um Kwashiorkor que passou a sofrer déficit energético. Estão presentes: retardo da estatura, do desenvolvimento neuro psicomotor e queda da resistência imunológica.

O tratamento da desnutrição está intimamente relacionado com aumento de oferta alimentar, que deve ser feito de forma gradual em função dos distúrbios intestinais que

podem estar presentes. Após a reversão deste quadro, fornecer dieta hipercalórica para a recuperação do peso da criança; corrigir distúrbios hidro-eletrolíticos, ácido-básicos e metabólicos e tratar das patologias associadas; obtenção de adesão da mãe ao tratamento, o que irá facilitar a recuperação da criança em menor tempo e com maior intensidade.

Por se tratar de um problema, em sua maioria das vezes, social é importante que a equipe de saúde esteja atenta, encaminhando esta família para assistentes sociais, comunidades de bairro e pastorais da criança para que consigam algum tipo de auxílio para suprirem suas carências.

A não-criação de vínculo mãe-filho também pode levar uma criança a desenvolver desnutrição em função da negligência. Outras vezes a falta de informação leva a um preparo inadequado dos alimentos, levando a família a alimentar-se com uma dieta pouco nutritiva.

Os profissionais não podem culpar a família pela debilidade de seus filhos, cabe a nós orientá-los para evitar danos à saúde de nossas crianças e adolescentes, promovendo o fortalecimento do vínculo da criança com a família, com informação.

obesidade na infância e Adolescência

Tem sido um motivo frequente de preocupação em função de sua alta incidência, principalmente nas classes mais abastadas, pelo maior consumo de alimentos pouco nutritivos e em grandes quantidades. Além da preocupação estética, a obesidade está intimamente relacionada com a hipertensão arterial, alterações cardíacas, diabetsis melitus e outras patologias.

Graças à sua complexidade, há uma necessidade de atuação multiprofissional. É um distúrbio do estado nutricional traduzido por um aumento do tecido adiposo, reflexo do excesso de gordura resultante do balanço positivo de energia na relação ingestão-gasto calórico. Pode se desenvolver por alguns fatores:

- caráter familiar - alerta para se desenvolver ações profiláticas pois um adulto obeso tende a ter filhos com grande chance de desenvolverem a obesidade e também tornarem-se adultos obesos;

- fatores endócrinos - responsáveis por um pequeno número de casos;
- fatores psicológicos atrelados à falta de exercícios físicos;
- renda, hábitos e culturas familiares, propaganda, escola, trabalho, grupo de amigos, entre outros.

1. Obesidade na Infância

É cultural o atrelamento da gordura à saúde, principalmente em se tratando de bebês. Muitas vezes ocorre o abandono do aleitamento materno ou o desmame precoce por acreditar-se que o leite do peito não sustenta, passando ao uso de mamadeiras com alto aporte protéico-calórico.

O excesso de farinha, introdução precoce de sólidos, ingestão excessiva durante os primeiros anos de vida; hábitos inadequados :falta de horário, excesso de guloseimas, desequilíbrios dietéticos e sedentarismo infantil; ou mesmo a baixa renda, levando a um excesso de consumo de carboidratos e diminuição do consumo de proteína animal ou vegetal são os principais fatores desencadeadores da obesidade infantil.

A obesidade persistindo durante a idade pré-escolar, escolar e adolescência pode levar esta criança a desenvolver problemas psicológicos em função de comentários e gozações que podem surgir por parte de outros colegas. Essa situação leva a um ciclo vicioso pois a pouca aceitação grupal fortalece a baixa auto-estima e a desvalorização pessoal levando ao afastamento das atividades físicas.

2. Obesidade na Adolescência

Trata-se de um problema da infância que progride para essa fase ou pode ser desencadeado pelo: sedentarismo; alto consumo de sanduíches, salgadinhos, guloseimas e gorduras; horário de escola que atrapalham as refeições, substituindo-as por alimentos inadequados; o trabalho pode funcionar como agravante do sedentarismo; além da susceptibilidade a propagandas.

Nas meninas, a demanda para emagrecimento ocorre frequentemente após a menarca, enquanto que nos meninos isto costuma ocorrer no início da puberdade.

3. Indicadores de Obesidade

Existem vários critérios usados para definir a obesidade na infância ou adolescência:

- Alguns autores consideram a obesidade um problema moderado quando o peso da criança atinge valores até 20% acima do que é considerado normal e severo quando acima de 40%.
- Indicador de obesidade - avalia o quanto o peso de uma criança ou adolescente excede seu peso ideal, sendo considerado um problema leve quando IO = 20 a 30%, moderado, 30 a 50% e severa quando excede 50%:

$$IO = (\text{peso corpóreo real} / \text{peso ideal}) - 1 \times 100$$

Este método é complicado para ser usado entre os adolescentes por encontrarem-se em diferentes momentos de seu crescimento físico e de sua maturação sexual.

- Índice de massa corpórea (IMC):

$$IMC = \text{peso} / \text{altura}$$

Sendo considerado normais valores menores ou iguais a 19%.

4. Tratamento

A profilaxia constitui-se o melhor tratamento, com vigilância dos fatores predisponentes na infância e adolescência:

1. estímulo ao aleitamento materno;
2. disciplina de horários;
3. orientação às famílias sobre as necessidades dietéticas reais e individuais de seus filhos;
4. abolição do uso excessivo de carboidratos (principalmente refrigerantes e guloseimas);
5. promoção de atividades físicas.

Não recomenda-se amedrontar as crianças e adolescentes sobre os possíveis agravos de saúde que poderão ter no futuro. É importante relacionar a obesidade a uma limitação

de desempenho individual e social, trazendo problemas estéticos, dificultando a prática esportiva, o uso de roupas de moda, problemas de aceitação em relação aos amigos e problemas de locomoção.

Toda perda de peso é importante ser valorizada, havendo uma análise crítica construtiva do insucesso quando não ocorrer perda. Desaconselha-se a pesagem frequente por ser um fator de angústia. O uso de medicamentos fica a critério médico.

Cuidados com a restrição alimentar que, se não bem balanceada, pode levar a desequilíbrios nutricionais. por ser um tratamento bastante complexo faz-se necessário a importância de equipes treinadas de profissionais para que se possa atingir os resultados mais satisfatórios.

A adesão dos pais também é fundamental pois servem como modelos aos seus filhos, por isso é de grande benefício que eles estimulem e alterem sua dieta, equilibrando-a, além de ensinar sobre os benefícios dos exercícios físicos.

4- ANEMIA FERROPRIVA

A anemia ferropriva é um tipo de anemia que acontece devido à falta de ferro no organismo, o que diminui a quantidade de hemoglobina e, conseqüentemente, hemácias, que são as células do sangue responsáveis por transportar oxigênio para todos os tecidos do corpo. Assim, há sintomas como fraqueza, desânimo, cansaço fácil, pele pálida e sensação de desmaio, por exemplo.

O tratamento para a anemia ferropriva é feita por meio de suplementação de ferro por aproximadamente 4 meses e uma dieta rica em alimentos que contém ferro, como feijão preto, carne e espinafre, por exemplo.

Essa doença é grave e pode colocar a vida da pessoa em risco quando os valores de hemoglobina estão abaixo de 11 g/dL para mulheres e de 12 g/dL para homens. Isso é potencialmente grave porque pode impedir a realização de alguma cirurgia que seja necessária.



Sintomas de anemia ferropriva

Inicialmente a anemia ferropriva apresenta sintomas sutis que nem sempre são percebidos pela pessoa, mas à medida que a falta de ferro no sangue vai se agravando, os sintomas se tornam mais aparentes e frequentes, sendo eles:

- Cansaço;
- Fraqueza generalizada;
- Sonolência;
- Dificuldade para praticar exercícios;
- Tontura;
- Sensação de tontura ou desmaio;
- Palidez cutânea e das mucosas dos olhos;
- Dificuldade de concentração;
- Lapsos da memória;
- Dor de cabeça;
- Unhas fracas e quebradiças;
- Pele seca;
- Dor nas pernas;
- Inchaço nos tornozelos;
- Queda de cabelo;
- Falta de apetite.

A anemia ferropriva é mais fácil de acontecer em mulheres e crianças, pessoas com hábitos vegetarianos ou que fazem doações de sangue de forma frequente.

Sintomas

Para saber o risco de estar com anemia, verifique os sintomas que possa estar apresentando:

- Falta de energia e cansaço excessivo
- Pele pálida
- Falta de disposição e baixa produtividade
- Dor de cabeça constante
- Irritabilidade fácil

- Vontade inexplicável de comer algo estranho como tijolo ou barro
- Perda de memória ou dificuldade para se concentrar

Principais causas

A principal causa da anemia ferropriva é a alimentação pobre em ferro, que pode acontecer mesmo em pessoas que estão dentro do peso ideal ou acima do peso. Além disso, a falta de ferro pode acontecer devido à dificuldade de absorção do ferro pelo organismo, que é o que acontece no caso de doença celíaca ou quando uma parte do intestino foi removido do corpo.

A diminuição da quantidade de ferro circulante no organismo também pode ser devida à perda de sangue contínua e prolongada dentro do sistema digestório, sendo essa causa comum em caso de hérnias ou úlceras de estômago, por exemplo. No entanto, a menstruação abundante ou o sangramento de escape que persiste por mais de 8 dias também pode causar a deficiência de ferro.

Durante a gravidez é normal que a mulher tenha baixas concentrações de ferro no sangue, isso porque o organismo da mulher prioriza o desenvolvimento do bebê, o que faz com que os estoques e o ferro presentes sejam direcionados para o desenvolvimento do feto.

Como é feito o diagnóstico

O diagnóstico da anemia ferropriva é feito por meio do hemograma, em que se observa principalmente a quantidade de hemoglobina e os valores de RDW, VCM e HCM, que são índices presentes no hemograma, além da dosagem de ferro sérico, ferritina, transferrina e saturação da transferrina.

O principal parâmetro utilizado para confirmar a anemia é a hemoglobina, que nesses casos é:

- Menor que 13,5 g/dL para recém-nascidos;
- Menor que 11 g/dL para bebês até 1 ano e gestantes;
- Menor que 11,5 g/dL para crianças;
- Menor que 12 g/dL para mulheres adultas;

- Menor que 13 g/dL para homens adultos.

Em relação aos parâmetros relacionados com o ferro, na anemia ferropriva é percebida pela diminuição de ferro sérico e da ferritina e aumento da transferrina e da saturação da transferrina.

Tratamento para anemia ferropriva

O tratamento da anemia ferropriva deve ser feito de acordo com a sua causa e normalmente inclui o uso de 60 mg de suplemento de ferro por dia, além do consumo de alimentos ricos em ferro como lentilha, salsa, feijão e carnes vermelhas, por exemplo. Veja como fazer uma alimentação rica em ferro.

Comer alimentos ricos em vitamina C potencializa a absorção do ferro. Em contrapartida, existem alguns alimentos que prejudicam a absorção do ferro como, por exemplo, os taninos e a cafeína encontrados no café e o oxalato presente no chocolate. Assim, a melhor sobremesa para quem tem anemia é uma laranja, e as piores são café e chocolate.

O tratamento deve ser indicado pelo médico e a alimentação pode ser orientada por um nutricionista, sendo importante repetir os exames 3 meses depois de iniciar o tratamento, porque o excesso de ferro pode prejudicar o fígado.

5- ASPECTOS EMOCIONAIS EM CRIANÇAS DIABÉTICAS

As estatísticas mundiais mostram que 79 mil crianças desenvolvem diabetes mellitus tipo 1 (DM1) a cada ano. A incidência de DM1 vem aumentando progressivamente com incremento anual de 3% (International Diabetes Federation, 2015). No Brasil, esse fenômeno foi observado em um estudo epidemiológico realizado no interior de São Paulo, o qual mostrou um aumento de 9,6 vezes na incidência de DM1 em um período de 35 anos (Negrato et al. , 2017).

O DM1 é uma das doenças crônicas mais prevalentes na faixa etária pediátrica. De acordo com Atkinson (2012), seu prognóstico clínico está diretamente relacionado a um controle metabólico adequado, o que tem íntima relação com diferentes aspectos do cuidado em saúde e requer um grau de sofisticação de saberes desafiadores para as famílias acometidas. Dessa forma, o cuidado em diabetes na infância e adolescência representa um desafio considerável nos aspectos físicos, mentais e emocionais. Encontrar um equilíbrio entre hipoglicemia, hiperglicemia, crescimento, desenvolvimento e cotidiano de vida é uma tarefa complexa para as crianças, os adolescentes, suas famílias e profissionais de saúde (Jaser, Linsky, & Grey, 2014; Sparapani, Jacob, & Nascimento, 2015). Assim, existe a necessidade da atuação conjunta de diferentes profissionais no manejo dessa condição de saúde multifacetada, a fim de possibilitar uma abordagem integral em saúde, com compreensão não só dos aspectos biomédicos, mas também das questões psicossociais e emocionais envolvidas (American Diabetes Association, 2017; Sociedade Brasileira de Diabetes, 2016).

Estudos têm demonstrado que o DM1 pode ser um fator estressor para os adolescentes (Knight et al., 2015; Hagger, Hendrieckx, Sturt, Skinner, & Speight, 2016), podendo comprometer o controle da doença e ocasionar prejuízos na qualidade de vida (Joensen, Almdal, & Willaing, 2016; Pereyra Gonzales & Marcondes, 2006). Nessa perspectiva, as ações em saúde voltadas para o cuidado de crianças e adolescentes com DM1 envolvem grande complexidade, especialmente no que se refere ao suporte para o autocuidado e aos aspectos relacionados às subjetividades individuais e dos núcleos familiares.

Os estudos disponíveis acerca dessa temática fizeram uso de metodologias variadas de natureza quantitativa e qualitativa. Sentiu-se carência de estudo que tenha utilizado

teoria psicanalítica na análise dos dados ou que tenha articulado percepções e sentimentos de crianças/adolescentes e familiares simultaneamente, considerando os diferentes contextos dentro da trajetória evolutiva dessa condição de saúde.

Conhecer tais fatores é fundamental para um bom desempenho das intervenções das equipes de saúde. A psicanálise tem sua aplicação como método investigativo na compreensão de processos mentais que, de outro modo, seriam quase inacessíveis (Freud, 1986a). Com o intuito de ampliar o conhecimento sobre os componentes subjetivos envolvidos no cuidado em diabetes durante a infância e adolescência, este estudo objetivou compreender os aspectos emocionais relacionados a esta condição de saúde sob um olhar psicanalítico.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, descritiva e exploratória, que utilizou um roteiro semiestruturado de entrevista, sendo norteado por questões pertinentes ao recebimento do diagnóstico, as dificuldades relacionadas à diabetes da criança/adolescente, ao apoio que possuem, bem como ao atendimento recebido. O estudo foi realizado dentro de um Projeto de Extensão Universitária que tem como objetivo desenvolver práticas de atenção integral à saúde da criança e do adolescente com diabetes. O Projeto atua em um serviço universitário de atenção secundária à saúde. Professores e acadêmicos de cursos da área da saúde, como Nutrição, Enfermagem, Medicina, Serviço Social e Psicologia, realizam intervenções com estratégias de educação em saúde dialógica, interprofissionalidade e matriciamento em saúde mental.

Os critérios de inclusão foram: criança ou adolescente com DM1 em atendimento no Projeto de Extensão Universitária e familiares envolvidos no seu cuidado. Os critérios de exclusão foram: criança ou adolescente ausentes das ações do Projeto por mais de 2 anos consecutivos. As entrevistas foram realizadas no domicílio da criança e/ou adolescente, após agendamento via telefone. No momento das entrevistas, todos os presentes na casa puderam participar simultaneamente, tanto familiar quanto criança/adolescente. As falas foram transcritas e, para citação delas, cada grupo familiar recebeu a letra "F" seguida de um número. Os dados foram analisados com base nos princípios da Análise de Conteúdo Temática de Bardin (2011) e interpretados à luz de aportes teóricos psicanalíticos de Freud (1986a; 1986b), Klein e Riviere (1970) e Winnicott (2000), bem como autores como Kübler-Ross (2011) e Zimmermann (2010).

Buscou-se aprofundar, através de uma compreensão psicodinâmica, o simbólico das comunicações verbais e não verbais e motivações inconscientes. Elegeram-se três unidades de análise temática: a primeira contempla o diagnóstico de diabetes tipo 1; a segunda aborda o atendimento dos profissionais; e a terceira abrange o tratamento da doença.

Antes do início das entrevistas, os participantes foram informados acerca da pesquisa e realizou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após os devidos esclarecimentos e prevalecendo o desejo de participar da pesquisa, foram solicitados o preenchimento e a assinatura do documento. A pesquisa seguiu a Resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, sendo aprovada pelo Comitê de Ética de Pesquisa em Humanos da Universidade Regional de Blumenau, com o Parecer número nº 612.197, de 10/04/2014.

Resultados e Discussão

Foram incluídos 16 núcleos familiares (F1 a F16) na pesquisa, sendo três crianças, oito adolescentes e 25 familiares, totalizando 36 pessoas.

O Diagnóstico

Os participantes relataram a trajetória seguida desde a procura por atendimento na Atenção Primária de Saúde (APS), para possível diagnóstico do problema de saúde, até culminar no impacto emocional com a confirmação da doença. A maioria dos núcleos familiares utilizava a unidade de APS do seu território, no entanto apenas três foram diagnosticados nesse serviço. Tanto familiares quanto crianças/adolescentes sinalizaram falha no atendimento e no vínculo com os profissionais. Nas suas percepções, receberam diagnósticos e tratamentos equivocados, pois a APS não atendeu a suas expectativas, e a situação socioeconômica desfavorável foi mencionada como vulnerabilidade:

Ele estava com dor de barriga e deram remédio para vermes. (F7)

Se fosse por ele [profissional], eu teria entrado em coma em casa. (F14)

Se a gente tem dinheiro eles marcam, se não tem, já era! (F11)

Dentro da rede de serviços de saúde, é na atenção secundária que se concentram as ações voltadas ao cuidado de crianças e adolescentes com DM1. No entanto a APS como porta de entrada do sistema de saúde pode diagnosticar os casos novos de DM1 antes da descompensação metabólica, por meio do reconhecimento dos sintomas clássicos e da realização de hemoglicoteste durante a consulta. Conforme preconizado pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2013), na estrutura da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, a APS é o ponto de atenção com maior potencial para identificar as necessidades de saúde das pessoas e realizar a estratificação de riscos que subsidiará a organização do cuidado em toda a rede.

Foram observados impactos psicodinâmicos já no início da trajetória com vivências de luto logo após o diagnóstico.

Para Freud (1986b), o luto é a reação à perda de uma pessoa querida ou de uma abstração que esteja no lugar dela, como liberdade, ideal. As perdas que acontecem ao longo da vida poderão ou não ser significadas e receber um sentido que as farão caminhar na direção de um luto. A prova de que o objeto amado já não existe mais exige que todo o desejo ligado a este seja extinto, mas contra isso se levanta uma compreensível oposição; essa oposição pode ser tão intensa que ocorre um afastamento da realidade. Vencer o respeito à realidade ocorrerá aos poucos, com grande dispêndio de tempo e de energia de investimento; enquanto isso, a existência do objeto de investimento é psiquicamente prolongada. O luto normal supera a perda do objeto e, enquanto dura, ele absorve igualmente todas as energias do ego.

Esse tipo de vivência acontece em pessoas com doenças de caráter crônico, como a diabetes, e suscita forte desgaste físico e emocional. Por ser uma doença crônica grave, atinge profundamente a vida emocional da criança, do adolescente e de seus familiares. Comumente é uma defesa temporária, sendo logo substituída por uma aceitação parcial:

Para mim a ficha caiu bem mais tarde, achei que fosse só um comprimidinho. (F5)

Não diabetes! Não! Ninguém tem na família, não acreditei. Foi chocante! (F12)

Porque é assim, quando é, a gente só dá valor e presta a atenção naquilo que interessa a gente, né?(F1)

Receber a notícia desta doença exige uma demorada elaboração como forma de superação. Tanto familiares como crianças e adolescentes apresentaram os vários estágios do luto, demonstrando que o diagnóstico do DM1 gera sentimento de perda profunda que precisa ser elaborado. A perda do futuro sonhado e almejado dentro de uma condição de saúde na qual, em tese, todas as possibilidades estariam colocadas. A tomada do conhecimento da vulnerabilidade da doença e da finitude leva a diferentes atitudes diante da própria vida e sobre a vida dos outros. Admitir o inevitável implica a renúncia da onipotência e o necessário reconhecimento da limitação humana e da própria morte (Pereyra Gonzales, & Marcondes, 2006).

Kübler-Ross (2011), estudando reações de ordem emocional em pacientes terminais, identificou cinco estágios pelos quais os pacientes evoluem ao receber a notícia de terminalidade: negação, isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Esses estágios podem ser identificados em todos os processos de elaboração de lutos. A *negação*, processo inconsciente na qual o sujeito não quer tomar conhecimento de algum desejo, fantasia, pensamento ou sentimento, é um mecanismo de defesa de ego (Zimmermann, 2001). Permite a quem recebe uma notícia intolerável que possa momentaneamente proteger-se da angústia gerada.

Quando não é mais possível manter o estágio da negação, ele é substituído por sentimentos de *raiva*, um sentimento de ódio à tomada de conhecimento de verdades inaceitáveis para o sujeito, que geralmente vem acompanhado por revolta, inveja e ressentimento (Zimmermann, 2001). Contrastando com o estágio de negação, é muito difícil, do ponto de vista da família e da equipe de saúde, lidar com o estágio da raiva, pois ela propaga-se em todas as direções (Kübler-Ross, 2011).

Os sentimentos de raiva com frequência foram projetados no sistema público de saúde e a elaboração da raiva mostrou-se variável tanto para membros de uma mesma família como para famílias diferentes. São promessas, acordos que adiam o desfecho inevitável:

Foi mais difícil lidar com eles dois [pais] do que com a pequena. (F3)

Até hoje a gente não se conforma, após 4 anos de doença. (F6)

A gente procurou homeopatia, chá que ensinavam, garrafada, na verdade procurando a cura, mas a gente nunca abandonou a medicina normal. (F5)

Ele deprimiu, chorava e se isolava, não queria aceitar a doença. (F9)

Eu pensava que depois de tudo, que eu ia morrer. (F9)

Estrutura emocional individual previamente perturbada, conflitos familiares e expectativas pouco realistas contribuíram para o prolongamento das reações de hostilidade. No processo de *barganha*, conforme Kübler-Ross (2011), tentativa de adiamento do sofrimento, os familiares buscaram apoiar-se em expectativas que pudessem evitar o confronto com a realidade dura da doença, procurando alternativas, baseadas no desejo e no pensamento mágico.

A *depressão*, reativa e preparatória, foi vivida como um instrumento de preparação para a perda iminente dos "objetos amados": a saúde, a alimentação convencional, os amigos, a liberdade e a vida sem injeção da insulina. A depressão é um instrumento na preparação da perda iminente, facilitando o estado de aceitação. Para a American Diabetes Association (2017), é também um momento de fragilidade emocional em que podem ser desencadeados processos depressivos patológicos em pessoas com predisposição, e estes quadros estão associados a um pior controle da diabetes.

Os pais de um adolescente de 14 anos, diagnosticado aos 5 anos, revelam, além das preocupações e temores comuns com a doença, o conteúdo inconsciente subjacente: o luto dos pais pela perda do filho infantil, com temores pelos perigos que ameaçam os filhos quando saem de seu controle.

Ele enche o nosso saco porque ele quer crescer, incomoda bastante a gente por causa disto, a gente se preocupa de ele não se machucar, não quebrar osso, que a gente tem que estar sempre em cima. (F8)

Essa vivência é assinalada por Aberastury e Knobel (1981), os quais explanam que o adolescente provoca uma revolução no seu seio familiar e social e isto cria um problema de gerações nem sempre bem resolvido. Os pais vivem o luto pelo filho, precisam fazer o luto pelo corpo do filho pequeno, pela sua identidade de criança e pela sua relação de dependência infantil.

Para a maioria dos participantes da pesquisa, o diagnóstico aconteceu em ambiente hospitalar, num contexto clínico de ameaça à vida devido à descompensação metabólica. Em relação a essa situação, apareceram sentimentos ambivalentes: por um lado, aliviados e seguros por estarem em ambiente protegido por recursos terapêuticos e, por outro lado, assustados com a confirmação do diagnóstico e pela notícia da internação em UTI. Foram relatados ainda sentimentos de isolamento, solidão e abandono:

Ele estava muito mal, muito debilitado, foi atendido por especialista. (F1)

Eu chorava de preocupação achando que ele estava morrendo e ele olhava para mim e chorava, me vendo chorar ele devia achar que estava morrendo. (F4)

Eu pensei na minha família toda, pensei que não ia aguentar, pensei no meu pai também [que morreu na UTI], de não voltar mais e não ver mais minha família. (F9)

O processo de aceitação, superação da raiva e da depressão com um certo grau de tranquila expectativa, mostrou-se muitas vezes demorado e variou de acordo com os recursos emocionais internos de cada pessoa, dos apoios sociais e das equipes de saúde.

O Atendimento dos Profissionais

A internação em UTI é um espaço marcado pela gravidade do estado de saúde e pela representação do risco de morte iminente. Possivelmente por isso foi considerado o momento mais dramático na trajetória da diabetes. Os familiares não se sentiram acolhidos por parte da equipe de saúde em suas angústias e temores neste contexto. Na percepção deles, os profissionais estavam mais atentos ao cuidado da doença clínica.

Estavam em 3 a 4 pessoas para aguentar ele, ninguém dava conta; não davam conta de colocar a agulha na veia para colocar os medicamentos... os médicos ficavam com pena dele... (F8)

Percebe-se a importância da humanização na UTI, a qual sugere o cuidado integral ao paciente, englobando o seu contexto familiar, social, cuja prática deve incorporar os

valores, as esperanças, os aspectos culturais e as preocupações de cada um, na medida em que cada indivíduo é único e tem necessidades, valores e crenças próprias (Knobel, 1998 apud Maia, 2010).

O atendimento no nível secundário se desenvolveu através da participação no Projeto de Extensão Universitária, na medida em que este atua no serviço de especialidades, sendo que o profissional técnico responsável pelo atendimento é também professor da universidade e coordenador do referido Projeto. Percebeu-se na fala dos entrevistados que esse atendimento gerou sentimentos de segurança em função das oportunidades de escuta vivenciadas e do acolhimento recebido. Os aspectos de destaque referido pelos usuários foram as características individuais dos profissionais e o acompanhamento da equipe interprofissional, considerado como importante para lidar com a doença.

Elas acolheram; elas são nossa família; eu confio nela; elas cuidam da gente. (F1)

Algumas coisinhas cada uma pode falar, mas cada uma estuda mais para cada coisa. Todos são importantes. (F4)

Os familiares e seus filhos puderam resgatar junto aos membros da equipe os vínculos pessoais que foram abalados em outros relacionamentos. O vínculo gerado pela continuidade do cuidado é condição essencial para o alcance de resultados positivos (Cunha, & Giovanella, 2011). As atividades educativas realizadas pelos profissionais das diversas áreas, as atividades em grupo e o contato com outras famílias com as mesmas vivências são vistos como importantes para amenizar suas angústias. Os familiares tiveram uma percepção da multiplicidade dos olhares e das intervenções por parte da equipe.

Conforme a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2010), a educação interprofissional maximiza as habilidades dos profissionais de saúde, permitindo que estes atuem em sua máxima capacidade, e é isso que se percebe acontecendo neste Projeto. Elenca-se como benefícios da interprofissionalidade para a política de saúde a melhoria das práticas e dos resultados, o aumento da confiança dos trabalhadores da saúde, a melhoria da segurança dos pacientes e a melhoria do acesso à assistência de saúde.

Os profissionais da equipe interprofissional também foram importantes na quebra dos mitos relacionados à doença. Na percepção dos familiares, as dificuldades para manter o controle sobre a alimentação foram maiores do que o controle da administração da insulina, uma vez que esta era pontual e em horários definidos.

No começo foi muito revoltante, mas com o passar do tempo a gente também foi se acostumando, foi tendo contato com a nutricionista e viu que não era bem assim. (F4)

Os relatos mostraram usuários com sentimento de pertencimento, destacando-se a importância do vínculo, tanto relacional quanto emocional. O vínculo é essencial para a realização do cuidar, em que os atendidos devem ser os sujeitos, e não os objetos da intervenção, promovendo efetivo envolvimento dos profissionais, usuários e comunidades com os processos de cuidado, ressaltando a criatividade do fazer (Ayres, 2009). O processo de vínculo transferencial, operado e facilitado por uma sustentação e manejo da equipe, aconteceu com profissionais de Medicina, Enfermagem e Nutrição. No momento em que o paciente passa a se interessar por tudo o que se relaciona com a figura do profissional de saúde, atribuindo maior importância a esta do que a que demonstra por suas próprias questões, tem-se uma relação transferencial (Freud, 1986a).

Já na teoria winnicottiana, esta relação pode ser denominada de *holding*. A noção de *holding* é de extrema importância para o manejo clínico e é compreendida como sustentação, na medida em que se sustentam determinadas experiências ao longo de um tempo sem interromper a experiência do paciente; significa oferecer um ambiente que sustente e permita o processo de integração do sujeito. Se o *holding* é encontrado, sentimentos agonizantes podem ser transformados em experiências positivas, fornecendo ao indivíduo a confiança na realidade e nos contatos humanos (Januário & Tafuri, 2011).

A continuidade do cuidado e a disponibilidade dos membros da equipe refletiram positivamente sobre o sentimento de segurança tanto dos familiares quanto dos adolescentes. Os adolescentes mais velhos, com 17 e 18 anos, mostraram-se mais conscientes de sua nova realidade, estando mais próximos de desenvolverem sua autonomia e autocuidado.

O Tratamento da Diabetes

No início do tratamento, especialmente em crianças menores, observaram-se reações catastróficas devido à aplicação da insulina, como as relatadas por uma avó a respeito de sua neta de 3 anos:

No começo foi terrível, ela gritava, às vezes a mãe tinha que deitar em cima de uma parte do corpo dela e alguém aplicar. Se ela visse a seringa, já começava a gritar. (F3)

Ela não quer que eu aplique porque eu não enxergo, eu uso óculos. (F6)

Era o meu pai querendo aplicar, e minha mãe dizendo: cuida para não machucar ele, e era só injetar e deu! (F14)

Os depoimentos revelaram que os adultos criaram expectativas de que a criança devesse assumir precocemente o manejo da insulina e "entender" as restrições alimentares, especialmente em crianças menores e pré-adolescentes. Mesmo que tenham assimilado as orientações racionais sobre o cuidado, persistem necessitando de alguém que tome conta deles.

Eu sei como resolver o meu caso: me trancar num quarto e passar a comida por um buraco e uma caixa de lego para montar (F8).

Em três famílias em que aconteceram abandonos com adoções informais, os sentimentos de compaixão foram agravados pelo aparecimento da diabetes. O alimento, que já era usado como forma de reparação pelo desamor e abandono, não pôde mais exercer esse papel, exacerbando angústias e conflitos. Na reparação, o sujeito pode "consertar" os danos causados tanto na realidade quanto na fantasia (Zimerman, 2010). Para Klein e Riviere (1970), o mecanismo de reparação possui uma função organizadora e integradora do psiquismo; é uma tentativa de reparar as angústias e a culpa que se vivencia. Na fantasia inconsciente, os pais transformam em bons os danos praticados inconscientemente e pelos quais ainda se sentem culpados; portarem-se como pais compreensivos também é uma forma de lidar com as frustrações e os sofrimentos do passado.

Foram identificados traços de excessiva dependência nas crianças destas famílias, contrastando com condutas de onipotência e oposição. Os adultos tinham baixa capacidade de continência, isto é, baixa capacidade de conter as necessidades, angústias e demandas da criança, dificultando o enquadramento para o adequado controle glicêmico. A inconsistência do comportamento dos adultos em relação às regras comprometeu o controle do tratamento.

A alimentação está ligada profundamente a etapas precoces do desenvolvimento emocional e, portanto, da estruturação do psiquismo. O homem nem sempre ingere comida como alimento. As mães são especialmente sensíveis às reações de seus filhos, tanto na recusa alimentar quanto na avidez por alimentos (Winnicott, 2000). Foram identificados núcleos familiares em que a falta de controle alimentar dos filhos se acompanhava de ansiedade, culpa e sentimentos de incapacidade por parte dos cuidadores:

Eles achavam que a gente não sabia criar filhos, eu mesma me sentia e me achei uma porcaria de mãe, o menino não ganhar peso. (F8)

No caso F3, a avó demonstra sua capacidade de tolerar as frustrações da neta de 7 anos, "sobrevivendo" aos ataques agressivos de modo flexível e amoroso, sem retaliações, ajudando a tranquilizar a criança e trazendo-a para a ordenação da condição alimentar. A avó, com sua capacidade de perceber, pensar e ter juízo crítico, empresta a "função do ego" à sua filha (neta) enquanto ela ainda não as tem desenvolvidas, simbolizando a função materna. A mãe tem a função alfa, de continente adequado, para acolher, decodificar e devolver para o filho aquilo que ele projetou nela, desintoxicado, significado e nomeado (Zimmermann, 2010).

Ela é uma criança, tem horas ela empina e quer uma coisa e se a gente não der ela fica braba, arruma uma briga com ela, fica braba uns cinco minutos vai para o quarto e logo ela volta, olha, sorri e passou. (F3)

A ideia de fatalidade associada à diabetes, como a ausência de perspectiva, o risco de morte prematura e a impossibilidade de realizar sonhos (ser jogador de futebol, soldado), contribuiu para menor adesão à dieta. Muitas fantasias eram reforçadas por mensagens

negativas por parte de leigos, levando crianças, adolescentes e cuidadores a associarem diabetes à desesperança.

No começo tinha muita gente desanimando a gente, que a filha ia perder pedaço de perna, pedaço de braço. (F4)

É que ele queria ser jogador de futebol, mas aí eu digo para ele que jogador de futebol é muito cansativo. (F7)

No início da adolescência, aconteceram os maiores descontroles, coincidindo com a emergência das questões emocionais próprias dessa fase: o luto pela perda da infância somou-se ao luto pela doença, que, assim como o primeiro, "é para sempre" e de um horizonte ameaçador:

Eu vou morrer mesmo. (F3)

Fazem parte desse processo condutas de oposição, queixas frequentes dos familiares. A onipotência esteve presente neste grupo etário, com o sentimento de que nada lhes acontecerá burlando dietas e negando riscos. De acordo com Zimermann (2010), tendo vivido uma relação simbiotizada com os pais durante a infância, fase evolutiva em que o sujeito sente-se fundido ao outro e que antecede à fase da diferenciação, os filhos adolescentes querem distância das pessoas em quem anteriormente investiam (familiares ou seus substitutos). Estão agora à procura de um território pessoal e de novos limites, numa reorganização do espaço relacional.

O manejo da insulina demonstrou estar relacionado ao contexto sociocultural, da estrutura e coesão familiar, da idade dos pacientes e da estrutura emocional dos adultos envolvidos no cuidado, refletindo uma melhor ou pior aceitação do medicamento injetável. O ajuste da dose de insulina a partir do controle glicêmico foi mais frequente nos adolescentes mais velhos e mais difícil no início da adolescência.

Uma injeção de manhã, uma ao meio-dia e à noite é o mais pesado para ela, ninguém gosta, até para a gente que é adulto não gosta. (F4)

Ela só quer aplicar a insulina, não quer saber quanto está o açúcar, não para de comer... tem um estresse que meu Deus do céu, sai chutando tudo... (F15)

Cuidadores mais informados contribuíram para a superação da rejeição às aplicações de insulina promovendo uma adesão mais precoce. Crianças, adolescentes e familiares foram incentivados logo após o diagnóstico a se apropriarem do manejo da insulina. No entanto observou-se que muitos pais estabeleceram pouco controle sobre a administração da insulina, atribuindo aos filhos essa tarefa, especialmente no caso de cuidadores principais inseguros em situação de baixa coesão familiar.

Através de uma ação do Projeto de Extensão Universitária, crianças e adolescentes vinculados ao grupo tiveram acesso à "canetinha" (dispositivo para injeção de insulina). Todos foram concordantes no avanço de suas qualidades de vida após o uso deste dispositivo. Relataram redução da dor e melhora na autonomia:

Acho que a facilidade da caneta ajudou bastante, né... ele poder sair, ele leva com ele, não tem mais aquela preocupação de botar gelo, refrigerar, levar seringa... sim, porque ele levava 2 tipos. (F13)

De modo geral, em núcleos familiares com baixa adesão ao tratamento foram identificadas características como baixa coesão familiar, conflitos psicossociais, adoções informais, ausência de um segundo cuidador, precário apoio da família, dificuldades de acesso aos serviços e comorbidades psiquiátricas.

Considerações Finais

Por intermédio da perspectiva da psicanálise, observou-se como os aspectos emocionais envolvidos no cuidado de crianças e adolescentes com DM1 têm efeitos na sua condição orgânica e interferem na aceitação, adesão e controle do quadro da doença, impactando na sua qualidade de vida. Crianças e adolescentes demonstraram um sofrimento psíquico agudo com relação ao diagnóstico e a internação hospitalar, com vivências de luto, sentimentos de desintegração e desproteção. Também denotaram um sofrimento crônico associado à restrição alimentar e à aplicação da insulina. A adaptação nutricional foi elemento de maior dificuldade de assimilação quando comparada ao uso da insulina.

O uso da insulina e o controle da alimentação mostraram-se um processo sofrido e demorado, o qual consome recursos emocionais e afeta toda a estrutura familiar. Os

cuidadores familiares são atores intimamente associados ao desfecho do tratamento, por essa razão, reforça-se que estes devem ser contemplados prioritariamente pelas equipes de saúde. Baixa coesão dos vínculos familiares, baixa autoestima, culpa, medo e insegurança foram elementos frequentes que corroboraram para prejuízos nas dinâmicas intrafamiliares e nos resultados terapêuticos.

O acesso a caneta foi um importante fator de adesão ao tratamento e melhora da qualidade de vida, com incremento da autonomia, inclusão social e fortalecimento dos vínculos grupais, especialmente nos adolescentes.

A complexidade dos fatores envolvidos no tratamento que afloraram nesse estudo mostra a importância da abordagem interprofissional como a realizada no Projeto de Extensão Universitária aqui apresentado, para uma compreensão efetiva das influências psicossociais e suas consequências na trajetória de vida de crianças e adolescentes com DM1.

Este estudo apresenta contribuições para que a equipe de saúde possa refletir sobre novas abordagens em saúde mental, aprimorando a produção de cuidados em saúde. A inserção de ações de promoção em saúde mental nos núcleos familiares de crianças e adolescentes com DM1 pode fortalecer a atenção integral neste contexto de vida, assim como a formação permanente e o matriciamento na rede pública de saúde são estratégias úteis para este fim.

6- A CRIANÇA COM DOENÇA CRÔNICA E A FAMÍLIA

Desde 2003, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem chamando atenção para mudanças no cenário epidemiológico, com a relevância da atenção às doenças crônicas em crianças e adolescentes.

O Ministério da Saúde (MS) do Brasil, na sua Portaria 483, de 1/4/2014, estabeleceu uma política pública para o cuidado das doenças crônicas conceituando-as como condições de longa duração, em geral incuráveis, não transmissíveis, podendo deixar sequelas, impor limitações às funções do indivíduo e requerer adaptação.

As doenças crônicas consistem em problemas que demandam tratamento contínuo, de longa duração, exigindo cuidados permanentes.

No Brasil, dados do IBGE mostram que entre 9% e 11% das crianças e adolescentes são portadoras de uma doença crônica. Nos Estados Unidos, 43% das crianças – cerca de 32 milhões – vivem, atualmente, com pelo menos uma das 20 doenças crônicas mais comuns na infância.

Para todas as doenças crônicas a visão de saúde deve se relacionar com qualidade de vida porque a maioria não tem cura e continuará na idade adulta. A quantidade de estudos e de diretrizes de cuidado voltados às doenças crônicas em adultos é muito superior à observada em crianças e adolescentes. Existem muito mais estudos, portarias e diretrizes em adultos do que em crianças. Tal desigualdade necessita uma mudança de paradigma, para assegurar o cuidado de qualidade à população pediátrica.

É difícil estimar quão comuns são as doenças crônicas devido à heterogeneidade nas definições em diferentes estudos. Uma lista não exaustiva das doenças crônicas na infância e adolescência inclui: alergias, obesidade, asma, fibrose cística, doenças genéticas como a Síndrome de Down, cardiopatias congênitas, diabetes, anemia falciforme, desnutrição, infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, deficiência de desenvolvimento neuropsicomotor, paralisia cerebral, consequências da prematuridade e baixo peso ao nascer, doenças mentais, epilepsia, cânceres, doenças renais e doenças reumatológicas e outras.

Ao longo da vida, as doenças cursam em fases: diagnóstico (podendo ser antecipado pela triagem neonatal), sinais e sintomas clínicos e laboratoriais, fase crônica, exacerbações e fase terminal. Tais fases suscitam, nos pacientes e cuidadores, reações

emocionais diversas, como sentimento de culpa, medo, angústia, depressão, apatia e ameaças a rotina do dia-a-dia.

É fundamental o reconhecimento que as doenças crônicas não têm cura, mas podem apresentar controle com o manejo adequado.

Sempre que possível, o cuidado deve ser realizado por equipes multidisciplinares, interdisciplinares e, de preferência, transdisciplinares. Os programas de cuidado devem envolver profissionais como pediatras, médicos da família e da comunidade, enfermeiros, fisioterapeutas, assistentes sociais, educadores físicos, psicólogos e agentes comunitários, evitando, dessa maneira, a centralização excessiva. Adicionalmente, os profissionais de saúde devem desenvolver habilidades para transmitir ao paciente com doenças crônicas e seus cuidadores informações de forma simples e compreensível.

Os familiares e os membros das equipes de saúde devem ter em mente que as crianças com doenças crônicas podem apresentar redução na sobrevida e cuidado clínico e psicossocial por toda a vida.

Um grande desafio atual é a inclusão de cuidado de qualidade para as doenças crônicas na Atenção Básica devido à alta prevalência, etiologia multifatorial com componentes genéticos, ambientais e socioculturais. A abordagem, para ser efetiva, necessariamente envolve equipes de saúde, com protagonismo e interação com os pacientes, suas famílias e a comunidade.

Nesse contexto, o MS vem desenvolvendo 13 diretrizes, metodologias, instrumentos de apoio às equipes de saúde e realizando esforço para que se organize a Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. As 10 etapas fundamentais para o cuidado de crianças e adolescentes com doenças crônicas incluem: 1) Diagnóstico precoce e correto; 2) Acompanhamento por toda a vida; 3) Acesso ao manejo interdisciplinar; 4) Cuidado centrado em diretrizes baseadas em evidências científicas sólidas; 5) Acesso a medicação de alto custo; 6) Avaliação de comorbidades; 7) Manejo das exacerbações; 8) Atenção à qualidade de vida; 9) Apoio à inclusão social e a não discriminação e 10) Apoio aos cuidadores.

7- PROBLEMAS DE VISÃO NA INFÂNCIA

A visão é o nosso principal sentido e é responsável por mais de 80% das informações que as crianças adquirem durante a infância, principalmente na escola.

A criança com alguma deficiência visual não diagnosticada pode ter importante prejuízo no seu aprendizado e desenvolvimento. Frequentemente, o mau desempenho escolar ocorre exclusivamente por algum tipo de problema visual que nem a família nem a criança estão cientes.

Estrabismo, miopia, astigmatismo, ambliopia, catarata, glaucoma e síndrome do olho seco são alguns dos problemas oftalmológicos que podem surgir na infância.

Na imensa maioria das vezes, a criança não tem capacidade de reconhecer o próprio problema. Por isso, um exame oftalmológico de rastreio é importante.

A Academia Americana de Pediatria e a Academia Americana de Oftalmologia recomendam exame oftalmológico de rastreio a partir dos 3 anos de idade. Muitas escolas fazem esse exame ou exigem que os pais o façam entre os 4 e 6 anos de idade.

O que vamos explicar a seguir são os principais sinais de alteração na visão que a criança pode apresentar. É importante que os pais e os professores fiquem alerta para poderem identificar precocemente uma criança com comprometimento visual.

Video

Antes de seguirmos em frente com as explicações, assista ao vídeo com o resumo das informações tratadas neste artigo.

Sinais de problemas na vista

Mau desempenho escolar

Toda criança com mau desempenho escolar, mas que se mostre bem desenvolvida e perfeitamente à vontade em todas as outras áreas, deve se submeter a uma avaliação oftalmológica.

Se a criança tiver dificuldade para ler de perto ou de longe, ela terá maior dificuldade de aprender o conteúdo dado em sala de aula.

Se os pais ou os professores não estiverem atentos, a criança pode passar meses ou anos com mau desempenho acadêmico simplesmente por ter algum problema na visão, como miopia, estrabismo ou astigmatismo, por exemplo.

Sentar muito próximo da TV



Ver TV de perto é sinal de problema na visão

Se o seu filho só gosta de ver televisão estando muito próximo ao aparelho, isso pode ser um sinal de que a visão dele para longe não está adequada. Astigmatismo ou miopia são problemas possíveis nesses casos.

É importante salientar que sentar muito próximo da TV é um sinal de problema de visão e não a causa dele.

Todo mundo já ouviu dos pais que ver televisão muito de perto faz mal pra vista, mas isso é uma orientação que atualmente não possui nenhuma evidência científica.

Esse mito surgiu porque até o fim da década de 1960, os televisores vendidos realmente emitiam uma quantidade de radiação acima do permitido atualmente pelos órgãos de controle. Nessa época, ver TV muito próximo realmente fazia mal.

Os televisores modernos, porém, não emitem essa radiação e não há evidências de que eles possam provocar danos à visão.

Ler com o livro muito próximo dos olhos

Se a criança sentir necessidade de aproximar o livro dos olhos para conseguir ler adequadamente, isso também pode ser um sinal de miopia ou outro problema de visão.

Tenha atenção que as crianças têm uma capacidade de acomodar os olhos maior que os adultos e por isso conseguem enxergar de perto bem melhor que nós. Porém, se a criança só consegue ler as palavras com o livro próximo ao rosto, uma consulta com o oftalmologista faz-se necessária.

Coçar muito os olhos

Toda criança pequena coça os olhos quando está com sono. Isso é perfeitamente normal. Todavia, se o seu filho, coça muito os olhos quando está brincando ou quando está tentando enxergar ou ler alguma coisa, isso pode ser um sinal de dificuldade visual.

A coceira ocular frequente também pode ser um sinal de conjuntivite alérgica.



Comichão frequente nos olhos

Além de ser um sinal de um possível problema oftalmológico, o ato de coçar os olhos a toda hora pode desencadear ceratocone, uma doença ocular que surge quando a córnea fica deformada, assumindo um formato de cone.

Pular a linha quando está lendo um texto

Se a criança frequentemente pula ou repete as palavras ou as linhas quando está lendo ou escrevendo, ou se anos depois de ter sido alfabetizada ela ainda precisa usar o dedo para acompanhar as palavras que lê, isso pode ser um sinal de miopia ou insuficiência de convergência.

A insuficiência de convergência é uma condição na qual a musculatura dos olhos têm dificuldade em trabalhar de forma coordenada, principalmente nas atividades que requerem visão próxima, como durante a leitura ou escrita.

Além da dificuldade para ler de forma sequencial, a criança também pode apresentar fadiga ocular, visão turva, visão dupla (diplopia) ou dor de cabeça associada à leitura ou escrita.

Toda criança com má performance na leitura ou escrita deve ser avaliada para problemas de visão.

Fotofobia

Fotofobia é uma sensibilidade exagerada à luz.

Crianças que se mostram muito sensíveis à luminosidade, principalmente em situações nas quais as outras crianças não parecem estar incomodadas, podem ter algum problema oftalmológico.

As causas de fotofobia são várias, nem todas elas são de origem oftalmológica, como é o caso da enxaqueca.

Blefarite, lesão da córnea, uveíte, conjuntivite e irite são apenas algumas das causas oculares de sensibilidade à luz.

Em alguns pacientes, principalmente nas pessoas de olhos claros, a fotofobia pode não ter uma causa aparente, sendo apenas uma sensibilidade aumentada à luz (geralmente mais intensa nos comprimentos de onda azul e verde) sem nenhuma doença associada.

Lacrimejamento persistente

Lacrimejamento excessivo ou persistente em um ou ambos os olhos também é um sinal de problema. São várias as possíveis causas, incluindo:

- Síndrome dos olhos secos.
- Uveíte.
- Glaucoma.
- Conjuntivite.
- Trauma.
- Alterações nos cílios.

Nas crianças com menos de 1 ano de idade, a principal causa de lacrimejamento contante é a obstrução do ducto nasolacrimal.

Fechar um dos olhos para ler de longe ou ver TV



Fechar um dos olhos para ver de longe

Se a criança tiver um problema de visão em apenas um dos olhos, ela pode ter dificuldade com a visão binocular (com os dois olhos abertos).

Por exemplo, se um dos olhos tiver miopia ou astigmatismo e outro não, a criança pode começar a utilizar mais o olho bom que o ruim. Isso pode causar um quadro de ambliopia, que é o desenvolvimento inadequado da visão em um dos olhos.

Estrabismo é outra causa comum de ambliopia.

O tratamento pode ser feito com óculos, mas nos casos mais severos pode ser necessária a utilização de um tapa olho sobre o olho bom, para forçar o desenvolvimento do olho menos desenvolvido.

Inclinação da cabeça para o lado para ler ou ver TV

Esse sinal é semelhante ao anterior e geralmente ocorre quando a criança enxerga melhor de um olho do que de outro ou tem algum tipo de estrabismo.

Essa condição é mais facilmente percebida pelos professores na sala de aula, pois esses costumam estar de frente para a criança enquanto ela tenta ler o quadro negro.

Dor de cabeça ou dor nos olhos

Muitas vezes, a criança com algum problema visual passa o dia forçando a musculatura do olho para tentar ajustar o foco e conseguir ler e ver detalhes à distância.

Esse esforço pode provocar sintomas, como dor de cabeça, dor nos olhos ou sensação de olhos cansados.

Se o seu filho refere qualquer um desses sintomas ou se claramente evita atividades que requerem uma boa visão, como ler, usar o computador ou jogar videogame, isso pode ser um sinal de problema nos olhos.

8- DIARREIA POR ROTAVÍRUS

A infecção pelo rotavírus recebe o nome de rotavirose e é caracterizada por forte diarreia e vômitos, principalmente em bebês e crianças pequenas entre 6 meses e 2 anos de idade. Os sintomas costumam surgir de forma repentina e duram cerca de 8 a 10 dias.

Por causar diarreia e vômitos, é importante que sejam adotadas medidas para evitar que a criança fique desidratada, especialmente aumentando o consumo de líquidos. Além disso não é recomendado dar à criança alimentos ou remédios que prendem o intestino antes dos primeiros 5 dias da diarreia porque é necessário que o vírus seja eliminado através das fezes, caso contrário poderá haver agravamento da infecção.

A diarreia causada pelo rotavírus é muito ácida e, por isso, pode deixar toda a região íntima do bebê muito avermelhada, com maior facilidade de assaduras. Assim, a cada episódio de diarreia o mais adequado é retirar a fralda, lavar as partes íntimas do bebê com água e sabonete hidratante e colocar uma fralda limpa.



Principais sintomas

Os sintomas da infecção pelo rotavírus costumam surgir de forma repentina e são mais graves quanto mais nova a criança for, devido à imaturidade dos sistema imunológico. Os sintomas mais característicos incluem:

- Vômitos;
- Diarreia intensa, com cheiro de ovo estragado;
- Febre alta entre 39 e 40°C.

Em alguns casos pode haver apenas vômito ou apenas diarreia, no entanto o tratamento deve ser iniciado o mais rápido possível, porque tanto o vômito quanto a diarreia podem favorecer a desidratação da criança em poucas horas, levando ao aparecimento de outros sintomas como boca seca, lábios ressecados e olhos fundos.

Como confirmar o diagnóstico

O diagnóstico da infecção por rotavírus geralmente é feito por um pediatra através da avaliação dos sintomas, mas também pode ser pedido um exame de fezes para confirmar a presença do vírus.

Como se pega rotavírus

A transmissão do rotavírus acontece de forma muito fácil, podendo a criança infectada contaminar outras crianças mesmo antes de apresentar sintomas e até 2 meses após a infecção ter sido controlada, sendo a principal via de contágio o contato com as fezes da criança contaminada. O vírus pode sobreviver vários dias fora do corpo e é muito resistente a sabonetes e desinfetantes.

Além da transmissão fecal-oral, o rotavírus pode ser transmitido por meio do contato entre uma pessoa contaminada e outra saudável, por meio do contato com superfícies contaminadas ou através da ingestão de água ou alimentos contaminados pelo rotavírus.

Existem muitos tipos ou estirpes de rotavírus e as crianças podem até os 3 anos de idade apresentar várias vezes a infecção, embora as seguintes sejam mais fracas. Até mesmo as crianças que são vacinadas contra o rotavírus podem desenvolver a infecção, embora apresentem sintomas mais leves. A vacina contra o rotavírus não faz parte do calendário

básico de vacinação do Ministério da Saúde, mas pode ser administrada após a prescrição do pediatra.



Como é feito o tratamento

O tratamento para infecção por Rotavírus pode ser feito com medidas simples que garantem que a criança não fique desidratada porque não existe um tratamento específico para esta virose. Para baixar a febre o pediatra pode receitar Paracetamol ou Ibuprofeno, em doses intercaladas.

Os pais devem cuidar da criança oferecendo água, suco de fruta, chá e refeições leves como sopas ou papinhas ralas para garantir que a criança recebe vitaminas, nutrientes e sais minerais para que possa se recuperar mais rápido. No entanto, é importante oferecer líquidos e alimentos em pequenas quantidades para que a criança não vomite logo a seguir.

É importante também adotar medidas que diminuam o risco da infecção, como lavar sempre as mãos após usar o banheiro e antes de preparar os alimentos, além de ter cuidados de higiene pessoa e doméstica, não utilizar água de rios, riachos ou poços que

estejam possivelmente contaminados e proteger os alimentos e áreas da cozinha contra animais.

Sinais de melhora

Os sinais de melhora geralmente surgem após o 5º dia, quando os episódios de diarreia e vômito começam a diminuir. Aos poucos a criança começa a ficar mais ativa e tem mais interesse por brincar e conversar o que pode indicar que a concentração de vírus está diminuindo e por isso ela está ficando curada.

A criança pode voltar para escola ou creche após passar 24 h se alimentando normalmente, sem nenhum episódio de diarreia ou vômito.

Quando ir ao médico

É importante que a criança seja levada ao pediatra quando apresenta:

- Diarreia ou vômito com sangue;
- Muita sonolência;
- Recusa de qualquer tipo de líquidos ou alimentos;
- Calafrios;
- Convulsões devido a febre alta.

Além disso, é recomendado levar a criança ao médico quando são verificados sinais e sintomas de desidratação, como boca e pele seca, falta de suor, olheira nos olhos, febre baixa constante e diminuição dos batimentos cardíacos.

9- FEBRE EM BEBÊS E CRIANÇAS

A temperatura normal do corpo varia ao longo do dia e de pessoa para pessoa. A temperatura normal do corpo é mais alta em crianças na idade pré-escolar. Vários estudos documentaram que a temperatura de pico tende a ocorrer à tarde e é mais elevada por volta dos 18 a 24 meses de idade, quando muitas crianças saudáveis normais têm uma temperatura de 38,3° C. Mas a febre costuma ser definida como uma temperatura corporal básica (retal) de $\geq 38^{\circ}$ C.

O significado de febre depende mais do contexto clínico do que do pico da temperatura; algumas doenças menos graves provocam febre alta, ao passo que algumas doenças graves provocam apenas elevações moderadas de temperatura. Embora a avaliação dos pais seja frequentemente sombria pelo receio da febre, a história da temperatura aferida na residência deve ser considerada equivalente à do consultório.

Fisiopatologia

A febre ocorre em resposta à liberação de mediadores piogênicos endógenos chamados citocinas [em particular, interleucina-1 (IL-1)]. As citocinas estimulam a produção de prostaglandinas pelo hipotálamo; prostaglandinas reajustam e elevam o ponto de equilíbrio da temperatura.

A febre tem um papel importante na luta contra a infecção e, embora possa ser desconfortável, não necessita de tratamento nas crianças saudáveis. Alguns estudos indicam, inclusive, que, ao baixar a temperatura, pode haver prolongamento de algumas doenças. No entanto, a febre aumenta a taxa metabólica e as demandas do sistema cardiopulmonar. Portanto, a febre pode prejudicar a criança com comprometimentos cardíaco, pulmonar ou neurológico. Ela também pode ter ação catalisadora nas convulsões febris, uma situação infantil tipicamente benigna.

Etiologia

As causas da febre (Algumas causas comuns da febre em crianças) são classificadas em febre aguda (≤ 14 dias), aguda recorrente ou periódica (febre episódica separada por períodos afebris) ou crônica (> 14 dias), que é mais comumente chamada febre de origem indeterminada. A resposta aos antipiréticos e o grau da temperatura não têm relação direta com a etiologia.

Febre aguda

A maioria das febres agudas nos lactentes e nas crianças maiores é causada por infecção. As mais comuns são

- Infecções virais respiratórias ou gastrintestinal (entre todas, são as causas mais comuns)
- Certas infecções bacterianas (otite média, pneumonia, infecções do trato urinário)

Entretanto, as potenciais causas infecciosas da febre aguda variam de acordo com a idade da criança. Os neonatos (lactentes < 28 dias) são considerados funcionalmente imunocomprometidos porque eles muitas vezes não conseguem conter a infecção localmente. Isso leva a maior risco de infecções bacterianas invasivas graves, mais comumente causadas por organismos adquiridos durante o período perinatal. Os patógenos perinatais mais comuns em recém-nascidos são os estreptococos do grupo B, *Escherichia coli* (e outros organismos entéricos gram-negativos), a *Listeria monocytogenes* e o vírus do herpes simples. Esses organismos podem causar bacteremia (viremia por herpes simples), pneumonia, pielonefrite, meningite e/ou sepse.

A maioria das crianças febris com 1 mês a 2 anos de idade sem um foco evidente de infecção no exame físico (febre sem uma origem) tem uma doença viral autolimitada. Entretanto, alguns (talvez < 1% na era das vacinas pós-conjugadas) desses pacientes estão no início do curso de uma infecção grave (p. ex., meningite bacteriana). Assim, a principal preocupação em um paciente com FSO é se bacteremia oculta (bactérias patogênicas na corrente sanguínea sem sinais ou sintomas focais no exame) está presente. Os organismos causadores mais comuns da bacteremia oculta são o *Streptococcus pneumoniae* e o *Haemophilus influenzae*. O uso disseminado das vacinas contra esses dois organismos tornou a bacteremia oculta muito menos comum. As **causas não infecciosas raras** das febres agudas incluem doença de Kawasaki, choque térmico e ingestão de toxinas (p. ex., fármacos com efeitos anticolinérgicos). Algumas vacinas podem causar febre nas primeiras 24 a 48 h após a vacina ser administrada (p. ex., navacinação contra a coqueluche) ou 1 a 2 semanas depois de a vacina ser administrada (p. ex., na vacinação contra o sarampo). Essas febres tipicamente duram algumas horas a um dia. Se, contudo, a criança estiver bem,

nenhuma avaliação será necessária. Erupção dentária não provoca febres significativas ou prolongadas.

Febre aguda recorrente ou periódica

Febre aguda recorrente ou periódica consiste em episódios de febre alternados com períodos de temperatura normal (Algumas causas comuns da febre em crianças).

Febre crônica

Febre que ocorre diariamente por ≥ 2 semanas e para a qual culturas iniciais e outras investigações não conseguem produzir um diagnóstico é considerada febre de origem indeterminada

Potenciais categorias das causas (Algumas causas comuns da febre em crianças) incluem infecção localizada ou generalizada, doença do tecido conjuntivo e câncer. Causas específicas diversas incluem doença inflamatória intestinal, diabetes insípido com desidratação e termorregulação prejudicada. Pseudo-febre de origem desconhecida é provavelmente muito mais comum do que febre de origem desconhecida verdadeira, porque a doença viral leve e frequente pode ser superinterpretada. Em crianças, apesar das inúmeras causas possíveis, é mais provável que a febre de origem desconhecida verdadeira seja uma manifestação de uma doença comum, em vez de uma doença rara; as infecções respiratórias são responsáveis por quase metade dos casos de febre de origem desconhecida associada a infecções.

História da doença atual deve considerar grau e duração da febre, método de medição, dose e frequência dos antipiréticos (se houver). Perda de apetite, irritabilidade, letargia e alteração do choro (p. ex., duração, caráter) são sintomas associados importantes que sugerem doenças graves. Esses sintomas incluem ainda vômitos, diarreia (incluindo presença de sangue ou muco), tosse, dificuldade para respirar, distúrbios em extremidades ou articulações e urina com cheiro forte ou fétida. Indagar sobre uso de fármacos que poderiam induzir febre.

Fatores que predis põem a infecções devem ser identificados. Em neonatos, eles incluem prematuridade, ruptura de membranas prolongada, febre materna e testes pré-natais positivos (geralmente para infecções por estreptococos do grupo B, infecções por citomegalovírus ou doenças sexualmente transmissíveis). Para todas as crianças, os fatores predisponentes incluem exposições recentes a infecções (inclusive dos familiares e dos que cuidam da criança), material médico permanente (p. ex., cateteres,

derivações ventriculoperitoneais), cirurgia recente, viagem e exposições ambientais (p. ex., a regiões endêmicas, percevejos, mosquitos, gatos, animais de fazenda ou répteis) e outras deficiências imunes conhecidas ou suspeitas.

A **revisão dos sistemas** deve notar sintomas sugestivos de possíveis causas, como coriza e congestão nasal (Infecção das vias respiratórias superiores viral), cefaleia (sinusite, doença de Lyme, meningite), otalgia ou acordar à noite com sinais de desconforto (otite média), tosse ou chiado (pneumonia, bronquiolite), dor abdominal (pneumonia, faringite estreptocócica, gastroenterite, infecção urinária, abscesso abdominal), dor lombar (pielonefrite), edema ou hiperemia articular (doença de Lyme, osteomielite). Ainda, história de infecções repetidas (imunodeficiência) ou sintomas que sugerem doença crônica, como dificuldade para ganhar peso ou perda ponderal (tuberculose, câncer). Certos sintomas podem ajudar na avaliação de causas não infecciosas: palpitação cardíacas, sudorese, intolerância ao calor (hipertireoidismo) e sintomas recorrentes ou cíclicos (disfunções reumatoides, inflamatórias ou hereditárias).

A **história clínica** deve abranger febres ou infecções prévias ou fatores conhecidos que predispoem a infecções (p. ex., cardiopatia congênita, anemia falciforme, câncer, imunodeficiência). Na história familiar, observar a ocorrência de disfunções autoimunes ou outras condições hereditárias (p. ex., disautonomia familiar, febre familiar do mediterrâneo). Revisar calendário das vacinações para identificar pacientes de risco a infecções que possam ser prevenidas com vacinas.

Exame físico

Revisão dos sinais vitais, observando anormalidades na temperatura e frequência respiratória. Em crianças com aparência enferma, a pressão arterial também deve ser medida. No lactente, dá-se preferência pela temperatura retal, por causa da precisão. Pulso oximétrico deve ser realizado nas crianças com tosse, taquipneia ou dificuldade respiratória.

Na criança, é importante observar o aspecto geral e o comportamento durante o exame físico. Criança febril que reclama muito ou é desatenta é mais preocupante do que uma que não é cooperativa. Mas também é preocupante um lactente ou criança irritadiça e inconsolável. A criança febril com aspecto enfermo, especialmente quando a temperatura baixou, é uma fonte de grande preocupação e requer avaliação profunda

e observação continuada. Entretanto, a criança que parece mais confortável após terapia com antipirético nem sempre tem uma doença benigna.

Sinais de alerta

Os achados a seguir são particularmente preocupantes:

- Idade < 1 mês
- Letargia, desatenção ou aspecto toxemiado
- Desconforto respiratório
- Petéquia ou púrpura
- Criança inconsolável

Interpretação dos achados

Embora uma doença grave nem sempre cause febre alta e muitas febres elevadas sejam o resultado de infecções virais autolimitadas, temperatura $\geq 39^{\circ}\text{C}$ em crianças < 36 meses indica alto risco de infecções bacterianas graves.

Outros sinais vitais também são significativos. A hipotensão deve fazer com que se suspeite de hipovolemia, sepse ou disfunção do miocárdio. Taquicardia na ausência de hipotensão pode ser causada por febre (aumento de 10 a 20 batimentos/min para cada grau acima do normal) ou hipovolemia. Um aumento na frequência respiratória pode ser uma resposta à febre, indicar uma origem pulmonar da doença ou ser uma compensação respiratória para acidose metabólica.

Febre aguda é infecciosa na maioria dos casos e, desses, a maioria é viral. A história e o exame físico ajudam a fazer o diagnóstico de crianças > 36 anos com aparência saudável e não tóxica. Elas apresentam tipicamente doença respiratória viral (contato recente com a doença, coriza, chiado ou tosse) ou doença gastrointestinal (contato com a doença, diarreia e vômito). Outros achados também sugerem causas específicas (Exame da criança febril).

Entretanto, em crianças < 36 meses a possibilidade de bacteremia oculta, somada à ausência frequente de achados focais, com infecção bacteriana grave, há necessidade de uma abordagem diferente. A avaliação varia de acordo com a faixa etária. As categorias aceitas são neonatos (≤ 28 dias), lactentes (1 a 3 meses), lactentes maiores e lactentes (3 a 36 meses). Independentemente dos achados clínicos, o neonato com

febre precisa de hospitalização e exames para afastar infecção grave. Os lactentes podem necessitar de hospitalização, dependendo dos resultados dos exames laboratoriais e da evolução.

Febre aguda recorrente ou periódica e a febre crônica (febre de origem desconhecida) exigem indicadores que possam sugerir a disfunção e as causas potenciais. Entretanto, certos resultados podem sugerir a doença: estomatite aftosa, faringite e adenite (síndrome PFAPA); cefaleias intermitentes com coriza ou congestão nasal (sinusite); perda ponderal, exposição de alto risco e sudorese noturna (tuberculose); perda ponderal ou dificuldade de ganhar peso, palpitação cardíaca e sudorese (hipertireoidismo) e perda ponderal, anorexia, sudorese noturna (câncer).

Testes para febre aguda

Os testes dependem da idade, aparência da criança e se a febre é aguda ou crônica.

Para **febre aguda**, os testes para causas infecciosas são realizados de acordo com a idade da criança. Normalmente, crianças < 36 meses, mesmo aquelas que não parecem muito enfermas e aquelas com uma origem aparente de infecção (p. ex., otite média), exigem pesquisa detalhada para descartar infecções bacterianas graves (p. ex., meningite, sepse). Nessa faixa etária, o acompanhamento precoce (por telefone e/ou consulta ambulatorial) é importante para todos aqueles tratados em casa.

Todas as crianças febris com < 1 mês precisam ser submetidas à contagem diferencial manual de leucócitos, hemocultura, análise de urina e urocultura (obtida com cateter, não com coletor externo) e avaliação do líquido com cultura e testes por PCR (polymerase chainreaction) adequados (p. ex., para herpes simples, enterovírus) como indicado pelos fatores de risco históricos. Realiza-se radiografia de tórax em neonatos com manifestações respiratórias. As fezes são enviadas para cultura ou teste de PCR de fezes enterais em lactentes com diarreia. Os recém-nascidos são hospitalizados e recebem cobertura antibiótica empírica IV para os patógenos neonatais mais comuns (p. ex., usando ampicilina e gentamicina ou ampicilina e cefotaxima); antibióticos são mantidos até que as culturas de sangue, urina e líquido sejam negativas por 48 a 72 h. Também deve-se administrar aciclovir se os neonatos têm aparência enferma, vesículas mucocutâneas, o início da doença é em cerca de 2 semanas de vida, história materna de infecção por herpes-vírus (HSV) genital ou têm convulsões; interrompe-se o aciclovir se os resultados dos testes de PCR para identificação de HSV no LCS são negativos.

Crianças febris com idades entre 1 mês e 3 meses exigem uma abordagem diferente, que evoluiu ao longo das últimas décadas porque a quantidade de crianças nessa faixa etária que revela ter uma infecção bacteriana potencialmente grave foi acentuadamente reduzida pela imunização de rotina contra *H. influenzae* tipo b e *S. pneumoniae*. Contudo, os médicos devem continuar atentos porque, embora as infecções bacterianas graves tenham sido reduzidas, elas não foram eliminadas. Portanto, os médicos que optam por observar sem tratamento ou mandam para casa sob observação dos pais precisam estar mais seguros em relação ao status de baixo risco dessa criança do que no caso de uma criança que é testada, internada e tratada. Diferenciam-se os lactentes nessa faixa etária de 29 a 90 dias de idade com base em

- Temperatura
- Aparência clínica
- Resultados laboratoriais

Tipicamente, todos os lactentes com 29 a 60 dias e lactentes com 61 a 90 dias com aparência enferma ou com fatores de risco para infecção bacteriana grave (p. ex., anomalias congênitas significativas, prematuridade, dependência de aparelhos, não vacinados) devem ter de ser submetidos à contagem diferencial de leucócitos por contagem manual, hemoculturas, exame de urina e cultura de urina (obtidos por cateterismo, não em bolsa externa) e punção lombar com avaliação do LCS, incluindo cultura. Radiografia de tórax é feita naqueles com manifestações respiratórias, e as fezes são enviadas para cultura de fezes ou exame de fezes entéricas por PCR naqueles com diarreia. Alguns especialistas podem adiar a contagem de leucócitos e hemocultura em recém-nascidos febris de 61 a 90 dias de idade, sem fatores de risco para infecção bacteriana grave, dependendo dos resultados do exame de urina. A punção lombar pode ser adiada em lactentes com 61 a 90 dias de idade que parecem saudáveis, têm temperatura retal $< 38,5^{\circ}$ **CS em lactentes com uma aparência saudável semelhante com idades entre 29 a 60 dias, embora não existam diretrizes sólidas sobre os exames mínimos necessários nessa faixa etária.**

Lactentes entre 1 mês e 3 meses de idade com infecção *documentada* por vírus sincicial respiratório (VSR) ou influenza parecem ter um risco significativamente reduzido de infecção bacteriana grave; alguns especialistas acreditam que isso possibilita modificações nas recomendações acima. Lactentes dessa faixa etária febris

com boa aparência e com bronquiolite por VSR, ou com influenza documentada por teste de PCR durante um período de alta prevalência sazonal, e que têm exame de urina normal não necessariamente exigem exames de sangue ou do LCS ou antibióticos empíricos. Crianças com resultados anormais no exame de urina, especialmente aquelas entre 29 dias e 60 dias de idade, exigem avaliação laboratorial adicional e tratamento como descrito abaixo.

Os lactentes febris com idades entre 1 e 3 meses de idade com uma aparência enferma, choro anormal ou temperatura retal $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ e têm alto risco de infecção bacteriana grave, independentemente dos achados laboratoriais iniciais. Esses lactentes devem ser hospitalizados e receber terapia antibiótica empírica usando ampicilina e cefotaxima enquanto se aguarda os resultados das culturas de sangue, urina e LCS.

Os lactentes entre 1 e 3 meses de idade com uma aparência saudável com pleocitose do LCS, exame de urina ou radiografia de tórax anormal ou contagem de leucócitos periféricos $\leq 5.000/\text{mcL}$ ($\leq 5 \times 10^9/\text{L}$) ou $\geq 15.000/\text{mcL}$ ($\geq 15 \times 10^9/\text{L}$) devem ser internados para tratamento com antibióticos empíricos específicos para a idade, conforme descrito anteriormente. Se for necessário administrar antibióticos empíricos, deve-se considerar fortemente a análise do LCS (se ainda não tiver sido feita), especialmente em lactentes com 29 a 60 dias de idade.

Lactentes febris com aparência saudável entre 1 e 3 meses de idade e temperatura retal $< 38,5^{\circ}\text{C}$, contagem de leucócitos normal e exame de urina (e análise do líquido e radiografia de tórax, se feitas) têm baixo risco de infecções bacterianas graves. Esses lactentes podem ser tratados como pacientes ambulatoriais se houver acompanhamento confiável em 24 h por telefone ou consulta de retorno, momento em que os resultados da cultura preliminar são analisados. Se a situação social da família sugere que o acompanhamento em 24 h é problemático, os lactentes devem ser internados e observados. Se os lactentes são enviados para casa, qualquer deterioração no estado clínico ou agravamento da febre, uma hemocultura positiva não considerada como sendo contaminante, ou uma cultura de urina positiva em um lactente que permanece febril justifica a internação imediata com a repetição das culturas e terapia antibiótica empírica específica para a idade, como descrito previamente.

Lactentes febris com 3 a 36 meses de idade que têm uma origem aparente da febre ao exame físico e que não parecem enfermos ou intoxicados podem ser tratados de acordo com esse diagnóstico clínico. Deve-se avaliar minuciosamente as crianças com aparência enferma a procura de infecção bacteriana grave utilizando a contagem de leucócitos, hemoculturas, cultura de urina e, ao suspeitar-se de meningite, cultura do líquido. Aqueles com taquipneia ou contagem de leucócitos $> 20.000/\text{mcL}$ ($> 20 \times 10^9/\text{L}$) devem ser submetidos à radiografia de tórax. Esses lactentes devem receber terapia antibiótica parenteral (geralmente com ceftriaxona) tendo por alvo os patógenos prováveis nessa faixa etária (*S. pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Neisseria meningitidis*, *H. influenzae* tipo b) e internados com base nos resultados pendentes das culturas.

Lactentes dessa faixa etária com temperatura $> 39^\circ \text{C}$ e sem uma origem identificável no exame (febre sem uma origem) e que não estão totalmente imunizados têm um risco de bacteremia oculta tão elevado quanto 5% (igual ao risco antes de as vacinas conjugadas contra pneumococos e *H. influenzae* começarem a ser utilizadas). Esses lactentes devem ser submetidos a hemograma completo com contagem diferencial, hemocultura, exame de urina e cultura de urina. Radiografia de tórax deve ser feita se a contagem de leucócitos é $\geq 20.000/\text{mcL}$ ($\geq 20 \times 10^9/\text{L}$). Lactentes com uma contagem de leucócitos $\geq 15.000/\text{mcL}$ ($\geq 15 \times 10^9/\text{L}$) devem receber antibióticos por via parenteral com base nos resultados pendentes das culturas de sangue e urina. Ceftriaxona (50 mg/kg, IM) é preferida em razão do seu amplo espectro antimicrobiano e duração prolongada da ação. Lactentes que receberam antibióticos por via parenteral devem ser acompanhados durante 24 h por telefone ou consulta de retorno, momento em que os resultados das culturas preliminares são analisados. Se a situação social sugere que o acompanhamento em 24 h é problemático, os lactentes devem ser internados. Lactentes que não são tratados com antibióticos devem passar por uma reavaliação se eles ainda estiverem febris ($\geq 38^\circ \text{C}$) depois 48 h ou mais cedo se a febre aumentar ou se novos sintomas ou sinais se desenvolverem.

Para lactentes com uma aparência saudável e temperatura $> 39^\circ \text{C}$ e febre sem uma origem e que estão completamente imunizados, o risco de bacteremia é $< 0,5\%$. Nesse baixo nível de risco, a maior parte dos exames laboratoriais e antibioticoterapias empíricas não é indicada nem eficaz em termos de custo. Contudo, como a infecção do trato urinário (ITU) pode ser uma fonte oculta de infecção em crianças totalmente imunizadas nessa faixa etária, meninas < 24 meses de idade, meninos circuncidados

< 6 meses de idade e meninos não circuncidados < 12 meses de idade devem ser submetidos à urinálise e cultura de urina (obtidas por cateterismo, não de um coletor externo) e devem ser tratados de maneira apropriada se ITU é detectada. Para outras crianças completamente imunizadas, o exame de urina só é feito quando elas têm sintomas ou sinais de infecção do trato urinário, história de infecção do trato urinário, anomalias urogenitais ou febre por > 48 h. Para todas as crianças, os cuidadores são orientados a retornar imediatamente se a febre aumentar, se a criança parecer mais enferma ou se novos sintomas ou sinais se desenvolverem.

Para **crianças febris > 36 meses de idade**, o teste é dirigido pela história e exame físico. Nessa faixa etária, a resposta de uma criança a doenças graves está suficientemente desenvolvida para ser reconhecida clinicamente (p. ex., a rigidez na nuca é um achado confiável de irritação meníngea), de modo que testes empíricos (p. ex., rastreamento da contagem de leucócitos, culturas de sangue e urina) não são indicados.

Para **febre aguda recorrente ou periódica**, exames laboratoriais e de imagem devem ser direcionados às causas prováveis com base nos achados da história e do exame físico. A síndrome PFAPA deve ser considerada em lactentes pequenos com febre alta periódica em intervalos de cerca de 3 a 5 semanas com úlceras aftosas, faringite e/ou adenite. Entre os episódios e mesmo durante os episódios, os lactentes parecem saudáveis. O diagnóstico requer 6 meses de episódios estereotípicos, culturas negativas da garganta durante os episódios e exclusão de outras causas (p. ex., infecções virais específicas). Em pacientes com crises de febre, artralgia, lesões cutâneas, úlceras na boca e diarreia, deve-se mensurar os níveis de IgD a procura da síndrome de hiperimmunoglobulinemia D (HIDS). As características laboratoriais da HIDS incluem elevação da proteína C-reativa (CRP), velocidade de hemossedimentação (velocidade de sedimentação das hemácias) e IgD acentuadamente elevado (e muitas vezes IgA). Há exames genéticos disponíveis para a febre familiar do Mediterrâneo (FFM), a síndrome periódica associada ao receptor de FNT (TRAPS) e a HIDS.

Testes a procura de febre crônica

Para a febre crônica (febre de origem desconhecida), os exames laboratoriais e de imagem devem ser direcionados às causas prováveis da febre com base na idade do paciente e achados da história e exame físico. É improvável que a solicitação

indiscriminada de exames laboratoriais seja útil e ela pode ser prejudicial (por causa dos efeitos adversos dos testes desnecessários de confirmação dos falso-positivos). O ritmo da avaliação é ditado pela aparência da criança. O ritmo deve ser rápido se a criança tem uma aparência enferma, mas pode ser mais tranquilo se a criança parece saudável.

Todas as crianças com febre de origem desconhecida devem ser submetidas a

- Hemograma completo (HC) com contagem manual
- Velocidade de hemossedimentação (velocidade de sedimentação das hemácias) e proteína C reativa (CRP)
- Hemoculturas
- Exame de urina e cultura de urina
- Radiografia de tórax
- Níveis séricos de eletrólitos, ureia, creatinina albumina e enzimas hepáticas
- Sorologia para HIV
- Teste cutâneo tuberculínico (PPD)

Os resultados desses exames, em conjunto com achados da história e exame físico, podem guiar os testes diagnósticos adicionais.

A anemia pode ser uma pista para malária, endocardite infecciosa, doença inflamatória intestinal, lúpus eritematoso sistêmico ou tuberculose. A trombocitose é um reagente de fase aguda inespecífico. A contagem total e diferencial de leucócitos geralmente é menos útil, embora as crianças com uma contagem absoluta de neutrófilos $> 10.000/\text{mcL}$ ($> 10 \times 10^9/\text{L}$) tenham maior risco de infecções bacterianas graves. Se houver linfócitos atípicos, uma infecção viral é provável. Glóbulos brancos imaturos devem levar à avaliação de leucemia. Eosinofilia pode ser uma pista para doenças parasíticas, fúngicas, neoplásticas, alérgicas ou de imunodeficiência.

O VHS e CRP são reagentes inespecíficos de fase aguda que são indicadores gerais de inflamação; um VHS ou CRP elevado torna a febre factícia menos provável. Um

VHS ou CRP normal pode desacelerar o ritmo da avaliação. Entretanto, o VHS ou CRP pode ser normal na febre de origem desconhecida de causa não inflamatória (Algumas causas da febre de origem desconhecida (FOD)).

Deve-se realizar hemoculturas em todos os pacientes com febre de origem desconhecida pelo menos uma vez e mais frequentemente em caso de alta suspeita de infecção bacteriana grave. Três hemoculturas devem ser feitas ao longo de 24 h em pacientes com quaisquer manifestações de endocardite infecciosa. Uma hemocultura positiva, particularmente para *S. aureus*, deve levantar a suspeita de endocardite ou infecção óssea ou visceral oculta e levar à realização de cintilografia óssea e/ou ecocardiografia.

Exame de urina e cultura de urina são importantes porque a uma infecção do trato urinário é uma das causas mais frequentes de febre de origem desconhecida em crianças. Pacientes com febre de origem desconhecida devem ser submetidos a uma radiografia de tórax para verificar se há infiltrados e linfadenopatia, mesmo se o exame pulmonar for normal. Níveis séricos de eletrólitos, ureia, creatinina e enzimas hepáticas são medidos para verificar envolvimento hepático ou renal. Realizam-se testes sorológicos para HIV e teste cutâneo com tuberculina (PPD) porque a infecção primária por HIV ou TB pode se manifestar como febre de origem desconhecida.

Outros testes são seletivamente realizados com base nos resultados de:

- Exame de fezes
- Exame da medula óssea
- Testes sorológicos para infecções específicas
- Testes para doenças imunodeficientes e do tecido conjuntivo
- Exames de imagem

Culturas ou exames de fezes a procura de ovos e parasitas podem ser justificáveis em pacientes com fezes moles ou viagens recentes. Em casos raros, enterite por *Salmonella* pode se manifestar como uma febre de origem desconhecida sem diarreia.

O exame da medula óssea em crianças é mais útil para o diagnóstico de câncer (especialmente leucemia) ou outras doenças hematológicas (p. ex., doença

hemofagocítica) e pode ser necessário em crianças com hepatoesplenomegalia, linfadenopatia ou citopenias sem explicação.

Dependendo do caso, os testes sorológicos que podem ser justificados incluem, mas não se limitam à, infecção pelo vírus Epstein-Barr, infecção por citomegalovírus, toxoplasmose, bartonelose (doença da arranhadura do gato), sífilis e determinadas infecções parasitárias ou fúngicas.

Deve-se fazer um teste a procura de anticorpos antinucleares (ANA) em crianças > 5 anos com forte história familiar de doença reumatológica. Um teste de ANA positivo sugere uma doença do tecido conjuntivo subjacente, particularmente o lúpus eritematoso sistêmico. Os níveis de imunoglobulina (IgG, IgA, e IgM) devem ser medidos em crianças com uma avaliação inicial negativa. Níveis baixos podem indicar imunodeficiência. Níveis elevados podem ocorrer na infecção crônica ou doença autoimune.

Exames de imagem dos seios nasais, ossos mastoides e trato gastrointestinal devem ser inicialmente feitos apenas quando as crianças têm sinais ou sintomas relacionados com essas áreas, mas podem ser necessários em crianças nas quais a febre de origem desconhecida não é diagnosticada após testes iniciais. Crianças com um VHS ou CRP elevado, anorexia e perda ponderal devem ser submetidas a exames para excluir doença inflamatória intestinal, especialmente se também tiverem queixas abdominais com ou sem anemia. Contudo, os exames de imagem do trato gastrointestinal devem, por fim, ser feitos em crianças cuja febre persiste sem outra explicação e que pode ser causada por distúrbios como o abscesso no músculo psoas ou a doença da arranhadura do gato. Ultrassonografia, TC e RM podem ser úteis na avaliação do abdome e podem detectar abscessos, tumores e linfadenopatia. Exames de imagem do sistema nervoso central geralmente não é útil para avaliar crianças com febre de origem desconhecida. Mas pode-se justificar a punção lombar em crianças com cefaleia persistente, sinais neurológicos, ou derivação ventriculoperitoneal de demora. Outros exames de imagem, incluindo uma cintilografia óssea ou cintigrafia com leucócitos marcados, podem ser úteis em crianças específicas cuja febre persiste sem outra explicação e há suspeita de que estes exames possam detectar uma origem para a febre. Exame oftalmológico por lâmpada de fenda é útil em alguns pacientes com febre de origem desconhecida para procurar por uveíte (p. ex., como ocorre na artrite

idiopática juvenil) ou infiltração leucêmica. A biópsia (p. ex., de linfonodos ou fígado) deve ser reservada às crianças com evidências de envolvimento de órgãos específicos. Tratamento empírico com antibióticos ou fármacos anti-inflamatórios não deve ser usado como medida de diagnóstico, exceto quando há suspeita de artrite idiopática juvenil; nesses casos, uma tentativa com AINEs é o tratamento de primeira linha recomendado. Resposta a antibióticos ou fármacos anti-inflamatórios não ajuda a distinguir causas infecciosas de não infecciosas. Além disso, antibióticos podem provocar culturas falso-negativas e mascarar ou atrasar o diagnóstico de infecções importantes (p. ex., meningite, infecção parameningea, endocardite, osteomielite).

Tratamento

O tratamento é direcionado à doença subjacente.

A febre na criança saudável não necessariamente requer tratamento. Embora os antipiréticos tragam algum conforto, eles não alteram o curso de uma infecção. De fato, a febre é parte integrante da resposta inflamatória à infecção e pode ajudar a criança na luta contra a infecção. Entretanto, a maioria dos médicos utiliza o antipirético para ajudar no alívio ao desconforto e para reduzir o estresse fisiológico de crianças com doenças cardiopulmonares, neurológicas ou com história de convulsões febris.

Fármacos antipiréticos geralmente utilizadas são

- Paracetamol
- Ibuprofeno

O paracetamol tende a ser preferido porque o ibuprofeno diminui o efeito protetor das prostaglandinas no estômago e, se usado cronicamente, pode provocar gastrite. Estudos epidemiológicos sugeriram uma possível associação entre o desenvolvimento de asma brônquica e o uso de paracetamol e ibuprofeno pela mãe e pela criança. Um ensaio clínico randomizado comparando os dois mostrou que esses fármacos em doses habituais não levam ao agravamento da asma brônquica existente (1). Ainda não se sabe se o uso desses fármacos durante a gestação ou infância aumenta o risco de desenvolver asma brônquica. Se utilizado, a dose de acetaminofen é 10 a 15 mg/kg por via oral, IV ou retal a cada 4 a 6 h. A dose de ibuprofeno é 10 mg/kg por via oral a cada 6 horas. Uso de um antipirético de cada vez é preferível. Alguns médicos alternam

as 2 fármacos para tratar a febre elevada (p. ex., paracetamol às 6 h, às 12 h e às 18 h e o ibuprofeno às 9 h, às 15 h e às 21 h), mas essa abordagem não é encorajada porque pode confundir os cuidadores e exceder inadvertidamente a dose diária recomendada. O ácido acetilsalicílico deve ser evitado em criança porque aumenta o risco de síndrome de Reye se certas doenças virais como influenza e varicela estão presentes.

Abordagens isentas de fármacos incluem banho morno, uso de compressas frias e despir a criança. Os cuidadores devem ser advertidos a não usar banho frio, que é desconfortável e que, ao provocar tremores, pode paradoxalmente elevar a temperatura corpórea da criança. Contanto que a temperatura da água seja um pouco menor que a da criança, o banho traz alívio temporário.

Coisas a evitar

Friccionar o corpo com álcool isopropil deve ser vigorosamente desencorajado, pois o álcool pode ser absorvido pela pele e causar toxicidade. Existem inúmeros remédios populares — desde os inócuos (p. ex., colocar cebolas ou batatas nas meias) até os desconfortáveis (p. ex., aplicar ventosas).

REFERÊNCIAS

<https://www.clariceabreu.com.br/blog/as-8-doencas-mais-comuns-em-criancas/><acesso em 17/02/2022>

<https://saudebrasil.saude.gov.br/eu-quero-me-alimentar-melhor/a-importancia-do-leite-materno-nos-primeiros-seis-meses-da-crianca#:~:text=O%20aleitamento%20materno%20reduz%20em,reduz%20a%20chance%20de%20obesidade.<acesso em 17/02/2022>>

<https://diagrad.com.br/noticias/doencas-na-infancia/><acesso em 17/02/2022>

<http://www.hospvirt.org.br/enfermagem/port/distnutr.htm#:~:text=O%20excesso%20de%20farinha%2C%20introdu%C3%A7%C3%A3o,e%20diminui%C3%A7%C3%A3o%20do%20consumo%20de<acesso em 17/02/2022>>

<https://www.tuasaude.com/anemia-ferropriva/><acesso em 17/02/2022>

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2020000100007<acesso em 17/02/2022>

<https://www.fcm.unicamp.br/boletimfcm/mais-pesquisa/desafios-no-cuidado-de-criancas-e-adolescentes-com-doencas-cronicas<acesso em 17/02/2022>>

<https://www.mdsaude.com/ofthalmologia/problema-de-visao-na-crianca#:~:text=Estrabismo%2C%20miopia%2C%20astigmatismo%2C%20ambliopia,oftalmol%C3%B3gico%20de%20rastreamento%20%C3%A9%20importante<acesso em 17/02/2022>>

<https://www.tuasaude.com/rotavirus#:~:text=A%20infec%C3%A7%C3%A3o%20pelo%20rotav%C3%ADrus%20recebe,de%208%20a%2010%20dias.<acesso em 17/02/2022>>

<https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/pediatria/sintomas-em-lactentes-e-crian%C3%A7as/febre-em-lactentes-e-crian%C3%A7as<acesso em 17/02/2022>>

