

## 1º semestre de muitas ações em benefício dos pediatras e das crianças catarinenses



*Congresso Catarinense de Cuidados Paliativos*



*Congresso Catarinense de Perinatologia*



*Curso Indicadores Clínicos de Risco Infantil*



*Conversa com Especialista sobre Queimaduras*



*Workshop de Emergências Respiratórias*



*Fórum de Prevenção da Gravidez na Adolescência*

## Pediatras são indispensáveis

A valorização do pediatra e do seu trabalho na defesa da saúde das crianças e dos adolescentes é hoje a meta maior da Sociedade Catarinense de Pediatria. A campanha “Pediatras não são apenas importantes. São indispensáveis”, lançada em setembro do ano passado, transformou-se em referência no reconhecimento daqueles(as) que escolheram a Pediatria no exercício da Medicina.

Esse objetivo está registrado em cada ação realizada por nossa SCP nos últimos meses que, dessa forma, fortalece cada vez mais a Pediatria, entre os médicos da especialidade, diante de seus pacientes e familiares, perante a sociedade e os governantes que tomam as decisões na gestão da saúde, que precisam garantir a qualidade da assistência e da vida.

No encerramento dos primeiros seis meses de atividades do ano, queremos compartilhar com os colegas alguns dos resultados alcançados, impressos nas páginas deste Boletim Informativo.

Eles são frutos de uma diretoria ativa e comprometida com as causas que envolvem os pediatras de toda Santa Catarina.

**“A valorização do pediatra e do seu trabalho na defesa da saúde das crianças e dos adolescentes é hoje a meta maior da Sociedade Catarinense de Pediatria”**

E, para fechar com chave de ouro as atividades dos últimos meses, a SCP anuncia a conquista do novo site da entidade, mais moderno, dinâmico e ágil, com um layout mais bonito e interativo.



Assim, através dos braços da comunicação nos aproximamos ainda mais dos associados, das suas necessidades e anseios. Mais do que nunca, acreditamos que a força da transformação está na união, capaz de agregar novos valores e ainda mais vitórias.

Visite o novo site.

Fique ainda mais perto da nossa SCP.

**Rosamaria Medeiros e Silva**  
Presidente SPC

### Gestão SCP 2018-2020

**Presidente:** Rosamaria Medeiros e Silva

**Vice-Presidente:** Mônica Lisboa Chang Wayhs

**Segunda Vice-Presidente:** Loretta Essig da Cunha

**Secretária Geral:** Ana Paula Aragão

**Primeira Secretária:** Fabiane Mittie Osaku

**Segundo Secretário:** Eduardo Ferracioli Fusão

**Tesoureiro Geral:** José Eduardo Coutinho Góes

**Primeira Tesoureira:** Renata Acelina Jayme Pires Perlin

**Segunda Tesoureira:** Emanuela da Rocha Carvalho

**Diretoria dos Departamentos Científicos:** Nilzete Liberato Bresolin e Camila Marques Lanzarin

**Diretoria de Cursos e Eventos:** Marilza Leal Nascimento e Rose Marie Mueller Linhares

**Coordenadoria de Eventos Sociais e Comemorações:** Jaqueline Cavalcanti de Albuquerque Ratier e Lissandra da Silva Mafra Andujar

**Diretoria de Defesa Profissional:** Denise Bousfield da Silva e Remaclo Fischer Júnior

**Diretoria de Convênios:** Saul Fabre e Diego Callai Schuh

**Diretoria de Ética e Credenciamento:** Nelson Grisard, Imaruí Costa e Marília de Novaes Costa Bergamaschi

**Diretoria de Ações Comunitárias e Sociais:** Mônica Midlej Cardoso, Tatiana de Andrade Lemos e Ana Lúcia Schmidt

Tirloni

**Diretoria de Publicações:** Nilza Maria Medeiros Perin e Luciane Hupples Schneider Bordsch

**Diretoria de Ensino e Pesquisa:** Aroldo Prohmann de Carvalho e Glauco Danielle Fagundes

**Diretoria de Informática:** Jaime Lin

**Coordenadoria do Curso de Reanimação Neonatal:** Simone Suplicy Vieira Fontes e Natália Herculano da Silva

**Coordenadoria do Curso de Reanimação Pediátrica:** Mariana Grimaldi de Oliveira e Ilia Reis de Aragão

**Diretoria de Humanização:** Maria Beatriz Reinert do Nascimento e Cláudia Maria de Lorenzo

**Diretoria de Regionais:** Silvana Maria de Miranda, Luiz Antônio Marcatto Ramos, Rogério João Machado, Rose

Terezinha Marcelino e Jorge Alberto Hazim

**CONSELHO FISCAL**

- **Titulares:** Roberto Souza Morais, Leila Denise Cesário Pereira e Marcos Paulo Guchert

**Suplentes:** Renata Gonçalves Rocha, Paulo Fortunato do Nascimento e Roger Ramos Padilha

**CONSELHO DELIBERATIVO:** Sônia Maria de Faria, Helena Maria Correa de Souza Vieira e Edson Carvalho de Souza

**COMISSÃO DE SINDICÂNCIA**

- **Titulares:** Maria Cristina de Souza Neto, Edmundo Weber e Frederico Manoel Marques

**Suplentes:** Renata Meirelles Gaspar Coelho Tomazzoni, Lizana Arend Henrique e Rosana Regina Santana

### EXPEDIENTE

**BOLETIM  
INFORMATIVO SCP  
– SOCIEDADE  
CATARINENSE DE  
PEDIATRIA**

#### **Editoras Médicas:**

Dra. Rosamaria Medeiros e Silva

Dra. Nilza Maria Medeiros Perin

Dra. Luciane Hupples S. Bordsch

#### **Editora Jornalista:**

Lena Obst – Texto Final –  
Assessoria de Comunicação

Este Boletim será publicado  
integralmente no Site da SCP

Visite nossa Home-page:

[www.scp.org.br](http://www.scp.org.br)

Envie-nos sugestões e opiniões:

[scp@acm.org.br](mailto:scp@acm.org.br)

# Mortalidade Infantil

*Rosamaria Medeiros e Silva*

*Presidente da Sociedade Catarinense de Pediatria*

A Sociedade Catarinense de Pediatria (SCP) acompanha com preocupação o aumento da taxa de mortalidade infantil no Brasil e em Santa Catarina. Em Santa Catarina esta taxa é inferior à registrada no Brasil (dados do Sistema de Informações em Saúde sob gestão da Secretaria de Vigilância em Saúde de SC):

- **Brasil = 12,8 a cada mil nascidos vivos (IBGE 2017)**
- **Santa Catarina = 9,92 (DIVE 2017) / 9,48 (DIVE 2018)**

O aumento da mortalidade infantil é decorrente de causas multifatoriais. Podem ser biológicas e também socioeconômicas e de infraestrutura, cujos fatores nominamos de determinantes sociais.

Santa Catarina vem trabalhando em prol da diminuição para uma casa decimal a mortalidade infantil. Este trabalho envolve várias instituições, inclusive as não governamentais.

A SCP tem acompanhado o relevante trabalho do Comitê Estadual de Prevenção dos Óbitos Maternos, Infantil e Fetal (CEPOMIF) e do Comitê Municipal (Floripa pela Vida), com representantes em ambos. Estes comitês são técnico-científicos, multiprofissionais, interinstitucionais e responsáveis pela proposição de medidas de prevenção e controle das mortalidades materna, infantil e fetal, respectivamente no Estado de Santa Catarina e no município de Florianópolis.

As sociedades médicas têm um papel muito importante nos comitês, contribuindo na investigação dos óbitos e para a implementação de ações e de políticas públicas na área da saúde da criança e da mulher, destinadas à prevenção, ao controle e à redução das mortalidades materna, infantil e fetal em Santa Catarina, para garantir mais atenção e melhor qualidade de vida para a população.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) considera grave e preocupante o aumento da taxa de mortalidade no Brasil e tem continuamente alertado o Governo e os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) acerca dos inúmeros problemas que, certamente, podem ter influenciado o aumento desse número. Dentre eles, destacam-se a falta de recursos e de infraestrutura para o funcionamento da rede pública de assistência; a desvalorização dos profissionais que prestam cuidados (médicos e demais membros da equipe de saúde); o desmonte das equipes especializadas no atendimento à criança, sobretudo nas salas de parto e nos primeiros anos de vida; a dificuldade de acesso dos pacientes aos serviços de saúde (consultas, exames, internações e cirurgias).

Outros fatores que contribuem para este aumento são a prematuridade, baixo peso ao nascer, infecções perinatais e neonatais, malformações congênitas, e as altas taxas de cesarianas.

Em Santa Catarina, os óbitos neonatais precoces (até 6 dias de vida) vêm aumentando e impactam na taxa de mortalidade.

O desafio atual é investigar, identificar as causas dos óbitos e atuar nas mortes evitáveis, com atenção na fase pré-natal e no parto, de forma a melhorar os indicadores.

É importante que haja união de ações na sociedade, com mobilização conjunta, e ações governamentais efetivas e eficazes para mudar a realidade. Devemos juntos promover ações para a redução da taxa de mortalidade.

***“As sociedades médicas têm um papel muito importante nos comitês, contribuindo na investigação dos óbitos e para a implementação de ações e de políticas públicas na área da saúde da criança e da mulher, destinadas à prevenção, ao controle e à redução das mortalidades materna, infantil e fetal em Santa Catarina, para garantir mais atenção e melhor qualidade de vida para a população”***

# Dia Mundial do Rim 2019



*Nilzete Liberato Bresolin, em nome do:*

*Departamento de Nefrologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria*

*Maria Goretti Moreira Guimarães Penido, em nome do:*

*Departamento de Nefrologia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Nefrologia*

O Dia Mundial do Rim é comemorado anualmente na segunda quinta-feira de Março. É uma campanha global focada na conscientização sobre a importância das doenças renais e seu impacto sobre a saúde em curto e longo prazo. Em termos pediátricos é importante destacar que as doenças renais podem ser, inicialmente, “silenciosas”, com sinais e sintomas inespecíficos, que podem, no entanto, resultar em consequências danosas no nível renal e sistêmico.

Ao chamarmos a atenção da comunidade médica sobre este Dia Mundial do Rim objetivamos estimular os colegas pediatras a se envolverem com medidas que visam diagnóstico precoce e preventivo de entidades clínicas nefrológicas a partir de alto grau de suspeita. Estas medidas preventivas devem ser primárias, ou seja, o pediatra e outros profissionais que lidam com crianças e adolescentes devem trabalhar na tentativa de eliminar ou reduzir a exposição a fatores de risco para doença renal crônica.

Esta prevenção se inicia antes da mulher engravidar e durante a gestação, portanto, ginecologistas e obstetras devem ser orientados.

## **1. Para o controle da futura mãe deve-se estar atento a:**

- \* uso de drogas (inibidor da enzima de conversão de angiotensina - IECA, bloqueador do receptor de angiotensina - BRA, anti-inflamatório não esteroide - AINES, drogas ilícitas);
- \* sobrepeso/obesidade e síndrome metabólica;
- \* dislipidemias;
- \* nutrição da futura mãe;
- \* doenças na futura mãe (rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, etc.);
- \* aconselhamento genético;
- \* uso de ácido fólico.

## **2. Para o controle da gestante deve-se estar atento a:**

- \* uso de drogas (IECA, BRA, AINES, drogas ilícitas);
- \* sobrepeso/obesidade e síndrome metabólica nesta gestante;
- \* dislipidemias;
- \* proibição de fumo e álcool;
- \* nutrição materna;
- \* doenças na gestante (rubéola, toxoplasmose, citomegalovírus, etc.);
- \* prevenção de prematuridade, se possível;
- \* detecção precoce do crescimento intra-uterino retardado.

### **3. Para o controle do recém-nascido, especialmente os prematuros e prematuros extremos, e do lactente deve-se estar atento a:**

- \* abordagem adequada e precoce da sepse neonatal (atenção para drogas nefrotóxicas - AINES e aminoglicosídeos = potencialização); cuidado com uso de contrastes, atenção para o diagnóstico de injúria renal aguda; para hipovolemia e choque com reposição rápida e manutenção de volume;
- \* uso de drogas na mãe lactante (IECA, BRA, AINES, drogas ilícitas, fumo e álcool);
- \* incentivo ao aleitamento materno;
- \* nutrição do lactente;
- \* atenção para o fumo passivo;
- \* cuidado com o ganho de peso rápido (“catch up”) pós-natal;
- \* para alcançar estes objetivos é necessário orientação de pediatras, pais e cuidadores.

### **4. Para o controle de crianças e adolescentes deve-se atentar para:**

- \* prevenção de sobrepeso/obesidade e dislipidemias;
- \* educação alimentar;
- \* atividade física;
- \* aleitamento materno;
- \* restrição de fumo e álcool;
- \* prática de alimentação saudável e de exercícios físicos.

Inquestionavelmente, é fundamental que profissionais de saúde (pediatras e outros), pais, dirigentes de escolas e comunidade estejam conscientizados e envolvidos. É importante saber que os padrões alimentares são estabelecidos nos dois primeiros anos de vida, ou seja, período quando se cria o paladar. Médicos e outros profissionais de saúde, pais ou cuidadores, escolas e creches devem estar bem preparados para orientar a família e as crianças, sempre que possível, com participação em atividades educativas.

#### **População Pediátrica em Risco**

A população pediátrica considerada de risco deve ser rastreada sempre:

- História familiar de doença renal crônica ou outra doença renal genética.
- História familiar de hipertensão, diabetes e doença cardiovascular.

- Os recém nascidos de baixo peso e prematuros, especialmente prematuros extremos.
- História de longa permanência hospitalar no período neonatal.
- Displasia ou hipoplasia renal.
- História de tumores e traumas medulares.
- Malformações congênitas do trato urinário.
- História prévia de síndrome hemolítico-urêmica.
- História prévia de glomerulopatias.
- Crianças com sobrepeso / obesidade.
- Pacientes com doenças da bexiga: bexiga neurogênica (especialmente aqueles com diagnóstico de mielomeningocele) e disfunção do trato urinário inferior (principalmente se houver infecção urinária febril recorrente).

Outras informações de alerta também de extrema importância estão descritas abaixo:

- 1)** Ter ciência que cerca de 10% dos lactentes, especialmente lactentes jovens (um a seis meses de vida), que chegam às emergências, tendo como único sinal febre alta, podem ter infecção do trato urinário (ITU).
- 2)** Saber que a ITU é comum na faixa etária pediátrica. O padrão ouro para seu diagnóstico é a urocultura positiva a partir de coleta adequada da urina.
- 3)** Saber que pacientes com hidronefrose fetal devem ser avaliados no pós-natal imediato pelo nefrologista pediátrico e conduzidos de acordo com protocolos específicos.



**4)** Ter ciência que crianças e adolescentes devem ter seus níveis tensionais arteriais aferidos com técnica adequada e que devem ser classificados a partir de tabelas que levem em consideração o sexo, a idade e o percentil estatural. Aquelas diagnosticadas como hipertensas ou como portadoras de pressão arterial normal alta devem ser acompanhadas regularmente e devem ser orientadas em relação às medidas não farmacológicas para controle da pressão arterial:

- redução de peso para os obesos e aqueles com sobrepeso;
- ingestão de frutas e verduras frescas;
- redução de dietas com excesso de sal, gordurosos e de carboidratos;
- Redução do sedentarismo e estímulo às atividades ao ar livre:

-Recomendações para 60 minutos de atividade física por dia.

-Participação nas atividades domésticas, adequadas para a idade (varrer, arrumar camas, etc.).

-Passeios familiares que incluam caminhadas, bicicleta, natação ou outras atividades recreativas.

-Uso de TV, games, computadores e celulares < 2 horas por dia.

**5)** Ter o conhecimento que as crianças devem ser investigadas em relação ao hábito miccional e intestinal. Havendo disfunção devem ser orientadas e acompanhadas, e sempre que necessário, devem ser encaminhadas para avaliação especializada.

**6)** Ter conhecimento que a incidência e a prevalência de urolitíase (UL) em pediatria têm aumentado nas últimas décadas e sempre que houver este diagnóstico há necessidade de investigação sobre a etiologia e tratamento preventivo de recorrência além de tratamento específico. A UL pode ser um epifenômeno de doenças graves em pediatria como, por exemplo, a cistinúria e a oxalose.

**7)** Saber que todos os pacientes pediátricos que tiveram Lesão Renal Aguda podem evoluir com comprometimento da função renal em longo prazo e devem ser acompanhados em relação à ocorrência de microalbuminúria e/ou proteinúria, hipertensão arterial e disfunção renal progressiva.

**8)** Ter o conhecimento de que comprometimento pondero-estatural pode ter como causa nefropatias e/ou doença renal crônica e que estas devem ser consideradas entre as hipóteses diagnósticas.

**9)** O diagnóstico de hematuria deve ser confirmado adequadamente e suas causas devem ser investigadas e esclarecidas para reduzir a ansiedade para o paciente e seus familiares e para orientar qual paciente deverá ser encaminhado ao nefrologista pediátrico.

**10)** Necessidade de identificação e reversão com brevidade de situações de desidratação prolongada, principalmente em pacientes de risco para doença renal crônica.

**A prevenção de enfermidades renais começa antes da gravidez, durante a gravidez e durante toda a infância. Médicos, pais, cuidadores, escolas, creches e comunidade são responsáveis!**



# SCP realiza e apoia diversas ações de integração e aprimoramento no 1º semestre de 2019

## Dias 22 e 23 de Março

Curso PALS, coordenado por Mariana Grimaldi de Oliveira e Ília Reis de Aragão, na sede da SCP, em Florianópolis.



## Dias 22 e 23 de Março

Curso IRDI: Indicadores Clínicos de Risco para o Desenvolvimento Infantil, com o tema “Detecção precoce de risco psíquico e estrutura não decidida na infância”, ministrado no Hospital Infantil Joana de Gusmão, por Julieta Jerusalinsky e Maribel Salles Melo, sob a coordenação da psicóloga Renata Neres e da pediatra Maria Marlene de Souza Pires, com o apoio da SCP.



## Dia 28 de Março

1º Fórum Blumenau de Prevenção da Gravidez na Adolescência, no Campus da FURB.



## **Dia 13 de Abril**

I Workshop de Emergências Respiratórias – O uso do Alto-Fluxo em Pediatria, aspectos teóricos e práticos, Hospital Infantil Joana de Gusmão, pela pediatra Graziela de Araújo Alves, do Hospital Sírio Libanês, de São Paulo



## **Dias 17 e 18 de Maio**

A pediatra Mônica Lisboa Chang Wayhs, presidente em exercício da SCP, participou das reuniões dos presidentes das filiadas e do Conselho Superior, no Rio de Janeiro.



## **Dia 18 de Maio**

Posse da diretoria da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), com a presidente reeleita, Luciana Rodrigues Silva. Da SCP estiveram presentes as pediatras Mônica Lisboa Chang Wayhs, (presidente em exercício da SCP, à época), Helena Maria Corrêa de Sousa Vieira (vice-coordenadora da Região Sul) e Nelson Grisard (diretor de Ética e Credenciamento e membro da Academia Brasileira de Pediatria).



# Eventos especiais de atualização marcaram os primeiros meses do ano

## Dia 08 de Junho

Conversa com o Especialista: Queimaduras na Infância, no Hospital Infantil Joana de Gusmão. Coordenado pelo cirurgião pediátrico Maurício José Lopes Pereira, com a convidada especial Maria Cristina Serra, chefe da Unidade de Queimados do Hospital Andaraí no Rio de Janeiro.



## Dias 14 e 15 de Junho

I Congresso Catarinense de Cuidados Paliativos, no Auditório do Conselho Regional de Medicina de Santa Catarina (CRM-SC), com o apoio da Academia Nacional de Cuidados Paliativos e a parceria da Sociedade Catarinense de Pediatria. A SCP foi representada pela pediatra Lizana Arend Henrique, presidente do Departamento de Medicina Paliativa da entidade.



# IV Congresso Catarinense de Perinatologia

Nos dias 18 e 19 de maio, aconteceu o IV Congresso Catarinense de Perinatologia, no Centro de Eventos da ACM. O evento foi mais um sucesso, com a participação da SCP e de renomados palestrantes convidados: Milton H. Miyoshi (SP), que falou sobre “Cateter nasal de alto fluxo – vantagens e limitações” e “Ventilação volume alvo em neonatologia”; Jussara de Lima e Souza (SP), que abordou “Diabetes melitus gestacional – repercussões e cuidados paliativos em neonatologia”; Roseli Calil (SP), que tratou de “Infecção fúngica e Sífilis congênita” e “Estreptococo beta hemolítico”; Jucille do Amaral Meneses (PE), com aula sobre “Cuidados contra infecções na UTI neonatal e a importância da prevenção do vírus sincial respiratório”.

**COMISSÃO ORGANIZADORA:** pediatras Lissandra da Silva Mafra Andújar, Simone Suplicy Vieira Fontes, Leila Denise Cesário Pereira, Remaclo Fischer Júnior e Gean Carlo da Rocha.

*Marilza Leal Nascimento e Rose Marie M. Linhares, diretoras de Cursos e Eventos da SCP*



*Mônica Cardoso, coordenadora de mesa, e Marilza Leal Nascimento*

*Dra. Lissandra da Silva Mafra Andujar, da Coordenadoria de Eventos Sociais e Comemorações da SCP*





*Maria Beatriz Reinert do Nascimento, palestrante*

*Lorieti Essig da Cunha, segunda vice-presidente da SCP, representando a entidade na abertura*



## Curso Pré-Congresso

Antes da programação de palestras aconteceu o Curso Pré-Congresso de Reanimação do Prematuro na Sala de Parto, com aulas de Simone Suplicy Vieira Fontes, coordenadora estadual do Curso de Reanimação Neonatal, e Natália Herculano da Silva, coordenadora adjunta.



## Tosse Crônica

Neiva Damasceno

*Chefe do Serviço de Pneumologia Pediátrica da Santa Casa de São Paulo*



*No dia 16 de março aconteceu mais uma edição da Conversa com o Especialista, sobre “Tosse persistente e Pneumonias de repetição”, no Hospital Infantil Joana de Gusmão, com a convidada Neiva Damasceno, Chefe do Serviço de Pneumologia Pediátrica da Santa Casa de São Paulo, sob a coordenação de Norberto Ludwig Neto, Presidente do Departamento Científico de Pneumologia Pediátrica da Sociedade Catarinense de Pediatria*

Tosse é o sintoma mais comum em pacientes que se apresentam para consulta médica. A presença de tosse diária e com duração superior a quatro semanas é definida como tosse crônica. É importante diferenciar da tosse recorrente, que é a persistência da tosse além de limites esperados como normais.

A frequência de doença respiratória aguda (DRA) é idade e em menor extensão sexo dependente. O número de episódios de DRA por ano é cerca de seis nas crianças com um ano de idade e reduzem-se para 1 a 2 nas crianças com seis anos de idade. Estes episódios se resolvem comumente dentro de duas semanas nas crianças saudáveis. A tosse relacionada a uma infecção aguda do trato respiratório inferior resolve-se dentro de 1 a 3 semanas, na maioria das crianças.

Tosse pós-viral é um termo que se refere à persistência da tosse após uma infecção viral aguda. Quando uma criança não se recuperou completamente da tosse relacionada à infecção do trato respiratório inferior (ITRI) e adquire um episódio subsequente de infecção, a tosse pode parecer prolongada. Vírus sincicial respiratório, *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* podem causar hiperreatividade aérea transitória e inflamação aérea que persistem após as infecções.

Na avaliação clínica da tosse crônica deve-se questionar sobre: Idade do início dos sintomas, qualidade da tosse, desencadeantes, periodicidade, horário e manifestações associadas, como a presença de sibilos.

O som de uma tosse é devido à vibração das grandes vias aéreas e estruturas laringeas durante o fluxo aéreo turbulento na expiração.

Na prática clínica, as crianças pequenas raramente expectoram escarro, mesmo quando existe secreção na via aérea inferior. Por isto, o termo tosse úmida é preferível ao de tosse produtiva.

A presença de uma tosse úmida indica a existência de muco excessivo na via aérea. As propriedades reológicas do muco aéreo também influenciam o som da tosse e não se sabe como as secreções nas pequenas vias aéreas influenciam o som da tosse. Também, não se sabe se o som de tosse úmida está relacionado ao desprendimento das secreções das paredes das vias aéreas. É provável que seja necessária a presença do muco nas grandes vias aéreas para que cause diferença detectável na qualidade da tosse. A presença de tosse úmida é o instrumento de triagem mais sensível na avaliação se uma criança com tosse crônica tem uma causa específica, embora, a especificidade seja baixa.

Na ausência de indicadores específicos na história clínica e exame físico, a tosse é denominada “não específica”. Na tosse não específica, a etiologia é mal definida e tem se especulado que a maioria dos casos está relacionada à tosse pós-viral e/ou aumento da sensibilidade dos receptores da tosse.

A presença de tosse úmida ou produtiva com mais de quatro semanas de duração, ausência de sinais ou sintomas (i, e, marcadores de tosse específica) sugestivos de outras causas de tosse úmida sugere uma bronquite bacteriana protraída (BBP). A radiografia de tórax é normal ou com espessamento do interstício peri-brônquico. A maioria das BBP ocorre no pré-escolar, com predominância do sexo masculino, e é mais comum em crianças de creche.

A tosse se resolve com um curso de 2 a 4 semanas de antibiótico oral apropriado. Estudos de microbiologia na BBP revelaram infecção bacteriana com *H. Influenzae*, *M. Catarralis*, e/ou *S.pneumoniae*.

Crianças com tosse crônica necessitam ser cuidadosamente avaliadas na história e exame físico para sinais e sintomas de uma doença respiratória subjacente ou sistêmica.

Causas específicas de tosse crônica	
<b>Tosse úmida ou produtiva diária</b>	Doença pulmonar supurativa; Bronquite bacteriana protraída.
<b>Ausculta pulmonar anormal</b>	Sibilos-obstrução da via aérea intratorácica (asma, traqueomalácia, secreções, compressão por anomalias vasculares, etc.), crepitação; qualquer lesão aérea causando estase de secreção na via aérea ou doença do parênquima como doença intersticial.
<b>Pneumonias recorrentes</b>	Imunodeficiência, anomalias pulmonares congênitas, doença pulmonar supurativa, fístula traqueoesofágica em H, infecções atípicas.
<b>Deformidade da parede torácica</b>	Doenças obstrutivas de vias aéreas e perdas de volumes pulmonares.
<b>Baqueteamento digital</b>	Doenças pulmonares supurativas, principalmente fibrose cística.
<b>Hemoptise</b>	Bronquiectasias, anomalias vasculares.
<b>Dispneia em repouso ou com exercício</b>	Doenças das vias aéreas ou parenquimatosas.
<b>Cianose/hipoxemia</b>	Doenças das vias aéreas ou parenquimatosas
<b>Dor torácica</b>	Asma, arritmias.
<b>Anormalidade cardíaca</b>	Insuficiência cardíaca, cardiopatias com hiperfluxo pulmonar e outras anomalias que causem compressão das vias aéreas.
<b>Falência do desenvolvimento</b>	Doença sistêmica grave com comprometimento pulmonar (fibrose cística).
<b>Dificuldades na alimentação</b>	Doença sistêmica grave incluindo doença pulmonar (aspiração).
<b>Imunodeficiências</b>	Doença pulmonar supurativa ou infecções atípicas.

Comumente, a avaliação inicial da radiografia de tórax com incidência pósterio-anterior e perfil pode mostrar anormalidades que orientam para uma causa específica da tosse crônica. A investigação e sua profundidade dependem dos achados específicos que podem orientar para os principais prováveis diagnósticos.

Embora algumas tosses sejam reconhecidas pelo pediatra como “clássica ou típica”, a maioria das características destas tosses não foi formalmente examinada (sensibilidade e especificidade são indefinidas). A tosse ladrante ou metálica é associada a laringites e traqueomalácia, a tosse em paroxismos, com ou

sem guincho é associada à pertussis e parapertussis. Estes eventos também são referidos como “pertussóides ou coqueluchóides” em infecções por Chlamydia em lactentes.

Tosse estridente, um som que lembra um grasnado ou uma “buzina” e que não é observada durante o sono da criança é associada à tosse psicogênica.

Tosse alérgica é uma condição pobremente definida e provavelmente representa uma sobreposição com asma, rinite alérgica e hipertrofia de adenoides e tonsilas.

Em crianças, embora a descarga nasal e tosse tenham sido relatadas como os dois sintomas mais proeminentes na sinusite crônica, a evidência de causa e efeito é menos convincente que em adultos. Radiografias anormais dos seios paranasais podem ser encontradas em 18 a 82% de crianças assintomáticas.

Doença do refluxo gastroesofágico (DRGE) é infreqüentemente a única causa de tosse isolada em crianças, em contraste a dados de adultos onde RGE é uma causa freqüente de tosse crônica.

A tuberculose tem, ainda, alta incidência, principalmente nos países em desenvolvimento e, comumente apresenta sintomas associados, porém, inicialmente pode ser confundida com uma tosse pós- infecciosa.

Estudos clínicos e epidemiológicos mostram íntima relação entre tosse na infância e exposição à fumaça de tabaco. Também, exposição à fumaça da combustão domiciliar de biomassa e outros poluentes ambientais (material particulado, dióxido de nitrogênio, etc.) aumenta a suscetibilidade às infecções respiratórias.

Tosse crônica pode ser um efeito colateral do uso de inibidores da ECA (enzima conversora da angiotensina) e, também, ocorrer logo após a inalação de medicamentos para asma e se resolvem com a suspensão dos mesmos. Tosse também pode ocorrer como um hábito, um “tic” ou psicogênica e a distinção entre estas categorias não é clara.

Tosse otogênica, decorrente da estimulação de um ramo auricular do nervo vago, presente em aproximadamente 2, 3 a 4% das pessoas é raramente relatada em crianças.

Embora, na aspiração de corpo estranho as manifestações sejam comumente agudas, ela pode não ser presenciada ou não ter sido diagnosticada na radiografia de tórax, se realizada precocemente, e esta hipótese deve ser rigorosamente avaliada na história clínica de tosse crônica, principalmente se associada a outros sintomas como diminuição dos sons respiratórios e sibilos. Em geral, nestes casos, a radiografia de tórax apresenta atelectasia e/ou hiperinsuflação do pulmão afetado.

A tomografia computadorizada (CT) de tórax e seios da face é o padrão ouro corrente para avaliação da integridade estrutural das vias aéreas e a CT de tórax, um exame mais sensível que os índices de espirometria. A investigação deve ser orientada pelas hipóteses diagnósticas.

Há pouca evidência para usar medicações sintomáticas para o alívio da tosse. Deve-se orientar quanto à exposição a poluentes ambientais e fumaça de tabaco; para a manutenção das vias aéreas superiores permeáveis com lavagem nasal com solução fisiológica e umidificação do ambiente em situações de baixa umidade relativa do ar.

O uso de antimicrobianos deve ser orientado pelo diagnóstico específico da tosse crônica, se ela possui uma etiologia bacteriana ou a doença subjacente é associada com infecção bacteriana, como na bronquite crônica protraída, doenças pulmonares supurativas e deficiências imunológicas.

A eficácia de agentes anti-histamínicos em aliviar a tosse é mínima, se alguma.

Também, não há evidência para suportar o uso de  $\beta_2$ , de agentes anticolinérgicos e/ou corticosteroides inalatórios para o tratamento de tosse crônica inespecífica em crianças sem nenhuma evidência de obstrução aérea.

Tosse crônica em crianças pode ser representativa de uma simples tosse que se resolve espontaneamente ou uma desordem grave específica. Estratégias preventivas para tosse crônica em crianças incluem redução da exposição a agentes infecciosos, o uso de antibióticos adequados, imunização e fácil acesso a sistema de saúde.

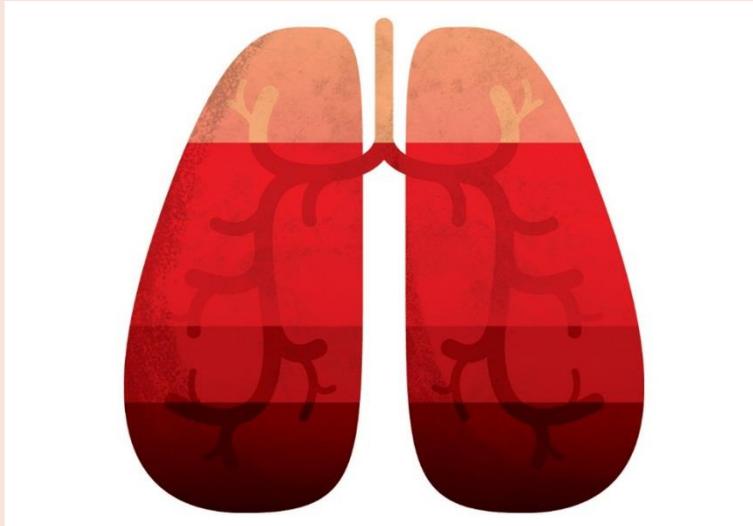
# Triagem Neonatal para Fibrose Cística e encaminhamentos de casos suspeitos para a realização do Teste do Suor

**Norberto Ludwig Neto**

**Presidente do Grupo Brasileiro de Estudos de Fibrose Cística**

**Presidente do Departamento de Pneumologia da SCP**

**Chefe do Serviço de Pneumologia Pediátrica e Fibrose Cística do HIJG**



A Fibrose Cística (FC), hoje é a doença genética fatal mais frequente na população. Aqui em Santa Catarina a incidência está em 1/6.800 nascidos vivos, e a frequência do gene da FC, na população geral está em 1 para 30 pessoas, portanto bastante alta. Atualmente temos cerca de 220 pacientes em tratamento regular.

A sobrevida média teve um aumento significativo nos últimos anos chegando a 55 anos em países da América do Norte, Europa e Oceania. No Brasil, anos atrás não passava de 5 anos de idade, atualmente estamos com uma taxa 6 vezes maior.

Os principais fatores para este aumento da qualidade de vida, e aumento da longevidade são o diagnóstico precoce e a instituição do tratamento adequado assim que possível.

O Estado de Santa Catarina foi pioneiro no Brasil, na implantação da Triagem Neonatal para Fibrose Cística, no ano de 2000, antes mesmo da Portaria Ministerial de 2001. Desde esta data, a cobertura de recém nascidos em nosso Estado, onde nascem cerca de 80.000 crianças por ano, chega a 95%.

O Teste de Triagem Neonatal (TTN) para Fibrose Cística, em nosso meio, é realizado com a dosagem da tripsina, onde a normalidade está abaixo de 70 mcg/ml, em material coletado de amostra de sangue em papel filtro,

popularmente chamado de Teste do Pezinho. Se positivo este paciente é convocado para uma segunda amostra antes do primeiro mês de idade, e se novamente positivo, será encaminhado para uma avaliação médica e realização do Teste do Suor no laboratório do Hospital Infantil Joana de Gusmão (HIJG), que é a referência estadual para o diagnóstico e tratamento desta enfermidade.

Mas no TTN para Fibrose Cística, existem falsos positivos e negativos, que podem ocorrer em cerca de 5% dos casos, passando os pacientes pela primeira infância sem diagnóstico. Estes casos são considerados diagnósticos tardios, e muitas vezes têm a apresentação clássica da doença, com esteatorreia, desnutrição e comprometimento pulmonar caracterizados por tosse persistente, pneumonias de repetição ou bronquiectasias.

Em casos de suspeita diagnóstica, solicitamos aos pediatras e médicos da família encaminharem para o Serviço de Triagem Neonatal e Fibrose Cística do HIJG, para agendarem um Teste do Suor, pelo SUS, através do telefone (48) 3251-9194, em horário comercial. Pacientes de convênios e particulares podem entrar em contato direto com o laboratório do HIJG 048.

# Dia Nacional de Doação de Leite Humano

Incentivar a doação de leite materno pode salvar vidas

*Maria Beatriz Reinert do Nascimento*

*Presidente do Departamento Científico de Aleitamento Materno da SCP*

*Diretora de Humanização da SCP*

Doar leite humano é uma prática antiga, e ao longo da história, muitas mulheres amamentaram bebês que não eram seus. A mitologia grega e romana, a Bíblia, a Torá e as escrituras islâmicas descrevem “amas de leite” que nutriram crianças que se tornaram figuras relevantes, como o profeta Maomé.

O leite humano proporciona benefícios para a saúde de todos os recém-nascidos, mas é de particular importância para os bebês de alto risco, especialmente aqueles nascidos com muito baixo peso ao nascer (<1.500 g).

É sabido que na ausência do leite da própria mãe, o leite pasteurizado de Banco de Leite Humano pode e deve ser utilizado nas unidades neonatais. Essa recomendação já foi endossada por muitas organizações, tais como Organização Mundial da Saúde, Academia Americana de Pediatria, Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Pediatria.

A disponibilidade de leite pasteurizado foi associada ao aumento da frequência de amamentação na alta hospitalar, bem como a menores taxas de enterocolite necrosante, pois ele fornece fatores de proteção à mucosa intestinal imatura, facilita a alimentação enteral precoce e reduz o impacto inflamatório do uso de nutrição parenteral prolongada.

Os Bancos de Leite Humano representam uma alternativa segura e eficaz para possibilitar a oferta de leite humano para neonatos internados, e realmente salvar vidas, já que através de uma série de procedimentos, análises e processos de controle de qualidade, permitem a distribuição de um produto de excelência para as unidades neonatais.

Mas o grande desafio, enfrentado pelos bancos de leite da Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano (<https://rblh.fiocruz.br>), é a captação de doadoras em número suficiente, para dispor de estoque adequado deste verdadeiro “medicamento” e garantir a segurança



alimentar para os vulneráveis pacientes prematuros.

Mulheres saudáveis, que estejam amamentando seus filhos e que não tomem remédios que interfiram no período da amamentação, são potenciais doadoras de leite humano. Não há quantidade mínima para que seja feita a doação e é importante ressaltar que um litro de leite humano pode alimentar até dez bebês internados.

A Lei Nº 13.227, de 28 de dezembro de 2015, instituiu o dia 19 de maio como o Dia Nacional de Doação de Leite Humano. Desde o ano de 2013, pela Lei estadual n.º 15.952, Santa Catarina também tem uma Semana Estadual de Doação de Leite Humano, que é sempre comemorada pelos doze bancos de leite humano e seis postos de coleta existentes no estado.

Precisamos continuar trabalhando muito para manter uma cultura sólida de aleitamento materno, pois se mais mulheres optassem pela amamentação, mais nutrizes com excedente lácteo estariam aptas à doação. E esta deve ser uma responsabilidade compartilhada entre o governo, formuladores de políticas públicas, profissionais da saúde, organizações não governamentais e toda a sociedade.

E os pediatras, como profissionais fundamentais na promoção e cuidado da saúde infantil, precisam informar e estimular as mulheres a serem doadoras, bem como apoiar a utilização de leite pasteurizado nas unidades neonatais, escolhendo, a partir do processo de seleção e classificação dos bancos de leite, o produto mais adequado ao seu pequeno paciente.

## Fontes:

- AAP. Donor Human Milk for the High-Risk Infant: Preparation, Safety, and Usage Options in the United States. *Pediatrics*. 2017;139(1):e20163440.
- DeMarchis et al. Establishing an integrated human milk banking approach to strengthen newborn care. *J Perinatol* 2017;37:469-74.
- Goudoever. Nutrition for Preterm Infants: 75 Years of History. *Ann Nutr Metab* 2018;72(suppl 3):25-31.
- Haiden & Ziegler. Human Milk Banking. *Ann Nutr Metab* 2016;69(suppl2):8-5.
- Lechner & Vohr. Neurodevelopmental Outcomes of Preterm Infants Fed Human Milk: A Systematic Review. *Clin Perinatol* 2017; 44:69-83.
- Meier et al. Donor Human Milk Update: Evidence, Mechanisms, and Priorities for Research and Practice. *J Pediatr*. 2017;180:15-21.
- Steele. Best Practices for Handling and Administration of Expressed Human Milk and Donor Human Milk for Hospitalized Preterm Infants. *Front Nutr* 2018;3:5:76.
- Steele. Best Practices for Handling and Administration of Expressed Human Milk and Donor Human Milk for Hospitalized Preterm Infants. *Front Nutr* 2018;3:5:76.

# Ano iniciou com o 1º Fórum Catarinense de Prevenção da Gravidez na Adolescência

O 1º Fórum Catarinense de Prevenção da Gravidez na Adolescência reuniu pediatras, hebiatras, ginecologistas e obstetras, médicos da família e psiquiatras, além de enfermeiros, residentes e estudantes de medicina e enfermagem, num grande debate em defesa das crianças, adolescentes e mulheres de toda Santa Catarina. O evento aconteceu no dia 1º de fevereiro, promovido pela Sociedade Catarinense de Pediatria (SCP), com a parceria da Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Santa Catarina (SOGISC), a Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia da Infância e Adolescência (SOGIA), o Conselho Regional de Medicina (CRM-SC), a Associação Catarinense de Medicina (ACM), a Associação Catarinense de Medicina da Família e Comunidade (ACMFC) e a Associação Catarinense de Psiquiatria (ACP).

O Fórum Catarinense acompanhou ação realizada em diversas regiões do Brasil, capitaneada pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). A coordenadora da Região Sul, Darci Vieira da Silva Bonetto, participou do evento na capital de Santa Catarina. A atividade iniciou após anúncio do novo governo federal, da criação da Semana Nacional de Prevenção na Gravidez na Adolescência. A meta central foi disseminar informações sobre medidas preventivas e educativas que contribuam para a redução da incidência de gravidez precoce, que representa sérias consequências para as mães e para os bebês.



**Mesa de abertura do evento: Lilian Schwanz Lucas (presidente da Associação Catarinense de Psiquiatria), Jorge Abi Saab Neto (ginecologista), Marcelo Linhares (presidente do CRM-SC), Rosamaria Medeiros e Silva (presidente da SCP), Adriana Maciel Alba (do Núcleo de Atenção à Saúde da Mulher e do Adolescente da Secretaria de Estado da Saúde) e Camila Boff (da Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde)**

## Sessão especial na Câmara de Vereadores de São José

No dia 07 de maio, a presidente da SCP, Rosamaria Medeiros e Silva, e o presidente do Departamento Científico de Adolescência, Gerson José Coelho, representaram a Sociedade Catarinense de Pediatria na Sessão Especial de Orientação e Prevenção da Gravidez na Adolescência, realizada pela Câmara Municipal de São José.



**A sessão especial aconteceu no dia 07 de maio e reuniu os vereadores do município de São José**



**Presidente da SCP, Rosamaria Medeiros e Silva falou sobre a importância das sociedades médicas nas lutas pela saúde e na educação da população**