31/S10

VOLUME 31 - SUPLEMENTO 10
NOVEMBRO DE 2021
E-ISSN: 2238-3182
ISSN: 0103-880X

RMMG
REVISTA MÉDICA DE MINAS GERAIS

2º CONGRESSO MINEIRO ONLINE DE PEDIATRIA

19 e 20 de novembro de 2021

"Criando futuros: por uma pandemia de esperança"

Suplemento da Sociedade Mineira de Pediatria (SMP)

Revista Médica de Minas Gerais

EDITOR CHEFE
Agnaldo Soares Lima
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

VICE-EDITORA CHEFE
Maria Isabel Toulson Davisson Correia
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

EDITORES ASSOCIADOS
CIRURGIA
Rodrigo de Oliveira Peixoto
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Juiz de Fora
Juiz de Fora - MG, Brasil

CLÍNICA MÉDICA
Enio Roberto Pietra Pedroso
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

Mário Benedito Costa Magalhães
Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade do Vale do Sapucaí
Pouso Alegre - MG, Brasil

Nestor Barbosa de Andrade
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Uberlândia
Uberlândia - MG, Brasil

GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA
Agnaldo Lopes Silva Filho
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

MEDICINA SOCIAL
Aline Dayrell Ferreira Sales
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

ORTOPEDIA
Lúcio Honório de Carvalho Junior
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PEDIATRIA
Maria do Carmo Barros de Melo
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

PSIQUIATRIA
Frederico Duarte Garcia
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM
Luciana Costa Silva
Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais
Belo Horizonte - MG, Brasil

CONSELHO EDITORIAL
Ahmed Helmy Salem
Assiut University Hospitals & Faculty of Medicine Tropical Medicine & Gastroenterology Department
Assiut EGYPT

Aldo da Cunha Medeiros
Centro Ciências da Saúde da UFRN
Natal - RN, Brasil

Almir Ribeiro Tavares Júnio
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil
Antônio Luiz Pinho Ribeiro
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Aroldo Fernando Camargos
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Bruno Caramelli
Faculdade de Medicina da USP
São Paulo - SP, Brasil

Bruno Zilberstein
Faculdade de Medicina da USP
São Paulo - SP, Brasil

Carlos Teixeira Brandt
Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife - PE, Brasil

Cor Jesus Fernandes Fontes
Faculdade de Medicina da UFMT
Cuiabá - MT, Brasil

Dulciene Maria Magalhães Queiroz
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Edmundo Anderi Júnior
Faculdade de Medicina do ABC
São Paulo, SP - Brasil

Enio Cardillo Vieira
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Fábio Leite Gastal
Hospital Mãe de Deus
Porto Alegre - RS, Brasil

Fabio Zicker
Organizaçao Mundial da Saúde
Genebra, SUIÇA

Federico Lombardi
Universtá degli Studi di Milano
Milano, ITALY

Francisco José Dutra Souto
Universidade Federal do Mato Grosso
Cuiabá - MT, Brasil

Genival Veloso de França
Centro de Ciências da Saúde da UFPB
João Pessoa - PB, Brasil

Georg Petroianu
Department of Cellular Biology & Pharmacology Herbert Wertheim College of Medicine
Florida International University
Miami, FL - USA

Gerald Minuk
University of Manitoba, Department of Internal Medicine
Manitoba, CANADA

Geraldo Magela Gomes da Cruz
Faculdade de Ciências Médicas de MG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Giselia Alves Pontes da Silva
Centro de Ciências da Saúde da UFPE
Recife - PE, Brasil

Henrique Leonardo Guerra
PUC Minas
Belo Horizonte - MG, Brasil

Henrique Neves da Silva Bittencourt
Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine - Universite de Montreal
Montreal - QC, CANADÁ

Jacques Nicoli
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Jair de Jesus Mari
Faculdade de Medicina da UNIFESP
São Paulo - SP, Brasil

João Carlos Pinto Dias
Centro de Pesquisas René Rachou-FIOCRUZ
Belo Horizonte - MG, Brasil

João Carlos Simões
Curso de Medicina da Faculdade Evangélica do Paraná (FEPAR)
Curitiba, PR - Brasil

João Galizzi Filho
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

José Carlos Nunes Mota
Departamento de Medicina da UFS
Aracaju, SE - Brasil

José da Rocha Carvalheiro
Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP
São Paulo, SP - Brasil

Leonor Bezerra Guerra
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Luiz Armando Cunha de Marco
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Luiz Henrique Perocco Braga
McMaster University, Department of Surgery/Urology
Hamilton, Ontário, Canadá

Manoel Roberto Maciel Trindade
Departamento de Cirurgia da UFRGS
Porto Alegre, RS - Brasil

Marco Antonio de Avila Vitoria
Organização Mundial da Saude - OMS
Genebra, SUIÇA

Marco Antonio Rodrigues
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Maria Inês Boechat
Dept. of Radiological Sciences
David Geffen School of Medicine at UCLA
University of Califórnia
Los Angeles - CA, USA

Mauro Martins Teixeira
Instituto de Ciências Biológicas da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Mircea Beuran
Clinical Emergency Hospital Bucharest
Bucharest, ROMENIA

Naftale Katz
Fundação Oswaldo Cruz,
Centro de Pesquisas René Rachou
Belo Horizonte - MG, Brasil

Nagy Habib
Imperial College London. Department of Surgery
London, UK

Nicolau Fernandes Kruel
Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC e UNISUL
Florianópolis. SC - Brasil

Nilson do Rosário Costa
Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz
Rio de Janeiro, RJ - Brasil

Orlando da Silva
Department of Paediatrics, UWO
Neonatal Intensive Care Unit
London, Ontario, Canadá

Paulo Roberto Corsi
Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de SP
São Paulo, SP - Brasil

Pedro Albajar Viñas
Organização Mundial da Saúde
Genebra, Suiça

Pietro Accetta
UFF / Faculdade de Medicina
Niterói - RJ - Brasil

Protásio Lemos da Luz
Universidade de São Paulo - Incor
São Paulo - SP, Brasil

Renato Manuel Natal Jorge
Universidade do Porto
Porto - Portugal

Roberto Marini Ladeira
Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte
Belo Horionte - MG, Brasil

Rodrigo Correa de Oliveira
Fundação Oswaldo Cruz, Centro de Pesquisas René Rachou, Laboratório de Imunologia
Belo Horizonte - MG, Brasil

Ruy Garcia Marques
Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Rio de Janeiro - RJ, Brasil

Sandhi Maria Barreto
Faculdade de Medicina da UFMG
Belo Horizonte - MG, Brasil

Sérgio Danilo Pena
Instituto de Ciências Biológicas - UFMG
Núcleo de Genética Médica - GENE
Belo Horizonte - MG, Brasil

William Hiatt
Colorado Prevention Center
Denver, Colorado, USA

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
31/S10

EXPEDIENTE

EDITOR GERAL:
Agnaldo Soares Lima (FM/UFMG)

EDITOR ADMINISTRATIVO:
Alan Junio Brito Guimarães (Associação Médica de Minas Gerais)

INSTITUIÇÕES MANTENEDORAS:
Associação Médica de Minas Gerais - AMMG UNIMED - BH

INDEXADA EM:
LILACS - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde;
LATINDEX - Sistema Regional de Información em Línea para revistas Científicas da América latina, El Caribe y Portugal.

ISSN:
Versão Impressa: 0103-880X
Versão eletrônica: e-ISSN: 2238-3182

Arquivada em:
Internet Archive
Biblioteca Nacional

Disponível em:
Site: www.rmmg.org
E nos sites da:
Associação Médica de Minas Gerais
Faculdade de Medicina da UFMG
Portal de Periódicos CAPES

Início da Publicação:
v.1, n.1, jul./set. 1991

Periodicidade: Contínua

Normas para publicação, instruções aos autores e submissão de manuscritos estão disponíveis em:
Submissão de Manuscritos (Orientações aos Autores)
Sobre a RMMG (Políticas e Normas de Publicação)

Submissão de artigos:
Sistema de Gestão de Periódicos "Scholar One":
https://mc04.manuscriptcentral.com/rmmg

Correspondências:
Revista Médica de Minas Gerais
Associação Médica de Minas Gerais
Av. João Pinheiro, 161
30130-183 - Belo Horizonte- MG - Brasil
Telefone: 55 - (31) 3247-1612 /
55 - (31) 3247-1680

Diagramação:
Museale - Serviços Gráficos e Culturais
www.museale.com.br

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
31/S10

EDITORIAL

O estímulo à produção científica sempre foi um dos pontos chaves das gestões da Sociedade Mineira de Pediatria (SMP). No mundo contemporâneo, em meio à pandemia da Covid-19, a busca por conhecer a evolução da doença, medidas eficazes de proteção e tratamentos efetivos mostrou à população a importância do investimento em pesquisa e da divulgação de informações corretas. A publicação de um artigo é uma oportunidade para o pesquisador e sua equipe divulgarem o trabalho no meio acadêmico, estimulando o compartilhamento de informações e inovações à comunidade técnico-científica. Ao redigirem artigos, acadêmicos e residentes desenvolvem o pensamento crítico e, com auxílio de seus preceptores e professores, podem acompanhar pesquisas de referência e disseminar conhecimento de qualidade. Além disso, através da leitura dos artigos, os profissionais podem aprimorar sua prática baseados em fontes seguras. Por tudo isso, é com alegria que compartilhamos mais este suplemento de Pediatria da Revista Médica de Minas Gerais, acreditando em seu potencial de formação e atualização dos pediatras mineiros.

Este suplemento traz importantes contribuições científicas a todos. A disfunção do trato urinário, cuja prevalência situa-se em torno de 21,8%, pode vir acompanhada de sintomas intestinais, distúrbios do sono, alterações posturais e de equilíbrio e mau desempenho escolar, tornando-se um importante diagnóstico diferencial a ser ativamente pesquisado na prática clínica. A infecção urinária, condição tão prevalente no dia a dia do pediatra, seja em hospitais ou ambulatórios, sempre nos preocupa e por esta razão devemos estar atentos ao estudo sobre a prevalência e susceptibilidade de bactérias isoladas em pacientes internados em hospital de referência em nosso estado. A desigualdade e a exclusão social de indígenas e negros no Brasil ainda são notórias e nos faz refletir sobre as violações dos direitos da criança e dos adolescentes ao lermos o artigo "A síndrome da exclusão social: A materialização da violação dos direitos da criança e do adolescente". O angioedema hereditário, mesmo sendo uma condição autolimitada, manifesta-se por episódios súbitos e recorrentes de edema não inflamatório acometendo pele e mucosas de vários órgãos, o que pode assustar pacientes e famílias, que devem receber avaliação e orientação adequadas. O relato da Síndrome de Kinsbourne, caracterizada por opsoclonia, mioclonia e ataxia cerebelar, está frequentemente associada à resposta neoplásica imunomediada ou autoimune inflamatória e deve ser considerada pelos profissionais que lidam com essa população específica de pacientes. A preocupação dos pediatras intensivistas quando ocorre uma extubação não planejada, uma situação estressante em que o paciente pode sofrer sérios prejuízos, é colocada em artigo que avalia a incidência e os fatores relacionados dessa situação em uma Unidade Intensiva de Pediatria. A atresia de via biliar não diagnosticada precocemente, que traz consequências desastrosas aos pacientes, e a grande dúvida sobre prescrever ou não corticosteroides para os pacientes submetidos a hepatoportoenterostomia de Kasai, são discutidos, entre outras nuances, em artigo escrito por hepatologistas pediátricos experientes, com grande prática na abordagem destes pacientes.

Diante de tantos e tão variados temas, nós, do corpo editorial, gostaríamos de agradecer aos nossos leitores e mantermos nosso compromisso de seguirmos firmes na busca de artigos de qualidade, que possam contribuir para o progresso do conhecimento dos pediatras mineiros. Que a nossa construção seja coletiva – contamos com vocês para receber artigos e ouvir a opinião de temas que devem ser abordados.

Com a aproximação das festas de fim de ano, desejamos que sejam comemoradas com a família e amigos, com todos os cuidados, afinal "a pandemia ainda não acabou!". Mas acreditamos que, em 2022, teremos muitas oportunidades de encontros científicos e culturais e sua presença conosco é o que mais desejamos!

Novembro de 2021

Cássio da Cunha Ibiapina — **Gabriela Araújo Costa** — **Maria do Carmo Barros de Melo** — **Priscila Menezes Ferri Liu**

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
31/S10

CARTA AO EDITOR

Professor Dr Agnaldo Soares Lima
Editor Chefe da Revista Médica de Minas Gerais

Prezado Professor Agnaldo Soares Lima,

Segue para sua apreciação o Suplemento da Sociedade Mineira de Pediatria (SMP) da Revista Médica de Minas Gerais. Nesta edição, apresentamos uma primeira parte com editorial e sete textos, sendo quatro artigos originais, uma série de casos e dois relatos de casos. Na segunda parte, estão os resumos aprovados no "2º Congresso Mineiro Online de Pediatria", realizado pela Sociedade Mineira de Pediatria em 19 e 20 de novembro de 2021.

A SMP elegeu como editora responsável pela primeira parte do Suplmento Professora Maria do Carmo Barros, que atestou a qualidade dos trabalhos, do processo de avaliação e da garantia de que nenhum dos trabalhos publicados foi feito por meio de práticas danosas como plágio e afins. O corpo editorial Suplemento ainda é composto pelos professores Gabriela Araujo Costa, Cassio da Cunha Ibiapina, Priscila Menezes Ferri Liu.

Os trabalhos submetidos ao Congresso cumpriram todos as condições preliminares descritas no Edital e passaram por uma avaliação rigorosa pelo Comitê Avaliador, observando os Baremas elaborados exclusivamente para o evento. Critérios considerados incluíram relevância do tema, respeito ao método científico, coesão e coerência textual, linguagem técnico-científica adequada e atualidade das referências utilizadas. Todas as determinações do processo seletivo foram previstas em documento oficial e acordadas por todos os membros do Comitê.

O Comitê Avaliador, presidido pelo Professor Cássio da Cunha Ibiapina, atesta a qualidade técnica dos trabalhos, o cumprimento do método científico, a ausência de plágio ou quaisquer outras práticas danosas nos 162 resumos aprovados.

Esperamos que esta edição possua conteúdo de relevância, compatível aos interesses da comunidade científica, especialmente os leitores da Revista Médica de Minas Gerais.

Negamos quaisquer conflitos de interesse profissionais, financeiros ou benefícios diretos ou indiretos que possam ter influenciado os resultados do processo seletivo de trabalhos.

Aguardamos um retorno, esperando que o Corpo Editorial da Revista Médica de Minas Gerais, concorde com o mérito deste suplemento.

Cordialmente,

Cássio da Cunha Ibiapina
Editor do Suplmento da SMP da RMMG e Presidente da Sociedade Mineira de Pediatria (2021/2022)

Maria do Carmo Barros de Melo
Editora do Sumplemento da SMP da RMMG

COOPERAR É BOM.

DISTRIBUIR R$ 255 MILHÕES

AOS SEUS **COOPERADOS**,
NOS ÚLTIMOS 8 ANOS,

É CREDICOM!

Pode se orgulhar. Mais uma vez, superamos as expectativas.



sicoobcredicom.com.br
Central de Relacionamento: (31) 2127 6300
Ouvidoria Sicoob: 0800 725 0996
Deficientes Auditivos ou de Fala: 0800 940 0458

SICOOB CREDICOM
Bons resultados o tempo todo.

PATROCÍNIO PLATINA

PATROCINIO OURO

OUTROS PATROCINADORES

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
31/S10

SUMÁRIO

Angioedema hereditário estrógeno-dependente desencadeado pelo uso de anticoncepcional oral 8

Incidência e Fatores Associados à Extubação Não Planejada em uma Unidade Crítica Pediátrica 13

Síndrome de Kinsbourne: série de casos pediátricos durante doze anos em Belo Horizonte, Brasil 21

Corticosteroides para os pacientes com atresia biliar submetidos a Hepatoportoenterostomia de Kasai 26

Prevalência e susceptibilidade de bactérias isoladas em uroculturas de pacientes internados em hospital pediátrico público 34

A síndrome da exclusão social: a materialização da violação dos direitos humanos da infância à idade adulta 41

Disfunção do trato urinário inferior e mau desempenho escolar em crianças e adolescentes 48

O 2º Congresso Mineiro Online de Pediatria 54

ARTIGOS

Relato de caso

Angioedema hereditário estrógeno-dependente desencadeado pelo uso de anticoncepcional oral

Hereditary estrogen-dependent angioedema triggered by the use of oral contraceptives

Ana Campos Pires[1], Beatriz Martins Guerra Pantuza Almeida[2], Giovanna Gontijo Alves de Sousa Ohana[3], João Pedro Santana Vieira[4], Raquel Pitchon dos Reis[5]

RESUMO

INTRODUÇÃO: Angioedema hereditário (AEH) é uma condição autolimitada, que usualmente se manifesta por episódios súbitos e recorrentes de edema não inflamatório acometendo a pele e/ou mucosas com possível envolvimento de múltiplos órgãos, especialmente o trato gastrointestinal e as vias aéreas superiores. É um distúrbio genético autossômico dominante, ainda subdiagnosticado por profissionais da área de saúde. A doença pode ser dividida em três tipos: 1) AEH com deficiência quantitativa do inibidor de C1(C1-INH), 2) com disfunção de C1-INH e 3) AEH com C1-INH normal. OBJETIVOS: descrever um caso de angioedema hereditário com C1-INH normal estrogênio dependente, associado à mutação do fator XII e repercussões clínicas e psicossociais. MÉTODOS: As informações foram obtidas por análise do prontuário, entrevista com a equipe médica e com a paciente associada a uma revisão narrativa da literatura. DESCRIÇÃO DO CASO: adolescente de 19 anos com angioedema recorrente de lábio superior e inferior por 2 anos. Fazia uso de prednisolona e anti-histamínico durante as crises sem melhora dos sintomas. A propedêutica revelou uma mutação do éxon 9 do fator XII com dosagens do complemento 4 e do inibidor de C1 normais. CONCLUSÕES: O AEH com C1-INH normal, afeta principalmente mulheres e se associa com níveis altos de estrógeno por sua administração exógena ou gravidez. Após suspeita diagnóstica a investigação inclui avaliação de parâmetros bioquímicos e se necessário, análise genética. A educação dos profissionais da área da Saúde, dos pacientes e seus familiares é fundamental para o melhor reconhecimento e manejo da doença.

PALAVRAS-CHAVE: Angioedema Hereditário. Fator XII. Angioedema.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Hereditary angioedema (HAE) is a self-limited condition, which usually manifests as sudden and recurrent episodes of non-inflammatory edema affecting the skin and/or mucous membranes with possible involvement of multiple organs, especially the gastrointestinal tract and upper airways. It is an autosomal dominant genetic disorder, still underdiagnosed by healthcare professionals. The disease can be divided into three types, 1) HAE with quantitative deficiency of C1 inhibitor(C1-INH), 2) with C1-INH dysfunction and 3) HAE with normal C1-INH. OBJECTIVES: to describe a case of hereditary angioedema with normal estrogen-dependent C1-INH, associated with factor XII mutation and clinical and psychosocial repercussions. METHODS: Information was obtained by analyzing the medical record, interviewing the medical team and the patient associated with a narrative review of the literature. CASE DESCRIPTION: 19-year-old adolescent girl with 2-year recurrent upper and lower lip angioedema. She used prednisolone and antihistamine during her attacks without any improvement in her symptoms. The workup revealed a factor XII exon 9 mutation with normal complement 4 and C1 inhibitor dosages. CONCLUSIONS: AEH with normal C1-INH, mainly affects women and is associated with high estrogen levels due to its exogenous administration or pregnancy. After diagnostic suspicion, investigation includes evaluation of biochemical parameters and, if necessary, genetic analysis. The education of health professionals, patients and their families is essential for better recognition and management of the disease.

KEYWORDS: *Hereditary Angioedema. Factor XII. Angioedema.*

1-Acadêmica da Faculdade Ciências Médicas de Minas Gerais, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. ORCID: 0000-0001-8779-5325.

2-Acadêmica da Universidade de Itaúna, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. ORCID: 0000-0002-2437-9022

3-Acadêmica da Universidade de Itaúna, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. ORCID: 0000-0002-5460-7399

4-Acadêmico da Universidade de Itaúna, Minas Gerais, Divinópolis, Minas Gerais, Brasil. ORCID: 000-0001-8673-3501

5-Professora de Medicina da Faculdade de Medicina Ciências Médicas de Minas Gerais e especialista em Pediatria, Alergia e Imunologia, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. ORCID: 0000-0002-6581-2187

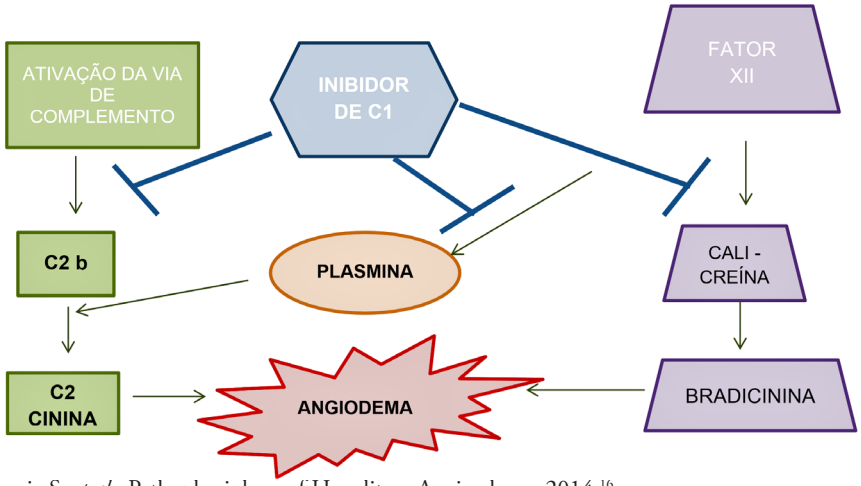
Autor correspondente:
Ana Campos Pires.
Endereço: Rua Monte Azul, 255/ CEP: 30315240.
Telefone: (31) 99919-1997.
Endereço eletrônico: pirescamposana@gmail.com

INTRODUÇÃO

O angioedema hereditário (AEH), foi primeiramente descrito por Quincke em 1882,[1] enquanto Osler estabeleceu a sua natureza hereditária em 1888.[2] É um distúrbio genético caracterizado por episódios recorrentes de edema da derme profunda, tecido subcutâneo ou submucosa com possível envolvimento de múltiplos órgãos, especialmente trato gastrointestinal e vias aéreas superiores. Os pacientes, que não são adequadamente tratados durante as crises agudas, podem evoluir para o óbito em 30% a 50 % dos casos, principalmente por asfixia secundária ao angioedema da laringe.[3]

As causas desencadeadoras de angioedema hereditário e idiopático incluem as alérgicas, autoimunes, induzidas ou exacerbadas por drogas, como os anti-inflamatórios não esteroides. O AEH representa uma minoria dos casos, no entanto nos últimos anos, novos subgrupos de pacientes têm sido descritos tornando o diagnóstico da doença mais frequente. Apenas 75 anos após a descrição da doença por Quincke, a primeira alteração bioquímica, a deficiência do inibidor de C1 (C1-INH) foi identificada. A importância da via da bradicinina também foi demonstrada (figura 1), assim como a mutação do gene codificador da proteína inibidora de C1, localizada no braço longo do cromossomo 11. O C1 INH é uma proteína reguladora, produzida, sobretudo, nos hepatócitos responsável pela inibição de C1 que tem como principais funções o controle das vias de ativação do sistema calicreína-cinina, do sistema de contato (calicreína e fator XII), da coagulação e fibrinolítico (plasmina e ativador do plasminogênio tecidual). A ausência de inibição dessas cascatas não se associa com alterações significativas na resposta imune, coagulação e fibrinólise. Mas relaciona-se com o aumento da bradicinina, que através do seu receptor beta 2, aumenta a permeabilidade vascular, com vasodilatação, contração do músculo liso não vascular e consequente edema.[4]

Figura 1: Fisiopatologia do angioedema hereditário.

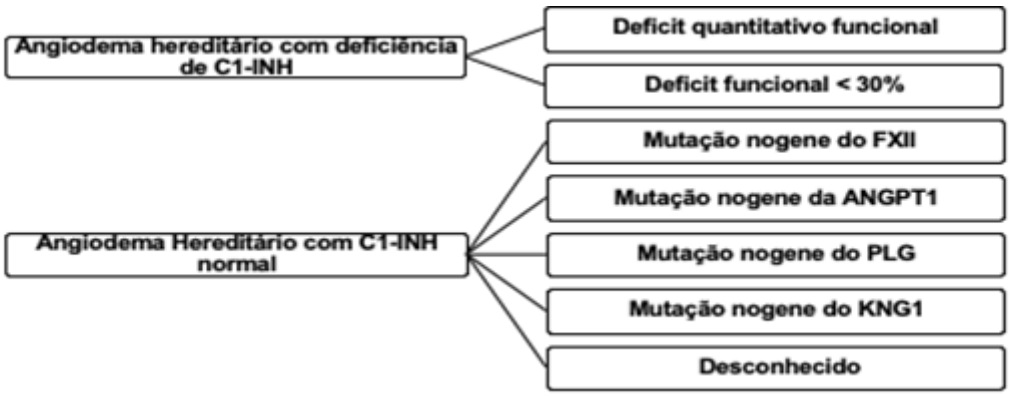


Fonte: Adaptado de Caccia S, *et al.*, Pathophysiology of Hereditary Angioedema, 2014.[16]

A fisiopatologia do angioedema hereditário, apesar de não completamente conhecida, envolve a deficiência ou disfunção do Inibidor de C1 na via de ativação do complemento, cinina/plasmina e da coagulação. A ausência ou redução da atividade inibitória do inibidor de C1, destacado em azul, ⊤, nessas cascatas resultarão entre outros fenômenos na ativação da bradicinina, vasodilatador potente e um dos principais mediadores da doença.

As principais causas de angioedema estão apresentadas na Figura 2. O AEH é dividido em três tipos: 1) AEH com deficiência quantitativa do C1-INH, 2) AEH com disfunção de C1-INH e 3) AEH com C1-INH normal. Este se subdivide em outras duas categorias: com mutação do gene do Fator XII da coagulação (FXII) e de origem desconhecida,[5] (figura 1). O caso apresentado é classificado como AEH com C1-INH normal e mutação do gene do Fator XII da coagulação (FXII), anteriormente classificado como tipo III e se manifestou durante a adolescência, o que é raro, já que a maioria dos casos são descritos em mulheres na vida adulta.

Figura 2: Causas do angioedema.



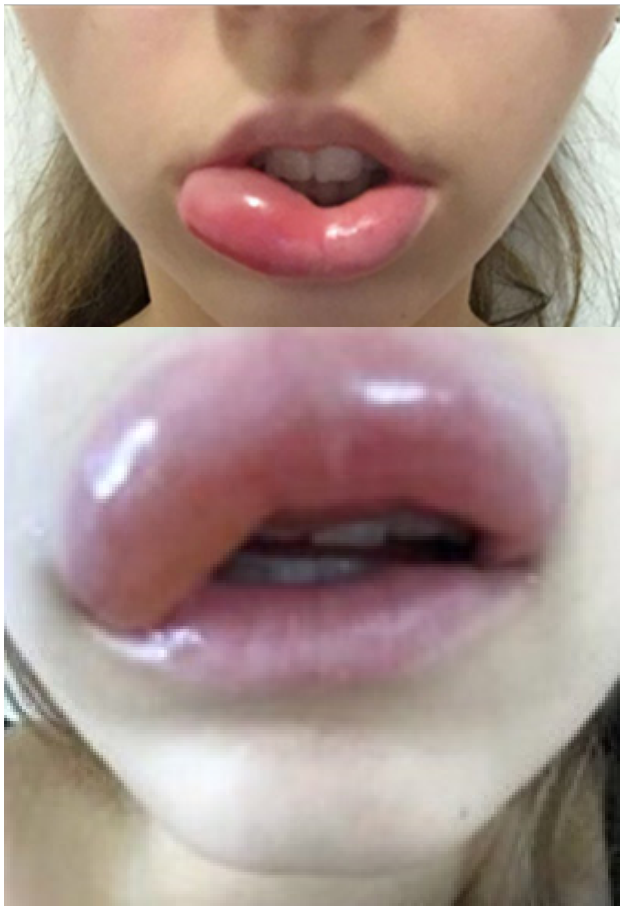


Fonte: Adaptado de Giavina-Bianchi P *et al.*2021

DESCRIÇÃO DO CASO

Uma adolescente, 19 anos, procurou atendimento médico com crises recorrentes de angioedema nos lábios superior e inferior iniciado há 2 anos (figura 2). Não apresentava dor, calor ou rubor locais e afirmava sensação de desconforto. Não referia quadro de urticária concomitante. Anteriormente relatava que o intervalo entre as crises era de 90 dias. No entanto, nos últimos meses houve uma redução da periodicidade, com repetição do quadro a cada 30 dias. (Figura 3)

Figura 3: Edema acentuado de lábio superior e inferior.



Fonte: acervo pessoal

O tempo médio de duração dos episódios era de três dias e a adolescente expressava sensação de angústia, ansiedade e incapacidade de realizar suas atividades sócio-laborais devido à alteração da estética facial. Referia a presença de dor abdominal concomitante e ocorrência de vômitos durante as crises, porém negava alterações respiratórias e febre.

Durante os episódios foi atendida em Unidades de Pronto Atendimento, onde geralmente eram prescritos anti-histamínicos e prednisolona, sem melhora dos sintomas.

Referia início do uso de anticoncepcional oral composto por drospirenona e etinilestradiol há 4 meses e apresentava história pregressa de rinite alérgica, asma leve e episódios esparsos de urticária aguda. Negava desencadeamento dos sintomas após ingestão de alimentos ou por outros medicamentos.

Ao exame físico apresentava ótimo estado geral, angioedema grave de lábios e dolorimento abdominal difuso à palpação durante as crises. Não foram identificadas alterações respiratórias ou cardiovasculares.

Paciente foi submetida à propedêutica. As dosagens do complemento 4 e inibidor de C1 foram normais. A análise do ÉXON 9 do gene F12, que codifica o fator XII da coagulação, detectou uma variante patogênica de acordo com os bancos de dados. A alteração c.983>A promove a substituição do aminoácido treonina por um aminoácido lisina na posição 328 da proteína. Os estudos funcionais dessa variante mostraram que ela se associa à perda de glicosilação e ao aumento de vazamento microvascular por contato. Após a confirmação do diagnóstico, foi indicada a inserção do dispositivo intrauterino (DIU) com levonorgestrel como método contraceptivo e suspensão do anticoncepcional oral combinado. Atualmente a paciente está há três anos sem apresentar crises, sem queixas ou manifestação de angioedema.

DISCUSSÃO

A história clínica e o exame físico são componentes importantes para o diagnóstico do AEH. As queixas relatadas, em geral, são de episódios de início súbito e recorrentes de edema envolvendo a derme e por vezes diversos órgãos, não associado à urticária, prurido, dor ou queimação local. As áreas mais comumente afetadas são: face, extremidades, genitália, orofaringe, laringe e o sistema digestório.[6] As manifestações na laringe podem provocar dispneia e dificuldade respiratória, já no sistema digestório induzem a dor

abdominal e diarreia, sendo muitas vezes confundido equivocadamente com abdome agudo.[7]

Embora as manifestações clínicas do AEH com C1-INH normal sejam semelhantes às de outros tipos de AEH, o início dos sintomas ocorre geralmente na segunda década de vida.[8] Porém, quando presente na infância, os primeiros sintomas aparecem em média aos 4 e 12,5 anos e o curso da doença tende a ser mais benigno.[4] Na adolescência, o aumento da atividade da doença foi associado aos ciclos menstruais, ao aumento fisiológico do estrógeno nesse período e à utilização de contraceptivos orais contendo estrogênio, como foi relatado nesse caso. Uma característica marcante do AEH com C1-INH normal é o seu predomínio no sexo feminino e a associação aos níveis elevados de estrogênio, por administração exógena ou gravidez. A história familiar de angioedema auxilia no diagnóstico de AEH, mas pode estar ausente em até um quarto dos casos.[8]

Apesar da fisiopatologia da doença não estar completamente esclarecida, o AEH com C1-INH normal, em geral, se relaciona com o desencadeamento das crises por altos níveis de estrógeno. Os eventos mais frequentemente envolvidos são o uso de anticoncepcionais orais, terapia de reposição hormonal contendo estrógenos e ocorrência da gravidez.[9]

O diagnóstico baseia-se em uma anamnese cuidadosa e exame físico completo, associados a dosagem sérica dos parâmetros bioquímicos. Os níveis séricos de C4 podem ser utilizados como teste de triagem, tendo em vista que a deficiência quantitativa e/ou qualitativa de C1-INH conduz à ativação do sistema de complemento, resultando no consumo de C4, mesmo quando os pacientes estão fora do período de crise de angioedema. Além da dosagem dos níveis séricos de C4, deve ser realizada a avaliação quantitativa e funcional de C1-INH.[10]

AEH com C1-INH normal pode se relacionar a mutações no gene que codifica o FXII em um subgrupo de pacientes (AEH-FXII). No entanto, numa porcentagem significativa dos casos, o defeito genético ainda é desconhecido. Salientamos que não é recomendável usar mais o termo AEH tipo III, pois essa forma de AEH não está associada à deficiência de C1-INH.[11]

O diagnóstico da paciente descrita foi determinado pelos critérios clínicos do AEH, uma vez que foi apresentado um angioedema subcutâneo não inflamatório, de duração superior a 12 horas, e dor abdominal, de mais de 6h de duração, de origem orgânica indefinida. Os níveis de C1-INH estavam normais, mas foram detectadas mutações no gene que codifica o FXII.

Em casos de diagnóstico indefinido, ou para fins de investigação, a análise de SERPING1, o gene codificador do C1-INH, pode ser realizada. No que se refere ao AEH com C1-INH normal, já foram identificadas mutações no gene do FXII em uma parcela dos pacientes. O sequenciamento genético pode também detectar duas mutações missenses diferentes, localizadas no éxon 9 e posteriormente foram identificadas outras mutações.[11]

A educação e a orientação são ações importantes no tratamento do angioedema hereditário, para melhorar a qualidade de vida do paciente e seus familiares.[12] A identificação e eliminação de fatores desencadeantes como estresse e o trauma reduzem o risco de crises. Todos os familiares de primeiro grau dos pacientes devem ser rastreados e os portadores devem receber aconselhamento genético.[13]

A farmacoterapia é instituída de acordo com a frequência, gravidade e impacto na qualidade de vida e dividida em três modalidades: profilaxia em longo e curto prazo além do tratamento das crises agudas.

Em relação a profilaxia de longo prazo podem ser utilizadas três classes de medicamentos: andrógenos atenuados, agentes antifibrinolíticos e concentrado de C1-INH derivado de plasma (pdC1-INH). O tratamento de escolha é o andrógeno atenuado, que no Brasil tem o Danazol como representante, porém pode ser contraindicado em casos de gravidez, na faixa etária pediátrica já que está associado ao fechamento prematuro da placa epifisária de crescimento. A profilaxia de curto prazo é indicada para pacientes com risco de angioedema de vias aéreas superiores que serão submetidos a cirurgias, e tem como principais agentes os concentrados de pdC1-INH, andrógenos atenuados e plasma fresco congelado. A medicação de escolha nesse caso é o concentrado de pdC1-INH, que pode ser utilizado em crianças e mulheres grávidas.[4]

Episódios de AEH que não recebem tratamento específico duram geralmente de 48 a 72 horas e não melhoram com anti-histamínicos, corticosteróides ou epinefrina.[14] Embora muitas das crises ocorram espontaneamente, foram identificados diversos fatores desencadeadores: trauma, exercício, estresse, infecção, menstruação e consumo de álcool.

O tratamento das crises deve ser realizado de acordo com a gravidade, utilizando três tipos de medicamentos, que agem inibindo a síntese de bradicinina, entre eles podemos citar: concentrado do pdC1-INH e Icatibanto (ambos disponíveis no Brasil e aprovados para uso em pacientes de 12 e 18 anos de idade, respectivamente) e Ecallantide.[4] Ao contrário da profilaxia, os antifibrinolíticos e andrógenos não podem ser usados no manejo das crises agudas, por apresentarem demora no início da ação. É importante ressaltar que disfagia e rouquidão são sinais de alarme e podem representar o início do angioedema da laringe. Os corticoides e anti-histamínicos, ao contrário dos casos de angioedema hereditários clássicos, não funcionam para o AEH estrógeno dependente. [9]

No caso apresentado ocorreu o controle completo das crises após suspensão da administração exógena do estrogênio e não foi necessária a implementação de profilaxia medicamentosa, fato observado por outros autores.[15]

CONCLUSÃO

O angioedema hereditário com níveis normais de C1-INH e estrógeno-dependente é raro[16], especialmente na adolescência, mas teve um aumento de casos descritos nos últimos anos com aprimoramento do conhecimento e abordagem da doença. O presente relato colabora para alertar os profissionais de saúde para essa doença que ainda é subdiagnosticada e associada à mortalidade e comprometimento da qualidade de vida. A educação das Equipes de Saúde, dos pacientes e seus familiares é fundamental para o melhor reconhecimento, abordagem e manejo da doença.

REFERÊNCIAS

1. Quincke HI, Quincke H. Über akutes umschriebenes Hautödem. Monatsh Prakt Dermatol. 1882; 1:129-31.
2. Osler W. Hereditary angioneurotic edema. Am J Med Sci. 1888; 95:362-7
3. Bork K, Hardt J, Schicketanz K-H, Ressel N. Clinical Studies of Sudden Upper Airway Obstruction in Patients With Hereditary Angioedema Due to C1 Esterase Inhibitor Deficiency. Arch Intern Med. 2003;163(10):1229-35.
4. Giavina-Bianchi P, Arruda LK, Aun MV, Campos RA, Chong-Neto HJ, Constantino-Silva RN, *et al.* Diretrizes brasileiras para o diagnóstico e tratamento do angioedema hereditário – 2017. Arq Asma, Alerg e Imunol. 2017; 1(1).

5. Bork K, Barnstedt SE, Koch P, Traupe H. Hereditary angioedema with normal C1-inhibitor activity in women. Lancet. 2000; 356(9225):213–7.
6. Bernstein JA. Update on angioedema: evaluation, diagnosis, and treatment. Allergy Asthma Proc. 2011; 32(6):408–12.
7. Kaplan AP, Greaves MW. Angioedema. J Am Acad Dermatol. 2005; 53(3):373–88.
8. Bork K. Hereditary angioedema with normal C1 inhibition. Curr Allergy Asthma Rep. 2009; 9(4):280–5.
9. Cicardi M, Aberer W, Banerji A, Bas M, Bernstein JA, Bork K, *et al.* Classification, diagnosis, and approach to treatment for angioedema: consensus report from the Hereditary Angioedema International Working Group. Allergy. 2014; 69(5):602–16.
10. Giavina-Bianchi P, França AT, Grumach AS, Motta AA, Fernandes FR, Campos RA, *et al.* Brazilian guidelines for the diagnosis and treatment of hereditary angioedema. Clinics (São Paulo). 2011; 66(9):1627–36.
11. Dewald G, Bork K. Missense mutations in the coagulation factor XII (Hageman factor) gene in hereditary angioedema with normal C1 inhibitor. Biochem Biophys Res Commun. 2006; 343(4):1286–9
12. MacBeth LS, Volcheck GW, Sprung J, Weingarten TN. Perioperative course in patients with hereditary or acquired angioedema. J Clin Anesth. 2016; 34:385–91.
13. Craig T, Aygoren-Pürsün E, Bork K, Bowen T, Boysen H, Farkas H, *et al.* WAO Guideline for the Management of Hereditary Angioedema. World Allergy Organ J. 2012; 5(12):182–99.
14. Binkley KE. Factor XII mutations, estrogen-dependent inherited angioedema, and related conditions. Allergy Asthma Clin Immunol. 2010; 6(1):16.
15. Miranda AR, Ue APF de, Sabbag DV, Furlani WJ, Souza PK, Rotta O. Hereditary angioedema type III (estrogen-dependent) report of three cases and literature review. An Bras Dermatol. 2013; 88(4):578–84.
16. Caccia S, Suffritti C, Cicardi M. Pathophysiology of Hereditary Angioedema. Pediatr Allergy Immunol Pulmonol. 2014 Dec 1;27(4):159-163. doi: 10.1089/ped.2014.0425. PMID: 25538858; PMCID: PMC4268578.

Artigo original

Incidência e Fatores Associados à Extubação Não Planejada em uma Unidade Crítica Pediátrica

Jaqueline Albert[1], Alexandre Rodrigues Ferreira[2], Guilherme Domingues Ferreira[3], Adrianne Mary Leão Sette e Oliveira[4], Fabiana Maria Kakehasi[5].

1- (jakialbert@hotmail.com) Mestrado em Saúde da Criança e Adolescente. Fisioterapeuta da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-8091-8791

2- (feralex1403@gmail.com), Hospital das Clínicas, Professor Associado do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG. Belo Horizonte-MG, Brasil. ORCID: https://orcid.org/0000-0001-6749-8980

3 - (guilherme.domingues.f@gmail.com) Aluno de Iniciação Científica. Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais. ORCID: https://orcid.org/0000-0002-2508-5747

4 - (dannelsette@gmail.com), Coordenadora da Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG. ORCID: https://orcid.org/0000-0003-2133-6067

5- (fmkakehasi@gmail.com), Professora Associada do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais-UFMG, Faculdade de Medicina, Hospital das Clínicas. Belo Horizonte, MG, Brasil. ORCID https://orcid.org/0000-0003-2685-9107

Autor Correspondente:
Alexandre Rodrigues Ferreira
E-mail: feralex1403@gmail.com
Avenida Alfredo Balena 110, Bairro Santa Efigênia. CEP 30.130.100. Belo Horizonte – MG. Fone 55(31)3409-9379

Fonte Financiadora:
Não houve fonte financiadora.
Conflitos de interesse: nada a declarar.
Instituição: Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil.

RESUMO

Objetivo: Avaliar a incidência e fatores associados a extubação não planejada (ENP) em Unidade Intensiva de Pediatria de um Hospital Universitário de nível terciário. Metodologia: Estudo de coorte no período de julho de 2016 a junho de 2018. Pacientes que apresentaram ENP (autoextubação ou acidental) foram comparados a grupo com extubação planejada quanto as características demográficas, clínicas e ventilatórias. A incidência de ENP foi calculada e o modelo de regressão logística ajustado foi realizado para determinar os fatores de risco para o evento e os desfechos foram comparados entre aqueles com extubação planejada e não planejada. Resultados: Um total de 308 pacientes foram incluídos na análise. Vinte (6,4%) pacientes experimentaram ENP, a taxa de incidência foi de 1,59/100 dias de intubação. Pacientes intubados para procedimentos de pequena complexidade apresentaram mais chances para a ocorrência da extubação não programada (p<0,0001), com Odds Ratio 61; IC95%, 15,5-239,8. Não houve diferença significativa entre os grupos extubação não planejada e planejada em termos de tempo de ventilação mecânica, tempo de internação na unidade de terapia intensiva pediátrica e mortalidade. Conclussão: A incidência de ENP na unidade pediátrica apresentou valor ligeiramente superior do que é recomendado atualmente na literatura e intubação após procedimentos de pequena complexidade foi fator de risco para a ocorrência da extubação não programada.
Palavras-chave: Extubação. Fatores de risco. Pediatria. Unidade de terapia intensiva.

ABSTRACT

Introduction: Unplanned extubation (UE) in intensive care units is one of the most worrying adverse events, since it is associated with potentially fatal complications, especially in the pediatric population. Incidence and risk factors have been discussed, but more information is still needed in this regard. Objective: To evaluate the incidence for each 100 patient / day intubated and to identify the factors associated with UE in an Intensive Pediatric Unit of reference of University Hospital of Minas Gerais. Methods: Cross-sectional and descriptive cohort study, with retrospective and prospective data collection, from July 2016 to June 2018. Patients who presented UE (self-extubation or accidental) were compared to a group with planned extubation in terms of demographic, clinical and ventilatory. The incidence of UE was calculated and the adjusted logistic regression model was performed to determine the risk factors for the event and the outcomes were compared between those with planned and unplanned extubation. Results: A total of 308 patients underwent endotracheal intubation and were included in the analysis. Of these, 20 (6.4%) patients experienced UE, the incidence rate was 1.59 / 100 days of intubation. Patients intubated after procedures of small complexity presented more chances for the occurrence of non-programmed extubation (p <0.0001), with Odds Ratio 61; 95% CI, 15.5-239.8. There was no significant difference between the unplanned and planned extubation groups in terms of mechanical ventilation time, length of stay in the pediatric intensive care unit and mortality. Conclusion: The incidence of UE in the pediatric unit presented a slightly higher value than is currently recommended in the literature and intubation after procedures of small complexity were a risk factor for the occurrence of non-programmed extubation.
Keywords: *Extubation. Risk factors. Pediatric. Intensive care unit.*

INTRODUÇÃO

A intubação endotraqueal e a ventilação pulmonar mecânica (VPM) são procedimentos rotineiros nas unidades de terapia intensiva pediátrica (UTIP). Atualmente, a manutenção do paciente com via aérea avançada é prática segura, porém é método passível de complicações, dentre as quais, a extubação não planejada (ENP) é uma das mais descrita[1,2].

A ENP é evento adverso descrito como o deslocamento ou remoção do tubo endotraqueal (TET) em momento diferente daquele escolhido para extubação planejada (EP). Está associada com o aumento da morbimortalidade, além das complicações da intubação quando a reintubação é necessária, prolongando o tempo de ventilação mecânica (VM) e, consequentemente, de estadia na unidade de terapia intensiva (UTI)[3,4,5], podendo ainda levar a um comprometimento hemodinâmico e até ao óbito[6,7].

A ENP pode ocorrer como autoextubação (pela ação do próprio paciente) ou acidental (quando ocorre durante o cuidado prestado pela equipe de saúde ao paciente)[8,9]. Nos últimos anos a ENP tornou-se indicador de excelência na qualidade do atendimento e segurança do paciente crítico, sobretudo nas unidades pediátricas. O seu monitoramento deve ser continuo e adequado, uma vez que está intimamente ligado a qualidade assistencial prestada pela equipe multidisciplinar, considerado ainda que a ENP é evento adverso potencialmente evitável[10].

Diretrizes e recomendações com o intuito de reduzir esses eventos foram recentemente publicadas[3,9], incluindo fatores de risco e estratégias preventivas, porém a taxa de incidência média ainda permanece elevada na população pediátrica (1,19 / 100 dias de intubação), sendo que a taxa alvo preconizado na literatura é de menos de um evento por 100 dias de intubação[11].

Dessa maneira, o presente estudo tem como objetivo avaliar, em UTIP de referência de um Hospital Universitário de nível terciário, a incidência de ENP ara cada 100 paciente/dia e identificar os fatores associados para este evento.

METODOLOGIA

Trata-se de estudo de coorte realizado no período de julho de 2016 até junho de 2018, na UTIP de Hospital Universitário de nível terciário, referência no tratamento de patologias de média e alta complexidade. A UTIP possui 10 leitos e admite pacientes com idade entre 1 mês a 18 anos de vida incompletos, com média de 400 internações por ano. O presente estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CAAE 66452617.8.0000.5149 - parecer no 2.093.157).

Foram incluídos no estudo todos os pacientes admitidos na unidade, no período acima referenciado, que fizeram uso de uma via aérea artificial (tubo nasotraqueal ou orotraqueal). Foram excluídos do estudo pacientes pediátricos em que a via aérea artificial fosse a traqueostomia.

Após o paciente ser admitido com TET ou após a intubação ter sido realizada na unidade, o tubo traqueal era posicionado e fixado com método padronizada na unidade: fixado á face com uma fita adesiva em forma de "H" com os dois braços do H colocado sobre o lábio superior e os outros dois braços enrolados em espiral ao redor do tubo; em crianças maiores, era ainda reforçado a fixação com uso de cadarço) e conferida a pressão do cuff do balonete endotraqueal quando presente. Em seguida era realizada avaliação radiológica de tórax para verificar seu posicionamento, posteriormente dava-se início ao seguimento prospectivo para avaliação da ocorrência do evento da ENP (Figura 1).



Figura 1 – Avaliação radiológica do posicionamento do tubo endotraqueal

Os pacientes foram acompanhados prospectivamente durante toda a permanência da assistência ventilatória com o tubo traqueal até a ocorrência do evento da extubação não planejada ou até desfecho final da extubação planejada, independente do número de vezes que precisaram de reintubação. Não ocorreu mais de um episódio de extubação acidental em um mesmo paciente.

Definimos ENP como um evento não programado, na qual o tubo endotraqueal foi desalojado da traqueia, observado diretamente quando ocorreu perda repentina de sons respiratórios bilaterais, queda da oxigenação, vocalização ou por meio de radiografia. A ENP foi classificada em autoextubação (AE) quando a remoção do TET foi realizada pela ação do próprio paciente e extubação acidental (EA) quando a remoção do TET foi realizada durante o cuidado prestado

pela equipe multidisciplinar responsavel pelo paciente.

A extubação não planejadas e as principais causas associadas a este evento foram analisadas por meio de avaliação dos relatos clínicos da equipe, através de entrevistas e registro nos prontuários, fichas de avaliação ventilatória e formulário referente a ENP feitas pela equipe de fisioterapia.

Foram incluídas as seguintes variáveis demográficas e clínicas para acompanhamento das extubações planejadas e não planejadas: idade a admissão (em meses), gênero, peso à admissão, Risco Pediátrico de Mortalidade (PIM II), tempo de internação na unidade intensiva (dias), classificação da admissão (clínico ou cirúrgico), motivo da admissão na UTIP os pacientes foram divididos em: respiratório, cardiovascular, neurológico, hepático, renal, oncohematológico, pós PCR e cirurgias (pediatria geral, neurológico, cardiovascular, ortopédica). Além disso, foram analisados via da intubação (nasotraqueal ou orotraqueal), tamanho do tubo de acordo com a idade (adequado ou inadequado), posicionamento do TET no momento da admissão ou após intubação, avaliado através da imagem radiológica (adequado, alto ou baixo), presença de balonete endotraqueal, duração total da assistência ventilatória (em horas), causa da necessidade da VM, sendo divididas em: ventilação devido procedimentos cirúrgicos (pós operatório), pós procedimentos de pequena complexidade (como por exemplo: endoscopia, acesso venoso central, cateterismo cardíaco ou qualquer outro procedimento que necessitasse de via aérea artificial); rebaixamento de sensório, instabilidade hemodinâmica, pós PCR ou devido IRPA. Também foram analisados o uso de opiáceos ou benzodiazepínicos durante a assistência ventilatória e a taxa de mortalidade. As variáveis foram definidas por meio dos estudos registrados na literatura. Para o grupo ENP, além das variáveis clinicas e demográficas foram avaliadas as circunstancias no momento do evento, tais como: período do dia que ocorreu o episódio da ENP (matutino, vespertino, noturno ou durante a troca de plantão), escala de sedação (COMFORT-B)[12] prévia a extubação, situação do paciente no momento do evento (os pacientes foram divididos em três categorias: (1) pacientes sedados, (2) pacientes que estavam apenas aguardando despertar adequado para evoluir para extubação e, (3) pacientes que estavam em desmame de sedação para evoluir com a extubação); também foram analisados necessidade de reintubação após o evento, motivo da reintubação, diagnostico do que motivou a ENP , presença de restrições físicas no momento do evento, complicações após o evento e dados relacionados a parâmetros ventilatórios.

A densidade de incidência de extubação não planejada foi calculada para cada 100/paciente/dia em ventilação, dividindo o número absoluto de extubações não planejadas ocorridas no mês pelo número total de pacientes-dia ventilados multiplicado por 100. Cada dia de ventilação foi considerado um paciente-dia[13].

ANÁLISE ESTATÍSTICA

A análise estatística foi realizada por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA). Para caracterizar os grupos foram utilizadas para as variáveis quantitativas média ± desvio padrão (DP) e mediana (1º quartil; 3º quartil) e para as variáveis categóricas frequências absolutas e porcentagens. As variáveis contínuas sem distribuição normal foram expressas através das medianas e quartis (1º quartil e 3º quartil) e comparadas pelo teste não-paramétrico de Mann Whitney U.

A comparação da variável categórica foi analisada através dos testes de Qui-quadrado de Pearson assintótico (quando 20% do valor esperado entre 1 e 5) e teste Qui-quadrado de Pearson exato (quando mais que 20% do valor esperado entre 1 e 5). A probabilidade de significância será considerada significativa quando inferior a 0,05 ($p \leq 0,05$).

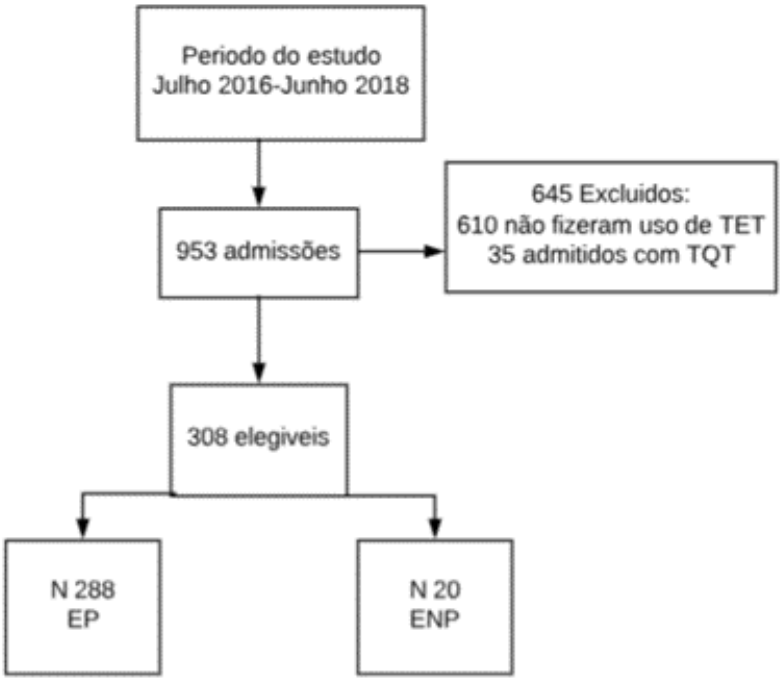
O método estatístico para análise multivariada quanto aos fatores associados ao EA foi o de regressão logística. Todas as variáveis com valor de $p \leq 0,20$ na análise univariada foram incluídas na análise multivariada. Na avaliação do modelo logístico, passo a passo, foram retiradas as variáveis com maiores valores de p até restarem no modelo final as variáveis significantes ao nível de 0,05. A medida de efeito do risco utilizada foi a odds ratio (OR), com intervalo de confiança de 95% para as variáveis associadas ao primeiro episódio de EA. A qualidade de ajuste foi avaliada pelo teste de Hosmer & Lemeshow.

RESULTADOS

Durante o período avaliado, um total de 953 pacientes foram hospitalizados na UTIP. Destes 308 (32,3%) fizeram uso de VPM por meio de um tubo endotraqueal, sendo que 307 (99%) fizeram uso da intubação pela via orotraqueal (Figura 2). Esses pacientes foram ventilados por um período total de 1.572 dias.

Houve um total de 288 (93,5%) extubações planejadas e 20 (6,5%) extubações classificadas como não planejada (Figura 1). A densidade de incidência de ENP durante o período de 2 anos foi de 1,59 ENP/100 dias de intubação, sendo o maior índice nos primeiros seis meses do estudo, com 3,01 ENP/100 dias de intubação, seguido por 1,62 ENP/100 dias de intubação no segundo semestre do estudo, 1,17 ENP/100 dias de intubação no terceiro semestre do estudo e o menor índice nos ultimos seis meses do estudo com 0,68 ENP/100 dias de intubação. Como a avaliação da extubação não planejada do serviço em tela é um indicador de qualidade da unidade avaliado semestramente junto a gestão da instituição, a equipe ficou ciente das taxas e a partir daí ocorreu um alerta que gerou atenção e maior cuidado.

Figura 2 – Fluxograma dos pacientes admitidos na UTIP e processo de amostragem



TET: tubo endotraqueal; TQT: traqueostomia; EP: extubação planejada; ENP: extubação não planejada.

Os dados demográficos, clínicos e análise univariada nos grupos de pacientes extubação planejada (EP) e extubação não planejada (ENP) são mostrados na Tabela 1. Os grupos foram semelhantes em gênero, idade, peso, risco pediátrico de mortalidade (PIM II) e casos clínicos e casos cirúrgicos.

Foi realizada uma distribuição por idade nas duas populações. Com o objetivo de avaliar associação de diferentes faixas etárias quanto a ENP, dividimos em: <1 ano, 1-6 anos e >6 anos. Ao realizar a análise pelo teste Qui-quadrado, foi possível verificar que não houve significância estatística (p=0,18) na ocorrência de ENP conforme a faixa etária.

Quando avaliados os motivos que levaram a VM, os pacientes admitidos pós procedimento de menor complexidade (endoscopia digestiva alta e baixa, implantação de cateter e cateterismo) apresentaram uma maior taxa de ENP quando comparados ao grupo admitido no pós-operatório, com significância estatística (p=0,0001).

Tabela 1: Características demográficas e clínicas dos pacientes pediátricos ENP/EP.

Variáveis	Total (n =308)	EP (n =288)	ENP (n =20)	Valor de *p*
Gênero masculino (n%)	160 (51,9)	150 (52)	10 (50)	0,96*
Idade (meses), mediana (IQ)	24 (7-96)	24 (7-96)	13 (5-56,2)	0,19**
Peso (kg), mediana (IQ)	12 (6-23)	12(6-25,2)	14,5 (5-43,2)	0,08**
Score PIM, mediana (IQ)	1,7 (0,8-6,6)	1,7(0,8-6,6)	1,8 (0,8-4,9)	0,82**
Classificação admissão, [n (%)]				
Clínico	135 (43,5)	129 (44,7)	6 (30)	
Cirúrgico	173 (56,4)	159 (55,2)	14 (70)	0,24*
Motivo da VM, [n (%)]				
Pós operatório (#)	173 (56,1)	170 (59)	3 (15)	
Pós proced. menor complexidade (&)	27 (8,7)	13 (4,51)	14 (70)	
Rebaixamento sensório	34 (11)	34 (11,8)	0 (0)	**0,0001***
Inst. Hemodinâmica	19 (6,1)	18 (6,25)	1 (5)	
Pós PCR	11 (3,5)	11 (3,8)	0 (0)	
IRPA	44 (14,2)	42 (14,5)	2 (10)	
TOT adequado para idade, [n (%)]	191 (62)	180 (62,50)	11 (55)	0,64*

Variáveis	Total (n =308)	EP (n =288)	ENP (n =20)	Valor de *p*
Posicionamento do TOT, [n (%)]				
Adequado	200 (64,9)	186 (64,58)	14 (70)	
Baixo	67 (21,7)	62 (21,53)	5 (25)	0,54*
Alto	41 (13,3)	40 (13,89)	1 (5)	
Presença balonete endotraqueal,[n (%)]	177 (57,4)	167 (57,99)	10 (50)	0,64*
Tempo de sedação (horas), mediana (IQ)	24 (10,2-90)	24 (10-92)	20 (2,7-43,2)	0,13**
Tempo de VM (horas), mediana (IQ)	36 (15-118)	36 (15-120)	26 (5,7-54,7)	0,15**
Tempo de UTIP (dias), mediana (IQ)	6 (3-13)	6(3-13)	6 (3-11)	0,94**
Mortalidade, (n%)	53 (17,2)	49 (17)	4 (20)	0,76*

EP: extubação planejada; ENP: extubação não planejada; IQ: intervalo interquartil; PIM: risco pediátrico de mortalidade; VM: ventilação mecânica; proced: procedimento; Inst.: instabilidade; PCR: parada cardiorrespiratória; IRPA: insuficiência respiratória pulmonar aguda; TOT: tubo orotraqueal; UTIP: unidade de terapia intensiva pediátrica.

(#): Definiu-se como todo procedimento cirúrgico realizado em bloco cirúrgico.
(&):Definiu-se como qualquer procedimento que necessitasse de via aérea artificial não realizado no bloco cirúrgico, como por exemplo: inserção de acesso venoso central, endoscopia digestiva, cateterismo cardíaco.
(*) teste Qui quadrado.
(**) teste Mann Whitney.
Valor significativo de p (<0,05).

Na análise por regressão logística multivariada, pacientes admitidos na UTI após procedimento de menor complexidade apresentaram um maior fator de risco para a ocorrência da ENP com significância estatística, Odds ratio 6,1; Intervalo de Confiança [15,5-239,8], coeficiente de estimativa de 5,89 com p<0,0001.

No grupo de pacientes com ENP, 10 ocorreram por auto extubação (AE) e 10 por extubação acidental (EA). Das extubações acidentais, 3 (30%) foram durante mudanças de decúbito, 2 (20%) durante transporte, 2 (20%) durante realização de procedimentos de menor complexidade, 1 (10%) devido aumento da quantidade de secreção no trato respiratório e 1 (10%) durante procedimento de aspiração endotraqueal.

Em relação às AE, todas estavam relacionadas à agitação do paciente, com significância estatística quando comparado ao grupo EA (p<0,0001). No grupo da EA foi observada diferença com significância estatística quando comparado com o grupo AE quanto as variáveis: pressão inspiratória de pico (PIP) (p=0,014), necessidade de reintubação endotraqueal (p=0,022), e cianose (p=0,028). Veja a tabela 2.

Complicações após a ENP ocorreram em (60%) eventos, sendo importante destacar que o grupo EA apresentou maior prevalência na ocorrência de reintubação (40%) e de parada cardiorrespiratória (PCR) (30%) quando comparados ao grupo AE (p=0,006) (Tabela 2). Não foi possível análise multivariada entre os grupos AE e EA em decorrência do tamanho amostral.

Tabela 2: Características demográficas, clínicas e circunstâncias das ENPs, divididos entre AE/EA.

Variável	Total (n =20)	AE (n =10)	EA (n =10)	Valor de *p*
Idade (meses), mediana (IQ)	13(5-13)	6 (3,5-12,7)	57,5 (21,7-108)	**0,010****
Tempo de sedação até ENP (horas), mediana (IQ)	20 (2,7-43,2)	4 (0,5-24)	37,5 (8,5-105)	0,053**
Tempo de VM até ENP (horas), mediana (IQ)	24 (4,7-51,5)	18 (5,2-37)	36 (4,5-54)	0,677**
Período da ENP, (n%)				
Troca de plantão	4 (20)	1 (10)	3 (30)	
Matutino	4 (20)	1 (10)	3 (30)	0,321*
Vespertino	5 (25)	3 (30)	2 (20)	
Noturno	7 (35)	5 (50)	2 (20)	
Comfort prévio a ENP, (DP)	13,4±4,36	15±5,35	11,8±6,36	0,230**
Situação prévia a ENP, (n%)				

Variável	Total (n =20)	AE (n =10)	EA (n =10)	Valor de *p*
Aguardando despertar	8 (40)	4 (40)	4 (40)	
Sedado	9 (45)	4 (40)	5 (50)	1,000*
Em redução de sedação	3 (15)	2 (20)	1 (1)	
Necessidade de IOT, (n%)				
Não	13 (65)	10 (100)	3 (30)	**0,022***
Sim	7 (35)	0 (0)	7 (70)	
Motivo da Reintubação, (n%)				
Instabilidade Hemodinâmica	4 (57,1)	0 (0)	4 (57,1)	
Sedação	3 (42,8)	0 (0)	3 (42,8)	0,133*
Rebaixamento do sensório	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Causa da ENP, (n%)				
Mudança de decúbito	3 (15)	0 (0)	3 (30)	
Transporte	2 (10)	0 (0)	2 (20)	
Procedimentos médicos	2 (10)	0 (0)	2 (20)	**0,0001***
Hipersecretividade	2 (10)	0 (0)	1 (10)	
Aspiração endotraqueal	1 (5)	0 (0)	1 (10)	
Agitação	10 (50)	10 (100)	1 (10)	
Presença de contenção mecânica, (n%)				
Sim	16 (80)	3 (30)	1 (10)	0,584*
Não	4 (20)	7 (70)	9 (90)	
Complicações após ENP, (n%)				
Nenhuma	8 (40)	5 (50)	3 (30)	
Reintubação	4 (20)	0 (0)	4 (40)	
Afonia/estridor laríngeo	4 (20)	4 (40)	0 (0)	**0,006***
PCR	3 (15)	0 (0)	3 (30)	
Atelectasia	1 (5)	1 (10)	0 (0)	
Diagnostico da ENP, (n%)				
Distensão gástrica	1 (5)	0 (0)	1 (10)	
Exteriorização do TOT	7(35)	5 (50)	2 (20)	
Vocalização presente	2(10)	2 (20)	0 (0)	**0,028***
Cianose	6 (30)	1 (10)	5 (50)	
Queda de volume corrente	2 (10)	2 (20)	0 (0)	
Esforço respiratório	2 (10)	0 (0)	2 (20)	
Valor PEEP, (DP)	6,65±3,60	5,20±0,42	8,10±4,75	0,100**
Valor FIO2, (DP)	44,05±20,81	35,50±8,96	52,60±25,92	0,160**
Valor PIP, (DP)	18,85±6,61	15,70±1,57	22,00±8,23	**0,014****
Tempo de UTIP (dias), mediana (IQ)	6(3-11)	4,5(2,2-7,7)	8,5(4,2-14)	0,936**
Mortalidade, (n%)	4 (20)	0 (0)	4 (40)	0,084*

DP: desvio padrão; IQ: intervalo interquartil; AU: auto extubação; EA: extubação acidental; VM: ventilação mecânica; ENP: extubação não planejada; IOT: intubação orotraqueal; HDM: hemodinâmica; TOT: tubo orotraqueal; PCR: parada cardiorrespiratória; PEEP: pressão positiva expiratória final; FIO2: fração inspirada de oxigênio; PIP: pressão inspiratória positiva; UTIP: unidade de terapia intensiva pediátrica.
(*) teste Qui quadrado
(**) teste Mann Whitney
Valor significativo de p (<0,05).

DISCUSSÃO

A extubação não planejada é uma preocupação em diferentes centros de terapia intensiva[14,15,16], e vem sendo utilizada como importante marcador de controle de qualidade e melhoria de atendimento em pacientes criticamente doentes[14,16]. Embora sub-relatadas e pouco estudadas, sobretudo na população pediátrica, as extubações não planejadas acarretam risco significativo de danos ao paciente, podendo leva-lo a morte. Uma avaliação dos fatores de risco baseadas na realidade de cada hospital é crucial para diminuir a incidência de tal evento.

Ao longo de dois anos encontramos uma prevalência de 6,5% de extubações não planejadas em nosso serviço, com uma incidência de 1,59 ENP/100 dias de intubação, equiparável ao encontrado na literatura, que relata taxas que variam de 0,4 até 3,55 ENP/100 dias de intubação[11,14]. Vale ressaltar que nossa taxa de incidência, está próxima da referência sugerida para a ENP que é inferior a 1 evento por 100 dias intubados[11].

Muitos fatores de risco são descritos na literatura como sendo um dos principais determinantes para a ocorrência da ENP[3,9], são eles: idade menor de 1 ano, nível inadequado de sedação e analgesia, má fixação do tubo traqueal, ausência de restrições físicas em pacientes de risco, mobilização inadequada durante procedimentos (banho, transporte, mudança de decúbito e exames) e período de 24 horas prévio a extubação programada.

Em nosso estudo, após análise multivariada, verificamos que pacientes admitidos após procedimento de menor complexidade, como endoscopia, implantação de cateteres e cateterismo, apresentaram 61 vezes mais chances de extubação não planejada em relação a outras categorias de pacientes. Uma possível hipótese para explicar tal achado é que nesses procedimentos o tempo de sedação é menor, ocasionando um despertar mais rápido por analgesia e sedação inadequadas e consequente agitação. Por serem pacientes de menor gravidade, pode haver um descuido na monitorização por parte da equipe assistencial, gerando maior risco para ENP, sobretudo no grupo auto extubação. Tais resultados vão de acordo com estudos anteriores[14,17], nos quais a agitação ou sedação inadequada estavam associadas ao risco aumentado de extubações não programadas.

Estudos prévios[14,18] relatam a idade menor que um ano como um fator preditor para a ocorrência das extubações não planejadas. Em nosso estudo não encontramos diferença com significância estatística entre o grupo ENP/EP no que diz respeito à faixa etária, porém, na análise univariada da classificação da ENP, observamos que pacientes que realizaram auto extubação apresentaram uma mediana de idade menor. Isto enfatiza a necessidade de maior vigilância pela equipe assistencial nestas crianças, devido principalmente a imaturidade do desenvolvimento cognitivo para aceitar e tolerar as vias aéreas artificiais, além da anatomia traqueal curta que contribui para uma maior prevalência do evento.

Embora não estatisticamente significativo, a reintubação ocorreu com maior prevalência nos pacientes que sofreram extubação acidental, achado que vai de encontro ao estudo de Tripathi e colaboradores.[14] A perda abrupta do controle das vias aérea e do suporte ventilatório pode resultar em complicações cardiopulmonares e até a morte.[19] Em nosso estudo, complicações maiores após ENP ocorreram em 70% dos pacientes que sofreram extubação acidental, sendo superior a relato na literatura que apresentaram taxas de até 28%[19], ressaltando a importância de prevenir a ENP.

A prevalência de reintubação nos pacientes que tiveram ENP foi de 35%, inferior à descrita na literatura, na qual a prevalência é de 52% a 61%.[3,20,21,22,23] Um dado importante nesse estudo foi que a reintubação não ocorreu em nenhum dos pacientes que apresentaram autoextubação, diferentemente dos pacientes do grupo extubação acidental. Embora sem valor significativo, o tempo de ventilação mecânica, bem como o tempo de internação da UTI, foi menor no grupo AE, o que corrobora com estudos prévios[5,11]. Este achado pode sugerir que tais pacientes apresentaram atraso para a extubação. A adequada seleção dos pacientes potencialmente elegíveis para a extubação e a retirada da prótese endotraqueal o mais rápido possível é de suma importância nas unidades críticas; com isso, complicações relacionadas a ventilação mecânica são evitadas. Não houve diferenças na mortalidade entre pacientes com ou sem extubação não planejada.

Podemos considerar como limitações para o presente estudo a experiência em uma única UTIP, o que limita o número amostral e pode justificar ausência de associação entre alguns fatores de risco relatados na literatura e a ENP em nossa amostra.

A incidência de ENP em nossa unidade pediátrica apresentou um valor ligeiramente superior ao que é encontrado atualmente na literatura e a intubação após procedimentos de pequena complexidade foi fator de risco para a ocorrência da extubação não programada. Sendo assim, faz-se necessária a implementação de programas de melhorias na qualidade da assistência ao paciente intubado e a realização de educação continuada para a equipe assistencial, com o intuito de reduzir a ocorrência desse evento potencialmente evitável. Há a necessidade de protocolos e avaliações constantes da prontidão de extubação e adequada monitorização de pacientes em processo de retirada do TET (e TOT?), afim de evitar períodos desnecessários de ventilação mecânica e as complicações associadas

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hermeto F, Martins BMR, Ramos JRM, Bhering CA, Sannt´Ana GM. Incidence and main risk factors associated with extubation failure in newborns with birth weight < 1,250 grams. J Pediatr (Rio J). 2009 Sep-Oct; 85(5):397-402.

2. Veldman A, Trautschold T, Weiss K, Fischer D, Bauer K. Characteristics and outcome of unplanned extubation in ventilated preterm and term newborns

on a neonatal intensive care unit. Pediatric Anaesth.2006 Sep; 16(9):968-73.

3. Silva PSL, Carvalho WB. Unplanned extubation in pediatric critically ill patients: A systematic review and best practice recommendations. Pediat Crit Care Med.2010 Mar; 11(2):287-94.
4. Silva PSL, Aguilar VE, Neto HM, Carvalho WB. Unplanned extubation in a pediatric intensive care unit: Impact of a quality improvement programme. Anaesthesia.2008 Nov;63(11):1209-16.
5. Sadowski R, Dechert RE, Bandy KP, Juno J, Bhatt-Metha, Custer JR, *et al.* Continuous quality improvement: reducing unplanned extubations in a pediatric intensive care unit. Pediatrics. 2004 Sep;114(3):628–632.
6. Mort TC. Unplanned tracheal extubation outside the operating room: A quality improvement audit of hemodynamic and tracheal airway complications associated with emergency tracheal reintubation. Anesth Analg. 1998 Jun; 86(6):1171–1176.
7. Vassal T, Anh NG, Gabillet JM, Guidet B, Staikowsky F, Offenstadt G. Prospective evaluation of self-extubations in a medical intensive care unit. Intensive Care Med.1993;19(6):340–342.
8. Kapadia FN, Bajan KB, Raje KV. Airway accidents in intubated intensive care unit patients: an epidemiological study. Crit Care Med.2000 Mar; 28(3):659–664.
9. Silva PSL, Farah D, Fonseca MCM. Revisiting unplanned extubation in the pediatric intensive care unit: What's new? Heart Lung. 2017; 46(6):444-451.
10. Joint Commission International [home page na Internet]. Oak Brook: [Acesso: 25/10/2018]. Disponível em: http://www.jointcommissioninternational.org.
11. Roddy DJ, Spaeder MC, Pastor W, Stockwell DC, Klugman D. Unplanned extubations in children: impact on hospital cost and length of stay. Pediatr Crit Care Med. 2015 Jul; 16(6): 572-575.
12. Ambuel B, Hamlett KW, Marx CM, Blumer JL. Assessing distress in pediatric intensive car environments; the COMFORT scale. Journal of Pediatric Psychology. 1992 Feb; 17(1): 95-109.
13. Hennekens CH, Buring JE, Mayrent SL. Epidemiology in medicine. Boston: Little Brown and company,1987 p.383.
14. Tripathi S, Nunez DJ, Katyal C, Ushay HM. Plan to have No unplanned: a collaborative, hospital-based quality-improvement project to reduce the rate of unplanned extubations in the pediatric ICU. Respir Care. 2015 Aug; 60(8): 1105-1112.
15. Piriyapatsom A, Chittawatanarat K, Kongsayreepong S, Chaiwat O. Incidence and Risk Factors of Unplanned Extubation in Critically Ill Surgical Patients: The Multi-center Thai University-based Surgical Intensive Care Units Study (THAI-SICU Study). J Med Assoc Thai. 2016 Sep;99 Suppl 6: S153-S162.
16. Crezeé KL, DiGeronimo RJ, Rigby MJ, Carter RC, Patel S. Reducing Unplanned Extubations in the NICU Following Implementation of a Standardized Approach. Respiratory Care. 2017 Aug;62(8):1030-1035;
17. Rachman BR, Mink RB. A prospective observational quality improvement study of the sustained effects of a program to reduce unplanned extubations in a pediatric intensive care unit. Paediatr Anaesth .2013 Jul;23(7):614-20.
18. Kanthimathinathan HK, Durward A, Nyman A, Murdoch IA, Tibby SM. Unplanned extubation in a pediatric intensive care unit: prospective cohort study. Intensive Care Med. 2015 July; 41(7): 1299–1306.
19. Coppolo DP, May JJ. Self-extubations. A 12-months experience. Chest. 1990 Jul; 98(1):165-9.
20. Boulain T. Unplaned extubations in the adult intensive care unit: a prospective multicenter study. Am J Resp Crit Care Med. 1998 Apr;157(4 Pt 1):1131-7.
21. Klugman D, Melton K, Maynord PO, Dawson A, Madhavan G, Montgomery VL, *et al.* Assessment of an Unplanned Extubation Bundle to Reduce Unplanned Extubations in Critically Ill Neonates, Infants, and Children. JAMA Pediatr. 2020;174(6):e200268.
22. Silva PSL, Farah D, Fonseca MCM. Factors Associated With Unplanned Extubation in Children: A Case-Control Study. J Intensive Care Med. 2020 Jan;35(1):74-81.
23. Censoplano NM, Barrett CS, Ing RJ, Reichert K, Rannie M, Kaufman J. Achieving Sustainability in Reducing Unplanned Extubations in a Pediatric Cardiac ICU. Pediatr Crit Care Med. 2020 Apr;21(4):350-356.

Série de caso

Síndrome de Kinsbourne: série de casos pediátricos durante doze anos em Belo Horizonte, Brasil

Luiza Fernandes Fonseca Sandes[1], Joyce Carvalho Martins[2], Mariana Moreira Soares de Sá[3], Bruna Ribeiro Torres[4], Maria Fernanda Barbosa Silva[5], André Vinícius Soares Barbosa[6].

1- Pediatria, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: 0000-0003-1757-3684
E-mail: luizaffsandes@gmail.com

2- Neurologista Pediátrica, Hospital São Lucas, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: 0000-0002-5825-6151
Email: joycecarvalho.neuroped@gmail.com

3- Neurologista, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
Neurologista, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo, Brasil.
ORCID: 0000-0002-7719-7126
E-mail: marymoreirass@hotmail.com

4- Neurologista Pediátrica, Hospital São Lucas, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
Neurologista Pediátrica, Hospital Infantil João Paulo II, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: 0000-0002-6431-6341
Email: brunatorres.neuroped@gmail.com

5- Pediatria, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: 0000-0001-7463-6173
E-mail: mariafernandabarbo@gmail.com

6- Neurologista Pediátrico, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
Neurologista Pediátrico, Hospital Infantil João Paulo II, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: 0000-0003-1548-9497
E-mail: andrecorinto@yahoo.com.br

Autor Correspondente:
Luiza Fernandes Fonseca Sandes, Pediatria, Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.
ORCID: 0000-0003-1757-3684
E-mail: luizaffsandes@gmail.com
Contato: Av. Francisco Sales, 1111, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brazil.
Telefone: +55 31 3238-8100

RESUMO

A síndrome de Kinsbourne é uma doença neurológica com incidência de 1 em 5 milhões de pessoas por ano, comum na idade pediátrica. Esta doença, caracterizada por opsoclonia, mioclonia e ataxia cerebelar, está frequentemente associada à resposta neoplásica imunomediada ou autoimune inflamatória. Este estudo relata uma série de casos clínicos pediátricos da síndrome de Kinsbourne com ênfase na epidemiologia, aspectos neurológicos, opções diagnósticas e terapêuticas e compara os dados com a literatura atual. Como resultado, foram descritos 11 casos de pacientes pediátricos com sinais de irritabilidade e agressividade associados a ataxia, opsoclonia e mioclonia. Após o rastreio inicial, 72,7% dos pacientes apresentaram um tumor subjacente. Todos os pacientes foram inicialmente tratados com corticosteroides e 90,0% destes foram associados à Imunoglobulina Venosa Humana. Todos eles, tratados com esta terapia combinada, apresentaram melhora neurológica parcial após a primeira dose. Todos os pacientes mantiveram sintomas neuropsiquiátricos persistentes. Este estudo demonstra uma condição neurológica rara e suas principais características clínicas e comprometimento neuropsicológico a longo prazo.

Palavras-chave: Pediatria. Neurologia. Ataxia. Síndrome de Opsoclonia-Mioclonia.

ABSTRACT

Kinsbourne syndrome is a neurological disease with an incidence of 1 in 5 million people per year, common in pediatric age. This disorder, characterized by opsoclonus, myoclonus and cerebellar ataxia, is often associated with neoplastic immune-mediated or inflammatory autoimmune response. This study proposed to report a series of Kinsbourne syndrome's pediatric clinical cases with emphasis on epidemiological, neurological, diagnostic and therapeutic options and compare data with current literature. As a result, it was described 11 cases of pediatric patients with signs of irritability and aggressiveness associated with ataxia, opsoclonus and myoclonus. After screening, 72.7% of patients had an underlying tumor. All patients were initially treated with steroids and 90.0% of them were associated with Human Venous Immunoglobulin. All of them showed partial neurological improvement after the first dose. All patients maintained persistent neuropsychiatric symptoms. This study demonstrates a rare neurological condition and its main clinical features and long-term neuropsychological commitment.

Keywords: *Pediatrics. Neurology. Ataxia. Opsoclonus-Myoclonus Syndrome.*

INTRODUÇÃO

A associação ataxia-opsoclonia-mioclonia foi descrita pela primeira vez por Marcel Kinsbourne em 1962 como encefalopatia mioclônica, mais tarde renomeada como "Síndrome do Olho Dançante".[1] É uma síndrome neurológica rara, predominante na população pediátrica, que se manifesta como reação inflamatória autoimune em regiões do cerebelo e/ou tronco encefálico, clinicamente demonstrada por instabilidade postural com ataxia severa, polimioclonia e opsoclonia.[2]

A opsoclonia é caracterizada por movimentos oculares rápidos, irregulares, conjugados e multidirecionais, geralmente periódicos e repentinos, que requerem observação clínica rigorosa. Pode ser diagnosticado erroneamente como nistagmo, convulsão epiléptica ou outro distúrbio do movimento ocular.[3] Mioclonia são espasmos musculares irregulares que podem ser observados predominantemente nos músculos do tronco e podem afetar os membros ou a face4. Ataxia é a irregularidade da coordenação muscular do tronco e membros, com potencial para causar incapacidade de deambulação nas fases agudas.[3] Na síndrome também pode ocorrer irritabilidade, cefaleia, deficiência visual, disfasia, mutismo, estrabismo, vômito, salivação, letargia e distúrbios do sono. O desenvolvimento neurológico motor e cognitivo pode permanecer prejudicado a longo prazo.[4]

Os critérios diagnósticos para essa condição são propostos por um consenso internacional, que requer a presença de três dos quatro sintomas/sinais: (1) opsoclonia ou flutter ocular; (2) neuroblastoma; (3) mioclonia e/ou ataxia; e (4) alterações comportamentais e/ou distúrbios do sono, muitas vezes acompanhados de acentuada irritabilidade.[4]

Diante da gravidade do acometimento da Síndrome de Kinsbourne e da possibilidade de tratamento precoce para reduzir as sequelas e melhorar o prognóstico, é importante que o pediatra conheça suas etiologias e necessidade de abordagem inicial da criança. O objetivo principal deste artigo é apresentar uma série de casos de pacientes pediátricos atendidos em hospitais de referência em neurologia infantil em Belo Horizonte (MG), e realizar uma comparação com dados clínico-epidemiológicos registrados na literatura atual.

PACIENTES E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional descritivo, realizado entre outubro de 2020 e janeiro de 2021, coletando dados de prontuário eletrônico registrados entre 2009 e 2020. Os dados foram coletados de pacientes pediátricos com diagnóstico de Síndrome de Kinsbourne em três hospitais de referência em neurologia infantil de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. Essas instituições são: Hospital Infantil João Paulo II (hospital público estadual), Santa Casa de Misericórdia de Belo Horizonte (hospital filantrópico) e Hospital São Lucas (hospital privado). A população deste estudo consiste em pacientes hospitalizados com ataxia e mioclonia subaguda e confirmada como ataxia-opsoclonia-mioclonia. Houve 11 casos de pacientes pediátricos diagnosticados entre 2009 e 2020 nesses hospitais.

O projeto não exigiu propedêutica adicional àquelas que já haviam sido feitas como exames iniciais dos pacientes. Os dados foram coletados exclusivamente por meio do registro em prontuário feito por neurologistas e pediatras assistentes.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob parecer de número 4.688.412, do Hospital Santa Casa de Belo Horizonte com ênfase nos aspectos éticos da pesquisa. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi fornecido aos pacientes e assinado pelos pais ou responsáveis legais.

RESULTADOS

Foram encontrados 11 casos de pacientes pediátricos com diagnóstico confirmado de Síndrome de Ataxia-opsoclonia-mioclonia, entre os anos de 2009 e 2020, nos três hospitais avaliados (Tabela 1).

Entre os pacientes, 45,4% (5 pacientes) são do sexo masculino e 54,5% (6 pacientes) do sexo feminino. Em relação à idade do diagnóstico, todos tinham entre 1 e 4 anos, com idade média de início de 26,7 meses. Como sintomas iniciais, todos os pacientes apresentavam sintomas típicos de ataxia cerebelar, opsoclonia e mioclonia com início subagudo e piora progressiva.

Tabela 1: Comparativo entre os pacientes com Síndrome de Kinsbourne desta série de casos.

Pacientes	Obsoclonus ou flutter ocular	Neuroblastoma	Mioclonus e/ou Ataxia	Alterações comportamentais e/ou distúrbios do sono
R.C.R.	Opsoclonus	Mediastino Posterior	Mioclonus e ataxia	Irritabilidade moderada
K.M.H.	Opsoclonus	Retroperitôneo	Mioclonus e ataxia	Agressividade, irritabilidade e insônia
I.E.O.S.	Opsoclonus	Retroperitôneo	Mioclonus e ataxia	Agressividade, irritabilidade e insônia
A.H.R.P.	Opsoclonus	Retroperitôneo Direito	Ataxia	Ausente
M.A.S.	Opsoclonus	Ausente	Ataxia	Ausente
F.M.P.V.	Opsoclonus	Presente	Ataxia	Ausente
L.M.S.	Opsoclonus	Ausente	Ataxia	Atraso de linguagem

Pacientes	Obsoclonus ou flutter ocular	Neuroblastoma	Mioclonus e/ou Ataxia	Alterações comportamentais e/ou distúrbios do sono
M.C.S.P.	Opsoclonus	Retroperitôneo Direito	Ataxia	Ausente
N.A.R.C.L.	Opsoclonus	Ausente	Ataxia	Irritabilidade
N.V.L.S.O.	Opsoclonus	Adrenal Esquerda	Ataxia	Ausente
S.	Opsoclonus	Retroperitôneo Esquerdo	Ataxia	Irritabilidade

A Síndrome de Kinsbourne foi definida como secundária, condição paraneoplásica, em 72,7% dos pacientes (8 pacientes), sendo o neuroblastoma o tumor primário em 100% dos casos. Um destes pacientes apresentou neuroblastoma identificado durante acompanhamento ambulatorial, após mais de seis meses de início dos sintomas de ataxia e irritabilidade. Dois pacientes ainda se encontravam em rastreio neoplásico até a conclusão deste artigo. Em apenas um paciente nenhuma causa foi determinada, sugerindo quadro secundário a infecção prévia.

A maioria dos pacientes (90%) recebeu tratamento inicial com Metilprednisolona na dose de 30 mg/kg/dia por 5 dias (máximo de 1 g/dia), além de Imunoglobulina Humana 2g/kg por 3 a 5 dias. Um paciente recebeu tratamento inicial com Dexametasona 20 mg/m²/dia por três dias.

No seguimento, todos os pacientes comparecem às consultas de neurologia pediátrica e oncologia. Nenhum dos pacientes tratados obteve melhora completa dos sintomas neurológicos. Como condição residual, a síndrome cerebelar foi mantida em 72% dos pacientes, além de distúrbios de linguagem, neuropsiquiátricos e/ou do neurodesenvolvimento associados em 100% deles. Em todas as crianças, um novo ciclo de tratamento foi realizado cerca de um mês após o primeiro, diversificado entre uma nova dose de Metilprednisolona e Imunoglobulina Humana ou Dexametasona e Rituximabe.

DISCUSSÃO

A Síndrome de Opsoclonia e Mioclonia (SOM), conhecida como Síndrome de Kinsbourne, é uma doença neurológica pediátrica rara que possui uma característica autoimune em regiões do cerebelo e/ou tronco encefálico, com predisposição genética correlacionada com o locus HLA classe II DR B1 * 01.3.[5,6]

A fisiopatologia é baseada em uma condição imunomediada causada por antígeno de origem pós-infecciosa ou paraneoplásica, com reação cruzada de estruturas do sistema nervoso central, principalmente cerebelo e tronco encefálico.[2] Há aumento das respostas linfocíticas e fagocíticas, produção de interleucinas e alterações pró-inflamatórias na rede de citocinas e vias imunoterapêuticas.[4] Embora nenhum marcador imunológico específico tenha sido identificado, sabe-se que existem autoanticorpos funcionalmente ativos.[4] Vários anticorpos, tais como anti-Hu, anti-Ri e anti-Yo e anticorpos mais recentes descritos como anti-neurofilamento, anti-Purkinje e autoanticorpos IgG foram isolados.[5,7]

A SOM de etiologia inflamatória autoimune após infecção viral tem o enterovírus como o patógeno mais comum, mas pode ser precedida de outras doenças infecciosas como: Epstein-Barr, Coxsackie B3, encefalite de St. Louis, arboviroses ou meningite asséptica.[8,9] A história natural pode ser monofásica ou recidiva em uma fase crônica e apresenta boa resposta com corticosteroides intravenosos e imunomoduladores.[6] Nesta série de casos clínicos, apenas um paciente apresentou etiologia autoimune após uma possível infecção viral, não sendo possível identificar o vírus.

A SOM de etiologia paraneoplásica está frequentemente associada a tumores neuroblásticos, principalmente o neuroblastoma.[7] É imprescindível a realização de imagem encefálica para afastar outro diagnóstico e, se normal, realizar toda a propedêutica de rastreamento neoplásico, inclusive cintilografia. Se a triagem primária for negativa, é necessário repetir após 3 a 6 meses em até 4 anos. Os sintomas neurológicos raramente melhoram completamente com agentes imunomoduladores, como corticoesteroides ou Imunoglobulina Humana Intravenosa, mas respondem bem quando o tratamento do tumor subjacente é feito em um estágio inicial.[1,2]

O neuroblastoma geralmente é pequeno, localizado e bem diferenciado, com bom prognóstico.[1] Em aproximadamente 50% dos casos, os sintomas neurológicos precedem o diagnóstico neoplásico. O presente estudo mostra que oito pacientes (72,7% da amostra), manifestaram o diagnóstico de neuroblastoma após o início dos sintomas neurológicos.

Um estudo retrospectivo de De Alarcon *et al.* (2018)[10] mostra pacientes tratados em dois grandes centros pediátricos de oncologia e neurologia na França, indicando 22 (65%) das 34 crianças com SOM com neuroblastoma associado.[10] É descrito na literatura que aproximadamente 2-4% dos pacientes com neuroblastoma desenvolvem SOM.[1] Também houve associação com hepatoblastomas e, raramente, ganglioneuromas.[4]

O tumor pode ser investigado por tomografia (TC) ou ressonância magnética (RM), catecolaminas urinárias (neuroblastoma adrenal) e cintilografia com metaiodobenzilguanidina iodo-131 (MIBG).[3] A tomografia e ressonância de crânio e a análise do líquido cefalorraquidiano são frequentemente normais, com ênfase no rastreio tomográfico de tórax, abdome e pelve para detecção de neoplasia incipiente.

A maioria das crianças com SOM tem neuroblastoma de baixo risco, que é tratado com ressecção cirúrgica excisional ou cirurgia seguida de quimioterapia em dose moderada.[10] Neste estudo, as seis crianças com diagnóstico de neopla-

sia foram tratadas com ressecção total da lesão seguida de administração intravenosa de Metilprednisolona com Imunoglobulina Humana por 5 dias. Uma paciente do estudo apresentou neuroblastoma tardiamente, até o momento de finalização do artigo ainda não abordado cirurgicamente. As metástases em linfonodos regionais são frequentes, embora as metástases à distância sejam raras.[4]

A Metilprednisolona é utilizada como tratamento na dose mensal de 20 mg/kg/dia por via intravenosa por 5 dias consecutivos. A Dexametasona é utilizada em protocolo europeu na dose de 20 mg/m²/dia por via intravenosa por 3 dias, a cada mês.[1] A Prednisona é utilizada na dose de 1 mg/kg/dia por, no mínimo, dois ciclos, que podem ser continuados até que a resposta seja alcançada em um período de 18 meses, com proposta de redução gradativa.[10]

A Imunoglobulina Humana Intravenosa (IVIG) é geralmente adicionada em doses de 1-2 g/kg a cada quatro a seis semanas como um agente poupador de corticosteroide ou em terapia combinada com estes.[11,3] Conforme destacado por De Alarcon *et al.*(2018),[10] a adição de IVIG à Prednisona e a quimioterapia adaptada ao risco melhora a resposta da SOM, indicando que a IVIG servirá como uma base de tratamento eficaz em estratégias futuras.[10]

O protocolo de tratamento usual com Rituximabe (anti-CD20 monoclonal) é de duas doses de 750 mg/m² administradas em intervalos de duas semanas ou quatro doses de 375 mg/m² administradas em intervalos semanais.[1] A Ciclofosfamida é algumas vezes usada como um agente alternativo de depleção imunológica. O esquema posológico é geralmente 0,75-1g/kg intravenoso, mensalmente. O curso normal é de 6 meses consecutivos de Ciclofosfamida.[8] Outros agentes poupadores de corticoides, como Micofenolato, Ciclosporina ou Azatioprina, foram testados na ataxia com opsoclonia, mas não foram eficazes.[11]

De acordo com Blaes e Dharmalingam (2016),[1] existe uma diferença na resposta ao tratamento entre crianças com opsoclonia-ataxia que tinham neuroblastoma e aquelas que não tinham. A remoção cirúrgica do tumor contribui para potencializar a melhora dos sintomas e reduzir as sequelas neurológicas.[1] Crianças com neuroblastoma tiveram um prognóstico melhor porque geralmente estão em estágios iniciais do tumor e estes são tipicamente diferenciados.[1] Plantaz *et al.* (2000)[12] registram um estudo com 21 crianças com diagnóstico de neuroblastoma localizado e opsoclonia-mioclonia entre 1990-1999 nas instituições da Sociedade Francesa de Oncologia Pediátrica e demonstram melhores resultados em crianças em tratamento quimioterápico. No entanto, esse resultado permanece controverso, uma vez que existe necessidade de mais estudos que demonstrem melhor prognóstico neurológico em pacientes tratados com quimioterapia.[12,13]

Em casos conhecidos de sintomas neurológicos persistentes ou flutuantes, é necessária terapia prolongada com corticoides por meses a anos. Uma pequena proporção daqueles com uma doença de fase única pode se recuperar espontaneamente em alguns dias ou semanas.[2]

Brunklaus *et al.*(2012)[14] investigaram 101 registros de casos de crianças com ataxia-opsoclonia-mioclonia durante um período de 53 anos e 60% tinham problemas motores residuais. Aproximadamente metade deles apresentava distúrbios de aprendizagem e comportamento de longa duração.[14] Exacerbações dos sintomas neurológicos podem ocorrer após término de ciclos de corticoides ou imunomoduladores.[15] É frequente a persistência a longo prazo de irritabilidade e déficits cognitivos ou neuropsicológicos, como de linguagem, atenção, memória e visão espacial, afetando cerca de 30% dos casos.[5] Drogas como Trazodona, Clonazepam e Clorpromazina podem ser administradas inicialmente até que haja efeito terapêutico dos imunomoduladores.[5] As crianças precisam de monitoramento neurológico, psicológico e psiquiátrico de longo prazo.

CONCLUSÃO

A Síndrome de Kinsbourne é uma associação de ataxia cerebelar, opsoclonus e mioclonus de baixa prevalência mundial, porém de importante relevância para a pediatria. Devido a possibilidade de sequelas neurológicas a longo prazo entre crianças acometidas e necessidade prioritária de rastreio neoplásico, é imprescindível que pediatras tenham conhecimento desta rara síndrome neurológica autoimune. Diante de tais achados neurológicos persistentes, deve-se iniciar rastreio com TC ou RM, além de descartar possíveis causas infecciosas, principalmente virais.

Após o diagnóstico de Síndrome de Opsoclonus-Mioclonus, os pacientes pediátricos deverão permanecer em acompanhamento ambulatorial com pediatras, neuropediatras e oncologistas, diante da possibilidade de sequelas cognitivas, alterações comportamentais a longo prazo e surgimento de novos tumores primários.

REFERÊNCIAS

1. Blaes F, Dharmalingam B. Childhood opsoclonus-myoclonus syndrome: diagnosis and treatmentExpert Rev Neurother. 2016 Jun;16(6):641-8.
2. Pang KK, Sousa C, Lang B, Pike MG. A prospective study of the presentation and management of dancing eye syndrome/opsoclonus–myoclonus syndrome in the United Kingdom. Eur J Paediatr Neurol. 2010 Mar;14(2):156-61.
3. Pike M. Opsoclonus–myoclonus syndrome. Handb Clin Neurol. 2013;112:1209-11.
4. Matthay KK, Blaes F, Hero B, Plantaz D, De Alarcon P, Mitchell WG, *et al.* Opsoclonus myoclonus syndrome in neuroblastoma a report from a workshop on the dancing eyes syndrome at the advances in neuroblastoma meeting in Genoa, Italy, 2004. Cancer Lett. 2005 Oct 18;228(1-2):275-82.

5. Hero B, Schleiermacher G. Update on pediatric opsoclonus myoclonus syndrome. Neuropediatrics. 2013 Dec;44(6):324-9.

6. Kushner BH, Khakoo Y. Enigmatic entities: opsoclonus myoclonus ataxia syndrome linked to neuroblastoma. Lancet Child Adolesc Health. 2018 Jan;2(1):3-5.

7. Titulaer MJ, Soffietti R, Dalmau J, Gilhus NE, Giometto B, Graus F, *et al.* Screening for tumours in paraneoplastic syndromes: report of an EFNS task force. Eur J Neurol. 2011 Jan;18(1):19-e3.

8. Rosário MS, Giovanetti M, Jesus PAP, Farias DS, Faria NR, Lima CPS, *et al.* Opsoclonus-myoclonus-ataxia syndrome associated with chikungunya and dengue virus co-infection. Int J Infect Dis. 2018 Oct;75:11-14.

9. Maranhão MVM, Holanda ACF, Tavares FL. Síndrome de Kinsbourne: relato de caso. Rev Bras Anestesiol. 1966 Jul-Sep;16(3):284-9.

10. Alarcon PA, Matthay KK, London WB, Naranjo A, Tenney SC, Panzer JA, *et al.* Intravenous immunoglobulin with prednisone and risk-adapted chemotherapy for children with opsoclonus myoclonus ataxia syndrome associated with neuroblastoma (ANBL00P3): a randomised, open-label, phase 3 trial. Lancet Child Adolesc Health. 2018 Jan;2(1):25-34.

11. Desai J, Mitchell WG. Acute cerebellar ataxia, acute cerebellitis, and opsoclonus-myoclonus syndrome. J Child Neurol. 2012 Nov;27(11):1482-8.

12. Plantaz D, Michon J, Valteau-Couanet D, Coze C, Chastagner P, Bergeron C, *et al.* Opsoclonus-myoclonus syndrome associated with non-metastatic neuroblastoma. Long-term survival. Study of the French Society of Pediatric Oncologists. Arch Pediatr. 2000 Jun;7(6):621-8.

13. Russo C, Cohn SL, Petruzzi MJ, Alarcon PA. Long-term neurologic outcome in children with opsoclonus-myoclonus associated with neuroblastoma: A report from the Pediatric Oncology Group. Med Pediatr Oncol. 1997 Apr;28(4):284-8.

14. Brunklaus A, Pohl K, Zuberi SM, de Sousa C. Investigating neuroblastoma in childhood opsoclonus-myoclonus syndrome. Arch Dis Child. 2012 May;97(5):461-3.

15. Petruzzi MJ, Alarcon PA. Neuroblastoma-associated opsoclonus-myoclonus treated with intravenously administered immune globulin G. J Pediatr. 1995 Aug;127(2):328-9.

Artigo de revisão

Corticosteroides para os pacientes com atresia biliar submetidos a Hepatoportoenterostomia de Kasai

Corticosteroids for patients with biliary atresia undergoing Kasai Hepatoportoenterostomy

Thaís Costa Nascentes Queiroz, Marcus Vinícius Gonçalves Moreira, Adriana Teixeira Rodrigues, Maria do Carmo Barros de Melo, Eleonora Druve Tavares Fagundes, Alexandre Rodrigues Ferreira.

RESUMO

Introdução: Atresia de Vias Biliares (AVB) é a causa mais comum de cirrose com doença hepática terminal na infância e a principal indicação de transplante hepático pediátrico no mundo. O tratamento atualmente disponível é a hepatoportoenterostomia (HPE) de Kasai, que é uma cirurgia paliativa e apresenta resultados variáveis. Frente a isso, torna-se necessário a busca por terapias adjuvantes na tentativa de melhorar seus resultados. Entre elas está o uso de corticoides, que devido as suas supostas propriedades anti-inflamatórias, imunomoduladoras e coleréticas, são usados para melhorar a drenagem biliar e a sobrevida com fígado nativo. O objetivo deste estudo é realizar revisão integrativa da literatura sobre a eficácia do uso de corticoide como terapia adjuvante no pós-operatório de HPE de Kasai em pacientes com AVB. Metodologia: Pesquisa realizada em todas as bases de dados disponíveis no Portal Capes por artigos em inglês publicados nos últimos 20 anos (até dezembro de 2020). Resultados: Foram selecionados 15 artigos, sendo 2 RCTs. A maioria dos estudos bem desenhados e conduzidos ainda não conseguiu demonstrar evidências que apoiem o uso de corticoides no pós-operatório da HPE de Kasai em relação à melhora da icterícia e sobrevida com fígado nativo. Além disso, alguns estudos verificaram efeitos adversos importantes que precisam ser levados em consideração antes de prescrevê-los. Conclusão: Não existem evidências, até o momento, para o uso do corticoide no pós-operatório da HPE de Kasai, uma vez que não é comprovado benefício de melhora na sobrevida com fígado nativo ou na drenagem biliar. Além disso, efeitos adversos graves e interferência no crescimento são relatados.
Palavras-chave: Atresia Biliar. Quimioterapia Adjuvante. Corticosteroides.

ABSTRACT

Introduction: Biliary atresia (BA) is the major cause of end-stage liver cirrhosis in childhood and the most common indication for pediatric liver transplantation in the world. Even though only a palliative surgery and with variable results, Kasai hepatoportoenterostomy (HPE) continues to be the cornerstone treatment. Due to its assumed anti-inflammatory, immunomodulatory and choleretic properties corticosteroids could improve biliary drainage and native liver survival. The objective of this study is to carry out an integrative review of the efficacy of post-operative corticoid adjuvant therapy in BA patients after HPE. Methods: Bibliographic survey of English written papers published in the last 20 years was performed in all medical databases available on Portal Capes. Results: Fifteen papers, two of them RCTs, were retrieved. Most failed to demonstrate benefits associated with corticoid use and some authors observed adverse effects that should be considered before prescribing them. Conclusion: So far, there is no evidence for the use of corticosteroids in the postoperative period of Kasai's HPE, since there is no proven benefit in terms of improved survival with native liver or biliary drainage. In addition, serious adverse effects and growth interference are reported.
Keywords: *Biliary Atresia. Chemotherapy, Adjuvant. Adrenal Cortex Hormones.*

Authors' contributions
All authors equally contributed to this article. MVGM and TCNQ wrote the text. TCNQ, ATR, MCBM, EDTF and ARF conceptualized the study, made general supervision and revised the manuscript. TCNQ submitted the final version of the manuscript, which was approved by all authors.

Affiliation
Hospital das Clínicas, Faculty of Medicine, Federal University of Minas Gerais, UFMG, Belo Horizonte, Minas Gerais.

Thaís Costa Nascentes Queiroz: 0000-0001-9917-9749
Marcus Vinícius Gonçalves Moreira: 0000-0002-3765-6121
Adriana Teixeira Rodrigues: 0000-0002-1735-5073
Maria do Carmo Barros de Melo: 0000-0001-9755-0364
Eleonora Druve Tavares Fagundes: 0000-0002-5671-9570
Alexandre Rodrigues Ferreira: 0000-0001-6749-8980

Correspondence to
Thaís Costa Nascentes Queiroz, MD. Email: thaisqueiroz@gmail.com
Hospital das Clínicas, Federal University of Minas Gerais, HC-UFMG
Avenida Alfredo Balena, 110, 6th floor, Belo Horizonte, Minas Gerais, Zip Code: 30130-100

Conflicts of interests
All authors declare that they have no conflicts of interest.

INTRODUÇÃO

A atresia de via biliar (AVB) é uma afecção rara, congênita e exclusiva da infância. Ela é o resultado de um processo inflamatório que obstrui a luz dos ductos biliares intra e extra-hepáticos levando a cirrose terminal nas crianças afetadas.[1]

Os recém-nascidos e lactentes com a doença apresentam icterícia (hiperbilirrubinemia direta), fezes hipocólicas / acólicas e colúria. A presença de hepatomegalia, *failure thrive*, prurido e coagulopatia depende do nível de progressão da doença.[1,2] O tratamento atualmente disponível para AVB é o manejo cirúrgico com a hepatoportoenterostomia (HPE) de Kasai. Tal procedimento consiste na ressecção dos ductos biliares extra-hepáticos obstruídos e uma alça do intestino é levada até o fígado na tentativa de restabelecer o fluxo biliar (anastomose jejunal em Y-de-Roux para o *porta hepatis*).[1,3] Se a HPE não for realizada em tempo hábil, ocorre a progressão da fibrose, com insuficiência hepática e óbito em um ano de vida em 50% a 80% das crianças e até os três anos em 90% a 100% dos pacientes. Para os pacientes que não foram submetidos à cirurgia ou para aqueles em que a mesma fracassou, o transplante hepático torna-se a única alternativa.[4] Mesmo quando a portoenterostomia for bem-sucedida, a maioria evolui com cirrose hepática e apenas 20% sobrevivem até os 20 anos sem o transplante.[5] Frente a isso torna-se necessário a busca por opções terapêuticas paralelas ao procedimento cirúrgico na tentativa de melhorar o desfecho desses pacientes.

Terapias adjuvantes na tentativa de melhorar os resultados tem sido propostas, entre elas está o uso de corticoides devido as suas supostas propriedades anti-inflamatórias, imunomoduladoras e coleréticas, visando melhorar a drenagem biliar e a maior sobrevida com fígado nativo.[2] Diante da gravidade do quadro de AVB e as possíveis consequências para os pacientes é necessário estabelecer protocolos baseados em evidência científica como forma de melhorar a sobrevida e a qualidade de vida. Desta forma, o objetivo deste estudo foi a realização de uma revisão integrativa sobre a eficácia do uso de corticoide como terapia adjuvante no pós-operatório de HPE de Kasai em pacientes com AVB.

METODOLOGIA

O conteúdo do presente estudo origina-se de pesquisas realizadas em todas as bases de dados disponíveis no Portal Capes (dentre elas MEDLINE, PUBMED, Elsevier, Web of Science) por artigos na língua inglesa publicados nos últimos 20 anos (até dezembro de 2020). Foram incluídos artigos originais, randomizados, observacionais e meta-análises, encontrados sobre o uso de corticoides como terapia adjuvante após hepatoportoenterostomia de Kasai em pacientes com AVB. Os critérios de exclusão foram: não responder à pergunta norteadora, não abordar o tema proposto ou não atender aos requisitos utilizados pelos pesquisadores de acordo com a faixa etária, doença e desfechos - redução da bilirrubina (icterícia) e/ou sobrevida com fígado nativo.

Os termos de busca (descritores) foram selecionados a cada um dos componentes da estratégia PICO. PICO representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e "Outcomes" (desfecho). Esses quatro componentes foram os elementos fundamentais para construção das perguntas para busca bibliográfica de evidências.

A pergunta PICO: A administração de corticoide traz efeitos benéficos ou prejudiciais à saúde de lactentes com atresia biliar submetidos ao procedimento de HPE (Quadro 1)? No presente estudo, foram considerados desfechos benéficos o aumento da sobrevida com fígado nativo e/ ou redução dos valores de bilirrubina no pós-operatório. Além disso, foram pesquisados seus possíveis efeitos deletérios por meio de uma segunda pergunta norteadora: Quais os efeitos deletérios do uso de corticoide neste grupo de pacientes? Essa pergunta foi incluída na mesma busca.

Quadro 1 – Detalhes da busca dos dados via pergunta PICO

Letra	Quem foi estudado	Palavras-chave
P - População	Pacientes submetidos a HPE de Kasai	biliary atresia, portoenterostom, infant, pediatr, newborn
I - Intervenção	Receberam corticoide	Adjuvant therapy, corticosteroid
C - Comparação	Placebo ou não receberam a medicação (corticoide)	-
O - Outcomes" (desfecho)	Redução da bilirrubina (icterícia) e/ou sobrevida com fígado nativo	-

As palavras-chave na língua inglesa utilizadas foram: infant or pediatr or newborn and biliary atresia or portoenterostom and adjuvant therapy or corticosteroid.

Por se tratar de um tema que exige uma visão de síntese do conhecimento para incorporação na prática clínica por profissionais experientes na área, optou-se pela revisão integrativa da literatura. A revisão integrativa determina o conhecimento atual sobre uma temática específica, já que é conduzida de modo a identificar, analisar e sintetizar resultados a serem utilizados de forma reflexiva e baseada na experiência dos autores.[6] Para a elaboração dos resultados foram seguidos os passos metodológicos: elaboração da pergunta norteadora, busca na literatura, coleta de dados, análise crítica dos estudos, discussão dos resultados e apresentação da revisão. A apresentação dos dados foi realizada de forma descritiva.

RESULTADOS

Foram identificados 392 artigos por meio de pesquisa de banco de dados rastreados. Após análise dos títulos, foram selecionados 121 artigos para revisão dos resumos. Excluídos 96 artigos após a revisão dos resumos por serem considerados irrelevantes. Após a leitura completa de 25 artigos, foram selecionados 15 artigos para revisão integrativa, sendo dois estudos randomizados e controlados (RCTs), seis meta-análises, seis coortes observacionais controlado por placebo. Os estudos em que apenas compararam dose alta e baixa de corticoide, sem controle com placebo não foram incluídos. Para análise de efeitos adversos, foi selecionado um estudo usando a casuística de um dos RCTs, utilizando a mesma busca. O Flow Chart do estudo está apresentado na figura 1.

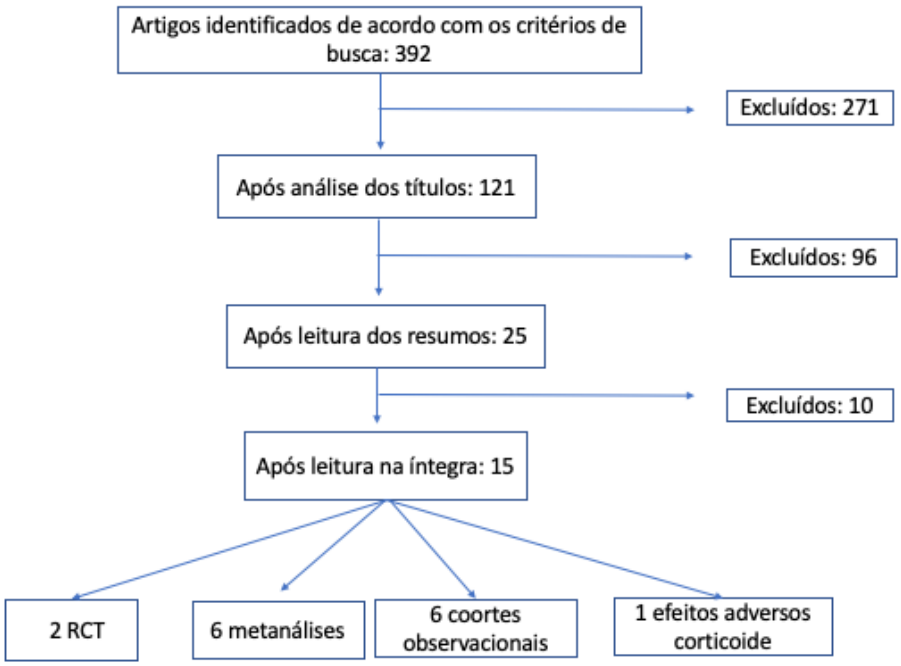


Figura 1 – Flow Chart com apresentação dos dados encontrados na literatura, com número de artigos incluídos e excluídos de acordo com as etapas metodológicas

RCTs

O primeiro ensaio clínico randomizado, duplo cego e controlado por placebo foi publicado por Davenport *et al.*[7] (corticoide x placebo), em 2007, com intenção de avaliar a eficácia do uso de corticoide em pacientes com AVB pós HPE de Kasai. O grupo que fez uso de corticoide recebeu prednisolona oral na dose de 2mg/kg/dia (D7-21) e na dose de 1mg/kg/dia (D22-28) de pós-operatório. O estudo teve uma amostra de 71 lactentes divididos entre corticoide (34) e placebo (37). Não houve diferença com significância estatística nos valores de bilirrubina em um, seis e 12 meses após a HPE entre os grupos que usaram ou não o corticoide. A necessidade de transplante hepático após a HPE também não foi diferente entre os grupos, com seis meses (p=0,99) e 12 meses após a HPE (p=0,47). Os pesquisadores observaram que o corticoide apresentava melhores efeitos quando o paciente realizava a HPE mais cedo (com menos de 70 dias de vida). Esses pacientes apresentaram valores de bilirrubina menores em um mês após o procedimento (p=0,01) e com uma proporção maior de pacientes com nível normal de bilirrubinas com 12 meses, mas sem diferença com significância estatística (54% x 37%, p=0,22).[7]

Em 2013, após seis anos, esse mesmo grupo de pesquisadores publicaram uma complementação do estudo anterior.[8] Selecionaram 153 lactentes no período de 2000 a 2011 que realizaram HPE de Kasai antes de 70 dias de vida e esses pacientes foram divididos em 3 grupos: **Primeiro grupo:** corticoide em dose baixa; n=18); **Segundo grupo:** corticoide em dose alta; n=44; **Terceiro grupo:** grupo sem corticoide; n=91. Os resultados foram avaliados pela bioquímica hepática, resolução da icterícia e sobrevida com fígado nativo. Os três grupos eram semelhantes em relação a idade e à fibrose hepática (classificado pelo APRi - aspartate-aminotransferase index) no pré-operatório. No primeiro mês após a HPE houve redução dos níveis de bilirrubina (3,4 x 5,3mg/dL; p=0,0015), AST (118 x 155IU/L; p=0,0015) e do APRi (0,49 x 0,82; p=0,005) quando comparados os grupos de corticoide em dose alta x sem corticoide. Houve uma resposta satisfatória com o uso do corticoide em relação a resolução da icterícia [1º grupo: 12/18 (67%) x 2º grupo: 29/44 (66%) x 3º grupo: 47/91 (52%); porém os dados só foram estatisticamente significativos quando comparados grupo corticoides (41/62) x sem corticoide (47/91); p=0.037]. Não houve diferença na sobrevida em 4 anos com o fígado nativo (46%x50%x57%) quando comparado o grupo de dose baixa x dose alta x sem corticoide. Enfim, o uso da medicação resultou em melhora laboratorial no pós-operatório imediato, em especial no grupo com altas doses de corticoide, porém não alterou a sobrevida com fígado nativo.[8]

START,[2] publicado por Bezerra *et al.*,[2] em 2014, é o estudo mais robusto sobre o uso de corticoide após a HPE nos pacientes com AVB. Trata-se de estudo norte americano multicêntrico, randomizado e duplo-cego. Dividiu igualmente 140 pacientes em dois grupos (corticoide x placebo). O grupo intervenção recebeu metilprednisolona 4mg/Kg/

dia por duas semanas, iniciado 72 horas após a cirurgia, seguido de prednisolona 2mg/Kg/dia por duas semanas e, posteriormente, com redução gradual durante nove semanas. Não houve diferença estatística em relação à drenagem biliar no sexto mês de pós-operatório (BT <1,5 mg/dL) entre os grupos (58,6% corticoides x 48,6% placebo, p= 0,43). A sobrevida em 2 anos com o fígado nativo foi a mesma entre os dois grupos (58,7% no grupo que usou corticoides x 59,4% no grupo de placebo; p= 0,99).

START,2 não demonstrou benefício com o uso de corticoide para restabelecer a drenagem biliar em seis meses ou na sobrevida com fígado nativo em 24 meses após a HPE. Além disso, foi descrito associação do seu uso com eventos adversos precoces graves (37,2% [IC95% 26,9%; 50,0%] no grupo corticoide x 19,0% [IC95% 11,5%; 30,4 %] no grupo placebo; p = 0,008). Entre os efeitos adversos graves estão complicação da anastomose cirúrgica e perfuração intestinal nos primeiros 30 dias de pós-operatório.[2]

Posteriormente, Alonso *et al.*[9] investigaram o impacto do uso de corticoide no crescimento dos participantes do estudo START.[2] Foram obtidos comprimento, peso e perímetro cefálico na consulta inicial e em todas as consultas de acompanhamento até 24 meses de idade dos 140 pacientes. Os pacientes que fizeram uso de corticoide apresentaram escores z de comprimento e perímetro cefálico significativamente menores durante os primeiros três meses pós HPE, e peso significativamente menor até 12 meses. A evolução de crescimento nos grupos que fizeram uso de corticoides ou placebo diferiram significativamente para comprimento (p<0,0001), peso (p=0,009) e perímetro cefálico (p<0,0001) com o maior impacto observado para aqueles com HPE bem-sucedida, ou seja, que restabeleceram o fluxo biliar. Não foi encontrada diferença com significância na evolução de comprimento ou peso por grupo de tratamento para pacientes com HPE mal-sucedida. Nesses casos a evolução do comprimento e do peso foram menores que o esperado para a idade, mas não foi significativamente agravado pelo uso do corticoide. Os resultados deste estudo sugerem que os lactentes, submetidos à HPE bem-sucedida e que também usaram corticoide, apresentaram dificuldade na recuperação da velocidade de crescimento. Enfim, sem um benefício comprovado do corticoide para melhorar a drenagem biliar e a sobrevida com fígado nativo dos pacientes, é difícil justificar o uso da medicação devido ao risco de comprometer ainda mais o crescimento durante o primeiro ano após o procedimento cirúrgico.[9]

ESTUDOS OBSERVACIONAIS

Em 2003, Meyers *et al.*[10] compararam 28 pacientes com AVB, metade recebeu corticoide em altas doses e a outra metade recebeu terapia padrão. O grupo de altas doses recebeu metilprednisolona (redução gradual de 10, 8, 6, 5, 4, 3, 2 mg /Kg/dia), seguido por 8 a 12 semanas de prednisona (2 mg/kg/dia). Este grupo ainda recebeu ácido ursodesoxicólico indefinidamente e antibióticos intravenosos por 8 a 12 semanas, seguidos de profilaxia antibiótica oral. O grupo de terapia padrão não recebeu corticoide, ocasionalmente ácido ursodesoxicólico e antibióticos intravenosos perioperatórios seguidos de profilaxia antibiótica oral. Os grupos não foram randomizados, e sim, de acordo com a preferência individual do cirurgião. Os resultados mostraram níveis menores de bilirrubina (BT<1 mg/dL dentro de 3-4 meses de pós HPE) em 79% no grupo corticoide doses altas x 21% no grupo terapia padrão (p<0,001) e menor necessidade de transplante hepático ou óbito no primeiro ano da HPE (21%x85%, p<0,001).[10] No entanto, este estudo contou com amostra pequena e uso de outras medicações, o que dificultam a interpretação.

Em 2006, Escobar *et al.*[11] verificaram, em um estudo retrospectivo com 43 lactentes em que 21 receberam corticoide e 22 não (controle), que a medicação reduz os níveis séricos de bilirrubina (BT<2 mg/dL no sexto mês de HPE) nos pacientes pós HPE (76%x37%, p=0,01), porém não houve benefícios estatísticos significantes em relação a necessidade de transplante.

Em 2007, Vejchapipat *et al.*[12] estudaram 53 lactentes com AVB e compararam o percentual dos pacientes que tiveram fluxo biliar no sexto mês pós HPE (BT<2 mg/dL) entre aqueles que receberam prednisolona 4mg/Kg/dia por 3-4 dias consecutivos e depois em dias alternados por 1 a 3 meses e aqueles que não receberam a medicação. Pacientes com fluxo biliar no grupo corticoide 20/33 (60,6%) x 10/20 (50%) no grupo controle, p=0,57.

Em 2008, Chung *et al.*[13] analisaram restrospectivamente 30 pacientes pós HPE. Grupo tratamento, 13 lactentes, recebeu prednisolona 4mg/Kg/dia por 2 semanas, seguido de 2mg/Kg/dia por 2 semanas e 1mg/Kg/dia por mais 2 semanas. Grupo controle 17 lactentes que não receberam o medicamento. Fluxo biliar, definido como BT<1,2 mg/dL no sexto mês da HPE, foi alcançado 53,9%x47,0%, p=0,71 pacientes, grupo corticoide x grupo sem a medicação. Verificaram redução estatisticamente significativa no nível de bilirrubina pós-operatória em 3 (p=0.03) e 6 (p=0.02) meses no grupo de corticoide. Entretanto sem diferença estatística na necessidade de transplante hepático p= 0,60.

No mesmo ano, Peterson *et al.*[14] avaliaram 49 pacientes pós HPE, sendo 20 pacientes tratados após o Kasai com metilprednisolona (10 mg/kg nos dias 1 a 5 e 1 mg/kg nos dias 6 a 28) e 29 controles. Não verificaram diferença na sobrevida com fígado nativo em 6 meses e 2 anos entre os grupos.

A Tabela 1 resume os resultados dos principais estudos analisando a eficácia do corticoide na sobrevida do fígado nativo e na redução dos níveis de bilirrubina no pós-operatório da HPE de Kasai.

Tabela 1 – Sumário dos principais estudos analisando a resposta ao uso de corticoide na AVB após a HPE de Kasai

Autor	Tipo de estudo	Nº participantes	Dose corticoide	Uso de corticoide alterou sobrevida fígado nativo?	Uso de corticoide reduziu os níveis de bilirrubinas?	Outra terapia adjuvante além do corticoide?
Meyers *et al.* **2003**[10]	Observacional	Corticoide: 14 Controle: 14	Metilprednisolona 10, 8, 6, 5, 4, 3, 2 mg/Kg/d, depois prednisona 2 mg/kg/d por 8–12 semanas	Menor necessidade de transplante hepático no primeiro ano pós Kasai	Sim	UDCA ATB
Escobar *et al.* **2006**[11]	Observacional	Corticoide: 21 Controle: 22	Prednisona/dexametasona. Doses variaram de 2 mg/kg/d (baixo) a 20 mg/kg/d (em pulsos)	Não	Sim	UDCA ATB
Vejchapipat *et al.* **2007**[12]	Observacional	Corticoide: 33 Controle: 20	Prednisolona 4mg/Kg/d por 3-4 dias consecutivos, depois em dias alternados por 1 a 3 meses		Não	UDCA ATB
Davenport *et al.* **2007**[7]	RCT	Corticoide: 34 Controle: 37	Prednisolona oral 2 mg/kg/dia D7–D21, depois 1 mg/kg/dia D 22–D28	Não	Não	-
Chung *et al.* **2008**[13]	Observacional	Corticoide: 13 Controle: 17	Prednisolona 4mg/Kg/d por 2 semanas, depois 2mg/Kg/d por 2 semanas e 1mg/Kg/d por mais 2 semanas	Não	Sim (média dos grupos) Não (fluxo biliar)	-
Petersen *et al.* **2008**[14]	Observacional	Corticoide:20 Controle:29	Metilprednisolona 10mg/Kg D1-D5 e 1mg/Kg D6-D28	Não	Não	UDCA ATB
Davenport *et al.* **2013**[8]	(prospectivo)	Corticoide: 62 Controle: 91	-Dose baixa: prednisolona oral 2 mg/kg/d D7–D21, depois 1 mg/kg/d D22–D28 - Dose alta: prednisolona oral 5 mg/kg/d D5-D9; 4 mg/kg/d D 10–14, reduz até D33–D35	Não	Não Sim	-
Bezerra *et al.* **2014 START**[2]	Observacional (sobreposição RCT)	Corticoide: 70 Controle: 70	Metilprednisolona EV 4 mg/kg/d por D1–D3, depois prednisolona oral 4 mg/kg/d por D4–D14. e reduz até 14 semanas	Não	Não	-

META-ANÁLISES

Existem seis meta-análises disponíveis avaliando uso do corticoide no pós-operatório da HPE em relação a redução da bilirrubina ou sobrevida com fígado nativo (Tabela 2).

Em 2011. Sarkhy *et al.*[15] avaliaram o papel dos corticoides após a HPE de Kasai em pacientes com AVB. Encontraram 16 estudos, porém apenas cinco preencheram os critérios de inclusão, sendo 4 observacionais (n=160) e 1 ensaio clínico randomizado (n=73). Não houve diferença com significância estatística com o uso do corticoide para normalização dos níveis de bilirrubinas em seis meses ou no atraso da necessidade de transplante hepático. Porém, a maioria dos estudos era observacional.

Em 2014, Zhang *et al.*[16] avaliaram se o uso de corticoide afeta a taxa de resolução da icterícia (desfecho primário) e sobrevida após a HPE de Kasai (desfecho secundário). Foram incluídos dez estudos na revisão sistemática e oito na meta-análise, somando mais de 1000 pacientes com AVB. Os protocolos de tratamento com corticoide foram heterogêneos entre os estudos, variaram na escolha do corticoide, na dose e na duração do tratamento. Os resultados da taxa de resolução da icterícia não favoreceram o grupo com corticoide em relação ao sem corticoide (OR 1,95; [IC95% 0,91; 4,11], p=0,087). A sobrevida com fígado nativo variou de 30 a 56% no grupo de corticoides e de 31 a 48% no grupo controle. Os dados de sobrevida não eram adequados para meta-análise.[16] Os autores concluíram que os resultados demonstraram insucesso com o uso de corticoides como terapia adjuvante a HPE de Kasai.

Em 2015, Chen *et al.*[17] compararam a drenagem biliar pós HPE em pacientes que fizeram uso de corticoide como terapia adjuvante (n=228) com os que não fizeram (n=259). Incluíram dois RCTs e cinco estudos observacionais que foram publicados entre 1968 e 2014. Não houve diferença com significância estatística entre os dois grupos em relação a taxa de redução da icterícia (p=0,08). Porém, ao analisar apenas os estudos com dose moderada-alta (prednisolona 4- 5mg/Kg/dia), verificou-se redução da bilirrubina no sexto mês de pós-operatório (OR: 1,59, [IC95% 1,03; 2,45], p=0,04) com efeito mais pronunciado dentre os operados com menos de 70 dias de vida (OR: 1,86, [IC95% 1,08; 3,22], p=0,03). Os autores concluíram que altas doses de corticoide reduzem a icterícia especialmente nos operados com menos de 70 dias de vida. Embora essa meta-análise pareça favorecer a terapia com corticoide, é importante ressaltar que o intervalo de confiança ficou muito próximo de um. Além disso, o resultado favorável ocorreu entre os pacientes operados com menos de 70 dias, que já tem melhor prognóstico em relação a drenagem biliar do que pacientes mais velhos.[18] Os autores desta meta-análise, ao analisarem apenas o grupo de dose alta de corticoide, excluíram um RCT (Davenport *et al.*[7]), o que enfraquece os resultados. Eles também sugerem que ciclos mais longos de corticoide não trouxeram benefícios em relação aos mais curtos, e que, se o corticoide for utilizado, um tempo menor pode evitar complicações relacionadas ao medicamento.[17]

Em 2017, Zhang *et al.*[19] estudaram o efeito dos corticoides na redução da icterícia e na taxa de sobrevida com o fígado nativo em seis meses, um e dois anos. Selecionaram oito estudos de coorte e dois RCTs (n=998). Verificaram que a terapia adjuvante com corticoide pós HPE melhorou os níveis de bilirrubina em seis meses (RR agrupado: 1,32, [IC95%: 0,995; 1,76], I2 = 72,6%) e 1 ano (RR agrupado: 1,35, [IC95%: 1,12; 1,61], I2 = 0,0%), mas não em 2 anos. Além disso, a terapia com corticoide adjuvante não melhorou a taxa de sobrevida com fígado nativo.[19]

Cochrane,[20] em 2018, realizou a meta-análise de ensaios clínicos randomizados que avaliaram o uso de corticoide em lactentes pós HPE de Kasai. Para os efeitos colaterais também foram considerados estudos observacionais e caso-controle. Foram selecionados 21 estudos, entre eles 19 para análise dos efeitos adversos e apenas dois ensaios clínicos randomizados,[2,7] cegos, controlados por placebo para análise quantitativa. Esses dois estudos randomizaram um total de 213 lactentes (73 em Davenport *et al.*[7] e 140 em Bezerra *et al.*[2]). Essa meta-análise não identificou diferença com significância entre os lactentes com AVB tratados com corticoide quando comparados ao placebo. Para os resultados de mortalidade, eventos adversos ou transplante de fígado, o estudo sugere que os resultados foram iguais entre os dois grupos. Esses autores concluem que a evidência atual não apoia uso de corticoide para redução da icterícia em seis meses de HPE. Os autores concluem que não existem evidências suficientes para apoiar o uso de corticoide no manejo pós-operatório de lactentes com AVB.

Em 2018, Qiu *et al.*,[21] analisaram 8 estudos, sendo 2 RCts (n=530). Dividiram os pacientes em dois grupos. Primeiro grupo recebeu corticoide associado a ácido ursodesoxicólico n=312 lactentes e o segundo grupo formado por 218 pacientes que receberam placebo. O grupo intervenção obteve valores significativamente mais baixos de bilirrubina após a HPE em relação ao controle (OR= 2,41; [IC95% 1,44; 4,04]; p=0,0008). Essa meta-análise não inclui os dois principais RCTs disponíveis Davenport *et al.*[7] e Bezerra *et al.*[2] E os estudos que entraram como RCTs – um disponível apenas em chinês e o outro Davenport *et al.*[8] já comentado neste artigo.

Tabela 2 – Sumário das principais meta-análises analisando a resposta ao uso de corticoide na AVB pós HPE de Kasai

Meta-análise	Tipos de estudo	Nº participantes	Corticoide X Sem corticoide	Uso de corticoide reduziu os níveis de bilirrubinas?	Uso de corticoide alterou sobrevida fígado nativo?
Sarkhy *et al.* 2011[15]	Observacional: 4 RCT: 1	233	Corticoide: 116 Controle: 117	Não	Não
Zhang *et al.* 2014[16]	Observacional: 4 RCT:1	345	Corticoide: 208 Controle: 137	Não	-
Chen *et al.* 2015[17]	Observacional: 5 RCT: 2	487	Corticoide: 228 Controle: 259	Sim (apenas com doses altas e especialmente nos operados com <70 dias de vida)	Não
Zhang *et al.* 2017[19]	Observacional: 8 RCT: 2	998	Corticoide: 432 Controle: 566	Sim	Não
Tyraskis *et al.* 2018[20]	RCT: 2	293	Corticoide:132 Controle: 161	Não	Não
Cochrane Qiu *et al.* 2018[21]	Observacional: 6 RCT: 2	530	Corticoide: 312 Controle: 218	Sim	-

Como limitação deste trabalho, é importante citar que existem poucos estudos com boa qualidade de evidência publicados na literatura. Apesar de ser uma dúvida frequente na prática clínica de cirurgiões e gastroenterologistas pediátricos, os dados identificados não apoiam o uso rotineiro de corticoide no pós-operatório da cirurgia de Kasai. A revisão integrativa é útil em especial para a elaboração de protocolos clínicos em hospitais universitários que são referência para o acompanhamento destes pacientes. Na opinião crítica dos autores, o tema é importante para alertar aos pediatras que além do diagnóstico e tratamento precoce da AVB, os cuidados pós-operatórios são essenciais.

CONCLUSÃO

Embora a terapia adjuvante ao procedimento cirúrgico seja utilizada para tentar melhorar os resultados da HPE, os benefícios ainda não são comprovados pela literatura científica atual. Devido a seus possíveis efeitos colerético, imunomodulador e anti-inflamatório, o corticoide é uma das drogas mais prescritas, em regimes variados, desde a década de 50, apesar dos estudos não conseguirem comprovar a melhora na drenagem biliar ou sobrevida com fígado nativo. O corticoide não é uma droga isenta de efeitos colaterais e complicações pós-operatórias graves, já foram descritas como deiscência de suturas, hemorragias, perfuração intestinal, infecção fúngica e peritonite.[22] Além disso, em um dos maiores estudos e com melhor desenho, foi observado dificuldade de recuperação do crescimento nos pacientes que utilizaram corticoide e inclusive crescimento mais lento do perímetro cefálico nos primeiros seis meses de pós HPE.[9]

REFERÊNCIAS

1. Balistreri WF, Bezerra JA, Ryckman FC. Biliary atresia and other disorders of the extrahepatic bile ducts. In: Suchy FJ, Sokol RJ, Balistreri WF (eds). Liver disease in children. Cambridge University Press: Cambridge, 2014, p 155–176.
2. Bezerra JA, Spino C, Magee JC, Shneider BL, Rosenthal P, Wang KS, *et al.* Use of corticosteroids after hepatoportoenterostomy for bile drainage in infants with biliary atresia: the START randomized clinical trial. JAMA. 2014 May 7;311(17):1750-9.
3. Lampela H, Ritvanen A, Kosola S, Koivusalo A, Rintala R, Jalanko H, *et al.* National centralization of biliary atresia care to an assigned multidisciplinary team provides high-quality outcomes. Scand J Gastroenterol. 2012 Jan;47(1):99-107.
4. Davenport M, De Ville De Goyet J, Stringer MD, Mieli-Vergani G, Kelly DA, Mc Clean P, *et al.* Seamless management of biliary atresia in England and Wales (1999- 2002). Lancet. 2004 Apr 24;363(9418):1354-7.
5. Sokol RJ, Shepherd RW, Superina RA, Bezerra JA, Robuck PR, Hoofnagle JH. Screening and outcomes in biliary atresia: summary of a National Institutes of Health workshop. Hepatology. 2007 Aug;46(2):566-81.
6. Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. Einstein. 2010; 8(1):102-106.
7. Davenport M, Stringer MD, Tizzard S, McClean P,

Mieli-Vergani G, Hadžić N. Randomized, double-blind, placebo-controlled trial of corticosteroids after Kasai portoenterostomy for biliary atresia. Hepatology. 2007 Dec;46(6):1821-7.

8. Davenport M, Parsons C, Tizzard S, Hadžić N. Steroids in biliary atresia: Single surgeon, single centre, prospective study. J Hepatol. 2013 Nov;59(5):1054-8.
9. Alonso EM, Ye W, Hawthorne K, Venkat V, Loomes KM, Mack CL, *et al.* Impact of steroid therapy on early growth in infants with biliary atresia: the multicenter Steroids in Biliary Atresia Randomized Trial. J Pediatr. 2018 Nov;202:179-185.e4.
10. Meyers RL, Book LS, O'Gorman MA, Jackson WD, Black RE, Johnson DG, *et al.* High-dose steroids, ursodeoxycholic acid, and chronic intravenous antibiotics improve bile flow after Kasai procedure in infants with biliary atresia. J Pediatr Surg. 2003 Mar;38(3):406-11.
11. Escobar MA, Jay CL, Brooks RM, West KW, Rescorla FJ, Molleston JP, *et al.* Effect ofcorticosteroid therapy on outcomes in biliary atresia after Kasai portoenterostomy. J Pediatr Surg. 2006 Jan;41(1):99-103.
12. Vejchapipat P, Passakonnirin R, Sookpotarom P, Chittmittrapap S, Poovorawan Y. High-dose steroids do not improve early outcome in biliary atresia. J Pediatr Surg. 2007 Dec;42(12):2102-5.
13. Chung HY, Kak Yuen Wong K, Cheun Leung Lan L, Kwong Hang Tam P. Evaluation of a standardized protocol in the use of steroids after Kasai operation. Pediatr Surg Int. 2008 Sep;24(9):1001-4.
14. Petersen C, Harder D, Melter M, Becker T, Wasielewski RV, Leonhardt J, *et al.* Postoperative high-dose steroids do not improve mid-term survival with native liver in biliary atresia. Am J Gastroenterol. 2008 Mar;103(3):712-9.
15. Sarkhy A, Schreiber RA, Milner R, Barker CC. Does adjuvant steroid therapy post- Kasai portoenterostomy improve the outcome of biliary atresia? A systematic review and meta-analysis. Can J Gastroenterol. 2011 Aug;25(8):440-4.
16. Zhang D, Yang H ying, Jia J, Zhao G, Yue M, Wang J. Postoperative steroids after Kasai portoenterostomy for biliary atresia: A meta-analysis. Int J Surg. 2014 Nov;12(11):1203-9.
17. Chen Y, Nah SA, Chiang L, Krishnaswamy G, Low Y. Postoperative steroid therapy for biliary atresia: Systematic review and meta-analysis. J Pediatr Surg. 2015 Sep;50(9):1590-4.
18. Nio M, Wada M, Sasaki H, Tanaka H. Effects of age at Kasai portoenterostomy on the surgical outcome: a review of the literature. Surg Today. 2015 Jul;45(7):813-8.
19. Zhang MZ, Xun PC, He K, Cai W. Adjuvant steroid treatment following Kasai portoenterostomy and clinical outcomes of biliary atresia patients: an updated meta- analysis. World J Pediatr. 2017 Feb;13(1):20-26.
20. Tyraskis A, Parsons C, Davenport M. Glucocorticosteroids for infants with biliary atresia following Kasai portoenterostomy. Cochrane Database Syst Rev. 2018 May 14;5(5):CD008735.
21. Qiu JL, Shao MY, Xie WF, Li Y, Yang H, Niu M. *et al.* Effect of combined ursodeoxycholic acid and glucocorticoid on the outcome of Kasai procedure: A systematic review and meta-analysis. Medicine (Baltimore). 2018 Aug;97(35):e12005.
22. Muraji T, Nio M, Ohhama Y, Hashimoto T, Iwanaka T, Takamatsu H, *et al.* Postoperative corticosteroid therapy for bile drainage in biliary atresia: a Nationwide survey. J Pediatr Surg. 2004 Dec;39(12):1803-5.

Artigo original

Prevalência e susceptibilidade de bactérias isoladas em uroculturas de pacientes internados em hospital pediátrico público

Prevalence and antimicrobial susceptibility of uropathogens isolated from pediatric patientes

Valadares, PCP[1]; Dias, CS[2]; Romanelli RMC[3]; Bragança, JWF[4]; Rodrigues, LU[5]; Souza Lima, MC[6]; Carellos, EVM[7].

RESUMO

O objetivo deste trabalho foi descrever o perfil de bactérias isoladas em uroculturas de crianças internadas com suspeita de infecção do trato urinário (ITU) em um hospital pediátrico público de referência no estado de Minas Gerais. Trata-se de um estudo transversal observacional, cujos dados foram coletados de 2007 a 2017. A população estudada foi composta por crianças com até 13 anos incompletos, que permaneceram internadas no Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) com suspeita de ITU. Foram analisados dados de 264 pacientes, sendo a maioria do sexo feminino e faixa etária menor que um ano. Foram isolados Bastonetes Gram Negativos fermentadores em 85,2% das amostras de urina. Os principais uropatógenos isolados foram *Escherichia coli*, Klebisiela pneumoniae e *Pseudomonas aeruginosa*. O perfil geral de sensibilidade a antimicrobianos isolados em uroculturas foi superior a 80%. Os antimicrobianos empíricos que se mostraram eficazes após revisão dos dados de suscetibilidade foram em ordem decrescente: aminoglicosídeos (96,9%), cefalosporina de 3ª geração (92,2%), quinolonas (92,0%) e carbapenêmicos (90,9%). Cefalosporinas de 1ª geração foram relacionadas a taxas menores de sucesso (78,2%).

Palavras-chave: Infecção do trato urinário, crianças, recém nascidos, infecções bacterianas, antibióticos, exame de urina, urocultura, resistência bacteriana.

ABSTRACT

The objective of this study was to describe the characteristics and susceptibility of bacteria isolated in urine cultures of children admitted with suspected urinary tract infection (UTI) in a public pediatric hospital in Minas Gerais. This is an observational cross-sectional study, that data were collected from 2007 to 2017. The study population was children aged up to 13 years old, who remained hospitalized at the Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII) with suspected UTI. Data from 264 patients were analyzed, most of them female and aged under one year old. Gram negative fermenting rods were isolated in 85.2% of the urine samples.

The main uropathogens isolated were *Escherichia coli*, Klebisiela pneumoniae and *Pseudomonas aeruginosa*. The overall susceptibility to antimicrobials of uropathogens isolated was greater than 80%. The empirical antimicrobials that were effective after reviewing the susceptibility data were in descending order: aminoglycosides (96.9%), 3rd generation cephalosporin (92.2%), quinolones (92.0%) and carbapenems (90.9 %).

First-generation cephalosporins were associated with lower success rates (78.2%).

Keywords: Urinary Tract Infections, Children, Infants, Bacterial Infections, Antibiotics, Urinalysis, Urine culture, Antibiotic Resistance.

[1] - Paula Cristina Valadadares. MD. Especialista em Pediatria e Área de atuação em Infectologia Pediátrica. Hospital Infantil João Paulo II - in memorian.

[2] - Cristiane dos Santos Dias.MD, PhD. Departamento de Pediatria - Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, Brazil - https://orcid.org/0000-0001-6559-3300

[3] - Roberta Maia de Castro Romanelli, MD, PhD. Departamento de Pediatria - Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, Brazil -https://orcid.org/0000-0002-1660-0751,

4 -John Wesley Fernandes Bragança Miranda. Enfermeiro, Especialista em Urgência e Emergência Pediátrica pelo Hospital Infantil João Paulo II. Faculdade Pitágoras. Belo Horizonte, MG - https://orcid.org/0000-0002-0180-8795

5 - Letícia Ubaldo Rodrigues. MD, residente do 3° ano de Pediatria. Hospital Infantil João Paulo II – Minas Gerais. Brasil - https://orcid.org/0000-0003-3133-0988

6 - Marina Cunha de Souza Lima. MD, residente do 3° ano de Pediatria. Hospital Infantil João Paulo II – Minas Gerais. Brasil - https://orcid.org/0000-0003-0224-700X

7 - Ericka Viana Machado Carellos, MD, PhD. Departamento de Pediatria - Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, Brasil - https://orcid.org/0000-0002-3319-7597

Autor Correspondente: Roberta Maia de Castro Romanelli. Email: rmcromanelli@gmail.com Instituição: Hospital Infantil João Paulo II, Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil.

INTRODUÇÃO

A infecção do trato urinário (ITU) é uma das principais causas bacterianas de febre sem sinais de localização em lactentes.[1] Encontra-se na literatura, uma prevalência de até 7% em lactentes febris com ITU.[2] Em estudos observacionais conduzidos no Reino Unido, ITUs são diagnosticadas em 11,3% das meninas e 3,6% dos meninos até os 16 anos de idade.[3] Estima-se que até 3–7% das meninas e 1–2% dos meninos serão diagnosticadas com ITU até os 6 anos de idade e 12–30 % dessas crianças desenvolvem ITU recorrente.

ITU é causa de mais de um milhão de consultas ambulatoriais anuais, 500.000 visitas ao departamento de emergência e mais de 50.000 internações hospitalares nos Estados Unidos. É responsável também por altos gastos aos serviços de saúde e vários desdobramentos relacionados à investigação após o episódio infeccioso agudo.[4]

As crianças com pielonefrite são mais vulneráveis a desenvolver dano renal permanente formado a partir de necrose e fibrose decorrentes do processo inflamatório envolvido na infecção renal. As injúrias renais podem estar associadas ao desenvolvimento de hipertensão arterial, proteinúria e consequente doença renal crônica (DRC).[5] Sendo assim, o diagnóstico precoce e o tratamento adequado são essenciais para evitar complicações em curto e longo prazo.

A infecção do trato urinário é definida por bacteriúria significativa de um uropatógeno clinicamente relevante em pacientes com quadro clínico sugestivo. O número de unidades formadoras de colônia (UFC) de um único uropatógeno por mililitro (mL) de urina que diferencia contaminação de infecção, conforme o método de coleta. Em amostras coletadas por jato médio e saco coletor, é considerada bacteriúria significativa o crescimento de mais de 100.000 UFC por mL de urina de um único patógeno, quando coletadas por sondagem vesical o valor é maior que 50.000 UFC por mL, e nas amostras obtidas por punção suprapúbica o crescimento de qualquer quantidade é considerado como sugestivo de bacteriúria significativa. O saco coletor é utilizado como método de triagem considerando seu alto valor preditivo negativo.[6]

Embora o padrão-ouro para o diagnóstico de ITU seja a urocultura quantitativa, o tratamento empírico é a regra na prática, baseado na alta suspeição clínica e na urinálise alterada. Essa conduta é justificada porque sabe-se que o atraso em iniciar a terapia aumenta a chance de dano renal permanente e doença renal crônica.[7]

São escassos na literatura dados referentes à prevalência da infecção do trato urinário na população brasileira pediátrica, assim como o perfil de suscetibilidade das bactérias envolvidas nesse tipo de infecção. O conhecimento dos agentes etiológicos da ITU e o perfil de sensibilidade antimicrobiana são fundamentais na escolha do antimicrobiano empírico inicial.[8] Além disso, o aumento de patógenos resistentes dificulta a escolha da terapia empírica adequada.[6,9]

Frente a tantas lacunas de conhecimento, este estudo busca contribuir para a identificação de uropatógenos mais prevalentes, perfil de sensibilidade antimicrobiana e fatores associados à resistência bacteriana entre agentes isolados em uroculturas de crianças internadas com suspeita de ITU em um hospital pediátrico público de referência do Estado de Minas Gerais, Brasil.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de estudo transversal observacional que incluiu crianças internadas no Hospital Infantil João Paulo II (HIJPII), no período entre 2007 e 2017. O HIJPII pertence à Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais (FHEMIG) e é considerado referência para todo o estado, sobretudo em doenças infecto contagiosas, e conta com equipe estruturada e protocolos bem definidos.

A população estudada foi composta por crianças com até 13 anos incompletos, internadas no hospital com quadro clínico sugestivo de ITU. Para análise, foram incluídas crianças com urocultura com crescimento superior a 100.000 UFC de um único uropatógeno, quando coletada em saco coletor, ou superior a 50.000 UFC em urina coletada por sondagem vesical. Em todos os casos havia suspeita clínica de ITU sem outro foco infeccioso determinado de forma clara, além de exames de rotina de urina estavam alterados.

Foram excluídos casos sem informações adequadas sobre a coleta da urina ou com suspeita de contaminação.

O HIJPII conta com uma Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) que mantém um registro atualizado de todas as culturas dos pacientes internados. Os pacientes foram identificados a partir desse registro e as informações referentes aos dados demográficos, clínicos e laboratoriais foram coletadas a partir da consulta aos prontuários eletrônicos dos pacientes.

A avaliação do antibiograma levou em consideração os limites estabelecidos pelo Clinical Laboratory Standards Institute (CLSI) para sensível, intermediário ou resistente para cada antimicrobiano padrão. A identificação bacteriana é realizada pelo sistema automatizado VITEK, na maioria das vezes. O teste de suscetibilidade antimicrobiana é realizado por difusão em disco pela técnica Kirby-Bauer.

O cálculo da amostra levou em consideração o nível de significância (α) de 5%, o poder do teste ($1 - \beta$) de 80%, e a diferença da taxa de resistência bacteriana em pacientes sem episódios prévios de ITU (21,6%) e com episódio prévio de ITU (37%), calculou-se em aproximadamente 300 o número de crianças com diagnóstico de ITU a ser estudado. [10, 11]

Os dados foram analisados utilizando o pacote estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 16, que também foi utilizado para análise descritiva. As variáveis quantitativas foram expressas em médias e medianas com seus respectivos desvios padrões, amplitudes e quartis. As variáveis categóricas foram expressas em proporções. Para estabelecer a existência ou não de associação entre as variáveis categóricas foi utilizado o teste do Qui-quadrado e quando necessário o teste exato de Fisher. Para comparação das médias foi utilizado o teste t de Student, e para comparação das medianas, o teste de Mann-Whitney. Foram consideradas significantes as associações com valor de $p \leq 0,05$. A medida para avaliar as possíveis associações entre a resistência antimicrobiana e as variáveis investigadas foi a razão de chances (Odds Ratio – OR), com intervalo de confiança (IC) de 95%.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa das instituições envolvidas.

RESULTADOS

Entre 2007 e 2017, foram registrados 264 pacientes internados por suspeita de ITU no HIJPII (Tabela 1). Em relação às características dos pacientes incluídos no estudo, havia registro de uso prévio de antimicrobianos em 41,3%, internação prévia em 32,6%, episódio prévio de ITU em 28,4%, e presença de malformações do trato genitourinário diagnosticadas previamente em 12,5%.

Tabela 1 – Características de crianças com ITU suspeita admitidas no HIJPII (n=264) entre 2007 a 2017.

Variáveis	n	%
Sexo		
Masculino	126	47,7
Feminino	138	52,3
Faixa etária		
<1 ano	98	37,1
1 a 2 anos	90	34,1
3 a 5 anos	36	13,6
6 a 12 anos	40	15,2
Uso prévio de antibiótico		
Sim	109	41,3
Não	155	58,7
Motivo da utilização do antibiótico		
Profilático	21	8,0
Outra síndrome infecciosa	88	33,3
Não utilizou	129	48,9
Sem informação	26	9,8
Uso prévio há quanto tempo		
Em uso	31	11,7
Até 7 dias antes	18	6,8
Até 15 dias antes	21	8,0
Até 30 dias antes	24	9,1
Até 31 a 90 dias antes	15	5,7
Não utilizou	155	58,7
Internação prévia		
Sim	86	32,6
Não	178	67,4
História de ITU prévia		
1 episódio	28	10,6
2 ou mais episódios	47	17,8
Sem história prévia	189	71,6
Alterações morfológicas do trato genitourinário		
Sim	33	12,5
Não	231	87,5
Doença crônica associada		
Sim	137	51,9
Não	127	48,1

* Sem informação

As doenças crônicas registradas foram doenças do sistema nervoso central isoladas (16,7%), genéticas isoladas (14,0%), hematológicas (6,8%), genética e geniturinário (4,2%), geniturinário isolado (2,7%), infecção de transmissão vertical (2,3%), sistema nervoso central e geniturinário (1,5%), respiratórias (0,8%) e cardíaca (0,4%).

O saco coletor foi utilizado para obtenção da amostra de urina em 60,6% casos. Na urinálise, as alterações sugestivas de infecção urinária foram nitrito positivo em 119 (45,1%) amostras, piúria em 262 (99,2%) e Gram de Gota com predominância de Bacilos Gram Negativos em 259 (98,1%) amostras.

A *Escherichia coli* foi isolada em 185 (70,1%) das 264 amostras de urocultura. Considerando as características das bactérias isoladas, foi observado crescimento de bacilos Gram-negativos (BGN) fermentadores em 90,5% das amostras de urina, bacilos Gram-negativos não fermentadores em 19 (7,2%), e Cocos Gram-positivos em 2,3%. Entre as bactérias Gram-negativas fermentadoras, 18 (7,5%) eram do grupo CESP (*Citrobacter* spp, *Enterobacter* spp, Serratia sp e Proteus spp produtoras de beta-lactamases), conforme mostrado na Tabela 2.

Tabela 2 – Prevalência e distribuição de uropatógenos isolados em 264 crianças internadas com suspeita de infecção do trato urinário no HIJPII no período de 2007 a 2017.

Uropatógenos	n	%
BGN fermentadores	**239**	**90,5**
Escherichia coli	185	70,1
Klebsiella pneumoniae	36	13,6
Proteus mirabilis (**grupo CESP**)	9	3,4
Enterobacter (**grupo CESP**)	8	3,0
Citrobacter (**grupo CESP**)	1	0,4
BGN – não fermentadores	**19**	**7,2**
Pseudomonas aeruginosa	9	3,4
Acinetobacter baumannii	6	2,3
Morganela morgani	4	1,5
Gram positivo	**6**	**2,3**
Enterococus spp	5	1,9
Staphylococcus lugduninsis	1	0,4
Total	**264**	**100**

O perfil de sensibilidade dos principais uropatógenos identificados, estão descritos na Tabela 3. Foi observada 1,6% de taxa de resistência da *Escherichia coli* à amicacina, 6,5% à gentamicina, 7,5% à ceftriaxona e 20,5% à cefalosporina de primeira geração. A *Klebsiella pneumoniae* esteve associada à taxa de 100% de sensibilidade à amicacina, resistência de 8,3% à gentamicina, 13,9% à ceftriaxona e 16,7% à cefalosporina de primeira geração. A *Pseudomonas aeruginosa*, isolada em nove pacientes, mostrou taxas de 11,1% de resistência a amicacina e ciprofloxacino e 44,4% ao ceftazidime. Entre os quatro pacientes com amostras com crescimento de Pseudomonas resistentes ao ceftazidime, havia registro de uso prévio de antimicrobiano em 3 casos. O Enterococcus foi isolado em amostras de 5 pacientes, sendo que uma delas com resistência à ampicilina e dois à gentamicina.

Tabela 3 – Descrição do perfil de resistência aos antimicrobianos entre os uropatógenos isolados nas 264 crianças internadas por suspeita de ITU no período de 2007 a 2017.

Uropatógenos(n) e antimicrobianos testados	Sensível n (%)	Resistente n (%)	Não testado n (%)
***Escherichia coli* (n = 185)**			
Amicacina	180 (97,3%)	3 (1,6%)	2 (1,1%)
Gentamicina	172 (93%)	12 (6,5%)	01 (0,5%)
Ceftriaxona	138 (74,6%)	14 (7,6%)	33 (17,8%)

Uropatógenos(n) e antimicrobianos testados	Sensível n (%)	Resistente n (%)	Não testado n (%)
Cefalotina	132 (71,4%)	38 (20,5%)	15 (8,1%)
***Klebsiella pneumoniae* (n = 36)**			
Amicacina	36 (100%)		
Gentamicina	33 (91,7%)	3 (8,3%)	
Ceftriaxona	28 (77,8%)	5 (13,9%)	03 (8,3%)
Cefalotina	27 (75%)	6 (16,7%)	03 (8,3%)
***Pseudomonas aeruginosa* (n = 9)**			
Amicacina	8 (88,9%)	1 (11,1%)	
Ciprofloxacino	8 (88,9%)	1 (11,1%)	
Ceftazidime	5 (55,4%)	4 (44,4%)	
Enterococus (n = 5)			
Ampicilina	4 (80%)	1 (20%)	
Gentamicina	3 (60%)	2 (40%)	

A análise da adequação do tratamento empírico foi avaliada de acordo com o resultado final do antibiograma (Tabela 4). O tratamento empírico iniciado foi adequado em 83,7% dos casos, sendo que os aminoglicosídeos se mostraram adequados em 96,9%, às cefalosporinas de 3ª geração em 92,2%, às quinolonas em 92% e os carbapenêmicos em 90,9% dos tratamentos empíricos. As classes de antimicrobianos mais prescritos foram as cefalosporinas de 3ª geração (34,8%), cefalosporinas de 1ª geração (20,8%) e aminoglicosídeos (12,1%).

Tabela 4 – Descrição da adequação da terapia empírica iniciada em relação ao resultado final do antibiograma, nas 264 crianças internadas com diagnóstico de infecção do trato urinário no Hospital Infantil João Paulo II, no período de 2007 a 2017.

Classe dos antimicrobianos iniciados	n (%)	Tratamento empírico adequado n (%)	Não testado n (%)
Aminoglicosídeo	**32 (12,1)**	**31 (96,9)**	**1 (3,1)**
Amicacina	6 (18,7)	5 (83,3)	1 (16,7)
Gentamicina	26 (81,3)	26 (100)	0
Aminopenicilinas	**4 (1,5)**	**1 (25,0)**	**3 (75,0)**
Amoxicilina	2 (50)	1 (50)	1 (50)
Ampicilina	2 (50)	0	2 (100)
Carbapenêmicos	**11 (4,2)**	**10 (90,9)**	**1 (9,1)**
Meropenem	11 (100)	10 (90,9)	1 (9,1)
Cefalosporina de 1ª geração	**55 (20,8)**	**43 (78,2)**	**0 (0)**
Cefalexina	43 (78,2)	36 (83,7)	0
Cefazolina	9 (16,4)	5 (55,5)	0
Cefalotina	3 (5,4)	2 (66,7)	0
Cefalosporina de 3ª geração	**93 (35,2)**	**85 (92,2)**	**0 (0)**
Ceftriaxona	91 (97,8)	84 (92,3)	0
Cefotaxima	1 (1,1)	1 (100)	0
Ceftazidima	1 (1,1)	1 (100)	0
Cefalosporina de 4ª geração	**1514 (5,3)**	**13 (86,7)**	**2 (13,3)**
Cefepime	14 (93,3)	12 (85,7)	2 (14,3)
Quinolonas	**25 (9,5)**	**23 (92,0)**	**0 (0)**
Ciprofloxacino	21 (84)	20 (95,2)	0
Nitrofurantoína	2 (8)	2 (100)	0
Norfloxacino	2 (8)	1 (50)	0
Sulfonamidas	**14 (5,3)**	**12 (85,7)**	**0 (0)**
Sulfametoxazol + Trimetroprim	14 (100)	12 (85,7)	0
Penicilina sintética + inibidor betalacamase	**14 (5,3)**	**3 (21,4)**	**9 (64,3)**
Clavulanato	9 (64,3)	1 (11,1)	8 (88,9)
Piperacilina + tazobactaon	3 (21,4)	2 (66,7)	1 (33,3)
Ampicilina + sulbactan	2 (14,3)	0	0
Polimixinas	**2 (0,8)**	**0**	**2 (100)**
Polimixina	2 (100)	0	2 (100)
TOTAL	**264**	**221 (83,7)**	**18 (6,8)**

A análise de fatores de risco para resistência da *Escherichia coli* (tabela 5) aos aminoglicosídeos mostrou associação entre resistência à amicacina e internação prévia (p=0,015) e doença crônica associada (p=0,050). Além disso, houve significância estatística de resistência à gentamicina e ser usuário do programa de atenção domiciliar para pacientes com patologias crônicas (p=0,022) e internação prévia (p=0,013). A resistência à cefalosporina de 3ª geração foi associada ao uso prévio de antimicrobiano e doença de base. Os fatores de risco associados com resistência à cefalosporina de 1ª geração foram o uso prévio de antimicrobiano (p <0,001), internação prévia (p = 0,005) e doença de base (p = 0,001).

Tabela 5 – Fatores de risco associados com resistência bacteriana entre as 185 cepas de *Escherichia coli* isoladas em uroculturas de crianças com ITU suspeita no período de 2007-2017.

Fatores de risco	Amicacina		Gentamicina		Ceftriaxona		Cefalotina	
	S/R*	p	S/R*	p	S/R*	p	S/R*	p
Paciente atendido pelo programa de atenção domiciliar								
Sim	04/00	0,936	02/02	0,022*	3/01	0,323	02/02	0,216
Não	176/3	170/10	135/13	130/36				
Sexo								
Masculino	78/02	0,406	76/05	0,556	53/09	0,057	53/22	0,040*
Feminino	102/01		96/07		85/05		79/16	
Uso prévio de antimicrobiano								
Sim	61/	0,273	58/0075	0,393	43/12	0,000*	37/24	0,000*
Não	119/		114/		95/02		95/14	
Internação prévia								
Sim	43/03	0,015*	40/07	0,013*	32/07	0,036*	28/17	0,005*
Não	137/00		132/05		106/07		104/21	
História de ITU prévia								
Sim	44/00	0,436	41/03	0,581	36/05	0,313	31/10	0,435
Não	136/03		131/09		102/09		101/28	
Doença crônica associada								
Sim	65/03	0,050*	63/06	0,265	43/13	0,000*	41/23	0,001*
Não	115/00		109/06		95/01		91/15	

*= Número de casos sensíveis (S)/ número de casos resistentes (R)

DISCUSSÃO

Diante da suspeita de ITU, a escolha da técnica de coleta da urina deve levar em consideração o grau de suspeição clínica, a gravidade do paciente, presença ou não de controle esfincteriano e experiência do coletor. Em crianças com controle esfincteriano, a coleta por jato médio urinário, após higienização, é o recomendado. Em lactentes e crianças ainda sem controle esfincteriano, devem-se considerar técnicas de coleta limpa, como sondagem vesical ou punção suprapúbica.[12]

Durante o período que o estudo abrangeu, não existia um protocolo local para diagnóstico e tratamento da ITU, e o método de coleta por saco coletor era adotado no hospital. Portanto, apesar das limitações citadas na literatura, encontramos um alto percentual de crianças com suspeita de infecção urinária que foram investigadas utilizando o método de coleta pelo saco coletor, cerca de 61% dos casos. Foram consideradas alteradas as uroculturas com crescimento igual ou superior a 105 UFC/mL de um único patógeno.

Obter amostras de urina pelo saco coletor é comum e não invasivo, porém com altas taxas de contaminação. Até 85% das amostras positivas obtidas por saco coletor representam resultados falso-positivos.[13] Assim, recomenda-se uma nova coleta por sondagem vesical ou punção suprapúbica para realizar urocultura para esclarecimento diagnóstico.[6]

A população avaliada no presente estudo era composta, predominantemente, por lactentes menores de 2 anos (71,2%), sem histórico de alterações do trato genito urinário (87,5%). Em 51,9% dos casos, havia comorbidade crônica associada, sendo mais prevalentes as associadas ao sistema nervoso central e as síndromes genéticas.

Concordante com a literatura, a Eschechiria coli foi o principal agente etiológico identificado nas uroculturas, sendo responsável pelo primeiro episódio de ITU em 90% das meninas e 80% dos meninos.[14,15]

A escolha assertiva da terapia antimicrobiana empírica requer a avaliação de fatores como idade, gravidade da doença, presença de comorbidades, alterações urológicas subjacentes e os perfis de resistência antimicrobiana na comunidade.[7]

Nai-Chia *et al*[16] observou um aumento da incidência de ITU em crianças causadas por bactérias multirresistentes produtoras de beta lactamase de espectro estendido (ESBL). Foram detectadas bactérias produtoras de ESBL em 104 (33,3%) de 312 uroculturas com *E.coli* isoladas. A proporção de *E. coli* ESBL causando ITU foi de 0,59% em 2002, 0,81% em 2003, 0,85% em 2004, 0,90% em 2005 e 0,96% em 2006. Assim, a escolha dos antibióticos adequados torna-se um desafio e pode atrasar a terapia adequada.[17,18]

No trabalho atual, a *E. coli* apresentou sensibilidade de 97,3% à amicacina e 93% à gentamicina. As taxas de sensibilidade a ceftriaxona e cefalotina foram menores, de 74,6% e 71,4%, respectivamente.

As taxas de sensibilidade dos demais uropatógenos foram similares às encontradas na literatura, sendo a K. pneumoniae com sensibilidade de 91,7% a 100% à aminoglicosídeos. A P. aeruginosa apresentou sensibilidade de 88,9% à amicacina e ao ciprofloxacino e o Enterococus de 80% à ampicilina.

Neste contexto, o estudo traz contribuição importante ao fornecer informações sobre o perfil de sensibilidade das bactérias e sobre os fatores de risco envolvidos na resistência bacteriana em pacientes internados com suspeita diagnóstica de ITU em um hospital terciário de grande porte, referência em internação pediátrica no Estado de Minas Gerais.

No estudo as amostras coletadas foram de conveniência. Destaca-se que no período em que este estudo foi realizado o Hospital Infantil João Paulo II não contemplava um protocolo de tratamento de infecção urinária, porém este protocolo já está em fase de elaboração.

Na amostra estudada, o tratamento empírico inicial foi eficaz em 83,7%. Quando há indicação de tratamento parenteral, os antimicrobianos empíricos comumente sugeridos na literatura são cefalosporinas de 3ª geração ou aminoglicosídeos. Já os esquemas orais preconizados são: penicilinas sintéticas + inibidor betalactâmico (amoxacilina-clavulanato), cefalosporina de 1ª geração (cefalexina) ou sulfonamidas (sulfametoxazol-trimetropim).[19,20]

O trabalho atual identificou que essas seriam boas opções para o tratamento inicial, apresentando uma adequação de 96,9% em relação ao uso dos aminoglicosídeos, 92,2% na utilização de cefalosporinas de 3ª geração e 92% para quinolonas.

Entretanto, têm sido descritas altas taxas de resistência bacteriana às sulfonamidas, especialmente em pacientes muito jovens, com histórico de múltiplas internações hospitalares e terapia antimicrobiana anterior por mais de 4 semanas nos últimos 6 meses e outras classes de antimicrobianos devem ser consideradas para tratamento inicial.[21,22]

Observou-se alta prevalência de fatores possivelmente associados à resistência bacteriana, como internação prévia (32,6%), comorbidades (51,9%), e uso de antibióticos no momento do diagnóstico da ITU, ou nos últimos 3 meses (41,3%). Além de episódio prévio de ITU (28,4%) e presença de malformações do trato geniturinário (12,5%). Os principais fatores de risco para ITU na população pediátrica descritos na literatura são: sexo masculino em menores de um ano de idade, principalmente em não circuncisados, e no sexo feminino após os quatro anos, fatores genéticos e alterações obstrutivas urológicas que favorecem a formação de um meio de cultura para uropatógenos.[11] A predominância do sexo feminino e uma prevalência maior dos casos em crianças abaixo de 2 anos, identificada neste trabalho, corrobora a literatura.

Embora o estudo seja retrospectivo, considera-se sua relevância devido à escassez de dados na literatura brasileira. Assim, como a ITU é uma das principais causas de atendimentos pediátricos, entender os uropatógenos mais comuns causadores de ITU nesta população, seus perfis de sensibilidade e resistência, para uma indicação assertiva da terapia antimicrobiana é essencial para evitar sequelas da ITU que podem afetar a qualidade de vida dessas crianças no futuro.

CONCLUSÃO

A *E. coli* foi indicada como principal patógeno associado a ITU durante a infância neste trabalho, corroborando os resultados encontrados em outros estudos.

A adequação do tratamento iniciado empiricamente, seguindo padrões de prescrição indicados em protocolos e artigos foi aproximadamente de 80% na amostra estudada. Houve sensibilidade satisfatória para os aminoglicosídeos, cefalosporinas de 3ª geração e quinolonas (ciprofloxacino) com adequação acima de 92%, podendo ser consideradas escolhas pertinentes para o tratamento empírico. Os dados não se apresentaram favoráveis à utilização das cefalosporinas de 1ª geração como escolha no tratamento inicial.

Deve-se considerar a maior possibilidade de resistência em pacientes com comorbidades, internação prolongada e uso de antibióticos prévios.

São necessários mais estudos em pacientes com ITU comprovada por método de coleta com baixo risco de contaminação para obter melhor entendimento do diagnóstico, do tratamento e da propedêutica adequados.

REFERÊNCIAS

1. Byington CL, Reynolds CC, Korgenski K, Sheng X, Valentine KJ, Nelson RE *et al.* Costs and infant outcomes after implementation of a care process model for febrile infants. Pediatrics. 2012 Jul;130(1):16-24.
2. Shaikh N, Morone NE, Bost JE, Farrell MH. Prevalence of urinary tract infection in childhood: a meta-analysis. Pediatr Infect Dis J. 2008 Apr;27(4):302-8.
3. National Institute for Health and Care Excellence. (2010). National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Retrieved from https://www.nice.org.uk/guidance/cg54
4. Becknell B, Schober M, Korbel L, Spencer JD. The diagnosis, evaluation and treatment of acute and recurrent pediatric urinary tract infections. Expert Rev Anti Infect Ther. 2015 Jan;13(1):81-90.
5. Ehsanipour, Fahimeh *et al.* Risk factors of renal scars in children with acute pyelonephritis. Brazilian Journal of Infectious Diseases [online]. 2012, v. 16(1):15-18.
6. Subcommittee on Urinary Tract Infection, Steering Committee on Quality Improvement and Management, Roberts KB. Urinary tract infection: clinical practice guideline for the diagnosis and management of the initial UTI in febrile infants and children 2 to 24 months. Pediatrics. 2011 Sep;128(3):595-610.
7. Kaufman J, Temple-Smith M, Sanci L. Urinary tract infections in children: an overview of diagnosis and management. BMJ Paediatr Open. 2019 Sep 24;3(1):487.
8. Lo, Denise Swei *et al.* Infecção urinária em menores de 15 anos: etiologia e perfil de sensibilidade antimicrobiana em hospital geral de pediatria. Revista Paulista de Pediatria [online]. 2010, v. 28(4):299-303.
9. Simões e Silva AC, Oliveira EA. Update on the approach of urinary tract infection in childhood. J Pediatr (Rio J). 2015 Nov-Dec;91(6 Suppl 1):S2-10.
10. Ladhani S, Gransden W. Increasing antibiotic resistance among urinary tract isolates. Arch Dis Child. 2003 May;88(5):444-5.
11. Allen UD, MacDonald N, Fuite L, Chan F, Stephens D. Risk factors for resistance to "first-line" antimicrobials among urinary tract isolates of *Escherichia coli* in children. CMAJ. 1999 May 18;160(10):1436-40.
12. Silva, J.M.P; Vasconcelos, M.M.A; Dias, C.S; Vasconcelos, M.A; Mendonça, A.C.Q; Froes, B; Oliveira, E.A. Aspectos atuais no diagnóstico e abordagem da infecção do trato

urinário. Rev Med Minas Gerais 2014; 24 (Supl 2):20-30
13. S.M.E, Finnell. Urinary Tract Infection in Children: An Update. The Open Urology & Nephrology Journal. 2015;(8):92-95.
14. O'Brien K, Stanton N, Edwards A, Hood K, Butler CC. Prevalence of urinary tract infection (UTI) in sequential acutely unwell children presenting in primary care: exploratory study. Scand J Prim Health Care. 2011 Mar;29(1):19-22.
15. Ismaili K, Lolin K, Damry N, Alexander M, Lepage P, Hall M. Febrile urinary tract infections in 0- to 3-month-old infants: a prospective follow-up study. J Pediatr. 2011 Jan;158(1):91-4.
16. Fan NC, Chen HH, Chen CL, Ou LS, Lin TY, Tsai MH, Chiu CH. Rise of community-onset urinary tract infection caused by extended-spectrum β-lactamase-producing *Escherichia coli* in children. J Microbiol Immunol Infect. 2014 Oct;47(5):399-405.
17. Kim, Y.H, Yang E.M, Kim, C.J. Urinary tract infection caused by community-acquired extended-spectrum -lactamase-producing bacteria in infants. J Pediatr (Rio J). 2017; (9):93:260.
18. Simões e Silva AC, Oliveira EA. Update on the approach of urinary tract infection in childhood. J Pediatr (Rio J). 2015 Nov-Dec;91(6 Suppl 1):S2-10.
19. Edlin RS, Shapiro DJ, Hersh AL, Copp HL. Antibiotic resistance patterns of outpatient pediatric urinary tract infections. J Urol. 2013 Jul;190(1):222-7.
20. Reis AC, Santos SR, Sousa SC, Saldanha MG, Pitanga TN, Oliveira RR. Ciprofloxacin resistance pattern among bacteria isolated from patients with community-acquired urinary tract infection. Rev Inst Med Trop. 2016;58:53.

Relato de caso

A síndrome da exclusão social: a materialização da violação dos direitos humanos da infância à idade adulta

The social exclusion syndrome: The materialization of human rights violations from childhood to adulthood

Antônio Benedito Lombardi[1], Joel Alves Lamounier[2], Isabela de Alencar e Lombardi Godard[3],

1- Antônio Benedito Lombardi, Médico Pediatra e Psiquiatra Infantil. Doutor em Ciências da Saúde. Professor Adjunto (aposentado) da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria. Belo Horizonte, MG - Brasil. https://orcid.org/0000-0002-5730-1651

2 - Joel Alves Lamounier, Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal de São João del Rei (UFSJ). Professor Titular (aposentado) do Departamento de Pediatria Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). https://orcid.org/0000-0002-0581-3217

3 - Isabela de Alencar e Lombardi Godard, Médica, Cirurgiã do Pronto Atendimento do Hospital Life Center. Pós-graduanda em Cirurgia Plástica da Santa Casa de Misericórdia. Belo Horizonte, MG - Brasil. https://orcid.org/0000-0002-2978-4158

Autor correspondente:
Nome: Isabela de Alencar Lombardi Godard
Endereço: Rua Piauí, 933/501. Bairro Funcionários. Belo Horizonte. Minas Gerais. CEP: 30150-320
E-mail: isabela.lombardi@hotmail.com

RESUMO

Em 1998 foi publicado um artigo original que associava experiências adversas na infância tais como negligência, abuso físico, emocional, sexual, violência doméstica etc. com comportamentos de risco que surgem mais tarde na vida, por exemplo, abuso de cigarro, de álcool, de drogas etc. Nesse estudo verificou-se também que adversidades na infância estavam associadas com doenças detectadas no adulto, entre elas doenças cardiovasculares, hepatite viral, câncer de fígado, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças autoimunes, problemas de saúde bucal e depressão etc. Estas experiências adversas ficaram conhecidas como ACEs (sigla em inglês). Estudos posteriores têm mostrado que as doenças acima poderiam ser explicadas pelos efeitos do estresse tóxico, uma resposta complexa do corpo, que surge quando uma criança é exposta às ACEs. Outros estudos, contudo, têm mostrado que ACEs não encontradas no estudo original capazes de causarem estresse tóxico podem também desencadear comportamentos de risco e doenças na vida adulta. São elas: pobreza, vitimização por colegas e rejeição, discriminação, exposição à violência na comunidade e racismo. Como estas ACEs foram achados frequentes em um estudo clínico sobre a exclusão social foi realizada uma releitura deste estudo. O objetivo deste artigo, portanto, é dar maior visibilidade a este quadro clínico, melhorando a compreensão, a sensibilização, contribuindo para a elaboração de intervenções e prevenções individuais e coletivas.

Palavras-chave: Exclusão social. Pobreza. Violência. Experiências adversas na infância. Estresse tóxico. Direitos humanos. Direitos da criança.

ABSTRACT

In 1998, an original article was published that associated adverse childhood experiences such as neglect, physical, emotional, sexual abuse, domestic violence, etc. with risky behaviors that arise later in life eg tobacco, alcohol, drug abuse, etc. In this study, it was also found that adversities in childhood were associated with diseases detected in adults, including cardiovascular diseases, viral hepatitis, liver cancer, asthma, chronic obstructive pulmonary disease, autoimmune diseases, oral health problems and depression, etc. These adverse experiences became known as ACEs. Later studies have shown that the above illnesses could be explained by the effects of toxic stress, a complex body response that arises when a child is exposed to ACEs. Other studies, however, have shown that ACEs not found in the original study capable of causing toxic stress can also trigger risky behavior and illness in adulthood. These are: poverty, peer victimization and rejection, discrimination, exposure to community violence and racism. As these ACEs were frequent findings in a clinical study on social exclusion, this study was re-read. The objective of this article, therefore, is to give greater visibility to this clinical picture, improving understanding, awareness, contributing to the development of individual and collective interventions and prevention.

Keywords: *Social exclusion. Poverty. Violence. Childhood adverse experiences - ACEs. Toxic stress. Human rights. Child rights.*

INTRODUÇÃO

O estudo original sobre experiências adversas na infância[1] conhecida como ACEs (sigla em inglês) mostrou que vários comportamentos de risco para a saúde (fumar, abusar de álcool ou drogas, etc.), assim como doenças cardiovasculares, hepatite viral, câncer de fígado, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças autoimunes, problemas de saúde bucal e depressão encontradas na idade adulta estavam associados às ACEs, entre elas, abuso físico, sexual e emocional, negligência física e emocional e disfunção familiar como a prisão de familiar, doença mental, abuso de substâncias, violência doméstica, separação dos pais ou divórcio. Tem sido mostrado que a ponte entre as ACEs e as doenças na idade adulta é o estresse tóxico [2,3,4] produzido pelas ACEs.

Outros estudos, contudo, têm mostrado que ACEs não encontradas no estudo[1] da mesma forma capazes de causarem estresse tóxico podem também desencadear comportamentos de risco e doenças na vida adulta. São elas: pobreza[5,6], vitimização por colegas e rejeição[5,7], discriminação[6,7], exposição à violência na comunidade[5,7] e racismo[8]. Como estas ACEs foram muito frequentes no estudo clínico que descreveu a Síndrome da Exclusão Social[9], o qual descreve os impactos da exclusão social sobre a saúde e desenvolvimento, um dos autores revisitou esse estudo desenvolvido em um aglomerado de vilas e favelas. Trata-se de um quadro que está em flagrante desacordo com os princípios da Declaração Universal dos Direitos Humanos[10] e com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA)[11].

O objetivo deste artigo, portanto, é dar maior visibilidade a este quadro, melhorando a compreensão, a sensibilização, contribuindo para a elaboração de intervenções e prevenções individuais e coletivas. Desta forma, relatamos um caso para exemplificar a situação.

METODOLOGIA

Trata-se de uma revisão de conceitos e fundamentações importantes sobre o tema com a apresentação de um caso de síndrome de exclusão social[9], com aprovação no COEP da UFMG, com obtenção de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

FUNDAMENTAÇÕES TEÓRICAS

O estudo sobre as Experiências Adversas na Infância[1]

Esse estudo[1] inspirador analisou a associação das experiências adversas na infância-ACEs com os prejuízos na saúde e no desenvolvimento na idade adulta. ACEs são eventos traumáticos ou estressantes experimentados antes dos 18 anos de idade incluindo abuso físico, sexual e emocional, disfunção no lar ligada à prisão de um familiar, doença mental, abuso de droga, violência no lar, separação ou divórcio.

Neste estudo sete categorias de experiências adversas foram estudadas: abuso psicológico, físico, sexual; violência contra a mãe; membros da família usuários de drogas, doentes mentais, suicidas, aprisionados. O número de categorias de experiências adversas na infância foi então comparado com as avaliações de comportamento de risco, estado de saúde e doença[1].

Mais de 50% dos que responderam o questionário relataram pelo menos uma, e 25% relataram duas ou mais categorias de exposições na infância. Foi detectado uma relação proporcional entre o número de categorias de exposição na infância e cada um dos comportamentos de risco para a saúde na idade adulta, assim como as doenças que foram estudadas. Pessoas expostas na infância, a quatro ou mais categorias de eventos adversos, comparadas com aquelas que não tinham experimentado nenhuma exposição, mostraram 4 a 12 vezes mais risco para o alcoolismo, abuso de drogas, depressão, tentativa de suicídio; 2 a 4 vezes aumento de tabagismo, autoavaliação de saúde ruim, 50 ou mais parceiros sexuais, doença sexualmente transmissível; e 1,4 a 1,6 vezes aumento em inatividade física e obesidade severa[1].

O número de categorias de exposições adversas na infância mostrou uma associação com a presença de doenças na fase adulta incluindo doença cardíaca isquêmica, câncer, doença pulmonar crônica, fraturas ósseas, e doenças no fígado. Os autores encontraram uma forte associação entre a dimensão da exposição ao abuso ou disfunção familiar durante a infância e fatores de risco múltiplos para várias das principais causas de morte em adultos[1]. A pirâmide das experiências adversas apresentada no trabalho de Felitti *et al.*[1] mostra os antecedentes deste desfecho.

Os autores[1] propuseram uma estrutura conceitual explicativa para os achados baseada em mecanismos comportamentais compensatórios, porém, conforme destacado por Austin[12], um conjunto de outras linhas de pesquisas têm explorado mecanismos biológicos subjacentes prejudiciais para a saúde. Esses estudos se referem aos efeitos do estresse que será apresentado a seguir.

Os estudos sobre o Estresse Tóxico[2,3,4]

As respostas fisiológicas ao estresse são bem definidas. As mais extensamente estudadas envolvem a ativação do eixo hipotálamo-pituitária-adrenocortical e do sistema simpático-adrenomedular, que resulta em níveis aumentados de hormônios do estresse, como o hormônio liberador de corticotropina (HLC), cortisol, norepinefrina e adrenalina. Essas alterações ocorrem com uma rede de outros mediadores, que inclui citocinas inflamatórias elevadas e a resposta do sistema nervoso parassimpático, que contrabalança a ativação simpática e as respostas inflamatórias. Aumentos transitórios desses hormônios do estresse são protetores e até essenciais para a sobrevivência, mas níveis excessivamente altos e exposições prolongadas podem ser bastante prejudiciais ou francamente tóxicos, e a desregulação desta rede de mediadores fisiológicos pode levar a um efeito de "desgaste" crônico em órgãos

de vários sistemas incluindo o cérebro[2,3,4]. Neste sentido foi proposto uma classificação que compreende três tipos distintos de respostas ao estresse em crianças pequenas: positiva, tolerável e tóxica.

A forma mais perigosa de resposta ao estresse, o estresse tóxico, pode resultar da ativação forte, frequente ou prolongada dos sistemas de resposta do corpo ao estresse na ausência, por exemplo, de um relacionamento protetor e de apoio de um adulto. Entre os fatores de risco no estudo[1] das ACEs estão incluídos, por exemplo, abuso ou negligência infantil, uso abusivo de substâncias pelos pais e depressão materna que são capazes de induzir uma resposta tóxica. A característica essencial desse fenômeno é a postulada disfunção dos circuitos cerebrais e de outros órgãos e sistemas metabólicos durante os períodos sensíveis de desenvolvimento. Tal disfunção pode resultar em alterações anatômicas e/ou desregulações fisiológicas que são os precursores de deficiências posteriores na aprendizagem e no comportamento, bem como as raízes de doenças físicas e mentais crônicas relacionadas ao estresse[2,3,4].

Há evidências crescentes de estudos em animais e humanos de que níveis persistentemente elevados de hormônios do estresse podem afetar o desenvolvimento da arquitetura do cérebro. Por exemplo, foi demonstrado que a exposição a experiências estressantes altera o tamanho e a arquitetura neuronal da amígdala, hipocampo e córtex pré-frontal, além de levar a diferenças funcionais no aprendizado, memória e aspectos do funcionamento executivo[2,3,4].

As manifestações biológicas de estresse tóxico podem incluir alterações na função imunológica e aumentos mensuráveis em marcadores inflamatórios, que são conhecidos por estarem associados a quadros clínicos tão diversos como doenças cardiovasculares, hepatite viral, câncer de fígado, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças autoimunes, problemas de saúde bucal e depressão. Assim, o estresse tóxico na primeira infância, não é apenas um fator predisponente para comportamento de risco para a saúde, mas também pode ser uma fonte direta de lesão biológica ou de transtorno com consequências para toda a vida, independentemente de quaisquer circunstâncias que possam ocorrer mais tarde[2,3,4].

Os estudos acima mostram que a ponte que liga as ACEs aos comportamentos de risco para a saúde e às doenças na idade adulta é o estresse tóxico produzido pelas ACEs.

Nos últimos anos, contudo, muitos trabalhos têm documentado que outras ACEs não detectadas no estudo original de Felitti1 podem também desencadear comportamentos de risco e doenças mais tarde na vida. São elas: pobreza[5,6], vitimização por colegas e rejeição[5,7], discriminação[6,7], violência na comunidade[5,7], racismo[8]. Como estas ACEs foram achados muito frequentes no estudo que descreveu a Síndrome da Exclusão Social[9] realizado em um aglomerado de vilas e favelas um dos autores deste artigo decidiu revisitar este estudo resumido a seguir.

O estudo da Síndrome da Exclusão Social[9]

Este estudo iniciou-se nos atendimentos no ambulatório de psiquiatria infantil, realizados por Lombardi[13] onde destacavam-se as dificuldades escolares e apontava para a necessidade de maior aproximação da assistência pediátrica com a comunidade e o ambiente escolar. Neste contexto, entretanto, foi observado que a problemática que a população local enfrentava era mais complexa e que as dificuldades escolares eram apenas um dos sintomas.

Uma das perguntas formuladas foi: quem eram aquelas crianças que eram reprovadas e deixavam a escola tão precocemente? Verificou-se através de um estudo descritivo e exploratório[13] que as crianças ingressavam na primeira série do ensino primário com as seguintes características:

- Histórico de exposição muito precoce a uma diversidade de fatores de risco biopsicossociais agudos e crônicos;
- as crianças estavam multiplamente impactadas na sua saúde (1990),
- a grande maioria das crianças da amostra estava "fracassando" na escola (1993).

Uma extensão deste estudo inicial avaliou estas crianças 18 anos após, em 2008, e o quadro encontrado foi denominado "Síndrome da Exclusão Social"[9] sintetizada assim:

"A prática da ideologia excludente no Brasil produz a exclusão social caracterizada pela pobreza, miséria e desigualdade social. Estas adversidades, por si só, são acompanhadas de múltiplos outros fatores de risco os quais afetam o indivíduo em todos os períodos do ciclo de vida causando muitas vezes, de forma cumulativa, impactos biopsicossociais. A saúde física e psíquica, a escolaridade e formação profissional são afetadas, resultando muitas vezes, em inclusão social frágil ou mesmo exclusão definitiva como a morte precoce. Este resultado final, fruto da interação do impacto multissistêmico progressivo sobre o sujeito com os fatores externos adversos perpetuadores, contribui para a persistência do fenômeno impedindo que o sujeito se liberte desse ciclo perverso mantido pela violação dos direitos humanos".

Segundo Bee[14] para se compreender quadro complexo como este era necessário examinar, além da subjetividade das díades mãe-criança ou pai-criança, toda a ecologia de desenvolvimento – o padrão de interação na família e as influências da cultura mais ampla sobre aquela família. Neste sentido, Bronfenbrenner[15], autor da teoria bioecológica, propõe pensar o sistema ecológico onde se insere a criança como tendo uma série de círculos concêntricos. O círculo mais central, denominado microssistema, inclui todos aqueles ambientes em que a criança vive experiências diretas, como a família, a escola, a creche ou o ambiente em que um adolescente trabalha. A camada seguinte, chamada exossistema, inclui toda uma gama de elementos do sistema que a criança não experiência diretamente, mas que a influenciam, porque afeta um dos microssistemas, sobretudo a família. O trabalho dos pais e o seu local de trabalho são um desses elementos, assim como sua rede de amigos. Por fim, o macrossistema

que inclui o ambiente cultural ou subcultural mais amplo em que tanto o micro como o exossistema estão inseridos. A pobreza ou a riqueza da família, o bairro onde ela mora, sua identidade étnica e a cultura mais ampla em que se insere o sistema inteiro são partes desse macrossistema. O complexo de sistemas encaixados, interconectados, é considerado como uma manifestação de padrões globais de ideologia e organização das instituições sociais comuns a determinada cultura ou subcultura. Esses padrões generalizados são referidos como macrossistema. Para Bronfenbrenner[15] existe uma outra camada, chamada mesossistema que inclui as inter-relações entre dois ou mais ambientes nos quais a pessoa em desenvolvimento participa ativamente tais como para uma criança, as relações em casa, na escola e com amigos da vizinhança. Por fim deve-se acrescentar o cronossistema que representa o relacionamento desses sistemas com a dimensão do tempo.

Por último, Bandin[16] e Garbarino[17] acrescentam a influência dos fatores de risco no desenvolvimento humano. Estes podem ser encontrados nas camadas do sistema ecológico. Estes fatores de risco podem predispor os sujeitos às ACEs e ao estresse tóxico. A seguir será apresentado um caso desse estudo.

RELATO DE UM CASO DE SÍNDROME DE EXCLUSÃO SOCIAL

Esse estudo aconteceu em três momentos. Em 1990 (1º momento)[13], 1993 (2º momento)[13] e 2008 (3º momento)[9]

1º momento:

Em 1990 foram selecionados aleatoriamente 39 crianças entre as 465 que cursavam a 1ª série do ensino fundamental de uma escola localizada em um aglomerado de vilas e favelas. A idade média da amostra examinada era de 8 anos e 3 meses. EBS, registro número 9 da amostra, foi uma das 39 crianças examinadas.

Partindo-se do pressuposto de que as crianças examinadas apresentariam simultaneamente alterações físicas, psíquicas e sociais foi utilizado o Esquema Multiaxial de Rutter[18] para a sistematização dos achados. Por meio deste esquema, os achados foram alocados em cinco eixos. O eixo I para as Síndromes Psiquiátricas Clínicas, o eixo II para os Transtornos Específicos do Desenvolvimento, o eixo III para os achados relacionados ao quociente intelectual, o eixo IV para as condições médicas e finalmente o eixo V para situações psicossociais anormais associadas.

Primeiramente obteve-se informações sobre a história pregressa e a seguir a criança foi examinada.

Dados da história pregressa: E.B.S., 8 anos e 7 meses (o informante – pai – ficou em dúvida a respeito da data de aniversário), moreno, masculino, cursando a antiga 1ª série, do curso primário. O pai informou que a criança nasceu prematura, permanecendo hospitalizada após o nascimento por cerca de 2 semanas, e relatou que a criança "purga" o ouvido. Há histórico também de falecimento de 2 irmãos da criança. Mãe G5P4A1, a criança não frequentou creche/pré-escola.

Dados da avaliação clínica.

Perfil biopsicossocial utilizando como referência o Esquema Multiaxial[18].

Eixo I – (Síndromes psiquiátricas clínicas): transtornos emocionais específicos da infância e adolescência: tristeza; irritabilidade; inibição. Sugestivo de transtorno de conduta não classificado em outro local – gazeta.

Eixo II – (Transtornos específicos do desenvolvimento): transtorno (atraso) misto do desenvolvimento: leitura; aritmética; coordenação motora fina; fala e linguagem.

Eixo III – Quociente intelectual: não avaliado.

Eixo IV – (Condições médicas): pediculose; linfonodos aumentados de tamanho; otite média crônica supurada à esquerda com suspeita de déficit auditivo; suspeita de parasitose intestinal (dor abdominal); conjuntivite; cárie dentária; verruga vulgar; discreta escoliose à esquerda.

Eixo V – (Situações psicossociais anormais associadas): transtornos mentais em outros membros da família: pai com histórico sugestivo de alcoolismo, irritabilidade; mãe com relato de "desmaios" e irritabilidade, história sugestiva de alcoolismo. Relacionamento intrafamiliar discordante: discussão entre os pais. Estímulo social, linguístico ou perceptivo inadequados: pais com baixa escolaridade; uma irmã da criança com histórico de uma repetência escolar. Condições de vida inadequadas: miséria; aglomeração; fossa; luz (emprestada do vizinho); lixo exposto. Estresses ou transtornos na escola ou ambiente de trabalho: criança com baixo rendimento escolar e tem faltado às aulas. Migração ou deslocamento social: família tem mudado frequentemente de endereço. Outro estresse psicossocial intrafamiliar: pai relata ter hipertensão arterial (sem tratamento); pai com dentes em péssimo estado de conservação. Família residia em uma favela.

2ª momento:

Verificação da escolaridade: EBS estava com 11 anos e não estudava mais. A mãe relatou que o filho iria estudar mais tarde se achasse necessário.

3ª momento:

Esse momento aconteceu 18 anos após o primeiro contato com EBS. Dos 39 sujeitos que participaram do estudo de 1990 foram localizados 28 sendo que 26 aceitaram participar das entrevistas. Através da entrevista procurou-se conhecer aspectos da vida dele desde a infância até o momento da entrevista. EBS estava com 26 anos e preso na Penitenciaria Jose Maria Alkimin há aproximadamente 5 anos. Deveria cumprir uma pena de 11 anos.

A entrevista aconteceu em um salão de reuniões acompanhada à distância por um segurança da direção da penitenciaria. EBS estava algemado e assim permaneceu durante todo o tempo. Estava muito ansioso, praticamente não conseguia falar nos primeiros instantes. A seguir, no quadro 1, estão expostos alguns trechos da entrevista, transcritos *ipsis litteris*.

Quadro 1 – Trechos da entrevista transcritos ipsis litteris agrupadas em experiências adversas na família, dificuldades na aprendizagem (sofrimento psíquico), reprovação e evasão, a forma como foi preso, a vida na prisão, o caminho que escolheu.

As experiências adversas na família: *"[...] Aí na hora que eu via, assim, as coisa de casa... Aquilo ali eu ficava meio esquisito, né? Que antes meu pai e minha mãe bebia... Meu pai bebia, minha mãe... Aí às vezes... Como é que eu posso te falar? Aí às vezes, também, brigava, e tudo... Aí eu ficava nervoso, né? [...] Aí, tipo, eu saía, né? Eu saía pra rua e já ficava meio, assim, solitário. Sempre eu ficava mais sozinho [...] Eu ficava mais sozinho. Eu ficava, tipo, às vez, guardando essas coisas... Que eu num queria, né?... Aí cê óia e fica imaginando aquilo, né? Aí cê fica oiando... Cê fica mei triste, que cê... Tipo assim, às vez seu pai batendo na sua mãe, os dois brigando... Cê num queria, tipo, ver aquelas imagem, os dois brigando. Aí cê fica mei...[...] esquisito"*
As dificuldades na aprendizagem, o sofrimento psíquico: *"[...] que às vezes eu tentava fazer alguma coisa, aí num tinha muita paciência... Aí eu ficava meio aborrecido. [...] É, tipo, eu queria aprender, mas parece que na hora que eu ia tentar, eu não conseguia. [...] aí às vez eu ficava meio perturbado e tudo...[...] Aí eu tentava, né? Tipo assim, eu começava a escrever... Aí tem uma hora que eu errava, eu oiava assim, via que num tava certo, aí em vez d'eu tentar, num tentava. Aí eu desanimava! Eu baixava a cabeça, deixava os lápis de lado e falava assim com a professora: vou fazer mai nada, não!* **Perguntei em que idade ele deixou a escola:** *'Tipo assim... Entrei com sete, né? [...] Acho que eu sai foi com... Acho que foi nove, eu acho. [...] Mais ou menos nove. [...] O máximo que eu fiquei na escola'. 'Ah, eu fiquei pouco. Eu cheguei estudar até chegar na segunda série, aí eu peguei e saí.[...] Uai, tinha uns menino, lá... Nós arrumava confusão todo dia... Peguei e saí e comecei a andar com outros menino,.. E depois disso pra cá eu comecei a entrar na vida"*
Sobre a reprovação e a evasão escolar e o início dos atos infracionais: ele disse: "Não, eu tava na primeira. Aí eu tava estudando. Aí eu tomei bomba [...]. É. Aí depois eu passei...[...] Aí, só que aí eu p... Aí, só que eu ia, eu ficava na escola, assim, só que minha mente parece que num... Fui pela cabeça dos outro, né? Aí eu fui envolvendo com os outro, aí eu deixei de lado. Peguei e falei assim: ah, eu vou estudar mais, não. Aí passou um tempo eles cortou meu nome e tudo... Aí eu comecei a ficar só na rua, andando pra lá....[...] Aí eu comecei ficar ali vigiando carro e tudo... Aí eu fui começando a fazer as coisa errada"
A forma como foi preso: *perguntei ao EBS sobre sua saúde. Ele respondeu: "[...] Não, eu tive só um poblema que... Mas tá melhor, já. Que eu sofri um acidente, também, né? Que eu caí do prédio, aí...[...] É. Caí do quarto andar. [...] Que... tava assim, eu tava fazendo coisa errada. [...] Eu peguei e fui entrar no prédio... Aí, tipo, tem umas pilastra pra cima e embaixo do buraco. [...] Aí, tipo, eu fui entrar no prédio pra mexer coisa errada, aí na hora que eu ia sair os polícia tava passando. Aí eles pegou e começou a dar tiro, né? Dar tiro em mim. Aí eu peguei, fui correr. Tava tão escuro! Aí eu peguei e caí. Nem vi, não. Aí, na hora que eu acordei, eu acordei só no hospital. Aí eu quebrei braço, quebrei o maxilar, aqui, quebrei a perna... Acertou um tiro na minha perna, aqui, ainda...[...] Aí, tipo, aquilo ali eu... fui traumatizado, né?*
A vida na prisão: *"Ah, tem hora que a gente óia assim... Sem querer, não, ma tem hora que a gente dá uns... lágrima. [...] Ah, tipo assim, às vez cê fica meio calmo, com o corpo tranquilo... Ma depois que cê óia, assim, para e vê sua situação como é que tá... Seus pobremas, assim, aí cê dá uma caída, né? Dá um desânimo, assim... [...] Aí cê fica tipo angustiado, né?. Vou ficar só deitado, dormindo... Num tem jeito, mesmo. Aí vou ficar só deitado..."*
O caminho que escolheu: *"pra curtir, né? Tipo uma vaidade. Aí cê óia assim, cê num tem dinheiro, num tem nada. Aí cê pega e quer fazer aquilo procê ter um dinheiro procê, procê curtir, também. [...] Procê arrumar procê. Procê num ficar dependendo só dos outros.... Tipo assim, cê ia ser aquilo, os outro te ia respeitar ocê [...] tipo assim, tenho, tipo assim, mais segurança, né? Ninguém vai ficar mexendo comigo, e tudo. Aí eu já... Que eles viu como é que eu era, né? Aí ali ninguém ia mexer comigo, deixava eu pra lá, né? [...]"*

Observação: as falas foram mantidas com erros de português para não prejudicar a análise do conteúdo.

DISCUSSÃO

Trata-se de um caso emblemático. EBS desde a gravidez foi exposto a uma multiplicidade de ACEs[1,5,6,7,8] ligadas ao tempo e ao espaço do sistema ecológico onde vivia. Pode-se citar a pobreza extrema, o alcoolismo materno e paterno, a violência familiar, as doenças físicas dos pais, os sintomas de doenças psíquicas dos pais, a negligência física e emocional sofrida por EBS na família e na escola, a alta vulnerabilidade do local de residência conhecido na época do estudo como área de violência, com consumo e tráfico de drogas e, por último, o relato de um confronto violento com a polícia, a hospitalização devido aos inúmeros ferimentos e, por fim, a prisão. As referências teóricas da ocasião contribuíram para explicar os sintomas físicos, psíquicos e sociais apresentados por EBS.

É preciso, contudo, ir mais além. Sabe-se que as ACEs relacionadas acima são capazes também de produzirem doenças porque desencadeiam estresse tóxico e comportamentos de risco. Por sua vez, os meios pelos quais o estresse tóxico produz as doenças estão ligados ao que este estresse grave provoca estruturalmente e funcionalmente no corpo do sujeito como mostrado por Shonkoff *et al.*[2] e McEwen *et al.*[3]. Como foi visto níveis persistentemente elevados de hormônios do estresse podem afetar o desenvolvimento da arquitetura do cérebro, porque podem alterar o tamanho e a arquitetura neuronal da amígdala, hipocampo e córtex pré-frontal, além

de levar a diferenças funcionais no aprendizado, memória e aspectos do funcionamento executivo[2,3,4].

As manifestações do estresse tóxico podem incluir alterações na função metabólica e imunológica e aumentos mensuráveis em marcadores inflamatórios, que são conhecidos por estarem associados a quadros clínicos tão diversos como doenças cardiovasculares, hepatite viral, câncer de fígado, asma, doença pulmonar obstrutiva crônica, doenças autoimunes, problemas de saúde bucal e depressão além de aumento na frequência da adoção de comportamentos de risco para a saúde[2,3,4].

Assim, os achados do caso, de acordo com as fundamentações teóricas citadas conduzem a formulação de algumas hipóteses para contextos de exclusão social. São elas:

- muitos fatores de risco e ACEs ocorrem, ao mesmo tempo, em muitas ou em todas as camadas do complexo sistema ecológico humano;
- existe uma maior prevalência de ACEs nessa população;
- os indivíduos apresentam uma frequência maior de comportamentos de risco para a saúde;
- existe uma prevalência maior de doenças associadas às ACEs e ao estresse tóxico;
- marcadores biológicos associados às ACEs são detectados com maior frequência desde a infância;
- muitas doenças afetando adultos têm raízes profundas na infância;
- a mortalidade é mais precoce e mais prevalente nesta população;
- as intervenções devem ser multidimensionais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Antes de finalizar é importante destacar que ACEs podem atingir qualquer classe social, entretanto, no ambiente de exclusão social os dados sugerem impactos de dimensões preocupantes para a saúde pública.

Deve-se chamar a atenção, portanto, para a responsabilidade dos pediatras por se tratar de doenças graves que afetam o adulto, mas que, se iniciam na infância, portanto, demandando ações preventivas e intervenções precoces.

Ao nível da atenção primária, intervenções voltadas para o enfrentamento das ACEs e do estresse tóxico devem ser consolidadas juntamente com as práticas preventivas de imunização, de incentivo ao aleitamento materno, de orientação alimentar, de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e de prevenção de acidentes.

As universidades, as sociedades médicas especialmente as de pediatria, têm um papel de liderança, não apenas contribuindo na formação dos médicos e pediatras em relação à temática das ACEs e do estresse tóxico, mas também de catalisar movimentos e iniciativas. É importante a divulgação do tema para a sociedade como um todo. As consequências podem ser graves, com implicações para a saúde, bem-estar, desenvolvimento físico e mental das crianças e adolescentes. As repercussões em períodos posteriores do ciclo de vida, inclusive a morte precoce, podem surgir e todos devem agir precocemente e contribuir para que o ciclo da violência e do processo de exclusão não se perpetue.

REFERÊNCIAS

1. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, *et al.* Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med [internet]. 1998;14(4):245-58.
2. Shonkoff JP, Garner AS. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. Pediatrics. 2012; 29:232-46.
3. McEwen CA, McEwen BS. Social structure, adversity, toxic stress, and intergenerational poverty: An early childhood model. Anual Review of Sociology; 2017;43(1):445-472.
4. National Scientific Council on the Developing Child. (2020). Connecting the brain to the rest of the body: early childhood development and lifelong health are deeply intertwined: Working Paper No. 15. Retrieved from www.developingchild.harvard.ed
5. Finkelhor D, Shattuck A, Turner H, Hamby S. A revised inventory of adverse childhood experiences. Child Abuse Negl. 2015; 48:13-21.
6. Lanier P, Maguire-Jack K, Lombardi B, Frey J, Rose RA. Adverse childhood experiences and child health outcomes: comparing cumulative risk and latent class approaches. Matern Child Health J. doi: 10.1007/s10995-017-2365-1.
7. Cronholm PF, Forke CM, Wade R, *et al.* Adverse childhood experiences: expanding the concept of adversity. Am Journal Prev Med. 2015;49(3):354-361.
8. Shonkoff JP, Slopen N, Williams DR. Early childhood adversity, toxic stress, and the impacts of racism on the foundations of health. Annu. Rev. Public Health 2021. 42:115–34
9. Lombardi AB. A síndrome da exclusão social: as origens, os fatores de risco, os múltiplos sintomas biopsicossociais ao longo dos períodos do ciclo de vida e os fatores perpetuadores. [Tese]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais; 2009. 339p.
10. United Nations. Universal declaration of human rights (1948). https://www.un.org/en/about-us/universal-declaration-of-human-rights. Acessado em 19 de abril de 2021.
11. Brasil. Estatuto da criança e do adolescente. Available at https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/crianca-eadolescente/estatuto-da-crianca-e-do-adolescente-versao-2019.pdf.
12. Austin A. Association of adverse childhood experiences

with life course health and development. N C Med J. 2018;79(2):99-103.
13. Lombardi AB. Repetência e evasão escolar em classe socioeconômica desfavorecida: um estudo de 39 crianças de 1a série de uma escola pública – história de vida, perfil biopsicossocial. [Dissertação]. Belo Horizonte: Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais; 1995. 249p.
14. Bee, H. A criança em desenvolvimento. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2003. 612p.
15. Bronfenbrenner, U. A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados. Porto Alegre: Artes Médicas; 2002. 267p.
16. Bandin J. A criança em situação de pobreza extrema. In: Assumpção Junior FB, Kuczinski E. Situações psicossociais na infância e adolescência. São Paulo: Atheneu. 2008. p. 113-123.
17. Garbarino J. The human ecology of early risk. In: Meisels S J, Shonkoff JP. (Eds.). Handbook of early childhood intervention. Melbourne: Cambridge University Press. 1990. p. 78-96.
18. Rutter, M, Shaffer, D, Sturge, C. A guide to a multiaxial classification scheme for psychiatric disorders in childhood and adolescence. London: Department of Child and Adolescent Psychiatry of the Institute of Psychiatry. 1985. 46p.

Artigo original

Disfunção do trato urinário inferior e mau desempenho escolar em crianças e adolescentes

Lower urinary tract dysfunction and poor school performance in children and adolescents

Melissa Faria Dutra [1], Simone Cardoso Lisboa Pereira [2], Eleonora Moreira Lima[1], Taciana Maia de Sousa [2], Luana Caroline dos Santos [2], Celia Regina Moreira Lanza [3], Vanessa de Oliveira Martins-Reis [4], Stela Maris Aguiar Lemos [4], Mônica Maria de Almeida Vasconcelos[1].

RESUMO

Introdução: A disfunção do trato urinário inferior tem sido relacionada a diversas condições, incluindo mau desempenho escolar. Entretanto poucos estudos investigaram essa associação. Objetivo: Verificar a associação entre sintomas do trato urinário inferior e mau desempenho escolar em crianças e adolescentes com baixas condições socioeconômicas. Métodos: Estudo observacional analítico transversal desenvolvido em escolas públicas do Brasil. Foram incluídos 316 estudantes com idades entre 6 e 17 anos. Os dados foram coletados utilizando as seguintes ferramentas: Dysfunctional Voiding Scoring System para rastrear sintomas do trato urinário inferior; Escala Fecal de Bristol para descrição das fezes; Inventário de recursos do ambiente familiar para avaliar o ambiente familiar; Teste de Competência de Leitura de Palavras e Pseudopalavras e questionário para avaliação do desempenho escolar. Resultados: A prevalência de sintomas do trato urinário inferior foi de 49,4% e de atraso escolar foi de 43,9%. A amostra foi composta exclusivamente por famílias de classe socioeconômicas C, D e E. Houve associação significativa entre sintomas do trato urinário inferior e sexo feminino e constipação. Não houve associação significativa entre sintomas do trato urinário inferior e variáveis socioeconômicas e sociodemográficas, assim como com variáveis do desempenho escolar. Conclusões: Embora não se tenha encontrado associação entre sintomas do trato urinário inferior e mau desempenho escolar, a prevalência de atraso escolar e de sintomas de disfunção do trato urinário inferior foi elevada nessa população. Portanto, enfatiza-se a importância de investigação detalhada dos possíveis fatores de risco no contexto escolar.

Palavras-chave: Sintomas do trato urinário inferior. Crianças. Adolescentes. Aprendizagem.

ABSTRACT

Introduction: Lower urinary tract dysfunction has been linked to several conditions, including poor school performance. However, few studies have investigated this association. Objective: To verify the association between lower urinary tract symptoms and poor school performance in children and adolescents with low socioeconomic conditions. Methods: An observational analytical cross-sectional study was conducted in 316 students aged 6 to 17 years from public schools in Brazil. Data were collected using the following tools: Dysfunctional Voiding Scoring System to screen for lower urinary tract dysfunction symptoms; Bristol Stool Chart to assess constipation; Inventory of family environment resources to raise family environment resources; Word and Pseudoword Reading Competence Test and questionnaires to assess school performance. Results: The prevalence of symptoms of the lower urinary tract was 49.4% and school delay was 43.9%. The sample was composed exclusively by socioeconomic class families C, D and E. There was a significant association between lower urinary tract symptoms and female gender and constipation. There was no significant association between lower urinary tract symptoms and socioeconomic and sociodemographic variables, as well as with variables related to school performance. Conclusions: Although no association was found between lower urinary tract symptoms and poor school performance, the prevalence of school delay and lower urinary tract dysfunction symptoms were high in this population. Therefore, the importance of a detailed investigation of possible risk factors in the school context is emphasized.

Keywords: *Lower urinary tract symptoms. Children. Adolescents. Learning*

1 Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Departamento de Pediatria. Belo Horizonte, MG – Brasil.
2 Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Departamento de Nutrição. Belo Horizonte, MG – Brasil.
3 Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Odontologia, Departamento de Clínica, Patologia e Cirurgia Odontológicas. Belo Horizonte, MG – Brasil.,
4 Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Departamento de Fonoaudiologia. Belo Horizonte, MG – Brasil.

Autor correspondente: Mônica Maria de Almeida Vasconcelos
Departamento de Pediatria, Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Avenida Prof. Alfredo Balena, 190 – Santa Efigênia – MG. Postal CEP: 30130-100. Brasil. E-mail: monicamavascon@gmail.com. Telefone: 31 991347840.

INTRODUÇÃO

A disfunção do trato urinário inferior (DTUI) é definida como a função anormal desse sistema para a idade da criança e geralmente se manifesta por sintomas diurnos (frequência urinária aumentada ou diminuída, incontinência urinária, urgência e manobras de contenção para adiar a micção) e pode, muitas vezes, associar-se a sintomas noturnos (enurese).[1] É uma condição comum na prática pediátrica, com prevalência em torno de 21,8%.[2] O diagnóstico de DTUI de causa funcional é feito após a exclusão de anormalidades neurológicas e anatômicas.[1] Em crianças e adolescentes, algumas condições são comumente associadas à DTUI, tais como sintomas intestinais (constipação e incontinência fecal)[3], distúrbios do desenvolvimento neurológico (distúrbio do déficit de atenção com hiperatividade e distúrbio desafiador de oposição)[4], distúrbios do sono[5], alterações posturais e de equilíbrio[6] e mau desempenho escolar.[7,8]

No Brasil, a prevalência de crianças com mau desempenho escolar é de 30 a 50% nos primeiros seis anos de escolaridade.[9] Define-se como mau desempenho escolar um rendimento escolar abaixo do esperado para determinada idade, habilidades cognitivas e escolaridade. Pode resultar em problemas emocionais como baixa autoestima e desmotivação.[9] Desempenho escolar é um termo amplo que, convencionalmente, pode ser classificado em dificuldade escolar e transtorno de aprendizagem.[9] O transtorno de aprendizagem relaciona-se a problemas na aquisição e desenvolvimento de funções cerebrais envolvidas na aprendizagem, ou seja, é intrínseca ao indivíduo.[9,10] Dificuldade escolar relaciona-se a problemas de origem pedagógica e/ou sociocultural, ou seja, é extrínseco ao indivíduo. Dentre as causas extrínsecas pode-se destacar a inadequação pedagógica e condições socioculturais desfavoráveis ou pouco estimuladoras, desmotivação, baixa autoestima e desinteresse.[9]

Crianças e adolescentes com DTUI parecem ter mais dificuldade escolar.[7,8,11] No entanto, a maioria dos estudos encontrados sobre o tema, abordou apenas um dos sintomas de DTUI, a enurese.[7,12] Embora a literatura apresente estudos que investiguem a associação de DTUI com problemas escolares ainda há lacunas a serem investigadas tais como estudos que avaliem se crianças com sintomas diurnos de DTUI apresentam pior desempenho escolar. Assim, o presente estudo é oportuno e tem como objetivo avaliar a associação entre os sintomas diurnos de DTUI e o mau desempenho escolar, duas queixas comuns em consultas pediátricas na faixa etária escolar.[13, 14]

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, analítico e de delineamento transversal realizado em três escolas públicas de Belo Horizonte as quais faziam parte do projeto "Programa Saúde na Escola: situação atual e perspectivas futuras", desenvolvido pelo Programa de Educação pelo Trabalho em Saúde (PET - Saúde/III). Essas escolas situavam-se nas regionais Norte e Venda Nova, regiões classificadas com índice muito alto de vulnerabilidade social. A amostra foi composta por 316 participantes na faixa etária entre 6 e 17 anos e os dados foram coletados ao longo do ano de 2014.

Para a triagem da DTUI, utilizou-se o questionário *Dysfunctional Voiding Scoring System* (DVSS), adaptado culturalmente para a população brasileira.[15,16] Esse instrumento é composto por 10 questões, sendo 7 delas relacionadas à DTUI, tais como incontinência urinária diurna, intensidade da incontinência urinária, frequência urinária, manobras de contenção, dor ao urinar, esforço miccional e urgência urinária. O instrumento pesquisa esses sintomas nos últimos 30 dias. Duas questões avaliaram a função intestinal e uma avaliou a presença de eventos estressantes no ambiente familiar. A DTUI foi considerada presente quando o escore foi > 6 para meninas e > 9 para meninos. Cabe observar que o questionário DVSS não investiga a presença de enurese. Desta forma, neste estudo, o termo DTUI refere-se aos demais sintomas de DTUI, exceto a enurese.

Para auxiliar no rastreamento da constipação, utilizou-se a Escala Fecal de Bristol. Seu objetivo é avaliar, de maneira descritiva e ilustrativa, a forma do conteúdo fecal, utilizando métodos gráficos que representam sete tipos de fezes, de acordo com sua forma e consistência.[17] Considerou-se constipação fezes dos tipos 1, 2 e 3.

A fim de caracterizar a população estudada e avaliar sua relação com DTUI, variáveis socioeconômicas (renda per capita e participação no programa de transferência de renda) e variáveis sociodemográficas (idade, sexo e escolaridade dos participantes e seus respectivos responsáveis) foram coletadas por meio de questionários elaborados pelos pesquisadores. Utilizou-se o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) para descrever o nível socioeconômico da amostra. Esta classificação divide a população brasileira em seis estratos socioeconômicos denominados A, B1, B2, C1, C2, D e E, sendo A, a classe mais alta e D e E, as classes mais baixas.[18]

A distorção idade-ano escolar (atraso escolar) foi calculada com base nos critérios do Instituto Nacional de Pesquisa, os quais consideram distorção o participante que possui idade 2 anos acima da idade esperada para aquele ano escolar.[19]

Para a avaliação do mau desempenho escolar, utilizou-se questionário elaborado pelos pesquisadores com perguntas direcionadas aos participantes e seus responsáveis. O questionário dos participantes incluía duas perguntas: Você tem dificuldade em entender o que o professor diz? Você tem dificuldade em ler / escrever?

O questionário direcionado aos pais e/ou responsáveis tinha sete perguntas: Seu filho tem dificuldade de concentração? Seu filho tem dificuldade de ler? Seu filho tem dificuldade de memória? Seu filho tem dificuldade de contar fatos e histórias? Seu filho tem dificuldade de compreender o que o outro fala? Seu filho tem dificuldade de fala? Seu filho pede para repetir o que o outro fala? As opções de resposta foram sim, não e não sei. Respostas afirmativas foram consideradas presença de queixas de mau desempenho escolar.

Para avaliação da leitura silenciosa de palavras e pseudopalavras utilizou-se o Teste de Competência de Leitura de Palavras e Pseudopalavras (TCLPP). É composto por sete subtestes e, para análise, pontuações classificadas como rebaixadas e muito rebaixadas foram consideradas resultados alterados.[20]

Os questionários foram aplicados individualmente por alunos de graduação de cursos da área da saúde os quais foram treinados pelo grupo de tutores do PET saúde, e acompanhados por profissionais da Unidade Básica de Saúde, que eram também preceptores do Programa PET saúde, do Ministério da Saúde e Educação.

Com objetivo de analisar os recursos do ambiente familiar que possam contribuir para o aprendizado nos primeiros anos do ensino fundamental, utilizou-se o Inventário de Recursos do Ambiente Familiar (RAF). Este foi aplicado conforme prescrito originalmente pelos autores, sob a forma de entrevista semiestruturada, onde cada tópico foi passado ao informante oralmente.[21] Optou-se, neste estudo, por utilizar apenas a pontuação total, não o dividindo em domínios.

Considerou-se DTUI a variável resposta deste estudo e como variáveis explicativas os aspectos socioeconômicos e sociodemográficos, RAF, constipação, aspectos relacionados a aprendizagem (questionários elaborados pelos autores direcionados aos participantes e a seus respectivos responsáveis) e a leitura de palavras e

pseudopalavras.

Realizou-se análises descritivas e univariadas com auxílio do programa *Statistical Package for the Social Science* e análise multivariada utilizando o programa STATA versão 11. Para estimativa de associação entre duas variáveis aplicou-se o teste qui-quadrado e exato de Fisher. Para todas as análises adotou-se nível de significância de 5%. Todas as análises univariadas entre DTUI e as variáveis explicativas que apresentaram como resultado ≤ 0.20 foram selecionadas para o modelo inicial da análise multivariada.[22] Entraram nesse modelo as seguintes variáveis explicativas: sexo e idade do participante, idade do responsável, constipação, benefício assistencial, RAF total, dificuldade de contar fatos e histórias, pede para repetir o que o outro fala. Para tal, o estudo utilizou a Regressão de Poisson com variância robusta adotando a DTUI como desfecho e o método backwards para inserção das variáveis explicativas.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética. Participantes, pais e/ou responsáveis assinaram o termo de consentimento informado.

Os critérios de exclusão foram crianças com atraso no desenvolvimento motor, questionários incompletos e sujeitos que não assinaram o termo de consentimento informado.

RESULTADOS

Participaram do estudo 316 estudantes, dos quais 74,7% (236) se encontravam na faixa etária de 10 a 17 anos e 55,4% (175) eram do sexo feminino. Mais da metade dos responsáveis tinham idade até 40 anos (59,6%) e 64,7% haviam completado o ensino fundamental. A prevalência de atraso escolar foi de 43,9% e 60,8% dos participantes cursavam o ensino fundamental I.

A amostra foi constituída por famílias de classe socioeconômica baixa, onde 44,5% pertenciam à classe C e 55,5% às classes D e E, segundo CCEB. Quase todas as famílias (93,8%) possuíam renda per capita menor que o salário-mínimo nacional. Além disso, 58% das famílias faziam parte de programa de benefício assistencial do governo.

A prevalência geral de DTUI foi de 49,4%, sendo maior no sexo feminino (76,9%). Os sintomas urinários mais comuns foram manobras de contenção (49,1%), urgência miccional (29,7%) e incontinência urinária diurna (5,1%). A prevalência da constipação foi de 65,5%.

A DTUI associou-se ao sexo feminino (76,9% vs. 23,1%; p = 0,001) e constipação (73,1% vs. 26,9%; p = 0,005). Não houve associação significativa ao RAF e a demais variáveis socioeconômicas e sociodemográficas estudadas. Também não se encontrou associação significativa entre DTUI e as variáveis contidas nos questionários sobre desempenho escolar (Tabelas 1 e 2) e DTUI e atraso escolar (43,9% vs 54,7%; p=0,094).

Tabela 1 – Associação dos sintomas do trato urinário inferior e aspectos relacionados ao mau desempenho escolar (queixas dos participantes).

Variáveis	DTUI			
	Total	Sim	Não	Valor
	n (%)	n (%)	n (%)	-p
Dificuldade de entender o que o professor fala (n=316)				
Sim	70 (22,2)	35 (22,4)	35 (21,9)	0,904
Não	246 (77,8)	121 (77,6)	125 (78,1)	
Dificuldade de ler / escrever (n=316)				
Sim	71 (22,5)	36 (23,1)	35 (21,9)	0,798
Não	245 (77,5)	120 (76,9)	125 (78,1)	
TCLPP (n=316)				
1 Muito baixo	10 (3,2)	4 (2,6)	6 (3,8)	0,635
2 Baixo	24 (7,6)	10 (6,4)	14 (8,8)	
3 Médio	267 (84,5)	136 (87,2)	131 (81,9)	
4 Elevado	15 (4,8)	6 (3,8)	9 (5,6)	

TCLPP: Teste de competência de leitura de palavras e pseudopalavras.

Tabela 2 – Associação dos sintomas do trato urinário inferior e aspectos relacionados ao mau desempenho escolar (relato dos pais).

Variáveis	DTUI			
	Total	Sim	Não	Valor
	n (%)	n (%)	n (%)	-p
Dificuldade de concentração (n=312)				
Sim	155 (49,7)	75 (48,7)	80 (50,6)	0,733
Não	157 (50,3)	79 (51,3)	78 (49,4)	
Dificuldade de ler (n=304)				
Sim	99 (32,6)	49 (33,6)	50 (31,6)	0,722
Não	205 (67,4)	97 (66,4)	108 (68,4)	
Dificuldade de memória (n=305)				
Sim	45 (14,8)	20 (13,2)	25 (16,2)	0,462
Não	260 (85,2)	131 (86,8)	129 (83,8)	
Dificuldade de contar fatos e histórias (n=311)				

Variáveis	DTUI			
	Total	Sim	Não	Valor
	n (%)	n (%)	n (%)	-p
Sim	41 (13,2)	16 (10,4)	25 (15,9)	0,149
Não	270 (86,8)	138 (89,6)	132 (84,1)	
Dificuldade de compreensão (n=313)				
Sim	40 (12,8)	19 (12,3)	21 (13,3)	0,784
Não	273 (87,2)	136 (87,7)	137 (86,7)	
Dificuldade de fala (n=316)				
Sim	37 (11,7)	15 (9,6)	22 (13,8)	0,253
Não	279 (88,3)	141 (90,4)	138 (86,3)	
Pede para repetir (n=309)				
Sim	85 (27,5)	35 (23,2)	50 (31,6)	0,096
Não	224 (72,5)	116 (76,8)	108 (68,4)	

Ao final da análise multivariada, permaneceram no modelo as variáveis sexo, mostrando que ser do sexo feminino aumentou 2,68 vezes a chance de apresentar DTUI e RAF total, mostrando que o aumento de 1 ponto no RAF diminui em 1% a prevalência de DTUI (Tabela 3).

Tabela 3 – Modelo final da Regressão logística de fatores associados aos sintomas de DTUI

DTUI	RP	IC 95% (OR)	Valor p
Sexo	2,66	1,98 – 3,59	<0,000
Soma RAF	0,99	0,98 – 0,99	<0,025

RP = Razão de prevalência; OR: odds ratios; DTUI: Disfunção do Trato urinário Inferior

DISCUSSÃO

Este estudo evidenciou prevalência de DTUI extremamente alta. Ao analisar o perfil da amostra, nota-se que as escolas participantes se situavam em regiões classificadas como de muito elevado índice de vulnerabilidade social. Grande parte das famílias tinha renda per capita inferior a um salário-mínimo e baixa classificação no CCEB, o que pode ter contribuído para este resultado. Estudos mostram que o baixo nível socioeconomico é fator de risco para DTUI. [2, 13] Vaz *et al*, relataram prevalência de DTUI em 21,8% dos estudantes de três escolas públicas do estado de Minas Gerais. Nesse estudo, a escola localizada na região economicamente mais vulnerável (classe D), apresentou prevalência de DTUI de 48,5%, valor semelhante ao nosso. A escola classificada como classe C, a prevalência foi de 18,6%, ou seja, 3,5 vezes menor. 2 Outro estudo realizado na Austrália, mostrou prevalência de 19,2% de incontinência urinária entre estudantes de escolas localizadas próximas a região central de Sydney.[23] O estudo não detalha a classificação socioeconômica de suas famílias, entretanto trata-se de um país desenvolvido, e as escolas se localizavam em regiões mais centrais, pressupondo-se que o nível socioeconômico não fosse tão baixo. Um estudo multicêntrico coreano no qual participaram 19.240 crianças (5 a 13 anos), encontrou prevalência de DTUI de 46,4%, e concluíram que o baixo padrão de educação paterna e a baixa renda familiar foram fatores de risco para DTUI.13 No presente estudo, os responsáveis pelas famílias também tinham baixo grau de escolaridade.

Poucas condições materiais, má qualidade do estímulo doméstico e recursos financeiros escassos aumentam as chances de estresse.[24] O estresse social, na infância, pode interferir no desenvolvimento da arquitetura do cérebro e afetar negativamente o comportamento e a fisiologia dos órgãos e sistemas reguladores. Essas crianças são mais susceptíveis a problemas comportamentais os quais são fatores de risco para DTUI.[25]

Ao analisar a relação da DTUI com variáveis sociodemográficas, encontrou-se associação significativa entre DTUI e sexo feminino e a análise multivariada reforçou essa associação mostrando que ser do sexo feminino quase triplicou as chances do indivíduo de apresentar DTUI.

Este achado corrobora a literatura e pode ser atribuído ao hábito das meninas de adiar a micção até encontrar um local adequado.[2,8] Para reforçar essa hipótese, as manobras de contenção foram os sintomas de DTUI mais prevalentes neste estudo. Além deste mau hábito, elas tendem a urinar agachadas, evitando o contato direto ao vaso sanitário, por medo de contaminação, o que dificultaria o relaxamento adequado dos músculos do assoalho pélvico no momento da micção. Esse hábito pode, em longo prazo, levar à micção disfuncional, que é o espectro mais grave da DTUI.[26] Por razões semelhantes, as meninas também tendem a adiar a evacuação. Considerando que mais da metade da amostra era constituída de meninas, esse comportamento também poderia justificar a alta prevalência de constipação, e a associação encontrada entre DTUI e constipação intestinal. Postergar a evacuação predispõe o ressecamento das fezes resultando em evacuações mais dolorosas. O medo da dor leva a um novo adiamento evacuatório. Este ciclo pode agravar tanto a constipação quanto a DTUI.[11] Além disso, más condições e medo dos banheiros da escola podem ser possíveis causas desse comportamento.[27] Um estudo que investigou a experiência dos estudantes com os banheiros das escolas relatou que meninas evitam de usá-los com maior frequência.[28] Além disso, professores parecem não ter conhecimento sobre os sintomas de DTUI, e portanto não contribuem para medidas preventivas ou mesmo curativas.[29] Diante deste cenário, torna-se necessário refletir sobre a importância de orientar crianças sobre hábitos corretos de micção e evacuação assim como professores e educadores. Estes deveriam ser instruídos sobre os malefícios de impedir os alunos de irem ao

banheiro quando solicitado. Além disso, as condições físicas e de higiene dos banheiros das escolas precisariam ser estimuladas.

Outro achado importante foi a alta prevalência da distorção idade-ano escolar. Quase metade dos participantes cursava um ano escolar inadequado para a sua idade. Pesquisa com amostra representativa da população brasileira de estudantes do ensino público fundamental investigou fatores associados ao atraso escolar. Encontrou taxa de distorção idade-ano escolar semelhante à do presente estudo (46%) e verificou que baixo nível de educação familiar e baixa renda per capta foram alguns dos fatores associados.[30] Além disso, no Brasil, a baixa qualidade do ensino público em áreas mais vulneráveis é comum. Censo escolar de 2017 mostrou que a taxa de distorção idade-ano escolar nas escolas públicas é quatro vezes maior que nas escolas particulares.[19] Estudos anteriores mostram que o mau desempenho escolar tem um impacto negativo tanto na qualidade de vida quanto na percepção de saúde pelas crianças.[31] Desta forma, o contexto socioeconômico em que a criança está inserida parece influenciar na vida da criança como um todo, o que merece abordagem multidisciplinar.

Apesar da alta prevalência de DTUI e de atraso escolar encontradas no presente estudo, não houve associação entre DTUI e os aspectos relacionados ao mau desempenho escolar. Estudo anterior encontrou baixo nível de desempenho escolar em 55% das crianças com DTUI. Embora as características socioeconômicas da amostra estudada sejam similares as do presente estudo, vale considerar que o delineamento de conveniência e o tamanho amostral não permitem a generalização.[8] Outro estudo mostrou que crianças com disfunção vesical e intestinal tinham mais problemas escolares, incluindo baixo desempenho escolar. No entanto, este desempenho foi avaliado somente por meio de uma única pergunta direcionada aos pais sobre esse assunto. Assim, apesar da percepção da família ser um dado importante há diferenças metodológicas com os dados analisados neste estudo.[11]

No presente estudo, o desempenho escolar foi analisado pela autopercepção dos participantes, percepção dos pais ou responsáveis e instrumentos validados. Assim, a triangulação de variáveis ampliou a possibilidade de discussão pois avaliou diversos aspectos relacionados à aprendizagem, tais como a avaliação da competência leitora, por meio de teste validado, relatos dos pais e/ou responsáveis e queixas dos próprios participantes. Outros trabalhos sobre o tema usaram apenas questões isoladas como testes padronizados ou entrevista com o aluno.[8, 11] As perguntas existentes nos questionários elaborados pelos pesquisadores objetivaram investigar funções relacionadas ao aprendizado tais como atenção, memória, comportamento, fala e fatores sociais que podem ser considerados queixas escolares, pois normalmente acompanham o mau desempenho escolar. O comprometimento dessas funções interfere negativamente no processo de ensino- aprendizagem sendo, portanto, fatores de risco para o mau desempenho escolar. Apesar da ausência de associação entre sintomas diurnos de DTUI e mau desempenho escolar, é necessário ainda amplificar tal discussão na busca de evidências mais robustas sobre a temática.

Sabe-se que o ambiente influencia no desenvolvimento da criança como um todo e que a disponibilidade dos recursos encontrados no ambiente tem papel importante no desempenho escolar. Estudo anterior encontrou associação entre o mau desempenho escolar de crianças e o RAF, especialmente no que se refere a pouca disponibilidade de brinquedos e objetos culturais (livros, jornais e revistas), bem como à baixa quantidade de atividades compartilhadas com os pais. Verificaram também associação entre os RAF e o grau de escolaridade das mães e o nível socioeconômico das famílias.[32] Esse contexto também pode ter influenciado na alta prevalência de atraso escolar encontrado no presente estudo.

A literatura sugere que, além de influenciar no aprendizado, as baixas condições socioeconômicas podem ser fator de risco para DTUI. Neste estudo, o resultado do inventário do RAF mostrou que as famílias possuíam um ambiente pobre em termos materiais e de estímulos para o desenvolvimento dessas crianças. E a análise multivariada encontrou que, para cada ponto a mais no somatório do inventário, reduz-se a prevalência de DTUI. Esta relação nunca havia sido investigada em estudos anteriores.

Certas limitações devem ser consideradas na avaliação dos resultados deste estudo. O termo mau desempenho escolar abrange vários aspectos, e pode ser influenciado por diferentes fatores, incluindo os contextos sociais e econômicos. Neste estudo, tais fatores não foram controlados, o que pode ser considerado fator de confusão. Além disso, a amostra foi homogênea não sendo possível compará-la a outras classes socioeconômicas. Outra limitação refere-se à utilização de delineamento de pesquisa transversal, que não permite estabelecer uma relação causal entre DTUI e demais variáveis investigadas.

Entretanto vale destacar os avanços do estudo. Segundo cálculo amostral prévio, a amostra foi representativa para a população de estudantes de escolas municipais do distrito norte de Belo Horizonte. Além disso, o estudo contemplou mais de um aspecto relacionado ao desempenho escolar utilizando uma triangulação entre a avaliação da competência leitora, por meio de teste validado, relatos dos pais e/ou responsáveis e queixas dos próprios participantes. Outro aspecto importante a ser considerado, foi o uso de instrumentos validados e confiáveis para a coleta de dados. O DVSS é um questionário validado e adaptado à nossa cultura, sendo o mais utilizado para a triagem de DTUI assim como o TCLPP é utilizado amplamente para avaliação da capacidade leitora. Além disso, para avaliação das variáveis socioeconômicas e ambientais foram utilizados os consagrados CCEB e o RAF.

A triangulação de variáveis relacionadas aos fatores individuais e seus determinantes sociais, fatores escolares e fatores ambientais, buscou avaliar a criança de forma ampla, considerando todo contexto em que ela se insere. Estudos anteriores mostraram que o contexto influencia tanto no processo de aprendizagem como naqueles relacionados à saúde. Hábitos de vida errôneos, como má alimentação, baixa ingesta hídrica e o hábito de postergar a micção ou a evacuação podem levar às disfunções do trato urinário inferior de causa funcional. Assim, como certas características familiares, tais como a ausência da mãe, a baixa escolaridade dos pais e a falta de incentivo a leitura de histórias, são práticas que não contribuem para a ampliação do conhecimento da criança e, por conseguinte, para o sucesso escolar.

Diante das altas prevalências de DTUI e de atraso escolar nesta população, reforça-se a importância de pesquisas e intervenções em âmbito escolar e familiar. Orientar pais e educadores sobre hábitos de vida saudáveis pode ser o primeiro passo para a prevenção da DTUI. Pesquisas futuras que investiguem a possível associação entre DTUI e mau desempenho escolar em diferentes perfis populacionais e com maior controle dos fatores de confusão devem ser realizados a fim de comprovar esta hipótese.

LISTA DE ABREVIAÇÕES

Disfunção do trato urinário inferior (DTUI)
Programa de educação pelo trabalho em saúde (PET) *Dysfunctional voiding scoring system* (DVSS)
Critério de classificação econômica Brasil (CCEB) Teste de leitura

de palavras e pseudopalavras (TCLPP) Recursos do ambiente familiar (RAF)

REFERÊNCIAS

1. Austin PF, Bauer BS, Bower W, Chase J, Franco I, Hoebeke P, Ritting S, Walle JV, Gontard A, Wright A, Yang SS, Nevéus T. The standardization of terminology of lower urinary tract function in children and adolescents: Update report from the standardization committee of the International Children's Continence Society. Neurourol Urodyn. 2016; 35(4): 471-81.
2. Vaz GT, Vasconcelos MM, Oliveira EA, Ferreira AL, Magalhães PG, Silva FM, Lima EM. Prevalence of lower urinary tract symptoms in school-age children. Pediatr Nephrol. 2012; 27: 597-603.
3. Sampaio C, Sousa AS, Fraga LG, Veiga ML, Netto JMB, Barroso Junior U. Constipation and lower urinary tract dysfunction in children and adolescents: A population-based study. Front Pediatr. 2016; 4:101.
4. Biederman J, Santangelo SL, Faraone SV, Kiely K, Guite J, Mick E, Reed ED, Kraus I, Jellinek M, Perrin J. Clinical correlates of enuresis in ADHD and non-ADHD children. J Child Psychol Psychiatry. 1995; 36(5): 865-77.
5. Soster LA, Alves R, Fagundes SN, Koch VH, Bruni O. Sleep disturbances associated with sleep enuresis: A questionnaire study. Eur J Paediatr Neur. 2016; 20(2):282-285.
6. Pereira RPR, Fagundes SN, Lebl AS, Soster LA, Machado MG, Koch VHK, Tanaka C. Children with nocturnal enuresis have posture and balance disorders. J Pediatr Urol. 2016; 12(4): 216. e1- e6.
7. Esposito M, Carotenuto M, Roccella M. Primary nocturnal enuresis and learning disability. Minerva Pediatr. 2011; 63(2): 99-104.
8. Veloso LA, Mello MJGD, Neto R, Martins JP, Barbosa LNF, Silva EJDC. Quality of life, cognitive level, and school performance in children with functional lower urinary tract dysfunction. J Bras Nefrol. 2016; 38(2): 234-44.
9. Siqueira CM, Gurgel-Gianetti J. Mau desempenho escolar: uma visão atual. Rev Assoc Med Bras. 2011; 57(1): 78-87.
10. Ciasca SM. Distúrbios de Aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar. In: Ciasca SM. Distúrbios e dificuldade de aprendizagem: questão de nomenclatura. 2ª ed. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2003. 19-31.
11. Martins G, Minuk J, Varghese A, Dave S, Williams K, Farhat WA. Non-biological determinants of paediatric bladder bowel dysfunction: A pilot study. J Pediatr Urol. 2016; 12(2): 109.e1-6.
12. Sarici H, Telli O, Ozgur BC, Demirbas A, Ozgur S, Karagoz MA. Prevalence of nocturnal enuresis and its influence on quality of life in school-aged children. J Pediatr Urol. 2016; 12(3): 159.e1-6.
13. Chung JM, Lee SD, Kang DI, Kwon DD, Kim KS, Kim SY, Kim HG, Moon DG, Park KH, Park YH, Pai KS, Suh HJ, Lee JW, Cho WY, Ha TS, Han SW. An epidemiologic study of voiding and bowel habits in Korean children: a nationwide multicenter study. Urology. 2010; 76(1): 215-9.
14. Lefèvre A, Diament AJ. Epidemiology in child neurology: study of the more common diagnoses. Rev Hosp Clin Fac Med. 1982; 37(5): 199-205.
15. Farhat W, Bägli DJ, Capolicchio G, O'reilly S, Merguerian PA, Khoury A, McLorie GA. The *dysfunctional voiding scoring system*: quantitative standardization of dysfunctional voiding symptoms in children. J Urol. 2000; 164(3): 1011-5.
16. Calado AA, Araújo EM, Barroso Junior U, Netto JMB, Zerati Filho M, Macedo Junior A, Bagli D, Farhat W. Cross-cultural adaptation of the dysfunctional voiding score symptom (DVSS) questionnaire for Brazilian children. Inter Braz J Urol. 2010; 36(4): 458-63.
17. Lewis S, Heaton K. Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time. Scand J Gastroenterol. 1997; 32(9): 920-4.
18. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério Brasil [on-line]. Belo Horizonte, Brasil; 2018. [acesso 19 Dez 2018]. Disponível em: htpps://www.abep.org/criterio-brasil.
19. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa. Indicadores Educacionais do Censo Escolar [on-line]. Belo Horizonte, Brasil; 2018. [acesso 14 Ago 2018]. Disponível em: http://www.portal.inep.gov.br/web/guest/indicadores-educacionais.
20. Capovilla FC, Varanda C, Capovilla AG. Word and Pseudoword Reading Competence Test: standardization and validity. Teste de Competência de Leitura de Palavras e Pseudopalavras: normatização e validação. Rev Psic. 2006; 7(2): 47-59.
21. Marturano EM. O inventário de recursos do ambiente familiar. Psicol Reflex Crit. 2006; 19(3):4 98-506.
22. Mickey J & Greenland SR. A study of the impact confounder - selection criteria on effect estimation. Am J of Epidemiology 1989; 129: 125-37.
23. Sureshkumar P, Craig JC, Roy LP, *et al.* Daytime urinary incontinence in primary school children: a population-based survey. J Pediatr. 2000;137:814-818.
24. Hair NL, Hanson JL, Wolfe BL, Pollak SD. Association of child poverty, brain development, and academic achievement. JAMA Pediatrics 2015; 169(9): 822-9.
25. Shonkoff JP, Garner AS. The Lifelong Effects of Early Childhood Adversity and Toxic Stress. Pediatrics 2012; 129 (1).
26. Yang KN, Chen SC, Chen SY, Chang CH, Wu HC, Chou ECL. Female voiding postures and their effects on micturition. Int Urogynecol J. 2010; 21(11): 1371-6.
27. Kistner M. Dysfunctional elimination behaviors and associated complications in school-age children. J Sch Nurs. 2009; 25(2): 108-16.
28. Norling M, Stenzelius K, Ekman N, Wennick A. High School Students' Experiences in School Toilets or Restrooms. J Sch Nurs. 2016; 32(3): 164-71.
29. Lordêlo P, Maron F, Barros DG, Barroso DV, Bessa JJ, Barroso Junior U. Lower urinary tract dysfunction in children: what do pre-school teachers know about it? Inter Braz J Urol. 2007; 33(3): 383-8.
30. Portela AL, Bussmann TB, Oliveira AMH. A relação de fatores individuais, familiares e escolares com a distorção idade-série no ensino público brasileiro. Nova Economia. 2017; 27(3): 477-509.
31. Rezende BA, Lemos SMA, Medeiros AM. Qualidade de vida e autopercepção de saúde de crianças com mau desempenho escolar Quality of life and health self-perception in children with poor school performance. Rev Paul Pediatr. 2017; 35(4): 415-421.
32. Santos, PL & Graminha, SSV. Problemas emocionais e comportamentais associados ao baixo rendimento acadêmico Estudos de Psicologia, 2006; 11(1), 101-109.

O 2º CONGRESSO MINEIRO ONLINE DE PEDIATRIA

RMMG
Revista Médica de Minas Gerais
31/S10

MENSAGEM DO PRESIDENTE DO CONGRESSO

Caros colegas,

Entramos em 2021 com a esperança de que faríamos um grandioso Congresso Mineiro de Pediatria presencial no Palácio das Artes. No entanto, a Pandemia da Covid-19 se prolongou e tivemos que decidir pela realização de um evento seguro para todos, mas não menos importante. O **2º Congresso Mineiro Online de Pediatria** acontecerá em 19 e 20 de novembro com ainda mais novidades do que a primeira edição.

Mais uma vez, será um momento inovador e inspirador.

Além das já tradicionais dinâmicas de aprendizado inauguradas no Congresso Online de 2020 e aplicadas ao longo de 2021 em nossos Simpósios e Momentos Científicos, outras atividades serão apresentadas, sendo a principal delas a Roda Viva.

Com uma hora de duração e um formato que lembra um programa de entrevista, as sessões da dinâmica Roda Viva vão ter um moderador e três professores convidados de especialidades diferentes ou outras profissões ligadas à área da saúde. O moderador apresenta um caso clínico ou um grupo de casos e solicita a participação de cada convidado, propondo uma discussão com respostas às questões e às dúvidas apresentadas.

As dinâmicas que reeditaremos para o 2º Congresso Online de Pediatria são:

A PedTalks, em que cinco convidados escolhidos a dedo vão apresentar temas inspiradores e transformadores.

Ano em Revisão, que contará com palestrantes de renomes nacionais apresentando os artigos mais relevantes publicados em 2020 e 2021, que envolvem aspectos práticos de temas específicos.

E a Pediatria em Pauta: uma atividade de perguntas e respostas com um moderador e três professores convidados – que podem ser pediatras, especialistas e participantes de áreas multiprofissionais. A ideia é abordar questões práticas do dia a dia do pediatra, com espaço para discussão com os congressistas.

Não podemos nos esquecer das aulas gravadas, com temas cuidadosamente escolhidos pelos Departamentos Científicos da SMP e de interesse do Pediatra para sua prática clínica.

Além da programação científica, o Congresso trará momentos de valorização da cultura, por meio de nossas atrações culturais. Temos certeza que a mistura de cultura, arte e educação, que deu tão certo no I Congresso Online vai continuar encantando todos os congressistas.

Para sábado no início da noite, vocês não perdem por esperar. Fazendo jus à hospitalidade mineira, teremos um ingrediente especial para temperar o final do evento. Um jantar online por adesão com a chef mineira Carolina Machado, da Confraria da Carol.

A comissão cientifica está empenhada na realização de um Congresso Online em que os inscritos não ampliarão somente seus conhecimentos, mas poderão sair transformados, principalmente no que diz respeito ao tema do evento: "**Criando futuros: por uma pandemia de esperanças**". Nossa ideia é apresentar para vocês congressistas que não existe uma "geração Covid", ou "geração perdida", mas sim crianças e adolescentes que precisam ser entendidos em suas perdas e demandas. Precisamos mirar um futuro de superações e realizações!

E é dentro dessa perspectiva que aguardamos todos com segurança em mais um encontro online da pediatria mineira e desejamos a todos um Natal e um Ano de 2022 com muita esperança.

Cássio da Cunha Ibiapina
Presidente da Sociedade Mineira de Pediatria

Marcos Evangelista de Abreu (*in memoriam*)
Presidente de honra

COMISSÃO ORGANIZADORA

Ana Fazito do Vale
Andrea Chaimowicz
Cássio da Cunha Ibiapina
Cláudia Ribeiro de Andrade
Eleonora Druve Tavares Fagundes
Raquel Gomes de Carvalho Pinto
Márcia Gomes Penido Machado
Marcos Carvalho de Vasconcelos
Mônica Maria de Almeida Vasconcelos
Nelson Conde Lobo Martins

COMISSÃO DE ESTUDANTES DE MEDICINA

André da Silva Barros - LAPED-UFMG
Elke Nascimento Gomes do Valle - LAPED
Mariana Soares Vieira - LIPE
Helena Assis Alvarenga - LAPPA
Livia Adami Parreira de Almeida - LASCEA
Tamyres Karen Fagundes Machado - LAP- Liga de Pediatria do Unibh
Natália Angélica Ferreira de Azevedo - LAP- Liga de Pediatria do Unibh
Ianca Siqueira Libânio – LIPE - UNIFENASBH
Ana Beatriz Francione Teixeira - LASCA
Ana Lúcia Souza Coelho – LASCA
Luisa Freitas de Melo - SAMMG
Rita de Cássia Porenna Nascimento Luz - SAMMG

PALESTRANTES

AMANDA HENRIQUES
ANA CAROLINA BUENO E SILVA
ANA CRISTINA ABRANTES
ANA CRISTINA DE CARVALHO FERNANDEZ FONSECA
ANA CRISTINA MAGESTE
ANA ELISA RIBEIRO FERNANDES
ANA LUIZA GARCIA CUNHA
ANA MARIA COSTA DA SILVA LOPES
ANA PAULA SAKAMOTO
ANDRÉ PESSOA
ANDREA CHAIMOWICZ
ANDREA LUCCHESI DE CARVALHO
AYESKA ANDRADE LIMA
CAMILA FERREIRA CORRÊA
LUCAS HENRIQUE CARVALHO
LUCIANA BAPTISTA PEREIRA
LUCIANA DINIZ GOMIDE
LUIS FERNANDO ANDRADE DE CARVALHO
MAÍLA GUIMARÃES
MÁRCIA GOMES PENIDO MACHADO
MÁRCIA KANADANI
MARCIA MARIA LEONARDO
MARCO ANTONIO CHAVES GAMA
MARCOS CARVALHO DE VASCONCELLOS
MARCOS JOSÉ BURLE DE AGUIAR
MARIA DA GLORIA CRUVINEL HORTA
MARIA DAS GRAÇAS RODRIGUES DE OLIVEIRA
MARIA VIRGINIA FURQUIM WERNECK MARINHO

CARLOS EDUARDO REIS DA SILVA
CAROLINA ANDRADE BRAGANÇA CAPURUÇO
CAROLINA ANTUNES DE SIQUEIRA SANTANA RIBEIRO
CAROLINA DE ARAÚJO AFFONSECA
CAROLINA MACHADO
CÁSSIO DA CUNHA IBIAPINA
CEZAR ANTONIO ABREU DE SOUZA
CLÁUDIA LÚCIA BARBOSA SALOMÃO
CLAUDIA MARCIA DE RESENDE SILVA
CLAUDIA RIBEIRO DE ANDRADE
CLÓVIS EDUARDO SANTOS GALVÃO
CRISTIANE DOS SANTOS DIAS
CRISTIANO TÚLIO MACIEL ALBUQUERQUE
CRISTINA GONÇALVES ALVIM
DANIELA CALDAS TEIXEIRA
DANIELA OTONI
DANIELLE CINTRA BEZERRA BRANDÃO
DEBORA MARQUES MIRANDA
DENISE ALVES BRASILEIRO
EDUARDO ARAUJO DE OLIVEIRA
ELAINE ALVARENGA DE ALMEIDA CARVALHO
ELEONORA DRUVE TAVARES FAGUNDES
ELISA DE CARVALHO
ELISE ZIMMERMANN
FERNANDA BARBOSA LOPES CARDOSO
FILOMENA CAMILO DO VALE
FLAVIA CRISTINA DE CARVALHO MRAD
FLÁVIA OLIVEIRA
FLÁVIA VASQUES BITTENCOURT
FRANCISCO CARLOS SALLES NOGUEIRA
GABRIELA ARAÚJO COSTA
GABRIELA WERNECK
GIANE MOREIRA PRAÇA
GLÁUCIA MARIA MOREIRA GALVÃO
GLÁUCIA REZENDE TAVARES
GRAZIELA CRISTINA MATTOS SCHETTINO
HENRIQUE DE ASSIS FONSECA TONELLI
HENRIQUE DE CAMPOS REIS GALVÃO
JAISSON GUSTAVO FONSECA
JESIANA PEDROSA
JOÃO PAULO BECKER LOTUFO
JOEL ALVES LAMOUNIER
JOSÉ GERALDO LEITE RIBEIRO
KARINA SOARES LOUTFI
MARIANA AFFONSO VASCONCELOS
MARILIS TISSOT
MARINA PINHEIRO ROCHA FANTINI
MARISA BICALHO
MARISA LAGES RIBEIRO
MARTA CRISTINA DUARTE
MELISSA MACHADO VIANA
MILANA DAN
MONICA MORA
MONICA VERSIANI N. PINHEIRO DE QUEIROZ
NARANEY ROSA DE FARIA
NATANAEL LOURENÇO MOTA
NATHÁLIA TEIXEIRA PALLA BRAGA
NELSON CONDE LOBO MARTINS
PATRICIA BARCELLOS DINIZ
PATRICIA RAMALHO FONSECA CRUVINEL
PATRÍCIA SUPRANI
PAULA VALLADARES GUERRA RESENDE
PAULO AUGUSTO MOREIRA CAMARGOS
PAULO FERNANDO SOUTO BITTENCOURT
PEDRO PAULO JOAQUIM JUNIOR
PRISCILA MENEZES FERRI LIU
RACHEL HORTA
RAQUEL GOMES DE CARVALHO PINTO
RAQUEL PITCHON DOS REIS
REGINA COELI
RENATA C. DI FRANCESCO
RENATA MARCOS BEDRAN
RENATA PINHO QUINET
RHAYANNE GOMES DE SOUZA MARIANO
RICARDO KRAUSE
RICARDO NEVES GODINHO
ROBERTA GAZZI SALUM
RODRIGO CARNEIRO DE CAMPOS
RODRIGO GALINARI DA COSTA FARIA
RODRIGO GUIMARÃES PEREIRA
RODRIGO REZENDE ARANTES
ROSA LIMA NASCIMENTO BERTOLIN
REBECCA MAUNSELL
SANDRA REGINA TOLENTINO CASTILHO
SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA
SILVIA SANTIAGO CORDEIRO
SORAYA LUIZA CAMPOS SILVA
TALITAH MICHEL SANCHEZ CANDIANI

KARINE FERREIRA SANTOS
KATIA DUMOND
KEVIN ALVARENGA
LAÍS MEIRELLES NICOLIELLO VIEIRA
LAURA LEITE BARON MARIANO
LAURA MARIA DE LIMA BELIZÁRIO FACURY LASMAR
LETÍCIA ALVES ANDRADE
LETÍCIA VEIGA LIMA
LIGIA CONTE
LILIAN MARTINS OLIVEIRA DINIZ
LIVIA PEREIRA
LORENA NUNES
LUCAS DA SILVEIRA GUERRA LAGES
TÂNIA MARIA SIH
TATIANA MATTOS AMARAL
THAIS RAMOS VILLELA
TRISSIA MARIA FARAH VASSOLER
VALÉRIA LOUREIRO ROCHA
VANESSA CARLA DE MORAES GONÇALVES CIRINO
VANIA SCHINZEL
VERONICA FERREIRA CURY
VIRGÍNIA RESENDE SILVA WEFFORT
WANDILZA FÁTIMA DOS SANTOS
WILSON ROCHA FILHO
ZILMA SILVEIRA NOGUEIRA REIS

PROGRAMA

PROGRAMAÇÃO 19.11 (SEXTA-FEIRA)

12:30-12:55 CERIMÔNIA DE ABERTURA

13:00-13:30 PALESTRA INSPIRACIONAL DE ABERTURA: CRIANDO FUTUROS: POR UMA PANDEMIA DE ESPERANÇA
PALESTRANTE: RICARDO KRAUSE

13:35- 14:35 RODA VIVA: PNEUMOLOGIA
MODERADORA: CLAUDIA RIBEIRO DE ANDRADE
DEBATEDORAS: LAIS MEIRELLES NICOLIELLO VIEIRA, MONICA VERSIANI NUNES PINHEIRO DE QUEIROZ, MARTA CRISTINA DUARTE

14:40-15:25 PEDIATRIA EM PAUTA: COVID 19
MODERADORA: GABRIELA ARAÚJO COSTA
DEBATEDORAS: DÉBORA MIRANDA, LILIAN MARTINS OLIVEIRA DINIZ, DANIELA CALDAS TEIXEIRA

15:30-15:45 ATIVIDADE CULTURAL (ATIVIDADE PAGA COM RECURSO PRÓPRIO DA SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA, SEM CUSTO ADICIONAL AO EVENTO)

15:50-16:20 SIMPÓSIO SATÉLITE SANOFI (ALLEGRA)
DA CRISE AO CONTROLE DA RINITE ALÉRGICA: ONDE ESTAMOS?
PALESTRANTE: CLÓVIS EDUARDO SANTOS GALVÃO

16:25-17:25 RODA VIVA: GASTROENTEROLOGIA
MODERADORA: ELEONORA DRUVE TAVARES FAGUNDES
DEBATEDORES: MÁRCIA GOMES PENIDO MACHADO, PAULA VALLADARES GUERRA RESENDE, GRAZIELA CRISTINA MATTOS SCHETTINO

17:30-18:00 SIMPÓSIO SATÉLITE SANOFI (HEXAXIM)
OTIMIZANDO A IMUNIZAÇÃO DO BEBÊ PREMATURO
MODERADORA: MONICA MORA
PALESTRANTE: JOSE GERALDO LEITE RIBEIRO

18:05-18:35 SIMPÓSIO SATÉLITE NESTLÉ
PALESTRANTE: ROBERTA PARANHOS FRAGOSO

18:45 - PED TALKS - ABERTURA
19:00-19:15 PED TALKS 1: A LUTA CONTRA FUMO, ÁLCOOL E DROGAS NA ADOLESCÊNCIA
PALESTRANTE: JOÃO PAULO BECKER LOTUFO

19:20-19:35 PED TALKS 2: INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA A AREA DE SAUDE
PALESTRANTE: ZILMA SILVEIRA NOGUEIRA REIS

19:40-19:55 PED TALKS 3: DO LUTO A LUTA
PALESTRANTE: GLÁUCIA TAVARES

20:00-20:15 PED TALKS 4: HARMONIZANDO SABORES - HISTORIAS E MOMENTOS
PALESTRANTE: CAROLINA MACHADO

20:20-20:35 PED TALKS 5: EMPREENDEDORISMO DA MULHER- MULHERES COMO AGENTES TRASNSFORMADORAS DE SUAS PROPRIAS VIDAS
PALESTRANTE: RACHEL HORTA

20:40-21:00 SESSÃO "VIVÊNCIAS QUE INSPIRAM"
PALESTRANTE: MARCOS CARVALHO DE VASCONCELLOS (MG)

21:00-21:30 ATIVIDADE CULTURAL (ATIVIDADE PAGA COM RECURSO PRÓPRIO DA SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA, SEM CUSTO ADICIONAL AO EVENTO)

PROGRAMAÇÃO 20.11 (SÁBADO MANHÃ)

07:30 - 08:00 SIMPÓSIO SATÉLITE SANOFI (ENTEROGERMINA)
ENTENDENDO E GERENCIANDO A MICROBIOTA INTESTINAL: O PAPEL DO PEDIATRA NO CONTROLE DA DIARREIA INFANTIL
MODERADORA: MILANA DAN
PALESTRANTE: DRA. VIRGINIA WEFFORT

08:05- 10:00 SESSÃO ANO EM REVISÃO
08:05-08:35 ANO EM REVISAO 1- PNEUMO
PALESTRANTE: PAULO AUGUSTO MOREIRA CAMARGOS

08:40-09:10 ANO EM REVISÃO 2- NEONATOLOGIA
PALESTRANTE: SÉRGIO TADEU MARTINS MARBA

09:15-09:45 ANO EM REVISÃO 3- GASTROENTEROLOGIA PEDIÁTRICA
PALESTRANTE: ANA ELISA DE CARVALHO

09:45-10:00 DISCUSSÃO

10:00-10:30 SIMPÓSIO SATÉLITE NESTLÉ
DESAFIOS DA PEDIATRIA: PROGRAMANDO NA INFÂNCIA UMA VIDA MAIS SAUDÁVEL
PALESTRANTE: DENISE ALVES BRASILEIRO

10:35-10:50 ATIVIDADE CULTURAL (ATIVIDADE PAGA COM RECURSO PRÓPRIO DA SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA, SEM CUSTO ADICIONAL AO EVENTO)

10:50-12:15 SESSÃO ANO EM REVISÃO
10:50-11:20 ANO EM REVISÃO 4 - NEUROLOGIA PEDIÁTRICA
PALESTRANTE: ANDRÉ PESSOA

11:25-11:55 ANO EM REVISÃO 5- NEFROLOGIA PEDIÁTRICA
PALESTRANTE: EDUARDO ARAÚJO DE OLIVEIRA

11:55-12:15 DISCUSSÃO

12:20-12:50 SIMPÓSIO SATÉLITE PFIZER (EM NEGOCIAÇÃO)

12:55-13:25 SIMPÓSIO SATÉLITE BOEHRINGER

PROGRAMAÇÃO 20.11 (SÁBADO TARDE)

13:30- 14:30 RODA VIVA: PEDIATRIA AMBULATORIAL
MODERADORA: ANDRÉA CHAIMOWICZ
DEBATEDORES: MARISA BICALHO PINTO RODRIGUES, DENISE ALVES BRASILEIRO, NELSON CONDE LOBO MARTINS

14:35- 15:20 PEDIATRIA EM PAUTA: IVAS
MODERADOR: RICARDO NEVES GODINHO
DEBATEDORES: ANA CRISTINA MILITAO ABRANTES ABRAS, TÂNIA SIH, RAQUEL PITCHON DOS REIS

15:25-15:55 SIMPÓSIO SATÉLITE GSK

16:00-16:15 ATIVIDADE CULTURAL (ATIVIDADE PAGA COM RECURSO PRÓPRIO DA SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA, SEM CUSTO ADICIONAL AO EVENTO)

16:20-17:05 PEDIATRIA EM PAUTA: TDAH
MODERADORA: RAQUEL GOMES DE CARVALHO PINTO
DEBATEDORES: KARINA SOARES LOUTFI, ANA CRISTINA MAGESTE, REGINA COELI

17:10-17:55 PEDIATRIA EM PAUTA (4) – SÍNDROME METABÓLICA
MODERADORA: PRISCILA MENEZES FERRI LIU
DEBATEDORES: CRISTIANE DIAS, CRISTIANO TÚLIO MACIEL ALBUQUERQUE, MARIA DA GLÓRIA CRUVINEL HORTA

18:10-18:30 PALESTRA INSPIRACIONAL DE ENCERRRAMENTO: ESPIRITUALIDADE
PALESTRANTE: FILOMENA CAMILO DO VALE

18:35-18:50 CERIMONIA DE ENCERRAMENTO

18:50-19:20 ATIVIDADE CULTURAL (ATIVIDADE PAGA COM RECURSO PRÓPRIO DA SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA, SEM CUSTO ADICIONAL AO EVENTO)

19:30 JANTAR ON LINE DE ENCERRAMENTO (ATIVIDADE PAGA COM RECURSO PRÓPRIO DA SOCIEDADE MINEIRA DE PEDIATRIA, SEM CUSTO ADICIONAL AO EVENTO)

SESSÃO AULAS GRAVADAS

SIMPÓSIO SATÉLITE DANONE
DIFICULDADES ALIMENTARES E FALHA DE CRESCIMENTO, O QUE FAZER?
PALESTRANTE: VIRGINIA RESENDE SILVA WEFFORT

ALERGIA E IMUNOLOGIA
TRIAGEM NEONATAL PARA IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS
PALESTRANTE: RHAYANNE GOMES DE SOUZA MARIANO

DESSENSIBILIZAÇÃO NA RINITE
PALESTRANTE: MARISA LAGES RIBEIRO

DESSENSIBILIZAÇÃO NA ASMA
PALESTRANTE: RAQUEL PITCHON DOS REIS

DESSENSIBILIZAÇÃO NA ALERGIA ALIMENTAR
PALESTRANTE: WILSON ROCHA FILHO

ADOLECÊNCIA
O ACOMPANHAMENTO DE SAÚDE DO ADOLESCENTE DURANTE A PANDEMIA
PALESTRANTE: PATRÍCIA REGINA GUIMARÃES

CONVERSANDO SOBRE DEPRESSÃO E SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA
PALESTRANTE: ANA MARIA LOPES

ALEITAMENTO MATERNO
ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E GANHO DE PESO: CASO CLÍNICO
PALESTRANTE: VIVIAN PEIXOTO ANTUNES

GALACTAGOGOS: PRESCREVER OU NÃO PRESCREVER?
PALESTRANTE: ROBERTO GOMES CHAVES

BIOÉTICA

VACINAÇÃO
PALESTRANTE: EDUARDO CARLOS TAVARES
DISTANASIA
PALESTRANTE: CARLA VASCONCELOS CARVALHO

CIRURGIA PEDIÁTRICA

HÉRNIA INGUINAL E HIDROCELE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E CONDUTA
PALESTRANTE: BERNARDO ALMEIDA CAMPOS

CRIPTORQUIA E TESTÍCULO RETRÁTIL: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E CONDUTA
PALESTRANTE: RODRIGO ROMUALDO PEREIRA

FIMOSE E HIPOSPÁDIA: DIAGNÓSTICO E CONDUTA
PALESTRANTE: CLÉCIO PIÇARRO

DOR TESTICULAR AGUDA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL E CONDUTA
PALESTRANTE: ANDREY KALIFF PONTES

APENDICITE AGUDA E SEU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL
PALESTRANTE: PAULO CUSTÓDIO FURTADO CRUZEIRO

ATENDIMENTO INICIAL À CRIANÇA VÍTIMA DE TRAUMA
PALESTRANTE: FÁBIO MENDES BOTELHO FILHO

CUIDADOS HOSPITALARES

DESOSPITALIZAÇÃO EM PEDIATRIA
PALESTRANTE: LAÍS MUNHOZ

CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA

MANIFESTAÇÕES CARDIOVASCULARES DA COVID-19 EM CRIANÇAS
PALESTRANTE: PATRÍCIA RAMALHO FONSECA CRUVINEL

ARRITMIAS NO PRONTO-ATENDIMENTO PARA O PEDIATRA
PALESTRANTE: HENRIQUE TONELLI

AVALIAÇÃO DE SOPROS EM PEDIATRA
PALESTRANTE: SANDRA REGINA CASTILHO

O QUE PEDIATRA PRECISA SABER SOBRE AVALIAÇÃO CARDIOLÓGICA NA SÍNDROME DE DOWN
PALESTRANTE: CAROLINA ANDRADE BRAGANÇA CUPURUÇO

COMPORTAMENTO E DESENVOLVIMENTO

TDAH
PALESTRANTE: VALÉRIA LOUREIRO ROCHA

DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

DERMATOSES NA REGIÃO DE FRALDAS
PALESTRANTE: LUCIANA BAPTISTA PEREIRA

DERMATITE ATÓPICA: DESAFIOS PARA O TRATAMENTO NA INFÂNCIA
PALESTRANTE: CLÁUDIA MÁRCIA DE RESENDE SILVA

NEVOS MELANOCÍTICOS NA INFÂNCIA: QUANDO PREOCUPAR, COMO ABORDAR
PALESTRANTE: FLÁVIA VASQUES BITTENCOURT

MICOSES SUPERFICIAIS DE MAIOR IMPORTÂNCIA NA INFÂNCIA
PALESTRANTE: LAURA LEITE BARON MARIANO

VERRUGAS VIRAIS: DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA
PALESTRANTE: WANDILZA FÁTIMA SANTOS

ENDOCRINOLOGIA PEDIÁTRICA

HIPOTIROIDISMO: O QUE PEDIATRA PRECISA SABER
PALESTRANTE: NATHÁLIA TEIXEIRA PALLA BRAGA

RAQUITISMOS CARENCIAIS
PALESTRANTE: GABRIELA WERNECK

PUBERDADE PRECOCE: MAIS CASOS DURANTE A PANDEMIA POR COVID-19?
PALESTRANTE: THAIS RAMOS VILLELA

ESPORTE E EXERCÍCIO NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

ATIVIDADE FÍSICA EM TEMPOS DE COVID
PALESTRANTE: DR. CARLOS EDUARDO REIS DA SILVA

SUPLEMENTAÇÃO ESPORTIVA EM PEDIATRIA
PALESTRANTE: DR. CARLOS EDUARDO REIS DA SILVA

GINECOLOGIA INFANTO-PUBERAL

MALFORMAÇÕES GENITAIS FEMININAS: O QUE O PEDIATRA DEVE SABER
PALESTRANTE: CLÁUDIA LÚCIA BARBOSA SALOMÃO

CONSULTA DA ADOLESCENTE: ABORDAGEM PREVENTIVA
PALESTRANTE: MARIA VIRGÍNIA WERNECK MARINHO

PRIMEIROS ANOS DE MENSTRUAÇÃO: CUIDANDO NA NORMALIDADE
PALESTRANTE: KARINE FERREIRA DOS SANTOS

ASPECTOS DA CONTRACEPÇÃO DE ADOLESCENTES PARA O PEDIATRA
PALESTRANTE: KARINE FERREIRA DOS SANTOS

GENÉTICA

CONEXÃO ENTRE A GENÉTICA MÉDICA E A PEDIATRIA
PALESTRANTE: MARCOS JOSÉ BURLE DE AGUIAR

SÍNDROME DE DOWN: DIAGNÓSTICO E ACOMPANHAMENTO
PALESTRANTE: CEZAR ANTÔNIO ABREU DE SOUZA

O PAPEL DO GENETICISTA NOS CUIDADOS PRÉ-CONCEPCIONAL E PRÉ-NATAL
PALESTRANTE: MELISSA MACHADO VIANA

ONCOGENÉTICA NA PEDIATRIA
PALESTRANTE: HENRIQUE DE CAMPOS REIS GALVÃO

DESAFIOS DA AMPLIAÇÃO DA TRIAGEM NEONATAL
PALESTRANTE: RODRIGO REZENDE ARANTES

INFECTOLOGIA

ATUALIZAÇÕES NA TRANSMISSÃO VERTICAL DO HIV
PALESTRANTE: ANDREA LUCCHESI DE CARVALHO

MENINGITES NA INFÂNCIA: O QUE TEMOS DE NOVO?
PALESTRANTE: LILIAN MARTINS OLIVEIRA DINIZ

DOENÇAS VIRAIS RESPIRATÓRIAS - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID19 –
PALESTRANTE: DANIELA CALDAS

SIMP - ATUALIZAÇÕES
PALESTRANTE: DANIELA OTONI

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ARBOVIRORES
PALESTRANTE: TALITAH MICHEL SANCHEZ CANDIANI

MEDICINA DO SONO EM PEDIATRIA

ENURESE: O QUE A MEDICINA DO SONO PODE ACRESCENTAR?
PALESTRANTE: ANA ELISA RIBEIRO FERNANDES

POLISSONOGRAFIA: QUANDO PEDIR, COMO AVALIAR E QUANDO ENCAMINHAR?
PALESTRANTE: ANA ELISA RIBEIRO FERNANDES

DEFICIT DE ATENÇÃO, HIPERATIVIDADE E SONO
PALESTRANTE: MARCIA MARIA LEONARDO

NEUROLOGIA PEDIÁTRICA

ESTADO DE MAL EPILÉPTICO EM PEDIATRIA
PALESTRANTE: KARINA SOARES LOUTFI

DESENVOLVIMENTO INFANTIL: QUANDO ESPERAR E QUANDO ENCAMINHAR PARA O ESPECIALISTA.
PALESTRANTE: NATANAEL LOURENÇO MOTA

COMPLICAÇÕES NEUROLÓGICAS DA PREMATURIDADE
PALESTRANTE: SILVIA SANTIAGO CORDEIRO

PEQUENOS SINAIS E GRANDES DIAGNÓSTICOS EM NEUROPEDIATRA
PALESTRANTE: MARILIS TISSOT

NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

USO DO CÁLCIO NA NUTRIÇÃO DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES
PALESTRANTE: ELAINE ALVARENGA CARVALHO

ESCORBUTO: COMO DIAGNOSTICAR E CONDUZIR
PALESTRANTE: ELAINE ALVARENGA CARVALHO

OBESIDADE: ASPECTOS GENÉTICOS E ATIVIDADE FISICA
PALESTRANTE: JOEL ALVES LAMOUNIER

NUTRIÇÃO E COVID-19: ÊNFASE NO ALEITAMENTO MATERBO
PALESTRANTE: JOEL ALVES LAMOUNIER

ANEMIA FERROPRIVA: ATUALIZAÇÃO DO CONSENSO DA SBP
PALESTRANTE: VIRGINIA RESENDE SILVA WEFFORT

RECOMENDAÇÕES DA SBP PARA PREVENÇÃO DA OBESIDADE
PALESTRANTE: VIRGINIA RESENDE SILVA WEFFORT

ONCO-HEMATOLOGIA PEDIÁTRICA

SINAIS E SINTOMAS DE SUSPEIÇÃO DO CÂNCER NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
PALESTRANTE: CAROLINA ANTUNES DE SIQUEIRA SANTANA

URGÊNCIAS ONCO-HEMATOLÓGICAS PEDIÁTRICAS
PALESTRANTE: KEVIN ALVARENGA

SUPORTE TRANSFUSIONAL EM PEDIATRIA
PALESTRANTE: MÁRCIA KANADANI

ORTOPEDIA PEDIÁTRICA

INFECÇÃO OSTEOARTICULAR NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
PALESTRANTE: LUCAS DA SILVEIRA GUERRA LAGES

PROBLEMAS ORTOPÉDICOS DO PÉ NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
PALESTRANTE: RODRIGO GALINARI DA COSTA FARIA

PROBLEMAS ORTOPÉDICOS DO QUADRIL NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA
PALESTRANTE: FRANCISCO CARLOS SALLES NOGUEIRA

ORTORRINOLARINGOLOGIA PEDIÁTRICA

LARINGITES RECORRENTES: O QUE É PRECISO SABER?
PALETRANTE: REBECCA MAUNSELL

FARINGOTONSILITESE SÍNDROME PFAPA
PALETRANTE: TANIA SIH

APNEIA-HIPOPNEIA OBSTRUTIVA
PALESTRANTE: RENATA DI FRANCESCO

PARALISIA CEREBRAL E HÁBITO DE BABAR
PALESTRANTE: ELISE ZIMMERMAN

A CRIANÇA COM DOENÇA NEUROLÓGICA: DIAGNÓSTICO E REABILITAÇÃO DA PERDA AUDITIVA
PALESTRANTE: RODRIGO PEREIRA

CRIANÇAS ESPECIAIS E OS DISTÚRBIOS DA LINGUAGEM ORAL
PALESTRANTE: TRISSIA VASSOLER

PEDIATRIA AMBULATORIAL

DESENVOLVIMENTO MOTOR DESDE O NASCIMENTO E OS SINAIS DE ALERTA
PALESTRANTE: LIGIA CONTE - FISIOTERAPEUTA

DIAGNÓSTICOS DIFÍCEIS:DESAFIOS NA RELAÇÃO MÉDICO- PACIENTE
PALESTRANTE: DRA NARA NEY

PREVENINDO DOENÇAS ATRAVÉS DA SAÚDE BUCAL
PALESTRANTE: DR KATIA DUMOND – ODONTOPEDIATRIA

MEDICINA DO ESTILO DE VIDA NA PEDIATRIA
PALESTRANTE: FLÁVIA OLIVEIRA

O QUE É UMA RELAÇÃO POSITIVA COM A ALIMENTAÇÃO É PORQUE ISSO É TÃO IMPORTANTE PARA A CRIANÇA ?
PALESTRANTE: PATRÍCIA BARCELLOS DINIZ

PNEUMOLOGIA PEDIÁTRICA

LACTENTE COM BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA: COMO CONDUZIR
PALESTRANTE: LUIZ FERNANDO ANDRADE

ENSINO MÉDICO
PALESTRANTE: CRISTINA ALVIM

PNEUMONIAS COMPLICADAS
PALESTRANTE: ANA CRISTINA FONSECA

OXIGENOTERAPIA – QUANDO E QUAIS DISPOSITIVOS INDICAR
PALESTRANTE: RENATA MARCOS BEDRAN

PNEUMONIA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
PALESTRANTE: LAIS NICOLIELLO

EXACERBAÇÃO ASMÁTICA EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES
PALESTRANTE: LUCIANA GOMIDE

ABORDAGEM DA CRIANÇA COM TOSSE CRÔNICA
PALESTRANTE: LORENA NUNES

RADIOLOGIA DE TÓRAX: DICAS DA RADIOLOGISTA
PALESTRANTE: JEISINA PEDROSA

NEBULIZADORES
PALESTRANTE: CÁSSIO IBIAPINA

O PACIENTE COM SÌNDROME DE DOWN E OS DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS
PALESTRANTE: CÁSSIO IBIAPINA

DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS PARA FUMAR
PALESTRANTE: MARIA DAS GRAÇAS RODRIGUES

A CRIANÇA E O ADOLESCENTE COM ASMA GRAVE
PALESTRANTE: LAURA LASMAR

REANIMAÇÃO NEONATAL

SIMULAÇÃO REALÍSTICA NA ASSISTÊNCIA AO RECÉM NASCIDO.
PALESTRANTE: FLÁVIA MRAD

REUMATOLOGIA

QUANDO PENSAR EM LUPUS JUVENIL?
PALESTRANTE: ANA PAULA SAKAMOTO

QUANDO PENSAR EM ARTRITE IDIOPÁTICA JUVENIL?
PALESTRANTE: VANIA SCHINZEL|

QUANDO PENSAR EM DOENÇAS AUTO-INFLAMATÓRIAS?
PALESTRANTE: ANA LUIZA GARCIA CUNHA

SEGURANÇA INFANTIL

AMBIENTE SEGURO PARA O DESENVOLVIMENTO NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA
PALESTRANTE: RODRIGO DE CAMPOS CARNEIRO

O CÉREBRO E A TECNOLOGIA
PALESTRANTE: RODRIGO DE CAMPOS CARNEIRO

DICAS DE SEGURANÇA PARA EQUIPAMENTOS E UTENSÍLIOS DE USO INFANTIL
PALESTRANTE: ANA CAROLINA BUENO E SILVA

ACIDENTES POR INGESTÃO DE PRODUTOS CÁUSTICOS
PALESTRANTE: PAULO FERNANDO SOUTO BITTENCOURT

ACIDENTES POR INGESTÃO DE BATERIAS
PALESTRANTE: PAULO FERNANDO SOUTO BITTENCOURT

VIOLÊNCIAS NO MUNDO VIRTUAL
PALESTRANTE: MARCO ANTÔNIO CHAVES GAMA

CRIMES SEXUAIS NA INTERNET
PALESTRANTE: MARCO ANTÔNIO CHAVES GAMA

INTERFERÊNCIA NO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO DE CRIANÇAS DE BAIXA IDADE PELO USO PRECOCE DE INTERNET E USO EXCESSIVO PELOS PAIS
PALESTRANTE: MARCO ANTÔNIO CHAVES GAMA

SUPORTE NUTRICIONAL

NUTRIÇÃO ENTERAL NO RECÉM-NASCIDO
PALESTRANTE: ELAINE ALVARENGA DE ALMEIDA CARVALHO

DESAFIOS DA NUTRIÇÃO PARENTERAL EM PEDIATRIA
PALESTRANTE: PRISCILA MENEZES FERRI LIU

DESNUTRIÇÃO INFANTIL
PALESTRANTE: CLÉSIO GONTIJO DO AMARAL

TERAPIA INTENSIVA

RECONHECIMENTO E ABORDAGEM INICIAL DA CRIANÇA GRAVE
PALESTRANTE: SORAYA LUIZA CAMPOS SILVA

SEQUÊNCIA RÁPIDA DE INTUBAÇÃO EM PEDIATRIA
PALESTRANTE: PEDRO PAULO JOAQUIM JUNIOR

MANEJO INICIAL DO CHOQUE SÉPTICO EM CRIANÇAS
PALESTRANTE: JAISSON GUSTAVO FONSECA

TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO GRAVE
PALESTRANTE: VANESSA CARLA DE MORAES GONÇALVES CIRINO

ACIDENTE ESCORPIÔNICO GRAVE
PALESTRANTE: AMANDA HENRIQUES

CRISE ASMÁTICA AGUDA
PALESTRANTE: VERONICA FERREIRA CURY

CETOACIDOSE DIABÉTICA
PALESTRANTE: LUIS FERNANDO ANDRADE DE CARVALHO

ANALGESIA E SEDAÇÃO NA UTI PEDIÁTRICA
PALESTRANTE: RENATA PINHO QUINET

ECMO EM PEDIATRIA
PALESTRANTE: MARINA PINHEIRO ROCHA FANTINI

A CRIANÇA VÍTIMA DE QUEIMADURA GRAVE: ABORDAGEM INICIAL
PALESTRANTE: ROSA LIMA NASCIMENTO BERTOLIM

CUIDADOS PALIATIVOS E MEDICINA DA DOR EM PEDIATRIA

CONCEITO E FUNDAMENTOS DOS CUIDADOS PALIATIVOS PEDIATRICO
PALESTRANTE: GIANE MOREIRA PRAÇA

AVALIACAO DA DOR EM PEDIATRIA
PALESTRANTE: LIVIA PEREIRA ASSIS MACHADO

MANEJO DA DOR EM PEDIATRIA
PALESTRANTE: GIANE MOREIRA PRAÇA

MANEJO DE SINTOMAS FÍSICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICO: NÁUSEA E VÔMITOS
PALESTRANTE: LETÍCIA ALVES ANDRADE ALBUQUERQUE

MANEJO DE SINTOMAS FÍSICOS EM CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICO: DISPNEIA
PALESTRANTE: FERNANDA BARBOSA LOPES CARDOSO

CUIDADOS EM FASE FINAL DE VIDA EM PEDIATRIA
PALESTRANTE: DRA TATIANA AMARAL

ABORDAGEM DO LUTO EM PEDIATRIA
PALESTRANTE: LUCAS HENRIQUE CARVALHO

TOMADA DE DECISÃO E ELABORAÇÃO DE UM PLANO DE CUIDADOS EM PEDIATRIA
PALESTRANTE: CAROLINA DE ARAÚJO AFFONSECA

CUIDADOS PALIATIVOS EM ATENÇÃO DOMICILIAR NA SAÚDE SUPLEMENTAR
PALESTRANTE: MAILA GUIMARAES

CUIDADOS PALIATIVOS EM ATENÇÃO DOMICILIAR NO SUS
PALESTRANTE: AYESKA ANDRADE LIMA

HIPODERMOCLISE EM PEDIATRIA
PALESTRANTE: CAMILA FERREIRA CORRÊA

CUIDADOS PALIATIVOS EM INSTITUIÇÃO DE LONGA PERMANÊNCIA
PALESTRANTE: LETÍCIA VEIGA LIMA

CUIDADO PALIATIVO NA NEONATOLOGIA: ASPECTOS GERAIS
PALESTRANTE: PATRICIA SUPRANI JOAQUIM

NEONATOLOGIA

ABORDAGEM DA ICTERÍCIA NEONATAL
PALESTRANTE: DANIELLE BRANDÃO

NEFROLOGIA

ABORDAGEM INICIAL DAS MAL FORMAÇÕES DO TRATO URINÁRIO
PALESTRANTE: MARIANA AFFONSO VASCONCELOS

PRINCIPAIS ANORMALIDADES URINÁRIAS: QUANDO ENCAMINHAR AO NEFROLOGISTA
PALESTRANTE: ROBERTA GAZZI SALUM

RESUMOS
TEMAS LIVRES

PE-2 - SÍNDROME DE TOURETTE – RELATO DE CASO

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

A síndrome de Tourette (ST) é uma patologia constrangedora, de origem neurológica e que causa movimentos involuntários e impulsivos, de forma repetitiva, também chamados de tiques. O indivíduo portador desta síndrome frequentemente tem dificuldade de socialização devido a situações embaraçosas ocasionadas pela ST. Os tiques da ST geralmente se iniciam entre os 5 e os 7 anos, mas tendem a aumentar de intensidade entre os 8 e 12 anos, começando com movimentos simples, como piscar os olhos ou movimentar as mãos e os braços, que depois se agravam, surgindo palavras repetidas, movimentos bruscos e sons como latir, grunhir, gritar ou até mesmo falar palavras chulas. Não são necessários exames específicos para identificar esta patologia, mas, em alguns casos, poderão ser solicitados ressonância magnética ou tomografia computadorizada, a fim de verificar se existe a possibilidade de outra doença neurológica com sintomas semelhantes. O relato de caso trata de um paciente do sexo masculino, de 8 anos de idade, que chegou ao ambulatório de pediatria acompanhado de sua mãe, por queixa de tiques vocais como grunhir, repetitivos e que aumentavam de volume a medida que os tiques se repetiam. Mãe informou que os movimentos começaram por volta de 7 anos de idade, relatou início após separação dos pais. Negou antecedente familiar. ST é uma doença genética, porém não se sabe exatamente qual sua causa específica. Existem relatos de pessoa que foram diagnosticadas depois de sofrer um traumatismo craniano, mas infecções e problemas cardíacos também são relatados. ST não tem cura, mas pode ser controlada com medicamentos como topiramato, antipsicóticos, injeções nos músculos mais afetados e inibidores adrenérgicos. Em geral o tratamento deve ser iniciado quando os sintomas da doença afetam as atividades diárias ou colocam em perigo a vida da pessoa.

Palavras-chave: SÍNDROME DE TOURETTE , DOENÇA GENÉRTICA

Agradecimentos: AGRADECIMENTO ´A EQUIPE DO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA, AO PACIENTE E FAMILIARES.

PE-3 - SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA NEONATAL X USO DE DROGAS PELA GESTANTE - UMA QUESTÃO MAIS QUE SOCIAL

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

Os autores trazem este estudo baseado em revisão bibliográfica de artigos publicados sobre o uso de drogas durante o período gestacional e Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN) com seus efeitos, complicações, diagnósticos e complicações para o feto e gestante. De acordo com orientação da Organização Mundial da Saúde (OMS), drogas são todas substâncias químicas, não produzidas pelo organismo, que alteram o funcionamento normal dos órgãos do indivíduo, sejam estas drogas naturais ou sintéticas. Tais como o uso contínuo de álcool, cocaína e seus derivados, anfetaminas, crack, merla, maconha, tabaco, entre outros. A Síndrome de Abstinência é agravada quando ocorre convulsão. Os sintomas mais frequentes são hiperatividade autonômica, tremores, insônia, alucinações ou ilusões visuais, táteis ou auditivas transitórias, agitação psicomotora, ansiedade e convulsões. Os efeitos das drogas sobre o feto dependem de vários fatores, entre os quais, o tipo de droga, a quantidade, a frequência do uso e o período gestacional em que ocorreu o uso. Os principais sintomas que são causados no recém-nascido são irritabilidade, choro excessivo, vômitos, tremores, diarréia, manchas na pele, febre, convulsões, má alimentação, baixo peso. As complicações que podem ocorrer são malformação congênita, nascimento prematuro e em alguns casos mais graves, microcefalia, atraso no desenvolvimento neurológico e síndrome da morte súbita infantil. Os sintomas de abstinência iniciam entre 24 a 48 horas ou 5 a 10 dias após o nascimento, tal variação ocorre devido ao tipo de droga utilizada. São vários os riscos neonatais diante do abuso de drogas na gestação, a atuação das equipes de saúde, agentes da comunidade, formadores de opinião e mídias socais têm papel fundamental no controle de prevenção em relação ao abuso de drogas durante a gestação.

Palavras-chave: SÍNDROME DE ABSTINÊNCIA NEONATAL, DROGAS, GESTANTES

Agradecimentos: AGRADECIMENTO ´A EQUIPE DO AMBULATÓRIO DE PEDIATRIA E GINECOLOGIA.

PE-4 - KERNICTERUS- TRÁGICO DESFECHO EVITÁVEL

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

O kernicterus, palavra oriunda do alemão, onde kern significa núcleos e ikteros significa icterícia, pode ser definido como uma condição consequente da toxicidade da bilirrubina às células presentes no gânglio da base e vários núcleos do tronco cerebral. Na clínica, o termo kernicterus é utilizado de forma alternada com o termo encefalopatia bilirrubínica, sendo que este último diz respeito às manifestações agudas de toxicidade da bilirrubina dentro das primeiras semanas de vida, enquanto que kernicterus diz respeito às sequelas clínicas permanentes da toxicidade bilirrubínica. A bilirrubina quando livre é prejudicial às sinapses, causando lesões neuronais e nas organelas das células. Dentre os diversos processos patológicos envolvidos no aumento dos níveis de bilirrubina não-conjugada estão a policitemia, a incompatibilidade Rh e o uso de fármacos como sulfonamidas, cotrimoxazol, uma combinação de trimetropim com sulfametoxazol e que podem levar ao surgimento desta desordem nos recém-nascidos, quando consumidos pela mãe durante a gestação ou quando administradas diretamente ao bebê. Nos recém-nascidos as meninges são imaturas, facilitando a penetração da bilirrubina no cérebro, resultado no depósito da mesma nos corpos celulares, ocasionando danos irreversíveis, podendo levar à morte. As manifestações clínicas desta doença englobam anormalidades no tônus muscular, como hipertonia ou hipotonia, letargia. Manifestações tardias como atraso mental, paralisia cerebral, perda de audição e paralisia do movimento dos olhos. Forma eficaz de prevenir kernicterus redução dos níveis de bilirrubina através fototerapia ou exsanguíneotransfusão (EXT). Os autores relatam caso de um lactente de 10 dias de vida, proveniente de zona rural, nascido no domicílio e que chegou à emergência com diagnóstico clínico de icterícia por incompatibilidade Rh com coombs direto positivo 2 cruzes, com bilirrubina total de 37,0 e com sinais de letargia, desidratação e hipoatividade. Realizado EXT com sucesso. No ambulatório de follow up constado atraso no desenvolvimento por kernicterus.

Palavras-chave: KERNICTERUS, ICTERÍCIA, FOTOTERAPIA, EXSANGUINEOTRANSFUSÃO

Agradecimentos: AGRADECIMENTO ´A EQUIPE NEONATAL.

PE-5 - PICC - PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES E QUE PODEM LEVAR A SUA RETIRADA EM UMA UNIDADE NEONATAL

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

Cateter central de inserção periférica (PiCC) é um dispositivo inserido através de veia periférica, que migrará até a veia cava superior ou inferior e que apresenta baixos riscos de infecção e de complicações desde o momento da inserção até a sua retirada. Procedimento realizado por enfermeira neonatal habilitada com conhecimento técnico e teórico. As principais complicações que levam à retirada do PICC são oclusões, ruptura, extravasamento, exteriorização acidental, infecção, flebites e mau posicionamento. A oclusão do cateter por diferentes motivos acaba levando à perda da permeabilidade do cateter. O PICC não é rotineiramente enviado para cultura, como curativo o sítio deve ser coberto com curativo pequeno e removido após 24 horas. Deve ser observado seu sítio para ocorrência de sangramentos ou sinais de infecção.

Dentre os casos de complicações de PiCC observados neste estudo foram encontrados 95% hiperemia local, 4,6% perda do PiCC por extravasamento, 1% perda do PiCC por obstrução, 0,3% perda do PiCC por uso de material inapropriado e 0,1% perda por infecção em local do óstio do acesso. Foi realizado análise de prontuário no período de 6 meses, no ano de 2020. Embora existam complicações inerentes ao dispositivo, o cateter central de inserção periférica (PICC) tornou-se uma ótima opção para a administração de terapia intravenosa em neonatos que necessitam de um acesso venoso seguro e de longa permanência, uma vez que a rede venosa destes pacientes é limitada.

Palavras-chave: CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA , PICC

Agradecimentos: AGRADECIMENTO ´A EQUIPE NEONATAL.

PE-6 - CONHECIMENTO DE TÉCNICAS DE POSICIONAMENTO E CONTENÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS PELOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA NEONATAL

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

No que tange à humanização do cuidado Neonatal, o Ministério da Saúde preconiza várias ações voltadas ao respeito, à individualidade e ao acolhimento do recém-nascido e sua família, buscando estimular o vínculo entre pais e bebê durante sua permanência no hospital e após a alta.

A Unidade de Terapia Intensiva Neonatal é um ambiente que prima pelo atendimento a uma população de recém-nascidos cada vez mais prematuros e que exigem dos seus profissionais excelência no atendimento e nas boas práticas de serviço.

A adoção de cuidados humanizados dentro dos serviços de neonatologia, além do emprego de bom senso nas terapias baseadas em evidencia, levaram, nos últimos anos, a um melhor prognóstico nos recém-nascidos prematuros. Trata-se de um estudo descritivo e observacional, onde foi aplicado um questionário semiestruturado com 70 profissionais de saúde de serviço público de atendimento neonatal, profissionais envolvidos no atendimento de recém-nascidos prematuros de diversas idades gestacionais. Dentre os participantes 93%, responderam nunca ter utilizado a "redinha" como um recurso de posicionamento. As estratégias mais utilizadas são o rolinho em 100% dos casos e o swaddle em 87%.

Entretanto um percentual expressivo de 42% dos participantes relataram acreditar que a redinha ofereça um ganho para os recém- nascidos.

Como conclusão as técnicas mais utilizadas na unidade de neonatologia pesquisados foram o rolinho e o swaddle, a maioria dos profissionais não tinham conhecimento prático de outras estratégias de bem estar aos pequenos pacientes.

Palavras-chave: TÉCNICAS DE POSICIONAMENTO E CONTENÇÃO DE RECÉM-NASCIDOS PRE

Agradecimentos: AGRADECIMENTO ´A EQUIPE NEONATAL.

PE-7 - SÍNDROME DE POTTER – RELATO DE CASO COM IMAGENS ILUSTRATIVAS E REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

A Síndrome de Potter, também chamada de Sequência de Potter, é conjunto de achados fenotípicos fetais relacionados a oligoâmnio grave secundário à insuficiência renal. Incidência de 0 a 3/1000 nascimentos (Potter, 1946). Ocorre em proporção de 2 a 7/1 para homens e mulheres, são fetos baixo peso, pequenos para a idade gestacional e com cariótipos geralmente normais. Apresentação pélvica é comum. De etiologia desconhecida. Suspeita-se de causa genética. Como quadro clínico presença de implantação baixa das orelhas, hipertelorismo, pregas epicânticas, nariz achatado, pescoço curto, membros tortos, insuficiência respiratória, micrognatia e pulmões rígidos durante reanimação. Como patologias presença de agenesia renal bilateral, hipoplasia pulmonar, ausência de líquido amniótico e demais malformações associadas. Os autores relatam o caso de recém-nascido prematuro de 34 semanas, feminino, nascido de parto cesáreo, ILA 0, Apgar 3, 5 e 5, reanimado com intubação orotraqueal, massagem cardíaca e uso de adrenalina, peso ao nascer de 1700g, estatura 38,5cm e PC 23cm. Em UTI neonatal evoluiu com gravidade, anúria, com hemodinâmica instável a despeito do uso de drogas vasoativas. Constatado óbito após 28h de vida. Segundo literatura a patologia cursa com Natimortos em 60% dos casos, morte em até 48 horas, evolução para insuficiência renal em 2 semanas e gestação geralmente termina antes do termo. Independente do tratamento instituído o quadro de prognóstico inevitavelmente fatal. Como medida de prevenção diagnóstica deve ser realizado rastreamento ecográfico Oligoâmnio costuma ser observado no final do segundo trimestre.

Os autores apresentam este caso com ricas imagens ilustrativas e revisão bibliográfica.

Palavras-chave: SEQUÊNCIA DE POTTER, SÍNDROME, OLIGOÂMNIO

Agradecimentos: AGRADECIMENTOS A TODA EQUIPE NEONATAL.

PE-8 - RETINOPATIA DA PREMATURIDADE - UMA DAS PRINCIPAIS CAUSAS DE CEGUEIRA NOS RECÉM NASCIDOS PREMATUROS

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

A Retinopatia da prematuriadde (RP) é um distúrbio no qual os pequenos vasos sanguíneos no fundo da retina dos recém-nascidos prematuros crescem de maneira anômala e desordenada. O risco de desenvolvimento de retinopatia é inversamente proporcional a idade gestacional, ou seja, quanto menor a idade gestacional, maior o risco de RP. A patologia não é influenciada por fatores externos como luzes ou flashes. A maior parte dos casos de retinopatia da prematuridade evoluem favoravelmente sem complicações graves. Além do oxigênio, há outros fatores que podem levar à retinopatia da prematuridade como o lento ganho ponderal. Além da hiperglicemia, o uso de insulina e o uso de fórmulas aos prematuros extremos. Os prematuros que desenvolvem retinopatia da prematuridade possuem menores níveis de IGF-1 em relação aos controles. O IGF-1 é crítico para o desenvolvimento da retina. Estudos mostram que o leite materno está associado, independentemente, como fator protetor contra a retinopatia da prematuridade, devido aos maiores níveis de IGF-1 do que o presente nas fórmulas lácteas. A boa nutrição é a chave para resultado a longo prazo nestes neonatos que se encontram em um momento critico da vida. Há vários estudos associando melhor crescimento pós-neonatal com diminuição de RP. O deficiente crescimento pós-natal aumenta o risco de retinopatia da prematuridade, podendo estar associado ao IGF-1 que é produzido principalmente no fígado. O ganho ponderal insuficiente pode ser considerado um fator que pode prever se o recém-nascido prematuro irá desenvolver retinopatia da prematuridade. Os autores trazem este trabalho baseado nas últimas referências sobre o tema no intuito de enaltecer a importância da prevenção e tratamento precoce da RP.

Palavras-chave: RETINOPATIA DA PREMATURIDADE, CEGUEIRA

Agradecimentos: AGRADECIMENTOS A TODA EQUIPE NEONATAL.

PE-9 - PRESENÇA DE QUILOTÓRAX EM PACIENTE NEONATAL COM HIDROPSIA FETAL E DERRAME PLEURAL - RELATO DE CASO

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

Entende-se por quilotórax o acúmulo de líquido linfático no espaço pleural. Sua incidência em recém-nascidos tem sido relatada em 1:10 000 nascimentos. O quilotórax primário representa menos de 10% de todos os quilotóraces, ocorre congenitamente, em associação com anomalias cromossômicas ou como quilotórax espontâneo. O quilotórax secundário pode resultar do rompimento do sistema linfático por trauma, cirurgia cardiotorácica, obstrução ou aumento da pressão na veia cava superior. O manuseio pré-natal do quilotórax consiste de toracocentese ou shunts pleuro-amnióticos para prevenir a hipoplasia pulmonar. No período pós-natal, o manuseio da efusão pleural pode ser conservadora ou cirúrgica.

O tratamento conservador com oferta de dietas com baixo teor de gordura e alto teor de proteína com triglicérides de cadeia média, nutrição parenteral, drenagem pleural, o uso de pressão positiva no final da expiração durante a ventilação mecânica e pleurodese quimica e mecânica têm sido realizados. O octreotide tem sido utilizado na população pediátrica para tratamento do quilotórax, embora a literatura em recém-nascido (RN) seja limitada. Os autores relatam o caso de um RN prematuro de 35 e 5dias, com peso ao nascer 3060g, que apresentou diagnóstico de hidropsia e derrame pleural. Fez uso de óxido nítrico para tratamento contra hipertensão pulmonar. Drenado aproximadamente 90 ml de líquido pleural ao dia, com elevada contagem de linfócitos, além de altos níveis de triglicerídeos. Inciado octreotide, sendo que o dreno de tórax foi retirado após o quinto dia de uso da medicação e após redução na drenagem. RN recebeu alta após 2 meses de internação.

Os autores relatam caso de quilotórax em RN com hidropsia fetal, além de revisão bibliográfica sobre o tema.

Palavras-chave: QUILOTÓRAX, HIDROPSIA, DERRAME PLEURAL, OCTREOTIDE

Agradecimentos: AGRADECIMENTOS A TODA EQUIPE NEONATAL.

PE-10 - NEUROSSÍFILIS: NOVOS DESAFIOS X DOENÇA ANTIGA

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

A sífilis congênita é uma infecção causada pela disseminação hematogênica do Treponema pallidum no concepto transmitida pela gestante infectada. Atualmente a incidência de sífilis congênita mantém-se elevada em todo o território brasileiro, o que sugere deficiências na atenção primária e no pré-natal. Admite-se, ainda, que muitos casos da doença não sejam informados no sistema de notificação. Trata-se de um recém-nascido, sexo feminino, baixo peso ao nascer, 24030g, 38 semanas de gestação, apgar 6 e 9. Gestante com 3 consultas pré-natais, VDRL + e, 3° trimestre, sem tratamento. RN com descamação importante em mãos e pés, hepatoesplenomegalia, iniciado Penicilina cristalina 150.000 UI/dia. RX de ossos normal, presença de VDRL no líquor 1:2, VDRL sangue periférico do RN reagente , com título: 1:240 e VDRL materno 1:1540. A ocorrência de alterações no LCR é muito mais frequente nas crianças sintomáticas com outras evidencias de sífilis congênita do que nas crianças assintomáticas. A presença de leucocitose, mais de 25 leucócitos/mm^3 e a elevada concentração de proteínas, mais de 150mg/dl no LCR em RN com suspeita de sífilis congênita devem ser consideradas como evidencias adicionais para o diagnóstico. Entretanto, Criança com VRDL positivo no LCR deve ser diagnosticada com portadora de neurossífilis, independentemente de haver alterações na celularidade e/ou na concentração de proteínas do LCR. Existem, portanto, condições favoráveis à transmissão da doença e deficiências na atenção à saúde da mulher, especialmente no período pré-natal, quando as gestantes infectadas poderiam ser oportunamente identificadas e tratadas.

Palavras-chave: NEUROSSÍFILIS, SÍFILIS CONGENITA, PENICILINA

Agradecimentos: AGRADECIMENTOS A TODA EQUIPE NEONATAL.

PE-11 - SÍNDROME DE EDWARDS – RELATO DE CASO

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

A Trissomia do 18 está associada à idade materna, pois grande parte dos casos são originados de mulheres com mais de 35 anos de idade. Segunda trissomia mais freqüente nos seres humanos. Epidemiologia de 1: 6000-8000 nascidos vivos. 95% dos casos é uma trissomia livre, o restante são casos de mosaicismo ou trissomias parciais. Diagnóstico é dado pelo cariótipo. Prognóstico: 55 a 65% dos recém nascidos afetados morrem ao redor dos 6 meses de idade e somente de 5 a 10% permanecem vivos até completarem 1 ano de vida. Como quadro clínico apresentam retardo de crescimento intra-uterno, alterações craniofaciais, como occipital proeminente, pavilhões auriculares malformados e com implantação baixa, micrognatia, calcâneos proeminentes, hipoplasia de hálux, esterno curto, defeito nos septos interventricular, persistência do ducto arterial,desvio radial das mãos, hipoplasia de rádio, polegar hipoplásico ou ausente e ainda hipoplasia dos grandes lábios. Trata-se de um RN sexo masculino, parto vaginal, 39 semanas de idade gestacional, peso 1830g, apgar: 4 e 7. Ao exame RN apresentava hipoatividade, taquidispneica, encurtamento e malformações de membros superiores, baixa implantação de orelhas, micrognatia. Os autores relatam este caso com imagens ilustrativas e breve revisão bibliográfica sobre o tema.

Palavras-chave: TRISSOMIA DO 18, SÍNDROME DE EDWARDS

Agradecimentos: AGRADECIMENTOS A TODA EQUIPE NEONATAL.

PE-12 - CIRURGIA CARDÍACA EM PACIENTE COM TRISSOMIA DO CROMOSSOMO 18

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL SANTA MARTA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL SANTA MARTA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL SANTA MARTA), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (HOSPITAL SANTA MARTA), VICTOR DE AMORIN CAMPOS (HOSPITAL SANTA MARTA), MARCOS GUIMARÃES (HOSPITAL SANTA MARTA), ANDRÉA RAMIRES KAIRALA (HOSPITAL SANTA MARTA)

Trata-se de paciente do sexo, feminino, nascida de parto cesáreo, idade gestacional de 36 semanas, peso nascimento de 1.806g, apgar 6, 7, 8. Suspeita de má formação congênita. Observado dismorfias, confirmado diagnóstico de cardiopatia congênita do tipo comunicação interventricular de via de entrada medindo 7 mm, duas comunicações interatriais tipo fossa oval, persistência do canal arterial e dilatação discreta de cavidades cardíacas direitas. Evoluiu com hiperfluxo pulmonar, iniciado diurético de alça, necessitou de uso inibidor da enzima conversora da angiotensina. Submetida a cirurgia cardíaca paliativa com um mês de vida, realizada bandagem da artéria pulmonar e durante o procedimento teve quadro de instabilidade hemodinâmica e ventilatória com necessidade de uso de óxido nítrico inalatório e drogas vasoativas no pós-operatório. Apresentou complicações sepse tardia e deiscência de ferida operatória. Cariótipo confirmou Síndrome de Edwards. Em acordo com decisão familiar, na idade de 3 meses e 15 dias de vida, a paciente foi submetida a nova intervenção cirúrgica curativa, realizada ventriculosseptoplastia, retirada da bandagem pulmonar e plicatura frênica à direita. Evoluiu bem no pós-operatório, iniciada fonoterapia para tratamento de disfunção orofaríngea. De acordo com a literatura, a trissomia do cromossomo 18 recorrentemente é associado a má formação cardíaca, ocorrendo em 85% dos casos, sendo a CIV a cardiopatia mais comum. Devido às múltiplas malformações congênitas que levam a um prognóstico limitado, a discussão sobre cuidados paliativos se faz fundamental nesses casos, devendo os genitores estar envolvidos nas decisões terapêuticas do paciente. A cirurgia cardíaca aparenta aumentar a expectativa de vida do paciente e melhorar a qualidade de vida, o que permite uma alta precoce da unidade hospitalar. Diante do exposto e tendo como base o princípio ético da autonomia, o desejo dos pais foi respeitado e a intervenção cirúrgica incluída no plano terapêutico.

Palavras-chave: CIRURGIA CARDÍACA, TRISSOMIA DO 18

Agradecimentos: AGRADECIMENTO AOS MÉDICOS E EQUIPE QUE DIARIAMENTE TRABALHAM PARA A SEGURANÇA DOS NEONATOS.

PE-13 - DACRIOCISTOCELE BILATERAL: SINGULAR CAUSA DE OBSTRUÇÃO NASAL EM NEONATOS

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL SANTA MARTA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL SANTA MARTA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL SANTA MARTA), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (HOSPITAL SANTA MARTA), VICTOR DE AMORIN CAMPOS (HOSPITAL SANTA MARTA), MARCOS GUIMARÃES (HOSPITAL SANTA MARTA), ANDRÉA RAMIRES KAIRALA (HOSPITAL SANTA MARTA)

Dacriocistocele congênita é uma forma da obstrução do ducto nasolacrimal. Caracterizada pelo aparecimento de massa cística azulada sobre região do saco lacrimal logo após nascimento. A obstrução persistente ao nível da válvula de Hasner e a obstrução funcional secundária na válvula de Rosenmuller levam a sua formação, que pode conter muco, lágrimas e se infectado, pús. É mais comum nos hispânicos, t rês a nove vezes mais comum sexo feminino, sendo forma bilateral ainda mais rara. Tratamento pode ser conservador na ausência de comprometimento respiratório e inclui massagem, lavagem nasal, compressas quentes e cateterização do ducto nasolacrimal. Paciente feminino, nascido a termo, 3345g, parto cirúrgico, apgar 8 / 9, apresentou em sala de parto muita secreção em vias áreas superiores e dificuldade de progressão da sonda de aspiração em ambas narinas. Evoluiu com bom padrão respiratório, encaminhado à maternidade e avaliado por Otorrinolaringologista no segundo dia de vida. Realizada nova tentativa de progressão de sonda número 4, insucesso. Videonasoendoscopia demonstrou estreitamento via aérea superior e comunicação naso-oral pérvia. Realizada tomografia de seios da face que evidenciou leve dilatação dos ductos nasolacrimais, notando-se formações nodulares hipodensas acopladas ao óstios inferiores destes ductos, que se projetam na porção anterior da cavidade nasal, determinando obliteração da coluna aérea, achados relacionados a cistos/mucocele do ducto nasolacrimal bilateral. Descartada hipótese de atresia de coanas e orientado acompanhamento ambulatorial com especialidade. Anomalias nasais congênitas são incomuns, mas podem resultar em dificuldade respiratória neonatal devido à obstrução nasal. Diagnósticos diferenciais como cisto do ducto nasolacrimal, trauma nasal, subluxação septal, meningoencefalocele, cisto de Thornwald, hemangioma, estenose da abertura piriforme, hipoplasia nasal e glioma podem ser investigados por exame de imagem e/ou visualização direta pela nasoendoscopia. O diagnóstico precoce permite manejo adequado, clínico ou cirúrgico, para estabelecimento da perviedade nasal. Dacriocistocele congênita bilateral é uma forma de obstrução do ducto nasolacrimal. Seu curso desafia oftalmologistas e otorrinolaringologistas que assistem neonatos.

Palavras-chave: DACRIOCISTOCELE, NASOENDOSCOPIA, DUCTO NASOLACRIMAL

Agradecimentos: AGRADECIMENTO PARA A DEDICADA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL QUE ATUA NA NEONATOLOGIA,

PE-14 - RELATO DE CASO: INFECÇÃO POR ECHINOCOCCUS GRANULOSUS E CISTO HIDÁTICO HEPÁTICO EM PACIENTE PEDIÁTRICO

HELOISA SIQUEIRA RIBEIRO LIMA PERRI (HOSPITAL INFANTIL CÂNDIDO FONTOURA), LETÍCIA MESQUITA SILVA (HOSPITAL INFANTIL CÂNDIDO FONTOURA), AMANDA SOUSA RIBEIRO (HOSPITAL INFANTIL CÂNDIDO FONTOURA), LAURA PIRES GROSSI (HOSPITAL INFANTIL CÂNDIDO FONTOURA), PÉROLA ESTRELA CECHINEL (HOSPITAL INFANTIL CÂNDIDO FONTOURA), ADRIANA HAGIME YAMASHIRO (HOSPITAL INFANTIL CÂNDIDO FONTOURA)

INTRODUÇÃO: O presente relato é sobre um paciente pediátrico com Equinococose Cística que desenvolveu cisto hidático hepático recidivante, contrariando a literatura. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente LDMH, de 7 anos, masculino, admitido devido dor em quadrante superior direito de abdome. Durante investigação clínica, foi identificada eosinofilia de 21% (VR 6%) e no Ultrassom de Abdome Total imagem cística multisseptada medindo cerca de 7,0 x 7,7 cm, complementado com Tomografia de Abdome que revelou volumosa formação com densidade líquida, medindo cerca de 9,0 x 8,5 podendo corresponder a hidatidose. Iniciada terapia via oral com Albendazol, realizada sorologia para equinococose, punção guiada por Ultrassom com esvaziamento do cisto e coleta de material para análise laboratorial, que confirmaram a doença. Recebeu alta em uso de Albendazol, completando 30 dias de tratamento medicamentoso. Em retorno ambulatorial, realizado novo Ultrassom de Abdome Total que mostrou recidiva do cisto hidático. Foi novamente internado, submetido a terapia cirúrgica por laparotomia, com hepatectomia segmentar para retirada de cisto aderido nos segmentos 5, 6, 7 e parte do 8. Recebeu alta após 10 dias de internação. DISCUSSÃO: A equinococose é uma doença endêmica de regiões tropicais e subtropicais, em áreas de criação de animais, causada pelo parasita Echinococcus spp. Crianças de todas as idades são susceptíveis, sendo que o acometimento pulmonar é mais comum e os cistos no fígado são mais infreqüentes nesta faixa etária. O tratamento é composto por terapia medicamentosa, intervenções percutâneas e cirurgias, podendo estes métodos serem combinados entre si para aumentar a chance de sucesso. CONCLUSÃO: Embora os cistos hidáticos possam ser comumente encontrados em crianças, a localização mais comum na faixa pediátrica é nos pulmões, o que não ocorreu com o paciente em questão assim como o insucesso na terapia inicial, mas em concordância à literatura, a localização do cisto hepático do paciente era no lobo direito.

Palavras-chave: CISTO HIDÁTICO, EQUINOCOCOSE HEPÁTICA, PEDIATRIA.

PE-15 - ESTUDO SOBRE CUIDADOS E FORMAS DE CONTÁGIO DE COVID 19 EM POPULAÇÃO DE GESTANTES E RECÉM-NASCIDOS EM UMA MATERNIDADE DE REFERÊNCIA NEONATAL

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

O SARS-CoV-2 é um vírus tipo betacoronavírus que foi inicialmente descoberto em amostras de lavado broncoalveolar de pacientes com pneumonia de causa desconhecida na cidade de Wuhan, China, em dezembro de 2019. O vírus faz parte do subgênero Sarbecovírus da família Coronaviridae e é o sétimo coronavírus conhecido a infectar seres humanos. Os autores aplicaram questionário específico a parturientes internadas na maternidade que se dispuseram a participar. Trabalho compreendeu meses de abril a dezembro 2020. Participaram da pesquisa total de 4774 parturientes. Dos resultados 63% das mulheres conheciam pelo menos 3 maneiras de prevenção de contágio. 21% utilizavam máscara de forma adequada durante período de internação em ambiente hospitalar. 0,8% das gestantes foram transferidas para outra maternidade referência no atendimento a covid 19, por RT PCR, sorologia positiva para Covid 19.2% do total das parturientes possuíam esclarecimento sobre lavagem correta das mãos, obedecendo as boas práticas de higiene. Vale a pena salientar que as mães que tinham tal conhecimento eram de bebes prematuros com seus filhos internados em UTI neonatal. 92% dos companheiros (as) das parturientes não utlizavam máscara de rotina durante internação, embora houvesse orientação do uso. 3% das parturientes apresentaram algum sintoma gripal durante período da internação, porém sem resultado positivo para Covid 19. 36% das parturientes consideraram importante manter abertas janelas e portas das enfermarias. Cada enfermaria abriga 4 binômios mãe x bebê e 4 acompanhantes maiores de 18 anos, somando-se, portanto, 8 adultos e 4 recém-nascidos em cada quarto. A relevância deste estudo baseia-se na importância de conhecermos o que nossa população realmente compreende para enfim traçarmos medidas de divulgação de informações efetivas e de fácil compreensão sobre Covid 19 à população mais suscetível.

Palavras-chave: COVID 19, HIGIENE, CUIDADOS BÁSICOS, TRANSMISSÃO

Agradecimentos: AGRADECIMENTO A TODA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR DA NEONATOLOGIA.

PE-16 - COVID 19 POSITIVO. DEVO AMAMENTAR MEU FILHO?

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), WANDRÉA VARÃO MARACINONI WOLOSKER (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

Devido ao atual momento mundial de pandemia pelo Covid 19 é natural que as parturientes tenham muitas dúvidas em relação a amamentação. As atuais evidências são, em sua maioria, de apoio à amamentação. Contato pele a pele e amamentação exclusiva até os 6 meses continuam ser fatores protetores ao RN. Até o momento a transmissão novo coronavírus pelo leite materno não foi detectada. Mães que estão prestes a amamentar devem ser apoiadas para o ato de amamentar e segurar seu filho logo após o nascimento. Portanto o aleitamento materno na 1a hora de vida continua sendo recomendado, com exceção apenas para casos suspeitos ou confirmados de Covid. Importante ressaltar que a parturiente mantém direito a acompanhante, baseado em Lei Federal, desde que pessoa sem doenças crônicas, sem sintomas respiratórios e não coabite com paciente Covid 19. Após parto, caso a parturiente seja assintomática ou sem contato domiciliar com paciente Covid, deve manter cotato pele/pele e aleitamento na 1a hora de vida. Início precoce da amamentação sabidamente reduz mortalidade neonatal. Para mães com sintomas, Covid confirmada, deve ser adiada amamentação após cuidados de higiene, banho no leito, troca máscara, touca e lençóis. Além disso, respeitar distância 2 metros entre leito materno e berço do RN, além de precauções tais como: lavar mãos com água e sabão por 20 segundos antes e depois de manusear RN, máscara facial cobrindo completamente nariz e boca, evitar falar ou tossir durante amamentação, evitar que o RN toque seu rosto, lavar mamas apenas se parturiente tossir ou espirrar sobre elas. Após a mamada os cuidados com o RN, como banho, troca de fraldas e sono devem ser feitos por outra pessoa que não esteja com sintomas e com uso de luvas descartáveis.

Palavras-chave: COVID 19, AMAMENTAÇÃO, LEITE MATERNO

Agradecimentos: AGRADECIMENTO A TODA EQUIPE DE NEONATOLOGIA E INFECTOLOGIA.

PE-17 - ESTUDO DESCRITIVO COM REVISÃO DE PRONTUÁRIO SOBRE INTUBAÇÃO EM RECÉM-NASCIDOS

ÉRIKA DA CUNHA IBIAPINA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), FABIANO CUNHA GONÇALVES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), SANDRA DE CALDAS LINS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), WANDRÉA VARÃO MARACINONI WOLOSKER (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), MARIA LUIZA ALMADA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

Procedimento de intubação em recém-nascidos (RN) ocorre em diferentes ocasiões, sendo de forma eletiva dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Neonatal e Centro cirúrgico, ou de forma emergencial no atendimento do RN em Sala de Parto, Emergência ou UTIN. Estudo com componente descritivo e experimental. O componente descritivo foi prospectivo através da análise de prontuário, identificando nos relatos a descrição do procedimento de intubação. Foram revisados prontuários de abril a dezembro de 2020 e foram identificados ítens relevantes como gênero, idade, peso, estatura, superfície corporal do recém-nascido (RN), motivo da intubação, comprimento do esterno, distância oro-trago-furcular e diâmetro do tubo e para estimar a posição do tubo traqueal foi utilizada radiografia na escala de 1:1 para definição da distância oro traqueal, bem como a evolução clínica do RN focando nas seguintes condições: lesões de partes moles, sangramentos, alterações decorrentes de posição do tubo endotraqueal, hipoxemia, hipoventilação, eficácia da ventilação, além de ocorrência de pneumotórax ou atelectasia. Para avaliar o grau de dificuldade de intubação foi utilizada a Classificação de Malampatti Modificada em 1987 por Samsoon e Young, onde a avaliação da via aérea é definida em classes. Foram incluídos prontuários dos pacientes atendidos na Uti nenatal de Hospital Público que necessitaram de intubação traqueal e foram excluídos os prontuários com descrição inadequada, cujo os dados relacionados acima não puderam ser identificados. A amostra do estudo foi de médicos pediatras, neonatologistas e anestesistas que trabalham no hospital, Casos de técnica inadequada de intubação, foram realizados cursos de atualização e aperfeiçoamento para melhor orientação de toda equipe. Para análise estatística foi utilizado o programa SPSS. O adequado manejo da via aérea deve ser prioridade no atendimento de pacientes críticos. A diferença entre desfecho desfavorável e sequelas permanentes ou até a morte vai depender da prática de IO realizada de maneira correta.

Palavras-chave: INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL, MALAMPATTI, LARINGOSCOPIA

Agradecimentos: AGRADECIMENTO A TODA EQUIPE DE NEONATOLOGIA.

PE-18 - REPERCUSSÕES NA VIDA DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM GENITORES PRIVADOS DE LIBERDADE – A CONDENAÇÃO DOS PAIS TAMBÉM CONDENA OS FILHOS?

JÚLIA PEREIRA SOARES (GRADUANDA EM MEDICINA PELA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS CAMPUS POÇOS DE CALDAS), BARBARA NUNES TAVARES (GRADUANDA EM MEDICINA PELA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS CAMPUS POÇOS DE CALDAS), MARIANE MERCHED LIMA (GRADUANDA EM MEDICINA PELA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS CAMPUS POÇOS DE CALDAS), BRUNA MARIANA COSTA REZENDE (GRADUANDA EM MEDICINA PELA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS CAMPUS POÇOS DE CALDAS), FLÁVIA LINHARES MARTINS (DOCENTE DO CURSO DE MEDICINA DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS CAMPUS POÇOS DE CAL), ANNE KATERINE COSTA RODRIGUES (RESIDENTE EM PEDIATRIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE POÇOS DE CALDAS), RAQUEL DIAS VIEIRA (RESIDENTE EM PEDIATRIA DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE POÇOS DE CALDAS)

Ao se discutir sobre crianças e adolescentes com genitores privados de liberdade, é necessário pensar se a condenação dos pais também condena seus filhos. Assim, o objetivo deste estudo é analisar as repercussões na vida de crianças e adolescentes com pais privados de liberdade. Para tal, foi realizada uma revisão narrativa de literatura através da busca de artigos nas bases de dados científicas Scielo, Portal de Periódicos Capes e Pubmed, utilizando os termos incarcerated children, children of parents in prison, filho e cárcere, com um intervalo temporal de 10 anos, finalizado em abril de 2021. Pesquisas demonstram a potência do convívio e da presença da figura dos pais para o desenvolvimento da criança, independente do lugar e circunstância. No entanto, os achados revelam que os fatores de vulnerabilidade deste público se iniciam já no período gestacional. Durante o pré-natal, não há preocupação dentro das prisões sobre a higiene, acompanhamento psicológico ou alimentação diferenciada para gestantes. Após o nascimento da criança, apesar do aleitamento materno dentro do cárcere ser garantido por lei, o desmame precoce acaba acontecendo, já que muitas vezes a mulher deixa de amamentar por medo, tristeza, falta de estímulo e ineficácia do próprio sistema. Quando há visitação, os filhos são expostos a revista íntima, violência verbal e a um ambiente tóxico. No universo escolar, existe o estigma "o filho do preso", além de bullying e preconceito, afetando o bem-estar através de Transtorno do Estresse Pós-Traumático, ansiedade e agressividade. Há ainda a ruptura de laços, tão prejudicial, ainda que necessária em casos de violência doméstica. Conclui-se, então, que é primordial o acompanhamento por equipe interdisciplinar para essas crianças e adolescentes e o intercâmbio entre profissionais da saúde e educação, a fim de garantir os direitos dessa criança e adolescente como um indivíduo da sociedade.

Palavras-chave: PRIVAÇÃO DE LIBERDADE, ENCARCERAMENTO DOS PAIS, INFÂNCIA

PE-19 - ANÁLISE DE MÉTODOS QUE AUXILIAM NA ESCOLHA DO TAMANHO IDEAL DE TUBOS ENDOTRAQUEAIS EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

MARIANA STEFENONI RIBEIRO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA (EMESCAM)), EDUARDA TEIXEIRA LORENZONI (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA (EMESCAM)), RODOLFO BARCELLOS CREVELIN (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA (EMESCAM)), YASMIN VELTEN MAI (FACULDADE BRASILEIRA (MULTIVIX)), DOMINIQUE LENGRUBER SESQUIM (FACULDADE BRASILEIRA (MULTIVIX)), DONATO MORAES DORNA FOLETTO (FACULDADE BRASILEIRA (MULTIVIX)), ISABELLE BARROS SILVA DELUNARDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO (UFES)), CARLOS EDUARDO DAVID DE ALMEIDA (FACULDADE BRASILEIRA (MULTIVIX))

Introdução: A intubação orotraqueal (IOT) em pacientes pediátricos é mais complexa. Visando menor necessidade de reintubação e complicações decorrentes de tubos menores ou maiores que o ideal, é importante o conhecimento de métodos que auxiliem na escolha do tamanho do tubo endotraqueal (TET). Objetivo: Descrever métodos que auxiliam na escolha do tamanho ideal do TET em pacientes pediátricos. Metodologia detalhada: Trata-se de uma revisão bibliográfica. A base de dados utilizada foi a MEDLINE e os descritores "airway management", tracheal tube, Intubation e Pediatrics foram obtidos no DeCS. Os filtros utilizados foram artigos em inglês publicados nos últimos 10 anos. Após leitura, 7 artigos foram selecionados para compor essa revisão. Resultados: Existem diversos métodos que visam auxiliar a escolha correta do tamanho do tubo para IOT na pediatria. Evidências recentes sugerem que fórmulas antigas baseadas na idade, como de Cole, Motoyama e Khine, não são tão confiáveis, e que fórmulas recentes são melhores para predição do tamanho do TET sem balonete em pacientes menores de 8 anos. Pesquisas evidenciam que uma equação de regressão linear utilizando o diâmetro subglótico medido por ultrassom permite a seleção de tamanho de tubo correto em 60% dos casos. Destaca-se que determinadas fórmulas não são tão práticas, sendo seu uso difícil em cenários emergenciais. Uma alternativa para esses casos, é a utilização do tamanho do terceiro quirodáctilo da criança, visto que, o comprimento dele em cm, arredondado para mais próximo de 0,5 é igual ao diâmetro interno em mm do tubo sem balonete. Conclusão: Observa-se que existem diversos métodos que auxiliam na escolha do tubo, reduzindo eventuais falhas na IOT pediátrica e aumentando o sucesso da escolha do tamanho do tubo. Assim, existem formas complexas e mais simples de predizer o tamanho do TET, cabendo ao profissional se capacitar e escolher qual utilizará no seu paciente.

Palavras-chave: MANUSEIO DAS VIAS AÉREAS, INTUBAÇÃO, PEDIATRIA.

PE-20 - PERFIL DAS CRIANÇAS COM DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS EM UM HOSPITAL DE BELO HORIZONTE

ALICE CAMPOS VELOSO REZENDE (FHEMIG), FERNANDO FILIZZOLA DE MATTOS (FHEMIG), RAQUEL DOS SANTOS MALHEIROS (FHEMIG), SUZANA FONSECA OLIVEIRA MELO (FHEMIG), GABRIELA MATTOS BARROS (FHEMIG)

As doenças inflamatórias intestinais representam um sério problema de saúde. Essas doenças decorrem de um processo inflamató¬rio crônico no intestino e são representadas principalmente pela Retocolite Ulcerativa e pela Doença de Crohn, mas também incluem a Colite Indeterminada em uma menor incidência. Devido à dificuldade de obtenção de dados epidemiológicos no Brasil, sabe-se pouco sobre as características das crianças e adolescentes acometidos pelas doenças inflamatórias intestinais. O objetivo deste estudo consiste em avaliar o perfil de pacientes pediátricos com doença inflamatória intestinal em acompanhamento ambulatorial no Hospital Infantil João Paulo II (FHEMIG) em Belo Horizonte. Os pacientes foram selecionados por meio de uma busca ativa dos prontuários, sendo incluídos aqueles com diagnóstico confirmado de doença inflamatória intestinal, atendidos no Ambulatório de Gastroenterologia Pediátrica, no período de janeiro de 2011 a julho de 2016. Dados de 19 prontuários foram analisados. Este estudo demonstrou predomínio do gênero masculino e idade superior a 8 anos no momento do diagnóstico. O intervalo de tempo entre o início dos sinto¬mas e o diagnóstico foi menor que 1 ano na maioria dos pacientes. Os sintomas mais comuns no início da doença inflamatória intestinal foram diarreia, sangramento intestinal e dor abdominal. A maioria dos pacientes não teve manifestações extra-intestinais e apresentou um estado nutricional atual adequado de acordo com o Índice de Massa Corporal. A propedêutica mais realizada consistiu na administração de corticoides, salicilatos e imunossupressores.

Palavras-chave: DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL, CROHN, RETOCOLITE ULCERATIVA

PE-21 - SONAMBULISMO E TERROR NOTURNO: UMA REVISÃO DAS PARASSONIAS DO SONO NÃO REM NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA

AMANDA GOMES OLIVEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO (UNICAP)), ANDERSON JOSÉ DO NASCIMENTO DUDA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO (UNICAP)), CAMILA BARROS VIEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO (UNICAP)), DÉBORA ALINE OLIVEIRA PORTELA DE CARVALHO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO (UNICAP)), JULIANA SOARES DE OLIVEIRA REGO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO (UNICAP)), LARISSA VALESKA DA SILVA MOURA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO (UNICAP)), NADINE NEBL JARDIM LACERDA ANDRADE (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO (UNICAP)), NEILA VASCONCELOS SPENCER NETTO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO (UNICAP)), WELLINGTON MATHEUS PEREIRA DAS NEVES (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO (UNICAP)), WAGNER GONÇALVES HORTA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PERNAMBUCO (UNICAP))

Introdução: As parassonias do sono não REM, estágio do sono em que não ocorrem movimentos rápidos dos olhos, são representadas principalmente pelo despertar confusional, sonambulismo e terror noturno. Possuem forte relação com a infância e adolescência, podendo ocasionar consequências na qualidade de vida. Dessa forma, é importante reconhecer os principais conceitos que norteiam essas parassonias, sobretudo o sonambulismo e o terror noturno. Objetivos: Definir como o sonambulismo e terror noturno se comportam na infância e adolescência e determinar os principais fatores desencadeantes. Metodologia: Trata-se de uma revisão de literatura. Realizadas buscas no PUBMED, com os descritores: ´Night Terrors and Somnambulism´, "Night Terrors and Child" e "Somnambulism and Child". Incluídos estudos publicados de 2011 até maio de 2021. Excluídos duplicados e literatura cinza. 129 artigos encontrados e 9 selecionados. Resultados: O sonambulismo e o terror noturno podem afetar até 13% das crianças e duram geralmente de 5 a 15 minutos até 1 hora. O sonambulismo é caracterizado pela deambulação e/ou comportamentos incomuns fora da cama, onde a criança aparenta estar confusa ou atordoada e se apresenta geralmente de olhos abertos. Essa parassonia é mais comum em crianças em idade escolar, possuindo um pico de prevalência por volta dos 10 anos de idade, podendo continuar na adolescência ou reaparecer na idade adulta. Os terrores noturnos ocorrem principalmente em crianças de 3 a 10 anos, onde apresentam manifestações comportamentais de medo intenso, acompanhadas de sinais de atividade autonômica excessiva como taquicardia, taquipneia, midríase, suor excessivo e até enurese. Sobre os fatores desencadeantes, há estudos que relacionam esses quadros com parto prematuro, asfixia perinatal, excesso de tecnologia, apneia obstrutiva do sono, medicamentos e genética. Conclusão: É fundamental que haja estudos mais aprofundados, visto que impacta diretamente na qualidade do sono de crianças e adolescentes e causa preocupação para pais e familiares.

Palavras-chave: PARASSONIAS, SONAMBULISMO, TERROR NOTURNO, PEDIATRIA, SONO.

PE-22 - O ALEITAMENTO MATERNO EM MOMENTOS DE PANDEMIA DE COVID-19

EDUARDO BRAGA (UFSJ), ANGELITA MENESES (UFSJ), BÁRBARA VILELA (UFSJ), FLÁVIO CAPANEMA (UFSJ), GUSTAVO ROCHA (UFSJ), IEDA DINIZ (UFSJ), JOEL LAMOUNIER (UFSJ), PATRÍCIA OLIVEIRA (UFSJ), MÁRCIA ROMANO (UFSJ)

Introdução: sabe-se que o leite materno é o alimento ideal para a criança, especialmente de forma exclusiva, nos primeiros seis meses de vida e complementado após até dois anos de idade ou mais. A promoção do aleitamento materno possui vários desafios já bem descritos. Atualmente, mais um novo desafio se destaca: a pandemia de COVID-19. Objetivo: mapear a produção científica que favoreça a promoção do aleitamento materno na pandemia de COVID-19. Métodos: revisão de escopo denvolvida com base no guia internacional PRISMA-ScR e no método proposto pelo Joanna Briggs Institute. A pesquisa foi realizada em agosto de 2021 nas bases de dados U.S. National Library of Medicine (PubMed), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Web of Science, Scopus e na literatura cinzenta. Os dados foram coletados, analisados e sintetizados de forma narrativa. Resultados: foram levantadas 2466 publicações, destas, selecionadas 18. As publicações apontam para a baixa possibilidade de transmissão vertical da COVID-19 ou por meio do aleitamento materno quando seguidas as orientações sanitárias de higienização das mãos, uso correto de máscaras e utensílios de ordenha do leite materno. As publicações demonstram ainda o incipiente montante de evidências científicas acerca do tema. Conclusão: a amamentação, mesmo no contexto da infecção pelo SARS-CoV-2, deve ser promovida e novos estudos são necessários para estabelecer, com significativa evidência científica, a segurança da amamentação no contexto da COVID-19.

Palavras-chave: ALEITAMENTO MATERNO, AMAMENTAÇÃO, COVID-19, SAÚDE DA CRIANÇA

Agradecimentos: AGRADECEMOS À ORIENTADORA PROFA DRA MÁRCIA PELA SABEDORIA NO DIRECIONAMENTO DO APRENDIZADO.

PE-23 - UVEÍTE EM ADOLESCENTE COMO PRIMEIRA MANIFESTAÇÃO DA DOENÇA DE BEHÇET: RELATO DE CASO

IVAN LUIZ GONÇALVES DOS SANTOS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), DÉBORA LILIAN ROVERON (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), JULIO LUIZ GONÇALVES DOS SANTOS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), RAPHISA ABRAHÃO GEBRIM (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), HELEN DE PAROLIS FIGUEIREDO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), HERON MATEUS FERREIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), FLÁVIA LINHARES MARTINS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), HENRIQUE CORRÊA ATERJE (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS)

A doença de Behçet (DB) é um distúrbio inflamatório multissistêmico, raro, que evolui de forma crônica e recorrente, principalmente, aos portadores do alelo HLA-B51/B5. O presente relato de caso se refere ao paciente L.G.T.S, 11 anos, pardo e do sexo masculino, com um quadro de uveíte e alelo HLA-B27 positivo em 2018, encaminhado pelo departamento de reumatologia a um hospital particular de oftalmologia na cidade do sul de Minas Gerais, Brasil. Em 2019, o adolescente negou quaisquer outros sintomas além da redução da capacidade visual. À biomicroscopia, ambos os olhos apresentavam córnea e conjuntiva claras, ausência de reação à câmara anterior no olho direito, pupila regular e presença de sinéquias póstero-superiores no olho esquerdo. À fundoscopia, confirmou-se o diagnóstico de pan-uveíte e vitreíte bilaterais. A tipificação HLA, com a identificação do alelo HLA-B51/B5 evidenciou Doença de Behçet, apesar da manifestação ocular isolada. Soluções oftálmicas com dexametasona, ciclopégico, tartarato de brimonidina associado ao maleato de timolol, além de metotrexato e ácido fólico, foram prescritos, em conjunto, pelas equipes de reumatologia e oftalmologia, cursando com melhora do quadro clínico. Apesar da DB ser mais incidente em adultos jovens, manifesta-se na infância em 15 a 20% dos casos. Para o diagnóstico, três dos seguintes critérios devem estar presentes: aftoses orais (três ou mais crises por ano), aftoses genitais, acometimento neurológico, manifestações mucocutâneas, oculares ou vasculares. Em crianças, a doença geralmente permanece ativa, de forma recidiva, e os prejuízos funcionais estão relacionados às doenças neurológicas e oculares. A morte está associada a idade mais jovem (15-25 anos), sexo masculino, envolvimento arterial e crises. O paciente L.G.T.S. apresentou somente manifestações oculares, não atendendo ao número de critérios necessários para o diagnóstico de DB. Portanto, a avaliação de forma individualizada, associada à comunicação multiprofissional e interdisciplinar das especialidades médicas, foram fundamentais para o melhor prognóstico do paciente.

Palavras-chave: PEDIATRIA, SÍNDROME DE BEHÇET, UVEÍTE.
Agradecimentos: AGRADECEMOS À DOCENTE FLÁVIA LINHARES MARTINS PELA MAGNIFICÊNCIA NO AUXÍLIO E ORIENTAÇÃO.

PE-24 - IMPACTO DA PANDEMIA DO COVID-19 NA SAÚDE MENTAL DAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES: REVISÃO

JACKSON LEIVAS POPIA (HOSPITAL REGIONAL DE SINOP)

Introdução: A pandemia COVID-19 não poupou faixa etária, seja pela doença em si seja pelos efeitos das numerosas mudanças geradas nos diversos âmbitos. As crianças e adolescentes foram em especial afetadas pelos efeitos psicológicos da pandemia e das restrições de contato social, com aumento da incidência de diversos transtornos da saúde mental. Objetivo: Mostrar os impactos da pandemia do COVID-19 e das medidas de restrição na saúde mental de crianças e adolescentes. Metodologia: Revisão não sistemática por meio de pesquisa em duas bases de dados (PubMed e SciELO) utilizando os descritores "Anxiety" AND "Children" AND "COVID-19" conforme Descritores em Ciências da Saúde (DeCS). Foram encontrados ao total 1043 resultados. Utilizados os filtros: últimos 5 anos e selecionadas apenas as revisões, totalizaram 51 trabalhos, dos quais foram selecionados os 10 mais relevantes. Resultados: Há diversos transtornos de saúde mental associados a pandemia, como ansiedade, depressão e transtorno do estresse pós-traumático. As crianças e adolescentes são mais suscetíveis a esses efeitos por responderem de maneira diferente ao estresse dependendo do estágio de desenvolvimento, além de serem um grupo com maior risco de consequências em longo prazo. Crianças e adolescentes em situações de marginalização foram de maneira desvantajosa mais afetados em relação a outras crianças e adolescentes. Crianças e adolescentes com desordens psiquiátricas prévias também foram mais vulneráveis aos efeitos psicológicos da pandemia. Conclusão: A pandemia do COVID-19 gerou modificações notórias e inéditas na área econômica, ocupacional e especialmente na saúde mental. São necessários estudos para avaliação de risco benefício de medidas para acompanhamento de transtornos mentais durante e após a pandemia, especialmente com relação ao papel fundamental das escolas. Deve-se priorizar ações a pessoas com maior vulnerabilidade e facilitar o acesso dessa população a serviço de saúde mental com integração de psiquiatras, pediatras, psicólogos e outros profissionais.

Palavras-chave: COVID, CRIANÇA, SAÚDE-MENTAL

PE-25 - A INCORPORAÇÃO DA PRÁTICA DE SIMULAÇÃO REALÍSTICA NO PROCESSO DE ENSINO-APRENDIZAGEM ENTRE RESIDENTES MÉDICOS E MULTIPROFISSIONAL

FELIPE LEONARDO RIGO (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), GABRIEL GOUVEIA DE AGUIAR (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CLARISSE ANGELIM SOARES CARDOSO (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINA HENRIQUES GOMES MIRANDA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINE SOARES RODRIGUES (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CASSIDY TAVARES SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), MÉRCIA BEATRIZ MARTINS SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), THAÍS PEREIRA LOPES DE SOUZA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS)

Introdução: o processo de formação dos residentes médicos e multiprofissional é caracterizado pela articulação do conhecimento científico e refinamento das habilidades práticas assistenciais e requer um saber fazer fundamentado em evidências científicas frente a um exercício crítico e reflexivo de suas ações diariamente. Objetivo: relatar a incorporação da simulação realística no ensino de residentes médicos do programa de emergência pediátrica e de enfermagem do programa multiprofissional em urgência e emergência. Método: Este estudo consiste em um relato de experiência a partir das vivências dos docentes médicos e enfermeiro de um hospital infantil em Belo Horizonte Resultados: as atividades ocorreram entre os meses de janeiro a setembro de 2021, no laboratório de habilidades da instituição. Foram abordadas ao longo dos meses as seguintes temáticas: parada cardiorrespiratória – suporte básico e avançado pediátrica e neonatal, habilidades de manejo de via aérea, abordagem ao choque séptico e sepse grave em crianças - cuidados da primeira hora, acesso intraósseo, politrauma, afogamento, atendimento ao paciente grave, estado do mal epiléptico e arrtmias cardíaca. Anteriormente, a cada encontro os residentes recebem os materiais para leitura prévia, que inclui artigos, capítulos de livros e vídeos. Posteriormente, foram elaborados os casos clínicos que guiaram os cenários da simulação. Após término da atividade ocorreu o debriefing, processo pelo qual docentes e discentes refletem acerca da experiência do cenário clínico o que contribuiu para melhor assimilação do conteúdo. Conclusão: a utilização do simulação realística possibilita reproduzir cenários similares a casos reais onde residentes aprimoram o raciocínio clínico, desenvolvimento de habilidades, tomada de decisão, trabalho em equipe e a ética profissional.

Palavras-chave: MÉTODO DE ENSINO, SIMULAÇÃO REALÍSTICA, HOSPITAL

PE-26 - A UTILIZAÇÃO DE METODOLOGIAS ATIVAS NA FORMAÇÃO DE RESIDENTES MÉDICOS E MULTIPROFISSIONAL EM UM HOSPITAL INFANTIL EM BELO HORIZONTE

FELIPE LEONARDO RIGO (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), GABRIEL GOUVEIA DE AGUIAR (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CLARISSE ANGELIM SOARES CARDOSO (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINA HENRIQUES GOMES MIRANDA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINE SOARES RODRIGUES (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CASSIDY TAVARES SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), MÉRCIA BEATRIZ MARTINS SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), THAÍS PEREIRA LOPES DE SOUZA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS)

Introdução: a formação dos profissionais de saúde necessita romper com práticas pedagógicas ultrapassadas e fomentar o uso de metodologias ativas de ensino-aprendizagem. Objetivo: descrever a utilização de metodologias inovadoras no processo de ensino aprendizagem durante a disciplina de urgências pediátricas. Método: trata-se de um estudo descritivo, tipo relato de experiência, construído a partir das vivências das residentes de enfermagem do programa multiprofissional em urgência e emergência de um hospital infantil púbico em Belo Horizonte no ano de 2021. Resultados: Dentre as metodologias utilizadas cita-se: Team basedlearning (TBL), Role Play, Simulação realística e Fishbowl ou Metodologia Aquário. E realizado o planejamento prévio da atividade e isto isso foi fundamental para que cada metodologia fosse bem aplicada e para que a junção delas melhorassem os resultados quando comparadas ao emprego isolado. A incorporação de práticas inovadores na residência aumentou a assimilação dos conteúdos referentes à saúde da criança pelos residentes médicos e multiprofissional através de atividades que permite a vivência de situações problemas diversas, desenvolvimento da autonomia, pensamento crítico reflexivo e o raciocínio clínico. As metodologias ativas empregadas também possibilitou a troca de saberes entre docentes e discentes. Conclusão: a utilização de metodologias ativas de ensino e aprendizagem promoveu melhor assimilação dos conteúdos teóricos, habilidades técnicas, o desenvolvimento da autonomia, competências profissionais e do pensamento crítico reflexivo. É imperativo a sensibilização e a capacitação dos educadores e educandos com a finalidade de difundir novas formas de ensino.

Palavras-chave: DIDÁTICA, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, MÉTODOS DE ENSINO.

PE-27 - AVALIAÇÃO DO PADRÃO DE CONSUMO DO ÁLCOOL POR PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO EM BELO HORIZONTE DURANTE A COVID-19

FELIPE LEONARDO RIGO (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINA HENRIQUES GOMES MIRANDA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINE SOARES RODRIGUES (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CASSIDY TAVARES SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), MÉRCIA BEATRIZ MARTINS SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), THAÍS PEREIRA LOPES DE SOUZA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), ELIZABETH IRACY ALVES LEITE (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS)

Introdução: O álcool é uma substância psicoativa com propriedades que causam dependência e o registro do seu consumo em várias culturas é milenar e com distintas finalidades. A recente pandemia causada pelo coronavírus 2019 (COVID-19) e o isolamento social tem implicações que impactam nos comportamentos da saúde, o que inclui o consumo de álcool. Objetivo: investigar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre os profissionais de saúde durante a pandemia da COVID-19. Método: Estudo transversal realizado em um hospital infantil e público em Belo Horizonte no ano de 2020. Utilizou-se um questionário sociodemográfico e o Alcohol Use Disorder Identification Test. Estudo aprovado pelo Parecer nº 4.130.301. Resultados: Participaram do estudo 271 profissionais de saúde, sendo (91,2%) mulheres, com idade entre 30 e 49 anos (67,9%), solteiros (48,9%), professam religião (87,4%), pós-graduação (40%). Consomem bebidas alcoólicas (65,3%). A cerveja foi a bebida mais consumida (35,6%). Frequência de consumo de 2 a 4 vezes no mês (55,9%), tomam de 1 a 2 doses (62,3%). Entre os principais motivos listados para o consumo de álcool temos, lazer/recreação (29,5%), relaxar (21,3%) e confinamento/tensão pela pandemia (5,1%). Entre os participantes (14,1%) relataram que iniciaram ou teve aumento do consumo de álcool durante a pandemia. Houve associação significativa para o uso de risco entre os entrevistados que tem familiares que consomem álcool ($p<0,001$). Conclusão: O estudo evidenciou que a ingestão de bebidas alcoólicas entre os profissionais de saúde é frequente. É fundamental que haja nas instituições de saúde políticas de ação com foco na promoção de hábitos saudáveis de vida.

Palavras-chave: BEBIDAS ALCOÓLICAS, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, PANDEMIA.

PE-28 - CAPACITAÇÃO PARA O AUTO CUIDADO EM CRIANÇAS COM DIABETES MELITUS EM UM HOSPITAL PEDIÁTRICO EM BELO HORIZONTE

FELIPE LEONARDO RIGO (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINA HENRIQUES GOMES MIRANDA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINE SOARES RODRIGUES (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CASSIDY TAVARES SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), MÉRCIA BEATRIZ MARTINS SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), THAÍS PEREIRA LOPES DE SOUZA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), ELIZABETH IRACY ALVES LEITE (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS)

Introdução: a diabetes é considerado um problema de saúde pública em vários países do mundo. As atividades educativas são fundamentais para adesão ao tratamento do diabetes mellitus tipo 1 (DM), e é por meio delas que há maior envolvimento dos pacientes para realizar o gerenciamento da doença. Objetivo: descrever a capacitação realizada por enfermeiros e residentes de enfermagem para o manejo do DM em crianças e seus familiares em uma unidade de internação clínica pediátrica no ano de 2021. Método: trata-se um relato de experiência a partir das vivências das residentes de enfermagem do programa de urgência e emergência de um hospital pediátrico público em Belo Horizonte. Resultados: em ambiente reservado na instituição é agendado e realizado a abordagem educativa individual com orientações sobre o tratamento de diabetes, armazenamento, preparo e aplicação da insulina, descarte de perfurocortantes e monitorização da glicemia como também orientações para promoção de hábitos saudáveis de vida com a incorporação de atividades físicas diárias e a adoção de uma dieta balanceada. Há também a entrega de uma cartilha ilustrada e apresentação de um vídeo educativo acerca da temática. Após realização do treinamento a criança e seu cuidador são monitorados quanto a adesão e entendimento das orientações sobre a doença ao longo da internação até a alta hospitalar e se necessário nova abordagem educativa é realizada. Conclusão: É fundamental o treinamento oportuno das crianças e familiares cuidadores para o manejo da DM pois, a capacitação é uma ferramenta importante para o controle, tratamento e prevenção da doença e repercute na qualidade de vida da criança.

Palavras-chave: CAPACITAÇÃO, DIABETES, PEDIATRIA

PE-29 - EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA CRIANÇAS PORTADORES DOENÇA FALCIFORME EM UM HOSPITAL PÚBLICO EM BELO HORIZONTE

FELIPE LEONARDO RIGO (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINA HENRIQUES GOMES MIRANDA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINE SOARES RODRIGUES (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CASSIDY TAVARES SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), MÉRCIA BEATRIZ MARTINS SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), THAÍS PEREIRA LOPES DE SOUZA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), ELIZABETH IRACY ALVES LEITE (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS)

Introdução: o termo doença falciforme (DF) abrange diversas hemoglobinopatias presentes em todo o mundo, entre as quais a anemia falciforme é a majoritária. A doença falciforme é uma condição crônica que pode levar a complicações e quadros agudos graves, que se não forem abordados adequadamente, podem até levar o paciente a óbito Objetivo: descrever a abordagem com foco na educação dialógica realizada por enfermeiros para o manejo da DF em crianças e seus familiares internados em ambiente hospitalar. Método: trata-se um relato de experiência a partir das vivências das residentes de enfermagem do programa de urgência e emergência de um hospital infantil e público em Belo Horizonte. Resultados: Durante as consultas de enfermagem a beira leito e em grupos de discussão multiprofissional são realizadas orientações gerais sobre a doença na qual abordada os aspectos das prevenções e cuidados na crise falcêmica, prevenção e identificação de complicações, cuidados com a alimentação e na ingesta hídrica para a evitar a desidratação, os direitos em saúde, cuidados em domicílio e adesão ao tratamento medicamentoso quando pertinente. Conclusão: é fundamental capacitar os profissionais que assistem as crianças com doença falciforme pois, as orientações assertivas contribuem para uma melhor entendimento e adesão da criança e seus familiares para o manejo da DF.

Palavras-chave: DOENÇA FALCIFORME, PEDIATRIA, EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PE-30 - CAPACITAÇÃO PARA O USO DA NUTRIÇÃO PARENTAL DOMICILIAR EM CRIANÇAS: PERCEPÇÕES DOS FAMILIARES

CAROLINE SOARES RODRIGUES (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), FELIPE LEONARDO RIGO (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINA HENRIQUES GOMES MIRANDA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CASSIDY TAVARES SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), MÉRCIA BEATRIZ MARTINS SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), THAÍS PEREIRA LOPES DE SOUZA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), ELIZABETH IRACY ALVES LEITE (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS)

Introdução: a via parenteral é essencial no tratamento intra-hospitalar de crianças com falência intestinal. Os cuidados relacionados a nutrição parenteral em domicílio é algo complexo e requer dos familiares treinamento prévio ainda em ambiente hospitalar pela equipe multiprofissional. Objetivo: descrever a percepção dos familiares acerca da capacitação para o manejo da nutrição parenteral (NP) em domicílio. Método: Estudo qualitativo realizado com familiares de crianças que estavam em uso de nutrição parenteral e internadas entre dezembro de 2020 a maio de 2021. Utilizou-se perguntas norteadoras e as respostas foram submetidas à técnica de análise de conteúdo de Bardin. Estudo aprovado pelo Parecer nº 4.443.630 e CAAE 40049120.1.0000.5119. Resultados: foram entrevistados 7 cuidadores familiares, 2 para cada criança. Em um caso específico somente a mãe foi treinada, constituído a amostra por 4 mães, 2 pais e 1 avó. Destes, seis com ensino fundamental completo, um com ensino médio completo, três mães casadas, uma mulher solteira, todos declararam seguir uma religião. Das entrevistas emergiram três categorias temáticas: Percepção sobre o treinamento, Dificuldades/Facilidades e Cuidados em domicílio. Todos os cuidadores avaliaram positivamente o treinamento pelos enfermeiros e afirmaram que a linguagem foi clara e objetiva além de consideraram satisfatório o tempo do treinamento que variou entre 14 a 30 dias. A maioria relatou como principais dificuldades iniciais a troca do curativo do acesso venoso central (CVC) a heparinização do cateter, a manipulação para o preparo da NP, o preenchimento do equipo e conexão da NP ao cateter. Todos os entrevistados concordaram que se sentiram seguros para assumir os cuidados em domicílio após término do treinamento. Conclusão: o treinamento dos cuidadores é fundamental para os cuidados em domicílio pois, reduz reinternações hospitalares, morbimortalidade e propicia qualidade de vida da criança e família.

Palavras-chave: EDUCAÇÃO EM SAÚDE, CAPACITAÇÃO, NUTRIÇÃO PARENTERAL

PE-31 - TREINAMENTO DOS FAMILIARES PARA MANEJO DA TERAPIA NUTRICIONAL PARENTERAL DOMICILIAR

CAROLINE SOARES RODRIGUES (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), FELIPE LEONARDO RIGO (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINA HENRIQUES GOMES MIRANDA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CASSIDY TAVARES SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), MÉRCIA BEATRIZ MARTINS SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), THAÍS PEREIRA LOPES DE SOUZA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), ELIZABETH IRACY ALVES LEITE (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS)

Introdução: a nutrição parenteral objetiva suprir os nutrientes do paciente por uma via venosa, nas situações de impossibilidade de fornecimento de dieta pelo trato gastrintestinal, seja por obstrução, dificuldade de absorção ou digestão adequada do alimento. A via parenteral é essencial no tratamento intra-hospitalar de crianças com falência intestinal. Os avanços na terapia nutricional pediátrica e o surgimento de estratégias para sua organização e qualificação possibilitou que o seu manejo ultrapassasse o âmbito hospitalar e é crescente os programas que possibilitam esse cuidado em domicílio. Objetivo: descrever a capacitação realizada com os familiares de crianças em uso nutrição parenteral (NP) em uma unidade de cuidados paliativos. Método: trata-se um relato de experiência pela vivências das residentes de enfermagem do programa de urgência e emergência de um hospital pediátrico público em Belo Horizonte e realizado no ano de 2020. Resultados: A capacitação dos familiares cuidadores, inicia-se com a entrega de um instrumento elaborado em parceria com as residentes de enfermagem, no qual traz o passo a passo de todas as etapas do manejo da NP. Posteriormente, os cuidadores observam os profissionais realizaram todo o manejo da NP desde a dispensa na farmácia até a administração na criança. Em seguida, os cuidadores começam paulatinamente a realizar a assistência (preparo, instalação da NP, heparinazação e troca de curativo do cateter central). O treinamento teórico-prático dos familiares é finalizado após avaliação formal dos enfermeiros quanto às suas habilidades para realizar todos os procedimentos. Conclusão: É imperativo a realização prévia de capacitação com os familiares cuidadores para que haja segurança na desospitalização da criança.

Palavras-chave: NUTRIÇÃO PARENTERAL, TREINAMENTO, PEDIATRIA

PE-32 - A INVESTIGAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL EM UM HOSPITAL PÚBLICO REFERÊNCIA NO ATENDIMENTO DA COVID-19 NO ESTADO DE MINAS GERAIS

FELIPE LEONARDO RIGO (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), ANDRÉIA RESENDE DOS REIS (HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINA HENRIQUES GOMES MIRANDA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINE SOARES RODRIGUES (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CASSIDY TAVARES SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), MÉRCIA BEATRIZ MARTINS SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), THAÍS PEREIRA LOPES DE SOUZA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), ELIZABETH IRACY ALVES LEITE (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS)

Introdução: o hábito de consumir bebidas alcoólicas está associado a questões sócio culturais. O cenário em virtude da pandemia pela COVID-19 tem sido associado ao aumento do consumo de bebidas alcoólicas na população geral e estudos começam a refletir quais seriam os possíveis efeitos do álcool na saúde física e mental durante a pandemia e em longo prazo. Objetivo: avaliar o padrão de consumo do álcool entre os profissionais de saúde. Método: estudo transversal, descritivo, quantitativo, realizado em um hospital público no estado de Minas Gerais no ano de 2020. Utilizou-se como instrumentos de coleta de dados um questionário sociodemográfico e um questionário autoaplicável denominado Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). Estudo aprovado pelo Parecer nº 4.177.387. Resultados: foram entrevistados 129 profissionais de saúde, sendo 83,5% mulheres, com idade entre 30 e 49 anos (80,2%), pós-graduação (39%), alocadas no centro de terapia intensiva (34,4%) e carga horária maior que 44 horas (42%). O consumo de álcool foi de 59,7% entre os participantes e a cerveja a mais consumida (49,4%). Entre os que começaram a beber após a pandemia houve aumento do consumo (11,5%). Na pontuação do AUDIT, o consumo de risco foi mais frequente entre os profissionais que possui familiares com o hábito de consumir álcool ($p<0,005$) e nos que bebiam anteriormente a pandemia da COVID-19 ($p<0,001$). Conclusão: o consumo de álcool é frequente entre os profissionais de saúde e houve aumento da ingestão de álcool devido ao cenário da pandemia. O rastreio do consumo de bebidas alcóolicas permite ações educativas e visa a promoção de hábitos saudáveis.

Palavras-chave: PROFISSIONAIS DE SAÚDE, BEBIDAS ALCOÓLICAS, HOSPITAL

PE-33 - O PROCESSO DA AMAMENTAÇÃO EM UM UNIDADE PEDIÁTRICA: SENTIMENTOS E VIVÊNCIAS MATERNAS

FLÁVIA FELIPE THIBAU REIS (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), FELIPE LEONARDO RIGO (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), ELIZABETH IRACY ALVES LEITE (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS)

Introdução: o aleitamento materno é responsável pelo vínculo, afeto, proteção e nutrição à criança sendo eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil. A hospitalização da criança pode gerar angústias e anseios nas mulheres que amamentam como também o não incentivo pelos profissionais de saúde podem repercutir no desmame da criança. Objetivo: descrever os sentimentos e vivências das mães de lactentes acerca do processo de amamentação durante a internação hospitalar. Método: estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo, realizado na unidade de internação pediátrica de um hospital público da rede estadual de saúde de Minas Gerais, entre os meses de julho a outubro de 2020. Foram utilizadas perguntas norteadoras para as entrevistas e os conteúdos foram submetidos à técnica de análise de conteúdo temática, seguindo a recomendação de Bardin. Estudo aprovado pelo Parecer nº 4.040.361. Resultados: foram entrevistadas 13 participantes. As mulheres, em sua maioria, consideram a amamentação como um momento de prazer, felicidade e satisfação e mencionaram a importância e benefícios do leite materno para o desenvolvimento do lactente. O uso de dispositivo hospitalares como a sonda nasoenterica, cateter nasal entre outros, o espaço físico da unidade reduzido e com cadeiras para acompanhante desconfortável, e o grande fluxo de pessoas nas enfermarias foram apontados como fatores que dificultam a amamentação. Conclusão: é fundamental que haja espaços destinados para que as mulheres façam extração do leite materno e que haja o engajamento de todos os profissionais multiprofissional para fomentar práticas que possam contribuir para a manutenção e estímulo ao processo de amamentação.

Palavras-chave: AMAMENTAÇÃO, MÃES, HOSPITALIZAÇÃO, SENTIMENTOS

PE-34 - CONSUMO DE BEBIDAS ALCOÓLICAS ENTRE PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM DURANTE A PANDEMIA DA COVID-19

THAÍS PEREIRA LOPES DE SOUZA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), FELIPE LEONARDO RIGO (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CAROLINE SOARES RODRIGUES (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), CASSIDY TAVARES SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS), MÉRCIA BEATRIZ MARTINS SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II. FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS)

Introdução: O consumo do álcool é um hábito pré-histórico e está incluído em muitas práticas sociais, culturais e religiosas, porém seu uso generalizado pode ter efeitos deletérios para a saúde. O isolamento e a restrição social causados pela pandemia da COVID-19 podem desencadear comportamentos de risco à população, como o aumento do uso de substâncias ilícitas com destaque para as bebidas alcoólicas. Objetivo: Investigar o padrão de consumo de bebidas alcoólicas entre a equipe de enfermagem em dois hospitais referência no atendimento da COVID-19. Método: Trata- se de um estudo transversal e quantitativo, realizado em 2020 em duas instituições públicas pertencentes a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais em que os dados foram obtidos através de dois instrumentos: questionário semi-estruturado com variáveis sociodemográficas e Teste de Identificação dos Transtornos do Uso de Álcool (AUDIT). Estudo aprovado pelo Parecer: nº 4.130.301. Resultados: A amostra foi composta por 244 profissionais, sendo (29,1%) enfermeiros, (68,4%) técnicos de enfermagem e (2,5%) residentes de enfermagem, sexo feminino (85,7%), faixa etária entre 30 a 39 anos (35,7%), cor parda (43,9%), casados (55%). O hábito de consumo de bebida alcoólica foi de (56,6%). Houve aumento do consumo desencadeado pela pandemia da COVID-19 em (7,4%). As bebidas mais consumidas foram cerveja (44,9%) e vinho (22,4%). Entre as principais razões para o uso de álcool foi citado relaxamento (16,7%), socializar (11,6%) e em momento de lazer ou recreação (9,7%). Conforme a pontuação final do AUDIT (13,1%) dos profissionais de enfermagem apresenta uso de risco para o álcool. Conclusão: A análise revela que o padrão de consumo de bebidas alcoólicas aumentou durante a pandemia da COVID-19, sendo necessários novas pesquisas futuras para avaliar a formulação de novas políticas públicas de saúde.

Palavras-chave: ENFERMAGEM, BEBIDAS ALCOÓLICAS, PANDEMIA COVID-19

PE-35 - PROJETO DE PESQUISA ´CABANA COMPASSIVA´: ELEGIBILIDADE DE CRIANÇAS EM CUIDADOS PALIATIVOS

FELIPE LEONARDO RIGO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI), ALEXANDRE ERNESTO SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI), GABRIELA RAPOSO TAVARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI), PAULA CAROLINE SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI), RAFAELLA LOUZADA DE AQUINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL REI)

Introdução: Os espaços onde situam-se os aglomerados subnormais possui fragilidade e escassez de intervenções do poder público o que compromete a saúde da população local o que inclui as crianças com doenças crônicas e ou em doença que ameaça a vida. Faz necessária a elaboração de novas formas de cuidado que possam complementar as ações oferecidas por serviços públicos de saúde. Metodologia: Trata-se de um relato de experiência a partir da vivência dos profissionais de saúde envolvidos no projeto. Resultados: O Projeto de pesquisa e extensão vinculado a Universidade Federal de São João Del Rei denominado "Cabana Compassiva" é um estudo de intervenção que está sendo desenvolvido no aglomerado subnormal Cabana Pai Tomás em Belo Horizonte. O projeto visa prestar assistência multiprofissional as crianças elegíveis para os cuidados paliativos como também capacitar a população local para compartilhar o cuidado. Para a implantação e intervenção está sendo seguidas oito etapas. Etapa 1. Capacitação para abordagem paciente/cuidador , Etapa 2. Elaboração e revisão do conteúdo didático , Etapa 3. Apresentação do projeto , Etapa 4. Abordagem na associação de moradores Etapa 5. Elaboração do material científico, Etapa 6. Capacitação de voluntários (profissionais e moradores) , Etapa 7. Realizar multirões mensais/ seguimento do plano de cuidados , Etapa 8. Avaliações do programa. Conclusão: Este projeto permitirá a identificação de crianças com indicação de cuidados paliativos, através do desenvolvimento de uma rede de cuidados dentro e externamente a comunidade através do engajamento de diversos atores da sociedade. Visa o compartilhamento do cuidado para a melhoria da qualidade de vida de crianças com doenças crônicas e que ameaçam a vida.

Palavras-chave: CUIDADOS PALIATIVOS, PEDIATRIA, EQUIPE DE SAÚDE

PE-36 - RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO: REVISÃO INTEGRATIVA ACERCA DAS CONSEQUÊNCIAS DA PELE IMATURA COMO PRIMEIRA BARREIRA IMUNOLÓGICA

NATALIA MARASCA SANTOS (UNIATENAS - PARACATU), TALITHA ARAÚJO VELÔSO FARIA (UNIATENAS - PARACATU)

Introdução: A imunidade humana é tipificada por imunidade inata e adaptativa. Naquela, a defesa é inespecífica e feita por estruturas presentes naturalmente no organismo, dentre as quais, a pele faz parte e possui importante papel como barreira. Nos recém-nascidos pré-termo, porém, a pele, imatura, não está completamente desenvolvida ao entrar em contato com o ambiente extra-uterino e performar seu propósito, sendo o objetivo do presente estudo identificar quais as consequências da pele imatura no sistema imune do nascido prematuro. Métodos: Para tanto, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, por meio da pesquisa na base de dados PubMed com os termos de busca preterm newborns, premature e immature skin, concatenadas com o operador Booleano AND, bem como análise qualitativa do material. Resultados: Na busca, foram encontrados 58 estudos relacionados, dos quais 8 foram analisados após realizada a aplicação dos critérios de exclusão. Discussão: Percebeu-se, pela observação da pesquisa, que a fragilidade da pele de bebês prematuros é um consenso e que a epiderme ainda em desenvolvimento permite a invasão por agentes patológicos com maior rapidez e facilidade, dentre outros problemas. Tais injúrias são condicionadas pela ausência de corneócitos na periferia externa da epiderme destes nascidos, não lhes possibilitando a proteção de uma barreira não sorvente ao organismo. Conclusão: Assim, chegou-se à conclusão de que existem consequências como a perda de líquido, desregulação de eletrólitos e temperatura corporal, danos mecânicos e maior risco de infecção ou intoxicação, na exposição precoce da pele de prematuros no nascimento, devido à sua fragilidade e sua incapacidade de agir como barreira, condicionada pelo não desenvolvimento da camada córnea da epiderme.

Palavras-chave: RECÉM-NASCIDOS PRÉ-TERMO, PREMATUROS, PELE IMATURA.

PE-37 - DIABETES MELLITUS TIPO 2 NA INFÂNCIA: UM PROBLEMA, RELATIVAMENTE NOVO, NA CLÍNICA PEDIÁTRICA.

ANDRÉ DA SILVA BARROS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), BERNARDO HENRIQUE MENDES CORREA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

INTRODUÇÃO: O diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é caracterizado pela resistência à insulina e deficiência relativa de insulina na ausência de destruição autoimune das células beta. Os mecanismos que afetam o desenvolvimento da descendência em direção ao DM2 incluem modificações epigenéticas, alterações na diferenciação das células-tronco, variação do metaboloma e do microbioma, desregulamentação imunológica e nutrição neonatal. O risco de DM2 é aumentado não apenas pela exposição ao diabetes no útero, mas também pela exposição ao meio heterogêneo de fatores que provocam um ciclo vicioso de doença metabólica. OBJETIVOS: Descrever o problema crescente do DM2 de início precoce, relatando a sua possibilidade mesmo que o diabetes mellitus tipo 1 seja o mais comum na população pediátrica. METODOLOGIA DETALHADA: Revisão narrativa da literatura científica, com utilização dos bancos de dados "PubMed". Utilizou-se termos da base MeSH, sobre a temática, a fim de selecionar quatro artigos relevantes, entre meta-análises e revisões sistemáticas. RESULTADO: Foi confirmado que o DM2 na infância está sendo diagnosticado com muita frequência, tendo como fatores de risco a obesidade, etnia, história familiar e a adolescência - momento predisponente para o desenvolvimento de DM2 devido à resistência fisiológica à insulina. Além disso, foi encontrado uma associação à morbidade e mortalidade significativas em longo prazo, visto que adolescentes com diagnóstico de DM2 perdem 15 anos de sua expectativa de vida restante quando comparados com seus pares que não têm essa comorbidade. CONCLUSÃO: O DM2 em crianças e adolescentes é mais agressivo do que a forma adulta, além de diagnóstico mais complexo, tratamento limitado e altas taxas de complicações relacionadas à diabetes e à obesidade. Vê-se como essencial opções terapêuticas que visem normalizar a hiperglicemia, facilitar as modificações no estilo de vida e controlar as comorbidades relacionadas à diabetes e à obesidade, como hipertensão, dislipidemia, nefropatia e esteatose hepática.

Palavras-chave: DIABETES, OBESIDADE, INSULINA, DM2, INFÂNCIA

PE-38 - PANENCEFALITE ESCLEROSANTE SUBAGUDA DO SARAMPO: RELAÇÃO COM A INFECÇÃO PRECOCE E ESQUEMA VACINAL INFANTIL.

ANDRÉ DA SILVA BARROS (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

INTRODUÇÃO: A panencefalite esclerosante subaguda (PEES), é uma doença rara e progressiva do Sistema Nervoso Central (SNC), causada pela infecção persistente do vírus do sarampo. A apresentação clínica é variável e ocorre vários anos após a infecção inicial. A imunização é a única forma de prevenir a doença, sendo uma forma muito efetiva nas últimas décadas. OBJETIVOS: Reafirmar como a vacinação infantil é importante para a prevenção das doenças e relembrar que devido à redução da imunização a PEES deve ser lembrada como diagnóstico diferencial das doenças progressivas do SNC. METODOLOGIA: Revisão narrativa da literatura científica, com utilização do banco de dados "PubMed". Utilizou-se termos da base MeSH, sobre a temática, a fim de selecionar três artigos relevantes aos objetivos da pesquisa. RESULTADO: O vírus do sarampo é altamente contagioso e pode circular em uma comunidade na qual 90% estejam imunes. Logo, a vacinação em massa, com a tríplice viral ou tetra viral, previne o contágio e suas complicações, como infecções respiratórias e neurológicas. No caso da PEES, ela é uma infecção neurológica progressiva, iniciada por uma reação inflamatória difusa da substância cinzenta e branca, com infiltrados perivasculares e meníngeos, levando à morte neuronal e proliferação glial, ocasionando deterioração intelectual, convulsões e evoluindo para descerebração espástica e morte. Ela afeta primariamente crianças e adultos jovens com história pregressa de sarampo abaixo dos cincos anos, estando totalmente relacionada ao número de casos de sarampo. CONCLUSÃO: Percebe-se que a PEES é uma doença grave, altamente incapacitante e fatal que pode aumentar a incidência devido à atual redução da vacinação. Logo, reforça-se a importância da imunização contra o sarampo como forma de prevenção. Além disso, cabe uma atenção aos diagnósticos diferenciais das doenças infecciosas progressivas do SNC a partir do conhecimento da atual situação brasileira no que tange ao esquema vacinal e à infecção do sarampo.

Palavras-chave: COBERTURA VACINAL, PANENCEFALITE ESCLEROSANTE SUBAGUDA,

PE-39 - IMPACTO DA PANDEMIA DO SARS-COV-2 EM RELAÇÃO À VIOLÊNCIA SEXUAL INFANTIL.

ANDRÉ DA SILVA BARROS (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ANTONIO MARCONDES MUTARELLI (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

INTRODUÇÃO: A grande maioria dos casos de abuso sexual infantil acontecem dentro de casa. Dessa forma, a pandemia do COVID-19, que se instaurou em março de 2020, produziu um cenário que possibilitou o aumento dessa prática abusiva, visto o maior tempo que as crianças passam em suas moradias. Logo, é preciso investigar essa situação problemática. OBJETIVOS: Retratar a situação brasileira em relação à violência sexual infantil, colhendo dados a fim de enfatizar como a pandemia do COVID-19 afetou essa problemática e como a saúde dessas crianças vão ser afetadas. METODOLOGIA DETALHADA: Revisão narrativa da literatura científica, com utilização do banco de dados "Scielo". Utilizou-se termos da base MeSH, sobre a temática, a fim de selecionar quatro artigos relevantes aos objetivos da pesquisa. RESULTADO: Percebe-se que as notificações de abuso sexual infantil diminuíram no período da pandemia, no entanto, esse fato, junto à informação que mais de 70% dos casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes acontecem no âmbito familiar, resulta na teoria das notificações não acontecerem devido às escolas, principais porta vozes na denúncia, estarem fechadas e a maior parte das crianças não conseguirem romper o ciclo de violência sozinha. Além disso, estima-se que mais de 15% das crianças passaram a viver em pobreza multidimensional, que somado as mudanças familiares, econômicas e sociais pode se transformar em um cenário favorável ao abuso sexual infantojuvenil. CONCLUSÃO: O abuso sexual infantil é um importante problema de saúde pública e devido à pandemia do SARS-Cov-2 os casos podem ter aumentado. É preciso incentivar as medidas de proteção para esse público e melhorar a busca por casos de abuso, com o auxílio do retorno das aulas presenciais. Dessa forma, será obtido maiores informações sobre a situação, fazendo com que medidas cabíveis sejam tomadas. Por fim, é de suma importância coletar dados para entender a situação a longo prazo.

Palavras-chave: ABUSO SEXUAL, PANDEMIA, COVID-19, INFÂNCIA

PE-40 - RELAÇÃO ENTRE O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL PERINATAL E A OCORRÊNCIA DE PARALISIA CEREBRAL INFANTIL.

JOÃO VITOR PRADO RODRIGUES (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ANDRÉ DA SILVA BARROS (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), TARCÍSIO NUNES ALVARENGA (UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA)

Introdução: O Acidente Vascular Cerebral (AVC) perinatal é uma síndrome neurológica aguda com sequelas crônicas devido à lesão cerebral de origem vascular que ocorre entre 20 semanas de gestação e 28 dias de vida. Sua incidência em 1/2200 nascimentos é provavelmente subestimada, pois baseia-se em pesquisas que não analisaram integralmente os sinais sugestivos de AVC perinatal nos exames de imagem. Quanto à etiologia, os eventos isquêmicos são mais prevalentes, tendo como principais causas os eventos embólicos, trombofilias e vasculopatias. Logo, é importante analisar as consequências de tal evento e suas implicações no desenvolvimento neuropsicomotor a longo prazo. Metodologia Detalhada: Foi realizada uma revisão narrativa da literatura científica, com utilização do banco de dados ''PubMed''. Sendo escolhidos artigos com informações relevantes e atualizadas contendo as palavras-chaves extraídas da base MeSH. Resultado: Dentre os artigos escolhidos, o infarto perinatal foi considerado como a principal causa de Paralisia Cerebral (PC), responsabilizando-se por aproximadamente 30% dos casos de PC hemiplégica entre crianças nascidas a termo. Além disso, o desenvolvimento de PC após AVC perinatal está associado ao seu tamanho, localização e apresentação clínica tardia. Conclusão: O AVC perinatal é uma causa importante de sequelas neurológicas crônicas. Dentre elas, a PC, definida como um grupo de condições envolvendo disfunção motora permanente e não progressiva que afeta o tônus 8203,8203,muscular, a postura e/ou o movimento, é uma das que mais cursam com maior prejuízo funcional. Isso reforça a importância de combater os principais fatores de risco desse evento vascular e a realização de pesquisas para melhor tratar esses pacientes acometidos.

Palavras-chave: STROKE, CEREBRAL PALSY, BRAIN INJURY, PERINATAL CARE,

PE-41 - SÉRIE TEMPORAL A RESPEITO DA INCIDÊNCIA DE MENINGITE ASSÉPTICA NO ESTADO DE SÃO PAULO ENTRE 2006-2012

SOFIA HELENA VITTE (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), CAMILLA CARAMASCHI VERNIZZI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), GIULIA BISOGNIN (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), MARINA COSTA FONSECA (POTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), VINICIUS BAIARDI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE CAMPINAS), WALQUÍRIA PARREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VALENÇA)

Introdução: Meningite asséptica é a síndrome estabelecida após inflamação meníngea causada principalmente por infecções virais, mas também por fármacos, neoplasias malignas e doenças reumatológicas. O que confere o caráter asséptico é a ausência de crescimento de agente bacteriano no líquido cefalorraquidiano. Objetivo: Abordar casos confirmados de meningite asséptica no estado de São Paulo no período de 2006 a 2012, correlacionado à idade dessa população. Metodologia: O presente trabalho configura-se como estudo retrospectivo e ecológico com dados coletados no Sistema de Informações de Agravos de Notificação, disponível na plataforma de acesso público do DATASUS (www.datasus.gov.br). A análise dos dados foi feita por meio de regressão simples. Resultados: A caracterização do perfil epidemiológico da morbidade pela doença demonstrou predominância na faixa etária de 5 a 9 anos, representando 23.02% do total de casos, e menos predominante na faixa etária de 60 ou mais anos, com 2.29% dos casos. Por causa das políticas de vacinação, o vírus mais relacionado com esse quadro é o enterovírus, tanto que estudos realizados no Brasil e nos Estados Unidos mostraram que as enteroviroses eram os agentes etiológicos de cerca de 37.7% e 15% de casos em crianças, respectivamente. Nessa mesma linha, Izadi et al (2018) encontraram que 65% das admissões hospitalares infantis eram também por tal agente, além de que o grupo mais frequentemente atingido era de crianças de 0-4 anos de idade. Como há uma sobreposição dos sintomas entre meningites bacterianas e não bacterianas, crianças muito jovens acabam apresentando sinais muito inespecíficos, como febre e irritabilidade, sem a presença dos sinais meníngeos clássicos. Conclusão: A presença de sinais inespecíficos resulta em hospitalizações prolongadas e uso desnecessário de antibióticos. Este estudo apresenta limitações no que tange possíveis vieses de coleta, uma vez que os dados foram obtidos secundariamente.

Palavras-chave: MENINGITE ASSÉPTICA, EPIDEMIOLOGIA, PEDIATRIA

PE-43 - A IMPORTÂNCIA DO ENSINO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA PEDIATRIA DURANTE A GRADUAÇÃO MÉDICA

JÚLIA MARIA DANTAS COSTA DUARTE (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE - UNIBH), GABRIELE MARIA BRAGA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE - UNIBH), JÉSSICA ANGELINA TEIXEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE - UNIBH), GABRIELA ARAÚJO COSTA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE - UNIBH)

Introdução: Avanços científicos e tecnológicos têm propiciado a longevidade de crianças com doenças ameaçadoras à vida e desafiado pediatras no cuidado com as mesmas e com suas famílias. A inserção do ensino sobre cuidados paliativos (CP) nos currículos dos cursos de graduação na saúde é ainda incipiente, mas extremamente necessária para ampliar a discussão com múltiplos saberes, dignificando a assistência ao processo de morte dos pacientes. Objetivo: Discutir a importância do ensino de CP pediátricos na graduação médica no Brasil. Metodologia: Revisão de artigos em língua inglesa e portuguesa, nas bases eletrônicas PubMed e Scielo, publicados nos últimos 10 anos, com os descritores: Cuidados Paliativos, Pediatria, Ensino. Resultados: Em 2014, as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de Medicina determinaram a obrigatoriedade da abordagem dos CP durante a graduação, entretanto, poucas faculdades inseriram em seus currículos propostas cujo tema central fosse CP. Frequentemente o tema é debatido apenas na residência ou em aulas isoladas, sem construção contínua de base teórica adequada, que possibilite a visão de CP para além do paciente em estágio terminal. A abordagem do tema na graduação precisa estender-se aos outros cursos da saúde, visto tratar-se de disciplina multiprofissional. Em Pediatria, pelo senso comum de contrapor morte à infância, o tema permanece restrito às especialidades que lidam com pacientes em estágios terminais de doença. Isto limita o debate sobre CP, necessário para uma formação integral, que valorize a dignidade da criança e a qualidade das relações familiares em qualquer estágio de uma doença limitadora da vida. Conclusão: Os CP são uma realidade cada vez mais frequente na área pediátrica. Por isso, abordagens bem projetadas do tema devem ser regularmente inseridas no currículo da graduação dos cursos da área da saúde.

Palavras-chave: CUIDADOS PALIATIVOS, PEDIATRIA, ENSINO.

PE-44 - USO DE RISANQUIZUMABE PARA TRATAMENTO DE PSORÍASE GRAVE EM ADOLESCENTE: UM RELATO DE CASO

THEODOLINDO ZEFERINO DE CASTRO NETO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), LUIZ FERNANDO MORAES PEREIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), MARIANNE MANTOVANI TIEZZI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), DEBORAH FIGUEIREDO SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), CAMILA YAMAMOTO UETA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), VICTOR EMANUEL FAGUNDES BRUNO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), FLÁVIA LINHARES MARTINS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS)

A psoríase é uma doença inflamatória crônica que apresenta predominantemente manifestações cutâneas, ungueais e articulares. É caracterizada pela proliferação e queratinização exagerada e desordenada das células epidérmicas. O uso de imunobiológicos faz parte de seu arsenal terapêutico. O Risanquizumabe foi recém-regulamentado no país, mas o uso é ainda pouco estudado em adolescentes. Este trabalho constitui um relato de caso de um adolescente, do sexo masculino, 19 anos, atendido no ambulatório universitário de dermatologia, com quadro de psoríase grave, sem melhoras ao tratamento habitual. Referiu prejuízo nas atividades de vida diárias, assim como relações interpessoais prejudicadas, uma vez que a doença causava dores e o abalava psicologicamente. Ao exame físico foi notado presença de placas secas, avermelhadas com escamas prateadas e esbranquiçadas, com prurido e dor, localizadas em membros superiores e inferiores, face, couro cabeludo, abdome, tronco, dorso e pelve. Relatou diagnóstico desde os sete anos de idade. Mãe e irmãos também com o diagnóstico de psoríase na forma leve. Foi iniciada a terapia com o imunobiológico Risanquizumabe e o paciente apresentou desaparecimento total das lesões psoriáticas em um mês. A psoríase é uma doença que tem um caráter imunológico e genético, como observado no caso relatado. O protocolo com Risanquizumabe, comumente utilizado em adultos, tem como mecanismo de ação o bloqueio da proteína IL-23, uma das proteínas envolvidas na gênese da psoríase, melhorando assim o aspecto das lesões e reduzindo os sintomas, o que também foi observado no adolescente. Devido à singularidade da doença, o tratamento deve ser individualizado e também levado em consideração para terapêutica os danos psicológicos, muito presente em pacientes em estágios moderados a graves. O protocolo terapêutico com Risanquizumabe foi efetivo para a melhora do paciente em questão, apresentando resolutividade significativa em pouco tempo. Portanto, o medicamento mostrou-se eficaz no tratamento da psoríase grave em adolescente.

Palavras-chave: PSORÍASE, DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA, RISANQUIZUMABE

PE-45 - LEISHMANIOSE TEGUMENTAR AMERICANA: UM RELATO DE CASO EM ADOLESCENTE

AMANDA GIUSTO FERRAZ (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), RAISA OZANEIDE OLIVEIRA DA SILVA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), ANA CAROLYNE DA SILVA OLIVEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), RHAIMEI IZORAI GONÇALVES BARBOSA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), STEPHANIE TIBCHERANI MORAES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), NATALIA GUIMARÃES DE MORAES SCHENKA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), VERIDIANA YURI DE LIMA IKEDA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), FLÁVIA LINHARES MARTINS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS)

A Leishmaniose é uma doença infecciosa causada pelo protozoário do gênero Leshmania. É transmitida pela picada de inseto vetor. A epidemiologia é influenciada por fatores ambientais, migratórios e climáticos. Sua apresentação varia de acordo com a espécie envolvida e a resposta imunológica do hospedeiro. Pode ter manifestações distintas e seu diagnóstico é eminentemente clínico. O objetivo deste estudo é descrever um relato de caso em paciente de 11 anos, do sexo masculino, residente em município no sul de Minas Gerais. O paciente, acompanhado de sua mãe, relata aparecimento de lesão de pele há um mês, sem prurido. Nega febre, mialgia ou outros sintomas concomitantes. Relata que familiares, residentes na mesma cidade, foram diagnosticados com Leishmaniose, região endêmica para a doença. Ao exame físico apresenta bom estado geral, orientado, afebril e sem adenomegalias ou visceromegalias palpáveis. Exame dermatológico: apresentação de única pápula eritematosa com limites bem definidos no antebraço direito. Foi solicitada realização de biópsia da lesão, que confirmou a hipótese diagnóstica principal: Leishmaniose tegumentar americana (LTA). O paciente foi encaminhado para o infectologista e iniciou o tratamento com Glucantime. A LTA pode se apresentar de diferentes formas, mas em geral se apresenta como pápulas eritematosas, de limites bem definidos, localizadas em grandes áreas expostas – face, braços e pernas. Pode evoluir para nódulos e placas achatadas ou hiperqueratóticas ulceradas. Existe uma manifestação com infiltração difusa, pápulas e nódulos disseminados, lembrando hanseníase virchowiana. O diagnóstico é realizado através da suspeita clínica, sendo confirmado através de biópsia cutânea. O diagnóstico precoce é essencial para o planejamento da terapêutica e sucesso do tratamento, já que pode haver progressão grave. Tratando-se de uma zoonose, a leishmaniose necessita de um cuidado específico. Em vista disso, concluímos a importância da identificação precoce dos sinais e sintomas, principalmente quando associados a um relato familiar positivo para a doença.

Palavras-chave: LEISHMANIOSE CUTÂNEA, DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA

PE-46 - DOENÇA DA ARRANHADURA DO GATO: RELATO DE CASO

THALES DE MELO MASCI VALADÃO CARDOSO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS/FUNDAÇÃO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO), LIGIA MARIA ALVES DOS SANTOS PERTENCE (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS/FUNDAÇÃO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO), MAÍRA BANDEIRA BEZERRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS/FUNDAÇÃO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO), REBECA COELI TEODORO MACIEL DIAS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS/FUNDAÇÃO EDUCACIONAL LUCAS MACHADO)

Descrição do caso: Paciente de 9 anos, sexo masculino, admitido no Hospital Universitário da Ciências Médicas (HUCM) em 08/04/2021 devido à presença de linfonodo doloroso em região inguinal esquerda há cerca de 3 semanas. A nodulação surgiu após lesão em planta do pé esquerdo, com crescimento progressivo e picos febris. O paciente tinha contato com área de depósito de lixo, especialmente gatos. No HUCM, foi admitido clinicamente estável. Devido a presença de sinais flogístcos locais foi iniciado tratamento com oxacilina 11 dias para tratamento de linfadenite bacteriana. Administrado Ivermectina 6mg, dose única devido a presença de Larva migrans em pé esquerdo. Exames laboratoriais iniciais não evidenciaram infecção bacteriana, mas paciente apresentava alteração de função hepática. Paciente teve resposta parcial ao uso do antibiótico com regressão parcial da nodulação. Realizado sorologia para THORCHS que apresentou resultados negativos. Devido a persistência da nodulação após tratamento com antibióticos, optado pela equipe cirúrgica por realização de biópsia. Lauda da biópsia evidenciou linfonodo apresentando discreto espessamento fibroso da cápsula, ocorrendo acentuada hiperplasia folicular, com os folículos apresentando centros germinativos alargados, havendo também na região cortical superficial área com micronecrose, com histiócitos eosinofílicos e leucocitoclase de leucócitos. Linfonodo apresentando grande atividade linfopoiética, com numerosas células em atividade mitótica nos centros terminativos dos folículos. Não foram encontrados sinais de neoplasia. Negativa a pesquisa para BAAR em colarações de Ziehi Nielsen. Resultados bastante sugestivo de Doença da Arranhadura do gato. Paciente recebeu alta hospitalar em 26/04/2021 com orientações de retorno ambulatorial. Optado por realização de tratamento com macrolídeo, azitromicina, lesão apresentou boa evolução .Conclusão: as linfadenopatias possuem grande espectro de etiologias, o que torna o diagnóstico desafiador. No entanto, uma anamnese bem detalhada associada ao exame clínico direcionado permitem definir casos benignos como a Doença da Arranhadura do Gato, evitando tratamentos e exames desnecessários.

Palavras-chave: DOENÇA ARRANHADURA DO GATO, CRIANÇA, LINFONODOMEGALIA

PE-47 - DOENÇA DE VON WILLEBRAND ASSOCIADA A DEFICIÊNCIA DE FATOR XII EM PACIENTE PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL: RELATO DE CASO

HELOISA AUGUSTA CASTRALLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM)), WÜLGNER FARIAS DA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM)), GABRIELA BELLAVER (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM)), ALETHEA ZAGO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA (HUSM))

Introdução: As coagulopatias hereditárias resultam da deficiência quantitativa / qualitativa de uma ou mais das proteínas plasmáticas da coagulação. Deficiências combinadas são raras e costumam ter herança autossômica recessiva, com quadro clínico dependente da magnitude da deficiência de cada um dos fatores. Neste trabalho, objetiva-se relatar um caso de Doença de von Willebrand (DvW) associada a deficiência do fator XII em paciente pediátrica. Descrição do caso: Feminina, parda, 6 anos e 7 meses, filha mais velha de pais não aparentados e saudáveis. Nascida de 41 semanas, parto vaginal, sem intercorrências. Em julho de 2018, à idade de 3 anos e 4 meses, comparece na Hematologia Pediátrica do Hospital Universitário de Santa Maria devido a hematomas espontâneos iniciados há 4 meses. Associado ao quadro, apresentava fadiga, sonolência, dor em membros inferiores e inapetência. Sem quadros semelhantes na família. Trazia os seguintes exames: Hb 12.9, leucócitos 9600, plaquetas 470 mil, TP 92% e TTP 55,5. Encaminhada para acompanhamento e avaliação complementar na Hemorgs, recebendo diagnóstico de DvW em fevereiro de 2018 (FVIII 73, FXII 39, FvW 37). Repetida a dosagem de fator XII, devido à raridade da alteração com DvW, sendo confirmada sua deficiência e realizada investigação na irmã, a qual também foi diagnosticada com DvW. Orientada a fazer uso de ácido tranexâmico em caso de sangramento. Segue estável clinicamente, tendo apresentado episódios esporádicos de gengivorragia e epistaxe, todos com bom controle. Discussão e conclusão: Na abordagem do paciente com suspeita de distúrbio hematológico, a pesquisa de comorbidades e a história familiar devem receber atenção especial, uma vez que podem existir outras manifestações sistêmicas ou herança genética. É importante ressaltar que, tanto na DvW como na Deficiência de FXII, o diagnóstico decorre, frequentemente, de um achado de coagulação alterada (prolongamento do TTP), sendo a documentação de fenômenos hemorrágicos essencial.

Palavras-chave: HEMATOLOGIA, FATORES DE COAGULAÇÃO SANGUÍNEA, PEDIATRIA.

PE-48 - CHOQUE SÉPTICO NEONATAL: DESAFIOS E ATUALIZAÇÕES

LAISE ROTTENFUSSEN (IMED), GABRIELLA SILVEIRA HERCULANO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS AMÉRICAS (FAM)), BÁRBARA MARTINS MELLO DE OLIVEIRA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), BEATRIZ GOMES DE CASTRO (UNIVERSIDADE SANTO AMARO (UNISA)), ANA LARISSA NUNES COLARES (UNIVERSIDADE NILTON LINS (UNL)), JÚLIA DE OLIVEIRA ANACLETO (FACULDADE SANTA MARCELINA (FASM)), SOFIA POLAZ BORIN (FACULDADE SANTA MARCELINA (FASM))

Introdução: O choque séptico é caracterizado como uma infecção grave, localizada ou não e com risco de vida, sendo assim, o diagnóstico precoce e tratamento adequado são de extrema importância. Consideramos como suspeita a presença de taquicardia, desconforto respiratório, anorexia, alteração de tônus muscular e coloração de pele e fâneros, taquipneia e perfusão reduzida. Objetivo: Compreender os impactos das modificações dos critérios do American Heart Association para o tratamento da sepse e do choque séptico em pediatria. Metodologia: Trata-se de uma revisão narrativa da literatura na qual foram realizadas pesquisas de artigos científicos nas bases de dados SciELO, PubMed, LILACS, MEDLINE e publicações em revistas científicas e documentos da sociedade médica entre 2016 e 2021. Resultados: Entre as condutas descritas nas novas recomendações destacam-se: obtenção de hemoculturas e antibioticoterapia, fluidoterapia com o uso de cristaloides balanceados e tamponados como Ringer Lactato ao invés de colóides, uso de sinais clínicos e variáveis hemodinâmicas para auxiliar na classificação de choque, utilização epinefrina e norepinefrina em vez de dopamina, aplicação de suporte ventilatório com ventilação mecânica não invasiva por pressão positiva e membrana de oxigenação extracorpórea de acordo com indicações, desaconselhamento do uso de corticoides para melhora da estabilidade hemodinâmica, não utilização de insulina ou imunoglobulinas, a utilização de nutrição parenteral e enteral seguindo especificações, a contraindicação de transfusão de glóbulos vermelhos, exceto se a concentração de hemoglobina no sangue for maior ou igual a 7 g/dL e uso de terapia de substituição renal para tratar sobrecarga de fluidos. Conclusão: Em 2001 foi criado a Campanha de Sobrevivência à Sepse aprimorando as evidências para os médicos tratarem a sepse e o choque séptico. Em 2020 a Campanha foi atualizada apresentando medidas e recomendações através de dez etapas possibilitando a melhora nos resultados terapêuticos do choque séptico pediátrico.

Palavras-chave: CHOQUE SÉPTICO. NEONATOLOGIA. AMERICAN HEART ASSOCIATION.

PE-49 - EFETIVIDADE DO TRATAMENTO DA EPILEPSIA COM DERIVADOS DA CANNABIS SATIVA, EM CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DRAVET – REVISÃO SISTEMÁTICA

LAYNE NUNES LINS (EBMSP), HERMILA TAVARES VILAR GUEDES (EBMSP)

Introdução: A Síndrome de Dravet consiste em uma epilepsia refratária rara, de origem genética, que acomete crianças desde o primeiro ano de vida e acarreta consequentes alterações no neurodesenvolvimento. O tratamento padrão é realizado com diferentes anticonvulsivantes, que não cessam por completo as crises, de modo que a busca por fármacos que apresentem maior possibilidade de controle das crises tem sido foco de vários estudos. Os derivados da Cannabis sativa têm sido estudados, visando nova possibilidade terapêutica. Objetivos: Verificar as evidências apresentadas na literatura acerca da efetividade dos derivados da Cannabis sativa: Tetra-Hidrocanabinol (THC) e Canabidiol (CBD), no controle da epilepsia em pacientes pediátricos portadores da Síndrome de Dravet. Métodos: Trata-se de uma Revisão Sistemática da literatura, com buscas nas bases PubMed, LILACS e SciELO, utilizando os descritores (DeCS), “Epilepsia”, “Tratamento”, “Síndrome de Dravet”, “Canabinoides”. Foram incluídos ensaios clínicos randomizados, publicados nos últimos 10 anos (2010 a 2020), em Inglês, Espanhol ou Português e envolvendo indivíduos até os 18 anos de idade. A qualidade metodológica foi avaliada através da escala CONSORT. Resultados: Dos 92 artigos identificados, 3 foram incluídos na análise, sendo a amostra total de 352 crianças com Síndrome de Dravet. Nessas, houve predominância do sexo feminino. A redução da frequência de crises convulsivas durante o tratamento foi de no mínimo 50% da linha de base, no total de crianças dos grupos CBD (221 indivíduos), variando de 43 a 56,4%. Conclusão: A presente Revisão Sistemática mostrou, nos três estudos, que houve redução da frequência de crises convulsivas com o uso do CBD. Não foi possível avaliar o THC por não terem sido encontrados estudos que contemplassem os critérios de inclusão. Em se tratando de uma síndrome rara, pelo fato de que as substâncias derivadas ainda envolvem estigmas sociais, os estudos em foco apresentaram limitações no tamanho das amostras.

Palavras-chave: EPILEPSIA. TRATAMENTO. SÍNDROME DE DRAVET. CANABINOIDES.

PE-50 - POR QUE DEVEMOS DISCUTIR A DURAÇÃO DA INTUBAÇÃO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

LIGIA MARIA ALVES DOS SANTOS PERTENCE (FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS. GERAIS), PAULO FERNANDO SOUTO BITTENCOURT (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ISABELA FURTADO DE MENDONÇA PICININ (FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS. GERAIS), LAURA MARIA DE LIMA BELIZÁRIO FACURY LASMAR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Objetivo: Avaliar a prevalência e os fatores associados às alterações de endoscopia das vias aéreas em crianças e adolescentes cronicamente traqueostomizados. Métodos: Realizamos um estudo transversal aninhado à coorte de crianças do Serviço de Assistência Integral à Criança Traqueostomizada. Foram selecionados todos os primeiros exames endoscópicos das vias aéreas. O grupo 0 foi constituído por pacientes com lesões laringotraqueais sem associação com estenose subglótica (ESG), o grupo I lesões laringotraqueais com associação com estenose subglótica e o grupo 2 sem lesões laringotraqueais. Resultados: Foram incluídos 195 crianças, a mediana de idade da traqueostomia foi de 1 ano e da broncoscopia de 2,7 anos, a principal causada traqueostomia (63,1%) foi obstrução de via aérea. Dentre os pacientes, 41 (21%) apresentavam lesão laringotraqueal sem associação com estenose subglotica (ESG), 132 (67,7%) lesão laringotraqueal com associação com a estenose subglótica e 22 (11,3%) broncoscopia sem alterações. Na análise multivariada final o tempo de intubação orotraqueatral 8805,21 dias elevou as chances de ESG (OR = 6,98-IC 95%, 1,42-34,3) entre grupos 0 e 1 e grupos 1 e 2 (OR= 5,82,1,44-23,52).

Conclusões: A lesão mais prevalente foi a estenose subglótica e, o principal fator associado foi o tempo de intubação orotraqueal.

Palavras-chave: TRAQUEOSTOMIA, CRIANÇA, INTUBAÇÃO, BRONCOSCOPIA

PE-51 - CRUPE VIRAL: RELATO DE CASO

ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), ANA MARIA ESTEVES CASCABULHO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), IANNA RODRIGUES VITÓRIO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), WENDEL MATTOS POMPILHO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), TATIANA VARGAS QUEIROZ VERDAN (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), REBECA DOS SANTOS VEIGA DO CARMO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), RAÍSSA DE OLIVEIRA AMORIM (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), MÁRIO AUGUSTO SILVA FERREIRA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), FERNANDA NOGUEIRA SILVA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ)

Introdução: A laringotraqueobronquite viral aguda é a forma mais comum de crupe viral. Aproximadamente, 75% das infecções são causadas por vírus parainfluenza, com outros agentes patogênicos, incluindo vírus respiratório sincicial e adenovírus. Outras etiologias incluem traqueíte bacteriana e difteria. A manifestação clínica dá-se com os seguintes sintomas: rouquidão, tosse ladrante, estridor predominantemente inspiratório e desconforto respiratório. Descrição do caso: Paciente M.J.S.S.R, sexo masculino, 18 meses, é trazido ao pronto socorro pediátrico do Hospital São José do Avaí – no município de Itaperuna, Rio de Janeiro – com história de rouquidão há três dias com piora há 6 horas, nega outros sintomas. Ao exame físico: bom estado geral, corado hidratado, eupneico, acianótico, anictérico, afebril. Sistema respiratório: murmúrio vesicular bilateral audível, sem estertores ou sibilos. Demais sistemas sem alterações significativas. Hemograma revelou um padrão de infecção viral. Raio X de tórax sem alterações. Paciente evoluiu para internação hospitalar onde foi administrada solução isotônica e as seguintes medicações: nebulização com adrenalina, dexametasona, beclometasona, amoxicilina + clavulanato, dipirona, simeticona, bromoprida. Discussão: A maioria das crianças com laringotraqueíte viral apresentam sintomas leves que raramente progridem para obstrução das vias aéreas. Crianças menores de seis meses de vida, estridor em repouso, alteração do nível de consciência e, detecção de hipercapnia indicam risco de falência respiratória. A oximetria de pulso deve ser realizada em todas as crianças com estridor, é importante destacar que a saturação normal de oxigênio pode gerar a falsa impressão de baixo risco associado à doença. Conclusão: O paciente evoluiu com melhora clínica e alta médica após cinco dias de internação hospitalar.

Palavras-chave: LARINGOTRAQUEOBRONQUITE VIRAL, ESTRIDOR LARÍNGEO.

Agradecimentos: AO PACIENTE QUE NOS PROPORCIONOU MELHOR CONHECIMENTO DA DOENÇA E AOS PRECEPTORES PELOS ENSINAMENTOS.

PE-52 - PNEUMONIA ADQUIRIDA NA COMUNIDADE COM DERRAME PLEURAL BILATERAL – RELATO DE CASO

ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), ANA MARIA ESTEVES CASCABULHO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), TATIANA VARGAS QUEIROZ VERDAN (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), REBECA DOS SANTOS VEIGA DO CARMO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), RAÍSSA DE OLIVEIRA AMORIM (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), MÁRIO AUGUSTO SILVA FERREIRA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), FERNANDA NOGUEIRA SILVA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), HERON HENRIQUES MANHÃES DE LIMA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ)

Introdução: Pneumonia Adquirida na Comunidade (PAC) é uma das principais causas de morte na população pediátrica e apresenta como principal complicação o Derrame Pleural Parapneumônico (DPP). Descrição do caso: Lactente, G.B.S.V., masculino, 6 meses, apresentou quadro de febre (>38ºC) por 4 dias, evoluindo com tiragem subcostal e gemência, procurando atendimento na Emergência de sua cidade, onde foi internado e encaminhado à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica, por quadro de PAC com derrame pleural bilateral, visualizado por meio de Tomografia Computadorizada de Tórax. À admissão, o mesmo apresentava intenso desconforto respiratório, laboratório com leucocitose com desvio à esquerda, Proteína C Reativa elevada, sendo iniciado tratamento com Ceftriaxone, Linezolida, Oseltamivir, Azitromicina, além de instituída Ventilação Mecânica Invasiva e abordagem pela Cirurgia Pediátrica, através de toracotomia com decorticação em hemitórax direito e fixação de dois drenos (posterior e M-axilar) e drenagem torácica à esquerda. Discussão: O tratamento da PAC com DPP é realizado através da Antibioticoterapia empírica podendo ser associado à Drenagem Torácica. No caso exposto, é perceptível a gravidade do quadro, sendo necessário instituir junto com tratamento clínico, abordagem cirúrgica para drenagem do derrame. Conclusão: A PAC é uma patologia muito comum em nosso meio, devendo o profissional de saúde estar apto a identificá-la rapidamente e instituir a melhor conduta para cada caso.

Palavras-chave: PNEUMONIA. DERRAME PLEURAL. TRATAMENTO.

Agradecimentos: AO PACIENTE QUE NOS PROPORCIONOU MELHOR CONHECIMENTO DA DOENÇA E AOS PRECEPTORES PELOS ENSINAMENTOS.

PE-53 - SÍNDROME DE EDWARDS: RELATO DE CASO

ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), ANA MARIA ESTEVES CASCABULHO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), TATIANA VARGAS QUEIROZ VERDAN (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), REBECA DOS SANTOS VEIGA DO CARMO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), RAÍSSA DE OLIVEIRA AMORIM (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), MÁRIO AUGUSTO SILVA FERREIRA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), FERNANDA NOGUEIRA SILVA (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), BRUNA MEGALE GIOVANE (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ)

Introdução: A trissomia autossômica do cromossomo 18 (Síndrome de Edwards-SE), é a segunda mais observada ao nascimento. A maioria dos conceptos evolui a óbito embrionário e quanto aos nascidos vivos, a sobrevida varia de 2,5 a 14,5 dias. Descrição do Caso: H.G.S, feminina, 6 meses de idade, nasceu de parto cesariano devido a crescimento intraútero restrito e polidraminia, com centralização fetal, após gravidez tardia. Nasceu pequena para idade gestacional, apresendo-se com fascies sindrômica, pescoço curto, boca pequena, além de sopro pancardíaco, evidenciado ecocardiograma com ampla comunicação interventricular de via de entrada com repercussões clínicas. Internada em Terapia Intensiva Neonatal por 57 dias, devido sepse neonatal e, posteriormente à enfermaria, por prematuridade. Apresenta dificuldade de ganho ponderal, taquidispneia paroxística e sinais de congestão pulmonar, sendo o diagnóstico de SE confirmado por cariótipo. Discussão: Apesar da condição grave após o nascimento e das complicações da SE, ressalta-se a paciente superar sobrevida estimada, contrariando a literatura. Conclusão: Destaca-se a raridade do caso, visto que a H.S.G está no sexto mês de vida, com evolução clínica favoravél até o momento.

Palavras-chave: SÍNDROME DE EDWARDS, PEDIATRIA, MEDICINA INTENSIVA.

Agradecimentos: AO PACIENTE QUE NOS PROPORCIONOU MELHOR CONHECIMENTO DA DOENÇA E AOS PRECEPTORES PELOS ENSINAMENTOS.

PE-54 - INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO POR ESCOLAR DE NOVE ANOS – RELATO DE CASO

ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), ANA MARIA ESTEVES CASCABULHO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), VICTÓRIA FIGUEIREDO BONIOLO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), REBECA DOS SANTOS VEIGA DO CARMO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), DJALMA GOMES NETO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ)

Introdução: A ingestão de corpo estranho (CE) é uma das principais causas de atendimentos emergenciais na pediatria, todavia a morbidade e letalidade dos casos são baixas, quando não associados a perfuração ou obstrução do trato digestivo. Descrição do caso clínico: Escolar, nove anos, masculino, encaminhado ao serviço de pediatria por ingestão de corpo estranho há 01 dia, apresentando-se sem queixas e sem alterações do exame físico na admissão. Foi relatado que na unidade de origem, antes da transferência, foram realizadas duas doses de óleo mineral, não havendo evacuação após a administração. Ao exame de radiografia de abdome constatou-se presença de 3 moedas a nível de intestino grosso, sendo uma de 1 real e duas de 0,25 centavos. Prescrita dieta laxativa, sintomáticos, controle radiológico e internação por pedido materno. No terceiro dia de internação, paciente ainda sem evacuar e o exame físico do abdome apresentava uma nodulação em região de flanco direito, demais sistemas sem alterações. Após 05 dias de internação o mesmo evolui com melhora do quadro depois de evacuação e consequente eliminação das moedas, obtendo alta hospitalar. Discussão: A abordagem de pacientes que ingerem CE segue uma sequência. A conduta para ingestão de moedas, se inicia com anamnese, exame físico e radiografias simples de abdome que auxiliam na localização e confirmação do tipo do objeto. Em seguida é feito uma estratificação de risco, o paciente acima se encaixa no risco 1 (baixo risco), já que, o CE se localiza abaixo do esôfago, não elimina substancias tóxicas, e está assintomático. Portanto, o risco de complicações é baixo. E nesse caso a conduta é expectante. Conclusão: Percebe-se, diante do exposto, que o paciente supracitado apesar de ter ingerido três moedas apresentou-se assintomático e pela localização das moedas em intestino grosso, justificou a conduta expectante adotada.

Palavras-chave: CORPO ESTRANHO,INGESTÃO DE MOEDA,RADIOGRAFIA DE ABDOMEN.

Agradecimentos: AO PACIENTE QUE NOS PROPORCIONOU MELHOR CONHECIMENTO DA DOENÇA E AOS PRECEPTORES PELOS ENSINAMENTOS.

PE-56 - ENCEFALOPATIA POR HIV EM LACTENTE: RELATO DE CASO

TAINÁ MAIA CARDOSO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO/ UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE)

Introdução: A identificação precoce do recém- nascido e da criança infectada verticalmente pelo HIV é essencial para indicar o início da terapia antirretroviral e da profilaxia das infecções oportunistas, além da realização do manejo das intercorrências infecciosas e dos distúrbios nutricionais. Relato de Caso: Lactente exposto verticalmente a sífilis congênita e ao HIV, realizou o tratamento com penicilina cristalina por 10 dias, zidovudina por quatro semanas e três doses de nevirapina no período neonatal. Após a alta da maternidade, manteve-se sem acompanhamento ambulatorial. Admitido aos 11 meses, na emergência com quadro de febre diária e diversos episódios de convulsão tônico-clônico generalizada associado ao atraso global do desenvolvimento e desnutrição. Realizada carga viral do HIV com 1 546 743 cópias/ml e ressonância magnética de crânio que evidenciou atrofia cerebral discreta. Discussão: A encefalopatia por HIV é definida pela falha em atingir marcos de desenvolvimento, perda de marcos ou perda da capacidade cognitiva, crescimento prejudicado do cérebro ou microcefalia adquirida ou atrofia cerebral em exames complementares, déficits motores simétricos adquiridos manifestados por dois ou mais: paresia, reflexos patológicos, ataxia e distúrbios da marcha. As causas desses problemas neurocognitivos são multifatoriais e provavelmente incluem replicação viral contínua no sistema nervoso, inflamação e lesão irreversível antes do tratamento. A prevalência de deficiência neurocognitiva associada ao HIV em crianças infectadas no período perinatal diminuiu desde a introdução da terapia antirretroviral e seu início precoce mostrou ter um impacto positivo no neurodesenvolvimento. Conclusão: O profissional que acompanha a criança exposta deve estar atento quanto ao risco de transmissão vertical do HIV mesmo após o nascimento para que não existam oportunidades perdidas na prevenção da transmissão, como a ausência de seguimento clínico adequado, por exemplo. Tais pacientes devem ser atendidos em serviços especializados, compartilhando o cuidado com a unidade de atenção básica de referência da criança.

Palavras-chave: ENCEFALOPATIA, HIV, TERAPIA ANTIRRETROVIRAL, LACTENTE

PE-58 - CUIDADOS PALIATIVOS EM PEDIATRIA: UMA VISÃO GLOBAL E HUMANIZADA.

AMY FERRAZ PIZZOL (DO INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR - IMES), RAYENNE RODRIGUES NASCENTE (DO INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR - IMES), RAFAELA DRUMOND ARAÚJO (DO INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR - IMES)

Introdução: O cuidado paliativo abrange abordagens de prevenção e alívio do sofrimento de pacientes e suas famílias, que enfrentam problemas associados a doenças ameaçadoras à vida. Esses problemas abrangem as esferas física, psicológica, social e espiritual. Pessoas menores de 20 anos correspondem a cerca de 35% da população mundial. Um estudo demonstrou que cerca de 2,5 milhões de crianças morrem todos os anos com condições graves associadas à dor e sofrimento. Dessa forma, não há dúvidas sobre a grande necessidade de cuidados paliativos para a população pediátrica. Objetivos: O objetivo deste trabalho é definir o cuidado paliativo como o centro de uma abordagem integrada na pediatria, um conjunto de intervenções que visam amenizar o sofrimento, com apoio de uma equipe multidisciplinar. Metodologia: Este estudo constitui-se de uma revisão de literatura, realizado através da seleção de artigos científicos pesquisados nas bases SCIELO, PUBMED e Google Acadêmico. Foram selecionados artigos com intervalo de publicação de 2012 a 2020. Os descritos utilizados foram “cuidados paliativos” e “pediatria”. Resultados: A pesquisa de literatura apontou que a indicação do cuidado paliativo pode ser feita em qualquer fase da doença, mas especialmente ao diagnóstico. Mesmo os pacientes com doenças ameaçadoras à vida, mas com potencial de cura, podem ser referenciadas para estes cuidados. Foi observado que o auxílio ao paciente é uma tarefa que precisa de capacitação, amor e cautela, pois este cuidado, muitas vezes, vai além do âmbito profissional. A equipe não deve se restringir somente à atenção ao paciente, mas também englobar também a família, uma vez que esse processo acarreta grande sofrimento e angústia para todos os envolvidos. Conclusão: Reconhecer e tratar queixas, ter uma equipe multidisciplinar integrada, oferecer apoio à família e aos pacientes, afirmar a vida e discutir a morte como um processo natural são alguns fundamentos básicos dos cuidados paliativos.

Palavras-chave: CUIDADOS PALIATIVOS, PEDIATRIA.

PE-59 - AS PRINCIPAIS CAUSAS E FREQUÊNCIAS DA AMBLIOPIA NA POPULAÇÃO INFANTIL.

CARLOS EDUARDO DE MENEZES E SOUZA FILHO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ANDRÉ DA SILVA BARROS (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

INTRODUÇÃO: A ambliopia é a redução da acuidade visual corrigida sem lesão estrutural no olho, ela é a principal causa da perda de visão monocular em crianças, que pode causar a perda permanente da visão binocular. Como o sistema visual infantil ainda está em desenvolvimento, o processo mais comum da ambliopia na infância é a supressão, um mecanismo sensorial que limita corticalmente a visão de um olho para evitar confusão e diplopia. Por exemplo, no estrabismo e na anisometropia um dos olhos pode ir gradualmente sendo suprimido pelo córtex para evitar a superposição de imagens conflitantes. O período ótimo de tratamento da ambliopia é até os 7 anos, em que o desenvolvimento visual ainda está ocorrendo. OBJETIVOS: Identificar as principais causas da ambliopia por meio da análise da literatura existente a fim de que, por meio da frequência dessas causas, possa melhor orientar o profissional. METODOLOGIA DETALHADA: Revisão narrativa da literatura científica, com utilização do banco de dados "Scielo" e "PubMed". Utilizou-se termos da base MeSH, sobre a temática, a fim de selecionar cinco trabalhos relevantes aos objetivos da pesquisa. RESULTADO: Foi identificado três principais causas de ambliopia, sendo elas a anisometropia, o estrabismo e a obstrução do eixo visual. Dentre elas, 37% dos casos ocorrem por anisometropia, 38% por estrabismo e 24% pela combinação das duas. Em relação à identificação dessas causas, foi perceptível que o rastreio visual da infância identifica mais de 75% dos casos. Além disso, foi notório que a anisometropia tende a ser mais difícil de identificar, pois pode não haver queixas das crianças ou dos pais. CONCLUSÃO: O estrabismo e a anisometropia são importantes causas de ambliopia na população infantil, que devem ser diagnosticadas e tratadas rapidamente para evitar a perda de visão permanente na criança. Com atenção especial a acuidade visual em cada olho, para avaliar anisometropia.

Palavras-chave: AMBLIOPIA, ANISOMETROPIA, ESTRABISMO

PE-61 - LEISHMANIOSE TEGUMENTAR DISSEMINADA EM PACIENTE EXPOSTA VERTICALMENTE AO HIV : RELATO DE CASO

TAINÁ MAIA CARDOSO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO/ UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), MARÍLIA PEREIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO/UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE), ISABELLY SOUZA DE OLIVEIRA NUNES (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO/UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE)

Introdução: A leishmaniose tegumentar (LT) é uma doença infecciosa, não-contagiosa, com transmissão vetorial, causada por protozoário do gênero Leishmania. A gama de manifestações clínicas pode ser atribuída à variabilidade quanto à virulência do parasita e à competência imune do hospedeiro. Crianças expostas verticalmente ao HIV e não infectadas frequentemente são submetidas a maior risco de intercorrências infecciosas, comparado à população pediátrica não exposta ao vírus. Relato do caso: Pré-escolar, exposta verticalmente ao HIV, apresenta surgimento de lesões papulares associadas a dor e prurido em membros inferiores de progressão ascendente há cerca de dois meses, sem febre ou outros sintomas. Atendida em unidades de pronto atendimento com prescrição de antibioticoterapia e sintomáticos, sem melhora do quadro. Lesões evoluíram com úlceras, necrose e sinais de infecção secundária, admitida para investigação diagnóstica. Realizado exame histopatológico, com diagnóstico de LT. Discussão: Sabe-se que, embora medidas tenham sido implementadas para redução da transmissão vertical ao HIV, ainda configura uma situação prevalente, principalmente em países subdesenvolvidos. A leishmaniose, por sua vez, segue sendo uma doença negligenciada e subnotificada, na qual a interseção dessas condições pode gerar grave adoecimento. Embora a gestante do caso tenha feito uso da profilaxia contra transmissão vertical, tal qual uso de TARV durante a gravidez, parto cesáreo e profilaxia pós-natal, a pré-escolar caracteriza um caso de exposição, o que a torna ainda mais vulnerável, onde ao ser posteriormente contaminada com o protozoário apresentou manifestações graves de rápida evolução, associada ao desenvolvimento de infecção bacteriana secundária e posterior sepse. Conclusão: O caso apresentado contempla duas problemáticas da saúde pública: HIV e Leishmaniose, enfatizando a imunodeficiência diretamente correlacionada com pior prognóstico diante de uma doença infecciosa. Assim como o desafio diagnóstico da Leishmaniose na faixa etária pediátrica, devido à ampla gama de manifestações clínicas e complicações que podem simular diversas doenças.

Palavras-chave: LEISHMANIOSE TEGUMENTAR, HIV, IMUNODEFICIÊNCIA

PE-62 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA VIOLÊNCIA FÍSICA CONTRA CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL

DÉBORA LILIAN ROVERON (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), IVAN LUIZ GONÇALVES DOS SANTOS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS)

Introdução: as notificações compulsórias por violência do Sistema Único de Saúde (SUS) contribuem para a inclusão de crianças e adolescentes à proteção legal e integral, além da decisão em políticas de saúde. Objetivo: o presente estudo observacional e transversal visa avaliar o perfil epidemiológico de crianças e adolescentes vítimas de violência física no Brasil, entre 2009 e 2019. Método: utilizou-se o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), processado pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) e fornecido pelo Ministério da Saúde. Os dados foram dispostos em tabulações, através das variáveis: Unidade da Federação (UF) da ocorrência, faixa etária, sexo, raça, confirmação da violência física, óbito e responsável pela lesão. Resultados: em dez anos, foram registradas pelo DATASUS 444.956 notificações de violência física a crianças e adolescentes, entre zero e 19 anos. Ademais, dentre os menores de um ano, 18.483 crianças sofreram abuso físico, destas, 666 lesões por autoagressão ou suicídio (autoprovocadas), 4.950 por autoria materna e 200 com evolução ao óbito. Entre um e nove anos, 77.287 crianças sofreram violência física, 1.251 lesões autoprovocadas, 23.579 por autoria materna e 372 falecimentos. Já as crianças e adolescentes entre 10 e 19 anos, 349.146 sofreram agressão física, 54.526 lesões autoprovocadas, 23.908 por autoria paterna e 2.129 mortes. Entre 2015 e 2019 não houve registro de mortalidade por violência no DATASUS. Verificou-se que o abuso físico, no Brasil, ocorre, em proporções maiores, com crianças e adolescentes pardos, do sexo feminino e na região Sudeste, sendo causada pela mãe quanto menor a faixa etária, e pelo pai, em crianças maiores e adolescentes. Conclusão: a transmissão dessas informações demanda ações preventivas e assistenciais às lesões físicas, desde seu cuidado longitudinal na atenção primária a políticas públicas de enfrentamento, como intervenções familiares.

Palavras-chave: ABUSO FÍSICO, VIOLÊNCIA INFANTIL, ASSISTÊNCIA INTEGRAL.

Agradecimentos: À FLÁVIA LINHARES MARTINS PELA ORIENTAÇÃO, AMIZADE E APOIO NA VIDA E PESQUISA.

PE-63 - ÉTICA NA CONSULTA DO PACIENTE PEDIÁTRICO

BÁRBARA MARTINS MELLO DE OLIVEIRA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), VICTÓRIA MARTINS MELLO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), DARA CAMPOS DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), MIGUEL GRACIANO ASSIS (FAMINAS-BH), DANIELA LAIGNIER FARIA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), MARIAH PRADO MARTINS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE (UNIVAG)), VICTORIA SARDINHA DE LISBOA (UNIVERSIDADE DE RIO VERDE - CAMPUS APARECIDA DE GOIÂNIA (UNIRV)), ISABELLA FERREIRA DIAS (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), ANDREZZA ANDRADE ESPERANÇA DO AMARAL (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), ANA LUIZA ANDRADE FANTONI (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), DOUGLAS RIBEIRO DIOGO (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), BRENO SANTOS DA MATA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), ROGÉRIO OLIVEIRA MENDONÇA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), ANDERSON DE ALMEIDA ROCHA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO))

Introdução: A consulta pediátrica exige do médico competência e habilidade para lidar com situações conflituosas de cunho ético, que transcendem a técnica. A ética é uma ciência que estuda as condutas humanas devendo ser analisada e refletida, a fim de gerar melhor qualidade ao atendimento.Objetivos: Compreender os aspectos éticos da consulta do paciente pediátrico na atualidade, visando uma abordagem ativa e integral à saúde e que, assim, proporciona uma melhora na prestação de atendimento ao infante. Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa de literatura. Utilizou-se os descritores "Pediatria", "Código de Ética" e "Ética". A pesquisa bibliográfica resultou em artigos dos últimos dez anos, dos quais 4 foram obtidos pelo uso das bases de dados PubMed, LILACS e MEDLINE. Resultados: Na consulta pediátrica, consoante ao viés ético abordado, a relação médico- paciente é indispensável, tornando-se uma ferramenta fundamental de confiança e cuidado para a obtenção de informações. Assim sendo, nota-se que no âmbito médico, é possível identificar algumas falhas baseadas nessa conduta ética, como, lidar com: quebras de confidencialidade, situações emocionais, condições socioeconômicas relacionadas com a inadequação da rede de atenção à saúde e do ambiente de trabalho. Conclusão: A conduta médica pautada na ética assegura maior qualidade no atendimento e tem como principal estratégia o diálogo entre médicos e responsáveis pelo infante e a criança, o que garante o desenvolvimento de relações interpessoais confiáveis e a tomada de decisões de forma conjunta.

Palavras-chave: PEDIATRIA. CÓDIGO DE ÉTICA. ÉTICA.

PE-64 - SÍNCOPE NO PACIENTE PEDIÁTRICO

ANA PAULA MACHADO FRIZZO (UNIG), BRUNO TEIXEIRA MURUCI (UNIG), JÚLIA MARINHO PELOSO (UNIG), MATHEUS CORRÊA AZEVEDO (UNIG), NAIARA TEIXEIRA VINHOSA REZENDE (UNIG), SARA COSMO DE CARVALHO (UNIG), SÂMELA CEZARETE FREITAS (UNIG), ARTHUR DE OLIVEIRA PEREIRA GOUVEIA (UNIG), GIULIA SOUTO PECLY (UNIG), MARIA CLAÚDIA CONRADO VIEIRA (UNIG), MARIA CECÍLIA PAGIO GONÇALVES DE SIQUEIRA (UNIG), MIRELY OLIVEIRA ALMEIDA (UNIG), TARCÍSIO PEREIRA DA ROCHA JUNIOR (UNIG), JULIA BINO AGUIAR (UNIG), KAMILA CAMPOS CABRAL (UNIG), CAROLLINA LESSA POUBEL (UNIG)

Introdução: A síncope na infância pode ser definida como a perda súbita da consciência e do tônus postural, sendo um episódio sincopal transitório. Esse episódio ocorre de forma rápida com uma recuperação espontânea, geralmente é seguida de um fator secundário. No tratamento da síncope, a identificação das causas e, consequentemente, dos mecanismos é fundamental para seu sucesso. Objetivo: Este relato de caso tem como objetivo um estudo retrospectivo e transversal, com análise do prontuário do paciente pediátrico portador de síncope no Hospital São José do Avaí em Itaperuna – RJ. Relato de Caso: Menina de 9 anos, com quadro de síncope, dor torácica e cansaço aos pequenos esforços. No exame físico, apresentava um estado geral regular, lúcido e orientado em tempo e espaço, hidratada, normocorada, acianótica, anictérica e eupneica, Ritmo cardíaco regular em 2T, bulhas normofonéticas, ausência de sopro, Murmúrios vesicular audível, ausência de ruídos adventícios, ventilando bem em ar ambiente, Abdome plano, flácido, indolor à palpação superficial e profunda, peristalse presente, ausência de visceromegalias. Conduta: encaminhamento da criança para internação no hospital de referência à fim de investigar o episódio de síncope e cansaço. Conclusão: Assim, o relato de caso faz análise aos princípios de investigação, diagnóstico e tratamento da síncope, atentando paras os casos da pediatria.

Palavras-chave: SÍNCOPE, PERDA DE CONSCIÊNCIA E DO TÔNUS POSTURAL.

Agradecimentos: AO PACIENTE E SEUS RESPONSÁVEIS POR NOS POSSIBILITAR O ENSINAMENTO.

PE-65 - HIPERPLASIA TÍMICA EM LACTENTE DE 5 MESES DE VIDA - RELATO DE CASO

CLEUZA GUIMARAES TEIXEIRA (FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), LUÍSA TRINDADE VIEIRA (FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), MARCELA DE ASSIS MARQUEZ (FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), SOPHIA PERRUPATO DAYRELL (FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), MARIA EDUARDA SOARES BARBOSA (FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), LAIS ALZAMORA CÓPIO (FACULDADE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), FELIPE DAMASCENO COUTO TEIXEIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA)

Introdução: Timo é uma glândula linfoide reguladora de células T, importante na resposta imunológica, relativamente grande no período perinatal com variedades anatômicas. Reconhecer o Timo normal é importante para evitar procedimentos invasivos desnecessárias1,8. Descrição do caso: Paciente masculino, 5 meses, comparece para puericultura com a mãe que relata ter levado a criança a consulta de urgência por sintomas gripais e a radiografia de tórax (Rx tórax) mostrou presença de massa em hemitórax esquerdo e já tinha ido ao cardiologista, feito eletrocardiograma e ecocardiograma normais, mas estava sem diagnóstico. A criança estava assintomática. Foi solicitada tomografia de tórax (TC) que evidenciou formação tecidual homogênea no mediastino anterior, caráter expansivo sem compressão ou invasão de estruturas, compatível com hiperplasia tímica. A conduta tem sido expectante, com TC periódicas. Discussão: O caso apresenta RX tórax que causou confusão diagnóstica. Cerca de 30% das hiperplasias tímicas são assintomáticas e descobertos, por imagens solicitadas por outras causas2,3,3,6,8. As possíveis hipóteses diagnósticas de massas mediastínicas são os Timomas5,7,9,10 tumores raros e a Hiperplasia tímica que é o crescimento benigno anormal mais comum do mediastino anterior em pediatria. O exame padrão ouro para diagnóstico diferencial das alterações do timo é a TC do tórax1,3,8 onde a hiperplasia aparece como aumento difuso do timo ou como massa, de contornos definidos e densidade homogênea, sem invasão de estruturas. Quando há invasão da gordura mediastinal ou pleura corrobora com o diagnóstico de timoma que é elucidado pela biópsia5,7,9. A TC de tórax do paciente em questão mostrou ausência de infiltrações da gordura do mediastino ou invasão de estruturas, direcionando o diagnóstico para hiperplasia tímica. Conclusão radiografias simples de tórax com achado ocasional de hiperplasia tímica podem simular cardiomegalia ou massa mediastinal. Deste modo, estudos adicionais com outros exames de imagem para elucidação diagnóstica evitam intervenções cirúrgicas desnecessárias.

Palavras-chave: TIMOMA, HIPERPLASIA DO TIMO, MEDIASTINO, TOMOGRAFIA

PE-66 - CRISE CONVULSIVA SECUNDÁRIA AO HIPERINSULINISMO

PALOMA MARIANA CAMILO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO), LARA VASCONCELOS SOUZA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO), BRUNA MASSINI EVANGELISTA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO), RIANNY BARBOSA SENA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO), AMANDA ZIVIANI PIMENTEL (HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO), HELEN RAMOS VASCONCELOS (HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO), DANIELA GONÇALVES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO)

INTRODUÇÃO: O hiperinsulinismo é a causa mais comum de hipoglicemia em neonatos e no primeiro ano de vida e está associado a um risco significativo de dano cerebral permanente. Portanto, faz-se necessário o diagnóstico e a instituição da terapêutica imediata, a fim de prevenir danos ao neurodesenvolvimento e complicações, como epilepsia. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente B.G.S.M., 6 meses, iniciou quadro de crise convulsiva associada a episódios de hipoglicemia desde os 3 meses de idade segundos relatos materno, sem melhora com uso de anticonvulsivantes. Iniciada investigação do quadro com realização de exames laboratoriais que evidenciaram glicemia abaixo do valor de referência, insulina elevada e teste do glucagon positivo, sendo fechado portanto o diagnóstico de hiperinsulinismo. Paciente recebeu tratamento com Octreotide com resposta satisfatória. DISCUSSÃO: A hipoglicemia secundária ao hiperinsulinismo é uma condição clínica genética de desordem da secreção da insulina. Os principais fatores de risco são recém-nascidos de mãe diabética ou com hipotireoidismo, pequenos para idade gestacional, grandes para idade gestacional, pré- termos ou baixo peso ao nascer. A relação insulina/glicose alterada e a manutenção de níveis elevados de insulina na vigência de hipoglicemia são parâmetros importantes no diagnóstico de hiperinsulinismo. Em relação ao tratamento, os principais medicamentos utilizados é a associação de diazóxido com hidroclorotiazida, e em alguns casos faz uso de octreotida, um análogo da somatostatina, que age inibindo a secreção de insulina pelo pâncreas. CONCLUSÃO: O prognóstico dessa doença depende essencialmente da detecção precoce, do diagnóstico correto e da imediata instalação de terapêutica para correção da hipoglicemia, visto que pode haver danos neurológicos para o paciente.

Palavras-chave: HIPERINSULINISMO, CRISE CONVULSIVA, HIPOGLICEMIA

Agradecimentos: AGRADECIMENTOS A DRA DANIELA GONÇALVES E AO HOSPITAL DAS CLÍNICAS SAMUEL LIBÂNIO

PE-67 - LESÃO PALPEBRAL POR ARRANHADURA DE CACHORRO COM COMPROMETIMENTO DE CANAL LACRIMAL – RELATO DE CASO

ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), ANA MARIA ESTEVES CASCABULHO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), VICTÓRIA FIGUEIREDO BONIOLO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), REBECA DOS SANTOS VEIGA DO CARMO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), AMANDA APARECIDA MATOS SOUZA FERRAZ (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), DJALMA GOMES NETO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ)

Introdução: O traumatismo ocular é uma das principais causas do decréscimo visual e amaurose em adultos jovens e crianças. O acometimento da região palpebral, atingindo o aparelho lacrimal, resulta, na maioria das vezes, do contato direto com o agente agressor. Descrição do caso clínico: T.V.D.S.T, 6 anos, feminino, admitida no serviço de emergência acompanhada de responsável, queixando-se de dor intensa em globo ocular esquerdo devido a lesão palpebral inferior causada por arranhadura de cachorro. Que segundo a acompanhante, todas as vacinas do cão estão atualizadas. Na admissão foi realizado analgesia e solicitado parecer dos serviços de cirurgia plástica e oftalmologia, em seguida antibioticoterapia, sintomáticos, e a vacinação antirrábica no dia 0. A partir da análise do oftalmologista foi confirmado lesão do canal lacrimal associada a lesão palpebral inferior. Então, em análise conjunta dos serviços, foi encaminhada ao centro cirúrgico, porém não foi possível a realização de sondagem do canal lacrimal cirurgicamente e optou-se por rafia e abordagem em segundo plano. A paciente foi orientanda manter o olho lesionado ocluído por um dia, abrindo apenas para instilação de colírio antibiótico de 3h/3h. Obteve alta e segue em acompanhamento oftalmológico. Discussão: qualquer lesão causada por mordedura ou arranhadura de cachorros deve ser analisado para realizar um esquema de profilaxia adequado. No caso acima, considerando o esquema de profilaxia da raiva humana do Ministério da saúde, o acidente é considerado grave, mas, não há suspeita de raiva no momento do acidente, assim, deve-se lavar a ferida com água e sabão, observar o animal durante 10 dias após exposição e iniciar esquema profilático com duas doses, uma no dia 0 e outra no dia 3. Conclusão: diante do exposto, conclui-se que a paciente foi devidamente tratada, sendo iniciado o esquema vacinal de profilaxia de raiva humana, abordagem da lesão e posterior acompanhamento oftalmológico.

Palavras-chave: TRAUMATISMO OCULAR,MORDEDURA DE CACHORRO,PROFILAXIA DA RAIVA

Agradecimentos: AO PACIENTE QUE NOS PROPORCIONOU MELHOR CONHECIMENTO DA DOENÇA E AOS PRECEPTORES PELOS ENSINAMENTOS.

PE-68 - AVALIAÇÃO DA SAÚDE NUTRICIONAL DE ADOLESCENTES DE UMA ESCOLA PÚBLICA – SEMPRE HÁ OPORTUNIDADE PARA ESCUTA

GRACIELLE PITZER (PREFEITURA BELO HORIZONTE)

INTRODUÇÃO: O Programa Saúde na Escola foi implementado com propostas de favorecer a formação integral de crianças e adolescentes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde. Visa-se, assim, enfrentamento das vulnerabilidades que podem comprometer o pleno desenvolvimento deste grupo. Um dos componentes do PSE é avaliação das condições de saúde dos escolares. OBJETIVOS: Avaliar as condições de saúde de adolescentes por meio da verificação de dados antropométricos. Ofertar espaço para escuta das demandas espontâneas de adolescentes. MÉTODOS: Avaliou-se 547 adolescentes de uma escola municipal. O atendimento compreendeu verificação de peso, altura, Índice de Massa Corporal, circunferência de cintura e análise de classificação dos dados obtidos. Além disso, oportunizou-se escuta às demandas dos adolescentes durante avaliação individual. RESULTADOS: 256 adolescentes são do sexo feminino e 291 do sexo masculino. A faixa etária compreendeu 11 a 16 anos, predominantemente entre 12 e 13 anos. Referente à classificação nutricional: 344 eutróficos, 123 sobrepesos, 68 obesos, 6 com obesidade grave, 4 com magreza e 0 com magreza acentuada. Referente à circunferência de cintura, 26 adolescentes foram classificados como Risco. Encaminhou-se para o Centro de Saúde 114 adolescentes, 74 relacionados à classificação nutricional. 40 encaminhamentos foram gerados sem demanda nutricional. As demandas apresentadas pelos adolescentes foram diversas, dores físicas, questões emocionais, automutilação, bullying, saúde da adolescente, gestação, uso de drogas. CONCLUSÃO: O atendimento à saúde do adolescente no ambiente escolar proporciona identificação de necessidades clinicas e de demandas pessoais anteriormente não referenciadas aos serviços de saúde. Por meio da avaliação do escolar possibilita-se implementar ações educativas e de prevenção e promoção à saúde com foco na integralidade. A saúde na escola permite oferta de espaço para que o adolescente fale de suas questões individuais.

Palavras-chave: ADOLESCÊNCIA, SAÚDE ESCOLAR, SAÚDE INTEGRAL DO ADOLESCENTE

PE-69 - PERFIL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19 ENTRE 1º DE JANEIRO E 31 DE DEZEMBRO DE 2020: ESTUDO DE ABRANGÊNCIA NACIONAL

HIGOR JOSÉ DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), BRUNNELLA ALCANTARA CHAGAS DE FREITAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), LUANA VIEIRA TOLEDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), FÁBIO RIBEIRA RIBAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), ANA CRISTINA DIAS CUSTÓDIO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), SILVÂNIA MEDINA DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), IGOR RODRIGUES MENDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), MARIA CRISTINA BENTO SOARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), IGOR HENRIQUE DE AQUINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA)

Introdução: A COVID-19 tem acarretado hospitalizações e óbitos entre adultos e idosos. Contudo, seu espectro de manifestações em crianças e adolescentes é variável, desde sintomas leves até hospitalizações e óbitos. Há escassez de estudos nessa faixa etária e, diante disso, torna-se necessário conhecer o perfil de crianças e adolescentes hospitalizadas por COVID-19. Objetivos: Caracterizar crianças e adolescentes hospitalizados por COVID-19, no Brasil, em 2020. Métodos: Analisaram-se dados do Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe sobre crianças e adolescentes hospitalizados com diagnóstico de COVID-19, confirmados no teste de biologia molecular, em 2020. Considerou-se criança o indivíduo com idade entre zero e 11 anos completos e adolescente aquele compreendido entre 12 e 18 anos completos. Calcularam-se as frequências absoluta e relativa, medianas e intervalos interquartílicos. Resultados: No Brasil, em 2020, a hospitalização de crianças e adolescentes compreendeu 2,0% dos registros totais. Foram analisados 6.843 casos confirmados por biologia molecular. Destes, 3.635 (53,1%) eram do sexo masculino, 5.123 (74,8%) eram crianças, 5.755 (93,7%) residiam em áreas urbanas, 3.135 (45,8%) residiam na região sudeste e 2.809 (53,1%) declararam-se de raça/cor parda. As medianas de idade e tempo de hospitalização foram, respectivamente, 3 (0,8-12,0) anos e 5 (3-11) dias. Apresentaram pelo menos uma comorbidade 2.793 (40,8%) dos hospitalizados, destacando-se a asma, doença neurológica crônica, imunodepressão e doença cardiovascular crônica, com frequências respectivas de 28,8%, 21,6%, 19,8% e 15,4%. A recuperação ocorreu em 6.158 (90,0%) das crianças e adolescentes e, por outro lado, 658 evoluíram a óbito (10%). Conclusão: O conhecimento do perfil de crianças e adolescentes hospitalizados por COVID-19 permite o direcionamento de ações preventivas e de enfrentamento voltadas a essa população vulnerável.

Palavras-chave: CRIANÇA. HOSPITALIZAÇÃO. INFECÇÕES POR CORONAVIRUS

PE-70 - CURVA DE REFERÊNCIA PEDIÁTRICA DO PICO DO FLUXO INSPIRATÓRIO NASAL (PFIN): UMA REVISÃO NARRATIVA DA LITERATURA

PEDRO HENRIQUE OLIVEIRA DE PAULO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LIV MARIA CAETANO COSTA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), CÁSSIO DA CUNHA IBIAPINA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

INTRODUÇÃO: A análise do Pico do Fluxo Inspiratório Nasal (PFIN) mostra-se como um instrumento com excelente custo-benefício e aplicabilidade na prática clínica. Entretanto, o uso do PFIN na população pediátrica ainda sofre limitações, pois os valores de referência ainda não estão plenamente estabelecidos. OBJETIVO: Analisar a literatura acerca da medição do PFIN na população pediátrica e os parâmetros utilizados como referências para essa faixa etária. METODOLOGIA: Foi realizada uma revisão narrativa de literatura nos bancos de dados indexados do Lilacs, SciELO e Pubmed e utilizados como estratégia de busca os termos "Peak nasal inspiratory flow" "Children" e "PNIF". RESULTADOS: A ausência de valores de referências traz limitações ao uso do PFIN na população pediátrica. Alguns dos principais estudos dessa temática, realizados na Grécia e Holanda, respectivamente, por Papachristou (2008) e Van Sprosen Ebbens (2012) e colaboradores, encontraram diferenças de PFIN em relação à idade, porém, não houve alterações significativas quanto ao gênero, etnia, peso ou altura. Na Polônia, Dor-Wojnarowska (2011) e colaboradores observaram variações expressivas apenas relacionadas ao gênero, sendo maior entre o masculino. No Brasil, Ibiapina e colaboradores (2011) observaram que fatores étnicos, características populacionais e métodos utilizados na análise dos dados interferem no PFIN e propuseram uma equação modelo para indivíduos entre 8 e 15 anos, que inclui o sexo e a altura como variáveis. Outro estudo brasileiro, realizado por Olbrich Neto e colaboradores (2017), evidenciou que a repetição da atividade de medição gerou variação relevante de valores entre a primeira e as demais, mas não houve modificações associadas ao gênero, peso, altura e idade. CONCLUSÃO: Urge que novos estudos sejam direcionados à curva de referência do PFIN, sobretudo para ampliar a faixa etária pediátrica analisada e identificar os principais fatores que geram influência à medida, a fim de otimizar a interpretação do PFIN e suas aplicabilidades clínicas.

Palavras-chave: PICO DO FLUXO INSPIRATÓRIO NASAL, REFERÊNCIA, CRIANÇAS

Agradecimentos: CNPQ - CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO

PE-71 - TRANSTORNOS EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM ASMA GRAVE

ANA LUÍSA BOLÍVAR DO M. MALACHIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), MÔNICA VERSIANI N. P DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LÍGIA MARIA ALVES DOS SANTOS PERTENCE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LAURA MARIA DE LIMA BELIZÁRIO FACURY LASMAR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Introdução: Na maioria das crianças a asma é controlada com doses baixas ou moderadas de corticoide inalado. Entretanto, cerca de 3%, o uso de múltiplos medicamentos não controla os sintomas, com consultas de urgência, hospitalizações, absenteísmo escolar, limitação das atividades físicas, afetando a qualidade de vida, podendo trazer sofrimento emocional e comportamental. Estudos sobre a relação entre asma grave (AG) e transtornos emocionais e comportamentais em crianças e adolescentes (TECCA) brasileiras são escassos. Objetivo: Avaliar a prevalência dos TECCA na AG em serviço especializado. Métodos: Estudo transversal, aprovado pelo COEP, envolvendo pacientes entre 6 e 18 anos acompanhados no Centro Multidisciplinar para pacientes de asma de difícil controle (CEMAD), do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, por 12 anos. O diagnóstico de TECCA foi realizado por equipe da pneumologia pediátrica e medicina do adolescente, com avaliação psicológica e aplicação do "Questionário de capacidades e dificuldades" (SDQ), validado e respondido pela criança, pais e cuidadores. Os resultados foram divididos em cinco sub escalas: problemas no comportamento pró-social, hiperatividade, problemas emocionais, de conduta e de relacionamento. O ´Suplemento de Impacto´ aponta a cronicidade dos sintomas e as dificuldades da criança no seu cotidiano e na vida familiar. Resultados: A amostra foi constituída por 46 pacientes. A média de idade foi de 12,3 anos e 21(46,5%) apresentavam TECCA. Conclusão: A elevada prevalência de TECC encontrada aponta a importância da abordagem multidisciplinar. Além do uso dos medicamentos controladores da asma, como parte do tratamento desses pacientes torna-se necessário identificar e avalia a relação entre AG e TECCA.

Palavras-chave: ASMA, PEDIATRIA, TRANSTORNOS MENTAIS

Agradecimentos: AOS RESIDENTES DE PNEUMOPEDIATRIA QUE ACOMPANHAM TODAS AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES.

PE-72 - DOR ABDOMINAL FUNCIONAL PÓS-APENDICECTOMIA: RELATO DE UM CASO

BEATRIZ CRISTINA HEITMANN GOMES VALENTE (FAMINAS BH), BRUNA ROCHA (FAMINAS BH), VANESSA GOMES VALENTE (PUC MINAS), JANE MOREIRA DE AZEVEDO (PUC MINAS)

Introdução: A exacerbação da dor abdominal funcional é frequente nas consultas pediátricas em Pronto Atendimento. Seu diagnóstico é clínico e poucas causas orgânicas são encontradas.1,3 Na ausência de sinais de alarme, os testes diagnósticos não influenciam no prognóstico.2 Pode afetar aspectos importantes da vida diária e está associada a ansiedade e sintomas depressivos.4 O comportamento da criança frente a dor depende do que é aprendido das posturas parentais.5 Abordagem comportamental ou psicanalítica são indicadas para o tratamento subjetivo.6,7 Descrição do caso: MVC, masculino, nove anos, atendido no PA em 28/10/2020, com forte dor no hemiabdome direito. HMA: Três episódios em cinco meses, exacerbação há dois dias. Hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia e esteatose hepática leve em 15/05/20. IMC 25%. HS: Uso ilimitado de tela. Pais separados.HP: Apendicectomia em 02/01/20 com necrose e peritonite. EF: Dor abdominal difusa referida com choro. Abdome livre. Exames laboratoriais e RX de abdome em 28/10/2020 sem alterações. Recebe alta com esclarecimento de não se tratar de caso orgânico. Discussão: A exacerbação da dor funcional quando negligenciada pode contribuir para perpetuar problemas psicológicos, além de contribuir para o aumento dos atendimentos de urgência, exames e gasto de dinheiro público. O sintoma da criança é um equilibrista, que sem a atenção da mãe, busca através da dor uma satisfação-objeto complementador.8 Os estímulos de reforçamento positivo realizados pelos pais diante da dor favorecem seu caráter recorrente.9 Conclusão: A destinação correta do paciente para uma abordagem multidisciplinar com modificações de estilo de vida, aumento da ingestão de fibras e a terapia cognitivo comportamental ou psicanalítica se faz necessária mesmo nas urgências. Estudos com maior casuística e com características científicas mais relevantes se tornam necessários.

Palavras-chave: DOR ABDOMINAL FUNCIONAL, CRIANÇAS, URGÊNCIA

Agradecimentos: ÀS MINHAS FILHAS E MEUS ALUNOS, FONTES DE APRENDIZADO E AMOR.

PE-74 - ITU DE REPETIÇÃO ASSOCIADA AO REFLUXO VESICOURETERAL: RELATO DE CASO

ANA PAULA MACHADO FRIZZO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), ANA MARIA ESTEVES CASCABULHO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), VICTÓRIA FIGUEIREDO BONIOLO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), REBECA DOS SANTOS VEIGA DO CARMO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), DJALMA GOMES NETO (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ), AMANDA APARECIDA MATOS SOUZA FERRAZ (HOSPITAL SÃO JOSÉ DO AVAÍ)

Introdução: As infecções de trato urinário (ITU) representam um grupo de infecções bacterianas de grande prevalência na faixa etária pediátrica. Existe associação entre ITU nesses pacientes e má formações anatômicas, entre elas o refluxo vesicoureteral (RVU)[1]. Descrição de caso: Paciente, 4 anos e 9 meses, feminino, assintomática à admissão. Submetida a investigação diagnóstica após queixa de infecção do trato genitourinário de repetição. Genitora relata três episódios de pielonefrite em intervalo de dois meses, onde a pré-escolar apresentou febre e dor em hipogástrio. A cultura de urina prévia identificou presença de Escherichia coli. Afirmou uso de amoxicilina, amoxicilina com clavulanato de potássio, cefalexina, cefuroxima e azitromicina para tratamento das infecções antecedentes e, atualmente, sulfametoxazol com trimetoprim em uso contínuo profilático. A ultrassonografia das vias urinárias não visualizou alterações anatômico-funcionais. A cintilografia renal estática evidenciou diminuição difusa da captação em rim esquerdo, principalmente em sua porção medial, apresentando redução severa da função tubular. A cintilografia renal dinâmica apresentou déficit da função glomerular e excretora esquerda, denotando estase responsiva a diurético, sem sinais obstrutivos, rim direito sem alterações. A uretrocistografia confirmou a presença de RVU renal à esquerda, com leve dilatação do sistema pielocalicial sendo classificado Grau III. Encaminhada, então, ao urologista pediátrico, para avaliação da terapêutica pertinente. Discussão: O diagnóstico precoce das ITU e do RVU previne morbidades como por exemplo, hipertensão e insuficiência renal crônica. A análise da urina, é de extrema importância para diagnóstico. A ultrassonografia das vias urinárias é indicada a todo paciente pediátrico menor de dois anos que apresente quadro de ITU, a fim de descartar má formações anatômicas. [2] A cintilografia renal e uretrocistografia miccional são indicadas para pesquisa de cicatriz renal e alterações anatomofuncionais, respectivamente. Conclusão: O prognóstico desses pacientes é geralmente favorável, com maior risco de evolução para doença renal crônica àqueles com anormalidades renais congênitas.

Palavras-chave: INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO, REFLUXO VESICOURETERAL.

Agradecimentos: AO PACIENTE QUE NOS PROPORCIONOU MELHOR CONHECIMENTO DA DOENÇA E AOS PRECEPTORES PELOS ENSINAMENTOS.

PE-75 - DIAGNÓSTICO TARDIO DE ASTROCITOMA PILOCÍTICO EM CRIANÇA - RELATO DE CASO

LUÍSA DE CARVALHO MARES GUIA (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA - FAME/FUNJOBE), ANDREZA MARQUES PEREIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA - FAME/FUNJOBE), ISABELA FREIRE LAGE REIS (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA - FAME/FUNJOBE), LUIZA CIOTTO VIANA (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA - FAME/FUNJOBE), ANA PAULA RODRIGUES LAZZARI AMÂNCIO (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA - FAME/FUNJOBE)

Introdução: O astrocitoma pilocítico (AP) é o tumor encefálico mais comum da pediatria. É um subtipo de glioma considerado de grau I, devido a sua baixa malignidade, comumente circunscrito, altamente vascularizado e com crescimento lento. Acomete, preferencialmente, a região infratentorial e o percurso do nervo óptico. Os sintomas mais comuns são cefaleia, vômitos, alterações visuais, distúrbios da marcha, astenia e estrabismo. Descrição do caso: Paciente masculino, 10 anos, com quadro de cefaleia holocraniana, pulsátil, associada a vômitos, foto e fonofobia com evolução de 1 ano. Aos 5 anos, apresentou episódio convulsivo. Foi levado ao oftalmologista que confirmou presença de sinais de hipertensão intracraniana, sendo encaminhado para neurologista. Porém, no dia seguinte a esta avaliação, ao apresentar novo episódio de crise de cefaleia e vômito, dirigiu-se ao pronto atendimento, onde após realização de tomografia computadorizada (TC) de crânio, evidenciou-se lesão expansiva intracerebral cística com desvio de linha média. Foi submetido a neurocirurgia com ressecção parcial da lesão. A biópsia revelou glioma não difuso de baixo grau consistente com astrocitoma pilocítico. A cirurgia ocorreu sem intercorrências e o paciente apresentou boa recuperação, sendo encaminhado para radioterapia complementar ao tratamento. Discussão: Devido a sintomatologia do astrocitoma ser geralmente inespecífica, o diagnóstico é negligenciado, sendo feito aproximadamente 3 meses após o início dos sintomas. O tratamento de escolha é a ressecção total que, nos tumores de grau I, pode ser curativa. No paciente em questão, os sintomas surgiram de forma ainda mais lentificada do que esperado, atrelado a diagnósticos prévios sem suspeita de causa neurológica, o que resultou em diagnóstico tardio e tratamento mais complexo. Conclusão: Ressalta-se a importância de uma investigação bem detalhada quando a criança apresenta cefaléia persistente, com evidência de sinais de alarme ou mudança no padrão habitual, possibilitando diagnóstico e tratamento precoces, melhorando o prognóstico do paciente.

Palavras-chave: ASTROCITOMA, GLIOMA, HIPERTENSÃO INTRACRANIANA.

PE-76 - INJÚRIA RENAL AGUDA COM TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA NA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA DE UM HOSPITAL INFANTIL DE SANTA CATARINA

ANA LUIZA DA SILVA WENDHAUSEN (UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE), ALÉXIA ZATTAR (UNIVERSIDADE DA REGIÃO DE JOINVILLE - UNIVILLE), ARTUR RICARDO WENDHAUSEN (HOSPITAL INFANTIL DR. JESER AMARANTE FARIA - HJAF), FLÁVIA HELENA BERGMANN JULIÃO (HOSPITAL INFANTIL DR. JESER AMARANTE FARIA - HJAF)

Introdução: A injúria renal aguda (IRA) é definida como uma redução súbita na função renal, que apresenta desde alterações discretas nos biomarcadores renais a condições graves que necessitam terapia renal substitutiva (TRS). Método: Trata-se de um estudo descritivo, observacional, transversal. A coleta de dados foi retrospectiva de prontuários eletrônicos. Foram incluídos pacientes com diagnóstico de IRA em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) que realizaram TRS, com idade superior a 28 dias até 17 anos incompletos. As variáveis foram: idade, gênero, diagnóstico etiológico, procedência, método dialítico, PIM2, KDIGO, comorbidades prévias, uso de drogas vasoativas, tempo de TRS, ventilação mecânica (VM), UTI e desfecho. Objetivos: Analisar o perfil epidemiológico e o desfecho dos pacientes diagnosticados com IRA submetidos a TRS, na UTI de um Hospital Infantil de Santa Catarina. Resultados: Houveram 1905 admissões na UTI, 70 pacientes realizaram TRS. Sendo 33 meninos e 37 meninas, com média de idade de 4,87 anos. A causa mais prevalente de IRA foi sepse (48,57%) seguida de SHU (25,71%). Segundo KDIGO, 53 encontravam-se no estágio 3, 9 no estágio 2 e 8 no estágio 1. Média de tempo de internação na UTI foi 17,31 dias e 8,86 de TRS. A média do PIM2 foi 21,41% e a taxa de mortalidade foi 45,7%. Conclusão: Conclui-se que os pacientes pediátricos críticos submetidos à TRS em decorrência de IRA são, majoritariamente, menores de 2 anos de idade e mais de 50% apresentam comorbidades. Foi estabelecido em mais de 78% da amostra, a VM e uso de droga vasoativa. Tempo médio de internação e de TRS foi maior nos pacientes que receberam alta da UTI. Sepse foi a principal causa de IRA. A mortalidade geral foi de 45,7%, sendo PIM2 e comorbidades associados positivamente com mortalidade.

Palavras-chave: TERAPIA DE SUBSTITUIÇÃO RENAL, INJÚRIA RENAL AGUDA

PE-78 - DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS EM CRIANÇAS COM DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA ASSOCIADA AO COVID-19

LARISSA VERÇOSA TRAMONTINA (ACADÊMICA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ANDRÉ DA SILVA BARROS (ACADÊMICO DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LILIAN MARTINS OLIVEIRA DINIZ (DOCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), DULCIENE MARIA MAGALHÃES QUEIROZ (DOCENTE DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JOÃO FERNANDO GONÇALVES FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), FABRÍCIO FREIRE DE MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), RAFAELA DIAS DA SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II/FHEMIG), DAISY APARECIDA GURGEL SILVA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II/FHEMIG)

Introdução: A Síndrome inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIMP) do inglês MIS-C (Multisystem Inflammatory Syndrome in Children) é uma forma grave da infecção pelo SARS-CoV-2 em crianças, cujas manifestações ocorrem no pós COVID-19. A doença se assemelha muito à Doença de Kawasaki. Objetivo: Avaliar prospectivamente dados clínicos e laboratoriais de crianças internadas com suspeita de infecção pelo SARS-CoV-2 em hospital de referência para tratamento de doenças infecciosas do Estado de Minas Gerais-CGP. Método: Avaliar crianças internadas com suspeita de SIMP no Hospital Infantil João Paulo II, Belo Horizonte, entre julho de 2020 a setembro de 2021. Determinar IgG/IgM anti proteína S1 de SARS-CoV-2 por ELISA para auxiliar no diagnóstico de SIMP. Resultados: Em 30 crianças confirmou-se o diagnóstico de SIMP (13 meninas, 17 meninos, de um mês a 11 anos). Seis dias foi a média de dias com febre. rt-PCR foi positiva para SARS-CoV-dois em 11 crianças, teste rápido de antígeno em oito e IgG anti S1 em 25 (83,3%) Ao todo, 21 (70%) crianças apresentaram rash cutâneo, 16 (53,5%) conjuntivite bilateral e 20 (66,6%) inflamação na mucosa oral. Dez (33,3%) crianças apresentaram hipotensão/choque e 12 (40%%) alterações no ecocardiograma, como insuficiências valvares (7) e dilatação em coronárias (6). Sintomas gastrointestinais foram vistos em 21 (70%) crianças (vômitos-14, dor abdominal-9 e diarreia-8). Níveis de dímero-d alterados foram observadas nas 27 crianças testadas (90%), variando de 0,565 a 32,7mg/L. Aumento de PCR foi visto em todas crianças (8,7 a 371,8). Onze (36,6%) crianças permaneceram de um a sete dias no CTI, e uma evoluiu ao óbito. Conclusão: Estabelecer precocemente o diagnóstico da SIMP é essencial para que seja adotado tratamento preconizado na maior brevidade.

Palavras-chave: SIMP, MIS-C, COVID-19, PEDIATRIA

Agradecimentos: FAPEMIG

PE-79 - CRIAÇÃO E VALIDAÇÃO DE UM APLICATIVO PARA TRIAGEM E ESTIMULAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

RAFAELA MARTINS DOS SANTOS OLIVEIRA (UFMG), CLÁUDIA REGINA LINDGREN ALVES (UFMG), ANA VITÓRIA SILVA RODRIGUES FARIAS (UFMG), RAFAELA SILVA MOREIRA (UFSC), MARINA AGUIAR PIRES GUIMARÃES (HOSPITAL MARTAGÃO GESTEIRA)

INTRODUÇÃO: O acompanhamento do desenvolvimento é uma ação essencial para a saúde integral da criança. O TEDI – Triagem e Estimulação do Desenvolvimento Infantil é um aplicativo para triagem de alterações do desenvolvimento e comportamento de crianças de 1 a 65 meses e fatores de risco no contexto familiar. Reúne informações da Caderneta da Criança e do Survey of Well-being of Young Children (SWYC-BR), criando algoritmos de resultados para auxiliar os profissionais de saúde na tomada de decisões. Oferece também vinhetas ilustrativas dos marcos do desenvolvimento e vídeos com orientações de estímulos por faixa etária. OBJETIVO: Descrever as etapas de criação e validação do aplicativo TEDI. MÉTODOS: Os pesquisadores prepararam a estrutura inicial do aplicativo baseado na Caderneta da Criança, no SWYC e na literatura científica. Foram realizadas reuniões com especialistas em desenvolvimento infantil (n=9) para avaliar os objetivos e estrutura inicial do TEDI. As funcionalidades do aplicativo foram testadas em grupos focais com 23 profissionais de saúde (teste de usabilidade). A confiabilidade do suporte audiovisual no questionário Marcos do Desenvolvimento do SWYC foi verificada pela técnica de teste-reteste com 100 mães. RESULTADOS: Os algoritmos iniciais foram revisados com base na discussão com especialistas, gerando uma nova versão do aplicativo que foi submetida ao teste de usabilidade. Mais de 80% dos profissionais aprovaram as principais funcionalidades do aplicativo e 96% considerou que o TEDI poderá qualificar sua atuação profissional. Apenas 61% dos profissionais se sentiram seguros com as decisões sugeridas pelo aplicativo. Desta forma, os algoritmos foram novamente revistos, tendo sido testadas 24 versões para IOS e 26 para Android. A proporção de concordância no teste-reteste foi boa ou muito boa em 87% dos itens. CONCLUSÃO: As etapas de validação de objetivos, estrutura, funcionalidades e suporte audiovisual contribuíram para o aperfeiçoamento do TEDI, conferindo-lhe consistência científica.

Palavras-chave: APLICATIVO, DESENVOLVIMENTO E ESTIMULAÇÃO INFANTIL, TRIAGEM

Agradecimentos: FUNDAÇÃO MARIA CECÍLIA SOUTO VIDIGAL

PE-81 - SEGUIMENTO CLÍNICO DE UMA PACIENTE PEDIÁTRICA COM PARAPARESIA ESPÁSTICA HEREDITÁRIA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO SUL DO BRASIL

HELOÍSA AUGUSTA CASTRALLI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), GABRIELLE SIMON TRONCO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), LUIZA SALATINO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA), MICHELE RECHIA FIGHERA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA)

Introdução: As paraparesias espásticas hereditárias (PEH) são doenças neurodegenerativas caracterizadas por espasticidade e fraqueza em membros inferiores. Até o momento, 60 tipos genéticos foram identificados. Descrição do caso: Feminina, branca, 8 anos, filha única de pais não aparentados e saudáveis. Nascida a termo, de parto vaginal, com 3.080 kg e sem intercorrências. Em acompanhamento neurológico desde 1 ano de idade devido a atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM). Engatinhou com 1 ano, deu os primeiros passos aos 2 anos e 4 meses e deambulou aos 3 anos de idade. Posteriormente, passou a apresentar quedas, necessitando de cadeira de rodas. Em 2016, compareceu no serviço de neurologia do Hospital Universitário de Santa Maria, sendo relatado por seus progenitores baixa interação social e ambiental, além de atraso na fala e motor. Ao exame neurológico, hipotonia axial, reflexos hipoativos e alteração cognitiva. Histórico de crises convulsivas, infecções urinárias, pneumonias de repetição e dificuldade para deglutição. Encaminhada para a genética médica em 2017, com PCR para Prader-Willi normal e investigação para mucopolissacaridose negativa. Eletroencefalograma de 2018 identificou frequentes pontas na região centro-temporal direita e RNM evidenciou anomalias de sinal no parênquima cerebelar e tronco cerebral, tênues hiperdensidades T2/flair em substância branca subcortical de ambos os hemisférios, corpo caloso discretamente afilado e leve ectasia do sistema ventricular. Diagnóstico de PEH confirmado em 2021, após identificação em exoma de duas variantes patogênicas, em heterozigose composta, no gene TECPR2. Frente ao prognóstico da doença, foi acordado entre equipe clínica e familiares sobre a instituição de cuidados paliativos. Atualmente, paciente em uso de ácido valpróico e necessitando de oxigenoterapia e sonda nasogástrica domiciliares. Discussão e conclusão: Em crianças com atraso no DNPM, deve-se atentar para achados clínicos sugestivos de PEH, como espasticidade lentamente progressiva, fraqueza piramidal, hiperreflexia e respostas plantares extensoras, contribuindo para intervenções precoces na progressão da doença.

Palavras-chave: NEUROLOGIA, PARAPARESIA ESPÁSTICA, PEDIATRIA, GENÉTICA

PE-82 - ALERGIA OCULAR GRAVE E AS DIFICULDADES DE ADESÃO AO TRATAMENTO

RAQUEL PITCHON (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), ANA CAROLINA DOMINGUES FERREIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), ANA CAROLINA WEGMANN VILELA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), ANA CLARA LAS CASAS RODRIGUES PACHECO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), ANA VIRGINIA OLIVEIRA BRITO E OLIVEIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), ANA VITÓRIA SOUSA LIMA GALVÃO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), ARTHUR FARIA TURMIN CAIXETA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), BÁRBARA NIQUINI ASSUNÇÃO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), BERNARDO ZAIDAN BARROSO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), BRUNO ROQUIM AZEVEDO COUGO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), CAROLINA GONÇALVES BARCELOS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), GABRIEL SALGADO FERNANDES DE MIRANDA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), ISABELLA VICTÓRIA CUNHA PEIXOTO RIBEIRO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), JÉSSICA SHELLER PEREIRA VIANA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), JOÃO VICTOR VASCONCELOS SANCHES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), KENNAD ALVES RIBEIRO (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG), LETÍCIA RIBEIRO STERNICK (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS - FCMMG)

INTRODUÇÃO: A alergia ocular (AO) ou conjuntivite alérgica é uma doença frequentemente associada a outras comorbidades atópicas. Ela requer atuação de equipe multidisciplinar e o uso a longo prazo de medicamentos que não são disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). DESCRIÇÃO DO CASO: Menina de 8 anos, encaminhada pelo oftalmologista para avaliação alérgica, devido hiperemia ocular associada a lacrimejamento, prurido e sem dor ocular. Os sintomas iniciaram há um ano e ocorreu piora devido a baixa umidade do ar e uso excessivo das telas, sobretudo durante a Pandemia da covid 19. História familiar de conjuntivite alérgica e asma. Refere moradia em região poluída e possui um gato para controle de roedores. Ao exame, constatou-se edema palpebral superior, com presença de hiperemia e hipertrofia de papilas tarsais bilaterais, além dos nódulos de trantas bilaterais. Presença de secreção mucosa pós nasal e hipertrofia com palidez dos cornetos nasais. Paciente fez uso de loratadina oral e uso irregular dos colírios de cetotifeno, tacrolimus e lubrificantes oculares, com melhora parcial dos sintomas. Mãe refere dificuldade financeira para adquirir e manter as medicações. DISCUSSÃO: O tratamento da AO grave envolve o controle ambiental, uso de lubrificantes, medicamentos tópicos oculares e orais incluindo anti-histamínicos, estabilizadores de membrana de mastócitos, corticoides, imunomoduladores, antagonistas dos receptores de leucotrienos, imunoterapia e imunobiológicos. A desigualdade socioeconômica, renda familiar baixa, educação precária, habitação fora dos padrões sanitários, alimentação inadequada, assim como baixa escolaridade materna, sexo, raça, ocupação e estado civil são também fatores associados às dificuldades de adesão ao tratamento. CONCLUSÃO: A formulação de políticas públicas é primordial para promoção de estratégias que facilitem o cumprimento da terapêutica. O compartilhamento das decisões clínicas com o paciente e sua família, assim como a disponibilização gratuita dos medicamentos são essenciais para a adesão e sucesso do tratamento.

Palavras-chave: CONJUNTIVITE ALÉRGICA, ADESÃO AO TRATAMENTO, CRIANÇA,

PE-83 - ISOLAMENTO SOCIAL CAUSADO PELA COVID-19 E SEUS EFEITOS NO LAZER INFANTIL.

GLENIA JUNQUEIRA MACHADO MEDEIROS (FMIT - FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ), FÁBIO LUÍS FIGUEIREDO FERNANDES (FEPI- CENTRO UNIVERSITÁRIO DE ITAJUBÁ), EDUARDA STEFANI MANFREDINI CARNEIRO (FMIT - FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ), GUSTAVO BRANDÃO GUIDA JÚNIOR (FMIT - FACULDADE DE MEDICINA DE ITAJUBÁ)

Introdução: A Organização Mundial de Saúde, em março de 2020, decretou a pandemia da COVID-19. As crianças, menos afetadas pela doença, foram diretamente impactadas pelas medidas de contenção adotadas. Nesse aspecto, chama-se atenção para as mudanças envolvendo o lazer, prática imprescindível para a qualidade de vida de qualquer indivíduo. Objetivo: Avaliar o lazer das crianças durante o isolamento social causado pela pandemia da COVID-19. Método: A pesquisa apresentou amostragem não probabilística, onde pais e/ou responsáveis por crianças com idade entre 6 e 14 anos responderam a um formulário eletrônico - com abordagem quantitativa - para coleta de dados, que só se iniciou após a aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa. Ademais, possuiu abordagem transversal, analítica e análise/interpretação dos dados qualiquantitativa. Resultados: Houve mudança ($p<0.0001$) no tempo dedicado ao lazer nos dias da semana e aos finais de semana. Além disso, observou-se aumento significante ($p<0.0001$) - durante toda a semana - no número de crianças que dispendiam tempo com telas (vendo TV, jogando em computador/consoles, conversando pelo telefone e estudando): aumentaram as respostas “3 a 5 horas” e “mais que 6 horas” durante o isolamento. Outrossim, aumentou ($p<0.0001$) o número de respostas “não destinavam” ou “destinavam menos que 1 hora” em brincadeiras ativas durante toda a semana. Não houve diferença no tempo destinado à leitura nos dias da semana ($p=0.5829$) e aos finais de semana ($p=0.8938$). Conclusão: Notou-se que houve mudanças no perfil de lazer das crianças durante o isolamento social em comparação ao período anterior a ele. O tempo gasto com o uso de telas sobressaiu em relação ao tempo gasto com brincadeiras ativas durante o isolamento social. Tal desfecho pode estar associado com a facilidade do uso da tela quando comparado com a realização de atividades ativas.

Palavras-chave: ATIVIDADES DE LAZER, PEDIATRIA, COVID-19, ISOLAMENTO SOCIAL.

Agradecimentos: AGRADECEMOS AOS NOSSOS ORIENTADORES PELA DEDICAÇÃO CONJUNTA NA REALIZAÇÃO DO TRABALHO.

PE-84 - IMPORT NCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE E TERAPÊUTICA ADEQUADA NA DOENÇA GRANULOMATOSA CRÔNICA

JÚLIA CARVALHO (UNIBH), LETÍCIA GARÍGLIO (UNIBH), MARIANA MELO (UNIBH), BRUNA MATOS (UNIBH)

Introdução: Trata-se de relato de caso da doença granulomatosa crônica (DGC), condição genética heterogênea que cursa com imunodeficiência. Existe uma forma ligada ao X e cinco formas autossômicas recessivas da doença, nas quais ocorre falha no processo de morte intracelular de patógenos fagocitados por células de defesa devido a mutações nos genes codificadores de proteínas essenciais para espécies reativas de oxigênio. Descrição do caso: Lactente masculino, de quatro meses de idade, foi submetido a propedêutica para DGC, devido a laudo de necrópsia do irmão positivo para esta imunodeficiência, pós infecção pneumocócica. Teste de oxidação da dihidrorodamina (DHR) do segundo pré-natal foi inconclusivo. Após o nascimento, novos DHRs diagnosticaram DGC na criança e mãe portadora da mutação. Até os 8 anos, paciente recebeu profilaxia com sulfametoxazol-trimetoprima, itraconazol e interferon-gama. Posteriormente, realizado tratamento curativo: transplante de medula óssea e células do cordão umbilical da irmã caçula. A efetividade foi expressa pela normalização do burst oxidativo. Discussão: A DGC é caracterizada por infecções recorrentes e/ou graves, principalmente fúngicas ou bacterianas, acometendo as primeiras barreiras do organismo (pele, mucosas e trato respiratório) com formação de granulomas. O diagnóstico confirma-se pela demonstração bioquímica de falha no mecanismo de explosão oxidativa dos fagócitos, evidenciada pelo método DHR. A propedêutica e profilaxia adequadas foram decisivas para garantir qualidade de vida do paciente, sem episódios característicos da doença entre o diagnóstico e a intervenção curativa. Conclusão: A DGC tem sintomas iniciais nos primeiros anos de vida e quanto antes diagnosticada, maior a sobrevida. Portanto, o pediatra que avalia pacientes com infecções recorrentes e/ou graves, deve realizar a triagem para imunodeficiências. Ademais, é preciso conscientizar a população sobre a importância do cadastro nos bancos de medula óssea para que o método curativo se torne uma realidade.

Palavras-chave: DOENÇA GRANULOMATOSA CRÔNICA, IMUNODEFICIÊNCIA, BUSSULFANO,

Agradecimentos: ÀQUELES QUE NOS APOIARAM NA ELABORAÇÃO E AOS ENVOLVIDOS PELA DISPONIBILIDADE DO CASO.

PE-85 - A IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO DE INTOXICAÇÃO EXÓGENA NA EMERGÊNCIA

TAINÁ MAIA CARDOSO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ANTÔNIO PEDRO/ UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE)

Introdução: A intoxicação exógena trata-se de um importante diagnóstico clínico que deve ser sempre questionado pelo pediatra diante do quadro de alterações clínicas incapazes de serem explicadas por outros distúrbios orgânicos. Relato de caso: Paciente, 2 anos, admitido em Unidade de Pronto Atendimento com quadro de hipoatividade, bradicardia, bradipneia e rebaixamento do sensório. Relato de início súbito do quadro e ausência de sintomas prévios. Realizados exames laboratoriais (hemograma, proteína C reativa e rotina de urina) e radiografia de tórax, sem alterações. Levantou- se a hipótese de encefalite, prescrito empiricamente antibioticoterapia de amplo espectro diante da indisponibilidade da avaliação do líquor cefalorraquidiano pelo laboratório da unidade. Paciente evoluiu com remissão dos sintomas após cerca de 18 horas da admissão. Foi enfatizada a possibilidade de intoxicação exógena, os pais negavam o alcance da criança a quaisquer medicamentos, produtos de limpeza, bebidas, dentre outros. Durante a internação, observou-se que a paciente brincava com embalagem fornecida pelos pais contendo nafazolina na fórmula. Eles foram questionados e confirmaram o uso frequente do medicamento pela paciente, a qual chegava a ingerir alguma quantidade do conteúdo, no entanto, haviam considerado irrelevante tal informação por acharem que se tratava de medicamento de uso corriqueiro. Discussão: Diante da hipótese de intoxicação, a anamnese clínica bem feita é de suma importância, questionando os responsáveis sobre rotina da criança, uso de medicamentos por contactantes domiciliares, modo de armazenamento de remédios e produtos químicos em casa. Tais medidas evitam a instituição de propedêuticas desnecessárias. Derivados imidazolínicos são frequentemente empregados nos descongestionantes tópicos. O mecanismo de ação é a vasoconstrição local e eventualmente sistêmica, podendo estimular receptores cardiovasculares e de sistema nervoso central, causando depressão neurológica, respiratória, bradicardia e hipotensão arterial. Conclusão: O uso incorreto de formulações contendo nafazolina bem como a desinformação do potencial dano à criança podem gerar consequências graves.

Palavras-chave: INTOXICAÇÃO EXÓGENA, NAFAZOLINA, EMERGÊNCIA.

Agradecimentos: AOS MEUS PAIS POR SEMPRE ME ESTIMULAREM A SER UMA PROFISSIONAL MELHOR.

PE-86 - OS PREJUÍZOS DO AUMENTO DO USO DE TELA NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL DURANTE A PANDEMIA

BÁRBARA MARTINS MELLO DE OLIVEIRA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), VICTÓRIA MARTINS MELLO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), MICHELE SOUSA GUIMARÃES (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), LUAN JOSÉ MARTINS PEREIRA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), LETÍCIA ANDRADE DE SOUZA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), ANA BÁRBARA LAGE SILVA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), DANIELA MARQUES RODRIGUES AMARO (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), GIULLIA GUARNIERI NICCHIO (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), FLÁVIA BACHETI CARMINATE (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), JESSICA FRANÇA CAETANO BATISTA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), ISABELLA VIEIRA DE OLIVEIRA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), MYLENA DORNELAS DE OLIVEIRA MENDES (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), ANDERSON DE ALMEIDA ROCHA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO))

Introdução: O contexto pandêmico da COVID-19 trouxe consigo mudanças intensas para a dinâmica social da população mundial. Houve aceleração do processo de incorporação dos meios tecnológicos para a rotina diária, que permitiu o uso excessivo de telas com impactos negativos no desenvolvimento infantil. Certas modificações biológicas e psicossociais - que permitem aquisições importantes nos domínios motor, afetivo, social e cognitivo do desenvolvimento - foram severamente afetadas. Objetivos: Compreender os prejuízos do aumento do tempo de tela no desenvolvimento infantil durante a pandemia da COVID-19. Metodologia: Foi realizada uma revisão integrativa de literatura. Utilizou-se os descritores “Pediatria”, “Tempo de Tela” e “COVID-19”. A pesquisa bibliográfica resultou em artigos dos últimos dois anos, dos quais 7 foram obtidos pela consulta das principais bases de dados: PubMed, LILACS e MEDLINE. Resultados: Crianças em idades cada vez mais precoces têm tido acesso ao uso de telas, principalmente com o isolamento social devido à pandemia da COVID-19. O uso da internet tornou-se intensivo, o que trouxe possíveis consequências como o atraso no desenvolvimento cognitivo, na linguagem, e descontrole emocional, além de comportamentos agressivos, alterações sociais, de sono, da atenção, do aprendizado, do sistema hormonal (com risco de obesidade), da regulação do humor (risco de depressão e ansiedade), além do risco de exposição a grupos de comportamentos de risco e a contatos desconhecidos, com possibilidade de acesso a crimes de pedofilia, pornografia e a prática de violências autoinflingidas. Conclusão: Conclui-se que o aumento do uso de telas pode afetar diversas áreas, sendo prejudicial para o desenvolvimento cognitivo, de linguagem e socioemocional. O período da pandemia da COVID-19 aumentou o período de telas para muitas crianças e adolescentes, demandando um maior monitoramento dos pais e/ou responsáveis a fim de evitar possíveis consequências.

Palavras-chave: PEDIATRIA. TEMPO DE TELA. COVID-19

PE-87 - AVALIAÇÃO DOS FATORES RELACIONADOS AO TEMPO DE HOSPITALIZAÇÃO E AO ÓBITO DE RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS

BÁRBARA MARTINS MELLO DE OLIVEIRA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), BEATRIZ FERRAZ OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), VICTÓRIA MARTINS MELLO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), IVY LETÍCIA BRANDIÃO COSTA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), HENRIQUE BRANDIÃO COSTA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), KAIO GOMES DE FREITAS (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), MARIA CLARA MATOS MORAIS (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), RAFAEL DALTON MACHADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), GABRIELA SOARES BORGES (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), FERNANDA DE CARVALHO MARTINS (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), ÍCARO SILVA MAGALHÃES (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), ALICE CAMPOS VELOSO REZENDE (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO))

INTRODUÇÃO: O nascimento prematuro é uma importante causa de óbito neonatal. Recém-nascidos pré-termo costumam apresentar mais complicações e maior tempo de internação logo após o parto, sendo a idade gestacional, um fator considerado para predizer a viabilidade fetal e a morbimortalidade. OBJETIVOS: Discutir sobre a prematuridade e sua importância visto os riscos, desafios e consequências associados a esta situação. METODOLOGIA: Foi realizada uma revisão integrativa de literatura. Utilizou-se os descritores "Pediatria", "Prematuridade Neonatal" e "Hospitalização". A pesquisa bibliográfica resultou em artigos dos últimos dez anos, dos quais 6 foram obtidos pelo uso do operador boleano AND nos sites PubMed, LILACS e MEDLINE, consultados como base de dados. RESULTADOS: A prematuridade, caracterizada pelo nascimento da criança em um período inferior a 37 semanas, constitui a segunda principal causa de morte em menores de 5 anos. De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), dentre os 15 milhões de bebês nascidos prematuramente todos os anos, cerca de 1 milhão morrem devido às complicações dessa condição. Dentre os fatores que contribuem para os índices relevantes de mortalidade dessas crianças, destacam-se a imaturidade do sistema respiratório com consequente predisposição à infecções, concomitante ao manejo desafiador desses pacientes, que requerem tempo prolongado de internação hospitalar. Além disso, observa-se também que quanto maior o peso do bebê, a idade gestacional da mãe e melhores forem os índices de Apgar ao nascimento, menor o tempo de hospitalização dessas crianças. CONCLUSÃO: Logo, devido à gravidade de complicações que podem afetar os neonatos, cuidados essenciais devem ser proporcionados para a mãe e para o bebê - levando-se em conta os períodos pré-natal e pós-natal - em uma tentativa de evitar patologias futuras e reduzir a morbimortalidade fetal associada a prematuridade.

Palavras-chave: PEDIATRIA. PREMATURIDADE NEONATAL. HOSPITALIZAÇÃO

PE-88 - OS EFEITOS NEGATIVOS E AS ALTERAÇÕES FETAIS RELACIONADOS AO CONSUMO DE ÁLCOOL NA GESTAÇÃO

BÁRBARA MARTINS MELLO DE OLIVEIRA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), BEATRIZ FERRAZ OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), VICTÓRIA MARTINS MELLO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), IVY LETÍCIA BRANDIÃO COSTA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), HENRIQUE BRANDIÃO COSTA (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), KAIO GOMES DE FREITAS (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), MARIA CLARA MATOS MORAIS (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), RAFAEL DALTON MACHADO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA), GABRIELA SOARES BORGES (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), FERNANDA DE CARVALHO MARTINS (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), ÍCARO SILVA MAGALHÃES (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO)), ALICE CAMPOS VELOSO REZENDE (INSTITUTO METROPOLITANO DE ENSINO SUPERIOR (IMES/UNIVAÇO))

INTRODUÇÃO: O espectro de alterações fetais devido ao álcool (FASD) compreende um conjunto de cinco transtornos, que decorrem do consumo de álcool materno durante a gestação. Não há cura para esta entidade, somente meios de melhorar a qualidade de vida das crianças acometidas. OBJETIVOS: O presente trabalho teve como objetivo discutir sobre as consequências do consumo de álcool na gestação. METODOLOGIA: Foi realizada uma revisão integrativa de literatura. Utilizou-se os descritores "Pediatria", "Transtornos do Espectro Alcoólico Fetal" e "Neonatologia", foram selecionados 4 artigos obtidos pelo uso do operador boleano AND nas principais bases de dados. RESULTADOS: O álcool possui efeito teratogênico sobre qualquer órgão ou sistema fetal e, como tal, os indivíduos com FASD podem apresentar uma ampla gama de comorbidades, incluindo anomalias faciais distintas, dismorfias físicas e alterações neurocomportamentais. A gravidade do FASD pode ser dependente do nível, padrão e momento da exposição pré-natal ao álcool durante a gravidez. O consumo de álcool em todos os trimestres aumenta a probabilidade de FASD em 65 vezes, enquanto beber apenas no primeiro trimestre aumenta as chances em 12 vezes. Os efeitos negativos da ingestão de quantidades compulsivas de álcool (binge) em qualquer trimestre se correlacionam significativamente com o aumento da dismorfia, diminuição do perímetro cefálico, fendas palpebrais curtas e maior largura do lábio superior. Além disso, esse padrão de consumo de bebida pode resultar em déficits comportamentais e cognitivos mais graves do que os padrões de consumo contínuo. Entretanto, a literatura permanece inconclusiva sobre quais comportamentos de ingestão alcoólica maternas estão relacionados a alterações no desenvolvimento fetal. CONCLUSÃO: O consumo de álcool deve ser cessado durante a gestação a fim de mitigar possíveis anomalias e alterações congênitas. Nesse prisma, convém conscientizar o público feminino em fase fértil no que tange às consequências do uso do álcool na gravidez.

Palavras-chave: NEONATOLOGIA. TRANSTORNOS DO ESPECTRO ALCOÓLICO FETAL.

PE-89 - CORRELAÇÃO ENTRE ENXAQUECA E OBESIDADE NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA

JONAS MUNCK DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), JOÃO LUCAS FERNANDES BALBI (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), JOÃO PEDRO DA SILVA NETO (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), JÔNATHAS RAMOS BARROSO (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), DANIELA CRISTINA DA SILVA GUIMARÃES (DEPARTAMENTO MATERNO INFANTIL, FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA)

Introdução: A enxaqueca, uma variação de cefaleia primária, é, na infância, um dos sintomas álgicos mais comuns, porém não é frequentemente diagnosticada. Independente da manifestação clinica, exerce impacto no desenvolvimento físico e psíquico das crianças, estando associada a diversos fatores de risco, como a obesidade. O acúmulo de gordura corporal, aferido pelo Índice de Massa Corporal (IMC), define obesidade infantil como IMC superior ao percentil 95 para idade e sexo. A associação entre obesidade e frequência de enxaqueca vem sendo debatida, evidenciando possível associação entre tais comorbidades. Objetivo: Avaliar evidências quanto à associação entre obesidade e enxaqueca em crianças. Metodologia detalhada: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs utilizando os descritores "Migraine Disorders" e "Pediatric Obesityhy". Foram selecionados artigos publicados nos últimos 10 anos em inglês, português e espanhol. Discussão: A maior parte dos dados disponíveis apoia uma associação entre obesidade e enxaqueca, embora um pequeno número de estudos contradiga esses achados. Houve correlação entre maior frequência de crises de enxaqueca e comportamentos obesogênicos, como sedentarismo e dieta hipercalórica. Um provável mecanismo causal descrito é a elevação dos níveis de interleucina-6, orexina-A e outros marcadores inflamatórios em pacientes obesos, também envolvidos na fisiopatologia da enxaqueca, potencializando o risco de progressão da migrânea na população pediátrica exposta a esses fatores. A redução da frequência de enxaqueca em crianças submetidas a perda ponderal supervisionada corrobora tal associação. Conclusão: Verifica-se relação entre IMC e crises de enxaqueca, mesmo que tal associação não tenha sido evidenciada em todos os estudos. Observa-se que a obesidade representa um fator de risco para enxaqueca, assim, a mudança comportamental e alimentar representa uma terapia não medicamentosa auxiliar para as crises de cefaleia crônica. No entanto, são necessários mais estudos avaliando a relação temporal entre o inicio da enxaqueca, aumento da adiposidade e alimentação infantil.

Palavras-chave: OBESIDADE PEDIÁTRICA, ENXAQUECA, CRIANÇAS.

PE-90 - EFEITOS DAS PRÁTICAS LÚDICAS NO TRATAMENTO DE CRIANÇAS COM CÂNCER

MARIA EDUARDA FERNANDES DO PRADO (UNIMONTES), PATRÍCIA FERNANDES DO PRADO (UNIMONTES), SIMONE GUIMARÃES TEIXEIRA (UNIMONTES), ANA AUGUSTA MACIEL SOUZA (UNIMONTES), MIRELA LOPES FIGUEIREDO (UNIMONTES)

O tratamento do câncer requer um tempo prolongado no ambiente hospitalar e, por consequência, causa impactos que afetam não só o organismo, mas o contexto psicológico, social e espiritual da criança, da família e dos cuidadores. Dentro do contexto da oncologia infantil, as práticas lúdicas podem ser transformadoras e possuem um papel importante na vida da criança. O objetivo deste estudo é analisar e sintetizar a literatura existente sobre os efeitos das práticas lúdicas como um recurso terapêutico no tratamento de crianças com câncer. Trata-se de uma revisão sistemática de literatura realizada no mês de maio de 2021 nas seguintes bases de dados: Pubmed e Biblioteca Virtual de Saúde. Foram definidos como critérios de inclusão: artigos completos disponíveis eletronicamente, cuja população-alvo fosse pediátrica (0 a 19 anos) com câncer hospitalizadas, divulgados em língua portuguesa e inglesa, em periódicos nacionais e internacionais, com data de publicação nos últimos 10 anos. Definiu-se como critério de exclusão artigos em duplicidade, tese, estudos de revisão sistemática e artigos que não responderam à problemática desta pesquisa. Foram incluídos neste estudo cinco artigos. Os trabalhos selecionados demonstraram que as atividades lúdicas, que incluem, entre outras estratégias, as brincadeiras, a utilização de bonecos, a contação de história, a musicoterapia e os ambientes de interação virtual, são práticas importantes para melhorar a qualidade de vida dos pacientes oncológicos pediátricos dentro do hospital. A utilização desses recursos diminuem os níveis de estresse e ansiedade e proporcionam emoções positivas, propiciando momentos de lazer, socialização, diversão e distração do contexto de tratamento vivenciado, auxiliando no bem-estar da criança com câncer. Além disso, as atividades lúdicas permitem o fortalecimento do vínculo entre a equipe de saúde e o paciente oncológico. Conclui-se que as práticas lúdicas apresentam efeitos positivos no contexto oncológico pediátrico, apresentando influências benéficas na saúde física, psicológica e social das crianças.

Palavras-chave: CRIANÇA, LUDOTERAPIA, ONCOLOGIA E PEDIATRIA

PE-91 - O ENVOLVIMENTO PATERNO DURANTE AS CONSULTAS DE PUERICULTURA

BIANCA JEUKEN LAZZERONI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS CAMPUS POÇOS DE CALDAS), CHAFIHA CAROLINA BARACAT CHAIB BIAZOTTO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS CAMPUS POÇOS DE CALDAS), JÚLIA DE CARVALHO ALBINO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS CAMPUS POÇOS DE CALDAS), LUÍS GUILHERME DE MELO LEITE (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS CAMPUS POÇOS DE CALDAS), MARIA LUIZA SCACABAROZI BERNARDES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS CAMPUS POÇOS DE CALDAS), VITÓRIA AKEMI YAMADA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS CAMPUS POÇOS DE CALDAS), THATIA REGINA BONFIM (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS CAMPUS POÇOS DE CALDAS)

Ao longo da história, a base familiar esteve diretamente relacionada ao patriarcado, o qual o homem era visto como autoridade, enquanto a mulher era naturalizada a cuidar dos filhos. Em função disso, atualmente, ainda existem resquícios desse modelo, refletindo diretamente na criação e cuidado dos filhos. Este estudo trata-se de um diagnóstico situacional para analisar o envolvimento paterno durante as consultas de puericultura em uma unidade básica de saúde, em uma cidade do sul de Minas Gerais, por meio da aplicação de questionários e observação não-participante. Paralelamente, buscou-se entender também se a realidade do patriarcado perpetua nas consultas das crianças. Após a análise dos dados, encontrou-se que 71,86% dos pais não compareceram às consultas de puericultura dos bebês de zero a dois anos de idade. Destes, 65,20% possuíam motivos relacionados ao trabalho, 13,00% eram ausentes na vida da criança, 8,70% ficaram em casa cuidando de outro filho, 8,70% estavam privados de liberdade e 4,40% tinham falecido. Verificou-se também que quando o pai estava presente na consulta, a mãe também sempre estava. Não teve nenhuma consulta apenas com o pai sendo o acompanhante. Em contrapartida, apenas 6,25% das mães estavam ausentes, mas as acompanhantes nestes casos eram as avós. Assim, conclui-se que a participação dos pais nas consultas de puericultura é muito pequena quando comparada a das mães, evidenciando que a sociedade ainda está enraizada ao patriarcado. Ademais, levando em consideração que a maior parte dos pais não foram às consultas por motivos de trabalho, é relevante reforçar que eles têm o direito, garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente, de comparecer às consultas de seus filhos menores de 18 anos mediante a comprovação de uma justificativa. O presente estudo reconhece, então, as demandas e propõe mais discussão em relação à temática.

Palavras-chave: PUERICULTURA. CONSULTAS. PAIS. PATRIARCADO.

PE-92 - A INFLUÊNCIA DO DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL NA INTERAÇÃO DA DÍADE MÃE-BEBÊ: UM ESTUDO LONGITUDINAL DO PRÉ-NATAL AO PRIMEIRO ANO DE VIDA

VERA CRISTINA ALEXANDRE DE SOUZA (UFMG), ALEXEI MANSO CORREIA MACHADO (UFMG), LÊNI MARCIA ANCHIETA (UFMG), ERIKA PARLATO-OLIVEIRA (UFMG E UNIVERSITÉ PARIS VII)

Introdução: São necessários estudos em idades precoces para avaliar o desenvolvimento da linguagem na interação mãe-bebê[1]. A comunicação é fundamental para compreender os recursos usados por eles na complexa sincronia das primeiras relações. Objetivo: Analisar as interações entre a mãe e bebê. Metodologia: Estudo de abordagem quantitativa, qualitativa, descritiva e longitudinal observacional. Os participantes foram díades (mãe-bebê) a partir do terceiro trimestre gestacional, um grupo estudo cujos fetos apresentavam alguma alteração estrutural e um grupo controle sem alterações diagnosticadas. Sete encontros foram agendados (fase gestacional, recém-nascido, dois, quatro, seis, nove e doze meses de idade). Na Etapa 1 em um momento interativo da díade (gestante – feto) e na Etapa 2, em três momentos distintos de interação, com a utilização de um brinquedo, uma cantiga cantada pela mãe e com o discurso materno. As principais ferramentas de análise foram: IRMAG[2], uma entrevista sobre as representações maternas, Escala de Ansiedade de Covi[3] e Escala de Depressão de Raskim4, Momento Interativo da díade gestante-feto e o "Coding Interactive Behavior" – CIB, um sistema de classificação global da interação pais-bebês que contém códigos de nível e escalas de classificação8. A pesquisa foi aprovada pelo CEP (CAAE: 548.79816.0.0000.5149) e foi realizada com apoio da CAPES. Resultados: Houve maior ansiedade e depressão no grupo estudo. Houve diferença significativa na análise da interação nos Domínios que conferem qualidades positivas à interação no grupo estudo (Envolvimento do Bebê, Reciprocidade da díade e Sensibilidade da mãe) e a maior pontuação dos Domínios que conferem características negativas no grupo controle (Estados Negativos da díade e Retirada do bebê). Conclusão: O cuidado parental e transdisciplinar potencializa a capacidade do bebê de adaptar-se e desenvolver-se afetivamente. Destaca a importância do trabalho de equipes preocupadas em acolher o bebê e seu entorno, valorizando uma escuta individualizada que considera sua comunicação multimodal.

Palavras-chave: DESENVOLVIMENTO DA LINGUAGEM. DÍADE. PERCEPÇÃO DA FALA.

Agradecimentos: À COORDENAÇÃO DE APERFEIÇOAMENTO DE PESSOAL DE NÍVEL SUPERIOR – BRASIL (CAPES).

PE-94 - SITUS INVERSUS TOTALIS EM RECÉM-NASCIDO EM UM HOSPITAL DO NOROESTE PAULISTA: UM RELATO DE CASO

LARA MARIA PAIN VILARES (UNIFIPA), VITOR COCA SARRI (UNIFIPA), ISADORA D ABRUZZO SILVA (UNIFIPA), LUANA ARAÚJO LOPES (UNIFIPA), HENRIQUE MASCIOLI FIORILLO (UNIFIPA), LUCIANA SABATINI DOTO TANOUS ELIAS (UNIFIPA), PEDRO HENRIQUE PORTO SAMPAIO (UNIFIPA)

Introdução –Destaca a definição, características e condições clínicas associadas a Situs inversus totalis. Descrição– Relato de caso de um paciente diagnosticado ao nascimento com Situs inversus Totalis. As informações foram obtidas por meio de entrevista com a mãe do paciente, revisão de prontuário, registro fotográfico dos métodos diagnósticos aos quais o paciente foi submetido e revisão de literatura. Discussão– Situs inversus totalis se caracteriza pela inversão dos órgãos toracoabdominais do corpo humano, com achado comum de dextrocardia. É uma condição rara, com incidência de 1:8.500 pessoas. Muitas vezes, não apresenta diagnóstico precoce, pois, geralmente, não apresenta sinais e sintomas ao nascimento. Essa condição pode estar associada à outras malformações, como hipoplasia pulmonar, bronquiectasia, sinusite, ânus imperfurado, e espinha bífida. Cerca de 20 a 25% dos pacientes apresentam uma condição autossômica recessiva denominada Síndrome de Kartagener. Gestante, 28 anos, realizou pré-natal regularmente, sem comorbidades e nega medicações de uso contínuo. O ultrassom morfológico não detectou alteração fetal, porém com 27 semanas de idade gestacional foi detectada bradicardia fetal pelo ultrassom com doppler, a qual se manteve até o momento do nascimento. O parto transcorreu sem intercorrências, Apgar 9/10. Recém-nascido apresentou quadro de desconforto respiratório precoce, sendo necessária internação em Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais (UCIN) para manejo e suporte associado à oxigenoterapia. Ao exame físico foi detectado sopro holossistólico, de intensidade 3+/6+, crescente-decrescente (“diamond shaped”), suave, com irradiação para o dorso, audível em borda esternal direita alta. Exames complementares evidenciaram situs inversus totalis, persistência do canal arterial de 3,1mm e comunicação interventricular de 3,7mm com moderada repercussão hemodinâmica. Conclusão – Uma vez que Situs inversus totalis pode estar associado com malformações e condições patológicas, é importante o diagnóstico precoce para seguimento rigoroso do paciente para auxiliar na prevenção e redução das complicações associadas, como também instituir a terapêutica adequada para tais condições.

Palavras-chave: SITUS INVERSUS TOTALIS , SINDROME DE KARTAGENER

PE-95 - EXPERIÊNCIA NO TRATAMENTO DO PRIMEIRO CASO DE AMIOTROFIA MUSCULAR ESPINHAL COM NUSINERSENA EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

ADRIANA OLIVEIRA R SANTOS (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ (UNITAU)), JOAO CARLOS DINIZ (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ (UNITAU)), ROGÉRIO GALVAO LIGABO (HOSPITAL MUNICIPAL UNIVERSITÁRIO DE TAUBATÉ), MARIANA ABDO ALMEIDA (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ (UNITAU)), VIVIANI RODRIGUES VIEIRA (UNICAMP), LIVIA M PASQUALIN (UNIVERSIDADE DE TAUBATÉ (UNITAU))

Introdução: Atrofia muscular espinhal (AME) é uma doença neurodegenerativa autossômica recessiva, que acomete motoneurônios alfa, levando a fraqueza e atrofia da musculatura proximal. Descrição do Caso: paciente sexo masculino, parto sem intercorrências. No final do primeiro mês iniciou diminuição dos movimentos das pernas e evoluiu com hipotonia principalmente em membros inferiores e choro fraco. Aos 5m idade foi confirmado diagnóstico de AME tipo I, através de teste molecular com deleção homozigótica no exon 7 do gene SMN1 e já apresentava grave comprometimento da força muscular, fasciculações na língua e atelectasias com necessidade de suporte ventilatório. A Equipe de Pediatria realizou a primeira aplicação intratecal de Nusinersena aos 6m idade e atualmente o paciente encontra-se com 2 anos e 6 meses na 9ª aplicação. Apresentou importantes ganhos motores com a utilização da terapia medicamentosa aliada ao acompanhamento multiprofissional, com destaque para o tratamento fisioterápico 4x/semana: adequação de tônus muscular e melhora da estabilidade articular global apendicular e de eixo corporal, controle completo de região cérvico-escapular, movimentação ativa dos membros contra a gravidade, principalmente MMSS. Os MMII iniciaram contração muscular voluntária, ainda sem vencer a gravidade por completo. Experiência na postura ortostática, com utilização de órteses para extensão de MMII. Melhora na interação com ambiente, demonstrando interesse em brincadeiras, músicas e programas de TV. Quadro de hipersecreção controlado, com suporte ventilatório não invasivo esporádico para deslocamentos e fins terapêuticos, com objetivo de manutenção da expansibilidade pulmonar e torácica, prevenção e como tentativa de correção da escoliose torácica por hiperinsuflação pulmonar. Comentários: Os autores chamam atenção para o diagnóstico de AME e para a transformação que ocorreu na evolução da doença com o advento da nova terapia, aliado ao acompanhamento multiprofissional e ao total envolvimento familiar em questão.

Palavras-chave: AMIOTROFIAS MUSCULARES, HIPOTONIA MUSCULAR, LACTENTE

PE-96 - IMPACTOS DA SUBSTITUIÇÃO DA VACINA TRIVALENTE PELA QUADRIVALENTE CONTRA INFLUENZA NO PROGRAMA NACIONAL DE IMUNIZAÇÕES (PNI)

PEDRO IGOR GUIMARÃES SANTOS XAVIER (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS - PUC BETIM/CONTAGEM), ANA FLÁVIA JANUÁRIO DE ANDRADE (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS - PUC CONTAGEM), LAIS FONTES ALBUQUERQUE ROSA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS - PUC CONTAGEM)

Introdução: A gripe, doença causada pelo vírus Influenza, possui significativas taxas de morbidade e mortalidade anualmente. Estima-se que 15% da população mundial se infecta a cada ano, com relevantes impactos sociais, econômicos e em saúde. Há mais de um tipo do vírus Influenza - A e B, em suas linhagens. Especialistas consideram a infecção com Influenza B mais branda do que por Influenza A, mas isso vem sendo refutado. Anualmente, no Brasil, a vacina trivalente torna-se disponível no PNI. Conta com as linhagens A/H1N1 e A/H3N2 e apenas um dos tipos de Influenza B (Victoria ou Yamagata) - seguindo recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS). Objetivo: Compreender quais os impactos esperados para uma eventual substituição da vacina trivalente pela tetravalente no PNI. Métodos: os artigos elencados para esse trabalho foram obtidos através de pesquisas realizadas nas plataformas Scielo, Pubmed, Portal Capes e anais de congressos. Resultados: Não havendo compatibilidade entre a linhagem B circulante e aquela disponível na vacina trivalente, foi bem demonstrado por estudo que analisou o comportamento da linhagem B no Brasil que, em um ano dessa não correspondência, 30% dos óbitos podem se dever ao tipo B. O que mostrou-se importante em todas as idades. Disso, a vacina quadrivalente (que engloba as quatro linhagens para Influenza A e B) sendo aplicada via PNI poderia reduzir o número de casos no Brasil, além dos agravos associados. A vacina quadrivalente para influenza melhoraria a estratégia vacinal evitando uma incompatibilidade potencial nas linhagens B de Influenza com o vírus de fato circulante naquele período. Conclusão: visando reduzir os relevantes impactos gerais associados ao vírus Influenza, seria um ganho à população (em especial às populações enquadradas como grupos de risco) a substituição da vacina trivalente pela vacina quadrivalente no PNI.

Palavras-chave: INFLUENZA, GRIPE, IMUNIZAÇÃO, VACINAS.

Agradecimentos: AO PROFESSOR, MÉDICO E PEDIATRA DE NOSSA EXTREMA ESTIMA E TOTAL REVERÊNCIA JOSÉ GERALDO L. RIBEIRO.

PE-97 - APLICAÇÃO DO TESTE DO PEZINHO AMPLIADO NA TRIAGEM DA SÍNDROME DE IMUNODEFICIÊNCIA COMBINADA GRAVE NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

ANNA PAULA OLIVEIRA SCHIAVO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GABRIELA AZEREDO DE PAULA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), FABIANA HELENA SILVA ASSIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JÚLIA ADRIANE FONSECA LOBO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LÍVIA DA SILVA VEGAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LARISSA PAOLA FERREIRA FIGUEIREDO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LARYISSA NUNES FERNANDES (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG), RHAIANNY GOMES DE SOUZA MARIANO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ALEXANDRE RODRIGUES FERREIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG), LUCIANA ARAÚJO OLIVEIRA CUNHA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG), ANA KARINE VIEIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFMG)

Introdução: Síndrome de imunodeficiência combinada grave (SCID) é um conjunto de distúrbios caracterizado por defeitos hereditários do sistema imunológico relacionado às células T e/ou B e/ou natural killer. Esta condição predispõe o paciente a infecções recorrentes, as quais podem levar ao óbito nos primeiros anos de vida. Entretanto, com o teste do pezinho (TP) ampliado é possível realizar o diagnóstico precoce, levando ao tratamento oportuno, eficaz e com menor morbimortalidade. Descrição do caso: Recém nascido de 18 dias, procedente de zona rural no interior de Minas Gerais, foi encaminhado ao ambulatório de Imunodeficiências Primárias do Hospital das Clínicas da UFMG devido à alteração na quantificação de TRECs. História de consanguinidade entre os pais. Foi solicitado imunofenotipagem de linfócitos, confirmando o diagnóstico de SCID. Realizou-se acompanhamento ambulatorial com equipe de imuno e infectologia até a viabilidade do transplante de medula óssea (TMO), instituindo profilaxia adequada para prevenção de infecções. Ele foi submetido a um TMO alogênico aparentado (mãe doadora), em maio de 2021 (6 meses e 4 dias de vida). O paciente segue em acompanhamento pós transplante e sem graves complicações. Discussão: O TP ampliado foi realizado através da pesquisa coordenada pelo Núcleo de Ações e Pesquisa em Apoio Diagnóstico da Faculdade de Medicina da UFMG (NUPAD) que estava em vigor na época do nascimento do paciente. É evidente que esta triagem foi crucial para o sucesso do desfecho clínico, pois foi possível identificar a alteração em tempo hábil, evitando possíveis infecções recorrentes, uso de medicamentos e internações prolongadas. Ademais, possibilitou manejo adequado e terapia curativa antes do primeiro ano de vida do paciente. Conclusão: O relato de caso demonstra a importância da triagem ampliada no serviço público, principalmente para a SCID, pois é possível triar, diagnosticar, acompanhar e tratar a doença, reduzindo significativamente a probabilidade de desfechos negativos.

Palavras-chave: PEDIATRIA, TRIAGEM NEONATAL, TRANSPLANTE DE MEDULA ÓSSEA

Agradecimentos: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS (UFMG), HC-UFMG, NUPAD-UFMG

PE-98 - INTERNAMENTOS DE LACTENTES POR BRONQUIOLITE PRÉ E DURANTE A PANDEMIA DE COVID-19

ANDRESSA ROBERTA PASCHOARELLI CHACOROWSKI (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ - UEM)

Introdução: Broquiolite viral aguda (BVA) é uma das doenças mais comuns da primeira infância. Com o surgimento da COVID 19 no país em 2020, ocorreram mudanças na epidemiologia das doenças infantis devido as medidas de distanciamento social. Assim, objetiva-se analisar se o impacto da pandemia também se reflete no número de internamentos por BVA no Brasil. Metodologia: Estudo observacional, retrospectivo, descritivo com dados secundários do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Pesquisou-se o número de internamentos por bronquiolite de menores de um ano por Unidade Federativa no Brasil durante 16 meses de pandemia (março de 2020 a junho de 2021) e comparou-se com 16 meses pré-pandemia (novembro de 2018 a fevereiro de 2020). As taxas de internações foram calculadas pela razão entre o número de eventos observados e a população de nascidos vivos residentes naquele ano e local, multiplicadas por 10.000. Resultados: Houve redução no número de internamentos por bronquiolite nos meses de pandemia quando comparados aos 16 meses anteriores em todos Brasil, em ambos os sexos. A maior redução na taxa de incidência foi verificada no RS (19,8/10.000), e a menor, no AC (0,03/10.000). RS e DF mantiveram os 2 índices mais altos antes e durante a pandemia. Meninos internaram mais em todos os meses analisados. Junho (1,4/10.000), julho (1,5/10.000) e agosto (1,5/10.000) de 2020 foram os meses com menos internamentos. Em janeiro 2021 esses valores voltam a subir progressivamente, atingindo em maio o maior índice (10/10.000) do período de pandemia analisado – apesar do aumento, esse resultado é inferior ao do mês pré-pandemia (19/10.000) correspondente. Conclusão: Durante a pandemia da COVID-19 ocorre redução dos internamentos por bronquiolite em menores de um ano em todos os estados do Brasil. A maior redução ocorreu no RS. Junho, julho e agosto de 2020 foram os meses de menores taxas.

Palavras-chave: BRONQUIOLITE, EPIDEMIOLOGIA, LACTENTE, PANDEMIA

Agradecimentos: PROFESSOR, DR DENNIS ARMANDO BERTOLINI

PE-99 - REDUÇÃO DAS INTERNAÇÕES PEDIÁTRICAS POR ASMA NO BRASIL DURANTE A PANDEMIA COVID 19: O QUE PODEMOS APRENDER?

MONIQUE ROCHA DECARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), PRISCILLA ARYELE NASCIMENTO CAMPOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GUILHERME LANDIM GONÇALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), MÔNICA VERSIANI NUNES P. DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LAURA LAURA MARIA DE LIMA BELIZÁRIO FACURY LASMAR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Introdução: As exacerbações da asma são urgências médicas que podem culminar em hospitalizações e têm como importantes desencadeantes os vírus respiratórios. O impacto, das medidas de restrição e distanciamento social impostas pela pandemia COVID 19, sobre as hospitalizações, têm resultados conflitantes em países desenvolvidos, mas não há estudos em países em desenvolvimento. Objetivo: Avaliar impacto da pandemia de covid-19 sobre número de hospitalizações pediátricas por asma no Brasil. Método: Foram coletados dados do banco, de domínio público, do Sistema de Informações Hospitalares do SUS sobre número de internações mensais por asma em menores de 20 anos entre 2018 e 2020 e comparados ao número de internações por diabetes. Os resultados foram expressos em taxa de internações por 100.000 habitantes e analisados pelo teste de Friedman. Resultados: Houve redução da média das internações / 100 000 habitantes em 2018 (8,07 ± 2,50), 2019 (7,37 ± 2,13) e 2020 (3,90 ± 1,82), $p < 0,001$ (2018 > 2019 > 2020), mesmo nos meses da sazonalidade dos vírus respiratórios (março a junho) e em todas as regiões do Brasil. Esta redução de internações não ocorreu no diabetes 1,15 ± 0,19 em 2018, 1,21 ± 0,20 em 2019 e 1,16 ± 0,18 em 2020 (2018 = 2019 = 2020, $p = 0,264$). Conclusão: os resultados apontam redução significativa de internações por asma durante a pandemia COVID 19 que possivelmente são multifatoriais e refletem mudanças comportamentais, mas nos desafiam a avaliar quais poderiam ser sustentadas após o COVID-19, pois as internações por asma têm elevado custo social para as crianças e adolescentes no Brasil.

Palavras-chave: ASMA , HOSPITALIZAÇÕES, COVID 19

Agradecimentos: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

PE-100 - COMPARAÇÃO DE CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS DE LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO EM PACIENTE PEDIÁTRICA

IASMIN ESTELA COSTA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG), JULIANA GOULART DIAS DA COSTA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG), ANA LUIZA GARCIA CUNHA (HOSPITAL INFANTIL JOÃO PAULO II - FHEMIG), SÉRGIO GABRIEL SOUZA SANTOS (HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG)

Introdução: O Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) se caracteriza pela presença de autoanticorpos, inflamação multissistêmica e manifestações multifacetadas. Sua prevalência pediátrica mundial é de 3,3 a 8,8/100.000 crianças. Descrição: Paciente do sexo feminino, 11 anos, com febre há 10 dias, poliartrite migratória e exantema micropapular em membros. Evoluiu com hematúria macroscópica. À admissão hospitalar, apresentava-se pálida, taquicárdica, hipertensão arterial e alopecia difusa. Avaliação antropométrica evidenciou desnutrição aguda (peso < -2 EZ / IMC < - 3 EZ). Exames laboratoriais: VHS e creatinina elevados, proteinúria e hematúria com dismorfismo eritrocitário, hipoalbuminemia, anemia com coombs direto positivo, leucopenia, linfopenia e plaquetopenia. Propedêutica reumatológica: FAN 1:640 nuclear homogêneo, cardiolipina IgM moderada reatividade, C3 e C4 reduzidos, anti-DNAds 1:40. Pelo critério de LES do American College of Reumatology (ACR) de 1997: 5 de 11 critérios (artrite não erosiva, nefrite, doença hematológica, alterações imunológicas, FAN positivo). Critérios do Systemic Lupus International Collaborating Clinics 2012: 11 de 17 critérios (lúpus cutâneo agudo, alopecia, artrite, nefrite, anemia hemolítica, leucopenia, plaquetopenia, FAN, anti-DNA, anti-cardiolipina, redução do complemento). Critérios do EULAR/ACR de 2019 total 34 pontos (ponto de corte 8805, 10 pontos). Diagnosticado LES e iniciado tratamento com corticoterapia, apresentando boa resposta. Discussão: As principais manifestações do LES ao diagnóstico incluem: sintomas constitucionais, FAN positivo, alterações cutâneas, renais, hematológicas. Resultados do estudo "Evaluating the performance of ACR, SLICC and EULAR/ACR classification criteria in childhood onset systemic lupus erythematosus" demonstraram que os critérios EULAR/ACR de 2019 são significativamente mais sensíveis para o diagnóstico, comparado aos critérios ACR 1997 e SLICC 2012. Entretanto, os critérios do ACR 1997 continuam a ser os mais específico dos três critérios para a população pediátrica. Conclusão: LES possui múltiplas manifestações clínicas e laboratoriais, que são utilizadas como critérios classificatórios. Pode se assemelhar a diversas entidades nosológicas. Avaliação clínica completa e acompanhamento evolutivo são fundamentais para o diagnóstico.

Palavras-chave: LUPUS JUVENIL, CRITÉRIOS DIAGNÓSTICOS, NEFRITE LÚPICA

PE-101 - SACROILEÍTE PIOGÊNICA: UM DIAGNÓSTICO A SER LEMBRADO

AMANDA SILVESTRE DA MATTA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), CINTHIA DE PAULA CASTRO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), VÂNIA SCHINZEL (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA)

Introdução: A sacroileíte piogênica é um desafio diagnóstico na população pediátrica e, se não tratada precocemente pode levar a destruição articular e sequelas motoras. Apresentamos um caso diagnosticado em nosso serviço. Relato de caso: Adolescente, sexo masculino, 12 anos, previamente hígido, iniciou quadro agudo de dor severa em região glútea a direita, associada a febre e claudicação 48h após queda da própria altura. Apresentava de dor à palpação de região sacroilíaca à direita, calor local e teste de Faber positivo, além de aumento importante de provas inflamatórias e leucocitose com desvio à esquerda. Após RNM mostrando sinais de artrite infecciosa em sacroilíaca direita com formação de abscesso em psoas, foi realizado antibioticoterapia por 28 dias, sendo 14 por via parenteral. Paciente recebeu alta deambulando sem dificuldade e sem queixa de dor. Em nova RNM houve melhora do processo infeccioso. Discussão: A sacroileíte piogênica é incomum na população pediátrica, tratando-se de apenas 1 a 2% dos casos de infecções articulares em geral e, por isso, é um desafio diagnóstico nesta faixa etária. Porém, deve sempre ser considerada como hipótese diagnóstica em casos de dor intensa em região lombar e nádegas e dificuldade de deambular, principalmente se associados à febre. Pode haver relato de trauma recente e infecções de pele, os principais fatores de risco relatados na literatura. O diagnóstico se inicia com um exame físico detalhado e teste de Faber positivo, as provas inflamatórias elevadas aumentam a suspeição, e o diagnóstico de certeza deve ser realizado com RNM, com sensibilidade de até 95%. Conclusão: Destaca-se a importância da suspeição diagnóstica de sacroileíte piogênica em pacientes com dor característica e fatores de risco associados, por se tratar de uma condição clínica relativamente rara, porém com alto risco de morbidade se não tratada adequadamente.

Palavras-chave: SACROILEÍTE, PIOGÊNICA,

PE-102 - ASSISTÊNCIA DOMICILIAR NA FAIXA ETÁRIA PEDIÁTRICA

LIV MARIA CAETANO COSTA (UFMG), PEDRO HENRIQUE OLIVEIRA DE PAULO (UFMG), CASSIO DA CUNHA IBIAPINA (UFMG), LAÍS MUNHOZ SOARES (UFMG)

Introdução: A assistência domiciliar (AD) se caracteriza por atividades de promoção de saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação que ocorrem no domicílio ou em locais não institucionalizados. Ela contribui para práticas mais centralizadas no paciente e em sua família, cujo estabelecimento pode beneficiar de sobremaneira a faixa etária pediátrica, considerando a incidência de cerca de 240 mil internações anuais de crianças e adolescentes por doenças crônicas complexas no Brasil. Apesar dos benefícios da AD e da sua regulamentação ter ocorrido em 2006, ainda há desafios para sua implantação em decorrência da fragmentação das redes de assistência à saúde e da incompreensão da sua importância. Objetivos: Realizar uma revisão de literatura acerca do papel da AD na oferta de cuidados à faixa etária pediátrica. Metodologia: Foi realizada busca nos bancos de dados Scielo e Lilacs, sendo os critérios de inclusão a adequação à temática proposta, publicação após a regulamentação da AD em 2006 e correspondência à realidade brasileira. Foram excluídos trabalhos duplicados, publicados após 2016 ou produzidos em outros países, resultando em 10 artigos selecionados para a revisão de literatura. Resultados: Segundo o trabalho de Mariani, as principais etiologias que resultam em necessidade de AD na faixa etária pediátrica são condições neurológicas, genéticas e respiratórias, achado confirmado por Novais. Em relação à ventilação mecânica crônica domiciliar (VMD) pediátrica, está associada à redução de custos e de alterações na rotina familiar, melhora do crescimento e desenvolvimento, e maior disponibilidade de leitos hospitalares. Acerca dos cuidados paliativos em domicílio, Floriani atesta que apesar de promover as consequências positivas já mencionadas, resulta em sobrecarga familiar. Conclusão: A AD contribui positivamente para individualização do cuidado, além de otimizar custos e a disponibilidade de leitos hospitalares. Apesar disso, trata-se ainda de temática pouco discutida, sobretudo na faixa etária pediátrica, e frequentemente não disponibilizada no Brasil.

Palavras-chave: ASSISTÊNCIA DOMICILIAR, DESOSPITALIZAÇÃO, HUMANIZAÇÃO

PE-103 - DIABETES MELLITUS TIPO 2 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES: UMA REVISÃO DE LITERATURA

JONAS MUNCK DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), LARYSSA DE SÁ BRAGANÇA GONÇALVES (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), CAMILA MACHADO DE SOUZA PEREIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA)

Introdução: Diabetes mellitus tipo 2 (DM2) é um distúrbio metabólico heterogêneo, caracterizado pela combinação de resistência à ação da insulina e incapacidade das células beta pancreáticas em manter uma secreção adequada deste hormônio. Considerada um distúrbio emergente em crianças e adolescentes, afeta 8,2% da população adulta brasileira e 3,3% dos jovens entre 12 e 17 anos, sendo 22% de pré-diabéticos nesta faixa etária. Objetivo: Avaliar a prevalência, fatores de risco e possíveis complicações associadas ao diagnóstico de DM2 em crianças e adolescentes. Metodologia detalhada: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs utilizando os descritores "Diabetes Mellitus, Type 2" e "Child". Selecionados artigos publicados nos últimos 10 anos em inglês e português. Resultados: A prevalência de DM2 em crianças e adolescentes aumentou globalmente nas últimas décadas, representando mais de 200 diagnósticos diários. Esse aumento coincidiu com a epidemia de obesidade infantil, sendo essa relacionada ao sedentarismo e às dietas hipercalóricas e hipergordurosas. Além da obesidade, outros fatores de risco são: história familiar de DM2, mãe com história-prévia de diabetes gestacional, etnia (risco aumentado entre asiáticos, negros hispânicos e indígenas), falta de aleitamento materno, baixo peso ao nascer e macrossomia. A DM2 na faixa etária pediátrica é mais agressiva que a patologia de início tardio, uma vez que apresenta progressão mais rápida. Estima-se que adolescentes com diagnóstico de DM2 tenham redução de cerca de 15 anos em sua expectativa de vida quando comparados aos pares não portadores da doença. As principais complicações são hipertensão arterial sistêmica, hipertrigliceridemia, nefropatia, retinopatia, neuropatia e depressão. Conclusão: O aumento da prevalência desta doença representa um grave problema de saúde pública, por afetar não apenas a funcionalidade presente, mas também a morbidade a longo prazo e reduzir a expectativa de vida do grupo.

Palavras-chave: DIABETES MELLITUS TIPO 2, CRIANÇA, ADOLESCENTE.

PE-104 - SITUS INVERSUS TOTALIS EM RECÉM-NASCIDO À TERMO: RELATO DE CASO

JULIANA DIAS MOREIRA CAETANO (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), JULIANA MARIA MENDES DE ARAÚJO (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), LÊDA MENDES PEREIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), CIBELY SOUZA RIBEIRO MOREIRA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARBACENA)

Introdução: Situs inversus totalis (SIT) é uma anormalidade congênita rara, caracterizada por espelhamento das vísceras assimétricas decorrentes de mutações cromossômicas durante a embriogênese. Possui incidência de 1/ 8.000 a 1/25.000 em nativivos, sem predileção de sexos, sendo uma condição compatível com a vida, assintomático e tendo muitas vezes seu diagnóstico ocasional. Descrição do caso: Recém-nascido (RN), à termo, sexo masculino. Parto cesárea, G2P1A0, sem intercorrências. Após o nascimento, mãe e filho foram encaminhados para o setor de isolamento respiratório, devido mãe positivo para covid-19. RN evoluiu com desconforto respiratório precoce, apresentando ao exame tiragem subcostal, dessaturação, taquipneia e roncos respiratórios. Na avaliação cardíaca evidenciou-se a presença de bulhas normofonéticas, rítmicas, em hemitórax direito com sopro holossistólico III/IV. Com a persistência dos sintomas foi transferido para UTI neonatal, recebendo ventilação não invasiva e acesso venoso central. Realizado tomografia computadorizada de tórax, abdome, pelve e posteriormente ecocardiograma, confirmando diagnóstico de situs inversus totalis e comunicação interatrial (CIA) tipo ostium secundum, com shunt AE-AD, sem repercussão hemodinâmica e outras alterações. Mediante estabilização do quadro clínico recebeu alta hospitalar. Discussão: A dextrocardia, caracterizada pelo posicionamento do coração no lado oposto ao anatômico não ocasiona anormalidades cardíacas, porém, essa patologia pode apresentar-se isolada ou associada a inversão dos órgãos assimétricos, denominado SIT. Portanto, SIT é uma condição clínica com baixas repercussões patológicas mas pode ocorrer concomitante a outras malformações, como por exemplo, a CIA. A CIA do tipo ostium secundum possui o diagnóstico, geralmente, pela presença de sopro cardíaco efetivo em foco pulmonar e 2a bulha com desdobramento constante e fixo. Conclusão: Assim, a SIT, é uma doença de caráter assintomático e sua clínica quando presente, associa-se com a presença de outras malformações. Portanto, a detecção é fundamental para elucidar possíveis sinais e sintomas futuros e evitar iatrogenias clínicas e cirúrgicas.

Palavras-chave: SITUS INVERSUS, COMUNICAÇÃO INTERATRIAL, PEDIATRIA.

PE-105 - PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA LEISHMANIOSE VISCERAL EM CRIANÇAS NO ESPÍRITO SANTO DURANTE OS ANOS DE 2016 A 2019

EMMYLI NUNES DE FREITAS (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), FERNANDA ENDLICH ZANETTE (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), ELIANA LUZ LOPES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO OESTE DA BAHIA (UFOB)), CRISTINA ABREU DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV))

INTRODUÇÃO: A Leishmaniose visceral é uma doença parasitária, causada pelo agente etiológico do gênero Leishmania, transmitida pelo mosquito Lutzomyia longipalpis. No Brasil, acomete crianças, principalmente, nos primeiros seis anos de vida. OBJETIVO: Analisar o perfil epidemiológico da Leishmaniose em crianças no Espírito Santo durante os anos de 2016 a 2019. MÉTODO: Estudo de delineamento descritivo, retrospectivo e transversal cuja população é composta por pacientes pediátricos notificados com leishmaniose visceral com idade de 1 a 14 anos. Os dados foram obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN). Foi avaliado o número de casos em relação ao ano de diagnóstico da doença, à faixa etária, ao sexo, à microrregião e à evolução das crianças acometidas. RESULTADOS: No quadriênio, foram encontradas 20 crianças com Leishmaniose Visceral. O ano de 2017 foi o de maior incidência com 8 casos novos (40%), seguido do ano de 2018 com 6 casos novos (30%). Em relação ao sexo, o feminino é o mais comprometido em todos os anos estudados, chegando a 75% da população. Quando as faixas etárias são avaliadas, observa-se que as crianças de 1 a 4 anos foram as mais afetadas chegando a 60% total do casos. Os pacientes de 10 a 14 anos, foram os menos acometidos com apenas 10% de casos. Já em relação a região onde ocorreu o diagnóstico da leishmaniose visceral, os casos foram notificados apenas nas microrregiões de Colatina e Vitória, sendo essa última a mais incidente com um total de 16 casos. Em relação à evolução da doença, foi constatado apenas 1 óbito no ano de 2019. CONCLUSÃO: É possível observar, portanto, que a Leishmaniose Visceral se concentra nas microrregiões de Vitória e Colatina. E acomete principalmente crianças do sexo feminino e de 1 a 4 anos.

Palavras-chave: EPIDEMIOLOGIA, DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, MEDICINA TROPICAL,

PE-106 - DOENÇAS NEGLIGENCIADAS E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DIALÓGICA NAS REDES SOCIAIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

LUIZ GUSTAVO GUIMARÃES SACRAMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ALANA HELEN DOS SANTOS MATOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), BRUNO RODARTE FREIRE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), DIEGO FERREIRA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ISADORA GONÇALVES ROQUE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JOSE AFONSO DA SILVA JÚNIOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), REGINA LUNARDI ROCHA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ELAINE ALVARENGA DE ALMEIDA CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

INTRODUÇÃO: As doenças negligenciadas, caracterizadas pelo pequeno investimento de recursos em pesquisa e erradicações, são causadas por agentes infecciosos ou parasitários e associam-se classicamente a condições socioeconômicas menos privilegiadas. No Brasil, além de seu grande impacto na morbimortalidade da população pediátrica, ainda há um enorme desconhecimento populacional acerca dessas doenças. OBJETIVOS: Avaliar o impacto da educação em saúde dialógica em rede social acerca de doenças negligenciadas no contexto pediátrico brasileiro. MÉTODOS: Análise do número de curtidas e do alcance das publicações sobre doenças negligenciadas realizadas em perfil no Instagram. Para a confecção dessas publicações foi utilizado conteúdo baseado em evidências científicas, além de ter sido realizada adequação de linguagem verbal e não-verbal para que a informação fosse melhor compreendida pelos leitores. RESULTADOS: No período entre 14/07/2020 a 30/09/2021, foram realizadas 24 postagens que abordaram diretamente essas doenças, obtendo médias de 39 curtidas e 547 contas alcançadas. A postagem com as maiores métricas abordou o tema "Doença de Lyme", com um total de 71 curtidas e 1034 contas alcançadas. Por sua vez, a publicação com os menores índices abrangeu o tema "Malária", com 11 curtidas e 287 contas alcançadas. CONCLUSÃO: A educação em saúde dialógica em rede social aproxima o meio acadêmico do meio civil de maneira instantânea e de fácil utilização, possibilitando que a população tenha maior acesso à informação sobre doenças de grande prevalência em seu contexto social. Por conseguinte, os usuários do sistema de saúde adquirem maior autonomia no seu processo saúde-doença e na transformação de sua realidade.

Palavras-chave: DOENÇAS NEGLIGENCIADAS, PEDIATRIA, EDUCAÇÃO EM SAÚDE.

PE-107 - A IMPORTÂNCIA DA AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL EM PEDIATRIA: UM RELATO DE CASO

SILMARA MIRANDA DE AVELAR (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE), MARINA MACIEL GÉA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE), LUCAS BORBA PAULINO COELHO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BELO HORIZONTE), PALOMA LEALDINI LUIS (UNIFENAS), SOFIA GUERRA MACHADO (UNIFENAS), LUIZA SOARES MOREIRA (UNIFENAS)

A hipertensão arterial é uma condição que afeta não somente os adultos, mas também a população pediátrica, com a prevalência nessa faixa etária aumentado progressivamente. Apesar disso, nem sempre a pressão arterial é aferida nos exames de rotina ou em salas de emergência. A hipertensão pode ser consequente a diversas causas, sendo dividida em primária e secundária. Nas causas secundárias, destacam-se as renais, como a estenose de junção ureteropélvica. Esta condição deve ser identificada o quanto antes, visto que é um fator de risco importante para o desenvolvimento de doença renal crônica. O trabalho em questão relata o caso de criança do sexo feminino, 1 ano e 10 meses, que precisou ser internada devido a um quadro de infecção do trato urinário recorrente com resposta parcial ao uso de antibióticos. Durante o exame físico, foi constatada também hipertensão arterial sistêmica. Diante do quadro, foram realizados ultrassom de vias urinárias, uretrocistografia miccional e cintilografia com DPTA e DMSA, além da urografia excretora para investigação do caso. Foi feito o diagnóstico de estenose de JUP com hidronefrose à esquerda e o planejamento terapêutico foi iniciado. Na metodologia foi feita uma revisão de literatura com base em artigos dos últimos cinco anos publicados na base de dados PubMed, assim como documentos científicos de sociedades médicas relacionadas ao assunto. Discussão/conclusão: a aferição da pressão arterial se mostra um importante ato na consulta médica. É tanto um meio para diagnóstico de hipertensão primária, permitindo seu tratamento precoce prevenindo uma evolução pior, como também um alerta para diagnósticos secundários que se manifestam como o aumento da pressão arterial, como foi descrito no caso relatado.

Palavras-chave: HIPERTENSÃO, PEDIATRIA, JUNÇÃO URETEROPÉLVICA

Agradecimentos: A DRA SILMARA MIRANDA DE AVELAR PELO INCENTIVO.

PE-108 - MANEJO DO TRATAMENTO NA DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE PARCIAL

LIVIA FERREIRA (FACULDADE DE MEDICINA- UFMG), LUCIANA VINHAL DOS SANTOS FERREIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS -UFMG), RODRIGO REZENDE ARANTES (NUPAD-HOSPITAL DAS CLÍNICAS -UFMG), ANA LÚCIA PIMENTA STARLING (NUPAD -HOSPITAL DAS CLÍNICAS - UFMG), JOSE NELIO JANUARIO (NUPAD-FACULDADE DE MEDICINA -UFMG), ELAINE ALVARENGA DE ALMEIDA CARVALHO (NUPAD-FACULDADE DE MEDICINA - HOSPITAL DAS CLÍNICAS -UFMG)

Introdução:A deficiência de Biotinidase (DB) é um erro inato do metabolismo, herança autossômica recessiva, incidência combinada em Minas Gerais de 1:22861 nascidos vivos, podendo manifestar alterações neurológicas, cutâneas, auditivas e oculares quando não tratada precocemente. Descrição dos casos:Três pacientes com DB parcial apresentaram duas dosagens da atividade de Biotinidase, semi-quantitativas, na triagem neonatal. Em seguida, apresentaram ao menos duas dosagens quantitativas repetidas, com resultados entre 0,8 e 2,1 nmol/min/mL, corroborando para o diagnóstico de deficiência de Biotinidase Parcial (DBPa). Até os primeiros 50 dias de vida, os pacientes iniciaram o tratamento biotina livre na dose 10 mg/ dia, diariamente, por via oral em cápsulas destraváveis,diluindo o pó em água ou leite materno. Aos 8 meses, 1 ano e 9 meses e 1 ano e 8 meses de idade, as crianças apresentaram sintomas como Infecção de vias aéreas superiores frequentes, dermatite e dislalia, respectivamente. Diante disso, a dose foi aumentada para 20mg de biotina livre por dia e evoluíram com boa resposta, melhora dos sintomas. Discussão: A Biotinidase é uma enzima responsável pela absorção e reciclagem da biotina. O defeito na utilização dessa vitamina causa alterações na atividade das carboxilases e assim um distúrbio na via metabólica de aminoácidos, carboidratos e lipídios. A doença é classificada em deficiência total (atividade enzimática inferior a 30% da média da atividade normal) e parcial (atividade entre 10 a 30% da média). Crianças com DB podem manifestar alopécia, rash cutâneo, atraso do desenvolvimento neuropsicomotor, e mais frequentes na DB profunda a perda auditiva e atrofia óptica. Conclusão: Caso a DBPa não seja tratada, os sintomas podem aparecer entre dois e cinco meses de idade, ou ocorrer mais tardiamente na infância e adolescência ou mesmo nunca se manifestarem. Diante disso, torna-se evidente a importância do tratamento precoce e seguimento longitudinal dessas crianças, com ajustes necessários das doses de biotina.

Palavras-chave: DEFICIÊNCIA, BIOTINIDASE, TRATAMENTO, SAÚDE DA CRIANÇA

Agradecimentos: NUPAD

PE-109 - SÍNDROME DE PRADER-WILLI: RELEVÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO EM AMBULATÓRIO DE NUTROLOGIA PEDIÁTRICA

LETÍCIA MARIA PEREIRA DE MIRANDA (FACULDADE DE MEDICINA- UFMG), ANNA CAROLINA DIAS MUNAIER LAGES (FACULDADE DE MEDICINA-HOSPITAL DAS CLÍNICAS -UFMG), VIVIANE KANUFRE (HOSPITAL DAS CLÍNICAS -UFMG), PRISCILA MENEZES FERRI LIU (FACULDADE DE MEDICINA-HOSPITAL DAS CLÍNICAS -UFMG), ELAINE ALVARENGA DE ALMEIDA CARVALHO (FACULDADE DE MEDICINA HOSPITAL DAS CLÍNICAS-UFMG)

Introdução: A síndrome de Prader-Willi (SPW) é uma raropatia genética de curso crônico causada por ausência completa ou parcial do cromossomo 15 de origem paterna. Manifesta-se clinicamente, ao nascer, APGAR baixo e hipotonia, e, posteriormente, hipogonadismo, hiperfagia, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e alterações comportamentais. Descrição: Paciente, sexo feminino, 10 anos, acompanhada pela mãe, em Ambulatório de Nutrologia Pediátrica apresenta diagnóstico prévio de alterações comportamentais, déficit intelectual, sobrepeso e episódios de compulsão alimentar, refratária ao tratamento psiquiátrico previamente proposto. Na anamnese, relato de onze horas de sono diárias e prática de natação três vezes por semana. No recordatório alimentar, observou-se consumo de carboidratos, de lipídios e de proteínas compatíveis com as necessidades diárias, exceto pela baixa ingesta de frutas.Ao exame físico: ausência de acantose nigricans, Peso 42,5kg (escore Z +0,71), Estatura 142cm (escore Z -0,51), IMC 21,1 (escore Z +1,22) e Circunferência Abdominal(CA) 83cm. Colesterol Total 170mg/dL, HDL 41mg/dL, LDL 114mg/dL, Triglicérides 73 mg/dL, Glicemia jejum 74mg/dL, Hemoglobina Glicada 5,2%, TSH 2,6UI/mL, Pressão Arterial 90x60mmHg. Discussão:Uma disfunção hipotalâmica causa a hiperfagia e a compulsão alimentar, que, se não controladas, cursam com obesidade, dislipidemia e hiperglicemia. Constata-se que a paciente apresenta sobrepeso, hipercolesterolemia e Circunferência Abdominal P>50, porém não se classifica com Síndrome Metabólica. A partir da integração da família com a equipe multidisciplinar e a assistência longitudinal foi possível orientar acerca de bons hábitos de vida - como a prática de atividades físicas. Além disso, manter o consumo dos nutrientes adequadamente, controle razoável do peso e dos parâmetros metabólicos, uma vez que a obesidade e suas complicações são as principais causas de morbimortalidade nessa síndrome. Conclusão: A assistência oferecida, à paciente com SPW, pela equipe do Ambulatório de Nutrologia Pediátrica, mostrou a importância da promoção da saúde e da prevenção de comorbidades muito frequentes nessa patologia.

Palavras-chave: SÍNDROME DE PRADER WILLI,OBESIDADE,DISLIPIDEMIA

PE-110 - SÉRIE DE CASOS DE GASTROSQUISE EM HOSPITAL DE REFERÊNCIA E MALFORMAÇÕES FETAIS

BRUNO DAMIAO (HOSPITAL JULIA JUBTISCHEK FHEMIG), PRISCILA BARBOSA (FHEMIG), PATRICIA LIMA (FHEMIG), JULIA THOMAZ (FHEMIG), VICTOR TASCA (FHEMIG), CINTIA NEVES (HOSPITAL JULIA JUBTISCHEK), LETICIA SOUZA (HOSPITAL JULIA JUBTISCHEK)

introdução: A gastrosquise é uma má formação fetal em que há um defeito no fechamento da parede abdominal, normalmente não associado a outras má formações que ocorre em apenas em 10 a 15%dos casos, e que exige extrema atenção do pré natalista devido maior possibilidade de CIUR, prematuridade e perda fetal. Sua frequência estimada no Brasil varia de 0,6 a 1,8 casos por 10.000 nascimentos na região Sudeste. Objetivos:Esse estudo se dispõe a descrever a morbimortalidade de um serviço de referência, com a casuística de 18 casos em 4 anos, mostrando a necessidade de protocolos adequados para controle das morbidades geradas pela condição de base logo após o nascimento e no pós-operatório. Metodologia: Foram feitas revisões nos prontuários de todos os pacientes nascidos no período compreendido entre fevereiro de 2017 e fevereiro de 2021, avaliando os dados de: idade gestacional, via de parto, mortalidade, tempo de internação em UTI neonatal, tempo total para fechamento completo da parede abdominal, tempo em ventilação mecânica, presença de insuficiência renal e uso de procinéticos. Resultados: Os resultados obtidos mostraram uma mortalidade de 10%, que apresenta correlação com a literatura, e os dados de morbidade variam muito de acordo com as ocorrências de intercorrências pré e pós operatórias. Excluindo os casos que foram transferidos por motivos diversos, a média de internação foi de 34 dias e tempo em ventilação mecânica de 14 dias. Todos os pacientes nasceram de parto cesárea, com IG média de 36 semanas, e em 100% dos casos houve necessidade de drogas vasoativas no pós-operatório. A maioria teve IRA com resolução gradual, sem necessidade de diálise. Conclusões: A gastrosquise é uma patologia de correção e pós operatórios complexos, e um serviço bem estruturado com uma rotina de cuidados adequada diminuiu sua morbidade

.**Palavras-chave:** GASTROSQUISE

PE-111 - SÍNDROME HEPATORRENAL EM PACIENTE DE RUBÉOLA CONGÊNITA

BRUNO DAMIAO (HOSPITAL JULIA JUBTISCHEK FHEMIG), CINTIA FARINAZZO NEVES (HOSPITAL JULIA JUBTISCHEK FHEMIG), LETICIA COELHO SOUZA (HOSPITAL JULIA JUBTISCHEK FHEMIG), VICTOR TASCA (FHEMIG), PRISCILA BARBOSA (FHEMIG), JULIA THOMAZ (FHEMIG)

Introdução: A síndrome Hepatorrenal é caracterizada por Insuficiência Renal Aguda (IRA) em pacientes em vigência de falência hepática fulminante ou cirrose. Em geral, esta síndrome se dá por fatores precipitantes como peritonite bacteriana aguda ou hemorragia digestiva. A rubéola congênita é uma patologia que teve sua incidência muito reduzida após a introdução da vacinação universal, mas que ainda ocorre no caso de pacientes sem história vacinal conhecida. Descrição do caso: RN de JM II gemelar, nascido pré-termo, 34 semanas, gemelar, sem pré-natal realizado devido mãe ser moradora de rua, sem história vacinal conhecida, e exames maternos da admissão indicando VDRL 1:64. Mãe tinha tosse a admissão, paciente foi colocado em isolamento respiratório devido possibilidade de COVID. evoluiu com choque cardiogênico grave, plaquetopenia e suspeita de CIVD, com hemorragia digestiva, pulmonar e intraventricular grau II, com necessidade de múltiplas transfusões. Neste mesmo período houve alteração de enzimas hepáticas e injúria renal aguda grave. Tais sinais persistiram apesar da resolução do choque, indicando a possibilidade de síndrome hepatorrenal. Realizada extensa propedêutica após o nascimento, inclusive para TORCHS, com IgM positivo para rubéola, e alteração no ecocardiograma mostrando persistência de canal arterial, fechando diagnóstico para rubéola congênita. Evoluiu com melhora progressiva de escórias renais e da função hepática, submetido a cirurgia de derivação ventrículo peritoneal devido à hidrocefalia, teve alta em boas condições clínicas. Discussão: Este estudo descreve o caso de um bebê que apresentava falência de múltiplos órgãos, inicialmente com suspeita de COVID pela epidemiologia, e com diagnóstico de rubéola congênita realizado ao se expandir propedêutica. O tratamento da criança foi suportivo, sendo que a hipótese de síndrome hepatorrenal foi levantada apesar de não ser um quadro de doença hepática crônica, e a criança teve melhora após infusão de albumina e de noradrenalina.

Palavras-chave: RUBÉOLA CONGÊNITA, SÍNDROME HEPATORRENAL

PE-112 - ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA NA INTERNAÇÃO DE CRIANÇAS ENTRE 1 A 4 ANOS COM FARINGITE E AMIGDALITE AGUDA NO BRASIL DE 2019 A 2021

DOUGLAS ALVES DA COSTA CANELLA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS), CAIO AUGUSTO DE LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), MONNYKA CASTRO LIMA (UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS), TATIANY CALEGARI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), GUSTAVO DE SOUZA HENRIQUES (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA)

Introdução: A dor de garganta, principal sintoma da faringite e da amigdalite. A faringites agudas: caracteriza-se por febre, rinorreia, obstrução nasal e roncos. Enquanto que a amigdalite aguda apresenta febre, disfagia, adenomegalia cervical com hiperemia de amígdalas. A COVID-19 pode ter mudado a epidemiologia do atendimento ao considerar que ambas as doenças necessitam de contato. Objetivo: Avaliar o perfil epidemiológico da faringite aguda e amigdalite aguda após o início da pandemia. Método: Estudo epidemiológico transversal descritivo baseado no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil – DATASUS. A amostra de 7272 notificações de crianças entre 1 a 4 anos do Brasil entre janeiro de 2019 e junho de 2021. Discussão: Distribuição de internações: 1º trimestre 2019 - 1040 internações, 2º trimestre 2019 - 1201 internações, 3º trimestre 2019 - 1088 internações, 4º trimestre 2019 - 1282 internações, 1º trimestre 2020 - 959 internações, 2º trimestre 2020 - 340 internações, 3º trimestre 2020 - 309 internações, 4º trimestre 2020 - 376 internações, 1º trimestre 2021 - 337 internações e 2º trimestre 2021 - 340 internações. Entre 2º trimestre de 2019 e 2º trimestre de 2020 - queda 71.7% (861) de internações, seguida de queda de 71.6% (779) na comparação do 3º trimestre de 2019 e 2020, 70.7 % (906) na comparação do 4º trimestre de 2019 e 2020. Quanto a 2021 em comparação com 2019, temos uma redução de 67.6% (703) no 1º trimestre e 71.7% (861) no segundo trimestre. Nota-se queda a partir do 2º semestre com a adoção de medidas sanitárias para contenção da pandemia do COVID-19. Conclusão: A pandemia do COVID-19 possivelmente teve impacto positivo na epidemiologia gerando redução do número de internações de ambas as doenças à medida que foram instauradas medidas sanitárias, em especial o uso de máscaras e a intensificação da higiene pessoal.

Palavras-chave: FARINGITE, AMIGDALITE, COVID-19, INTERNAÇÃO, EPIDEMIOLOGIA

PE-113 - AVALIAÇÃO DO CONHECIMENTO DE ESTUDANTES DA SAÚDE SOBRE O ALEITAMENTO MATERNO

AMANDA SANTOS DE SOUZA (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), EMMYLI NUNES DE FREITAS (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), BÁRBARA DE SOUZA SALGADO ROCHA (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), FERNANDA NUNES QUEIROZ (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), IZABELLA GOMES MARCHEZI (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), JÚLIA DE ALBUQUERQUE MUNALDI (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), JULIANA ROCHA SANTOS (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), RENATA BRAGA TINOCO (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), CRISTINA ABREU DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV))

Introdução: Amamentar é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional, emocional e cognitivo do neonato. Nesse contexto, torna-se fundamental a avaliação do conhecimento desse assunto a alunos da área da saúde. Objetivo: Avaliar o conhecimento de estudantes da saúde acerca do aleitamento materno. Metodologia: Estudo quantitativo realizado com uma amostra de 30 estudantes de fisioterapia, fonoaudiologia, enfermagem e nutrição, em agosto de 2020. Foi aplicado aos participantes um questionário com questões de 5 áreas que englobam o conhecimento do aleitamento materno: vantagens do aleitamento materno para o bebê, conhecimento da anatomia da mama e fisiologia da lactação, técnica de amamentação, contraindicações para amamentação e oferta de leite materno. Resultados: Dos 30 acadêmicos avaliados, todos informaram possuir embasamento sobre o assunto por meios acadêmicos e por meio de familiares. Ao avaliar as respostas do questionário percebeu-se que a maior taxa de acertos estava contida nas áreas das vantagens do aleitamento materno para o bebê, conhecimento da anatomia da mama e fisiologia da lactação e sinais de pega correta, todos com 100% de acerto. A área de menor conhecimento entre os acadêmicos foi a de contraindicações para amamentação, com 62,66% de taxa de acerto. Conclusão: Observou-se que os alunos de diversos cursos de saúde possuem conhecimento geral sobre aleitamento materno no que se diz respeito as suas vantagens e anatomia e fisiologia da lactação. Entretanto, uma quantidade considerável de estudantes possui conhecimento mediano a respeito das contraindicações de amamentação. O que demonstra que é de suma importância a abordagem desse assunto de forma teórica e prática durante a graduação.

Palavras-chave: ALEITAMENTO MATERNO, AVALIAÇÃO EDUCACIONAL, PEDIATRIA

PE-114 - TORÇÃO DE OVÁRIO, UMA CONDIÇÃO INCOMUM NA PEDIATRIA: RELATO DE CASO

THAYLINE ZANELATO TAYLOR (UNIFACIG), AMANDA SAMORA GOBBI (UNIFACIG), LUÍSA BARROS NACIF CHEQUER (UNIFACIG), ISABELA PEREIRA SOBRINHO (UNIFACIG), GIULLIA BRAGA LINHARES (UNIFACIG), JÚLIA SARAIVA ROCHA (UNIFACIG), HORTENCIA CARRAFA ESTEVES (UNIFACIG), PEDRO HENRIQUE ARAÚJO DA SILVEIRA (UNIFACIG), THAYNÁ TONETO COUTO (UNIFACIG), GLADMA REJANE ARAÚJO DA SILVEIRA (UNIFACIG)

INTRODUÇÃO: Torção ovariana é a rotação parcial ou total do pedículo vascular ovariano que pode gerar estase da circulação sanguínea. Trata-se de um quadro um tanto raro em pacientes pediátricos e a maior parte dos casos é acompanhado de um cisto ovariano ou massa. DISCUSSÃO: A torção ovariana apresenta-se com sintomatologia inespecífica, dificultando sua identificação. O diagnóstico tardio pode levar à necrose, provocando perda da tuba uterina e/ou do ovário, com evolução para a infertilidade. Seu não tratamento pode ser procedido de infecção local, peritonite, sepse e levar ao óbito. Assim, é necessário suspeitar das pacientes com dor abdominal aguda associada a náuseas, vômitos e presença de massa anexial, principalmente à direita, atentando-se aos fatores de risco. A Ultrassonografia representa o método de escolha para a realização do diagnóstico de imagem. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente L.P.C.G, sexo feminino, 13 anos, procurou atendimento médico devido a vômitos e dor em fossa ilíaca direita há 5 dias. Não houve melhoras dos sintomas com o uso do Buscopam prescrito no primeiro atendimento. Ao exame físico abdominal a paciente relatou fortes dores com sinal de Blumberg positivo. O hemograma solicitado demonstrou leucocitose, EAS com piúria e raio-X de tórax e abdômen sem anormalidades evidentes. Foi encaminhada ao departamento de cirurgia pediátrica com suspeita de abdome agudo inflamatório (Apendicite). Durante o ato cirúrgico, percebeu-se que se tratava de uma torção de ovário direito com necrose, condição incomum na pediatria. CONCLUSÃO: Apesar de rara, a torção ovariana pode ocorrer em pacientes pediátricos e necessita ser identificada precocemente, embora não tenha sintomatologia específica, para evitar complicações e prognóstico ruim. Por isso, na suspeita de um quadro de abdome agudo, faz-se necessário exames para a confirmação e tratamento antecipado.

Palavras-chave: TORÇÃO ANEXIAL, ANORMALIDADE TORCIONAL, DOENÇA DOS ANEXOS.

PE-115 - APLICABILIDADE DA VACINA BIONTECK-PFIZER NA IMUNIZAÇÃO CONTRA A COVID-19 EM ADOLESCENTES: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA

ANA FLÁVIA LOPES FORTUNA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS), WALDIR TEIXEIRA DA MATTA FLORA NETO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS), LUANA BOTELHO REIS MACHADO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS), MARIA LUIZA VARJÃO RODRIGUES SUEIRO LÓPEZ (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS), LETÍCIA GOMES MONTEIRO MESQUITA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS), PAULA CRISTINA COELHO MARTELETO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS), ANNA CAROLLYNE SANTOS PINTO (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS), MARIA ALICE MOURA SOARES (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS), LUIS FELIPE ROCHA MENDES (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS), ANA JÚLIA SOARES OLIVEIRA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS), NELMA MARIA NEVES ANTUNES (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS)

Introdução: a vacinação é uma medida preventiva de grande valia para diminuir a incidência de COVID-19. Os adolescentes infectados com o vírus SARS-CoV-2 não apresentam grande risco de desenvolvimento das formas graves da doença, prevalecendo as formas leves ou assintomáticas, contudo em alguns casos evoluem com Síndrome Inflamatória Multissistêmica. Objetivo: relacionar as principais evidências associadas à vacinação da COVID-19 em adolescentes. Metodologia: procedeu-se à busca de artigos indexados na base de dados Pubmed e no periódico The Lancet, no dia 29 setembro de 2021, utilizando os descritores "Vaccination", "COVID-19", "Adolescent" e "Child". Foram encontrados ao total 582 artigos, sendo 455, na Pubmed e 127, no The Lancet. Na Pubmed, os filtros utilizados foram: "Full text", "Five Years", "Clinical Triall", "Meta-analysis", "Review", "Randomized Controlled Trial", "Systematic Review" resultando, no final, 71 artigos, dos quais foram selecionados sete, após a leitura dos resumos por uma equipe previamente calibrada. No The Lancet, o filtro foi "Research article" encontrando-se 47 artigos, dos quais dois foram selecionados, após a leitura dos resumos pela mesma equipe. Resultados e discussão: os artigos revisados demonstram que, no que diz respeito à vacina testada em adolescentes, um regime de duas doses de 30 956,g de BNT162b2 administrado com 21 dias de intervalo para pacientes de 12 a 15 anos de idade foi seguro e imunogênico e resultou em uma eficácia da vacina observada de 100% a partir de sete dias após a segunda dose. Além disso, a vacina Pfizer-BioNTech recebeu a aprovação do Food and Drug Administration para pessoas com idades de 8805,16 anos. Conclusão: a vacinação de adolescentes irá prevenir a incidência de quadros graves, contribuindo positivamente na redução da transmissão do SARS-CoV-2, das medidas de distanciamento social, permitindo a socialização dos adolescentes com a comunidade.

Palavras-chave: VACINAÇÃO, ADOLESCENTE, COVID-19,
Agradecimentos: AGRADECIMENTOS À UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS

PE-116 - NEUROSSÍFILIS CONGÊNITA: UM RELATO DE CASO

HANNA BÜGE BRAUN COELHO (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), EMMYLI NUNES DE FREITAS (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), BRUNELLA GOBBI BELLOTTI (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), MARTHA TIRONI BACHOUR (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), NATHALIA RODRIGUES MIRANDA (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV)), CRISTINA ABREU DE ARAÚJO (UNIVERSIDADE VILA VELHA (UVV))

Introdução: A sífilis congênita é decorrente da disseminação hematogênica do Treponema pallidum por via transplacentária durante a gestação, sendo sexualmente transmitida. É importante a realização do pré-natal para diagnóstico e tratamento da mãe a fim de evitar a forma congênita da doença. Descrição do caso: Recém-nascido (RN) a termo, hipotônico, cianótico com APGAR 7/8 e líquido meconial, teve clampeamento imediato de cordão com reanimação na sala de parto devido a desconforto respiratório. Ao exame físico apresentou fácie sindrômica, nariz em sela e dispneia. Mãe com histórico de Sífilis na gestação, diagnosticada no 1º trimestre, sendo comprovado o tratamento da gestante e do parceiro por 3 semanas com penicilina cristalina, porém sem atingir o critério de cura, com titulações 8539,, ¼,8539, em cada trimestre. Também apresentou teste rápido para sífilis positivo e VDRL de 8539, no momento da internação hospitalar para o parto. No primeiro dia de vida do RN, foi constatado VDRL de ¼ na criança, 16180 leucócitos, 279.00 plaquetas. Foram realizados radiografia de ossos longos e exame de fundo de olho, ambos sem alterações, e punção liquórica com VDRL reagente na titulação de ½, glicose de 47 mg/dL e proteína de 40,3 mg/dL. O exame foi repetido e confirmado, comprovando o diagnóstico de neurossifilis congênita. Realizou-se o tratamento durante 10 dias com penicilina cristalina e posterior alta, com encaminhamento para seguimento ambulatorial da titulação. Discussão: Segundo o protocolo clínico de tratamento de IST do Ministério da Saúde, em casos de tratamento inadequado da mãe, há a necessidade de investigação do hemograma, radiografia de ossos longos e punção lombar para investigar o nível de acometimento da doença no neonato. Conclusão: Portanto, é importante seguir protocolos médicos atualizados para melhor tratamento e recuperação do paciente. Além disso, é necessário realizar um bom pré natal para a prevenção dessa doença.

Palavras-chave: NEUROSSIFILIS, SÍFILIS CONGÊNITA, NEONATOLOGIA

PE-117 - ETIOPATOGENIA E A AVALIAÇÃO CLÍNICA GERAL DAS DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS NA PEDIATRIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

LEONARDO CALGARO (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), ALANA MARQUES BLUME (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), RENATA SILVEIRA MARQUES (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MARIA EDUARDA VELHO TIETBÖHL (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MANOELLY PONTES BEZERRA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), VICTÓRIA FOREST HOPPEN (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), LUIZA BETIM MOLINA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), GIULIA BRANCHER BASSANI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL)

Introdução: As doenças inflamatórias intestinais (DII) são representadas pela retocolite ulcerativa (RCU), doença de Crohn (DC) e colites indeterminadas, que comprometem de modo diverso o trato gastrointestinal. As DII apresentam etiopatogenia pouco esclarecida. A teoria mais aceita atualmente é a de que um conjunto de fatores determina o desenvolvimento dessas condições. Objetivo: Avaliar o quadro clínico e a etiopatogenia das DII na população pediátrica. Metodologia: Revisão de literatura a partir da seleção de artigos nas bases de dados online PubMed, Google acadêmico e SciELO, selecionando, pelo título e leitura do resumo, dois artigos eletrônicos. Resultados: Existem vários fatores predisponentes genéticos, relacionados ao sistema imunológico, do intestino e da microbiota intestinal ou ligado a fatores ambientais. Dados recentes ilustraram a importância de vários genes importantes no início da DII na infância. As crianças que desenvolvem a doença antes dos 10 anos apresentam fenótipo um pouco diferente do encontrado em adolescentes e adultos. As alterações crônicas da doença são de gravidade e duração variáveis, apresentando-se, primordialmente, pela inflamação crônica. Na DC há inflamação transmural, afetando qualquer segmento do trato gastrointestinal, enquanto a RCU fica restrita à mucosa e submucosa, podendo acometer o colón e o reto. Uma característica importante de pacientes pediátricos com diagnóstico muito precoce é a mudança de diagnóstico frequente ao longo da evolução, chegando a 40% deles com modificações ao longo do percurso da doença. Conclusão: Em suma, as doenças inflamatórias intestinais, como a DC e RCU são complexas e caracterizadas por manifestações crônicas e heterogêneas, principalmente em crianças antes dos 10 anos de idade. Manifestam-se sem etiologia definida, mas de forma multifatorial. Os subtipos das DII diferem entre as faixas etárias pediátricas por apresentarem diversas alterações, gravidades e durações. As doenças inflamatórias intestinais tornam-se, assim, de difícil diagnóstico clínico, especialmente nos primeiros anos de vida.

Palavras-chave: DOENÇAS INFLAMATÓRIAS INTESTINAIS, CRIANÇAS

PE-118 - MANEJO DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL FUNCIONAL EM CRIANÇAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

LEONARDO CALGARO (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), ALANA MARQUES BLUME (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), RENATA SILVEIRA MARQUES (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MARIA EDUARDA VELHO TIETBÖHL (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MANOELLY PONTES BEZERRA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), VICTÓRIA FOREST HOPPEN (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), LUIZA BETIM MOLINA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), GIULIA BRANCHER BASSANI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL)

Introdução: A constipação é uma manifestação comum em crianças, sendo 90% dos casos de distúrbios gastrintestinais funcionais. A criança pode apresentar defecação dolorosa e/ou infrequente, incontinência fecal e dor abdominal. Atualmente, adota-se os critérios de Roma para padronização do diagnóstico. Geralmente o início do tratamento é atrasado e usa-se medidas pouco produtivas, pois a maioria dos generalistas focam na desimpactação, enquanto a manutenção e orientações de mudanças na dieta ficam em segundo plano, corroborando com a reimpactação fecal e alastramento do quadro. Objetivo: Analisar e sintetizar o conhecimento científico sobre o manejo de constipação intestinal funcional em crianças. Metodologia: Revisão de literatura com busca de publicações indexadas na plataforma Scientific Electronic Library Online entre 2019 e 2021. Foram selecionados, pelo título e leitura do resumo, três artigos eletrônicos. Resultados: As recomendações são aumentar o volume de água e fibras para um nível normal, considerado adequado para a idade. O tratamento para a desimpactação é o uso de Polietilenoglicol (PEG) 1-1,5 g/kg/dia por 3-6 dias, caso não haja disponibilidade, pode-se utilizar enemas diários por 3-6 dias. A manutenção do tratamento envolve a utilização de laxantes por pelo menos 2 meses, sendo as melhores opções o uso de Óleo mineral 1-3 ml/kg/dia a noite (máximo 90ml/dia), Hidróxido de Magnésio 1-3 ml/kg/dia 12/12horas (máximo 45 ml/dia), Lactulose 1-3 ml/kg/dia 12/12horas, PEG 3.350 0,2-0,8 ml/kg/dia, PEG 4000 manipulação 0,32-0,76 g/kg/dia ou Enema fosfatado 2,5 mL/kg (até 133 mL). A descontinuação deve ser gradual e os sintomas devem estar resolvidos pelo menos 1 mês antes. Não existem evidências que permitam a recomendação de probióticos. O acompanhamento nutricional é essencial e recomendado para melhora da dieta. Conclusão: Apesar dos resultados positivos dos tratamentos indicados pelas pesquisas recentes, é fundamental que estudos nesta área sejam incentivados, visando melhorar as condições de saúde das crianças.

Palavras-chave: CONSTIPAÇÃO INTESTINAL, DIETA, CRIANÇA.

PE-119 - AUMENTO DAS INTERNAÇÕES POR DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS CONGÊNITAS EM MENORES DE 1 ANO NO RIO GRANDE DO SUL

LEONARDO CALGARO (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), ALANA MARQUES BLUME (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), RENATA SILVEIRA MARQUES (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MARIA EDUARDA VELHO TIETBÖHL (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MANOELLY PONTES BEZERRA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), VICTÓRIA FOREST HOPPEN (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), LUIZA BETIM MOLINA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), GIULIA BRANCHER BASSANI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL)

Introdução: As doenças infecciosas e parasitárias congênitas atingem principalmente populações urbanas de baixa renda com falta de saneamento básico e água segura para beber. Levando-se em conta o crescente processo de urbanização que contribui para a proliferação de doenças infecciosas e parasitárias, devemos atentar para as formas preventivas de combate, que são amplamente evitáveis e conhecidas. Objetivo: analisar o aumento das internações por doenças infecciosas e parasitárias congênitas em menores de 1 ano no Rio Grande do Sul de Janeiro de 2017 a dezembro de 2020. Metodologia: trata-se de um estudo transversal, com análise de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS, disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram coletados dados sobre as internações por doenças infecciosas e parasitárias congênitas em menores de 1 ano, de janeiro de 2017 a dezembro de 2020. Resultados: tivemos um aumento de 23,2% no número de internações por doenças infecciosas e parasitárias congênitas em menores de 1 ano no estado no período analisado, sendo Porto Alegre responsável por 54,8% das internações nesse período. Apesar de Porto Alegre apresentar decréscimo do número de internações a partir de 2018 até 2020 de 56,2% para 51,7%, as outras regiões somadas apresentaram um aumento de 43,8% para 48,3% nesse mesmo período, que refletiu em aumento do número total de internações. Conclusão: Houve um aumento do número de internações por doenças infecciosas e parasitárias congênitas em menores de 1 ano no Rio Grande do Sul, apesar da diminuição do número de internações em Porto Alegre. Estes dados revelam a necessidade de intensificação das ações preventivas de saúde coletiva básica e informações a gestantes sobre os modos de transmissão e controle dos agentes envolvidos nas doenças infecciosas e parasitárias, além de propor uma melhor abordagem no tratamento desses fatores quando identificados no pré-natal.

Palavras-chave: DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, INFECTOLOGIA, SAÚDE DA CRIANÇA.

PE-120 - ALTA PREVALÊNCIA DE SÍFILIS CONGÊNITA NO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL EM COMPARAÇÃO COM O ESTADO DE MINAS GERAIS CONSIDERANDO-SE A POPULAÇÃO EM NÚMERO ABSOLUTO .

LEONARDO CALGARO (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), ALANA MARQUES BLUME (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), RENATA SILVEIRA MARQUES (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MARIA EDUARDA VELHO TIETBÖHL (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MANOELLY PONTES BEZERRA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), VICTÓRIA FOREST HOPPEN (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), LUIZA BETIM MOLINA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), GIULIA BRANCHER BASSANI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL)

Introdução: A sífilis congênita é a infecção pelo Treponema pallium transmitida via placentária ao feto em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente. Levando-se em conta a taxa de infecção vertical em mulheres não tratadas podendo chegar a 100%, devemos atentar para as formas de promoção em saúde nas doenças sexualmente transmissíveis, que podem ser evitadas. Objetivo: analisar o número de casos de internação por sífilis congênita em menores de 1 ano no Rio Grande do Sul de janeiro de 2018 a dezembro de 2020 em comparação com o estado de Minas Gerais no mesmo período. Metodologia: Trata-se de um estudo transversal, com análise de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS). Foram coletados dados sobre as internações por sífilis congênita em menores de 1 ano, de janeiro de 2018 a dezembro de 2020. Resultados: Houve um número de internações por sífilis congênita em menores de 1 ano no Rio Grande do Sul 9,7% maior no período analisado em comparação com Minas Gerais no mesmo período. Apesar de Minas Gerais possuir uma população 45,9% maior que o estado do sul, os casos se apresentam em número decrescente, contrastando com a estabilidade nos casos gaúchos. Conclusão: Ocorreu um maior número de internações por sífilis congênita em menores de 1 ano no Rio Grande do Sul, apesar de possuir uma menor população. A sífilis congênita apresenta-se como um problema de saúde pública no Rio Grande do Sul, o que atenta para a necessidade de ações preventivas de saúde intensificadas visando diagnóstico precoce no pré-natal e tratamento adequado de gestantes.

Palavras-chave: DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS, INFECTOLOGIA, SAÚDE DA CRIANÇA.

PE-121 - ETIOLOGIA DE ÚLCERAS PÉPTICAS GASTRODUODENAIS EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES E SUA DIFICULDADE DIAGNÓSTICA: UMA REVISÃO DE LITERATURA.

LEONARDO CALGARO (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), ALANA MARQUES BLUME (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), RENATA SILVEIRA MARQUES (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MARIA EDUARDA VELHO TIETBÖHL (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MANOELLY PONTES BEZERRA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), VICTÓRIA FOREST HOPPEN (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), LUIZA BETIM MOLINA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), GIULIA BRANCHER BASSANI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL)

Introdução: A úlcera péptica gastroduodenal (UP) diz respeito a lesão que ocorre na camada de revestimento interno do tubo digestivo superior. A UP pode ser uma causa de dor abdominal em crianças e adolescentes, embora seja um diagnóstico não habitual, sendo o H. Pylori uma das principais etiologias de UP. Objetivo: Fazer uma revisão sobre a etiologia e a dificuldade de diagnóstico em crianças e adolescentes com úlceras pépticas gastroduodenais. Método: A pesquisa foi baseada nos artigos científicos da plataforma Scielo, utilizando como descritor ´´úlcera péptica´´. Foram encontrados 187 artigos, sendo 3 selecionados de acordo com o interesse desta revisão. Resultados: A úlcera péptica gastroduodenal pode ser classificada em primária, relacionada com infecção pelo H. pylori e em secundária, na qual os mecanismos etiopatogênicos dependem da doença de base. A gastrite crônica associada à infecção do H. pylori, está presente na maioria das crianças com úlcera duodenal primária. Um dos sintomas mais relatados foi dor abdominal em epigástrio com ocorrência noturna. Ela é de difícil caracterização e requer um exame físico minucioso para permitir um diagnóstico preciso e afastar os principais diagnósticos diferenciais. Conclusão: A dor abdominal pode apresentar características semelhantes às da úlcera duodenal, sendo de difícil determinação, principalmente em lactentes, já que depende dos dados fornecidos pelos pais que são influenciados pela sua capacidade de observação. O diagnóstico de UP pode ser feito por endoscopia e o da infecção pelo H. pylori faz-se por meio de cultura e teste da urease durante o exame. A úlcera duodenal foi associada à gastrite crônica e infecção por H. pylori na grande maioria das crianças e adolescentes, detectado em 41/43 pacientes (95,3%), sendo tanto o teste rápido da urease quanto o exame histológico positivos em 85,4% (35/41).

Palavras-chave: ÚLCERA PÉPTICA , CRIANÇAS.

PE-122 - SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO NARRATIVA

CATARINA AMORIM BACCARINI PIRES (IMES - UNIVAÇO), NAHIMAN ASSAD FERREIRA SALEH (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA (FAMEMA)), CLARA DA GLÓRIA DINIZ (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE), GIULIA JUNQUEIRA FRANCHI BRAGHETTA (FACULDADE DE MEDICINA DE MARÍLIA (FAMEMA)), FERNANDA KLEIN (UNIVERSIDADE DO OESTE DE SANTA CATARINA), LUIZA GENY FARIAS LIMA (UNIVERSIDADE NILTON LINS), CLARISSE NUNES DE CARVALHO (UNIVERSIDADE NILTON LINS), ANNA LILIAN CANUTO BITTENCOURT (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), VINÍCIUS BARBOSA DOS SANTOS SALES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE), GABRIELLA SILVEIRA HERCULANO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS AMÉRICAS)

Introdução: A pandemia do novo coronavírus (SARS-CoV-2) começou na China em 2019 e se espalhou globalmente. Estudos reportaram casos de febre e processo hiperinflamatório em crianças com COVID-19, descritos como Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Objetivo: Expor, baseado na literatura, a fisiopatologia e apresentação da SIM-P para reiterar sua importância na prática pediátrica. Metodologia: Foi realizada revisão narrativa do tema, buscando em cinco bases de dados: PubMed, Web of Science, EMBASE, SciElo e LILACS. Foram selecionadas 10 publicações de 2020 a 2021 em inglês e português. Resultados: A fisiopatologia da SIM-P é incerta, todavia, estudos associam resposta imunológica retardada, ou má adaptação, mediada por citocinas, à infecção por SARS-CoV-2, ao invés de lesão viral direta, especialmente em crianças hispânicas e negras. A apresentação pediátrica varia, envolvendo os sistemas cardiovascular, intestinal, neurológico, renal, hematológico ou cutâneo-mucoso, principalmente trato gastrointestinal e cardíaco. A febre alta persistente é um dos critérios diagnósticos obrigatórios, pela OMS e o Center of Disease Control. O exame de reação em cadeia da polimerase positivo para COVID-19 não é mandatório: é suficiente apenas histórico de exposição viral. O monitoramento dinâmico de marcadores inflamatórios (neutrofilia, proteína C reativa, D-dímero e ferritina) auxilia na avaliação da progressão da SIM-P, das fases iniciais para estado grave. Exames de imagem ajudam no acompanhamento do paciente, pois visualizam acometimentos cardíacos, torácicos e extratorácicos. Após comprovação, é essencial intervenção rápida, para diminuir a progressão da doença e de choque cardiogênico, onde mais de 50% das crianças precisam de drogas vasoativas, pela instabilidade hemodinâmica. Conclusão: Os artigos apontam uma clara associação entre a SIM-P e infecção pelo SARS-CoV-2, contudo, são necessários mais estudos para esclarecer a fisiopatologia e estabelecer condutas para um manejo adequado.

Palavras-chave: SÍNDROME DA RESPOSTA INFLAMATÓRIA SISTÊMICA. PEDIATRIA.
Agradecimentos: AGRADECEMOS À ASSOCIAÇÃO ACADÊMICA DE PEDIATRIA PELA OPORTUNIDADE.

PE-124 - LESÃO ORBITOCRANIANA PENETRANTE EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

BÁRBARA CAROLINE DIAS FARIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LUIZ GUSTAVO GUIMARÃES SACRAMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), VITOR SANTOS DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JÚLIA CUNHA VASCONCELOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GUILHERME MORETO DE LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), EDUARDA HERINGER BERNIS (FACULDADE DA SAÚDE E ECOLOGIA HUMANA), RODRIGO MOREIRA FALEIRO (HOSPITAL JOÃO XXIII)

INTRODUÇÃO: O traumatismo cranioencefálico (TCE) penetrante é uma condição rara e de elevada morbimortalidade. Na criança, a abordagem dessa lesão é dificultada devido a particularidades anatômicas e fisiológicas. RELATO DE CASO: JPCF, sexo masculino, 2 anos e 9 meses, foi admitido em 18/02/21 após perfuração de crânio em região de globo ocular direito por objeto penetrante, que foi retirado pelo pai imediatamente. O paciente apresentava afasia, hemiplegia direita e agitação psicomotora. Ao exame físico, blefarohematoma em olho direito, ferida cortocontusa em região nasal da pálpebra superior, globo ocular aparentemente íntegro e pupila direita midriática. A tomografia computadorizada de crânio revelou cisternas basais abertas, hemorragia subaracnóidea difusa e hematoma intraparenquimatoso frontotemporal esquerdo, com efeito de massa e desvio de linha média de 3 mm. No Centro de Terapia Intensiva, foram constatados traumatismo do olho e órbita ocular direitos, fratura dos ossos malares e maxilares, traumatismo intracraniano e lesão da artéria cerebral média esquerda. Foi realizada correção de lesão vascular traumática, drenagem de contusão cerebral e craniectomia descompressiva à esquerda. Iniciada profilaxia com cefazolina, gentamicina e metronidazol. Recebeu alta posteriormente, com persistência da afasia e da hemiplegia à direita. DISCUSSÃO: O TCE penetrante na população pediátrica apresenta consequências graves a curto e longo prazos, como infecções, fístula cerebrospinal, disfunção neuroendócrina e epilepsia pós-traumática. Nas crianças, esse trauma ocorre principalmente devido aos seus ossos do crânio serem mais delgados, facilitando a entrada de objetos. O tratamento deve ser estabelecido precocemente com abordagem cirúrgica, antibiótico de amplo espectro e acompanhamento por imagem a longo prazo. Contudo, a ressonância magnética deve ser evitada devido à possibilidade de seu campo magnético movimentar objetos ferromagnéticos retidos. CONCLUSÃO: Este relato fornece detalhes sobre um trauma específico em criança, evidenciando que o tratamento cirúrgico precoce, somado à abordagem multidisciplinar, é essencial para obtenção de desfecho favorável à sobrevida do paciente.

Palavras-chave: TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO, OBJETO PENETRANTE, PEDIATRIA,

PE-125 - HIDROCEFALIA: RELATO DE CASO

LANNA ISA ESTANISLAU DE ALCÂNTARA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG), DANIELA VIEIRA CARDOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG), FERNANDA PINHEIRO QUADROS E SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG), LUÍSA SANDRINI MANSUR DE REZENDE (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG), MARIA LAVINIA CARDOSO DINIZ (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG), RAFAELLA OLIVEIRA PENA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG), TASSIANNY FÉLIX PEREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG), YOLANDA SCHIAVO SCHETTINO DE OLIVEIRA BORGES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG), GLADMA REJANE ARAÚJO DA SILVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIFACIG), THAYNÁ TONETO COUTO (EMESCAN)

A hidrocefalia é uma patologia multifatorial que ocorre predominantemente na infância, presente na forma congênita em 3 a 4 por 1000 nascidos vivos,i resultando do desequilíbrio entre a produção e absorção do líquido céfalo-raquídeo (LCR).Gestação gemelar, em ultrassom com 23 semanas e 4 dias foi verificado feto 1 normal e feto 2 com hidrocefalia. Foi realizado parto cesáreo com idade gestacional de 35 semanas e 4 dias devido à gemelaridade e a hidrocefalia. Ao nascimento recém-nascido (RN) sem alterações e RN 2 apresentando macrocrania, hipotonia, bradicardia, apnéia, cianose central, Apgar 4/7, peso 4375 g, perímetro cefálico 55cm. Foi realizado reanimação neonatal e internação na UTIN, sendo feito derivação ventrículo-peritoneal e observação até resolução do caso. O cérebro é envolvido pelo líquor, que se localiza também no interior de algumas cavidades do cérebro, como dentro dos ventrículos. Quando há um acúmulo - seja através de uma obstrução ou por um desequilíbrio entre a velocidade de produção e a capacidade de absorção do mesmo -, é gerada uma dilatação chamada hidrocefalia. As hidrocefalias podem aparecer na vida intra-uterina, sendo então congênitas, como o caso abordado neste artigo, ou adquiridas ao longo da vida. O tratamento dessa patologia dependerá do tipo de hidrocefalia, existindo três formas: a comunicante, a não comunicante e a hidrocefalia de pressão normal. Nos tipos comunicante e não comunicante o tratamento é feito com a implantação de sistemas valvulares, como foi o caso descrito, para que o líquor seja reabsorvido pelo próprio organismo sem ocasionar danos ao cérebro ou ao equilíbrio hidroeletrolítico do paciente. Dado o exposto, a hidrocefalia é vista principalmente na forma congênita e é causada pela soma de diversos fatores que interferem no equilíbrio entre a produção e absorção do LCR. O tratamento depende da apresentação da hidrocefalia: comunicante, não comunicante ou de pressão normal.

Palavras-chave: HIDROCEFALIA, GEMELAR, LCR

PE-126 - HIPERTENSÃO PULMONAR: UM RELATO DE CASO

MARIA LUIZA COBRA VILELA (UNIVÁS), LUCAS HENRIQUE DE CARVALHO MACHADO (UNIVÁS), ISABELLA STEPHANIE SIMÕES (UNIVÁS), MARIANA MAGNO BARBOSA (UNIVÁS), EUGÊNIO FERNANDES DE MAGALHÃES (UNIVÁS), CARINE CARVALHO VAZ DE LIMA MORAIS (UNIVÁS)

INTRODUÇÃO: A hipertensão pulmonar (HP) é definida como uma síndrome clínica e hemodinâmica na qual ocorre aumento contínuo da pressão vascular devido a fatores de vasoconstrição e remodelamento da parede arteriolar. Está presente quando a pressão sistólica pulmonar e a pressão média excedem 30 e 25 mmHg, em repouso. DESCRIÇÃO DO CASO: J.H.O.S, 11 anos, masculino, portador de síndrome de down. Em uso de sildenafila 40mg/dia e oxigenioterapia por 3-16 horas por dia e calendário vacinal atualizado. Paciente nascido de parto cesáreo, a termo, com necessidade de oxigenioterapia e internação ao nascimento. Mãe apresentou hipertensão gestacional. Vem ao serviço encaminhado devido a CIV importante, CIA pequena e hipertensão pulmonar grave. Há dois anos os sintomas progrediram, apresentando dispnéia aos pequenos esforços, episódios de síncope (último há 3 meses), internações e dificuldade para dormir. Refere único uso de oxigênio 16 h/dia há 8 meses, com melhora dos quadros. Atualmente vem apresentando apenas dispneia aos grandes esforços. Ao exame físico, paciente pouco comunicativo. FC de 96 bpm, SatO2 de 91%, PA: 120 x 90. Corado, hidratado, anictérico e acianótico. Sopro sistólico em foco aórtico. DISCUSSÃO: A hipertensão pulmonar tem risco aumentado de aparecer em indivíduos portadores de Síndrome de Down. Estudos retrospectivos em crianças com SD atestaram uma incidência de 28% de mortes por hipertensão pulmonar. CONCLUSÃO: A hipertensão pulmonar deve ser considerada em pacientes que apresentem dispneia aos esforços e dor torácica anginosa. A investigação e o diagnóstico devem ser realizados precocemente devido à rápida evolução na Síndrome de Down. Alguns exames complementares como eletrocardiograma, ecocardiograma e radiografia torácica ajudam a definir o diagnóstico. O tratamento é realizado de forma não medicamentosa e medicamentosa.

Palavras-chave: HIPERTENSÃO PULMONAR, SÍNDROME DE DOWN

PE-127 - INCENTIVO, APOIO E PROMOÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO: EDUCAÇÃO EM SAÚDE E PLATAFORMAS DIGITAIS NO CONTEXTO DA COVID-19

MARIA CECÍLIA HEYDEN (UFMG), ISADORA GONÇALVES ROQUE (UFMG), ALICE MARTINS SOUZA DOS PASSOS (UFMG), ANA BEATRIZ CORDEIRO PRATES (UFMG), NAYARA STEPHANE FERREIRA DA SILVA (UFMG), JÚLIA CHIHONDO KANJONGO (UFMG), MARIANA DA SILVA (UFMG), ALANA HELEN DOS SANTOS MATOS (UFMG), GEICY BIANCA MARTINS RODRIGUES (UFMG), ELAINE ALVARENGA DE ALMEIDA CARVALHO (UFMG), MARIA ALBERTINA SANTIAGO REGO (UFMG)

INTRODUÇÃO: A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC-UNICEF), visa proteção, promoção e apoio ao aleitamento materno. Para monitoramento do desempenho do hospital, de acordo com o Ministério da Saúde - Brasil, são realizadas entrevistas às gestantes, puérperas e profissionais da assistência perinatal. Em um hospital universitário com título de HAC, a participação dos graduandos de medicina inclui orientações às mães e famílias com foco nos "10 passos para o sucesso do aleitamento materno", com ações para início precoce da amamentação, informações sobre o valor nutritivo do leite materno e prevenção do desmame precoce, para assegurar o princípio da autonomia materna para tomada de decisão assegurando direitos da criança. Devido à pandemia pela COVID-19, foi necessário adaptação das ações em educação para ambiente virtual. OBJETIVOS: Desenvolvimento de estratégias em ambiente remoto para disseminar fundamentos da IHAC durante a pandemia COVID-19. MÉTODOS: Reuniões semanais online entre discentes e docentes para planejar ações educativas: adequação de material didático-científico da IHAC-UNICEF para profissionais da assistência perinatal e de formulários de orientação para mães e de monitoramento do programa, para ambiente virtual, divulgação de fundamentos da IHAC-UNICEF em linguagem de fácil compreensão, via perfil no Instagram® . RESULTADOS: Foi desenvolvido conteúdo técnico-científico, no formato de curso à distância e fundamentado em recomendações atualizadas da UNICEF-OMS, para profissionais da atenção perinatal e mães de recém-nascidos termo e prematuros. Os formulários para monitoramento do projeto foram transferidos para plataforma digital. Desde sua criação, a conta do Instagram conquistou 165 seguidores e 27 curtidas por postagem, em média. CONCLUSÃO: O hospital universitário, adepto da IHAC desde 2008, adequou-se para manter práticas nutricionais recomendadas durante a pandemia COVID-19.

Palavras-chave: ALEITAMENTO MATERNO, COVID-19, EDUCAÇÃO EM SAÚDE.
Agradecimentos: HC-UFMG, PBEXT-UFMG

PE-128 - MÉTODO BABY-LED WEANING (BLW) DE INTRODUÇÃO ALIMENTAR: AUMENTA O RISCO DE ASFIXIA INFANTIL?

ISABELLA FARIA AMARAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), FERNANDO AUGUSTO GONÇALVES FARIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), HELEN SEIDEL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), LEONARDO AUGUSTO GONÇALVES FARIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), THOMÁS VIANA DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO)

Introdução: O método de introdução alimentar (IA) Baby-led weaning (BLW) consiste em oferecer alimentos em formatos e tamanhos específicos para que o lactente consiga manusear e comer sozinho. Apesar das aparentes vantagens do método, ainda é evidente a preocupação dos profissionais quanto ao potencial risco de asfixia. Objetivo: Verificar se a IA pelo método BLW aumenta o risco de asfixia. Metodologia: Foi realizada uma revisão da literatura, dos últimos cinco anos, através de três bases de dados -PubMed, Cochrane e Google Scholar-, utilizando os termos em inglês "baby-led weaning" AND "choking´. Encontrou-se 320 artigos e, após a leitura do título e do resumo, foram selecionados 17, sob critério de responderem ao objetivo desta revisão. Resultados: As evidências encontradas apontam que não existe diferença significativa no risco de asfixia entre as abordagens de IA tradicional, BLW e mista. Isso provavelmente se deve aos mecanismos de proteção dos lactentes, como o reflexo de vômito na porção frontal da orofaringe, que expele os alimentos antes que possam alcançar as vias aéreas, bem como ao bom desenvolvimento da mastigação promovido pelo BLW desde os seis meses -ao contrário do método tradicional em que o bebê aprende apenas a engolir a comida colocada em sua boca. Ademais, destacou-se que a maior parte dos casos de asfixia em todos os grupos de IA foi causada pela oferta de alimentos que são expressamente desaconselhados em qualquer método de IA, como aqueles que são de grande dureza. Conclusão: Evidências demonstram que o BLW não aumenta o risco de asfixia na IA. É importante ressaltar que, em qualquer método de IA, são os pais os responsáveis pela qualidade do alimento ofertado e quem deve, portanto, assegurar a oferta de alimentos seguros para a criança. Por fim, mais estudos ainda são necessários para expandir os conhecimentos sobre o método BLW.

Palavras-chave: BABY-LED WEANING, ASFIXIA, INTRODUÇÃO ALIMENTAR, ENGASGO

PE-129 - PERSISTÊNCIA DE ANTICORPOS CONTRA SARS-COV-2 ADQUIRIDOS VIA TRANSPLACENTÁRIA EM LACTENTES ENTRE 2 E 3 MESES DE IDADE

GABRIELA S. M. A. PINHEIRO (FACULDADE DE MEDICINA/UFMG), ALINE A. BENTES (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA/UFMG), VIVIAN M.G.O. AZEVEDO (FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA/UFU), JOSE NÉLIO JANUÁRIO (NÚCLEO DE AÇÕES E PESQUISA EM APOIO DIAGNÓSTICO/UFMG), MILA L. CINTRA (NÚCLEO DE AÇÕES E PESQUISA EM APOIO DIAGNÓSTICO/UFMG), GABRIELA C. JANUÁRIO (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS), ISADORA A, MARTINS (FACULDADE DE MEDICINA/UFMG), JULIANA W. SALIBA (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS), ANA BEATRIZ A. DE SOUZA (FACULDADE DE MEDICINA/UFMG), LAURA GREGÓRIO PIRES (FACULDADE DE MEDICINA/UFMG), GABRIELA L. MESQUITA (FACULDADE DE MEDICINA/UFMG), RAFAELA M. DOS S. OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA/UFMG), NICHOLAS HENRIQUE SILVA COTTA (FACULDADE DE MEDICINA/UFMG), STELA M. A. LEMOS (DEPARTAMENTO DE FONOAUDIOLOGIA/UFMG), CLAUDIA R. L. ALVES (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA/UFMG)

INTRODUÇÃO: A gestante exposta ao SARS-CoV-2 é capaz de transferir anticorpos ao feto, independentemente das manifestações da COVID-19, mas a duração destes anticorpos nos lactentes ainda precisa ser melhor estudada. OBJETIVO: Descrever a persistência de anticorpos contra SARS-CoV-2 adquiridos por via transplacentária em lactentes entre 2 e 3 meses de idade. METODOS: Estudo transversal realizado em 5 cidades de Minas Gerais (Julho- Setembro/2021). Foram convidados a participar todos os RN com menos de 7 dias de vida, que compareceram às unidades de saúde acompanhados das mães para triagem neonatal. Utilizou-se a mesma amostra de sangue seco em papel filtro obtida para triagem neonatal para realizar a dosagem de IgG anti-SARS-CoV-2 (ELISA). Os RN soropositivos foram convidados a repetir a dosagem entre 60 e 90 dias de vida e suas mães responderam entrevista telefônica sobre exposição ao SARS-CoV-2 na gravidez. Foi analisada a persistência dos anticorpos nos lactentes e estimado o tempo decorrido desde a possível exposição ao SARS-CoV-2 na gravidez. RESULTADOS: Foram testadas 1900 RN e 14,57% foram soropositivos para IgG contra SARS-CoV-2 no momento da triagem neonatal (N=227). Houve suspeita clínico-laboratorial de COVID-19 durante a gestação em 58,43% dos RN soropositivos (N=104). Dos 187 lactentes que coletaram segunda amostra, 47,60% ainda eram soropositivos (N=89) com 68 dias de vida (média). A proporção de lactentes persistentemente soropositivos foi 36,36%, 41,67% e 57,89% quando a suspeita de COVID-19 ocorreu no primeiro, segundo e terceiro trimestres, respectivamente. CONCLUSÃO: Quanto mais tardia a possível exposição ao SARS-CoV-2, maior a proporção de lactentes persistentemente soropositivos no segundo mês de vida. Não foi possível identificar o momento da exposição ao SARS-CoV-2 em grande parte dos casos soropositivos na primeira semana de vida. No entanto, os resultados sugerem que os anticorpos adquiridos via transplacentária podem ter durado até 11 meses, em alguns casos.

Palavras-chave: COVID, IMUNIZAÇÃO PASSIVA, TRANSMISSÃO VERTICAL

PE-130 - SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA X DOENÇA DE KAWASAKI EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM COVID-19

NICOLY GUIMARÃES PEREIRA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), LUANA BARRETO VOORDECKERS (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), LUIZA GONÇALVES BALESTRINI (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), MILENA LIMA LOURES (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS), PAULA FARANI FORTES PENNA (FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DE MINAS GERAIS)

INTRODUÇÃO: Em 2020 começaram a ser descritos raros casos de complicações pediátricas graves associadas à infecção pelo coronavírus. Os sintomas descritos tinham semelhança com a Doença de Kawasaki (DK), patologia infantil desencadeada por uma infecção viral respiratória. Contudo, a apresentação clínica foi ligeiramente diferente da forma clássica, associando-se a atípicas manifestações laboratoriais e sintomáticas em uma faixa etária mais ampla daquela esperada na DK clássica. Esse conjunto de sinais e sintomas foi denominado Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) . OBJETIVO: Revisar a literatura acerca da DK e SIM-P. METODOLOGIA: Foi realizada a revisão integrativa da literatura de 12 artigos do Pubmed e Scielo incluindo artigos de 2020 a agosto de 2021, em português e inglês, com os descritores "Kawasaki", "COVID-19" e "Pediatria". No final, foram excluídos 8 artigos que não se encaixavam totalmente no tema. RESULTADOS: A DK é uma vasculite sistêmica aguda, com acometimento de vasos de médio calibre, de etiologia não elucidada. Sua fisiopatologia apresenta certa semelhança com a SIM-P, já que ambas danificam vasos sanguíneos e cursam com inflamação generalizada. A DK cursa com febre que se desenvolve por pelo menos 5 dias, associada a alterações na cavidade oral, hiperemia conjuntival, alterações de extremidades, exantema polimorfo e linfadenopatia cervical. Já na SIM-P, os critérios diagnósticos preconizados pela OMS são: febre intermitente por mais de 3 dias, exames laboratoriais indicando inflamação e coagulopatia, sinais inflamatórios muco cutâneos, hipotensão, disfunção cardíaca e sintomas gastrointestinais agudos, além da confirmação de COVID-19, e exclusão de outra causa microbiológica. CONCLUSÃO: Percebe-se que os quadros clínicos em si guardam similaridades e diversos sintomas da DK e da SIM-P se sobrepõem, dificultando o diagnóstico diferencial entre essas condições. Por se tratar de uma síndrome recente, a contagem de diagnósticos e os acometimentos a longo prazo não são precisos.

Palavras-chave: "KAWASAKI", "COVID-19" E "PEDIATRIA"

PE-131 - ANÁLISE DO USO DE TELAS NO PROCESSO DE BRINCAR E SUAS REPERCUSSÕES NA INFÂNCIA

ISABELA DA COSTA AZEVEDO (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), ANA CAROLINA NOGUEIRA ZANOTTI (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), ANDREA CRISTINA RANGEL BAPTISTA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), HELLEN MENESES ALBRES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), ROFERSON ROGÉRIO DA SILVA FONSECA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), SEVERINO JOSÉ DE MELLO JÚNIOR (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), FLÁVIA LINHARES MARTINS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS)

Introdução: O uso de telas tem se tornado cada vez mais corriqueiro na realidade atual. Indivíduos na primeira infância, nessa perspectiva, vivenciam progressivamente essa tendência, renunciando em modo quantitativo e qualitativo o processo do brincar. Em vista da importância do ambiente para o desenvolvimento infantil, ele deve ser voltado para oferecer condições que favoreçam esse estágio de formação, propiciando estímulos, relações sociais saudáveis e espaços adequados para diferentes brincadeiras. Objetivos: Identificar a influência do uso de telas no processo de brincar e seus desdobramentos em crianças com idade entre dois e dez anos de idade em uma Unidade Básica de Saúde em um município do Sul de Minas Gerais. Metodologia: Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, realizado através de um questionário estruturado, aplicado oralmente pelos pesquisadores a genitores de indivíduos entre dois e dez anos de idade. Resultados: A análise dos dados demonstrou que 77% da amostra permanece por mais de duas horas ao dia expostos a telas e que 33% dos pais responderam que o filho tem dependência digital. Em adição, 44% das crianças apresentam diminuição da capacidade de concentração, bem como queixam de cefaleia ou "vista cansada". Ainda, apenas 44% das crianças realizam brincadeiras em espaços abertos, como parques e jardins, por mais de três horas por semana, e 11% praticam atividade física programada. Conclusão: Dado os resultados da pesquisa, o tempo excessivo de exposição à telas se mostra prejudicial à diversas áreas da infância, uma vez que tal prática restringe o processo lúdico e móbil do brincar, importante para o desenvolvimento biopsicossocial da criança. Tendo em vista as recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria, é importante minimizar o uso de dispositivos eletrônicos e estimular a prática do brincar e atividades ao ar livre, trazendo consequências positivas para a saúde mental, física, emocional e social.

Palavras-chave: TELAS, BRINCAR, DEPENDÊNCIA VIRTUAL, PRIMEIRA INFÂNCIA

PE-132 - SÍNDROME PHACE: UM RELATO DE CASO RARO

DEBORA LETICIA SILVA GOUVÊA VIANA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARBACENA), RAFAEL BRUM GUSMÃO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARBACENA), MICHEL CORREIA VIANA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE ARAGUARI), ANDREZA RESENDE WANZELLOTT (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), CAROLINA GUIMARÃES CAETANO (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARBACENA)

Introdução: A Síndrome PHACE é rara e gera manifestações neurocutâneas, com fenótipos variados, sendo incomum o quadro clínico completo. Apresenta etiologia, incidência e prevalência desconhecidas, com possível mecanismo patogenético complexo envolvendo interações gene-ambiente, não havendo relação hereditária, mas com predileção pelo sexo feminino. Descrição do caso: Lactente, sexo masculino, nascido a termo, via vaginal, com quadro de aspiração meconial e sofrimento fetal agudo. Ao primeiro exame hemangioma segmentar na região parietal esquerda, vasto lateral da coxa esquerda e opacidade ocular. À tomografia computadorizada de crânio observou-se a presença de malformações em fossa posterior incluindo hipoplasia de verme cerebelar com ectasia de quarto ventrículo compatível com malformação de Dandy-Walker. Evoluiu com sequelas de encefalopatia hipóxico-isquêmica e epilepsia de difícil controle. Diante dos achados foi realizado o diagnóstico de Síndrome PHACE. Discussão: PHACE, faz referência às anomalias de fossa posterior, hemangioma, anomalias arteriais, cardíacas e oculares que podem ocorrer. Há suspeição diante de hemangiomas ou de anomalia na área esternal. Hemangioma geralmente é em face, podendo também acometer couro cabeludo, parte superior do tórax e braço, vias aéreas subglóticas, canal auditivo e intestino delgado. Hipoplasia cerebelar unilateral é a anomalia mais comum e quase sempre é ipsilateral às arteriais e ao hemangioma. Malformações vasculares geralmente são unilaterais e aumentam o risco de acidente vascular cerebral isquêmico agudo, manifestado tipicamente por convulsões e / ou hemiparesia. Anomalias cardíacas, oculares, braquiocefálicas e da linha média ventral também são esperadas. O diagnóstico é por exames de imagem do crânio, pescoço e tórax e ecocardiograma. O tratamento cirúrgico é individualizado e o ácido acetilsalicílico previne acidentes vasculares isquêmicos. Conclusão: Pouco se sabe sobre sequelas a longo prazo e sobrevida na síndrome PHACE, por isso, o diagnóstico precoce é fundamental para antecipar o tratamento e prevenir complicações cerebrovasculares ou cardíacas graves.

Palavras-chave: HEMANGIOMA. MALFORMAÇÃO DE DANDY-WALKER. SÍNDROME PHACE.

Agradecimentos: AOS COLEGAS E AO ORIENTADOR DR. RAFAEL BRUM ONDE PUDE APRENDER E SER AGRACIADA POR SEU INCENTIVO.

PE-133 - TOSSE E SIBILÂNCIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

GABRIELA SOMMA GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), RAISSA FERNANDA PAIXÃO LOPES DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GABRIELA ANDREATTA ROFFES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), HELENA BOTELHO DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JOÃO PAULO FERREIRA RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LAURA MARIA DE LIMA BELIZARIO FACURY LASMAR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), MÔNICA VERSIANI N. P. DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Introdução: As disfunções orofaríngeas (DOF) são distúrbios de deglutição causados por anormalidades anatômicas, funcionais e neurológicas, congênitas ou adquiridas. A complicação inclui aspiração de alimentos, refluxo gástrico e da saliva, podendo ocasionar pneumonites agudas, inflamações crônicas e lesões do parênquima pulmonar. Alguns sinais sugestivos incluem engasgos, sibilância e tosse que respondem mal aos broncodilatadores e corticoides, cianose, acúmulo de secreções, tempo prolongado da alimentação. Objetivamos discutir a interface entre os sintomas respiratórios das DOF e asma. Relato do caso: Paciente com história de teratoma cervical congênito, retirado cirurgicamente aos três dias de vida, evoluiu com pneumonia na unidade de terapia intensiva (UTI), posteriormente traqueostomizada e gastrostomizada. Alta após 3 meses em uso de corticoide inalatório, apresentou no primeiro ano chiado, tosse, rouquidão, idas frequentes ao serviço de urgência, relato de melhora após uso de salbutamol e antibioticoterapia. Aos 4 anos internou com asma e pneumonia, permanecendo 4 dias na UTI . Foi encaminhada sem controle para centro de referência em asma grave pediátrica aos 6 anos, em uso de dose elevada de corticoide inalado, história familiar positiva, múltiplos desencadeantes, rinite alérgica e dermatite atópica. Os exames realizados afastaram diagnósticos alternativos, sendo evidenciado distúrbio ventilatório obstrutivo-restritivo moderado na espirometria, e distúrbio de deglutição secundário a paralisia de prega vocal esquerda. Discussão: As DOF apresentam tosse, rouquidão, chieira, pneumonias de repetição e bronquiectasias. Na paralisia da prega vocal ocorrem síndromes aspirativas crônicas, que geram inflamação, irritação crônica e lesões do parênquima pulmonar. A asma é uma das comorbidades associadas às DOF, sendo necessária a diferenciação devido aos possíveis desfechos clínicos graves associados ao sistema respiratório, pois o tratamento das DOF varia desde terapias motoras, medicamentosas até cirúrgicas. Conclusão: Nas DOF é comum a sobreposição de sintomas e condições clínicas, sendo necessária uma investigação diagnóstica para uma melhor abordagem.

Palavras-chave: ASMA ,DISFUNÇÕES OROFARÍNGEAS, TOSSE, SIBILÂNCIA, PEDIATRIA

Agradecimentos: CENTRO MULTIDISCIPLINAR PARA PACIENTES DE ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE (CEMAD) -HC/UFMG

PE-134 - A SAÚDE MENTAL DE ADOLESCENTES NO CONTEXTO DA PANDEMIA DE COVID-19

PATRÍCIA REGINA GUIMARÃES (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), AGNES BEATRIX HUTH (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), FERNANDA DE ANDRADE DIAS (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), KATHERINE SILVA OLIVEIRA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS), STEFANY FERNANDES LABUDA (PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS)

INTRODUÇÃO: O suicídio é considerado um grave problema de saúde pública mundial. No Brasil, entre 2010 e 2019, observou-se aumento de 43% no número de suicídios, principalmente na faixa etária de 15 a 19 anos, sendo que 51% desses casos acontecem dentro de casa. Com o início da pandemia COVID-19, problemas de saúde mental foram potencializados, aumentando o risco desse comportamento. DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente sexo feminino, 14 anos, deu entrada na urgência de hospital de referência em Belo Horizonte, MG, após enforcamento com corda. Foi encontrada pela mãe caída no chão da cozinha com perda momentânea da consciência e sialorreia. Na avaliação inicial, observou-se cefalohematoma occipital, com pequena ferida cortocontusa, tatuagem traumática em região cervical lateral esquerda, sem cervicalgia, vômitos, tonteiras, cefaleia e Escala de Coma de Glasgow 15. Foi solicitada tomografia com contraste de crânio e pescoço e controle álgico. Adolescente foi reavaliada após realização do exame de imagem, não sendo encontradas lesões em artérias carótidas e vertebrais e veias jugulares, sem êmbolos ou trombos intravenosos. Assim, a paciente foi encaminhada para sutura da ferida e observação neurológica. A impressão diagnóstica da equipe foi de enforcamento acidental. DISCUSSÃO: O contexto da pandemia COVID-19 tornou mais vulneráveis crianças e adolescentes, agravando problemas de saúde mental como ansiedade e depressão e aumentando o risco do comportamento suicida. Além disso, dados do Ministério da Saúde indicam aumento no número de notificações de lesão autoprovocada e de tentativas de autoextermínio (TAE) entre jovens. No entanto, existe uma subnotificação dos registros em relação às estatísticas de suicídio, além do estigma desse fato. CONCLUSÃO: Com o aumento do número de TAE entre crianças e adolescentes ao longo dos anos e da quantidade de subnotificações, é importante que a família e profissionais estejam alertas aos fatores de risco para promoverem intervenção precoce, além de acompanhamento dos casos.

Palavras-chave: SAÚDE MENTAL, PANDEMIA, ADOLESCENTES, SUICÍDIO

PE-135 - DOR ABDOMINAL COMO SINTOMA INICIAL DE NEUROBLASTOMA: UM RELATO DE CASO

MILENA REIS CANGUSSU (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS), RENATA ANDRADE OLIVEIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS), ANA MARIA MARINHO DA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PROFESSOR EDGAR SANTOS)

Introdução: O neuroblastoma é o tumor sólido extracraniano maligno mais frequente na infância, sendo mais comum em menores de 5 anos de idade. É um tumor embrionário, derivado de células precursoras do sistema nervoso simpático, que tem uma grande variedade de sintomas, em sua maioria inespecíficos. Por este motivo, sua identificação precoce torna-se um desafio para a pediatria. Descrição do caso: Pré-escolar, 2 anos e 6 meses, sexo feminino, apresentou quadro de dor e distensão abdominal importantes, além de posterior irritabilidade e anemia por 15 dias. Procurou serviço de emergência pediátrica 03 vezes previamente, com prescrição de apenas sintomáticos. Em segundo internamento, realizada ultrassonografia de abdome total, com identificação de formação expansiva sólida, com íntima relação com o rim esquerdo, cauda do pâncreas e loja adrenal esquerda. Tomografia de abdome apresentou achado sugestivo de neuroblastoma. A criança foi então transferida para serviço de referência de oncologia pediátrica, onde foi realizada toda a investigação diagnóstica. Confirmada suspeita de neuroblastoma, estágio IV pelo INSS. Paciente iniciou plano terapêutico pelo protocolo brasileiro de tratamento de neuroblastomas classificados como alto risco. Discussão: O tratamento e prognóstico dos pacientes com neuroblastoma são definidos de acordo com os dados clínicos, histopatológicos e biológicos, pelo Sistema de Estadiamento Internacional para Neuroblastomas. Crianças com neuroblastoma de alto risco são praticamente metade dos pacientes diagnosticados, com um prognóstico bastante limitado. O tratamento atual inclui diversas etapas e múltiplas terapias, tornando-se um desafio para a saúde pública. Conclusão: O diagnóstico precoce e início de tratamento têm grande impacto na evolução e prognóstico das crianças afetadas, evitando o avanço da doença oncológica, com pior desfecho. São necessários mais estudos para criação de protocolos e alertas aos pediatras, para a possibilidade deste tipo de doença oncológica.

Palavras-chave: NEUROBLASTOMA/ CRIANÇAS/ DIAGNÓSTICO/ESTADIAMENTO

PE-136 - ASMA GRAVE REFRATÁRIA - VARIAÇÃO GENÉTICA: O CAMINHO DA MEDICINA DE PRECISÃO?

GUILHERME LANDIM GONÇALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), HENRIQUE GOMIDES ZATTI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), RAFAELA MOREIRA PARANHOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), SARA TAVARES ARAÚJO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GABRIELA GOMES DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), HANNA V. PRATES REINICKE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), SAULO FERREIRA DE ASSIS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), MARIANA ISADORA RIBEIRO VIEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), RYAN DOS SANTOS COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA), LAURA MARIA DE LIMA BELIZARIO FACURY LASMAR (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), MÔNICA VERSIANI N. P. DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Introdução: A asma grave refratária (AGR) corresponde aos 5% dos pacientes com asma, que em uso de elevadas doses de corticoides inalados (CI) apresentam desde perda transitória do controle a quadros de exacerbação potencialmente fatais, piores escores de qualidade de vida, exposição aos riscos dos efeitos adversos do tratamento, perda permanente da função pulmonar e morte prematura. Doença heterogênea, causada pela interação da variabilidade genética interindividual com fatores ambientais, apresenta ainda um componente genético, a resistência aos glicocorticoides (RGC), resultado de vários mecanismos complexos que diferem a cada paciente. Entretanto, há poucos estudos sobre a RGC na população pediátrica, especialmente na AGR. Objetivo: Avaliar e identificar componente genético de RGC nos pacientes com AGR, permitindo melhor manejo. Método: Foram selecionados nove pacientes com AGR, acompanhados no Centro Multidisciplinar para Asma de Difícil Controle (CEMAD)/Hospital das Clínicas/UFMG. Amostras de sangue periférico coletadas foram analisadas pelo Laboratório de Imunofarmacologia, da Biologia Molecular do Instituto de Ciências da Saúde, da Universidade Federal da Bahia, para pesquisa dos polimorfismos rs763780 e rs2397084 da IL17F, rs2275913 e rs3819024 da IL17A e rs3024491, rs1800896 e rs3024495 da IL10. Resultados: Com idade média de 12,6 anos, os pacientes iniciaram sintomas aos 8 meses de vida, uso de CI aos 12,7 meses ,33% de internação em CTI, 44,4% considerados não controlados e 67% com adesão mensurada elevada. As variações mais comuns na genotipagem dos SNP das IL17A, IL17F e IL10, foi uma proporção semelhante das IL17A rs2275913 e rs3819024 em 33% de A/G. No SNP rs2397084 da IL17F foi encontrado 89% de T/T, que também foi identificado em 67% do SNP rs3024498 e 44% do rs1800896 da IL10. Conclusão: Na AGR, devido à grande variabilidade interindividual, especialmente quanto à RGC, possivelmente as SNPs nas vias das IL17A, IL17F e IL10 tenham papel importante na sua fisiopatologia.

Palavras-chave: ASMA GRAVE, CRIANÇAS E ADOLESCENTES, GENÉTICA
Agradecimentos: PPRQ/UFMG, CENTRO MULTIDISCIPLINAR PARA ASMA DE DIFÍCIL CONTROLE (CEMAD)/HC-UFMG

PE-137 - CLASSIFICAÇÃO DO GRAU DE DILATAÇÃO DO TRATO URINÁRIO: MELHORIAS NA ACURÁCIA EM PREVER O DESENVOLVIMENTO DE LESÃO RENAL

JÚLIA ASSIS RODRIGUES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS -UFMG), LUDMILA R. SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG), EDUARDO A. OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG), FERNANDA F. MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS -UFMG), MARIANA A. VASCONCELOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG), ANA CRISTINA SIMÕES E SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG), CRISTIANE S. DIAS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG), ENRICO A. COLOSIMO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG), MARIA CHRISTINA L.OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG), ROBERT H. MAK (UNIVERSIDADE DA CALIFÓRNIA (UC)))

Introdução: A classificação do grau de dilatação do trato urinário à ultrassonografia pós-natal é uma etapa fundamental para o estabelecimento de uma conduta racional em crianças com hidronefrose antenatal (HAN). Diversas classificações foram desenvolvidas, incluindo a da Sociedade de Urologia Fetal (SUF). Objetivos: Este estudo objetiva comparar a acurácia das diferentes classificações da dilatação do trato urinário em prever desfechos clinicamente relevantes. Ademais, visa propor um aprimoramento destas classificações ao adicionar medidas quantitativas e ao avaliar o impacto destas na acurácia. Métodos: 447 crianças diagnosticadas com hidronefrose antenatal severa isolada foram prospectivamente acompanhadas, entre 1989 e 2019, na unidade de nefrologia pediátrica do Hospital das Clínicas da UFMG. Ocorrências clínicas de interesse foram intervenções cirúrgicas e lesão renal (definida por múltiplos eventos como: proteinúria, hipertensão e doença renal crônica). A comparação da performance das classificações e do impacto de modificações nestas (incluindo o tamanho do parênquima renal) na acurácia foi avaliada por meio da área sob a curva (AUC) característica de operação do receptor (ROC). Resultados: Das 447 crianças acompanhadas, 131 (29%) foram submetidas a intervenções cirúrgicas e 26 (5.8%) desenvolveram lesão renal. O desempenho de todas as classificações vigentes em prever a necessidade de intervenção cirúrgica foi excelente (AUC >0.90). Entretanto, em relação ao desenvolvimento de lesão renal, a classificação modificada (acrescida da medida do parênquima renal) revelou significativa melhoria na acurácia (AUC= 0.913, 95%CI, 0.883 - 0.937) quando comparada à classificação original (AUC=0.887, 95%CI, 0.854 - 0.915) (P=0.027). Conclusão: Nosso estudo confirma que os sistemas de classificação da hidronefrose possuem excelente acurácia em discriminar, entre as crianças com HAN, pacientes que precisam de intervenção cirúrgica. Além disso, nossos resultados sugerem que a inclusão da medida da espessura do parênquima renal nestas classificações poderia aumentar a acurácia em identificar precocemente crianças com potencial para desenvolver lesão renal.

Palavras-chave: HIDRONEFROSE ANTENATAL, DILATAÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Agradecimentos: CNPQ, FAPEMIG, PRÓ-REITORIA DE PESQUISA DA UFMG (PRPQ)

PE-138 - ESTUDO COMPARATIVO DO PERFIL DE PACIENTES INTERNADOS EM UMA UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA PEDIÁTRICA MISTA NOS PERÍODOS PRÉ-PANDÊMICO E PANDÊMICO POR COVID-19

JONAS MUNCK DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), LARYSSA DE SÁ BRAGANÇA GONÇALVES (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), MARCELLA DOS REIS CANTAGALLI ALVIM (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), VITOR FERNANDES ALVIM (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA)

Introdução: Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica Mista (UTIPm) é um espaço destinado à assistência a pacientes recém-nascidos e pediátricos. A pandemia de COVID-19 instigou várias intervenções sociais e de saúde com potencial para afetar a prática médica, inclusive nas UTIPm. Objetivos: Comparar o perfil dos pacientes internados em UTIPm nos períodos pré-pandêmico e pandêmico. Metodologia: Estudo epidemiológico realizado por consulta aos relatórios de uma UTIPm privada do estado de Minas Gerais. Comparando levantamentos de 13/03/2019 a 12/03/2020, data do primeiro diagnóstico de COVID-19 na cidade (período pré-pandêmico) e 13/03/2020 a 12/03/2021 (período pandêmico). Discussão: No período pré-pandêmico analisado foram admitidos 100 pacientes, representando 64% de taxa de ocupação, 70,3% por pacientes neonatais. A duração média de permanência na unidade foi de 16,4 dias e de internação hospitalar total de 17,8 dias. A taxa de mortalidade na UTIPm foi de 6,7%. O diagnóstico principal de prematuridade representou 57% das internações, taquipnéia transitória do recém-nascido (TTRN) 12%, desconforto respiratório 10%, prematuridade extrema 2%. Quanto à idade gestacional (IG): <28 semanas (4%), 28-31 semanas (6%), 32-35 semanas (45%), 8805,36 semanas (45%). No período pandêmico foram admitidos 84 pacientes, representando 45,3% de ocupação, 66% por neonatos. Houve redução na permanência média na unidade para 11,7 dias e de internação hospitalar total para 12,9 dias. A taxa de mortalidade foi de 13,8%. O diagnóstico principal de prematuridade representou 60% das internações, TTRN 10,7%, prematuridade extrema 10,7%, desconforto respiratório 6%, infecção neonatal suspeita de COVID-19 1,2%, síndrome do desconforto respiratório agudo 1,2%. Quanto à IG: <28 semanas (7,1%), 28-31 semanas (11,9%), 32-35 semanas (36,9%), 8805,36 semanas (44,1%). Conclusão: Os resultados sugerem um aumento no limiar clínico para a admissão de bebês maduros na UTIPm durante o período pandêmico, bem como redução no período de internação visando diminuir as chances de exposição hospitalar à COVID-19.

Palavras-chave: UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA, COVID-19.

PE-139 - IMPACTO DA COVID-19 NA MORTALIDADE PEDIÁTRICA RELACIONADA À SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE

JONAS MUNCK DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), LARYSSA DE SÁ BRAGANÇA GONÇALVES (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), MARCELLA DOS REIS CANTAGALLI ALVIM (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), VITOR FERNANDES ALVIM (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA)

Introdução: Síndrome respiratória aguda grave (SRAG) é um quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais e sintomas: febre de início súbito, tosse, dor de garganta, cefaleia, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos, na ausência de outro diagnóstico específico considera-se a obstrução nasal, e que passe a apresentar: dispneia/desconforto respiratório, pressão persistente no tórax, saturação de oxigênio inferior a 95% em ar ambiente, cianose, desidratação ou inapetência. A COVID-19 está entre as doenças que causam essa síndrome. Objetivos: Comparar a incidência e mortalidade infantil relacionada à SRAG antes e durante a pandemia de COVID-19. Metodologia: Estudo epidemiológico realizado por consulta ao InfoGripe e Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde. Discussão: Em 2019, foram notificados 40.294 casos de SRAG no Brasil, 14.384 na faixa etária pediátrica, sendo 5.089 óbitos, 487 entre crianças e adolescentes e 96 em crianças menores que 5 anos. Já em 2020, foram notificados 1.078.251 casos, 87.290 na faixa etária pediátrica, sendo 36.513 em menores de 5 anos. Em relação aos óbitos, foram 268.877 por SRAG, sendo 71,2% por COVID-19, 3.379 entre crianças e adolescentes (35,6% por COVID-19 e 58,5% sem etiologia definida) e 1.859 apenas em menores que 5 anos (30,2% por COVID-19 e 62,3% sem etiologia definida). Assim, houve aumento de 6,1 vezes no número de casos e de 6,9 vezes nos óbitos pediátricos, sendo de 19,4 vezes na população menor que 5 anos. Conclusão: A incidência de hospitalizações e óbitos por SRAG em 2020 na faixa etária pediátrica foi superior à de 2019, um claro efeito da pandemia de COVID-19. O elevado percentual de óbito por SRAG sem etiologia definida pode sugerir uma importante subnotificação da COVID-19 entre crianças e adolescentes no país. Faz-se necessário que novos estudos avaliem a extensão e impacto do SARS-CoV-2 na população pediátrica.

Palavras-chave: SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE, MORTALIDADE DA CRIANÇA.

PE-140 - FATORES DE RISCO PARA O ÓBITO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES HOSPITALIZADOS COM COVID-19 NO BRASIL: ANÁLISE DE UM BANCO DE DADOS DE ABRANGÊNCIA NACIONAL

LUDMILA C. R. SILVA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), EDUARDO A. OLIVEIRA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ENRICO A. COLOSIMO (DEPARTAMENTO DE ESTATÍSTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ANA CRISTINA SIMÕES E SILVA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ROBERT H. MAK (UNIVERSITY OF CALIFORNIA), DANIELLA B. MARTELLI (PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS), HERCÍLIO MARTELLI-JÚNIOR (PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MONTES CLAROS), MARIA CHRISTINA L. OLIVEIRA (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JÚLIA ASSIS RODRIGUES (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Introdução: Embora as evidências epidemiológicas demonstrem que as crianças geralmente apresentam formas mais leves da COVID-19, com a progressão da pandemia, surgiram manifestações graves e potencialmente fatais da doença em pacientes pediátricos. No entanto, até o momento, poucos estudos investigaram os fatores de risco associados a formas graves de COVID-19 na população pediátrica. Objetivos: O objetivo do presente estudo foi analisar os fatores de risco para mortalidade por infecção por SARS-CoV-2 em crianças e adolescentes hospitalizados Brasil. Método: Trata-se de uma coorte retrospectiva que incluiu pacientes menores de 20 anos com resultado positivo do teste quantitativo RT-PCR para SARS-CoV-2 e necessitaram de hospitalização. Os dados foram consultados no Sistema de Informação de Vigilância Epidemiológica da Gripe (SIVEP-Gripe), entre 16 de fevereiro de 2020 e 9 de janeiro de 2021. O desfecho primário foi o tempo de recuperação (alta) ou óbito hospitalar, avaliado por análise de riscos concorrentes usando a função de incidência cumulativa. Resultados:Foram analisados 11.613 pacientes menores de 20 anos com infecção por SARS-CoV-2 confirmada em laboratório. Entre esses pacientes, 886 (7,6%) morreram no hospital em média de 6 dias após a admissão e 369 (3,2%) ainda estavam internados no momento da análise. A probabilidade estimada de morte foi de 4,8% durante os primeiros 10 dias após a admissão hospitalar, 6,7% durante os primeiros 20 dias e 8,1% ao final do acompanhamento. Após ajustamento pela análise multivariada, os fatores associados à morte foram menores de 2 anos ou 12– 19 anos, residentes na região Nordeste ou Norte, etnia indígena, e a presença de comorbidades prévias. Conclusão: A morte por COVID-19 foi associada à idade, etnia indígena, região geopolítica e doenças crônicas prévias. Disparidades na assistência à saúde, pobreza e comorbidades podem contribuir na mortalidade por COVID-19 em crianças e adolescentes mais vulneráveis e em desvantagem socioeconômica no Brasil.

Palavras-chave: COVID-19, FATORES DE RISCO, MORTALIDADE, PEDIATRIA

Agradecimentos: CNPQ, FAPEMIG

PE-141 - PERICARDITE NO LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO INFANTIL: RELATO DE CASO

LETICIA GUDOLLE SEDA (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO), ROBERTA FANTAUZZI BORGES (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO), ALICE DE SOUZA PARENTONI (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO), CARLA NEIVA CHAVES (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO), LIGIA MARIA ALVES DOS SANTOS PERTENCE (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO), LETICIA RODRIGUES SILVA (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO)

INTRODUÇÃO: O lúpus eritematoso sistêmico (LES) é uma doença inflamatória autoimune crônica, de causa desconhecida, que pode afetar qualquer órgão ou tecido. Em crianças, tem maior gravidade e acúmulo mais precoce de danos. Pode ocorrer em qualquer faixa etária e afeta mais mulheres (8 a 9:1). DESCRIÇÃO DO CASO: Paciente A.M.F.S, 14 anos, sexo feminino, com quadro de placas eritematosas anulares em mãos, tronco e coxas de 3 meses de evolução, refratária a anti-histamínicos, associada à dor torácica aguda. O ecocardiograma evidenciou hipocontratilidade de ventrículo direito, alterações segmentares de contratilidade, fração de ejeção reduzida (47%) e derrame pericárdico de pequeno volume. Submetida à cateterismo cardíaco, que não evidenciou lesões obstrutivas nas coronárias. Exames laboratoriais evidenciaram redução do complemento, FAN positivo (1:640) padrão nuclear homogêneo e anticoagulante lúpico positivo. Diagnosticado lúpus infantil e iniciado tratamento com Hidroxicloroquina e Prednisona. Realizou ressonância cardíaca que não descartou inflamação ativa, sendo indicada pulsoterapia com metilprednisolona e terapia imunossupressora com micofenolato. DISCUSSÃO: A pericardite é a anormalidade cardíaca mais comum em crianças com lúpus, caracterizada por dor torácica aguda e dispneia. Grandes derrames pericárdicos podem se acumular sem sintomas até causarem tamponamento cardíaco. Há risco aumentado de aterosclerose precoce e doença arterial crônica. O tratamento da pericardite sintomática inclui AINEs ou glicocorticoides. A pulsoterapia com metilprednisolona pode ser indicada na pericardite aguda constritiva grave. CONCLUSÃO: A baixa suspeição de LES na infância dificulta o diagnóstico precoce. O diagnóstico tardio está associado à maior gravidade da doença. O diagnóstico diferencial em crianças com lúpus inclui infecção, malignidade e outras doenças reumatológicas. Diante da complexidade desta doença e de inúmeros diagnósticos diferenciais na infância, recomenda-se reconhecer seus sinais, potenciais complicações e instituir tratamento adequado, preferencialmente interdisciplinar, com destaque para o uso cauteloso de glicorticoides, devido aos seus impactos no crescimento/desenvolvimento.

Palavras-chave: LÚPUS ERITEMATOSO SISTÊMICO, CRIANÇA, PERICARDITE

PE-142 - INGESTÃO DE BATERIA BOTÃO POR CRIANÇAS E SUAS COMPLICAÇÕES ESOFÁGICAS

GIOVANNA QUEIROZ MARQUES DE MENDONÇA (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), MARIA CLARA LOPES DE BARROS (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), RAFAELLA QUEIROZ MARQUES DE MENDONÇA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DE RIBEIRÃO PRETO)

Introdução: Crianças, sobretudo abaixo dos cinco anos, tendem a colocar objetos na boca, exigindo maior vigilância dos pais. A incidência de ingestão de baterias botão (IBB) por crianças cresceu recentemente devido ao uso dessas em produtos recreativos e domésticos. A bateria se aloja principalmente no esôfago, mas pode ser encontrada em outras regiões do trato gastrointestinal. As complicações esofágicas advindas da ingestão podem variar de inofensivas à fatais, exigindo um tratamento imediato. Objetivos: Alertar sobre a emergência da retirada em caso de IBB por crianças visando prevenir complicações e fatalidades. Metodologia: Revisão bibliográfica nas bases de dados PubMed e UpToDate selecionando artigos de 2011 a 2021. Resultados: A criança após IBB pode estar assintomática ou sintomática, apresentando: salivação, disfagia, vômito. É crucial o conhecimento dos responsáveis sobre a ingesta do corpo estranho pelo paciente, quando essa é desconhecida, há um atraso no diagnóstico e conduta. Os riscos da IBB são danosos ao organismo nos aspectos: elétrico, por fluxo de corrente elétrica na mucosa, mecânico, por pressão à mucosa causando necrose, e cáustico, caso haja vazamento de eletrólitos alcalinos gerando necrose coagulativa. Tais efeitos podem provocar perfuração esofágica, associada ao extravasamento do líquido da bateria, fístula traqueoesofágica, no esôfago proximal, ou fístula aorto-esofágica, no esôfago médio e distal. Inicialmente, realiza-se um raio-X para localizar o objeto e procede-se com a retirada deste pela endoscopia digestiva alta. O tempo médio para a realização do procedimento sem complicações é de duas horas após a ingestão. Fatores como tamanho, tempo e idade da criança também interferem no prognóstico. A remoção da bateria não implica a resolução do quadro, o paciente precisa ficar em observação, pois danos eletroquímicos podem surgir tardiamente. Conclusão: As orientações aos responsáveis visando a prevenção de novos acidentes é fundamental, principalmente devido ao aumento da recorrência e severidade das complicações.

Palavras-chave: SAÚDE DA CRIANÇA, EMERGÊNCIA, ENDOSCOPIA

PE-143 - IMPACTO DA DIVULGAÇÃO DE PUBLICAÇÕES SOBRE PREVENÇÃO DA OBESIDADE NO INSTAGRAM COMO FERRAMENTA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

VICTOR RAGGAZZI HOHNE DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), BÁRBARA CAROLINE DIAS FARIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), BRUNA AMÉLIA DE OLIVEIRA COELHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), EDGARD LEANDRO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), EWELIN WASNER MACHADO DA SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ITALO HENRIQUE DOS SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JOSÉ VITOR ARAÚJO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ROSELI GOMES DE ANDRADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ANNA CAROLINA DIAS MUNAIER LAGES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ELAINE ALVARENGA DE ALMEIDA CARVALHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), CLESIO GONTIJO DO AMARAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Introdução: A obesidade é considerada atualmente a maior epidemia de saúde pública pela Organização Mundial de Saúde (OMS). A prevalência de excesso de peso em crianças e adolescentes brasileiros se encontra entre 15,3% e 29,1%. Nesse cenário, é de extrema relevância a produção e divulgação de ferramentas de educação em saúde para prevenção da obesidade na infância e na adolescência. Objetivos: Analisar o impacto de postagens na rede social Instagram sobre temas retirados da Cartilha de Orientação Nutricional Infantil, desenvolvida pelo projeto de extensão Observatório da Saúde da Criança e do Adolescente, visto que, devido à pandemia mundial de SARS-Cov-2, tal cartilha teve sua distribuição física impossibilitada. Métodos: Foram elaboradas publicações educativas com base na Cartilha de Orientação Nutricional Infantil publicadas a cada dez dias na plataforma Instagram, no período de 25/08/21 a 05/10/2021, destinadas à população em geral e a estudantes da área da saúde. Resultados: Ao todo, foram elaboradas 5 postagens que abordavam os temas "Prevenção da obesidade na infância e na adolescência", "A importância do exercício físico para crianças e adolescentes", "Alimentação saudável do lactente (29 dias - 2 anos)", "Atividade física de 0 a 1 ano" e "Orientações nutricionais durante a fase pré-escolar", alcançando em média 430 contas. Por post, foram obtidas em média 39 curtidas. A postagem com maior número de interações foi a postagem intitulada "A importância do exercício físico para crianças e adolescentes", com alcance de 525 contas, 56 curtidas, e 10 visitas ao perfil. Conclusão: A divulgação de conteúdo educativo sobre prevenção da obesidade e outros distúrbios nutricionais por meio da plataforma Instagram foi efetiva e mostrou-se uma alternativa importante para a educação em saúde, principalmente em tempos de pandemia por SARS-Cov-2. A rede social foi transformada então, em um espaço inovador de transmissão de conhecimento, facilitando o processo de ensino aprendizagem.

Palavras-chave: ´PREVENÇÃO DA OBESIDADE´, ´EDUCAÇÃO EM SAÚDE´, ´INSTAGRAM´.

PE-144 - SALPINGOOFORITE PRIMÁRIA EM UMA ADOLESCENTE E SEUS DIAGNÓSTICOS DIFERENCIAIS

LIVYA ISABELLA TELES DE OLIVEIRA LIMA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), CAMILA SILVA PERES CANCELA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ANA JÚLIA DUCI FERREIRA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GIULIANA ELENA SARAGIOTTO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ANDRÉ LUÍS VIEIRA DRUMOND (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GIOVANNA LETÍCIA SIMÕES LIMA (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), THOMAS FELIPE SILVA RIBEIRO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), KEVIN AUGUSTO FARIAS DE ALVARENGA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), RAFAEL VAZ DE SALES BICALHO (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Introdução: Queixas ginecológicas na infância e adolescência fazem parte da rotina do pediatra geral, e, não raramente, identificam-se afecções anexiais nesta população. Origem neoplásica, anatômica e infecciosa devem ser suspeitadas. Relatamos um caso de salpingooforite aguda em paciente de baixo risco. Relato de Caso: Adolescente, 12 anos, sexo feminino, virgo, previamente hígida, admitida em hospital quaternário para investigação de massa anexial à esquerda e metrorragia com marcador tumoral CA-125 elevado. Apresentava coagulograma normal e beta-HCG negativo. A tomografia computadorizada abdominal evidenciou líquido livre pélvico e conteúdo denso amorfo em topografia parauterina, sendo posteriormente confirmado cisto ovariano complexo à esquerda via ressonância magnética. Aventada origem tumoral, indicou-se realização de anexectomia esquerda. Constatada presença de conteúdo piossanguinolento em tuba uterina esquerda e múltiplos focos de aderências pélvicas, sendo iniciado tratamento antimicrobiano empírico no pós-operatório. Paciente evoluiu com boa recuperação clínica e recebeu alta hospitalar com vinculação ambulatorial no serviço. Discussão: A apresentação clínica mais frequente das massas anexiais inclui sangramento uterino anormal e dor abdominal. Após a puberdade, grande parte das desordens ginecológicas advém de eventos fisiológicos relacionados ao ciclo menstrual. Apesar disso, a identificação de massas anexiais durante a avaliação pediátrica deve levantar suspeita de origem neoplásica, sendo mais prevalentes os tumores ovarianos benignos. Outras etiologias são abscessos tubo-ovarianos e salpingooforites, complicações da doença inflamatória pélvica em pacientes sexualmente ativas. Apesar de menor índice de suspeição, a ausência de fatores de risco para ocorrência de abscessos tubo-ovarianos não deve ser fator determinante para excluir essa hipótese, havendo relatos na literatura de abscessos primários em pacientes de baixo risco. Conclusão: O pediatra deve desenvolver competências para avaliar queixas ginecológicas, a fim de evitar o subdiagnóstico de condições potencialmente graves, como as neoplasias ovarianas. Na infância e adolescência, a tentativa de preservar a fertilidade futura das pacientes representa um desafio à equipe assistente.

Palavras-chave: OOFORITE, MEDICINA DO ADOLESCENTE, DOENÇAS DOS ANEXOS

PE-145 - SÍFILIS CONGÊNITA: AVALIAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DE CASOS NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA DE MINAS GERAIS DURANTE 5 ANOS

ANA CLARA ABREU LIMA DE PAULA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), ARLES MÉSCOLIN DE PAULA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE BARBACENA)

INTRODUÇÃO: A sífilis é uma patologia infectocontagiosa sistêmica, causada pela bactéria Treponema pallidum. Quando não tratada ou inadequadamente tratada, pode ser transmitida por via transplacentária durante a gravidez, da gestante para o feto, recebendo o nome de sífilis congênita e podendo resultar em diversas consequências, como prematuridade, sequelas neurológicas, natimorto e aborto (PEELING et al., 2017). OBJETIVO: O objetivo deste trabalho foi avaliar a prevalência de sífilis congênita em crianças, de zero a um ano, em Minas Gerais, entre 2014 e 2018. MÉTODO: Realizou-se um estudo epidemiológico transversal descritivo sobre sífilis congênita e a prevalência entre crianças de Minas Gerais com até um ano, através do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) na base de dados DATASUS, fornecida pelo Ministério da Saúde. A variável analisada foi a faixa etária no período de 2014 a 2018. RESULTADOS: Observou-se 8.181 casos de sífilis congênita em crianças de zero a um ano, de Minas Gerais, no período avaliado. Desses, houve uma maior prevalência no ano de 2018, com 2.362 casos (28,87% dos casos totais), e uma menor prevalência no ano de 2014, com 968 casos (11,83% dos casos totais). Além disso, foi observada uma prevalência de casos em recém-nascidos com até seis dias de vida, cujo total foi de 7.861 casos, representando 96,08% dos casos totais. Em contrapartida, houveram apenas 23 casos em crianças de 1 ano (12 a 23 meses), configurando 0,28% dos casos totais. CONCLUSÃO: Dessa forma, foi observado que recém-nascidos com até seis dias de vida representam a faixa etária mais prevalente dentre os casos de sífilis congênita em crianças, de zero a um ano, em Minas Gerais, entre 2014 e 2018, totalizando 96,08% dos casos notificados. Pode-se concluir, também, que houve um aumento no número geral de casos de 2014 para 2018.

Palavras-chave: SÍFILIS CONGÊNITA, PEDIATRIA, EPIDEMIOLOGIA

PE-146 - OS RESULTADOS DA IMPLEMENTAÇÃO DA LIGA ACADÊMICA DE PEDIATRIA NO ENSINO MÉDICO

ANDRE DA SILVA BARROS (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ELKE NASCIMENTO GOMES DO VALLE (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

INTRODUÇÃO: A liga acade770,mica de pediatria da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e769, uma entidade recém-criada e organizada por acade770,micos e professores com o objetivo de complementar o aprendizado das aulas de pediatria. A liga promove encontros quinzenais com palestrantes especialistas na área, abordando temas relevantes e pouco explorados no currículo. Além disso, busca possibilitar a realização de ações científicas e de extensão. OBJETIVO: Avaliar o impacto da implementação da liga acadêmica de pediatria na UFMG no ensino médico. MÉTODO: Foi realizada análise das atas das reuniões a fim de confirmar as ações da liga e dos formulários de presença, sendo preciso preencher com nome, um resumo da aula e uma nota de um a cinco, onde a menor nota era dada para aulas pouco produtivas e a maior nota para aulas muito produtivas. RESULTADOS: Ao decorrer do ano alguns membros da liga produziram 5 resumos científicos para a Sociedade Mineira de Pediatria e estão organizando o I Simpósio Online de Pediatria da UFMG. Das 15 aulas da liga os ligantes responderam que em 92,67% as aulas foram consideradas nota 5, 6,48% nota 4 e 0,85% nota 3, sendo consideradas produtivas para o ensino médico. Além disso, tiveram duas aulas abertas para outros universitários, com um retorno positivo em relação ao número de participantes e engajamento durante a reunião, sendo 82 alunos na aula sobre a residência em pediatria e 79 alunos na aula sobre os aspectos clínicos da sexualidade infantil. CONCLUSÃO: Com base nos dados coletados, conclui-se que a liga de pediatria proporcionou a disseminação e o aprofundamento do conhecimento na a769,rea da semiologia e da cli769,nica pedia769,trica, de forma produtiva e eficaz, com reconhecimento de acadêmicos e docentes. Além disso, fomentou o interesse por ações acadêmicas voltadas à pediatria e promoveu o desenvolvimento científico da área entre discentes.

Palavras-chave: LIGA ACADÊMICA, ENSINO, PEDIATRIA

PE-147 - TEMPO DE TELA E PANDEMIA: IMPACTO NA SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

MELISSA GOMES DA COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), LEO NOGUEIRA CAMPOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), JULIA CRISTINA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), BRUNO TALISON BATISTA PEREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), PAULINE CHRISTINA CAMPOS MARTINS FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), CAMILA BLANCO CANGUSSU (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), CAMILA PEREIRA PESSOTI (UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOCE)

Introdução: Com o início da pandemia causada pelo Sars-CoV-2, foram implantadas medidas de segurança visando o distanciamento social e a diminuição da propagação do novo coronavírus. A partir da instauração da quarentena, as crianças foram afastadas das escolas e do convívio social, aumentando o tempo de tela para fins recreativos e laborais. O uso da televisão, celular, tablets, computadores e outros passaram a ser mais presentes na vida de crianças e adolescentes, associado a redução da socialização e da prática de exercícios físicos. Objetivo: Analisar os impactos causados pelo uso excessivo de telas em crianças e adolescentes num contexto pandêmico. Metodologia: Revisão assistemática da literatura no PubMed com os descritores: “Screen time”, “Child”, “Adolescent”, “Pandemic” e “Impact” no qual foram encontrados 30 artigos. Selecionamos 4 artigos que se referiam aos efeitos da pandemia de SARS-COV-2. Resultados: O aumento do tempo de tela causado pelo isolamento social, pode acarretar diversos problemas na saúde da criança e do adolescente. Dentre os diversos impactos causados pelo excesso de tela, pode-se destacar o aumento na incidência de miopia, sedentarismo, obesidade, problemas psicossociais, acometimento da saúde mental, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, depressão, dificuldade de concentração e irregularidade do padrão de sono. Essas repercussões podem ser prejudiciais não somente no decorrer da pandemia, como também, posteriormente, promovendo desfechos negativos na vida adulta. Conclusão: A pandemia tem causado inúmeros efeitos danosos na saúde das crianças, tornando-se um grande desafio que deve ser compreendido e minimizado. Há a necessidade de implantar estratégias que visam a redução do tempo de tela, promoção da prática de atividade física, cuidados com a saúde mental e, consequentemente, melhora na qualidade de vida.

Palavras-chave: TEMPO DE TELA, PANDEMIA, SAÚDE DA CRIANÇA.

PE-148 - AUMENTO DA INCIDÊNCIA DA OBESIDADE INFANTIL NA PANDEMIA

MELISSA GOMES DA COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), LEO NOGUEIRA CAMPOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), RAQUEL LARANJEIRA GUEDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), PAULINE CHRISTINA CAMPOS MARTINS FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), LAURA ANTUNES CORDEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), MARCELLE MARQUES MOURA FRANCO BELGA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), SAMANTA GABRIELA FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), CAMILA BLANCO CANGUSSU (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO)

Introdução: A pandemia causada pelo Sars-CoV-2 impactou diretamente na saúde, no convívio comunitário e nos hábitos alimentares da população. Com a implantação do isolamento social, muitas crianças e adolescentes perderam a sua autonomia na prática de atividades recreativas e físicas, associado a um aumento do tempo de sono e de tela, com consequente piora na qualidade da alimentação. Tais fatores repercutem significativamente no aumento do peso desses indivíduos, sendo de grande relevância o controle das condições que conduzem ao sobrepeso e a obesidade. Objetivo: Analisar o aumento da obesidade infantil num contexto pandêmico e a consequente redução da atividade física e elevação do consumo de alimentos hipercalóricos. Metodologia: Revisão assistemática da literatura no PubMed com os descritores: “Pandemic”, “Children”, “Obesity” no qual foram encontrados 563 artigos. Destes, selecionamos aqueles que tratavam da pandemia de SARS-CoV-2. Resultados: Os 5 artigos encontrados concordam que o isolamento social teve como consequência agravar ou causar a obesidade. Ademais, a obesidade é um fator de risco para covid-19. Associado a isso, teve-se um aumento da prevalência da obesidade devido ao consumo exacerbado de alimentos industrializados, diminuição de alimentos in natura, redução da prática de exercícios físicos, irregularidade do sono e aumento do tempo de tela. Assim sendo, a pandemia predispôs, além da obesidade, sedentarismo e piora dos hábitos de vida. Conclusão: Na medida em que se elevam os índices atuais de crianças obesas, aumenta o risco de comorbidades associadas, implicando, no futuro, em uma maior taxa de doenças na população, e consequentemente, crescimento dos gastos públicos. Sendo assim, é importante que os familiares, a rede de apoio e os profissionais da saúde sejam orientados para a contenção dos fatores que agravam e sustentam a obesidade infantil.

Palavras-chave: OBESIDADE INFANTIL, PANDEMIA, SEDENTARISMO.

PE-149 - IL-6 COMO PREDITOR DE SEPSE NEONATAL PRECOCE EM GESTANTES COM AMNIORREXE PREMATURA PRÉ-TERMO

ANDRÉ LUIZ DE JESUS MENDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), BIANCA APARECIDA GONÇALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), OTÁVIO AUGUSTO COELHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), MARIANNY RODRIGUES DE ANDRADE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), CAMILA BRUCK DE SIQUEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JULIA SANTANA MARTINS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LAURA ELISA ARAÚJO VIANA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Introdução: A Amniorrexe Prematura Pré-termo (APP) é a ruptura de membranas amnióticas antes do início das contrações uterinas, sendo um dos principais fatores de risco para sepse neonatal precoce. O diagnóstico da sepse é complexo nos neonatos, sendo de grande relevância a pesquisa de marcadores diagnósticos com maior acurácia. Nesse contexto, a interleucina 6 (IL-6), uma citocina pró-inflamatória, vem sendo estudada como biomarcador no diagnóstico e fator prognóstico da sepse neonatal com APP. Objetivo(s): Analisar o uso de IL-6 como biomarcador diagnóstico da sepse neonatal relacionada à APP. Metodologia detalhada: Revisão narrativa da literatura científica, com utilização das bases de dados "PubMed", "Scielo" e "Google Acadêmico", nas quais foram incluídos descritores sobre a temática, sendo selecionados 10 artigos. Resultados: Os estudos têm sugerido que a dosagem de IL-6 pode possibilitar a identificação de sepse neonatal, sendo a placenta a principal fonte de produção de IL-6. Como o início da sepse neonatal precoce se dá ainda no útero, a mensuração da IL-6 pode ser realizada no soro materno, líquido amniótico ou cordão umbilical, sendo que, neste último, a molécula parece ser um marcador mais sensível e confiável. Nesse sentido, os níveis de IL-6 podem ajudar no direcionamento de antibioticoterapia para recém-nascidos de maior risco. Além disso, a dosagem de IL-6 tem-se mostrado um bom preditor de gravidade, considerando que o aumento de seus níveis está associado a casos mais graves de sepse neonatal. Porém, ainda existem dificuldades na comparação dos estudos devido às diferentes metodologias utilizadas para dosagem de IL-6, bem como pela definição dos pontos de corte para os níveis de IL-6 como preditores de sepse neonatal. Conclusão: O uso de IL-6 como biomarcador para o diagnóstico de sepse neonatal com APP mostra-se promissor. No entanto, estudos adicionais são necessários para viabilizar sua utilização na prática clínica.

Palavras-chave: SEPSE NEONATAL, INTERLEUCINA-6, PEDIATRIA

PE-150 - PEDIATRIA E ORTOPEDIA EM: UM CASO CURIOSO

TABATA SIMOES (HOSPITAL MATER DEI), PAULA SILVA (HOSPITAL MATER DEI), PEDRO POGGIALI (HOSPITAL MATER DEI), FERNANDA ANDRADE (HOSPITAL MATER DEI), JOAO VICTOR LORETO (HOSPITAL MATER DEI)

Introdução: As afecções ortopédicas na infância são uma das queixas mais frequentes na pediatria. O objetivo desse artigo é relatar um caso complexo, que envolveu os diagnósticos diferenciais da ortopedia, da clínica pediátrica, oncologia e da nutrologia, exigindo um trabalho multidisciplinar. Descrição : Criança de 4 anos, sexo masculino, espectro autista, com relato de dor, perda de força em membros inferiores e piora progressiva de deambulação. Ao exame físico membros superiores e inferiores livres, sem sinais flogísticos. Aventado hipótese de sinovite transitória do quadril e espondilodiscite. Iniciado tratamento com ibuprofeno, sem melhoras. Sem evidências de quadro neurológico foi solicitado ressonância de coluna torácica que evidenciou impregnação anômala em T1 e T6. Descartado quadro infeccioso por contiguidade ou disseminação hematogênica e pensado em infiltração neoplásica e osteomielite multifocal recorrente. Feito mielograma (normal) e ressonâncias de coxas, joelhos e pernas que observou edema ósseo em regiões metafisárias proximais e distais dos fêmures, tíbias e fíbulas, bilateral e simétrica, associado a sinais de periostite em articulações dos joelhos. Em conversa com a mãe, nos foi informado seletividade alimentar e realização de alguns exames solicitados pela nutróloga: Ferritina 18,9 , Zn 59,3(VR 60-120) e Vitamina C 0,05(VR 0,5-1,5). No 10° dia de internação, a criança apresentou epistaxe , aftas em lábios e petéquias em membros inferiores. Diante da clínica, das alterações radiológicas e do exame laboratorial, evidenciando baixa de vitamina C, a criança foi diagnosticada com escorbuto. Iniciado suplementação de 300mg/dia por 1 semana, seguindo de 100mg/dia por mais 3 meses, com boa resposta. Conclusão: Diante de um quadro de dor e dificuldade de deambulação deve-se afastar quadros ortopédicos mais comuns, como sinovite transitória do quadril e osteomielite. Contudo, o trabalho multidisciplinar contribuiu com um olhar diferencial, de modo que foi possível fazer o diagnóstico de uma doença simples, porém rara, como o escorbuto.

Palavras-chave: CRIANÇA, ESCORBUTO, COMPORTAMENTO ALIMENTAR, AUTISMO

Agradecimentos: PARABÉNS PELA COMPETÊNCIA, PROFISSIONALISMO E DEDICAÇÃO DE TODA EQUIPE.

PE-151 - RELATO DE EXPERIÊNCIA DE UMA INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA NA REGIÃO METROPOLITANA DE PORTO ALEGRE SOBRE PREVENÇÃO E MANEJO DE QUEIMADURAS EM CRIANÇAS

NATALI ROCHA BERNICH (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MARIANA DALL AGNOL DECONTO (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), JÚLIA DE SOUZA BRECHANE (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), ISABELLA BEATRIZ TONATTO PINTO (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), LAURA FOGAÇA PASA (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), LAURA TOFFOLI (UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), MILTON STEIN BRECHANE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS)

Introdução: Entre 2011 e 2021, no Brasil, foram registradas 84.229 internações de crianças entre 0 à 14 anos por lesões resultantes de queimaduras, e, no estado do Rio Grande do Sul, esses eventos correspondem a 4% das internações pediátricas. A maioria desses acidentes ocorre na presença de um adulto, reforçando a necessidade de instrução dos responsáveis a respeito de medidas preventivas e de um manejo primário adequado. Objetivo: Evidenciar os benefícios da atuação de discentes do curso de medicina em atividades de educação em saúde, através de ações de baixo custo e de grande repercussão. Método: Relato de experiência de atividade de promoção de saúde entre acadêmicos do curso de medicina e responsáveis por crianças a respeito da prevenção e do manejo inicial de queimaduras em crianças, ocorrido por dois dias consecutivos, com distribuição de material informativo impresso produzido pelos discentes. Resultados: Foram distribuídos 200 materiais didáticos em um hospital universitário da região metropolitana de Porto Alegre e em unidades básicas de saúde da região sobre prevenção desses acidentes e seu manejo inicial. Tendo em vista a pandemia da SARS-CoV-2, tornou-se essencial o esclarecimento sobre as propriedades inflamáveis do álcool em gel, considerando o amplo acesso das crianças a tal substância. Realizou-se também a divulgação de um projeto de extensão de simulação de manejo inicial de queimaduras em crianças com objetivo de capacitar os responsáveis para atuar corretamente diante dessa situação. Conclusão: Conhecimentos teóricos precisam estar articulados com ações junto à comunidade, prestando informações de qualidade e esclarecimento de dúvidas à população. Logo, foi possível orientar uma parcela da comunidade local, propagando conhecimento e direcionando os responsáveis sobre suas principais indagações. Além disso, a participação na ação também permitiu, aos acadêmicos de medicina, experimentar uma nova forma de aprendizado, desempenhando um papel ativo em ações de educação em saúde.

Palavras-chave: EDUCAÇÃO EM SAÚDE, QUEIMADURAS, CORROSÕES

PE-152 - DEFICIÊNCIA DE VITAMINA B12 EM CRIANÇAS DEVIDO A VEGANISMO - UMA REVISÃO DE LITERATURA

PAULINE CHRISTINA CAMPOS MARTINS FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), SAMANTA GABRIELA FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), MARCELLE MARQUES MOURA FRANCO BELGA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), LAURA ANTUNES CORDEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), MELISSA GOMES DA COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), LEO NOGUEIRA CAMPOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), RAQUEL LARANJEIRA GUEDES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO)

INTRODUÇÃO: Uma dieta vegana pode ser potencialmente crítica para crianças, com riscos de fornecimento inadequado, sobretudo, de proteínas, minerais e vitaminas, como a B12. Esta desempenha funções essenciais no organismo e não está presente em alimentos de origem vegetal. OBJETIVOS: Produzir uma revisão integrativa da literatura sobre a carência em crianças, em consequência de uma dieta vegana, de vitamina B12 e avaliar a necessidade de reposição desta. METODOLOGIA DETALHADA: Realizou-se uma busca de artigos nas bases de dados Medline, PubMed, Scielo e Lilacs. Consideraram-se os descritores cadastrados no DeCS: "Diet, Vegetarian " e "Child Health", combinados usando o operador booleano "AND". Os critérios de inclusão foram estudos: dos últimos 5 anos, em inglês, e que abordam vitamina B12. Excluídos da análise foram: estudos duplicados nas bases de dados, revisões narrativas, relatos de caso, livros, guias e documentos. RESULTADOS: Foram encontrados 61 artigos, entre os quais apenas 7 atendiam a todos os critérios. Ficou claro que a deficiência de B12 pode levar a distúrbios de desenvolvimento graves e às vezes irreversíveis. Dessa forma, é recomendada uma dieta diversificada e bem planejada com suplementação adicional da vitamina através de alimentos ou suplementos fortificados a fim de que ocorra o desenvolvimento pleno das crianças em relação ao desenvolvimento de habilidades cognitivas, comportamentais e de linguagem. É importante destacar que a suplementação regular não atenua os riscos e que é recomendado o rastreamento sérico dessa vitamina em veganos. CONCLUSÃO: Apesar da possibilidade de suplementação de B12 não podemos dizer de forma decisiva que o veganismo é seguro para as crianças. Ademais, percebe-se a necessidade de mais estudos sobre o tema, visto a pequena quantidade de estudos encontrados.

Palavras-chave: DIET, VEGETARIAN , VITAMIN B 12 DEFICIENCY, CHILD HEALTH

PE-153 - HOLOPROSENCEFALIA: RELATO DE CASO

CARLA NEIVA CHAVES (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO), LETICIA GUDOLLE SEDA (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO), ANA PAULA VIEIRA MACHADO RAMOS (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO), ROBERTA FANTAUZZI BORGES (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO), FABÍOLA CAROLINE DE SOUZA (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO), THAIS GUIMARÃES MIRANDA XAVIER (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO), LETICIA RODRIGUES SILVA (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO), ALICE DE SOUZA PARENTONI (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO), LIGIA MARIA ALVES DOS SANTOS PERTENCE (HOSPITAL GOVERNADOR ISRAEL PINHEIRO)

Introdução: Holoprosencefalia é uma malformação cerebral, relativamente rara, ocorre devido a distúrbio do desenvolvimento do prosencéfalo embrionário, ou prosencéfalo, fato comumente associado a defeitos médio-faciais. Classificada em 3 subgrupos: alobar, semilobar e lobar, além disso, é descrito um subtipo leve associado a variante inter-hemisférica média. Anormalidades cromossômicas são identificadas em até 50% dos casos. Descrição do caso: G.P.A., 7 dias, masculino, natural de Belo Horizonte. Nascida de parto vaginal, de 38 semanas e 4 dias, adequado para a idade gestacional. Nasceu deprimido, Apgar2/3, entubado em sala de parto, sendo internada em UTI neonatal. Apresentava múltiplas malformações: displasia do processo frontonasal, hipotelorismo, deficiência de septo nasal, comunicação interatrial, ventriculomegalia bilateral. Mãe, realizou 10 consultas de pré-natal, DM 2 prévio. Negava uso de substâncias ilícitas. Ecografia obstétrica de primeiro trimestre, transnucencia nucal alterada e morfológico com agenesia de osso nasal e ventrículomegalia bilateral. Na UTI neonatal a paciente permaneceu entubado por 10 horas, modificado para ventilação não invasiva por 48 horas e desde então oxigênio por catater nasal. Ecocardiografia revelou comunicação interatrial, fração de ejeção de 57%. Ultrassonografia cerebral evidenciou holoprosencefalia do tipo alobar. Discussão: Avaliação pré-natal por ultrassonografia é um método de triagem dos casos de holoprosencefalia, mas a modalidade de escolha é a ressonância magnética de alta resolução. A mortalidade é alta, a sobrevivência depende da gravidade das malformações cerebrais e faciais, além de alterações cromossômicas, uma vez que existe grande associação com malformações cromossômicas. Esses pacientes requerem uma abordagem multidisciplinar para garantir qualidade de vida e prognóstico.

Palavras-chave: HOLOPROSENCEFALIA, CRIANÇA, CÉREBRO

PE-154 - RELATO DE CASO: DIABETES INSIPIDUS CENTRAL EM CRIANÇA COM CROMOSSOMOPATIA DO 12

VITOR COSTA FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI CAMPUS CCO), GUSTAVO COSTA FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI CAMPUS CCO), WALLACE SILVA CAMPOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI CAMPUS CCO), JÚLIO CÉSAR VELOSO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO JOÃO DEL-REI CAMPUS CCO)

Introdução: Diabetes insípido central é uma condição heterogênea caracterizada por poliúria e polidipsia causada pela falta de secreção de vasopressina. Descrição do caso: D.J.M, sexo masculino, 7 anos, portador de cromossomopatia do 12 com grave quadro neurológico, hidrocefalia e prognóstico reservado. Tomografia de crânio demonstra esquizoencefalia fenestrada com mal formação de corpo caloso e involução de sulcos e giros. Admitido com quadro de vômitos e desidratação grave, exames laboratoriais demonstram hemoglobina 10g/dL e plaquetopenia 26000mm³, aumento das escórias nitrogenadas (creatinina 1,67mg/dL e ureia 126mg/dL), além de acidose metabólica moderada (ph 7,27 e Bic 13mEq/L), Hipernatremia (176 mEq/L) e EAS com densidade normal. Realizado teste de restrição hídrica com resultado com confirmação de Diabetes insípido central. Tratamento realizado com DDAPV a cada 48h e controle hídrico e da natremia. Discussão: A Diabetes insípido central adquirida, especialmente em crianças e adultos jovens, é causada pela destruição ou degeneração dos neurónios que se originam nos núcleos supra-óptico e paraventricular do hipotálamo. As causas conhecidas destas lesões são diversas e incluem as malformações cerebrais e cranianas da linha média. Entre 20 e 50% dos casos a doença é considerada idiopática. Neste caso, acredita-se que a lesões visualizadas na tomografia relacionadas a Cromossomopatia do 12 podem estar associadas ao Diabetes insípido central. O diagnóstico toma por base o resultado de exames de urina, exames de sangue e do teste de privação hídrica. O tratamento foi realizado com suporte clinico e o medicamento de escolha é a desmopressina, ou DDAVP, que é um análogo sintético do hormônio endógeno. Conclusão: Tendo em vista a apresentação rara da cromossomopatia do 12 associada ao quadro de Diabetes Insipidus Central promove um relato de caso não usual, cujo paciente apresenta alterações cerebrais graves.

Palavras-chave: PEDIATRIA, DIABETES INSIPIDUS CENTRAL, CROMOSSOMOPATIA 12

PE-155 - AUMENTO DAS INTOXICAÇÕES DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES POR OPIOIDES E NOVAS DIRETRIZES DE 2020 DA AMERICAN HEART ASSOCIATION (AHA) PARA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR E ATENDIMENTO CARDIOVASCULAR DE EMERGÊNCIA

JÚLIA ASSIS RODRIGUES (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), RENATO CAMATA COUTO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LETÍCIA TANURE DINIZ (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GABRIEL DUTRA ANTÔNIO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), FLÁVIA CRISTINA DE CARVALHO MRAD (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Introdução: A epidemia de uso de opioides nos Estados Unidos da América tem elevado as taxas de intoxicação por essas substâncias em crianças e adolescentes, com 9 mil mortes estimadas entre 1999 e 2016 nesta faixa etária. Essa tendência motivou a American Heart Association (AHA) a atualizar as seções de overdose de opioides nas diretrizes de reanimação cardiopulmonar (RCP) de crianças e adolescentes em 20202. No Brasil, houve elevação de 465% na prescrição de opioides entre 2009 e 20153, um alerta para um possível aumento de intoxicações. Objetivo: apresentar as atualizações das diretrizes da AHA de 2020. Metodologia: Revisão da literatura disponível na plataforma PubMed, com uso dos descritores: "opioid", "pediatrics", "CPR", "AHA". Resultados: Uma importante atualização refere-se ao uso de Naloxona, antagonista dos opioides. Além do suporte básico de vida pediátrico (SBVP) padrão, foi recomendada a administração de Naloxona em crianças com suspeita de overdose com pulso palpável, mas respiração ausente ou gasping. Por ser uma droga ineficaz para outras causas de parada cardiorrespiratória (PCR), não deve ser utilizada caso o profissional julgue não haver benefícios, priorizando a RCP padrão de alta qualidade. Em cenários de overdose, pode ser administrada por leigos após treinamento direcionado. As recomendações de SBVP, nestes casos, foram mantidas. Deve-se reconhecer apneia, gasping ou respiração irregular sem drive respiratório satisfatório e proceder à abertura de vias aéreas e às ventilações de resgate. A RCP de crianças com suspeita de PCR deve conter compressões torácicas e ventilação, com uma ventilação a cada dois a três segundos. Conclusões: A overdose de opioides entre crianças e adolescentes impacta diretamente os serviços de urgência e de emergência. No Brasil, estudos são necessários para melhor compreensão do cenário epidemiológico. Entretanto, considerando o aumento das prescrições de opioides no país, o treinamento adequado de profissionais e leigos pode favorecer melhores desfechos.

Palavras-chave: OPIOIDES, DIRETRIZES, RCP, EMERGÊNCIA PEDIÁTRICA

PE-156 - MANIFESTAÇÕES NEUROLÓGICAS PREDOMINANTES DA COVID-19 EM PACIENTES PEDIÁTRICOS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

ANA MARIA REZENDE MACHADO ALMEIDA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO), LETÍCIA ANDRIOLI DA CUNHA (UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO), LÍVIA MACIEL FERNANDES (UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO), VITOR MATIAS GRAH (UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO), SIMONE GALLI ROCHA BRAGATO (UNIVERSIDADE DO ESTADO DE MATO GROSSO)

INTRODUÇÃO: A COVID-19 é uma doença infecciosa que tem como agente etiológico o vírus SARS-CoV2. As principais manifestações são respiratórias, contudo, o comprometimento de outros sistemas tem sido documentado, entre eles, o neurológico. Afecções neurológicas têm sido descritas em casos de COVID-19 em crianças e adolescentes, as quais podem levar a consequências duradouras de seu neurodesenvolvimento. OBJETIVO: Identificar as manifestações neurológicas documentadas do SARS-CoV-2 em pacientes pediátricos. METODOLOGIA DETALHADA: Revisão de literatura cujo levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) e PubMed utilizando-se os seguintes descritores DeCS, com respectivos MeSH e operador booleano: Covid-19 AND Neurologic Manifestations AND Children AND Pediatrics AND Nervous System Diseases. Os critérios de inclusão foram estudos observacionais e experimentais de manifestações neurológicas do vírus Sars-CoV-2 publicados entre os anos de 2020 e 2021 com textos completos e disponíveis gratuitamente. RESULTADOS E CONCLUSÃO: Obteve-se 120 artigos, dos quais 45 foram selecionados pois atendiam aos critérios de inclusão e ao objetivo do estudo. Dessa forma, identificaram-se 23 manifestações neurológicas da Covid-19 em pacientes pediátricos. Encefalopatia (44%), convulsão (42%), cefaléia (31%), anosmia (33%) e ageusia/disgeusia (29%) foram as manifestações neurológicas predominantes nos estudos. Outros sintomas presentes são paralisia de pares cranianos (20%), entre eles abducente, oculomotor e facial, distonias musculares (20%), Guillain Barré (18%) e AVE (15%). Embora a Covid-19 tenha afetado majoritariamente adultos, encontramos um grande espectro de manifestações neurológicas em crianças com infecção confirmada por SARS-CoV-2. Sendo a COVID-19 uma doença respiratória, outras manifestações sistêmicas, especialmente apresentações neurológicas, podem passar despercebidas. Por isso, a importância de mais estudos visando antecipar possíveis alterações e sequelas neurológicas da doença pelo Novo Coronavírus em crianças, a fim de intervir precocemente em possíveis atrasos no neurodesenvolvimento.

Palavras-chave: COVID-19, NEUROLOGIC MANIFESTATIONS, CHILDREN , PEDIATRICS

PE-157 - ATUALIZAÇÕES SOBRE O MANEJO DA REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR EM PACIENTES PEDIÁTRICOS COM DIAGNÓSTICO OU SUSPEITA DE COVID-19 EM AMBIENTE HOSPITALAR

LETÍCIA TANURE DINIZ (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), GABRIEL DUTRA ANTÔNIO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), JÚLIA ASSIS RODRIGUES (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), RENATO CAMATA COUTO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), FLÁVIA CRISTINA DE CARVALHO MRAD (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Introdução: A Reanimação Cardiopulmonar (RCP) é procedimento padrão para abordagem de pacientes com Parada Cardiorrespiratória (PCR), importante emergência pediátrica. Na pandemia de COVID-19, sua realização é dificultada, dado o risco de contágio por secreções respiratórias. Por isso, diretrizes foram criadas para orientar sua execução eficaz e segura. Objetivos: Reunir e analisar atualizações sobre RCP em crianças com diagnóstico ou suspeita de COVID-19 nas diretrizes das associações: American Heart Association, European Resuscitation Council, International Liaison Committee on Resuscitation, Sociedade Brasileira de Pediatria, Associação Brasileira de Medicina Intensiva e de Emergência. Metodologia: Revisão narrativa da literatura publicada nas bases Pubmed, Embase e Scopus, até 2021, com os descritores: COVID-19, RCP, Diretrizes e Pediatria, em inglês, espanhol e português. Resultados: As diretrizes são unânimes ao preconizar o uso de equipamentos de proteção pelos socorristas, incluindo capotes impermeáveis, máscaras, protetor facial, luvas e gorro e ao recomendar a limitação da equipe atuante, e dispositivos de RCP automatizada para redução das pessoas em cena. Recomenda-se optar por métodos de oxigenação com menor emissão de aerossóis, como o equipamento bolsa-válvula-máscara acoplado a um filtro High Efficiency Particulate Air e a técnica de vedação hermética da máscara. Para minimizar tentativas de intubação orotraqueal malsucedidas, atribui-se essa função ao profissional mais capacitado, com interrupção rápida das compressões e uso de videolaparoscopia. A RCP, em paciente pronado, deve ser feita em decúbito ventral, caso haja ventilação pulmonar mecânica, a menos que seja possível fazê-la sem risco de desconexões de equipamentos e, em dorsal, na ausência de via aérea avançada. Deve-se ainda executar a desparamentação e o descarte de materiais. Por fim, propõe-se o treinamento da equipe multiprofissional, com simulações realísticas e disponibilização de recursos para viabilizar a aplicação dos guidelines. Conclusão: Embora as diretrizes tragam recomendações complementares e concordantes, aumentando seu grau de confiabilidade, ainda são necessárias contínuas atualizações.

Palavras-chave: COVID-19, REANIMAÇÃO CARDIOPULMONAR, DIRETRIZES, PEDIATRIA,

PE-158 - REGISTROS DE VIOLÊNCIA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA NO BRASIL

DOUGLAS ALVES DA COSTA CANELLA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS), GUSTAVO DE SOUZA HENRIQUES (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM), EDUARDO FELLIPE CAPINI DE ALMEIDA TAVARES (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM), CAIO AUGUSTO DE LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), ANDRESSA PEREIRA RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), FERNANDA SOUZA ALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), MONNYKA CASTRO LIMA (UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC), TATIANY CALEGARI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA)

INTRODUÇÃO: No Brasil, a violência em geral tem um grande impacto de morbimortalidade na população, gerando um grande problema de saúde pública. A violência autoprovocada infantil é o conceito de agressões ou automutilações que a criança ou adolescente faz em si mesmo. E a violência interpessoal, é quando um indivíduo intencionalmente usa sua força física, de poder ou de ameaça, contra uma criança ou o adolescente. OBJETIVOS: Descrever a quantidade de casos notificados de pacientes de violência interpessoal/autoprovocada. MÉTODOS: Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) notificados no período de 2017 a 2019 no Brasil. Os parâmetros utilizados foram: tipo de violência, faixa etária e escolaridade. RESULTADOS: No Brasil nos anos de 2017 a 2019 foram registrados 1.063.218 casos de violência interpessoal e autoprovocada, a faixa etária de (zero a quatorze) anos é responsável por (23,9%) desses registros com (63,9%) desses sendo provocado na residência da criança. O total de casos registrados de violência física em crianças e adolescentes foi de (30,8%), (16,4%) dessas crianças relataram violência psicológica e (29,8%) violência sexual. A pesquisa também demonstrou que o sexo feminino é mais acometido por essas violências, estando com (58,3%) em violência física, (66,5%) em violência psicológica e (83,8%) em violência sexual. CONCLUSÃO: A violência interpessoal e autoprovocada infantil, apresenta um grande número de casos, sendo um problema de saúde pública. Os registros em crianças do sexo feminino merecem atenção, pois se apresentaram maiores, nos alertando para a violência de gênero. Com base no exposto, é necessário estudar quais ações torna-se mais relevantes no cuidado e acolhimento dessas crianças a fim de qualificar a assistência de enfermagem junto aos demais profissionais de saúde, sendo necessário a criação de políticas públicas com a finalidade de serviços específicos de atenção a crianças em situação de violência.

Palavras-chave: SAÚDE DA CRIANÇA, MAUS-TRATOS INFANTIS, EDUCAÇÃO EM SAÚDE

PE-159 - FATORES DE RISCO MATERNOS ASSOCIADOS AO DESENVOLVIMENTO DE CARDIOPATIAS CONGÊNITAS

JONAS MUNCK DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), LARYSSA DE SÁ BRAGANÇA GONÇALVES (FACULDADE DE MEDICINA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), MARCELLA DOS REIS CANTAGALLI ALVIM (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA), VITOR FERNANDES ALVIM (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA)

Introdução: Cardiopatias congênitas (CC) constituem o defeito congênito mais frequente, com incidência de 1% e prevalência estimada em 2%. Representam a principal causa não infecciosa de morte em bebês. Objetivos: Avaliar possíveis fatores maternos associados ao risco de CC. Metodologia detalhada: Pesquisa bibliográfica nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs utilizando os descritores “Risk Factors”, “Maternal Exposure” e “Heart Defects, Congenital”. Selecionados artigos publicados nos últimos 10 anos em inglês e português. Discussão: Entre os fatores maternos associados às CC encontram-se: diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HAS), hiper-homocisteinemia, baixo peso materno e exposições ocupacionais. Um estudo caso-controle constatou que mães de pacientes com CC apresentam 3,9 vezes mais chances de possuir comorbidades, como HAS e DM. DM materno aumenta o risco de lateralidade e heterotaxia, anomalias do trato de saída cardíaco, defeitos do septo ventricular e atrioventricular, além de cardiomiopatia hipertrófica. HAS, mesmo isoladamente, relaciona-se significativamente às CC. Baixo peso materno na pré-gravidez (IMC<18,5) ou IMC médio baixo (18,58804,IMC<21,25) associam-se com risco significativamente maior de CC quando comparado ao IMC médio alto (21,258804,IMC<24,0). Deficiência de vitamina D e o polimorfismo Fok1 do gene do receptor desta vitamina também foram associados ao risco aumentado de CC. Hiper homocisteinemia é fator de risco independente para CC, como tetralogia de Fallot e transposição de grandes vasos, sendo importante a suplementação de ácido fólico. Exposições ocupacionais também aumentam tal risco, a exemplo de solventes, glicol, pesticidas e metais pesados, bem como partículas poluentes atmosféricas, não havendo, neste caso, resultados consistentes em termos estatísticos. Estudos sugerem que sono insuficiente e exposição a altas temperaturas durante o início da gravidez podem aumentar o risco de CC, mas não está claro como isso ocorre. Conclusão: Deve-se atentar às principais condições maternas evidenciadas na literatura para prevenção de CC, além de realizar pesquisas buscando elucidar as demais.

Palavras-chave: CARDIOPATIAS CONGÊNITAS, FATORES DE RISCO.

PE-160 - O DESAFIO DIAGNÓSTICO DA ENCEFALITE POR VÍRUS EPSTEIN BARR: UM RELATO DE CASO

ANNA CAROLINA DIAS MUNAIER LAGES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), AYESKA ANDRADE LIMA (HOSPITAL ODILON BEHRENS), HELENA D´ÁVILA LEMOS GONTIJO (HOSPITAL ODILON BEHRENS), GIANE MOREIRA PRAÇA (HOSPITAL ODILON BEHRENS), YOHANNA BASTANI DE MATTOS (HOSPITAL ODILON BEHRENS), LARA BARBOSA SANTOS (HOSPITAL ODILON BEHRENS)

Introdução: A encefalite causada pelo Vírus Epstein Barr (EBV) é rara e tem um amplo espectro de manifestações. O dano neurológico causado pode então ser subestimado e o diagnóstico possibilita a abordagem correta.. Apresenta-se um caso de encefalite por EBV, alertando para a necessidade de investigação adequada. Descrição do Caso: Menina, 11 anos, admitida com irritabilidade, agitação, ataxia e confusão mental. Relatado linfonodomegalia, cervicalgia e febre há sete dias.. Durante a punção lombar, criança apresentou piora neurológica, necessitando intubação. Líquor evidenciou apenas pleocitose. Iniciado aciclovir e ceftriaxona, suspensos após culturas e sorologias negativas, incluindo EBV. Criança manteve Glasgow 9, olhar vago e hemiplegia. Tomografia no 6º dia de internação mostrou pontos de sangramento em SNC e EEG no 9º dia, encefalopatia difusa acentuada. RNM de encéfalo no 21º dia evidenciou encefalopatia hemorrágica, com áreas em reabsorção. Foi traquestomizada e recebeu tratamento de suporte.. Apresentou melhora neurológica lenta e progressiva, mantendo-se ainda hemiparética e disfágica. Nova sorologia para EBV no 23º dia da doença confirmou EBV IgM (124) e IgG (95). Discussão: Todos os esforços devem ser feitos para estabelecer o diagnóstico da encefalite viral. No caso do EBV, como a PCR está associada a resultados falso-positivos e falso-negativos, a sorologia é recomendada. Entretanto, o percentual de falso negativo pode ser alto dependendo do momento da coleta. Isto, porque a sorologia possui boa especificidade, mas é pouco sensível, principalmente se colhida precocemente (falso negativo: 1ª semana - 25%, 2ª semana - 5-10%, 3ª semana - 5%). Conclusão: No caso do EBV, o anti-antígeno nuclear aumenta de forma lenta e tardiamente, como aconteceu no caso descrito. Testes coletados no início do quadro podem resultar falso negativo e devem ser repetidos na fase adequada. É importante portanto, conhecer a melhor abordagem para a coleta e a melhor técnica de identificação para cada vírus.

Palavras-chave: ´ENCEFALITE VIRAL´, ´VÍRUS EPSTEIN BARR´, ´SOROLOGIA´

PE-161 - NOTIFICAÇÕES DE PARALISIA FLÁCIDA AGUDA EM PACIENTES MENORES DE NOVES ANOS NO BRASIL

DOUGLAS ALVES DA COSTA CANELLA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS), GUSTAVO DE SOUZA HENRIQUES (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM), EDUARDO FELLIPE CAPINI DE ALMEIDA TAVARES (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA - EMESCAM), CAIO AUGUSTO DE LIMA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), ANDRESSA PEREIRA RIBEIRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), FERNANDA SOUZA ALVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), MONNYKA CASTRO LIMA (UNIVERSIDADE PRESIDENTE ANTÔNIO CARLOS - UNIPAC), TATIANY CALEGARI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA)

INTRODUÇÃO: A poliomielite é uma patologia infecto contagiosa viral aguda, causada pelo vírus poliovírus, que pode desenvolver quadros de paralisia flácida no paciente. OBJETIVOS: Descrever a quantidade de casos notificados de pacientes com paralisia flácida aguda. MÉTODOS: Os dados foram coletados no Sistema de Informação de Agravos de Notificações (SINAN) notificados no período de 2018 a Agosto de 2021 no Brasil. Os parâmetros utilizados foram: faixa etária de (zero a nove anos), regiões, óbitos e sexo. RESULTADOS: No período analisado foram encontrados 859 casos notificados de paralisia flácida aguda em crianças até nove anos de idade. A região nordeste concentrou a maior parte dos casos relatados, com (38,9%), seguido da região sudeste com (30,4%). A maior prevalência foi na faixa etária de (um a quatro anos) (51,1%) e a menor foi a (menor de um ano) (5,9%). O sexo masculino teve maior registro de casos com (58,1%). Em relação à evolução da doença nota-se que maioria teve um desfecho de cura sem sequelas (49,5%), enquanto (1,9%) evoluíram para óbito. CONCLUSÃO: Diante disso, mesmo com a implementação da vacina contra poliomielite no Plano Nacional de Imunização (PNI) para prevenção de novos casos, ainda é uma doença que está em circulação na população pediátrica brasileira. Demonstrando a necessidade de desenvolver políticas públicas básicas, como saneamento básico e juntamente com alerta da doença para a população.

Palavras-chave: POLIOMIELITE, POLIOVÍRUS, SAÚDE DA CRIANÇA

PE-162 - MANIFESTAÇÃO MULTISSISTÊMICA DA COVID-19: SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICA COM ACOMETIMENTO NEUROLÓGICO.

SARA TAVARES ARAUJO (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ISABELA GUEDES (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), MARCELE ALMEIDA SANTOS (FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ERNA GEESSIEN KROON (LABORATÓRIO DE VIRUS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), LILIAN CARVALHO DE OLIVEIRA DINIZ (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), ALINE ALMEIDA BENTES (DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA DA FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS)

Introdução: A COVID-19, inicialmente associada às manifestações respiratórias, hoje é considerada uma doença multissistêmica. A Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIMP) é definida por febre há mais de três dias, associada a dois dos seguintes sintomas: exantema, conjuntivite, inflamação cutaneomucosa, hipotensão ou choque, acometimento cardíaco, coagulopatia, sintomas agudos do trato gastrointestinal. Para relacionar com COVID-19, é preciso RT-PCR, sorologia ou teste de antígenos positivo, ou exposição confirmada à COVID-19. A Síndrome Hemogafocítica (SH) é uma condição imunomediada, que pode se sobrepor à SIMP, tem como principal fator desencadeante infecções. Descrição do Caso: Paciente masculino, 2 anos, admitido no HIJPII em Abril de 2021, com febre alta, coriza e vômitos há 5 dias, associado a edema periorbital e de extremidades, placas urticariformes em face e abdome, hiperemia em orofaringe e conjuntivas, caracterizando Doença de Kawasaki (DK) completa. Apresentava critérios de Kobayashi que indicavam maior gravidade. Ecocardiograma à admissão com fração de ejeção 50%, disfunção do ventrículo esquerdo. RT-PCR para COVID-19 positivo. Prescrito Imunoglobulina 2g/Kg. Apresentou instabilidade hemodinâmica, febre e hepatomegalia, solicitados exames laboratoriais que indicavam SH: bicitopenia, aumento de ferritina e triglicérides. Iniciado metilprednisolona 30mg/Kg/dia. Evoluiu com ataxia de tronco e marcha, rigidez de nuca. Líquor com discreto aumento de celularidade. Alta hospitalar 12 dias após admissão, com melhora, em uso de AAS 50mg. Em retorno 40 dias após alta, não apresentou sequelas cardiovasculares e neurológicas, permanecerá em acompanhamento ambulatorial. Discussão: DK e SIMP, embora tenham evolução predominantemente favorável, podem causar morte e sequelas cardiovasculares em crianças previamente hígidas quando não adequadamente tratadas. A SH ainda é pouco descrita em literatura relacionada à COVID-19, sem relatos na faixa etária pediátrica. As manifestações neurológicas secundárias à COVID-19 em crianças são pouco relatadas. Conclusão: Embora manifestações graves sejam incomuns, elas reforçam a importância de acelerarmos pesquisas de vacina anti-SARS-COV-2 em crianças.

Palavras-chave: COVID-19, PEDIATRIA, SIMP, NEUROLOGIA, SIND. HEMOFAGOCÍTICA
Agradecimentos: AOS PARTICIPANTES DA PESQUISA, À FACULDADE DE MEDICINA DA UFMG, AO HIJPII E AO LAB. DE VIRUS DO ICB.

PE-163 - OBESIDADE INFANTIL E TEMPO DE TELA - UMA REVISÃO DE LITERATURA

PAULINE CHRISTINA CAMPOS MARTINS FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), MELISSA GOMES DA COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), ANA CAROLINA DE ALCÂNTARA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), ARTUR LARA MEINICK (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), GABRIEL LEITE DE CASTRO VIEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), JOANA PAULA MENDES DE MOURA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), IGOR DE FREITAS MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), VITOR RODRIGUES VIANA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO)

INTRODUÇÃO: O tempo máximo de uso de tela recomendado pela Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para crianças acimas de seis anos e adolescentes é de duas horas por dia. Sabe-se que o uso excessivo pode ser correlacionado ao aumento da obesidade infantil, um sério problema de saúde pública em todo o mundo. OBJETIVOS: Produzir uma revisão integrativa da literatura sobre a obesidade em crianças, relacionada a tempo de tela. METODOLOGIA DETALHADA: Realizou-se uma busca de artigos nas bases de dados Medline, PubMed, Scielo e Lilacs. Consideraram-se os descritores cadastrados no DeCS: “Screen Time”, “Child Health”, “Growth and Development” e “Obesity”, combinados usando o operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão foram estudos dos últimos 5 anos, em inglês, e que abordam obesidade infantil relacionada a tempo de tela. Excluídos da análise foram: estudos duplicados nas bases de dados, revisões narrativas, relatos de caso, livros, guias e documentos. RESULTADOS: Foram encontrados 220 artigos, entre os quais apenas 17 atendiam a todos os critérios. Ficou claro que existe uma associação adversa entre o consumo de mídia baseado em tela e adiposidade, sendo o tempo excessivo de tela um dos fatores de risco modificáveis 8203,8203,associados à obesidade grave em crianças menores de 5 anos. Ademais, estudos realizados detectaram que assistir TV por > 1h/dia durante a semana foram positivamente associadas ao consumo de alto teor de calorias. Dessa forma, a limitação do tempo de tela pode ser útil no controle da obesidade em escolares e na redução de complicações associadas. É importante destacar uma escassez de projetos observacionais longitudinais. CONCLUSÃO: O tempo excessivo de tela está fortemente associado ao sedentarismo, à alta ingestão de calorias e, consequentemente, à obesidade infantil. Ademais, mais pesquisas experimentais e observacionais são necessárias para elucidar como o tempo de tela interfere, sobretudo longitudinalmente, no excesso de peso corporal nas crianças.

Palavras-chave: SCREEN TIME, GROWTH, GROWTH AND DEVELOPMENT, OBESITY

PE-164 - USO DO SAL DE COZINHA NO TRATAMENTO DE GRANULOMA UMBILICAL: RELATO DE CASO

LETÍCIA PRESTINI TOMELIN (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE), BRUNA MORAIS LAGE (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE), CLARISSE ANGELIM SOARES CARDOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE), GABRIELA CARDOSO SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE), ISABELA DE SOUSA MATTOS MURTA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE), LETÍCIA MARIA MARCELINO GARIGLIO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE), LUÍZA ALMEIDA FERREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE), MARIANA DE ARAÚJO GOMES (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE), MAYAN BENAIA DIAS BARCELOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE), PATRYK MARQUES DA SILVA ROSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE), PEDRO HENRIQUE GUIMARÃES SANTANA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE), STEPHANIE ALVES DE SOUZA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BELO HORIZONTE)

Introdução: O granuloma umbilical (GU) é caracterizado como um defeito de cicatrização com formação de um broto de tecido de granulação que emerge da cicatriz umbilical, de cor vermelha, aspecto úmido e presença de secreção serosa ou sanguinolenta. Descrição do caso: Lactente de um mês de vida, apresentando pápula avermelhada, úmida e lisa na cicatriz umbilical, com cerca de 1cm em seu maior diâmetro, compatível com GU. Início há cerca de duas semanas, com aumento progressivo da lesão, mesmo com higiene adequada do local, relatada pela mãe da criança. A mesma procurou atendimento em outras ocasiões, nas quais foi prescrita solução de cloreto de sódio 20%, o qual não foi encontrado para compra. Foi instituído tratamento com sal de cozinha na região, sob oclusão, por 24 horas, com regressão significativa, sendo realizado novo ciclo do tratamento com regressão completa da lesão. A criança não apresentou irritabilidade nem sensibilidade local. Discussão: O granuloma umbilical pode regredir espontaneamente, entretanto, devido ao risco de irritação e infecção da área, seu tratamento se faz necessário. Há diferentes modalidades terapêuticas, sendo o sal de cozinha uma medida efetiva, de baixo custo e com menos efeitos adversos quando comparada às demais. Revisões sistemáticas demonstram que a desidratação induzida pelo sal, com seu uso por 3-5 dias, leva à regressão total do granuloma, sem evidência de complicações associadas e concluindo que essa é uma alternativa segura, além de amplamente disponível. Nos pacientes em que a medida não foi efetiva, o evento foi correlacionado ao diagnóstico errôneo da lesão. Conclusão: O granuloma constitui uma lesão benigna, cujo tratamento com sal, apesar das evidências científicas que suportam seu uso não serem muito robustas, representa uma forma simples, de baixo custo e eficaz de regressão da inflamação, devendo, portanto, ser mais difundida entre profissionais que atendem bebês.

Palavras-chave: CORDÃO UMBILICAL, GRANULOMA, CUIDADO DO LACTENTE

PE-165 - DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE: ASPECTOS GENÉTICOS, CLÍNICOS E A IMPORTÂNCIA DA TRIAGEM NEONATAL

CAROLINA DE JESUS MANOEL MONTEIRO (FACULDADE DE MEDICINA-UFMG), ANNA LUISA DE OLIVEIRA MELO (FACULDADE DE MEDICINA -UFMG), GEANNE MUNIZ MEIRA (FACULDADE DE MEDICINA-UFMG), JOÃO VICTOR XAVIER ASSUNÇÃO (FACULDADE DE MEDICINA-UFMG), MARIA CLARA DE SOUZA COUTO (FACULDADE DE MEDICINA-UFMG), ANA LÚCIA PIMENTA STARLING (FACULDADE DE MEDICINA-UFMG-HOSPITAL DAS CLÍNICAS-NUPAD), ELAINE ALVARENGA DE ALMEIDA CARVALHO (FACULDADE DE MEDICINA-UFMG- HOSPITAL DAS CLÍNICAS-NUPAD), RODRIGO REZENDE ARANTES (FACULDADE DE MEDICINA -UFMG-HOSPITAL DAS CLÍNICAS -NUPAD)

INTRODUÇÃO: A deficiência de Biotinidase é uma desordem autossômica recessiva, na qual ocorre um defeito na metabolização da vitamina biotina. Essa doença apresenta sintomas variados, destacando-se os neurológicos e cutâneos. Sabe-se que o tratamento pode ser realizado de forma simples, a partir da suplementação de biotina, quando o diagnóstico é feito precocemente. Dessa forma, a triagem neonatal, realizada no Brasil por meio do "Teste do pezinho" pelo Sistema Único de Saúde (SUS), apresenta grande importância na medicina preventiva. OBJETIVO: Revisar a literatura quanto à deficiência de Biotinidase, referente aos aspectos genéticos, clínicos e à triagem neonatal. METODOLOGIA: Pesquisa em banco de dados, utilizando termos relacionados a "Deficiência de Biotinidase" e "Triagem Neonatal". RESULTADOS: No Brasil, a ocorrência estimada da doença é de 1:9.000 nascimentos[3], sendo alta quando comparada a outros países. Em aspectos genéticos, mais de 160 mutações estão associadas à doença de modo que cerca de cinco variantes são responsáveis por 60% das anormalidades genéticas. A deficiência pode ser profunda ou parcial, com início da doença e dos sintomas em tempos distintos. São comumente atribuídas à doença atrasos no desenvolvimento, perda de audição, convulsões, ataxia e problemas de visão . Conforme a gravidade, os pacientes podem evoluir para coma e óbito. O tratamento de escolha é a terapia oral de reposição de biotina livre, sendo ele vitalício. Pacientes que iniciam a reposição de biotina tardiamente, apresentam melhora significativa em grande parte dos sintomas, porém, os danos neurológicos são, muitas vezes, irreversíveis. CONCLUSÕES: A deficiência de Biotinidase envolve desde sintomas sistêmicos e cognitivos, ao óbito do paciente. Assim, a realização do diagnóstico e tratamento precoce para a doença é a melhor estratégia para aumentar a qualidade de vida dos pacientes. Nesse contexto, destaca-se o "Teste do pezinho", realizado pelo SUS, como triagem precoce de alta eficácia diagnóstica.

Palavras-chave: DEFICIÊNCIA DE BIOTINIDASE, GENÉTICA, TRIAGEM NEONATAL
Agradecimentos: NUPAD -NÚCLEO DE AÇÕES E PESQUISA EM APOIO DE DIAGNÓSTICO

PE-166 - CRISES CONVULSIVAS EM CRIANÇAS E USO DO CANABIDIOL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA.

PAULINE CHRISTINA CAMPOS MARTINS FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO)

INTRODUÇÃO: O canabidiol (CBD), é uma substância extraída da planta Cannabis, a qual age no sistema nervoso central. É frequente a associação entre o uso e a redução de convulsões em crianças. OBJETIVO: Produzir uma revisão integrativa sobre o potencial terapêutico do canabidiol para tratamento de convulsões em pacientes pediátricos. MÉTODO: Esse estudo seguiu as diretrizes do PRISMA, que apresenta os conceitos gerais e passos para preparação de uma revisão. A criação da estratégia de pesquisa foi baseada na questão norteadora: "É conveniente o tratamento de convulsões em crianças com canabidiol?", conduzida pela estratégia PICO. A busca foi realizada nos bancos Pubmed e Medline. Consideraram-se os descritores cadastrados no DeCS: "Seizures", "Cannabidiol" e "Child Health´, combinados usando o operador booleano "AND". Os critérios de inclusão foram: estudos originais de pesquisa, em inglês, conduzidos com populações pediátricas. Excluídos da análise foram: estudos duplicados nas bases de dados, revisões narrativas, revisões sistemáticas, meta-análises, dissertações, teses e relatos de casos. RESULTADOS: 7 estudos foram incluídos nesta revisão de 23 peças de evidências originalmente localizadas. Observou-se, diante do uso, efeitos positivos na frequência de descargas elétricas que originam convulsões, por isso, muitas vezes foi destacado como alternativa terapêutica entre pacientes com Síndrome de Dravet(SD) e Síndrome de Lennox-Gastau(SLG). Não houve nenhum efeito em outras medidas do eletroencefalograma (EEG). Os eventos adversos mais destacados mediante o uso incluíram concentrações elevadas de aminotransferase hepática, pirexia, sonolência, anorexia, sedação, vômito e ataxia. Não houve consenso em relação à frequência e intensidade desses efeitos desencadeados por dosagens diferentes (10 mg/Kg/dia e 20 mg/Kg/dia). CONCLUSÃO: os resultados desses estudos apoiam o CBD como uma opção de tratamento, em crianças, para convulsões, principalmente em relação à SD e à SLG. Entretanto, é evidente que são necessários mais estudos em relação ao tema a fim de avaliar a relação entre dosagens e efeitos adversos.

Palavras-chave: SEIZURES, CANNABIDIOL, CHILD HEALTH, PEDIATRICS.

PE-167 - SITUS INVERSUS TOTALIS: UM RELATO DE CASO

MARIA CLARA LOPES DE BARROS (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), ANA CAROLINA MONTEIRO BRAZ (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), ATHOS LUIZ FREIRE MAIA (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), MATHEUS SILVA SOUSA (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), MATHEUS HENRIQUE VIEIRA RIBEIRO (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), VINÍCIUS HENRIQUE DOS SANTOS (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), MARIANA PEREIRA GERMANO (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA)

Introdução: O situs inversus totalis (SIT) é uma síndrome genética rara, com incidência de 1/10.000 casos, de distribuição igual em ambos os sexos. Caracterizada pela inversão completa da posição das vísceras torácicas e abdominais. Os indivíduos não apresentam repercussão clínica, com exceção dos casos associados a cardiopatia. O seu diagnóstico é um achado em exame de imagem como radiografias, tomografias e ultrassonografias. Descrição do caso: Recém-nascido, parto cesáreo, idade gestacional de 38 semanas. Peso ao nascimento adequado para a idade gestacional. Gestação de risco habitual e pré-natal adequado. Nasceu sem intercorrências, APGAR 8/9, encaminhado para o setor de isolamento respiratório em razão de COVID-19 positivo materno. Após 24 horas de vida recém-nascido evoluiu com quadro de desconforto respiratório e taquipneia, sendo solicitado exames laboratoriais e radiológico para investigação de sepse neonatal, que mostraram rastreio infeccioso negativo. Devido manutenção do quadro, novos exames de imagem foram solicitados. Em tomografia de tórax e abdome foi evidenciado SIT sem outras alterações. Ecocardiograma mostrou dextrocardia, pequeno CIA e descartou cardiopatias. Após 48 horas de suporte respiratório apresentou melhora. Permaneceu de observação em enfermaria pediatria sem outras intercorrências e recebeu alta em boas condições para acompanhamento ambulatorial. Discussão: A assimetria anatômica é estabelecida durante o período de formação embrionária, devido a uma anomalia na rotação dos tubos cardíacos. Como somente um pequeno percentual possui má-formação cardíaca congênita, a maioria dos diagnósticos vem ao acaso, como no caso descrito. Ainda de origem um pouco desconhecida, atribui-se sua existência à presença e variação de alguns genes. Não há um tratamento específico, não sendo necessário em geral reposicionar os órgãos do lado correto. Conclusão: Apesar de ser uma síndrome rara, é de grande importância o reconhecimento da existência de possíveis variações anatômicas para que iatrogenias sejam minimizadas evitando danos que possam ser irreversíveis ao paciente.

Palavras-chave: SITUS INVERSUS, SÍNDROME GENÉTICA, DEXTROCARDIA.

PE-168 - ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE DE VACA

AMANDA SILVA DE OLIVEIRA (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), MARIA CLARA LOPES DE BARROS (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), MARIANA PEREIRA GERMANO (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA)

Introdução: A alergia às proteínas do leite de vaca (APLV) é uma das mais observadas na primeira infância e pode ser definida como uma reação adversa de caráter imunológico. Em muitos casos os efeitos são transitórios, porém alguns podem se tornar graves e continuarem após o terceiro ano de vida indo até a vida adulta. O diagnóstico precoce e oportuno, com o seu adequado tratamento destaca-se, pelo impacto nutricional, emocional e socioeconômico que ocasiona. Objetivo: Realizar uma revisão na literatura sobre as diretrizes atuais para APLV. Metodologia detalhada: Revisão narrativa das principais diretrizes da APLV. Publicações relevantes foram pesquisadas nas bases de dados MEDLINE, PubMed, Sociedade Brasileira de Pediatria, com utilização das palavras-chaves sobre o tema. Resultados: Para avaliação diagnóstica a história clínica é padrão ouro: idade de início dos sintomas, duração, tempo decorrido entre a ingestão do alimento suspeito e esse início, quantidade de alimento ingerido e manifestações clínicas. Essas podem ser mediadas por IgE, onde sinais e sintomas ocorrem minutos após exposição ao alérgeno, sendo sintomas gastrointestinais, respiratórios ou anafilaxia. Nas não-mediadas por IgE, são tipicamente crônicos, ocorrem horas e até dias após a ingestão de proteínas do leite e o diagnóstico é basicamente clínico. Sendo necessários exames diagnósticos, o teste cutâneo de hipersensibilidade e interpretação adequada da dosagem sérica da IgE específica permitem diagnosticar a maioria dos episódios mediados por IgE, alguns casos exigem o teste de provocação oral. Como diagnóstico diferencial, considerar: intolerância à lactose, doença inflamatória intestinal e síndrome do cólon irritável. Conclusão: A APLV é uma doença em evolução com grande impacto na saúde da criança, sendo fundamental seu diagnóstico e tratamento adequados. Atualmente, o único tratamento eficaz é a dieta de exclusão. O uso de fórmulas hidrolisadas ou parcialmente hidrolisadas pode ser considerado uma estratégia nas crianças não amamentadas exclusivamente ao seio.

Palavras-chave: ALERGIA, ALEITAMENTO, IMUNIDADE.

PE-169 - ANÁLISE DA FREQUÊNCIA DE MUTAÇÕES NOS PACIENTES COM FIBROSE CÍSTICA ACOMPANHADOS EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA.

ROBERTA BURKHARDT FURLANI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG), ANNA LUISA DE OLIVEIRA MELO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG), DAYANE CAMPOS SANTANA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG), GABRIELA SOMMA GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG), MARCELLA EDUARDA DE AGUIAR TAVARES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG), MELISSA MACHADO VIANA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG), ELIZABET VILAR GUIMARÃES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG)

Introdução: A fibrose cística é uma doença autossômica recessiva e acomete 1:10.000 nascidos vivos em Minas Gerais. Foram identificadas mais de 2.000 mutações no gene CFTR, que levam a alterações no transporte de Cl nas células epiteliais e causam defeitos desde ausência total da produção da proteína, até perda parcial da capacidade de transporte transepitelial. As principais manifestações são doença pulmonar obstrutiva crônica e insuficiência pancreática. Conhecer as mutações apresentadas pelos pacientes tem importância para o prognóstico, no aconselhamento familiar e na prescrição de modulares da CFTR, novas drogas usadas no tratamento da doença. Objetivos: Descrever mutações mais frequentes da CFTR presentes nos pacientes, oriundos do Programa de Triagem Neonatal de Minas Gerais. Métodos: Foram analisados os dados do teste do suor e da pesquisa de mutações do gene CFTR de 148 pacientes (66,97% do total) atendidos no Ambulatório São Vicente do HC-UFMG. Resultados: 91,21% apresentavam teste do suor positivo e 8,79% valores indeterminados. 97,78% dos pacientes com teste do suor positivo apresentavam, no mínimo, uma mutação patogênica e, 38,46% daqueles com teste suor duvidoso apresentavam mutações de significado incerto. As 5 mutações mais comuns foram DELTAF508, R1162X, G542X, R334W, G85E. A frequência encontrada das classes I, II, III, IV, V e VI de mutações foram, respectivamente: 22,97%, 56,54%, 0%, 3,89%, 1,41% e 0%. 29,05% homozigotos para DF508 e 31,76% heterozigotos para DF508. Conclusão: A mutação DF508 foi a mutação mais frequente, como registrado na literatura. Mutações mais graves representaram 22,97% do total estudado. Pacientes com diagnóstico de Síndrome Metabólica Relacionada a Triagem Neonatal representavam uma minoria, refletindo a estratégia de triagem neonatal adotada. A ausência de mutações está relacionada às limitações do método laboratorial, o qual pode ser aperfeiçoado através das técnicas a serem aprovadas pelo Plano Nacional de Triagem Neonatal. Novas drogas moduladoras da CFTR podem beneficiar os pacientes.

Palavras-chave: FIBROSE CÍSTICA, TRIAGEM NEONATAL, MUTAÇÃO.

PE-170 - ALOPECIA AREATA OFIÁSICA NA INFÂNCIA: UM RELATO DE CASO

ANA CAROLINA MONTEIRO BRAZ (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), ATHOS LUIZ FREIRE MAIA (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), MARIA CLARA LOPES DE BARROS (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), MATHEUS SILVA SOUSA (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), MATHEUS HENRIQUE VIEIRA RIBEIRO (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), VINÍCIUS HENRIQUE DOS SANTOS (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), GABRIELA DE CASTRO SILVA (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA)

Introdução: A alopecia areata (AA) é uma condição autoimune de queda de cabelos, provavelmente de etiologia multifatorial. Existem vários subtipos de alopecia, dentre elas, a ofiásica é caracterizada pela perda de cabelos na linha de implantação temporo-occipital, com formato serpiginoso característico. Descrição do caso: Paciente do sexo feminino, 4 anos, acompanhada da mãe que refere rarefação do cabelo da paciente há 6 meses com área de alopécia ovalada no couro cabeludo de evolução contínua. Apresenta madarose associada a queda de pelos generalizada e placas ovaladas e lisas de alopecia no couro cabeludo nas regiões frontal e occipital. Nega infecção relacionada com o quadro, comorbidades e uso contínuo de medicamentos. A hipótese diagnóstica foi de alopecia areata ofiásica e foi iniciado o tratamento com propionato de clobetasol 0,05%, solução capilar, por 8 semanas. Solicitou-se para a paciente, hemograma, glicemia de jejum, TSH, T4 livre, anti-TPO, anti-Trab, anti-tireoglobulina e FAN. O retorno será realizado após a obtenção dos resultados desses exames. Discussão: Existem fatores que indicam uma evolução prognóstica menos favorável da AA do tipo ofiásica, dos quais a paciente apresenta dois, o padrão de acometimento temporo-occipital (ofiásico) e o fato da alopécia ter se iniciado na infância. Na dermatoscopia, a paciente apresenta o achado de pelos em ponto de exclamação, no qual a parte distal é mais espessa que a porção proximal do pelo. Por se tratar de uma doença autoimune é sempre necessário investigar a associação da alopecia areata com outras patologias imunomediadas. Por esse motivo foram solicitados exames complementares citados. Conclusão: Estudos mostram que a propedêutica utilizada é segura e eficaz no tratamento de pacientes pediátricos com AA. É importante estudos que enfatizem esse tipo de alopecia areata para otimizar a evolução em seu tratamento que, apesar de sua raridade, possui uma evolução mais grave acompanhada de difícil repilação.

Palavras-chave: ALOPECIA, DERMATOSCOPIA, AUTOIMUNE, DERMATOLOGIA PEDIÁTRICA.

PE-171 - EVOLUÇÃO CLÍNICA DA COVID-19 EM CRIANÇAS - UMA REVISÃO DE LITERATURA

PAULINE CHRISTINA CAMPOS MARTINS FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), MELISSA GOMES DA COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), ARTUR LARA MEINICK (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO), VITOR RODRIGUES VIANA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE OURO PRETO)

INTRODUÇÃO: A evolução clínica da COVID-19, em crianças, para quadros graves e a necessidade de internação destas em UTI é menos frequente em relação à população em geral. Apesar disso, não raro, podem haver complicações, levando a quadros críticos. OBJETIVOS: Produzir uma revisão integrativa da literatura sobre a evolução clínica do quadro de infecção, em crianças, pelo vírus SARS-CoV-2. METODOLOGIA DETALHADA: Realizou-se uma busca de artigos nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs. Consideraram-se os descritores cadastrados no DeCS: “COVID-19”, “Child” e “Clinical Evolution”, combinados usando o operador booleano “AND”. Os critérios de inclusão foram estudos dos últimos 5 anos, em inglês, e que abordam quadros de infecção por SARS-CoV-2 em crianças. Excluídos da análise foram: estudos duplicados nas bases de dados, revisões narrativas, relatos de caso, livros, guias e documentos. RESULTADOS: Foram encontrados 27 artigos, entre os quais apenas 8 atendiam a todos os critérios. Ficou claro que, ao contrário da maioria dos vírus respiratórios comuns, as crianças parecem ser menos suscetíveis à infecção por SARS-CoV-2 e geralmente, ao serem infectadas, desenvolvem quadros leves com baixa mortalidade. Os principais achados clínicos nessa população foram congestão nasal, febre, dificuldade respiratória, diarreia, fadiga, tosse seca, aumento da proteína C reativa, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia, procalcitonina elevada, opacidade em vidro fosco bilateral, consolidação pulmonar e pneumonia. Entre as complicações mais devastadoras está a síndrome inflamatória multissistêmica em crianças (MIS-C), doença semelhante à doença de Kawasaki (DK). Estudos revelam que a correção de níveis anormais de vitamina D pode influenciar positivamente a evolução da MIS-C. CONCLUSÃO: A infecção por SARS-CoV-2 apresenta, em geral, uma evolução mais benigna em crianças. Assim, raramente elas apresentam quadros graves. Ademais, são necessários mais estudos para elucidar, sobretudo o papel imunomodulador da vitamina D nessas infecções.

Palavras-chave: COVID-19, CHILD, CLINICAL EVOLUTION, PEDIATRICS.

PE-172 - PERFIL DA MORTALIDADE NEONATAL POR CAUSAS EVITÁVEIS NAS MACRORREGIÕES DO BRASIL

LARISSA SOUSA VITAL (FADIP), LÚCIA MEIRELLES LOBÃO (FADIP)

Introdução: No Brasil a morte neonatal representa mais da metade dos óbitos no primeiro ano de vida. Sendo que mais de 70% destes óbitos neonatais ocorrem devido a causas que podem ser evitáveis. A qualidade de saúde do neonato é diretamente relacionada aos cuidados recebidos por ele e pela gestante. Objetivo: O objetivo do trabalho foi caracterizar o perfil das mortes no período neonatal e avaliar as causas evitáveis, nos anos de 2008 a 2018 nas macrorregiões do Brasil. Métodos: As informações foram coletadas no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (DATASUS), sem identificação pessoal e aberto a pesquisa pública. Para a seleção dos dados foi usado a busca no link “Estatísticas Vitais”, opção “Óbitos por causas evitáveis”. Os dados foram analisados através de estatística descritiva, usando o software Excel. Resultados: Dentre as macrorregiões brasileiras o Sudeste e o Nordeste apresentaram o maior número de óbitos. Já a região Norte foi a que possuiu a maior taxa de mortalidade. Ademais, todas as regiões federativas apresentaram falhas nos cuidados ao binômio mãe-feto, em especial no auxílio à mulher durante a gestação, por meio das consultas de pré-natal. Conclusão: Conclui-se assim, que as mortes neonatais por causas evitáveis são variáveis nas macrorregiões do Brasil, necessitando de medidas mais direcionadas e planejadas para cada localidade, garantindo a maior sobrevida dos neonatos. Ademais, nota-se que em todas as macrorregiões a principal causa evitável de morte de recém-nascidos foi a relacionada com a inadequada atenção à mulher na gestação.

Palavras-chave: MORTALIDADE NEONATAL, PRÉ-NATAL, DOENÇAS DO RECÉM-NASCIDO

Normas de Publicação

1. A Revista Médica de Minas Gerais (RMMG) destina se à publicação de artigos originais, revisões, atualizações terapêuticas, relatos de casos, notas técnicas, comentários, pontos de vista e imagens inéditas das especialidades médicas e demais ciências da saúde.

2. A revista tem periodicidade continuada, a partir de 2016, com a seguinte estrutura: Editorial, Artigos Originais, Artigos de Revisão, Atualização Terapêutica, Educação Médica, História da Medicina, Relatos de Caso, Comentários ou Pontos de vista, Imagens, Cartas aos Editores, Comunicados das Instituições Mantenedoras e as Normas de Publicação.

2.1 Para efeito de categorização dos artigos, considera-se:
a) Artigo Original: trabalhos que desenvolvam crítica e criação sobre a ciência, tecnologia e arte da medicina, biologia e matérias afins que contribuam para a evolução do conhecimento humano sobre o homem e a natureza.
b) Artigos de Revisão: trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar abordagem dos vários problemas que afetam o conhecimento humano sobre o homem e a natureza.
c) Atualização Terapêutica: trabalhos que apresentam síntese atualizada do conhecimento disponível sobre a terapêutica em medicina, biologia e matérias afins, buscando esclarecer, organizar, normatizar, simplificar a abordagem sobre os vários processos utilizados na recuperação do ser humano de situações que alteram suas relações saúde doença.
d) Relato de Caso: trabalhos que apresentam a experiência médica, biológica ou de matérias afins em função da discussão do raciocínio, lógica, ética, abordagem, tática, estratégia, modo, alerta de problemas usuais ou não, que ressaltam sua importância na atuação prática e mostrem caminhos, conduta e comportamento para sua solução.
e) Educação Médica: trabalhos que apresentam avaliação, análise, estudo, relato, inferência sobre a experiência didático-pedagógica e filosófica, sobre os processos de educação em medicina, biologia e matérias afins.
f) História da Medicina: trabalhos que revelam o estudo crítico, filosófico, jornalístico, descritivo, comparativo ou não sobre o desenvolvimento, ao longo do tempo, dos fatos que contribuíram para a história humana relacionada à medicina, biologia e matérias afins;
g) Comentários ou Pontos de Vista: Apresentação de comentários, opiniões ou ponto de vista sobre assuntos de relevância em todos os campos da medicina, biologia e ciências da saúde em geral, a convite ou demanda espontânea;
h) Imagem: Flagrantes registrados de momentos, fenômenos, situações que descrevem alterações biológicas ou médicas de importância para a atualização, reciclagem de conhecimentos, revelados por sua aparência com a descrição e discussão sucinta do registro e indicação de referencias para estudo do assunto;
i) Cartas aos Editores: correspondências de leitores comentando, discutindo ou criticando artigos publicados na revista. Sempre que possível, uma resposta dos autores ou editores será publicada junto com a carta;

3. Os trabalhos recebidos serão analisados pelo Corpo Editorial da RMMG (Editor Geral, Editores Associados, Conselho Editorial, Revisores e Consultores Ad Hoc). Um trabalho submetido é primeiramente protocolado e analisado quanto a sua apresentação e normas, estando estas em conformidade, o trabalho é repassado aos Editores Associados que indicarão dois revisores da especialidade correspondente. Os revisores são sempre de instituições diferentes da instituição de origem do artigo e são cegos quanto à identidade dos autores e local de origem do trabalho. Após receber ambos os pareceres, os Editores Associados os avalia e decide pela aceitação do artigo, pela recusa ou pela devolução aos autores com as sugestões de modificações. Um manuscrito pode retornar várias vezes aos autores para esclarecimentos mas cada versão é sempre analisada pelos revisores, Editores Associados e/ou o Editor Geral, que detém o poder da decisão final, podendo a qualquer momento ter sua aceitação ou recusa determinada.

4. Para os trabalhos resultados de pesquisas envolvendo seres humanos, deverá ser encaminhada uma cópia do parecer de aprovação emitido pelo Comitê de Ética reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), segundo as normas da Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS 466/2012 , e para os manuscritos que envolveram apoio financeiro, este deve estar explicito claramente no texto e declarados na carta de submissão a ausência de qualquer interesse pessoal, comercial, acadêmico, político ou financeiro na publicação do mesmo.

5. Os trabalhos devem ser submetidos no sistema de submissão online, no site da RMMG <www.rmg.org>, inserindo o original e suas respectivas ilustrações, anexos e apêndices; Parecer do Comitê de Ética, quando houver; e carta de submissão do manuscrito, dirigida ao Editor Geral, indicando a sua originalidade, a não submissão a outras revistas, as responsabilidades de autoria, a transferência dos direitos autorais para a revista em caso de aceitação e declaração de que não foi omitido qualquer ligação ou acordo de financiamento entre o(s) autor(es) e companhias que possam ter interesse na publicação do artigo.

6. Os trabalhos devem ser digitalizados utilizando-se a seguinte configuração: margens esquerda e superior de 3cm e direita e inferior de 2cm; tamanho de papel formato A4 (21 cm X 29,7 cm); espaço entrelinhas de 1,5 cm, fonte Times New Roman, tamanho 12.
7.Para efeito de normalização adota-se o "Requerimentos do Comitê Internacional de Editores de Revistas Médicas" (International Committee of Medical Journal Editors)- Estilo Vancouver - disponível em: <http://www.icmje.org/>

8. As referências citadas no texto são numeradas consecutivamente, na ordem em que são mencionadas pela primeira vez, mediante número arábico, sobrescrito, sem parênteses, após a pontuação, quando for o caso, correspondendo às referências listadas no final do artigo. As referencias consequentemente são em ordem numérica e devem ser apresentadas

9. Os manuscritos devem ter a seguinte estrutura e ordem:
a. Primeira Página: Nome(s) completo do(s) autor(es) acompanhado(s) de sua(s) profissão, maior título, categoria(s) funcional(is) e respectivas(s) afiliação(ções); indicação da instituição onde o trabalho foi realizado; endereço para correspondência; indicação da categoria do artigo (ver item 2.1);
b. Segunda Página: Título em português e inglês; Resumo e Abstract (em formato semi-estruturado para os artigos originais)* do trabalho em português, sem exceder o limite de 250 palavras; Palavras-chave e Keywords, de acordo com Descritores em Ciências da Saúde-(DECS) da BIREME (http://bvsalud.org/);
c. Terceira Página: TEXTO> Introdução Material, Casuística e Método ou Descrição do Caso, Resultados, Discussão e/ou Comentários (quando couber) e Conclusões;
d. Agradecimentos (Opcional);
e. Referências como especificado no item 7 dessa norma;
i. *Normas: O resumo no formato semi-estruturado deverá ser adotado para os artigos da categoria "artigos originais", compreendendo, obrigatoriamente, as seguintes partes, cada uma das quais indicadas pelo subtítulo respectivo: Introdução; Objetivos; Métodos; Resultados; Conclusões.

10. As ilustrações são denominadas: TABELA (tabelas e quadros) e FIGURA (fotografias, gráficos e outras ilustrações). Dentro de cada categoria deverão ser numeradas sequencialmente durante o texto. Exemplo: (Tabela 1, Figura 1). Cada ilustração deve ter um título e a fonte de onde foi extraída. Cabeçalhos e legendas devem ser suficientemente claros e compreensíveis sem necessidade de consulta ao texto. As referências às ilustrações no texto deverão ser mencionadas entre parênteses, indicando a categoria e o número da tabela ou figura. Ex: (Tabela 1, Figura 1). As fotografias deverão ser enviadas conforme as instruções do sistema e não devem ser incorporadas no editor de texto; podem ser em cores e deverão estar no formato JPG, em alta resolução (300 dpi) e medir, no mínimo, 10cm de largura (para uma coluna) e 20cm de largura (para duas colunas). Devem ser nomeadas, possuir legendas e indicação de sua localização no texto.

11. As medidas de comprimento, altura, peso e volume devem ser expressas em unidades do sistema métrico decimal (metro, quilo, litro) ou seus múltiplos e submúltiplos. As temperaturas em graus Celsius. Os valores de pressão arterial em milímetros de mercúrio. Abreviaturas e símbolos devem obedecer padrões internacionais. Ao empregar pela primeira vez uma abreviatura, esta deve ser precedida do termo ou expressão completos, salvo se se tratar de uma unidade de medida comum.

12. Lista de Checagem: Recomenda-se que os autores utilizem a lista de checagem a seguir:
a. Página de Rosto com todas as informações solicitadas;
b. Resumo em Português com Palavras-Chave;
c. Resumo em Inglês – Abstract e Keywords
d. Texto (com citações numeradas por ordem de aparecimento indicadas por algarismos arábicos);
e. Referências no estilo Vancouver, numeradas em Ordem de aparecimento das citações no texto;
f. Tabelas Numeradas por Ordem de aparecimento
g. Figuras numeradas por ordem de aparecimento;
h. Legendas e fontes das Tabelas e figuras.

A RMMG É RESULTADO DA PARCERIA ENTRE AS SEGUINTES INSTITUIÇÕES:

Sociedade Mineira de Pediatria

AMMG

BIBLIOTECA VIRTUAL
ASSOCIAÇÃO MÉDICA DE MINAS GERAIS

PATROCÍNIO PLATINA

gsk

Nestlé 100 anos NO BRASIL

SANOFI

PATROCINIO OURO

Boehringer Ingelheim respiratória
Respiramos ciência & acesso, inspiramos vidas

Pfizer

OUTROS PATROCINADORES

Unimed Belo Horizonte

SICOOB CREDICOM