INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

CONVERSANDO COM O PEDIATRA

2ª EDIÇÃO

ORGANIZADORES
Otelo Schwambach Ferreira
Jailson de Barros Correia
João Guilherme Bezerra Alves
Magda Carneiro-Sampaio



IMIP

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

CONVERSANDO COM O PEDIATRA

2ª edição

ORGANIZADORES
Otelo Schwambach Ferreira
Jailson de Barros Correia
João Guilherme Bezerra Alves
Magda Carneiro-Sampaio

Recife
2026

©2025 Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Todos os direitos desta obra são reservados. Nenhuma parte desta publicação pode ser reproduzida ou utilizada por nenhuma forma ou por qualquer meio, eletrônico ou físico, incluindo fotocópia, gravação ou qualquer sistema de armazenamento e recuperação, exceto por citações breves, as quais devem ser atribuídas à publicação correspondente dos autores.

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA – IMIP

PRESIDENTE DE HONRA
Professor Fernando Figueira (In memoriam)

DIRETORIA DO IMIP
Presidente: Silvia Rissin
Vice-Presidente: Ítalo Rocha Leitão
Primeira Secretária: Isabel Virgínia Lino Ramos Veiga
Segundo Secretário: Paulo Marcelo Caldas Bompastor
Primeiro Tesoureiro: Carlos Santos da Figueira
Segundo Tesoureiro: Alex Caminha de Azevedo

SUPERINTENDÊNCIAS DO IMIP
Superintendente Geral: Tereza Campos
Superintendência de Administração e Finanças: Maria Sílvia Figueira Vidon
Superintendência de Atenção à Saúde: Adriana Scavuzzi
Superintendência de Ensino, Pesquisa e Inovação: Eduardo Jorge da Fonseca Lima
Superintendência Operacional: Manoel Figueira

Capa e diagramação: Luiz Arrais
Formatação: Camila Florencio, Kynlinca Nely e Jéssica Cavalcanti
Revisão: Mariana Oliveira

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Ficha Catalográfica
Elaborada por Camila Florencio CRB-4/2295

I59c Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira.

Conversando com o pediatra / Otelo Schwambach Ferreira... [et al.] (org.). – Recife : IMIP, 2026.
1067 p. : il.

ISBN 978-65-86781-49-6

1. Crianças – Doenças - Diagnóstico. 2. Pediatria – Obras de divulgação. 3. Sintomas – Obras de divulgação. I. Título. II. Ferreira, Otelo Schwambach.

CDD 918.92

ORGANIZADORES

OTELO SCHWAMBACH FERREIRA

Médico formado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), desenvolveu sua carreira clínica e acadêmica com forte vínculo ao Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP). Realizou residência médica em Pediatria pelo programa IMIP/Macy's Foundation/UFPE, com atuação destacada em Pneumologia Pediátrica. Possui mestrado em Pediatria pelo programa IMIP/UFPE e é professor aposentado de Pediatria da UFPE, com trajetória dedicada à assistência e à formação médica.

JAILSON DE BARROS CORREIA

Médico pediatra pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira e especialista em Infectologia Pediátrica pela Sociedade Brasileira de Pediatria. Mestre em Pediatria Tropical pela Liverpool School of Tropical Medicine e doutor (PhD) pela Universidade de Liverpool, é atualmente Professor Adjunto da UPE, Assessor de Cooperação Internacional do IMIP, Assessor Estratégico para Inovação Pedagógica e Inteligência Artificial da Faculdade Pernambucana de Saúde, Coordenador Acadêmico do MBA Executivo IMIP/FPS em Gestão em Saúde e Professor Associado Honorário da University College London, além de integrar o Comitê Científico de Infectologia da SBP e sociedades científicas internacionais.

JOÃO GUILHERME BEZERRA ALVES

Médico pediatra formado pela Universidade Federal de Pernambuco, com residência no IMIP/UFPE, mestrado em Pediatria (UFPE) e doutorado em Medicina (UFP). Possui ampla experiência em ensino, pesquisa clínica e epidemiológica e assistência pediátrica, com foco em pediatria geral, atividade física na infância, nutrição, relactação, febre, infecções parasitárias e prevenção de doenças da vida adulta desde a infância. É acadêmico da Academia Pernambucana de Medicina e conselheiro do Cremepe.

MAGDA CARNEIRO-SAMPAIO

Médica pediatra e imunologista, formada em Medicina pela Universidade Federal de Pernambuco e doutora pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, onde se tornou professora titular e referência em Imunologia Aplicada à Pediatria. Atuou na criação da Unidade de Alergia e Imunologia do Instituto da Criança do HC–FMUSP, sendo pioneira na descrição de imunodeficiências primárias e na identificação de manifestações autoimunes em erros inatos da imunidade no Brasil. Preside o Conselho Diretor do Instituto da Criança e do Adolescente e lidera iniciativas de humanização do atendimento pediátrico. Professora titular do Departamento de Pediatria da FMUSP. Membro titular da Academia Brasileira de Pediatria.

AUTORES

ADEILDO SIMÕES DA SILVA
Médico pediatra

ADRIANO ALMEIDA CALADO
Médico uropediatra

AGUINALDO JUREMA †
Médico otorrinolaringologista

ALEXANDRE ADOLFO ROMERO MACHADO
Médico ortopedista

ALVARO MACHADO NETO
Médico pediatra

ANA CLÁUDIA ZUANELLA
Psicóloga

ANNA DULCE SALES
Arteterapeuta

ANA MARIA PAIVA BEÇA
Psicóloga

ANA MARIA VAN DER LINDEN
Médica neurologista

ANDRÉ CAVALCANTI
Médico reumatologista pediátrico

ANDRÉIA YURIKO OBAN
Terapeuta ocupacional

ANDREZA XAVIER DE BRITO
Psicóloga hospitalar

ANIBAL AUGUSTO GAUDÊNCIO DE MELO
Médico pediatra

BEATRIZ SOARES DE AZEVEDO SARDANO
Médica pediatra

CÂNDIDA AUGUSTA REBELO DE MORAES GUERRA
Odontopediatra

CARLA CAVALCANTI PONTES
Advogada

CARLA VIRGÍNIA LOBATO
Jornalista e publicitária

CARLOS GONÇALVES DE OLIVEIRA
Médico pediatra

CARLOS ROBERTO DE MEDEIROS
Médico alergologista

CARMEM LÚCIA CAMPOS MACIEL
Psicóloga

CHRISTIANA FIGUEIREDO CRUZ
Pedagoga

CHRISTIANA MEIRELES
Nutricionista

CICERO CRUZ MACEDO
Médico pediatra

CLAUDIA ANDRADE COUTINHO
Médica endocrinologista

CLAUDIA LOGMAN MENDONÇA
Fonoaudióloga

CLÁUDIA MARINA TAVARES DE ARAÚJO
Fonoaudióloga

CLOVIS ARTUR ALMEIDA DA SILVA
Médico pediatra

CONSTANTINO GIOVANI BRAGA CARTAXO
Médico pediatra

CRISTIANA ALMEIDA DE MENEZES
Nutricionista

CRISTIANO NABUCO DE ABREU
Psicólogo

CRYSTIANE MARIA DO NASCIMENTO ROCHA
Juíza

DANIÈLLE DE BELLI CLAUDINO
Socióloga

ELIANE BUARQUE DE FREITAS MACHADO
Médica pediatra

ELISABETH CAVALCANTI COELHO
Fonoaudióloga

ELIZABETH AZOUBEL
Enfermeira

EMANUEL SÁVIO CAVALCANTI SARINHO
Médico pediatra e alergologista

ERICA DE ANDRADE LIMA
Psicóloga

ERNST-CHRISTIAN GAUDERER
Médico psiquiatra

FABIANA ARAUJO SPERANDIO †
Médica otorrinolaringologista

FERNANDO AZEVEDO
Médico pediatra

FILUMENA MARIA DA SILVA GOMES
Médica pediatra

GERUSA MARIA DA SILVA
Técnica de enfermagem

GIORGIO TAMBURLINI
Médico pediatra

GISELIA ALVES PONTES DA SILVA
Médica pediatra

IVO DE OLIVEIRA
Médico pediatra

JAILSON DE BARROS CORREIA
Médico pediatra

JANISE ARAUJO DE PAIVA
Fonoaudióloga e pedagoga

JOÃO GONÇALVES DE MEDEIROS FILHO
Médico pediatra e neonatologista

JOÃO GUILHERME BEZERRA ALVES
Médico pediatra

JOSÉ ÂNGELO RIZZO
Médico imunologista e alergologista

JOSÉ DE ANDRADE NUNES
Engenheiro químico

JOSÉ MARTINS FILHO
Médico pediatra e neonatologista

JOSIANE GOLIN
Psicóloga

JOSILMA CÁSSIA ESPÓSITO DE BARROS CORREIA
Pedagoga

JULIANA FALCÃO MUNIZ DOURADO
Psicóloga

KATIA GALEÃO BRANDT
Médica gastroenterologista pediátrica

LANA VALENTIM
Psicóloga

LUCAS VICTOR ALVES
Médico neurologista infantil

LUCIANA ISSA
Médica pediatra

LÚCIO FLÁVIO ANDRADE DE ALENCAR †
Médico cirurgião pediátrico

LUIZ FEICHAS CABRAL
Médico pediatra

LUIZ SCHETTINI FILHO
Psicólogo, filósofo, teólogo e escritor

MAGDA CARNEIRO-SAMPAIO
Médica pediatra

MARCELLO PITTA PONTUAL
Médico pediatra

MARCELO LONGMAM MENDONÇA
Médico otorrinolaringologista

MÁRCIA PRADELLA-HALLINAN
Médica do sono

MARIA BERNADETE MARQUES DANTAS
Médica pediatra

MARIA CECILIA FIGUEIRA
Médica alergista e imunologista pediátrica

MARIA CECÍLIA MATHEUS AZEVEDO CRUZ BARBOSA LOYO
Médica pediatra

MARIA DE FÁTIMA LOPES DA CRUZ
Médica pediatra

MARIA HELENA DE A. CATÃO RODRIGUES
Psicóloga

MARIA HELENA SOARES DE BARROS HULAK
Jornalista

MARIA LUISA ANTUNES NUNES
Pedagoga e psicóloga

MARIA MÔNICA ANTUNES SALES DE MELO
Pedagoga

MARIA STELLA DUNSHEE DE ABRANDHES
Psicóloga

MARIANNE WEBER ARNOLD
Médica cirurgiã pediátrica

MARTHA COELHO CAVALCANTI
Odontopediatra

MICHELA CYNTHIA DA ROCHA MARMO
Gastroenterologista pediátrica

MILTOM MEDEIROS †
Médico pediatra

MOACYR SAFFER
Médico pediatra

NEY CAVALCANTI DE ALBUQUERQUE
Médico endocrinologista

NEY MARQUES FONSECA
Médico pediatra

OTELO SCHWAMBACH FERREIRA
Médico Pediatra

PABLO EMANUEL LISBOA DE OLIVEIRA
Médico psiquiatra

PAOLA BATTAGLIA DIAS ALDEMAN FONSECA
Psicóloga

PATRÍCIA GOMES DE MATOS BEZERRA
Médica pediatra

PATRÍCIA CELINA DE LIRA
Agente comunitária de saúde

PATRÍCIA TENÓRIO BASTOS
Médica pediatra

PAULO JOSÉ CARVALHEIRA DE MENDONÇA
Médico pediatra

RAQUEL DE CRASTO †
Pedagoga

REGIS CARNEIRO ANDRADE FILHO
Médico pediatra

RENATA BARROS PEDULLA
Médica nefrologista

RENATA D. WAKSMAN
Médica pediatra

ROBERTA CARDOSO DE SIQUEIRA
Médica dermatologista

RODRIGO BEZERRA TENÓRIO †
Médico ortopedista

ROSANA SOUZA CARDOSO ALVES
Médica neurologista

SEBASTIÃO TENÓRIO DA SILVA †
Médico pediatra

SHEYLA BETÂNIA VERAS DE SOUZA
Psicóloga

SHEYLA LEVY
Médica pediatra e paliativista

SILVIA REGINA GONDIM FARIAS DE ANDRADE
Psicóloga

SÍLVIO NEVES BATISTA
Advogado

SUZANA SOFIA MOELLER SCHETTINI
Psicóloga

LANA VALENTIM
Psicóloga

TANIA M R ZAMATARO
Médica pediatra

TARCIANA MENDONÇA DE SOUZA ALMEIDA
Médica pediatra

THEREZA SELMA SOARES
Médica endocrinologista pediátrica

VANESSA LUCÍLIA SILVEIRA DE MEDEIROS
Médica dermatologista

VERA LÚCIA DE ANDRADE LIMA ANDERSON
Pedagoga

VILNEIDE MARIA SANTOS BRAGA DIÉGUES SERVA
Médica pediatra

WALTER DE MOURA LIMA
Médico cirurgião pediátrico

WILSON ROCHA FILHO
Médico alergologista e pneumologista

ZAINA MARIA GAMA PEREIRA
Psicóloga

ZALDO ROCHA †
Médico psiquiatra

OUTROS COLABORADORES

Não foram indicados os familiares que colaboraram na elaboração do capítulo para preservação de privacidade.

Adriana Reis de Albuquerque
Aliciana Maria Bezerra Barros
Amaro Cezar Araujo Fernandes
Amélia Maria de Oliveira Reynaldo
Ana Carolina Aguiar
Ana Carolina Cavalcanti Tavares Lima
Ana Carolina de Aguiar Gonçalves
Ana Gabriela Garcia
Ana Maria Filizola Friedheim
Ana Regina Carneiro Leão Cannizzaro
Ana Roberta de Albuquerque Pinto
Ana Tereza Bojanic
Andréa Epaminondas Tenório de Brito
Andreza Xavier de Brito
Antônio Machado Guimaraes
Ayrla Luiza Cruz A de Souza
Bruna Fonseca Selva Dalle
Candida Augusta Rebelo de Moraes Guerra
Carla Cavalcanti Pontes
Carla Virgínia Lobato
Carlos Antônio Alves Pontes
Carolina Tonon
Caúla Reis
Cláudio José Sá Leitão
Conceição Laffayete
Cristiane Schwambach Barroca
Crystiane Maria do Nascimento Rocha
Dulce Perazzo
Edigleide Maria Figueiroa Barreto
Eliara de Azevedo Gouvêa
Elisa Andrade
Emmanuelle Samarcos Wanderley Gueiros
Erika Cristiane Santos Cavalcanti
Erika Filizola
Eveline Maria Alvim do Amaral
Evie Carvalho Didier
Fernanda Lapa de Barros Correia
Fernando Antônio Gonçalves Pereira de Mesquita
Fernando Jorge Simão dos Santos Figueira Filho
Flavia da Costa Lins Cavalcanti
Gabriela Cavalcanti Florêncio
Gizélia Andrade de Carvalho
Henrique Anselmo Silva Braga
Hilda Queiroz
Isabelle Durepaire Medeiros
Isis Maria Farias de Medeiros
João Carlos Cavalcanti de Petribu Vilaça
Joice Valença Silva
Jose de Andrade Nunes
Josefa Cristina Pontes
Julia Braga Torres
Karla Cavalcanti de Almeida Castro
Lais de Carvalho Lapa
Letícia Zampieri de A Lima
Lígia Verônica Genésio Pessoa
Luciana Carneiro Leão
Luciana Maria de Barros Almeida
Luciana Marques Altino
Luiza Marillac de Araujo Almeida
Lyudmilla Palora Martins
Marcos Flávio Tenório de Almeida
Margaret Goes Simplicio Lippo
Maria Bernadete Marques Dantas
Maria Botelho de Andrade Coutinho
Maria Carolina Fugagnoli
Maria Eduarda Andrade
Maria Elisa Andrade Soares
Maria Gorette Brennand

Maria Helena Soares de Barros Hulak
Maria Luisa Antunes Luisa Nunes
Maria Risete Carlini de Moura
Maria Soares de Barros
Maria Thereza Didier de Moraes
Mariana Correia de Paiva Souza
Mariana Fantato Cavalcanti
Marília Didier Oliveira Reis
Marina Monteiro Leal
Marly Queiroz
Maysa Costa de Carvalho Alves
Mônica Ribeiro Coutinho
Mucio Pires Souto
Necy Lapenda Pessoa de Albuquerque de Azevedo
Palmira Rebelo
Patrícia de Souza Danda
Paula Cristina Pinto Delgado
Policarpo de Freitas Ribeiro Neto
Priscila da Silva Soares
Rafaella Oliveira Pinto de Campos Maciel
Raissa Maria Barbosa Maggi
Renato Lira Barbosa
Ricardo de Castro e Silva Dalle
Roberta Almeida de Mesquita
Roberta Gonçalves Santos Inácio Gondin
Roberta Pontes Caula Reis
Roberto Natanael da Silva Mendonça
Rômulo Carlini de Moura
Rosa Galindo
Rosa Miranda
Rosa Regina Gonçalves de Lima
Sônia Nemeth Paniquar de Souto
Tamise Schwambach Mota
Tatiana Braga
Thereza Cristina Sá Leitão
Wallisson Sérgio Florêncio
Zótico Luiz Schmitz da Silva

AGRADECIMENTOS

É necessário registrar nossa profunda gratidão aos autores da primeira edição deste *Conversando com o Pediatra*, que generosamente compartilharam sua sabedoria — fruto do conhecimento adquirido nos manuais e artigos científicos, mas também das experiências e vivências como pais, mães, avós e profissionais de saúde de excelência em seu tempo.

Reconhecemos que uma nova edição de um projeto como este exige a atualização de conceitos e de linguagem, à luz dos conhecimentos científicos que se acumulam em velocidade cada vez maior. Vivemos numa era em que valorizamos dados que, sistematizados, transformam-se em informação e, posteriormente, em conhecimento. No entanto, sabemos que a camada mais profunda — a sabedoria — não é mero resultado linear dessas etapas. Ela se constrói ao longo dos anos, quando o conhecimento se encontra com os desafios, surpresas, dilemas e aprendizados da vida real.

Assim, nossa homenagem aos autores da primeira edição está em reconhecer seu papel formador e em buscar preservar o seu legado de sabedoria, ao mesmo tempo em que promovemos a necessária atualização e ampliação que tornam este livro mais adequado às novas gerações de leitores.

Jailson de Barros Correia
Médico Pediatra Infectologista

FOTO: UNSPLASH

PREFÁCIO

A segunda edição de *Conversando com o pediatra*, com organização do médico Otelo Schwambach, marca para o IMIP um momento de grande simbolismo. Em 2026, ano em que o livro é lançado, a nossa instituição reafirma o seu papel como pilar da saúde no Nordeste, assumindo a responsabilidade pela publicação e divulgação desta obra que democratiza o conhecimento pediátrico.

Agora, exclusivamente em formato de *e-book*, o livro adapta-se à era da informação instantânea. O saber de Otelo Schwambach, que durante anos dedicou o seu talento como médico do IMIP, ganha a agilidade necessária para alcançar famílias e cuidadores onde quer que eles precisem — nos celulares, nas escolas e nos lares. Esta transição digital garante que a ciência pediátrica seja uma presença constante, gratuita e acessível a todos.

A iniciativa reflete os valores inegociáveis do professor Fernando Figueira, fundador do Instituto. Para ele, a medicina deveria transcender as paredes do hospital; a saúde era, acima de tudo, um direito à dignidade. Ao viabilizar esta obra, o IMIP honra essa visão, traduzindo o conhecimento técnico para uma linguagem acolhedora e prática. Como afirmava o mestre Figueira: "enquanto houver uma criança ameaçada de perder o que ela tem de mais sagrado — a sua própria vida — haveis de encontrar em mim um homem torturado."

Foi a Pediatria que fundou o IMIP e lhe entregou o seu código moral. Ao longo das décadas, o Instituto cresceu e tornou-se um complexo de referência, mas o nosso centro de gravidade permanece o mesmo: o cuidado com a infância. Promover este livro, escrito por um médico que ajudou a construir a nossa história, é celebrar a missão de difundir saúde com empatia e excelência.

Como médicos, vemos nesta segunda edição a consolidação de um diálogo necessário. Otelo Schwambach, acompanhado por João Guilherme Bezerra Alves e Jaílson Correia, consegue aproximar o rigor científico da sensibilidade exigida pelo quotidiano. Este *e-book* não substitui a consulta médica, mas atua como um guia seguro para esclarecer dúvidas e acolher as angústias de quem cuida.

Assinar este prefácio em conjunto é um marco de continuidade e união institucional. Representa o elo entre a gestão de Fernando Augusto, que consolidou os caminhos do ensino e da inovação no IMIP, e a atual superintendência, liderada

por Eduardo Jorge, focada em expandir o alcance da nossa missão através das novas ferramentas digitais.

Que *Conversando com o pediatra* continue a ser um instrumento de transformação social. Que, através desta publicação do IMIP, possamos levar adiante o legado de solidariedade que define a nossa história e o compromisso inabalável com o futuro das nossas crianças.

Fernando Augusto Figueira
Cirurgião Cardiovascular
Ex-Superintendente de Ensino, Pesquisa e Inovação – IMIP

Eduardo Jorge da Fonseca Lima
Pediatra
Atual Superintendente de Ensino, Pesquisa e Inovação – IMIP

APRESENTAÇÃO

O *Conversando com o pediatra* nasce do desejo de aproximar médicos, familiares e cuidadores em torno de um objetivo comum: cuidar melhor das crianças. Ao longo de décadas, essa ideia foi ganhando forma em encontros, conversas e textos que buscaram traduzir o conhecimento científico em palavras acolhedoras e acessíveis aos pais e mães.

Os antepassados do *Conversando com o pediatra* são as publicações da série *Conversando com os pais*, idealizadas por um grupo de pediatras do Recife a partir de 1986. Esses profissionais foram formados e aperfeiçoados na Disciplina de Clínica Pediátrica Médica e Higiene Infantil da UFPE, sob a liderança do professor Dr. Fernando Figueira, cuja equipe era composta por destacados professores. Os cursos de graduação e pós-graduação dessa disciplina funcionavam no Instituto Materno-Infantil, atual Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), instituição pensada e fundada pelo professor Fernando Figueira, e que se tornou um importante centro de formação e assistência em pediatria.

Desde o início, a palavra conversando está presente nos títulos e na prática dessas obras, marcando a proposta de diálogo entre profissionais e responsáveis. Uma característica inovadora, preservada até hoje, é a participação ativa de cuidadores, familiares e outros colaboradores, que oferecem seus relatos, experiências e reflexões em forma de texto, enriquecendo o conteúdo com diferentes olhares sobre o cuidado à criança.

Alguns textos da série *Conversando com os pais* foram mantidos nas duas edições do *Conversando com o pediatra* por sua força histórica e pela atualidade de suas lições. Entre eles, *A plantinha que tomava leite*, de Ana Tereza Bojanic, que convida à reflexão sobre a relação entre a criança, a alimentação e a postura dos adultos, e *A escola e a criança,* da professora Raquel Crasto, cofundadora do Instituto Capibaribe, referência em educação no Recife. Também permanece o texto *A importância do comportamento materno no desenvolvimento emocional da criança,* do professor Zaldo Rocha, um dos primeiros psiquiatras infantis do Brasil. Esses escritos ajudam a compreender o passado, mas também continuam a dialogar com os desafios do presente no cuidado infantil.

Esses são os primórdios do *Conversando com o pediatra*. A primeira edição, impressa e lançada em 2013, cumpriu a missão de levar informação de qualidade a muitas famílias. A segunda edição, em formato virtual e divulgada em 2026, amplia esse alcance: gra-

tuita e disponível pela internet, pode chegar a qualquer lugar onde haja um computador ou dispositivo conectado.

A atual edição do *Conversando com o pediatra* segue oferecendo espaço para que cuidadores, pessoas adotadas, babás, pacientes, profissionais da saúde e de outras áreas compartilhem seus conhecimentos e vivências em benefício de muitos. Ao reunir essas vozes, o livro reafirma a importância da parceria entre famílias, serviços de saúde e comunidade na promoção do bem-estar das crianças.

Os editores e organizadores de todas as publicações aqui mencionadas agradecem profundamente a cada colaborador que, de forma voluntária, ofereceu seu tempo, sua experiência e seu trabalho para a construção desta obra, que se aproxima de 40 anos de história. Todos foram tocados pela ideia do "salário mental", tão frequentemente lembrada nas palavras do professor Fernando Figueira: a recompensa imaterial de fazer o bem e servir à sociedade.

Um agradecimento especial é dirigido a professora Magda Carneiro Sampaio e a membros de sua equipe, que abraçaram o projeto e produziram material de grande valor científico e humano.

O professor Fernando Figueira foi um cérebro privilegiado, daqueles que a biologia produz raramente. Visionário, criativo, corajoso, trabalhador incansável, grande doutrinador, excelente médico, leitor voraz, companheiro de boa conversa, por vezes mordaz, mas sempre comprometido com o cuidado às crianças e às famílias, percorreu o mundo em busca de recursos para construir e manter o IMIP.

Por fim, registra-se também a homenagem a Fernandes Figueira, provavelmente o primeiro pediatra brasileiro a produzir material científico dirigido às famílias para auxiliá-las no cuidado com as crianças. A segunda edição do *Livro das Mães*, impressa em 1920, reúne textos que contribuíram de forma pioneira para essa aproximação entre conhecimento médico e vida cotidiana, e cuja importância histórica permanece reconhecida.

Otelo Schwambach Ferreira
Médico Pediatra

SUMÁRIO

PARTE I – PROMOÇÃO E PREVENÇÃO

1 DIREITOS UNIVERSAIS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES 26
1.1 O contexto global 26
1.2 O contexto brasileiro 33
1.2.1 Estatuto da criança e do adolescente (ECA) 33
1.2.2 Marco legal da primeira infância 34

2 ATENÇÃO À SAÚDE DO BRASILEIRO 35
2.1 Papel do estado: o sistema único de saúde e a estratégia de saúde da família (ESF) 36
2.1.1 Atenção à saúde de crianças e de adolescentes 36
2.1.2 Estratégia de saúde da família (ESF) 40
2.1.3 A caderneta da criança 44
2.2 O papel do sistema de saúde suplementar e da assistência privada 50
2.3 Os primeiros mil dias de vida 52
2.4 Doenças genéticas: um tema de interesse crescente para nossa sociedade 57
2.5 Assistência à saúde do adolescente 60
2.6 O modelo ideal para assistência à saúde da criança e do adolescente: o papel dos profissionais da saúde 64
2.7 O cuidador não familiar: a enfermeira e a babá 73
2.7.1 Pais separados, filhos educados pelas babás: a família do Século XXI 73

3 RELAÇÃO PACIENTE | CUIDADOR FAMILIAR OU NÃO FAMILIAR | EQUIPE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE 89

4 OS DIREITOS DO PACIENTE 94

5 O QUE É NORMAL? O QUE É ANORMAL? 99
5.1 Aspectos práticos 104

6 CONSULTA PRESENCIAL E CONSULTA NÃO PRESENCIAL OU À DISTÂNCIA 109
6.1 Aspectos práticos 116

7 BRINCADEIRAS E BRINQUEDOS: A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR 120
7.1 Brincando com arte e tornando-se artista: uma alternativa ao intenso mundo digital 132
7.2 Opiniões de cuidadores 135

8 ASPECTOS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS 141
8.1 A importância do comportamento materno no desenvolvimento emocional da criança 141
8.2 Fome e afeto 149
8.3 Comentários de profissionais e de cuidadores sobre o texto do prof. Zaldo Rocha e outros temas 151
8.4 Generalidades 156
8.5 Masturbação 179
8.5.1 Aspectos conceituais 179
8.5.2 Aspectos práticos 183
8.6 Chupeta ou dedo? 184
8.7 Fralda, mamadeira e peniquinho 192
8.8 Chamar a criança de "meu bebê" 198
8.9 Roer unhas: onicofagia 199
8.10 Ingerir cabelos: tricotilomania 201
8.11 Perversão do hábito alimentar 202
8.12 Promoção do uso saudável e seguro das telas, novas tecnologias e mídias sociais 204

9 SUPORTE ÀS FAMÍLIAS: "NOVAS" CONFIGURAÇÕES FAMILIARES 219
9.1 Filhos de pais separados 220
9.1.1 Participação de cuidadores e dos consultores 229
9.2 Filhos de mães e de pais solos: famílias monoparentais 234
9.2.1 Colaboração de cuidadores 242
9.3 Filhos de pessoas LGBTQIA+ 247

10 A FILIAÇÃO POR ADOÇÃO 249
10.1 As especificidades da adoção 251
10.2 Adoção de crianças maiores 256
10.3 Colaboração do psiquiatra de crianças e de adolescentes, Dr. Ernst Christian Gauderer 258
10.4 Outras dúvidas sobre adoção 261
10.5 Depoimentos de nossos colaboradores 272
10.6 Leituras recomendadas 281

11 VACINAS 286
11.1 Calendário nacional de vacinação 302
11.2 Vacinas: a “sujeirinha” que faz bem ou a teoria da higiene 311

12 DOENÇA NO ADULTO: PREVENÇÃO ANTES DA CONCEPÇÃO, NA VIDA INTRAUTERINA E NA INFÂNCIA 314
12.1 Colesterol alto em crianças: tratar? Quando e como? 322

13 CUIDADOS COM O BEBÊ: DO PROJETO À PRÁTICA — UMBIGO E FONTANELAS 324
13.1 No projeto 324
13.2 Na vida intrauterina 324
13.3 No parto 325
13.4 Na vida pós-natal 326
13.5 Cuidados com o umbigo 335
13.6 Fontanelas e suturas cranianas 339
13.6.1 Aspectos da legislação brasileira que protegem a gestante, a mãe nos primeiros meses após o parto e, sobretudo, a criança 343
13.6.2 Depoimentos das mães 345

14 REMÉDIOS COMO ALIADOS 348
14.1 A “farmacinha” doméstica 368
14.2 Relato de uma cuidadora que pingou remédio com nafazolina para desobstruir o nariz do filho 375

15 LEITURAS COMPARTILHADAS EM FAMÍLIA: LIVROS QUE CURAM! 377
15.1 A escola e a criança, de Raquel de Crasto 379

16 LINGUAGEM E FALA 397

17 ATIVIDADE FÍSICA 406
17.1 A criança e os esportes: natação 406
17.2 Generalidades 407
17.3 Natação: água clorada e saúde 415

18 ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO 423
18.1 Aleitamento materno 423
18.1.1 Um pouco da teoria 423
18.1.2 Muito da prática 433
18.1.3 Depoimentos de cuidadores e profissionais 453
18.1.4 Leituras recomendadas (livros, sites e redes sociais) 457
18.2 Quando amamentar não é possível 458
18.3 Mamadeira: esterilização e assuntos correlatos 465

18.3.1 Depoimentos de cuidadores 472
18.4 Alimentos distintos do leite materno no primeiro ano de vida 473
18.4.1 Complementação alimentar antes do sexto mês para as crianças que mamam ao peito 473
18.4.2 Alimentação exclusiva com alimentos distintos do leite materno antes do sexto mês de vida 474
18.4.3 Alimentação após o sexto mês de vida 484
18.4.4 Participação dos cuidadores, da nutricionista e da equipe médica 487
18.4.5 Os dez passos para a alimentação saudável 491
18.4.6 Alimentação após o primeiro ano de vida 494

PARTE II – PRINCIPAIS PROBLEMAS

19 CERCA DE 100 DOENÇAS ATÉ OS 10 ANOS DE IDADE 514

20 ACIDENTES 519
20.1 Importância do tema 519
20.2 Fatores de risco 519
20.3 Acidentes por faixa etária 520
20.3.1 O primeiro ano de vida 520
20.3.2 De 1 a 2 anos 521
20.3.3 De 2 a 5 anos 521
20.3.4 De 6 a 10 anos 522
20.3.5 Maiores de 10 anos 522
20.4 Acidentes domésticos 523
20.5 Acidentes por tipos 526
20.5.1 Trânsito 526
20.5.2 Afogamento 532
20.5.3 Queimaduras 536
20.5.4 Quedas 539
20.5.5 Intoxicações 541
20.5.6 Acidentes com animais peçonhentos 547
20.5.7 Aspiração de corpo estranho 561
20.5.8 Acidentes nos esportes 564
20.5.9 Brinquedos 567
20.5.10 Parques infantis - *playgrounds* 570
20.6 Primeiros socorros: traumas, feridas, fraturas 574
20.6.1 Fraturas 576
20.6.2 Ferimentos corto-contusos e perfurantes 578
20.6.3 TCE (traumatismo crânio encefálico) 583
20.6.4 Ferimentos na face 585
20.6.5 Trauma de tórax 590
20.6.6 Trauma de abdome 591
20.6.7 Situações especiais 596

21 FEBRE 609
21.1 Guia prático 609
21.2 Conversando... 610
21.3 Hipertermia e febre 618
21.4 Febrefobia 620
21.4.1 Os termômetros 621
21.4.2 Remédios usados para o controle da febre 624
21.4.3 Depoimentos 634
21.5 Convulsão febril 639
21.5.1 Guia prático 639
21.5.2 Conversando... 639
21.5.3 Colaboração de cuidadores 645

22 DOENÇAS RESPIRATÓRIAS 651
22.1 Rinite e sinusite agudas 651
22.1.1 Depoimento de uma colaboradora que colocou algumas gotinhas de um "inocente" remédio no nariz do filho 660
22.2 Faringite, amidgalite, adenoidite herpangina, febre faringoconuntival e mononucleose 662
22.3 Laringite aguda: crupe 666
22.3.1 Guia prático 666
22.3.2 Conversando... 666
22.4 Tosse, traqueíte, bronquite e pneumonia 668
22.4.1 Guia prático 668
22.4.2 Conversando... 669
22.4.3 Depoimento de uma cuidadora — outubro de 2022 676
22.5 Dor de ouvido: otite externa e otite média 679
22.5.1 Guia prático 679
22.5.2 Conversando... 680
22.5.3 Publicação científica sobre a otite média 685
22.5.4 Depoimentos mãe, filha e profissional de saúde 686
22.6 Ronco, respiração bucal e apneia 688
22.6.1 Aumento anormal das adenoides e das amígdalas 688

23 DOENÇAS DIGESTIVAS 694
23.1 Dente, gengiva, língua e língua presa 694
23.1.1 Saúde dental, gengival e lingual 694
23.1.2 Língua presa 705
23.1.3 Mais debates sobre o tema 708
23.2 Golfada: refluxo gastroesofágico fisiológico: doença do refluxo gastroesofágico 723
23.2.1 Guia prático 723
23.2.2 Conversando... 724

23.2.3 Relato de pais e equipe médica 730
23.3 Estomatites: gengivoestomatite herpética, estomatite aftosa, doença mão-pé-boca, sapinho ou candidíase oral 732
23.3.1 Guia prático 732
23.3.2 Conversando.. 732
23.4 Vômito, diarreia aguda, desidratação 740
23.4.1 Guia prático 740
23.4.2 Conversando... 741
23.4.3 Material para auxiliar os cuidadores a praticar a hidratação oral com mais segurança e eficiência 751
23.5 Constipação intestinal 755
23.5.1 Guia prático 755
23.5.2 Conversando... 755
23.5.3 Colaborações de cuidadoras 763
23.6 Parasitoses intestinais 766
23.6.1 Guia prático 766
23.6.2 Conversando... 767

24 ASMA E RINITE ALÉRGICA 772
24.1 Guia prático 772
24.2 Conversando... 772
24.3 Orientações para a utilização da inaloterapia 789
24.3.1 Depoimentos 801
24.4 Diário de sintomas da asma 806

25 ALERGIA E INTOLERÂNCIA AOS ALIMENTOS 808
25.1 Alergia aos alimentos 808
25.2 Intolerância aos alimentos 815

26 APNEIA EMOCIONAL OU CRISE DE PERDA DO CHORO 818
26.1 Guia prático 818
26.2 Conversando... 818

27 CONVULSÃO 823
27.1 Guia prático 823
27.2 Conversando... 823
27.3 Relato de pais 826

28 TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH) 828
28.1 Depoimento de cuidadora 834

29 TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) 836

30 MORTE SÚBITA NA CRIANÇA NOVINHA 841
30.1 Depoimentos 846

31 SONO E SEUS PROBLEMAS 849
31.1 Participação de cuidadores 864

32 ICTERÍCIA FISIOLÓGICA DO RECÉM-NASCIDO E OUTRAS 867
32.1 Guia prático 867
32.2 Conversando... 867
32.3 Depoimentos 871

33 DOENÇAS INFECCIOSAS ERUPTIVAS 873
33.1 Guia prático 873
33.2 Conversando... 873
33.3 Varíola dos macacos 881
33.4 Dengue 882

34 CRIANÇA E ADOLESCENTE BAIXOS: USO DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO 888
34.1 Tabelas de altura 898
34.2 Gráficos de crescimento disponíveis 899
34.3 Depoimentos 901

35 DOR 911
35.1 Guia prático 911
35.2 Conversando... 911

36 GENITAIS EXTERNOS DA MENINA E DO MENINO 924
36.1 Genitais externos da menina 924
36.2 Genitais externos dos meninos 931
36.3 Depoimentos 936

37 INFECÇÃO URINÁRIA — CISTITE E PIELONEFITE 940
37.1 Guia prático 940
37.2 Conversando... 940
37.3 Depoimentos 946

38 ENURESE NOTURNA – XIXI NA CAMA 949
38.1 Conceito 957

39 CHORO EXCESSIVO NO BEBÊ: “CÓLICA NA CRIANÇA NOVINHA” 959
39.1 Aspectos que a Dra Filumena Maria da Silva Gomes acrescenta ao texto 964
39.2 Relato de cuidadora 966

40 ANEMIA 969
40.1 Guia prático 969
40.2 Conversando... 969
40.3 Contribuição de pacientes 974

41 DISTÚRBIOS ORTOPÉDICOS 977
41.1 Pé, perna, coluna vertebral e pronação dolorosa, dor de crescimento, sinovite transitória do quadril, andar na ponta do pé, distensão muscular 977
41.2 Depoimentos 987

42 DISTÚRBIOS ALIMENTARES 990
42.1 Meu filho não come: a verdadeira e a falsa falta de apetite 990
42.1.1 A verdadeira falta de apetite 990
42.1.2 A falsa falta de apetite 991
42.2 Excesso de peso e obesidade 999
42.3 Anorexia nervosa e bulimia nervosa 1012

43 COVID-19 1018
43.1 Guia prático 1018
43.2 A pandemia da Covid -19 1018
43.3 Orientações gerais para o uso de máscaras faciais 1025

44 PELE: DIFERENÇAS ENTRE A DA CRIANÇA E A DO ADULTO, CUIDADOS BÁSICOS E PRINCIPAIS DOENÇAS 1030
44.1 Principais doenças da pele nas crianças 1035

45 CUIDADOS PALIATIVOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES 1053

46 DEPENDÊNCIA DAS DROGAS 1057

PARTE I
PROMOÇÃO E PREVENÇÃO



FOTO: UNSPLASH

1 | DIREITOS UNIVERSAIS DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES

Danielle de Belli Claudino
Jailson de Barros Correia
Otelo Schwambach Ferreira

O pleno exercício da parentalidade, assim como da Pediatria, pressupõe um profundo e amplo compromisso com os seres humanos em desenvolvimento. Assim, pais, avós, educadores, cuidadores, pediatras e demais profissionais de saúde que cuidam de crianças e adolescentes devem estar informados e atentos aos seus direitos universais, incluindo o direito à saúde. Também as particularidades da legislação brasileira são de grande interesse para a sociedade em geral. Afinal, as crianças de hoje são a nossa maior — e talvez única — esperança de um futuro melhor para os habitantes do nosso país e, por que não dizer, do planeta Terra.

1.1 O CONTEXTO GLOBAL

A Convenção sobre os Direitos da Criança foi adotada pela Assembleia Geral da ONU em 20 de novembro de 1989. Entrou em vigor em 2 de setembro de 1990.É o instrumento de direitos humanos mais aceito na história universal, foi ratificado por 196 países. Aqui transcrevemos alguns de seus principais fundamentos e trechos selecionados sobre os direitos à saúde, desenvolvimento e educação:

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DA CRIANÇA

Preâmbulo

Os Estados Partes da presente Convenção,

Considerando que, de acordo com os princípios proclamados na Carta das Nações Unidas, a liberdade, a justiça e a paz no mundo fundamentam-se no reconhecimento da dignidade inerente e dos direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana;

[...]

Lembrando que na Declaração Universal dos Direitos Humanos as Nações Unidas proclamaram que a infância tem direito a cuidados e assistência especiais;

Convencidos de que a família, como grupo fundamental da sociedade e ambiente natural para o crescimento e o bem-estar de todos os seus membros e, em particular, das crianças, deve receber a proteção e a assistência necessárias para poder assumir plenamente suas responsabilidades dentro da comunidade;

Reconhecendo que a criança, para o pleno e harmonioso desenvolvimento de sua personalidade, deve crescer no seio da família, em um ambiente de felicidade, amor e compreensão;

Considerando que a criança deve estar plenamente preparada para uma vida independente na sociedade e deve ser educada de acordo com os ideais proclamados na Carta das Nações Unidas, especialmente com espírito de paz, dignidade, tolerância, liberdade, igualdade e solidariedade;

[...]

Conscientes de que, conforme assinalado na Declaração dos Direitos da Criança, "a criança, em virtude de sua falta de maturidade física e mental, necessita de proteção e cuidados especiais, incluindo a devida proteção legal, tanto antes quanto após seu nascimento";

[...]

Reconhecendo que, em todos os países do mundo, existem crianças vivendo em condições excepcionalmente difíceis, e que essas crianças precisam de consideração especial;

Dando a devida importância às tradições e aos valores culturais de cada povo para a proteção e o desenvolvimento harmonioso da criança;

Reconhecendo a importância da cooperação internacional para a melhoria das condições de vida da criança em todos os países em desenvolvimento, estabeleceram, de comum acordo, o que segue:

PARTE I

Artigo 1

Para efeito da presente Convenção, considera-se como criança todo ser humano com menos de 18 anos de idade, salvo quando, em conformidade com a lei aplicável à criança, a maioridade seja alcançada antes.

Artigo 2

1. Os Estados Partes devem respeitar os direitos enunciados na presente Convenção e assegurarão sua aplicação a cada criança em sua jurisdição, sem nenhum tipo de discriminação, independentemente de raça, cor, sexo, idioma, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional, étnica ou social, posição econômica, deficiência física, nascimento ou qualquer outra condição da criança, de seus pais ou de seus representantes legais.

[...]

Artigo 3

1. Todas as ações relativas à criança, sejam elas levadas a efeito por instituições públicas ou privadas de assistência social, tribunais, autoridades administrativas ou órgãos legislativos, devem considerar primordialmente o melhor interesse da criança.

[...]

Artigo 6

1. Os Estados Partes reconhecem que toda criança tem o direito inerente à vida.

2. Os Estados Partes devem assegurar ao máximo a sobrevivência e o desenvolvimento da criança.

Artigo 7

1. A criança deve ser registrada imediatamente após seu nascimento e, desde o momento do nascimento, terá direito a um nome, a uma nacionalidade e, na medida do possível, a conhecer seus pais e ser cuidada por eles.

[...]

Artigo 9

1. Os Estados Partes devem garantir que a criança não seja separada dos pais contra a vontade dos mesmos, salvo quando tal separação seja necessária tendo em vista o melhor interesse da criança, e mediante determinação das autoridades competentes, sujeita a revisão judicial, e em conformidade com a lei e os procedimentos legais cabíveis. Tal determinação pode ser necessária em casos específicos – por exemplo, quando a criança sofre maus-tratos ou negligência por parte dos pais, ou, no caso de separação dos pais, quando uma decisão deve ser tomada com relação ao local de residência da criança.

[...]

Artigo 12

1. Os Estados Partes devem assegurar à criança que é capaz de formular seus próprios pontos de vista o direito de expressar suas opiniões livremente sobre todos os assuntos relacionados a ela, e tais opiniões devem ser consideradas, em função da idade e da maturidade da criança.

[...]

Artigo 19

1. Os Estados Partes devem adotar todas as medidas legislativas, administrativas, sociais e educacionais apropriadas para proteger a criança contra todas as formas de violência física ou mental, ofensas ou abusos, negligência ou tratamento displicente, maus-tratos ou exploração, inclusive abuso sexual, enquanto a criança estiver sob a custódia dos pais, do tutor legal ou de qualquer outra pessoa responsável por ela.

[...]

Artigo 20
1. Crianças temporária ou permanentemente privadas do convívio familiar ou que, em seu próprio interesse, não devem permanecer no ambiente familiar terão direito a proteção e assistência especiais do Estado.

[...]

Artigo 23

1. Os Estados Partes reconhecem que a criança com deficiência física ou mental deverá desfrutar de uma vida plena e decente, em condições que garantam sua dignidade, favoreçam sua autoconfiança e facilitem sua participação ativa na comunidade.

[...]

Artigo 24

1. Os Estados Partes reconhecem o direito da criança de gozar do melhor padrão possível de saúde e dos serviços destinados ao tratamento das doenças e à recuperação da saúde. Os Estados Partes devem envidar esforços para assegurar que nenhuma criança seja privada de seu direito de usufruir desses serviços de cuidados de saúde.

2. Os Estados Partes devem garantir a plena aplicação desse direito e, em especial, devem adotar as medidas apropriadas para:

- reduzir a mortalidade infantil;
- assegurar a prestação de assistência médica e cuidados de saúde necessários para todas as crianças, dando ênfase aos cuidados primários de saúde;
- combater as doenças e a desnutrição, inclusive no contexto dos cuidados primários de saúde mediante, inter alia, a aplicação de tecnologia prontamente disponível e o fornecimento de alimentos nutritivos e de água limpa de boa qualidade, tendo em vista os perigos e riscos da poluição ambiental;
- assegurar que as mulheres tenham acesso a atendimento pré-natal e pós-natal adequado;
- assegurar que todos os setores da sociedade, especialmente os pais e as crianças, conheçam os princípios básicos de saúde e nutrição da criança, as vantagens do aleitamento materno, da higiene e do saneamento ambiental, e as medidas de prevenção de acidentes; e que tenham acesso à educação pertinente e recebam apoio para a aplicação desses conhecimentos;
- desenvolver assistência médica preventiva, orientação aos pais e educação e serviços de planejamento familiar.

3. Os Estados Partes devem adotar todas as medidas eficazes e adequadas para eliminar práticas tradicionais que sejam prejudiciais à saúde da criança.

4. Os Estados Partes comprometem-se a promover e incentivar a cooperação internacional para buscar, progressivamente, a plena realização do direito reconhecido no presente artigo. Nesse sentido, devem ser consideradas de maneira especial as necessidades dos países em desenvolvimento.

Artigo 25

Os Estados Partes reconhecem que uma criança internada em uma instituição pelas autoridades competentes, para fins de atendimento, proteção ou tratamento de saúde física ou mental, tem direito a um exame periódico para avaliação do tratamento ao qual está sendo submetida e de todos os demais aspectos relativos à sua internação.

[...]

Artigo 27

1. Os Estados Partes reconhecem o direito de todas as crianças a um nível de vida adequado ao seu desenvolvimento físico, mental, espiritual, moral e social.

2. Cabe aos pais ou a outras pessoas responsáveis pela criança a responsabilidade primordial de propiciar, de acordo com as possibilidades e os recursos financeiros, as condições de vida necessárias ao desenvolvimento da criança.

3. De acordo com as condições nacionais e dentro de suas possibilidades, os Estados Partes devem adotar as medidas apropriadas para ajudar os pais e outras pessoas responsáveis pela criança a tornar efetivo esse direito; e caso necessário, devem proporcionar assistência material e programas de apoio, especialmente no que diz respeito à nutrição, ao vestuário e à habitação.

[...]

Artigo 28

1. Os Estados Partes reconhecem o direito da criança à educação e, para que ela possa exercer esse direito progressivamente e em igualdade de condições, devem:

- tornar o ensino primário obrigatório e disponível gratuitamente para todos;
- estimular o desenvolvimento dos vários tipos de ensino secundário, inclusive o geral e o profissional, tornando-os disponíveis e acessíveis a todas as crianças; e adotar medidas apropriadas, como a oferta de ensino gratuito e assistência financeira se necessário;
- tornar o ensino superior acessível a todos, com base em capacidade, e por todos os meios adequados;
- tornar informações e orientação educacionais e profissionais disponíveis e acessíveis a todas as crianças;
- adotar medidas para estimular a frequência regular à escola e a redução do índice de evasão escolar.

2. Os Estados Partes devem adotar todas as medidas necessárias para assegurar que a disciplina escolar seja ministrada de maneira compatível com a dignidade humana da criança e em conformidade com a presente Convenção.

3. Os Estados Partes devem promover e estimular a cooperação internacional em questões relativas à educação, visando especialmente contribuir para a eliminação da ignorância e do analfabetismo no mundo e facilitar o acesso aos conhecimentos científicos e técnicos e aos métodos modernos de ensino. Nesse sentido, devem ser consideradas de maneira especial as necessidades dos países em desenvolvimento.

Artigo 29

1. Os Estados Partes reconhecem que a educação da criança deve estar orientada no sentido de:

- desenvolver a personalidade, as aptidões e a capacidade mental e física da criança em todo seu potencial;
- imbuir na criança o respeito aos direitos humanos e às liberdades fundamentais, bem como aos princípios consagrados na Carta das Nações Unidas;
- imbuir na criança o respeito por seus pais, sua própria identidade cultural, seu idioma e seus valores, pelos valores nacionais do país em que reside, do país de origem, quando for o caso, e das civilizações diferentes da sua;
- preparar a criança para assumir uma vida responsável em uma sociedade livre, com espírito de entendimento, paz, tolerância, igualdade de gênero e amizade entre todos os povos, grupos étnicos, nacionais e religiosos, e populações autóctones;
- imbuir na criança o respeito pelo meio ambiente.

[...]

Artigo 31

1. Os Estados Partes reconhecem o direito da criança ao descanso e ao lazer, ao divertimento e às atividades recreativas próprias da idade, bem como à livre participação na vida cultural e artística.

2. Os Estados Partes devem respeitar e promover o direito da criança de participar plenamente da vida cultural e artística e devem estimular a oferta de oportunidades adequadas de atividades culturais, artísticas, recreativa e de lazer, em condições de igualdade.

[...]

Artigo 39

Os Estados Partes devem adotar todas as medidas apropriadas para promover a recuperação física e psicológica e a reintegração social de todas as crianças vítimas de: qualquer forma de negligência, exploração ou abuso; tortura ou outros tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes; ou conflitos armados. A recuperação e a reintegração devem ocorrer em ambiente que estimule a saúde, o respeito próprio e a dignidade da criança.

Para a íntegra da Convenção sobre os Direitos da Criança e dos protocolos facultativos sobre a Venda de Crianças, a Prostituição Infantil, a Pornografia Infantil, o Envolvimento de Crianças em Conflitos Armados e sobre um Procedimento de Comunicações, visite a página: https://www.unicef.org/brazil/convencao-sobre-os-direitos-da-crianca

1.2 O CONTEXTO BRASILEIRO

A Constituição de 1988 define com precisão qual a responsabilidade do Estado sobre a saúde do brasileiro. Os artigos 196, 197 e 198 assim estão redigidos. Aí está bem definida a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Já o artigo 227 define o bem estar da criança como prioridade absoluta:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
>
> Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
>
> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
>
> I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
>
> II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
>
> III - participação da comunidade.
>
> [...]
>
> Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

Para atualizações do texto constitucional, buscar no link: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

1.2.1 ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE (ECA)

O Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei 8.069, de 13 de julho de 1990) alicerça e traça diretrizes do Estado para a consolidação dos direitos de crianças e adolescentes na promoção, na proteção e na prevenção. Estabelece as responsabilidades ou

corresponsabilidades entre os governos municipais, estaduais e federais, o Poder Judiciário, o Ministério Público, as entidades de atendimento, as organizações sociais, as famílias, os organismos de controle e a sociedade em geral.

Segundo o ECA (Artigo 2º), considera-se criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade.

Para a íntegra do ECA e suas atualizações, aqui está o link: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm

1.2.2 MARCO LEGAL DA PRIMEIRA INFÂNCIA

O Marco Legal da Primeira Infância (Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016) é uma legislação brasileira criada para estabelecer diretrizes e políticas públicas voltadas para a promoção e proteção dos direitos das crianças na faixa etária de 0 a 6 anos de idade. Essa lei é fundamentada na ideia de que a primeira infância é uma fase crucial para o desenvolvimento humano, influenciando de forma significativa a formação de habilidades cognitivas, emocionais, sociais e físicas ao longo da vida. Prevê direitos e garantias específicas para crianças nessa faixa etária, com foco especial na proteção da saúde, educação, nutrição, convivência familiar, cultural e comunitária.

Para a íntegra da Lei 13.257/2016, segue o link: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/l13257.htm

2 | ATENÇÃO À SAÚDE DO BRASILEIRO

Jailson de Barros Correia
Otelo Schwambach Ferreira
Patrícia Celina

A Constituição de 1988 define com precisão qual a responsabilidade do Estado sobre a saúde do brasileiro. Os artigos 196, 197 e 198 assim estão redigidos. Aí está bem definida a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Já o artigo 227 define o bem estar da criança como prioridade absoluta:

> Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.
>
> Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.
>
> Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:
>
> I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
> II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
> III - participação da comunidade. [...]
>
> Art. 227. É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança, ao adolescente e ao jovem, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

2.1 PAPEL DO ESTADO: O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

2.1.1 ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E DE ADOLESCENTES

Os dados preliminares do último censo (2022) apontam que o Brasil tem pouco mais de 207 milhões de habitantes. Embora muito se fale, com a devida razão, sobre o progressivo envelhecimento da população brasileira, o número estimado de crianças e de adolescentes vivendo no país neste início de século XXI (cerca de 60 milhões) é maior que toda a população da Inglaterra, por exemplo.

Ademais, estima-se que 3 em cada 4 brasileiros dependem exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS). Apesar da proporção variar de acordo com a região, é indiscutível que a maioria das crianças e adolescentes no Brasil é cuidada no âmbito do SUS, embora 100% da população se beneficie e use, muitas vezes sem saber, seus serviços. Podemos citar como exemplos disso: as ações ambientais no combate ao mosquito da dengue, o monitoramento de surtos e epidemias, o controle de qualidade da água que consumimos, dos alimentos que compramos nos mercados e dos medicamentos, todos são objetos da ação da vigilância sanitária. O que dizer das vidas salvas pelo atendimento do SAMU nas vias públicas e residências? Esses são aspectos de um SUS invisível, mas que a todos protege e cuida.

Nos próximos capítulos, falaremos sobre o SUS e seus princípios, sobre a atenção básica e a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e sobre um instrumento muito importante de saúde e cidadania: a caderneta da criança e do adolescente.

Falaremos também que, no Brasil, os cuidados com a saúde das crianças e adolescentes são feitos por pediatras, mas também por médicos da família e comunidade, enfermeiros, técnicos e vários outros profissionais, como os agentes comunitários de saúde. Mais adiante, o papel dos obstetras será enfatizado, já que são, nos dizeres do professor Fernando Figueira, os primeiros pediatras das crianças, pois cuidam delas mesmo antes de nascerem.

MAS ANTES CABE UMA PERGUNTA: O QUE NORTEIA A ATENÇÃO À SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO SUS?

Primeiro, é importante dizer que o termo atenção é mais amplo que assistência, pois ultrapassa os limites da prestação de serviços, como consultas e exames, incluindo ações de prevenção e promoção da saúde, como explicaremos adiante.

Dentre os vários documentos e diretrizes que norteiam as ações, tem destaque a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança e do Adolescente (PNAISC), uma estratégia do Ministério da Saúde do Brasil que busca promover a saúde, prevenir doenças e garantir uma atenção abrangente e integrada às crianças e adolescentes.

A PNAISC foi instituída para fortalecer o cuidado e assegurar o desenvolvimento saudável e integral dos jovens brasileiros e tem como principais objetivos:

a) Promoção da Saúde: fortalecer as ações de prevenção, educação em saúde, incentivo à amamentação, alimentação saudável, atividade física, vacinação e prevenção de acidentes, por exemplo.
b) Atenção ao Desenvolvimento Infantil: garantir o acompanhamento do desenvolvimento infantil, com atenção especial a fatores como crescimento, desenvolvimento neuropsicomotor, linguagem e aprendizado (detalharemos essas questões mais adiante, quando falarmos da Caderneta da Criança e do Adolescente).
c) Saúde da Adolescência: considerar as particularidades da adolescência, com enfoque na promoção de estilos de vida saudáveis, prevenção de riscos, saúde sexual e reprodutiva e orientação para a escolha profissional e para a vida adulta.
d) Atenção à Saúde Bucal: reforçar a saúde bucal das crianças e adolescentes, promovendo ações de prevenção e tratamento odontológico.
e) Atenção à Saúde Mental: promover o cuidado adequado para prevenir e tratar problemas de saúde mental, como ansiedade, depressão e outros transtornos.
f) Atenção Especializada: fornecer serviços especializados para crianças e adolescentes com doenças crônicas, deficiências e condições especiais, buscando garantir uma assistência adequada e humanizada.

Como princípio, a PNAISC também reconhece a importância da participação da família e da comunidade no cuidado da saúde das crianças e adolescentes, incentivando seu protagonismo nas ações de educação em saúde e no envolvimento da sociedade.

O QUE É O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)?

O SUS é um dos maiores sistemas de saúde do mundo, cobrindo milhões de habitantes de um país com dimensões continentais. É referência internacional em termos de políticas de saúde universal e integral, acumulando vários avanços em áreas como redução da mortalidade infantil, programa nacional de imunizações, prevenção e tratamento do HIV/Aids, por exemplo. É do SUS um dos maiores programas públicos de transplantes de órgãos do mundo. Mas, nem sempre foi assim. A saúde no Brasil não era acessível a todos os seus cidadãos.

Antes da criação do SUS, a assistência à saúde no país era fragmentada, com diferentes sistemas e serviços voltados para alguns segmentos da população. Por exemplo, nas décadas de 1920 a 1960, o modelo predominante era voltado apenas para trabalhadores com carteira assinada e seus familiares. Mesmo com maior participação do Estado na saúde na década de 1970, grande parte da população ficava sem cobertura, dependendo da eventual disponibilidade de instituições filantrópicas dispostas a atender os “indigentes”.

No esteio da redemocratização do Brasil na década de 1980, foram surgindo as bases para o que viria a ser o SUS que conhecemos hoje. A Constituição Federal

de 1988 estabeleceu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado, criando as condições para a formalização do SUS através da Lei Orgânica da Saúde, de 1990.

E QUAIS SERIAM OS PRINCÍPIOS DO SUS?

Os princípios fundamentais do SUS são que:

a) todos têm direito ao acesso aos serviços de saúde, sem discriminação ou restrições (princípio da universalidade).
b) o SUS deve visar oferecer ações e serviços de saúde de forma completa, abrangendo desde a prevenção até o tratamento e a reabilitação (integralidade).
c) deve buscar reduzir as desigualdades regionais e sociais, priorizando os grupos mais vulneráveis e com maior necessidade, como crianças, pessoas idosas, pessoas com deficiência (equidade).
d) os cidadãos têm o direito de participar das decisões e do controle das políticas públicas de saúde (participação social).

A organização do SUS prevê que sua gestão seja descentralizada e compartilhada entre União, estados e municípios, visando maior eficiência e atendimento mais próximo das necessidades da população. A atenção à saúde no SUS se baseia em quatro grandes eixos: atenção primária, atenção especializada, assistência farmacêutica e vigilância em saúde.

O QUE SERIA ATENÇÃO PRIMÁRIA?

A atenção primária, às vezes chamada de atenção básica, é a "porta de entrada do sistema". É aquela oferecida nos postos de saúde no seio das comunidades e bairros. Seu foco está na resolução de problemas comuns de saúde, bem como na promoção do autocuidado e da qualidade de vida dos indivíduos e famílias.

Na atenção primária temos: consultas médicas e de enfermagem, vacinação, acompanhamento pré-natal e após o parto, planejamento familiar e saúde sexual e reprodutiva, promoção do aleitamento materno e cuidados com a saúde das crianças, atendimento de doenças crônicas, como asma, acompanhamento e controle de doenças endêmicas, ações de saúde mental, saúde bucal básica, como orientações de higiene e tratamentos simples, além de ações educativas em saúde e promoção de hábitos saudáveis.

A atenção primária busca resolver a maior parte das necessidades de saúde da população, encaminhando apenas os casos mais complexos para os níveis de atenção especializada. No Brasil, a atenção primária tem como seu modelo emblemático a Estratégia de Saúde da Família, a qual, devido à sua importância, terá um capítulo específico.

O QUE É ATENÇÃO ESPECIALIZADA?

Enquanto a atenção primária é o primeiro ponto de contato da população com o sistema de saúde, a atenção especializada é responsável por cuidar de casos mais complexos, que chegam encaminhados da atenção básica. É a assistência prestada nos hospitais, ambulatórios especializados, serviços de diagnóstico e tratamento. As consultas com médicos especialistas, assim como exames e tratamentos mais complexos, que exigem alta tecnologia ou uma internação, são exemplos de atenção especializada.

Para organizar o acesso aos serviços de atenção especializada, muitas vezes, é necessário um processo de regulação, que é o agendamento mediado por um sistema ou profissional capacitado para garantir a priorização dos casos mais graves e otimizar o uso dos recursos.

E QUANTO À ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA, QUAIS REMÉDIOS SÃO DE GRAÇA?

É uma política de saúde que tem como objetivo garantir o acesso da população a medicamentos essenciais, seguros, eficazes e de qualidade. O SUS realiza um processo criterioso para a seleção dos medicamentos a serem incorporados na lista de produtos ofertados pelo sistema. Após a seleção dos medicamentos, o Ministério da Saúde, estados e municípios são responsáveis pela aquisição e distribuição dos medicamentos para as unidades de saúde.

O SUS fornece muitos medicamentos gratuitamente à população, especialmente aqueles considerados essenciais para o tratamento de doenças crônicas. No caso da Pediatria, o tratamento da asma seria um bom exemplo. Mas também há medicamentos especiais como antirretrovirais para o tratamento de HIV/AIDS e medicamentos para doenças raras. O Ministério da Saúde mantém ativa a RENAME (Relação Nacional de Medicamentos) que pode ser consultada para saber se o medicamento é ou não fornecido pelo SUS em uma determinada localidade.

E O QUE SERIA VIGILÂNCIA EM SAÚDE? EXISTEM OUTROS TIPOS ALÉM DA VIGILÂNCIA SANITÁRIA?

O papel da vigilância em saúde no SUS é monitorar, prevenir e controlar doenças, riscos e outros agravos (como acidentes) à saúde da população. As informações geradas também contribuem para a formulação de políticas públicas e a tomada de decisões baseadas em evidências científicas.

São três os seus componentes principais:

a) vigilância epidemiológica, que é responsável pela coleta, análise e interpretação de dados sobre ocorrência de doenças, visando detectar precocemente surtos e epidemias e elaborar medidas de controle e prevenção.

b) vigilância sanitária, que atua na fiscalização e controle de produtos, serviços e ambientes que possam representar riscos à saúde da população, como estabelecimentos de saúde, alimentos e medicamentos, por exemplo.

c) vigilância ambiental, que monitora os fatores ambientais que podem afetar a saúde humana, como qualidade do ar, água, solo, e controle de vetores de doenças (a exemplos dos mosquitos e roedores).

QUAIS OS DESAFIOS PRESENTES E FUTUROS DO SUS?

Vários estudos mostram que quem usa de fato os serviços do SUS o avalia melhor do que aqueles que não usam. Mas nem tudo são flores e há grandes desafios a serem enfrentados, como seu financiamento insuficiente, a concentração de serviços nas grandes cidades e a carência de recursos humanos em algumas regiões.

O SUS é relativamente jovem, tem pouco mais de 30 anos, sendo importante lembrar que a construção de um sistema de saúde eficiente e de qualidade é uma tarefa contínua, que requer o compromisso de toda a sociedade e aperfeiçoamento constante das políticas e estratégias adotadas. É preciso manter as conquistas e avançar em melhorias contínuas. A resposta à pandemia da Covid-19 foi uma grande prova de fogo de um sistema que, mesmo diante de insuficiências e desafios, ajudou o Brasil a cuidar dos brasileiros.

2.1.2 ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A Estratégia de Saúde da Família (ESF), antes chamada de Programa de Saúde da Família (PSF), foi criada com o objetivo de reorganizar a atenção primária no Brasil, promovendo um modelo de cuidado mais abrangente, integral e centrado na família e na comunidade. Algumas características a distinguem de outros modelos da atenção primária, a saber:

- Territorialização: cada equipe da ESF é responsável por uma área geográfica delimitada, permitindo que os profissionais conheçam melhor as características e necessidades específicas da população daquela região.
- Acompanhamento de Famílias: as equipes da ESF fazem o acompanhamento das famílias cadastradas em sua área de atuação, conhecendo suas condições de saúde, identificando grupos vulneráveis e realizando visitas domiciliares quando necessário.
- Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças: além de tratar problemas de saúde já existentes, a ESF enfatiza ações de promoção da saúde, incentivando hábitos saudáveis, realizando campanhas de vacinação e identificando precocemente doenças e riscos.
- Referência e Contrarreferência: a ESF atua como ponto de referência para o acesso aos demais níveis de atenção à saúde, coordenando o encaminhamento dos pacientes para serviços de média e alta complexidade quando

necessário. Da mesma forma, ela recebe pacientes encaminhados de outros serviços para cuidados contínuos.

- Participação da Comunidade: a ESF busca envolver a comunidade em suas ações, ouvindo suas demandas, promovendo a participação em conselhos locais de saúde.
- Trabalho interprofissional: nas ESF as equipes são multiprofissionais e podem incluir médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões dentistas, entre outros. O trabalho interprofissional estimula e valoriza a cooperação, a troca de conhecimentos e habilidades entre os membros da equipe e busca garantir uma atenção integral e mais efetiva à saúde das pessoas. Há reuniões para discutir casos clínicos, trocar informações e planejar as ações de saúde, garantindo uma abordagem mais completa e coordenada. O trabalho interprofissional incentiva a participação ativa do paciente no cuidado de sua própria saúde, envolvendo-o nas decisões relacionadas ao seu tratamento.

ENTÃO VÁRIOS PROFISSIONAIS CUIDAM DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NAS ESF?

Sim, trata-se de uma equipe. Todos participam de alguma forma, de acordo com as especificidades de seu trabalho. Vamos citar exemplos de alguns deles, sem a pretensão de esgotar as atribuições, já que as atividades são integradas e complementares.

O médico de família e comunidade (MFC) se dedica ao cuidado integral de indivíduos, famílias e comunidades, com ênfase na prevenção, promoção da saúde e atendimento a problemas comuns de saúde. Como a especialidade ainda é relativamente nova no Brasil, muitos médicos que trabalham nas ESF fizeram outra especialidade originalmente, inclusive há muitos pediatras exercendo este papel. No contexto de crianças e adolescentes, os MFC devem ser treinados para ofertar atenção integral à saúde, considerando não apenas os aspectos físicos, mas também os emocionais, sociais e cognitivos. É papel do MFC ofertar consultas de rotina para monitorar o crescimento e desenvolvimento das crianças e adolescentes, além de identificar precocemente fatores de risco, problemas de saúde ou necessidade específica.

O MFC é também responsável por acompanhar e garantir que as crianças e adolescentes estejam em dia com o calendário vacinal, orientar sobre hábitos saudáveis, como uma dieta balanceada, atividade física regular, sono adequado e redução do sedentarismo. Também devem diagnosticar e tratar doenças comuns em crianças e adolescentes, como infecções respiratórias, gastrointestinais e de pele. O MFC aborda questões de saúde mental e emocional em crianças e adolescentes, oferecendo suporte, orientação e, se necessário, encaminhando para profissionais especializados. Eles também podem estar envolvidos na saúde escolar, trabalhando em parceria com as instituições de ensino para promover a saúde dos alunos e identificar eventuais problemas

de saúde. É papel valorizar a relação com a família das crianças e adolescentes, oferecendo apoio e orientação aos pais e cuidadores para garantir o bem-estar integral da criança.

O enfermeiro da ESF também desempenha um papel fundamental na atenção primária à saúde de crianças e adolescentes. Atua na promoção da saúde e prevenção de doenças (atividades educativas para orientar sobre a importância da amamentação, nutrição adequada, vacinação, higiene, atividade física e adoção de hábitos saudáveis), participa de campanhas de vacinação e monitora o calendário vacinal das crianças e adolescentes.

O enfermeiro na atenção primária também é responsável por realizar consultas de enfermagem, avaliando o crescimento e desenvolvimento das crianças, fazendo triagem de problemas de saúde, além de oferecer atendimento e cuidados para doenças comuns da infância, como resfriados, febre, diarreia e infecções respiratórias. Podem identificar sinais precoces de problemas emocionais e comportamentais e encaminhar para profissionais especializados, quando necessário. Além disso, o enfermeiro pode desenvolver atividades de educação em saúde e estratégias de prevenção de problemas de saúde mental nesta população. Para adolescentes, o enfermeiro pode desempenhar um papel importante na educação sexual e no planejamento familiar, orientando sobre métodos contraceptivos, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e promovendo uma abordagem responsável à saúde reprodutiva. Outro aspecto importante é a atenção à família das crianças e adolescentes. O enfermeiro pode fornecer apoio e orientação para os pais e cuidadores, ajudando-os a entender melhor a saúde de seus filhos e fornecendo informações relevantes para cuidados em casa.

Os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) são equipes multiprofissionais que atuam em parceria com as equipes de saúde da família. Esses núcleos foram criados no Brasil como uma estratégia do SUS para fortalecer a integralidade e a resolutividade da assistência na atenção básica. Cada NASF atua próximo a um conjunto de equipes da ESF, tendo como principal objetivo apoiar as equipes na abordagem de situações de saúde mais complexas, que demandam uma atuação interdisciplinar e especializada. Eles contam com profissionais de diferentes áreas de conhecimento, tais como psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros, conforme a demanda da população assistida. O NASF atua no apoio técnico às equipes de saúde da família, pode participar das visitas domiciliares de casos mais complexos, realizar atendimentos individuais ou em grupos, apoiar nas demandas de saúde mental, oferecendo atendimento psicológico e encaminhamentos para serviços especializados, quando necessário.

QUAL O PAPEL DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE?

O agente comunitário de saúde (ACS) é peça-chave na promoção da saúde e no atendimento à população no SUS. Ninguém melhor do que um ACS para descrever

a natureza, a relevância e a beleza de seu trabalho. Assim destacamos aqui trechos do belo depoimento de Patrícia Celina, ACS há 8 anos em uma microárea rural de Malhadinha, município de Chã Grande (PE):

> "Ser ACS é ser o elo entre o comunitário/paciente/usuário e o atendimento básico de saúde. É minha categoria que tem a missão de visitar casa a casa, mensalmente, e, nessas visitas, cadastrar cada domicílio, cada paciente, manter atualizados esses dados no sistema, ouvir, acolher, informar, orientar e ensinar... Todos os dados servem não só para identificar o morador e domicílio, mas para trazer um conhecimento sobre as situações de risco, situação social, financeira, risco e/ou agravos de saúde e do ambiente. Esses documentos/dados em papel ou os digitados no sistema informatizado do SUS servirão, junto ao histórico médico, de enfermagem, vacinal e odontológico, para a aposentadoria ou retirada de benefícios como auxílio-doença, auxílio maternidade etc. São provas de seu vínculo com a unidade, do seu acompanhamento pelo ACS e equipe e sua situação profissional e de saúde.
>
> Tendo em vista as dificuldades de locomoção na zona rural, pelo terreno, situação de acesso das estradas rurais e perfil social e de saúde, nós, ACS, buscamos agendar esses pacientes conforme vagas abertas para os atendimentos médicos e de enfermagem. Também informamos das ações, de realizações de exames, vacinas, campanhas etc. Cada ACS é responsável por sua microárea, que é identificada por endereço e número único.
>
> Melhoramos os índices de atendimentos na unidade, a adesão de mulheres para realização de exame preventivo, realização de testes rápidos de DST com a enfermeira, melhor adesão, principalmente de pacientes hipertensos e diabéticos ao acompanhamento clínico com a médica da unidade. Pois é comum que pacientes jovens com doenças crônicas sejam resistentes ao tratamento devido ao preconceito, não aceitação do diagnóstico ou mesmo dificuldades no ambiente de trabalho.
>
> O acompanhamento de dados antropométricos, vacinal e gestacional também é realizado pelo ACS. Ele ajuda na prevenção da mortalidade infantil, desnutrição e até abortos e/ou abandono de pré-natal. É comum que o agente de saúde seja o primeiro profissional de saúde a ser informado pela paciente de sua gestação, devido ao vínculo, à confiança e ao contato mensal casa a casa, paciente a paciente. Isso é muito importante não só para a situação da saúde de cada um, mas também para o acompanhamento de famílias do Programa Bolsa Família, da frequência escolar e situação vacinal, social e econômica de cada uma. É triste, mas ainda em nosso século, com

programas sociais, um país lindo e rico, haja famílias com necessidade de alimentos, de roupas, de lençóis, de produtos de higiene, etc.

Em nossas visitas identificamos essas realidades escondidas. Escondidas, pois, a fome dói, a fome envergonha aqueles que queriam ter o que comer pela conquista do dinheiro através do seu trabalho. Mas o desemprego, questões psicológicas, sociais, conjugais, ambientais, bebida, álcool, vícios, muitos fatores podem levar uma pessoa a ter as necessidades mais básicas. E o diálogo, o acolhimento, o olhar empático e humanizado de nós ACS durante as visitas permite a identificação dessas pessoas em situação vulnerável, seja pela fome ou por outras questões."

HÁ LUGAR PARA O PEDIATRA NA ESF?

Sim, o pediatra tem um papel importante e há um debate corrente sobre uma maior participação de pediatras junto às equipes da ESF. Embora a ESF tenha como base a atuação de profissionais de saúde da família, como médicos de família e comunidade, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, o pediatra desempenha um papel complementar e fundamental apoiando no cuidado especializado da saúde das crianças e dos adolescentes, na referência e apoio ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, na orientação sobre o calendário de imunizações em situações específicas, na prevenção e tratamento de doenças pediátricas comuns. O pediatra apoia ainda os pais e responsáveis na orientação sobre cuidados com a saúde, nutrição, aleitamento materno, higiene e outros aspectos importantes para o bem-estar da criança. O especialista pode auxiliar na identificação e acompanhamento de crianças com necessidades especiais de saúde ou com doenças crônicas, atuando em casos que exigem atenção especializada ou encaminhamento para serviços de maior complexidade. A presença do pediatra na ESF é valiosa para assegurar a atenção integral à saúde da criança e do adolescente, promovendo uma abordagem mais completa e humanizada na atenção primária.

2.1.3 A CADERNETA DA CRIANÇA

A Caderneta da Criança do Ministério da Saúde do Brasil é um instrumento de vital importância para o acompanhamento da criança e do adolescente desde o nascimento até os 19 anos de idade. Anteriormente era conhecida como Cartão da Criança ou Caderneta de Saúde da Criança, sendo um livreto de registro no qual são anotados dados relevantes sobre a saúde e o desenvolvimento da criança ou adolescente, incluindo informações médicas, vacinas recebidas, acompanhamento do crescimento, orientações de saúde e cuidados, resultados de exames, entre outros.

Com o passar dos anos, a Caderneta da Criança foi recebendo incrementos e atualizações sobre informações de saúde, incluindo, por exemplo, aspectos relacionados ao bebê prematuro, a identificação de sinais de alerta para distúrbios do desenvolvimento e até instrumentos de triagem para transtorno do espectro autista. A Caderneta também incorpora uma carta de direitos, dados sobre assistência social relativos ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS), assim como de acompanhamento escolar, transformando-se em instrumento de cidadania ainda mais abrangente e útil para as famílias, profissionais de saúde, educação, assistência social e garantia de direitos, assim como para as próprias crianças e adolescentes.

A Caderneta da Criança permite, se bem utilizada, fortalecer vínculos criança — família — equipes de saúde (e agora também assistência social e educação). É útil para registro biográfico e da história de saúde, crescimento, desenvolvimento, vacinas, consultas e intercorrências, permitindo fortalecimento da parentalidade responsável e competência parental.

Há belíssimos exemplos de cuidado e esmero com a história do bebê e da criança!

Figura 1 – Capa das Caderneta da Criança (5ª edição).



Fonte: Ministério da Saúde (2022).

Aqui transcrevemos o sumário da Caderneta para se ter a ideia da abrangência dos temas tratados:

Figura 2 – Sumário da Caderneta da Criança (5ª edição).

PARTE I - PARA A FAMÍLIA E CUIDADORES 3
DIREITOS E GARANTIAS SOCIAIS 4
Identificação da Criança 4
Assistência Social 6
Educação e Vida Escolar 8
Direitos da Criança 10
Direitos dos Responsáveis 12
CUIDANDO DA SAÚDE DA CRIANÇA 14
Promover a Saúde 14
Prevenir Doenças pela Triagem Neonatal e Vacinação 15
Os Primeiros Dias de Vida 16
Cuidados com o Bebê Pré-termo 19
Contato pele a pele e o recém-nascido 20
Cuidados com Diarreia, Desidratação e Desnutrição 20
Sinais de Perigo 23
AMAMENTANDO O BEBÊ 24
Importância do Leite Materno 24
Tornando a Amamentação Mais Prazerosa 25
Dificuldades na Amamentação 27
Retorno da Mãe ao Trabalho ou à Escola 28
ALIMENTANDO PARA GARANTIR A SAÚDE 31
Recomendações para uma Alimentação Adequada e Saudável 31
Doze Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável - Crianças Menores de 2 Anos. ..34
Dez Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável - Crianças de 2 a 9 Anos 35
Prevenindo as Carências Nutricionais 36
ESTIMULANDO O DESENVOLVIMENTO COM AFETO 37
Desenvolvimento Infantil 37
Desenvolvimento da Criança Menor de 1 Ano 40
Desenvolvimento da Criança de 1 a 3 Anos 45
Desenvolvimento da Criança de 3 a 6 Anos 48
Desenvolvimento da Criança de 6 a 9 Anos 51
PERCEBENDO ALTERAÇÕES NO DESENVOLVIMENTO 53
Sinais de Alerta 53
Crianças com Deficiência 54
Transtornos do Espectro Autista (TEA) 55
Síndrome de Down 55
PERCEBENDO ALTERAÇÕES NA VISÃO E NA AUDIÇÃO 57
Sinais de Deficiência Auditiva e Visual 57
OBSERVANDO COM CUIDADO O USO DOS ELETRÔNICOS E O CONSUMO 60
Meios de Comunicação (TV, celulares, tablets, computadores etc.) 60
Consumo em Geral 60
PREVENINDO ACIDENTES 61
Do Nascimento aos 6 Meses 61
Dos 6 Meses aos 2 Anos 63
Dos 2 aos 4 Anos 64
Dos 4 aos 6 Anos 65
Dos 6 aos 9 Anos 65

PROTEGENDO A CRIANÇA DA VIOLÊNCIA 66
Respeito aos Direitos Fundamentais 66

PARTE II - REGISTROS DO ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA 67

ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA E CONSULTAS RECOMENDADAS 68
Pré-Natal, Parto, Nascimento, Internação Neonatal e Alta 69
Triagens Neonatais 70
Consulta da 1ª Semana 70
Consulta do 1º Mês 71
Consulta do 2º Mês 72
Consulta do 4º Mês 73
Consultas do 6º Mês e do 9º Mês 74
Consultas do 12º Mês e do 18º Mês 75
Consultas do 24º Mês e do 36º Mês 76
Outras Medidas e Consultas Necessárias 77

ACOMPANHANDO O DESENVOLVIMENTO 78
Vigilância do Desenvolvimento Infantil 78
Avaliação dos Marcos de Desenvolvimento 79
Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento Integral da Criança 80
Marcos do Desenvolvimento do Nascimento aos 6 Meses 81
Marcos do Desenvolvimento dos 6 Meses a 1 Ano e Meio 82
Marcos do Desenvolvimento de 1 Ano e Meio a 3 Anos e Meio 83
Marcos do Desenvolvimento de 3 Anos e Meio a 5 Anos 84
Marcos do Desenvolvimento de 5 a 6 Anos 85
Desenvolvimento de 6 a 10 Anos 86
Checklist Modificado para Autismo em Crianças Pequenas: versão revisada e consulta de seguimento (M-CHAT-R/F) 87

ACOMPANHANDO O CRESCIMENTO 88
Vigilância do Crescimento Infantil 88
Interpretando os Gráficos 89
Curvas Internacionais de Crescimento para Crianças Nascidas Pré-Termo 90
Gráfico de Perímetro Cefálico para Idade de 0 a 2 Anos 91
Gráfico de Peso para Idade de 0 a 2 Anos 92
Gráfico de Comprimento para Idade de 0 a 2 Anos 93
Gráfico de IMC para Idade de 0 a 2 Anos 94
Gráfico de Peso para Idade de 2 a 5 Anos 95
Gráfico de Estatura para Idade de 2 a 5 Anos 96
Gráfico de IMC para Idade de 2 a 5 Anos 97
Gráfico de Peso para Idade de 5 a 10 Anos 98
Gráfico de Estatura para Idade de 5 a 10 Anos 99
Gráfico de IMC para Idade de 5 a 10 Anos 100

ACOMPANHAMENTO ODONTOLÓGICO 101
Odontograma da Primeira Dentição 101
Registro das Consultas Odontológicas 102

REGISTROS DA SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA A, FERRO OU OUTROS MICRONUTRIENTES 103
Suplementação de Vitamina A 103
Suplementação de Ferro e Outros Micronutrientes 103

VACINAÇÃO 104
Calendário Nacional de Vacinação da Criança 104
Registro da Aplicação das Vacinas do Calendário Nacional 105
Registro de Outras Vacinas e Campanhas 106

ANOTAÇÕES 107

AGENDA DE CONSULTAS INDIVIDUAIS E ATIVIDADES COLETIVAS 108

Agora, seguem alguns exemplos de ilustrações e orientações para os pais e cuidadores, além dos tradicionais gráficos para acompanhamento de peso, estatura, perímetro cefálico.

Figura 3 – Algumas ilustrações da Caderneta da Criança (5ª edição).





Desenvolvimento da Criança Menor de 1 Ano

Do nascimento aos 2 meses

Desde o nascimento, a criança é capaz de ouvir, reconhecer e se acalmar com a voz de pessoas da família, especialmente a da mãe, do pai ou de outro cuidador frequente. Nesta idade, o bebê já escuta e enxerga a uma distância de 20 cm, exatamente a distância entre o bebê e o rosto da mãe quando amamentando. Aproxime seu rosto do rosto de seu filho e converse com ele de forma carinhosa. Pode parecer infantil, mas ele vai se interessar. **A ligação entre a mãe e o bebê é muito importante neste início de vida. O contato carinhoso estimula o cérebro da criança e fortalece esse vínculo**.

- Mostre objetos coloridos a uma distância de mais ou menos 30 cm dos olhos do seu filho, movendo-os para cima, para baixo e para os lados.
- Estabeleça contato visual, olhe nos olhos do seu bebê quando estiver falando.
- Cante para ele. Os bebês gostam do som e do ritmo das canções de ninar e de cantigas de roda. A música estimula a linguagem e transmite uma sensação de tranquilidade e alegria.



- Leia e conte histórias para ele.
- Para fortalecer os músculos do pescoço do seu filho, deite-o de barriga para baixo e chame sua atenção com brinquedos, diga seu nome, estimulando-o a levantar a cabeça.

Desenvolvimento da Criança de 3 a 6 Anos

Entre 3 e 4 anos

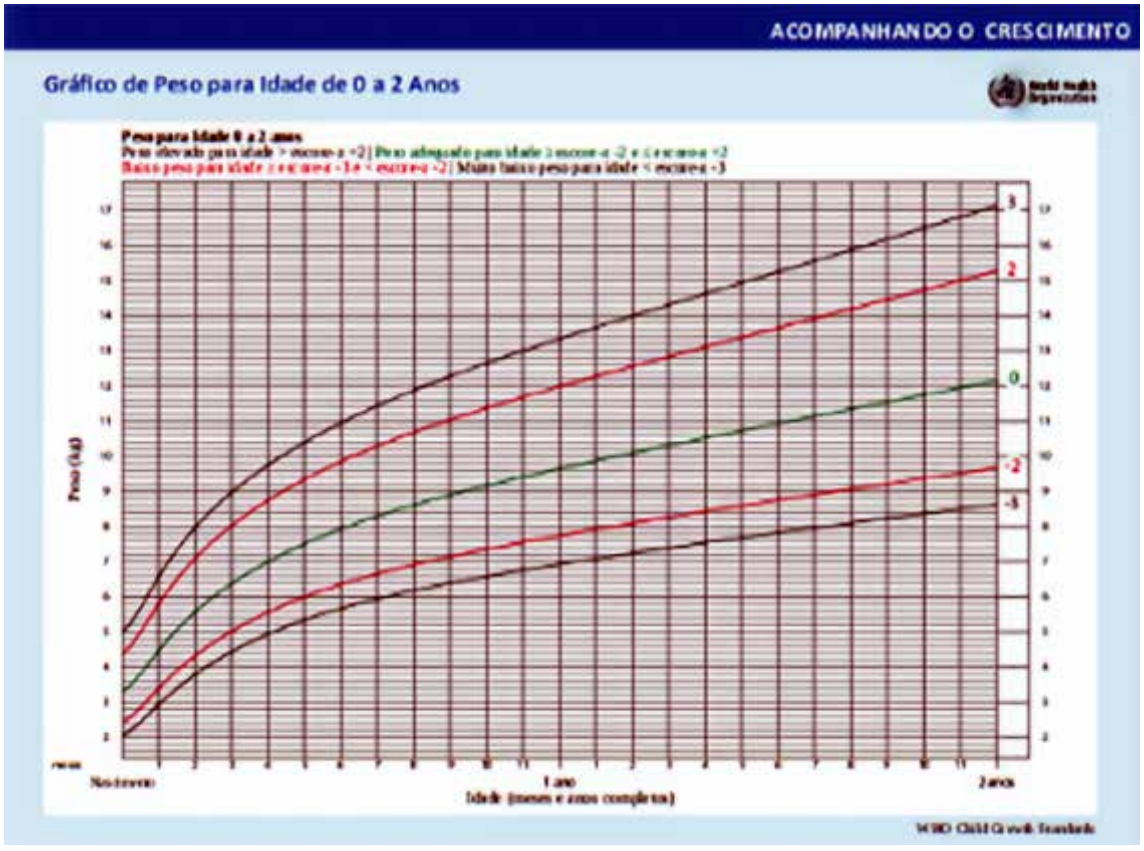
Após os 3 anos, a criança já consegue permanecer por mais tempo em uma mesma brincadeira e prestar mais atenção em características como a cor, a forma e o tamanho dos objetos.



- Crie situações nas quais seu filho possa experimentar e reconhecer as diferentes sensações. Nesta fase, ele já é capaz de diferenciar sensações, como frio, calor, seco e molhado. Você pode, por exemplo, fazer comentários como: "Hoje está muito frio, vamos colocar esse casaco?", ou "Está fazendo calor, vamos tirar esse casaco?". Outros comentários: "Pegue aqui no copo. O leite está quente", ou "Pegue aqui no copo. A água está fria".
- Faça brincadeiras que desenvolvam o equilíbrio e a concentração: andar de triciclo, pular para dentro e para fora de um círculo desenhado no chão, andar em linha reta, pular num pé só alternando a perna e chutar a bola.
- Promova brincadeiras com outras crianças.

Fonte: Ministério da Saúde (2022).

Gráfico 1 - Acompanhando o crescimento: gráfico de peso para idade de 0 a 2 anos.



Fonte: Organização Mundial da Saúde [2021].

Para acessar a íntegra da Caderneta da Criança, acesse um dos links:
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menina_5.ed.pdf
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderneta_crianca_menino_5.ed.pdf

2.2 O PAPEL DO SISTEMA DE SAÚDE SUPLEMENTAR E DA ASSISTÊNCIA PRIVADA

Jailson de Barros Correia
Otelo Schwambach Ferreira
Patricia Celina

Os brasileiros podem contratar o sistema de saúde suplementar intermediado por operadoras que comercializam planos e seguros de saúde. Também podem pagar, sem essa intermediação, por serviços privados prestados por médicos, por outros profissionais do setor, por clínicas ou hospitais.

Esses serviços não se confundem, portanto, com as atividades desenvolvidas no âmbito do sistema público de saúde, embora possa haver eventual colaboração entre ambos. Na chamada saúde suplementar, há legislação que estabelece regras as-

sistenciais impedindo a discriminação entre beneficiários, a exclusão ou rescisão unilateral dos contratos (sem motivo). Estabelecem, ainda, controle de reajustes do valor da mensalidade, definem um patamar mínimo de serviços a serem prestados e a previsão de um rol de procedimentos e eventos em saúde de cobertura obrigatória. A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) é o órgão regulador do setor.

- Atualmente, existem no país cerca de 700 operadoras médico-hospitalares e 245 operadoras exclusivamente odontológicas, que oferecem serviços a cerca de 25,2% da população brasileira. Assim, a importância do setor é muito grande e permite aos usuários escolherem os profissionais para ajudar nas questões de saúde que surgem ao longo da vida.

- A importância do setor privado, sem a intermediação de plano ou seguro saúde, no qual o usuário escolhe e paga diretamente ao profissional ou ao serviço, é consideravelmente menor. É o modelo tradicional do consultório privado "que não aceita planos de saúde". Por outro lado, tem havido um crescimento no número de estabelecimentos privados que ofertam serviços nas chamadas "clínicas populares" para consultas e exames. Em qualquer circunstância, é importante buscar referências sobre os médicos, que devem atuar sempre de acordo com preceitos éticos e legais da boa prática da profissão.

2.3 OS PRIMEIROS MIL DIAS DE VIDA

Jailson de Barros Correia
João Guilherme Bezerra Alves
José Martins Filho
Otelo Schwambach Ferreira

Os primeiros mil dias de vida incluem o período da gestação (cerca de 270 dias) e os dois primeiros anos de vida (cada ano com 365 dias, dois anos 730 dias!). Somando a gestação com os dois primeiros anos, temos os primeiros mil dias.

POR QUE TANTO INTERESSE NESSE PERÍODO?

Esse período de existência é aquele no qual ocorre o maior estirão do crescimento, do desenvolvimento mental, neurológico e imunológico do ser humano. É a fase mais dinâmica, quando ocorrem notáveis transformações e o novo ser humano é mais sensível a graves problemas de saúde. Tudo o que acontece nesse período tem repercussão importantíssima para o resto da vida. Assim, a forma como um bebê vive os seus primeiros 1.000 dias pode impactar toda a sua existência. Como disse José Saramago: "O homem que sou é por causa da criança que fui".

QUAL A IMPORTÂNCIA DA GESTAÇÃO NA VIDA DO BEBÊ?

Muito se tem estudado sobre como os eventos vividos pela gestante afetam o bebê ainda no útero, assim como as consequências disso para a vida futura da criança.

Se a gestante sofre de ansiedade, depressão, violência contra a mulher, por exemplo, pode haver problemas graves no desenvolvimento da criança, com repercussões até na sua vida adulta, como dificuldades escolares, agressividade e déficit de atenção.

Estudos mostram que a informação do que a mãe come (sabores) repercute nas preferências alimentares da criança nos dois primeiros anos de vida. Se a mãe se alimenta de vegetais na gestação, por exemplo, a criança tenderá a aceitar melhor esses alimentos quando forem introduzidos na sua dieta.

COMO SE EXPLICA ESSE IMPACTO TÃO IMPORTANTE?

É na gestação que o sistema nervoso central começa a se desenvolver. Com 18 dias de gestação, os primeiros neurônios (células nervosas) já estão sendo formados e, com cerca de 30 semanas, o cérebro já está funcionando.

O bebê desenvolve o cérebro de uma forma progressiva. Suas primeiras sensações neurológicas ainda na vida intrauterina são o tato, a audição e, um pouco depois, quando ele nasce, a visão.

Por isso, desenvolveu-se, com o tempo, o bom hábito de se conversar com o bebê no ventre materno, colocar música para ele ouvir.

O que não se sabia até pouco tempo atrás é que 65% da energia que a criança recebe nesses primeiros mil dias são usados para desenvolver o cérebro. Isso mesmo, apenas 35 % para o resto do organismo.

QUANDO O BEBÊ NASCE, O SEU CÉREBRO TEM CERCA DE UM QUARTO DO PESO DO CÉREBRO DE UM ADULTO. MUITO INTERESSANTE, NÃO?

O cérebro de um recém-nascido pesa cerca de 350g e cresce tão rapidamente que no final do primeiro ano atinge quase 1.000g, chegando a 1.150g no final do segundo ano de vida, ou seja, a 80% do peso do cérebro de um adulto (1.500g).

Nessa fase, a velocidade de desenvolvimento dos neurônios é quase inacreditável. Assim que nasce, cada neurônio do bebê faz até 2.500 sinapses (que ocorrem quando neurônios fazem contato com outros neurônios para transmitir mensagens e se desenvolverem). Por outro lado, o ser humano nasce com cerca de 100 bilhões de neurônios, mas chega à idade adulta só com 20 bilhões. Ou seja, perdemos 80% dos neurônios ao longo da infância e adolescência.

MAS POR QUE ACONTECE ISSO?

Acontece pela plasticidade cerebral. Os neurônios estimulados e contactados recebem informações e se mantêm íntegros. Mas, a imensa maioria dos neurônios que

não é estimulada vai aos poucos morrendo. Esse fenômeno se chama perda neuronal ou poda de neurônios.

Se uma criança é mantida permanentemente num lugar escuro, ela pode até ficar cega. Se fica num lugar em que não ouve nada, pode não desenvolver audição. Estudos clássicos em países do Leste Europeu observaram que crianças que foram colocadas em creche precocemente, onde ficavam o dia inteiro deitadas, eram alimentadas e limpas, mas não recebiam afeto (não ficavam no colo, ninguém conversava ou cantava para elas, não eram atendidas quando choravam) começaram a regredir em seu desenvolvimento.

Graças ao conhecimento da perda neuronal, ou poda de neurônios, a gente entende porque toda criança precisa de estímulo para se desenvolver ao seu máximo potencial. Por isso, é tão importante compreender o que significa estimular o bebê, conversar com uma criança, amamentá-la, ter uma relação importante com a família e favorecer esta estimulação.

E A GENÉTICA, NÃO É IMPORTANTE?

É correto afirmar que as crianças nascem com potencial de inteligência herdado através de seus genes. Mas há um fenômeno cada vez mais conhecido: a epigenética (acima da genética), que pode mudar genes, anular alguns e estimular outros. Ou seja, dependendo do ambiente em que a criança cresce e se desenvolve, as experiências vividas (boas ou ruins) podem influenciar a expressão de genes relacionados ao comportamento.

Não é à toa que um bebê seja levado a herdar a linguagem materna, a qual escuta durante toda a gravidez. E, após o nascimento, seja influenciado pelo modo de falar de seus pais. Esse sotaque ou linguagem específica vai depender do aprendizado e desses neurônios que são estimulados.

Já falamos que a nutrição da mãe tem a ver com a nutrição do bebê, que vai se alimentar melhor se a mãe, durante a gestação, tinha bons hábitos alimentares. O cérebro do bebê registra os sabores e mantém essas preferências. Por outro lado, o mesmo pode ocorrer quando a mãe ingere álcool na gestação, o que traz consequências perigosas para a criança. Já o uso do cigarro na gravidez pode levar ao baixo peso dos bebês, pela diminuição do fluxo de sangue, nutrientes e oxigênio, interferindo no desenvolvimento intrauterino.

O MOMENTO DO PARTO E NASCIMENTO TAMBÉM SÃO IMPORTANTES?

O parto normal é o parto ideal para o bebê, que, ao nascer pela via vaginal, se imuniza, vai entrar em contato com uma série de bactérias e de estímulos e antígenos que diminuem o potencial de alergias.

A cesariana, quando devidamente indicada, pode salvar a vida do bebê ou da mãe. Mas não se pode deixar de falar da preocupação com a alta incidência de cesáreas no Brasil, onde 50, 60, 70% dos partos são por cesariana, quando seria aceitável cerca de 15%.

O nascimento é também um momento fundamental no desenvolvimento do

bebê. O "minuto de ouro" (primeiro minuto depois do nascimento) é quando o bebê sai da mãe, chora, abre a boca, expande o pulmão, muda totalmente a circulação, oxigenando o cérebro e vai mamar imediatamente, quando possível, o que é muito importante para combater a hipoglicemia (diminuição da glicose no sangue do bebê).

Se nesse minuto houver um problema sério como a falta de oxigênio adequado ou hipoglicemia, pode haver uma lesão que repercute para o resto da vida da criança.

O ALEITAMENTO MATERNO TEM PAPEL IMPORTANTE?

Sem sombra de dúvidas. Além de toda a interação da mãe com o bebê durante a lactação, o leite humano tem substâncias especiais e concentrações ideais para ajudar a desenvolver o cérebro e melhorar os neurônios.

É nos primeiros meses de vida que o pediatra fica medindo o tamanho da cabeça a cada visita, para acompanhar a rapidez do crescimento do cérebro nesta fase. Esses primeiros meses de vida são muito importantes, devemos ficar atentos ao fenômeno da exterogestação.

O QUE SERIA EXTEROGESTAÇÃO?

A exterogestação implica na noção de que a gestação não termina com o parto. Um bebê quando acaba de nascer não sabe bem que nasceu e mantém uma relação instintiva com a mãe. Por isso, nem falamos mais em binômio mãe-filho, mas em conjunto mãe-filho.

E o seu desenvolvimento (des + envolver) significa ir aos poucos saindo desse envolvimento. A sensação do chamado self, de se identificar como um ser, ocorre lá pelos seis meses de idade.

Nos primeiros meses, o bebê vai aos poucos mostrando o sorriso esboçado, fixa olhares, levanta a cabeça, se expondo a estímulos mais diversos. Por volta dos 5 meses senta, vivência novos estímulos. Aos 7-8 meses dá as primeiras engatinhadas, os primeiros distanciamentos. Aos 9-10 meses fica em pé no berço, começa a andar por volta de um ano. No segundo ano, desenvolve a sua linguagem.

Nos primeiros mil dias são notórias as mudanças motoras e neurológicas, mas há também importante papel no desenvolvimento da imunidade. Nessa fase, deve-se atentar aos riscos de "crechite", quando a criança adoece muitas vezes por exposição precoce à creche. Há um lado positivo pela imunidade formando anticorpos para infecções simples, mas pode haver infecções graves também. O contato com outras crianças na creche também é um potente estímulo para o desenvolvimento. É um empurrão para a frente.

Aliás, a questão dos bebês em creches antes dos dois anos (às vezes com 4 meses ou menos) chama a atenção para o problema da "terceirização" da infância. Logo nos primeiros meses de vida, crianças são colocadas em creches ou cuidadas por babás que, embora possam exercer com eficiência os cuidados básicos, como ali-

mentação e higiene, não proporcionam ao bebê o vínculo afetivo necessário ao seu desenvolvimento emocional saudável.

ALÉM DE UMA GESTAÇÃO BEM CUIDADA, PARTO ADEQUADO E ALEITAMENTO, O QUE MAIS É IMPORTANTE?

Afeto, carinho, atenção e participação. É importantíssimo registrar que o cérebro depende de experiências e interações para se desenvolver. Toda interação entre pais, cuidadores e crianças nesse período tem repercussão para toda a vida. Assim, devemos buscar fortalecer as experiências positivas com afeto, carinho, atenção e participação. Se o pai ou mesmo a mãe não podem ficar presentes o tempo todo, é importante que priorizem o tempo e a interação com a criança. Uma avó carinhosa e afetuosa ou mesmo uma babá que ame a criança e que a criança a ame. Sobretudo é preciso evitar o estresse tóxico!

O QUE SERIA ESTRESSE TÓXICO?

No desenvolvimento e crescimento da criança, na relação com a família você pode se dar conta de três tipos básicos de estresse:

O primeiro é o estresse positivo (bebê chora um pouquinho durante o banho. Você agrada, ele se acalma, ou, mais crescidinho, chora quando vai cortar o cabelo, por exemplo), aprendendo que há frustrações na vida.

Há o estresse tolerável (a criança cai, faz um corte, sangra, sofre). É mais forte que o positivo, mas é tolerável porque a criança é atendida com afeto pela mãe, pai, por exemplo.

Já o estresse tóxico é o estresse da criança mal cuidada, mal tratada, negligenciada, que não é atendida nos seus desejos mínimos, que chora e ninguém pega no colo, que fica sozinha, que é mal alimentada, que nem sempre recebe a atenção de alguém que a ama.

O estresse tóxico é muito sério pois se assemelha ao estresse do adulto. Trata-se de uma resposta corporal quando se sofre algum dano, quando se assusta ou tem medo. O organismo libera hormônios (como a adrenalina) que leva à taquicardia, leva sangue aos músculos, dilata a pupila (reação de correr, fugir ou brigar, enfrentar o inimigo) e o cérebro libera o cortisol para alertar o corpo sobre o que está acontecendo para que ele possa reagir de acordo com o risco.

O bebê abandonado, sofrido, dependendo do tempo que é submetido ao sofrimento sem carinho, também libera esses hormônios (adrenalina e/ou o cortisol). O grande problema é que nessa fase de grande divisão celular, de plasticidade cerebral e neuronal, esses hormônios são lesivos. O estresse tóxico é grave porque lesa neurônios, diminui sinapses e marca no cérebro da criança as experiências negativas.

Crianças lesadas por estresse tóxico permanente e contínuo muitas vezes desenvolvem atitudes e comportamentos realmente negativos que são muito difíceis de reverter. Os danos são comprovados, inclusive, com exames de imagem, portanto são estruturais, afetam a anatomia do cérebro.

Outra evidência oriunda de estudos bem conduzidos demonstra que a criança submetida a intenso sofrimento físico e emocional produz a proteína S100B, que pode ser detectada por meio de exame de sangue. Estudos mostram que crianças com traumas emocionais têm alta dosagem dessa proteína, tanto quanto aquelas que sofreram traumas físicos com dano cerebral.

O estresse crônico pode ter consequências gravíssimas, levando até à redução do volume cerebral. Depressão, ansiedade, transtorno de estresse pós-traumático, psicoses, síndrome metabólica e doenças cardiovasculares também podem decorrer do estresse prolongado durante a infância.

UM PROBLEMA GRAVE DE CONSEQUÊNCIAS PARA A SOCIEDADE COMO UM TODO!

Certamente. Pois, se o indivíduo não é amado na infância, se foi submetido a estresse tóxico prolongado, tende a ter dificuldade de amar, de se relacionar. Tudo isso, aumentado ou agravado por uma situação social de vulnerabilidade, fome, maltrato, abandono, ausência de família, vivendo na rua, está na origem da violência terrível observada em nossa sociedade.

Além disso, temos a transgeracionalidade da problemática emocional — ou seja, a maior parte das crianças maltratadas o são por pessoas que também foram maltratadas na infância e o ciclo se repete geração após geração.

PREVENIR É MELHOR QUE REMEDIAR?

Sim, através da orientação e educação familiar. É nos primeiros mil dias que a mãe precisa ser orientada, os pais precisam participar ativamente, a criança precisa de colo, de assistência, de apoio, de atender o choro. Nesse período, o bebê chora porque é a maneira como ele se comunica, é a forma dele pedir ajuda. Antigamente, as pessoas diziam erroneamente que se um bebê chorava muito, a gente não devia nem pegar no colo, porque ele se acostumava e ia ficar birrento. Hoje nós dizemos exatamente o contrário. Nesse período, ele precisa de colo, precisa ser ouvido, precisa ser agradado, precisa ser beijado, precisa ser abraçado.

Pais competentes são carinhosos e atenciosos, mas têm autoridade e sabem educar colocando limites. Há os pais autoritários que não são carinhosos. Há aqueles carinhosos, mas sem autoridade. E o pior dos cenários: os pais negligentes. Há um papel importante do pediatra no apoio às famílias para melhorar a competência parental.

E a saúde, não apenas nos primeiros mil dias, mas em toda a infância e em toda a adolescência, depende de um amplo conjunto de fatores:

1. Adequado preparo para a maternidade e para a paternidade.
2. Gestação e parto bem planejados e bem executados.
3. Apoio familiar por anos e anos.
4. Prevenção dos acidentes.

5. Bom modelo de assistência à saúde com controle dos gráficos de crescimento, atenção especial para o cumprimento do programa de vacinação, cuidados especiais com a nutrição e estímulo total a amamentação. E, posteriormente, com a adoção de alimentação com produtos naturais e com a avaliação apropriada dos eventos mórbidos que, sem dúvida, ocorrerão.
6. Leitura com senso crítico de textos com orientações sobre a saúde, como os ora apresentados e dos textos e vídeos obtidos na internet.

ONDE PODEREMOS OBTER MAIS INFORMAÇÕES?

Confiram alguns links:

- O Começo da Vida: https://ocomecodavida.com.br/
-
- Palestra do Prof. José Martins Filho no Café Filosófico da TV Cultura: https://www.youtube.com/watch?v=g2cVXuSJdp8

2.4 DOENÇAS GENÉTICAS: UM TEMA DE INTERESSE CRESCENTE PARA NOSSA SOCIEDADE

Magda Carneiro-Sampaio

"Somos raros, mas somos muitos."
Slogan de Campanha da ONU

Em grande parte das doenças crônicas (alergias, obesidade, coronariopatias, osteoporose), existe sem dúvida uma influência significativa da genética da pessoa afetada. No presente texto, entretanto, vamos nos restringir à abordagem de um grupo particular de doenças, em que uma alteração genética bem caracterizada é determinante para explicar todas — ou quase todas — as manifestações clínicas do paciente. De uma maneira simplificada, vamos tratar, fundamentalmente, de doenças decorrentes de dois tipos de alterações genéticas:

- Doenças decorrentes de alterações numéricas ou estruturais de cromossomos e aqui a condição mais conhecida é a síndrome de Down, em que existem três cópias do cromossomo 21 e, por isso, também é chamada de "Trissomia do Cromossomo 21", sendo o dia 21 de março (mês 3) dedicado à mesma. Tomo a liberdade de lembrar que, na espécie humana, nossas células contêm 46 cromossomos organizados em 23 pares, sendo 46 XX nos indivíduos do sexo feminino e 46 XY no masculino.
- Doenças decorrentes de mutações patogênicas (alterações significativas) de um único gene, denominadas assim monogênicas ou mendelianas, sendo

> a anemia falciforme o exemplo mais frequente na nossa população. Após a conclusão do grande Projeto Genoma Humano, em 2004, em que se sequenciou todo o nosso genoma, muitos estudos, em várias partes do mundo, vêm se dedicando ao aprofundamento do conhecimento sobre ele. Sabemos hoje que temos em torno de 22.000 genes que codificam proteínas e que representam menos de 2% do total do nosso DNA. Mutações em vários desses genes têm sido demonstradas como associadas a enfermidades. A maior parte das doenças monogênicas tem caráter autossômico recessivo, ou seja, aparece quando as duas cópias do gene contêm uma mutação patogênica e, dessa forma, é muito mais frequente em famílias consanguíneas. Nesse ponto, recomendaria aos leitores que voltassem aos livros de biologia básica para rever esses importantes conceitos, aqui aplicados a doenças humanas.

Uma informação interessante é que, com poucas exceções, como as citadas no parágrafo anterior, as doenças genéticas são classificadas como Doenças Raras (DR), cujo conceito está ligado à sua frequência na população. O Ministério da Saúde aceita como DR qualquer condição com frequência igual ou menor que 65/100.000, ou seja, 1,3 pessoas afetadas em cada 2.000. Gosto muito do conceito — bem próximo adotado pelos países da Comunidade Europeia de uma (1) afetada em cada 2.000 pessoas — em especial por ser fácil de gravar. Grande parte das DRs (seguramente mais de 80%) é de origem genética e apresenta uma enorme diversidade de manifestações clínicas, tanto no que se refere ao sistema/órgão afetado(s), como no que tange à sua gravidade. Estima-se que já tenham sido caracterizadas mais de 6.000 DRs diferentes.

Temos como exemplos desde as hemofilias (tendência a apresentar hemorragias), a fibrose cística, os dismorfismos craniofaciais até o grande grupo dos Erros Inatos do Metabolismo, muitos dos quais levam ao retardo do desenvolvimento neuropsicomotor, passando também pelo grupo crescente dos Erros Inatos da Imunidade (também conhecido como Imunodeficiências Primárias), com grande suscetibilidade a infecções, área na qual trabalho há mais de quatro décadas. Cabe lembrar que a síndrome de Down aparece igualmente em todas as etnias com uma frequência de cerca de um em cada 700 nascidos vivos, e, portanto, representa uma das poucas doenças genéticas que não é rara. Da mesma forma, a anemia falciforme não pode ser considerada rara no Nordeste (em Salvador, aproximadamente, um em cada 650 nascidos vivos) e parte do sudeste do país, certamente em razão da nossa ascendência africana.

Um ponto a ser esclarecido é que uma malformação congênita (que a criança já apresenta ao nascer) — em que as cardiopatias são as mais frequentes — pode ser parte de uma doença genética, mas na maior parte dos casos, decorre de outras causas, tais como infecções intrauterinas, uso de certos fármacos pela gestante ou ainda de razão desconhecida na maioria das vezes.

Voltando às DRs, estudos realizados em países europeus, na França em particular, mostram que aproximadamente 5 a 6% da população apresentam alguma DR.

Assim, estima-se que tenhamos no Brasil cerca de 12 milhões de pessoas afetadas por diferentes DRs! A própria ONU, na sua histórica assembleia geral de 16/12/2021, dedicada às DRs, divulgou uma estimativa de que existam cerca de 300 milhões de pessoas com DRs no mundo todo, números próximos aos da população dos Estados Unidos. Em outras palavras, cada doença isoladamente é rara, porém o conjunto das DRs é frequente e o número de pessoas afetadas é alto, com grande impacto para os serviços de saúde. Baseado nestas estimativas, a frase "Somos raros, mas somos muitos" foi o mote da campanha de 2023 em prol das DRs (cujo dia internacional é 29/2 ou 28/2 nos anos não bissextos) do Instituto da Criança e do Adolescente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP, onde trabalho. Desta forma, a ONU exorta para que haja mobilização de toda a sociedade no sentido de oferecer aos portadores de DRs diagnóstico precoce, possibilidade de tratamento (nos casos em que existe), reabilitação e acesso à educação, visando ao desenvolvimento integral pleno dessas pessoas. A grande dificuldade aqui e no mundo todo continua sendo a demora no estabelecimento do diagnóstico, que leva em média 5 anos, mesmo nos países desenvolvidos.

A triagem neonatal ("teste do pezinho") representa a primeira oportunidade de detecção de DRs, num momento em que há possibilidade real de tratamento eficaz para alguns defeitos e prevenção de sequelas em todos os detectados. Hoje, em nosso país, todos os recém-nascidos são testados para cinco DRs monogênicas:

1. Fenilcetonúria: faz parte do grupo dos Erros Inatos do Metabolismo, detectada com uma frequência aproximada de 1 em cada 25.000 nascidos vivos, e requer orientações dietéticas precoces para se evitar comprometimento do desenvolvimento neurológico do bebê.
2. Hipotireoidismo Congênito: trata-se de uma endocrinopatia, que aparece com uma frequência não tão baixa (1 em cada 2.500 nascidos vivos) e que é facilmente tratada com a reposição de hormônio tireoidiano, sendo que o não tratamento precoce pode levar a deficiência intelectual grave.
3. Fibrose Cística: doença grave que afeta inicialmente o sistema respiratório, com uma frequência de aproximadamente 1 em cada 10.000 no Brasil, sendo que após a confirmação do diagnóstico, a criança deve ser encaminhada para acompanhamento cuidadoso, havendo perspectivas em curto prazo de medicações eficazes para mudar o curso da doença.
4. Hiperplasia Adrenal Congênita: trata-se de uma endocrinopatia, com uma frequência de aproximadamente 1 em cada 10.000 nascidos vivos, sendo tratada de forma eficaz com reposição de hormônios corticoadrenais.
5. Deficiência de Biotinidase: trata-se de um Erro Inato do Metabolismo e é a mais rara deste grupo (1 afetado em cada 60.000 nascidos vivos), mas que foi incluída pelo SUS já na primeira fase da triagem neonatal em razão da facilidade de seu tratamento (uso regular de Biotina, uma vitamina do complexo B), evitando-se assim grave retardo do desenvolvimento neuropsicomotor.

Além das cinco DRs mencionadas, na triagem neonatal também se detectam hemoglobinopatias, entre as quais a anemia falciforme, mais bem chamada de doença falciforme, pelas repercussões outras além da anemia. Como já explicado, trata-se de uma doença monogênica que não é rara no Brasil e tem uma frequência de um afetado em cada 1.000 nascidos vivos no país como um todo, sendo, por outro lado, uma doença rara nos estados do sul do país.

À semelhança do que já está acontecendo em maternidades ligadas à Saúde Suplementar, o SUS deve ampliar nos próximos dois anos para todo o país o número de doenças detectadas no "teste do pezinho", que deve alcançar 53 condições, na maior parte Erros Inatos do Metabolismo, mas também a forma mais grave do grupo dos Erros Inatos da Imunidade, representada pela Imunodeficiência Combinada Grave. Nessa última condição, a criança afetada não sobrevive além dos dois anos se não for diagnosticada e submetida a um transplante de medula óssea.

Como cerca de 75% das mais de 6.000 doenças genéticas bem caracterizadas se manifestam já na faixa etária pediátrica, cabe ao pediatra levantar a suspeita e providenciar os meios diagnósticos para sua rápida detecção e tratamento, quando disponível. Diante da suspeita de uma doença genética, é muito importante que os pais procurem saber sobre as origens das famílias dos dois lados e, em especial, se há consanguinidade e casos repetidos de doenças raras, informações que ajudam muito no estabelecimento do diagnóstico. O auxílio de um geneticista clínico é sempre de grande valia, mas nosso país dispõe de poucos profissionais com esta formação. Um levantamento publicado em janeiro de 2023 mostrou que existem apenas 342 geneticistas clínicos no Brasil, sendo que a grande maioria exerce seu ofício nas capitais do sul e sudeste.

Com essas informações, concluo reafirmando que esse é um tema de grande interesse para as nossas autoridades sanitárias e para nossa sociedade como um todo! Muitas vezes a enfermidade já evoluiu com sequelas irreversíveis, ou o paciente não sobreviveu, como no caso das Imunodeficiências Combinadas Graves, falecendo sem um diagnóstico exato da doença de base e sem a possibilidade de um aconselhamento genético consistente para a família.

2.5 ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Clovis Artur Almeida da Silva

A adolescência é marcada por um dinâmico processo de crescimento e desenvolvimento, caracterizado por transformações físicas, psicológicas e sociais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define adolescência entre 10 e 19 anos de idade, respaldada também pela Sociedade Brasileira de Pediatria e Associação Médica Brasileira, estimando-se que 16% da população do Brasil esteja nessa faixa de idade. Por sua vez, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) limita o período entre 12 e 18 anos.

Além disso, o avanço da neurociência (confirmando o crescimento cerebral acontecendo ainda na terceira década de vida) tem possibilitado ampliar a faixa etária de adolescente em alguns centros de saúde e países. De fato, na neuromaturação, que ocorre entre o final da segunda década de vida e a terceira década, ocorre diminuição da massa cinzenta e aumento progressivo da substância branca (mielinização), particularmente no córtex pré-frontal (responsável pelos processos cognitivos) e no sistema límbico (responsável pelo medo e emoção). Assim sendo, a Associação Americana de Pediatria define que a adolescência vai até 21 anos e o Instituto de Medicina e o Conselho Nacional de Pesquisa dos Estados Unidos afirmam que ela segue até os 26 anos.

Um dos marcos legais nacionais da adolescência é as Diretrizes Nacionais de Atenção Integral à Saúde de Adolescente na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde. O Ministério da Saúde do Brasil lançou o programa em 2010, como um marco legal onde adolescentes e jovens, a despeito de gênero, raça, cor, origem ou qualquer outra condição, têm direitos garantidos por ações eficazes que lhes proporcionem desenvolvimento de uma consciência cidadã. Eles têm direito de adquirir conhecimentos sobre sexualidade, saúde reprodutiva e contracepção, além do acesso gratuito a todas as vacinas contempladas pelo Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde. Vários programas com atendimento ao adolescente têm também sido propostos em estados brasileiros.

Essa é uma etapa da vida saudável. No entanto, a característica exposição à situações novas pode tornar os adolescentes vulneráveis aos riscos (situação de fragilidade) as quais impactam sua saúde. Dentre os principais fatores de risco, destacam-se: uso abusivo do celular e mídias eletrônicas (interferindo no sono e na aprendizagem escolar), exposição a acidentes em decorrência do comportamento contestador, doenças psiquiátricas (ansiedade, depressão e ideação suicida), gravidez não planejada, infecções sexualmente transmitidas, uso abusivo de álcool e drogas, uso de tabaco e cigarros eletrônicos, qualquer situação de violência, obesidade, entre outras. O caráter evitável dessas situações reforça a necessidade de integrar as ações preventivas na família, na escola e nos cuidados dos profissionais de saúde, como hebiatra (médico do adolescente). Portanto, cada visita médica oferece ao profissional a oportunidade de identificar e discutir essas questões, muitas vezes, diferentes do motivo principal da consulta.

Na infância, a relação médico-paciente é mediada por um responsável, enquanto na adolescência é realizada diretamente do hebiatra com o jovem. Espera-se que o adolescente adquira progressivamente autonomia (habilidade para decidir sobre aquilo que julga melhor para si), tornando-o capaz de avaliar o seu problema e de administrar por seus próprios meios para solucioná-lo. Nesse sentido, para atendimento do adolescente os princípios de privacidade, confidencialidade e sigilo devem ser prioritariamente respeitados. Tais direitos são reconhecidos e assegurados pelo ECA (Artigo 7) e pelo Código de Ética Médica (Artigo 74), devendo ser mantidos totalmente em segredo por todos os membros da equipe multiprofissional (Artigo 78). Como um exemplo importante, o sigilo é totalmente mantido diante de infor-

mações sobre início da atividade sexual e experimentação de drogas. Por outro lado, a quebra do sigilo deve ocorrer em situações em que o adolescente não tenha condições de enfrentar sozinho ou cause danos a si ou a outras pessoas, como gravidez, intenção de suicídio ou homicídio, drogadição e recusa ou não aderência ao tratamento. Quando houver necessidade de quebra de sigilo, o adolescente deve ser comunicado antecipadamente que seu responsável será informado e, sempre que possível, isso deve ocorrer na sua presença.

Para garantir privacidade, confidencialidade e sigilo, o ideal é que a consulta médica do adolescente seja dividida em tempos. Assim há preferencialmente dois momentos na primeira consulta: o adolescente sozinho e o adolescente com o familiar ou responsável. Na Unidade de Adolescente e nas diversas especialidades pediátricas do Instituto da Criança e do Adolescente do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (ICr-HCFMUSP), habitualmente realizamos a primeira consulta (história clínica e exame físico) em três etapas:

1. A primeira etapa é o atendimento concomitante do adolescente e de sua família. Neste momento, explicam-se as regras e as etapas do atendimento, bem como os conceitos de privacidade e confidencialidade. Há também esclarecimentos sobre uma ocasional necessidade de quebra de sigilo.
2. A segunda etapa inclui entrevista com a família. Neste momento, há um momento privado com pais ou responsáveis, tendo um espaço de acolhimento e escuta das informações sem a presença do adolescente.
3. A terceira etapa é a consulta apenas com o adolescente. Nesse momento, os profissionais têm a chance de estimular o adolescente a reportar suas dúvidas e desejos. Assim, há oportunidades de obter as informações, sem se restringir ao motivo principal da consulta, de modo a conhecer o jovem de forma integral. No final do atendimento, pode ser necessário que os pais retornem para esclarecimentos junto com o adolescente, no caso de um jovem com alguma condição crônica que necessite de medicamentos, por exemplo.

As próximas consultas são realizadas preferencialmente com o adolescente sozinho. Por sua vez, se, em algum momento, houver necessidade de ouvir os familiares ou responsáveis, isso será feito na presença do adolescente. Assim, sempre que possível, a família é estimulada na discussão dos problemas do adolescente. Se necessário, os professores e a escola podem ser também consultados.

Um outro aspecto importante no atendimento do jovem é reconhecer as três fases na adolescência,definidas de acordo com o desenvolvimento biológico (crescimento do corpo físico), cognitivo (processo de aprendizado e elaboração do conhecimento) e psicossocial (convívio social): fases inicial, intermediária e tardia. O entendimento de cada uma das fases pelos familiares, professores e profissionais de saúde é fundamental na assistência integral à saúde do adolescente saudável, assim como no jovem com uma condição crônica.

A fase inicial da adolescência (idades entre 10 e 13 anos) é caracterizada pelo rápido crescimento da altura e pelo desenvolvimento dos marcos da puberdade [crescimento dos pêlos (pubarca); mamas (telarca); órgãos genitais (gonadarca); podendo também ocorrer nessa fase a primeira menstruação (menarca) e primeira ejaculação (espermarca)]. Com relação à identidade e sexualidade, ocorre preocupação aumentada com corpo e aparência, interesse na anatomia sexual e início da masturbação. Na avaliação cognitiva, iniciam-se as operações concretas e na relação familiar há necessidade progressiva de privacidade. Nessa fase, as relações do adolescente ocorrem predominantes com os pares do mesmo sexo.

A fase intermediária da adolescência (idades entre 14 e 17 anos) é caracterizada pelo crescimento importante dos órgãos e sistemas, estabelecimento da capacidade reprodutiva (possibilidade de gerar filhos) e, muitas vezes, do início da atividade sexual. Um aspecto importante é que nessa fase há um aumento das situações de vulnerabilidade a comportamento de risco, tais como: infecções sexualmente transmissíveis, gravidez, experimentação de drogas lícitas (como álcool) e ilícitas (como maconha, cocaína etc.). Nas relações familiares, há um nítido aumento da separação dos pais e envolvimento intenso com grupos de adolescentes, nesse momento com ambos os sexos.

A fase tardia da adolescência (idades entre 18 e 20 anos incompletos) é caracterizada por desenvolvimento neurológico, com maturação cerebral da substância branca (córtex pré-frontal), consolidações da identidade e orientação sexual. Nessa fase, há melhora da vulnerabilidade aos riscos, restabelecimento das relações com os pais e há um aumento da autonomia. Nesse momento, também, habitualmente, ocorre a escolha profissional e/ou início das atividades de trabalho.

Por fim, há vários aspectos educativos e preventivos que são importantes para a formação de adolescentes saudáveis, produtivos e felizes que devem ser priorizados. Os fatores educativos e preventivos destacam-se:

1. Envolvimento constante dos pais na vida dos jovens, com participação ativa na rotina dos adolescentes e tempo livre com os filhos.
2. Alimentação adequada (uso frequente de frutas, legumes e verduras; redução do consumo de alimentos gordurosos e sal) e refeições à mesa.
3. Estímulo constante à atividade física, evitando sempre o sedentarismo.
4. Controle do tempo de tela e das mídias eletrônicas. Sempre intercalar o uso de celulares, televisão e outras mídias eletrônicas, otimizando com atividades de lazer (leitura, música, artes etc.), atividades religiosas, atividades na comunidade (grupo de jovens), contato com a natureza (parques, praias) e animais.
5. Adequada saúde emocional, com promoção de resiliência (suportar frustrações), e diagnóstico precoce de doenças psiquiátricas.
6. Todo adolescente necessita dormir entre 8 e 10 horas/dia para seu bem-estar, desenvolvimento cognitivo e aprendizagem.
7. Orientações dos hábitos de higiene pessoal e saúde bucal, como banho diário, lavagem de mãos e escovação dos dentes.

8. Monitoramento rigoroso do uso de drogas, tabaco e álcool. Pais não fumarem ou beberem é um fator preventivo e educativo. O ideal é só começar a beber após 21 anos, pois o cérebro está mais desenvolvido e o adolescente reconhece melhor os riscos.
9. Relação de amizade positiva e construtiva com pares, como melhor amigo, colega do futebol ou dança etc.
10. Respeito e acolhimento às diferentes identidades e orientações sexuais no grupo LGBTQIA+. A comunidade LGBTQIA+ inclui lésbicas, gays, bissexuais, transexuais, queer, intersexuais, assexuais, sendo que o símbolo "+" envolve as demais orientações sexuais e de gênero, reforçando e respeitando a pluralidade.
11. Discussão de contracepção para todos os adolescentes, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis e gravidez precoce.
12. Prevenção e atenção a qualquer tipo de violência física, psíquica ou emocional, sexual, bullying ou cyberbullying (forma virtual do bullying por usar a internet ou qualquer mídia eletrônica).
13. Relação positiva com um mentor, que pode ser parente (como tio, vizinho), professor, técnico, ou mesmo profissional de saúde.

2.6 O MODELO IDEAL PARA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE: O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Carla Cavalcanti Pontes
Danielle de Belli Claudino
Jailson de Barros Correia
Otelo Schwambach Ferreira

Os textos apresentados neste livro, elaborados por colaboradores médicos ou não, partem de uma visão comum: a defesa de um modelo ideal de assistência à saúde para a criança e o adolescente — e, por extensão, para todos os habitantes do nosso planeta. Esse modelo se sustenta em pilares essenciais, como: o registro adequado e acessível do histórico de saúde, disponível a qualquer profissional que venha a atender o indivíduo, mesmo que ocasionalmente; equipes qualificadas e motivadas para acolher quem demanda cuidados; serviços organizados de forma estruturada e hierarquizada, capazes de atender a todos os níveis de complexidade; garantia de vacinas disponíveis, para que nenhuma oportunidade de imunização seja perdida; avaliação contínua do crescimento e do desenvolvimento de cada criança; e a capacitação para lidar com questões psicológicas e emocionais.

Esses são alguns dos muitos atributos necessários para que o atendimento em saúde seja realizado com a qualidade e a presteza almejadas.O modelo é complexo, é caro, mas o custo/benefício justifica os investimentos necessários. Infelizmente hoje está à disposição de poucos.

As dúvidas são muitas, passam pela escolha do pediatra ou do serviço de pediatria; a consulta pré-natal e a assistência à criança na sala de parto; a clínica e o hospital de emergência; a guarda dos dados médicos; a transferência para outra cidade; a participação do familiar no diagnóstico e no tratamento; quando ouvir outro pediatra; a sala de espera do médico; o atendimento telefônico; entre outros assuntos.

COMO ESCOLHER O PEDIATRA?

A assistência à saúde das crianças deve ser pensada a longo prazo. Para isso, é importante que os familiares definam o pediatra que os ajudará. O pediatra escolhido deve indicar um substituto para suas eventuais ausências e é desejável que logo exista uma relação próxima entre ele, a criança e os familiares. A definição do profissional deve ser baseada em critérios objetivos: experiência, proximidade, acessibilidade e até remuneração do serviço. Os fatores experiência e proximidade são evidentes por si. O profissional escolhido deve ser acessível, pois as crianças apresentam frequentes problemas de saúde e os familiares precisam de orientação próxima. Os telefones — consultório, celular e residência — e o e-mail precisam estar disponíveis. Os familiares e o profissional devem estabelecer as regras de contato na primeira consulta. O médico experiente, para cada cliente novo, oferece seu cartão de visitas e fala sobre a acessibilidade. Pediatra assistente deve ser acessível. O entrosamento será estruturado com o passar do tempo, com as consultas, com o atendimento telefônico, com o carinho, com a resolução dos problemas e com a honestidade entre ambas as partes.

É NECESSÁRIA A PARTICIPAÇÃO DO PEDIATRA NA SALA DE PARTO?

É ideal que o pediatra participe do pré-natal e do nascimento de toda criança. Seria melhor ainda que essa participação fosse realizada pelo profissional que vai seguir a criança após o nascimento. Os benefícios para a criança, para seus familiares e para o bom desempenho funcional do médico são extraordinários.

E AS EMERGÊNCIAS?

O pediatra assistente deve indicar serviços de urgência/emergência pediátrica. Nas situações mais críticas — traumas, sangramentos, convulsões e outras — procurar um hospital é essencial, além de comunicar ao médico assistente. Nas situações menos críticas — vômitos, febre, diarréia e outras — é possível recorrer a estruturas menos complexas, como as clínicas 24 horas e, dependendo do quadro, o pediatra assistente deve ser comunicado.

O QUE DEVEMOS SABER SOBRE O REGISTRO DOS DADOS MÉDICOS?

Algumas observações importantes sobre o tema:

- Todo ato médico deve ser registrado. O registro é um dos indicadores de boa qualidade assistencial e é um direito do cliente. Toda a documentação gerada não pertence ao médico nem ao hospital, é propriedade do paciente que terá o direito de consultá-la sempre que preciso.

- Os familiares devem guardar o cartão de vacinas, as receitas, os exames laboratoriais e tudo o que se referir aos atendimentos médicos. Isso facilita a continuidade assistencial quando outro médico for consultado, por exemplo, numa mudança de endereço. Quando forem se transferir, peçam ao pediatra um relatório detalhado e não esqueçam de solicitar os gráficos de crescimento.

COMO AJUDAR OS MÉDICOS A CUIDAREM DAS NOSSAS CRIANÇAS?

Vocês ajudam os pediatras a cuidarem bem das crianças:

- Seguindo o programa de consultas periódicas estabelecido pelo profissional. Esse é o melhor método para a prevenção, diagnóstico e o tratamento precoce da quase totalidade das doenças.

- Prestando as informações precisas sobre as anormalidades observadas nas crianças. A prática da medicina não é perfeita, todo ato médico tem alguma chance de estar errado. O aparelho do laboratório descalibra, o raio-X e o ultrassom podem ser interpretados de forma equivocada. Essa é uma das mais importantes reflexões que o paciente deve fazer. A medicina é assim. Sabendo disso vocês devem ajudar o médico a enfrentar a imperfeição observando, informando, perguntando.

- Tentando entender o diagnóstico e o tratamento proposto. Quando houver dúvidas, perguntem. O profissional deve estar acostumado a responder aos questionamentos.

- Informando a resposta ao tratamento — exemplo: erupção cutânea após o início do antibiótico — ou se a resposta não está sendo a que o pediatra havia referido — exemplo: febre continua após dois dias do início do tratamento da otite média. Estudando e aprendendo sobre as principais enfermidades dos filhos, os livros sobre a saúde das crianças e a internet ajudam.

POR QUE AS CRIANÇAS BRIGAM AO SEREM EXAMINADAS?

Entre um, três, ou quatro anos, a maior parte das crianças não aceita a consulta médica. As mais jovens são pequeninas para reagir, embora os pediatras, às vezes, encontrem algumas de seis ou sete meses muito rebeldes e esquentadas. As que têm

mais de quatro anos habitualmente aceitam bem o exame médico. Por muitas razões, as crianças choram, protestam, agridem e lutam para não serem examinadas. Na idade em que são mais rebeldes, elas estão numa fase emocional particular em que o não domina muitas das reações. Também não são capazes de entender racionalmente a importância do exame médico. Além dessas características, os consultórios pediátricos são locais de algum sofrimento, de alguma expectativa de dor e de conversas absolutamente desinteressantes. É o local das vacinas, exame do ouvido, abaixador de língua, exame genital, muitas perguntas chatas, acusações, críticas, solicitação de exames e muitas outras más experiências. Também é o local do suplício e do castigo, pois familiares ainda usam aquele velho recurso: "fique quieto ou te levo para o médico" ou "eu vou mandar te dar uma injeção".

COMO AGIR PARA REDUZIR ESSA RECUSA PELO EXAME MÉDICO?

Mostraremos sumariamente o papel dos familiares e dos médicos nesse momento:

- Familiar(es) — nunca devem mentir, nunca devem dizer que os consultórios médicos são um lugar de alegrias, flores, pirulitos e pipocas. Devem dizer que os consultórios dos médicos, como os dos dentistas, são locais importantes para cuidar da saúde. Devem usar como exemplos as consultas que os próprios pais fazem aos seus médicos. Devem falar que as vacinas e que os exames, embora desagradáveis, são importantes para combater as doenças. No caso dos imunizantes, é sempre importante mostrar que aquela "picadinha" pode evitar doenças que significam dor, sofrimento, hospital e algumas "picadonas" para exames de sangue e para aplicação de remédios. Apresentar a consulta médica e as vacinas como castigo ou punição é absurdo.

- Médico(s) — Evidentemente, os pediatras devem examinar todas as crianças, mesmo as mais rebeldes, com carinho e sensibilidade para tirar do exame o máximo de informações úteis. O exame, ou uma parte dele, no colo da mãe é uma medida recomendada. O professor Fernando Figueira sempre ensinou que colo de mãe é a melhor mesa de exame. Cada etapa deve ser explicada antecipadamente às crianças, os profissionais experientes vão fazendo isso à medida que o exame vai se desenvolvendo. Antes de colocar o estetoscópio no tórax das crianças, os pediatras podem colocar o aparelho no tórax dos adultos e mostrar que o exame não machuca. O mesmo pode ser feito com o aparelho para ver os ouvidos. O uso do temido abaixador de língua sistematicamente em toda a consulta, mesmo nas crianças que não demonstram ter doença da garganta, deve ser repensado. O exame genital deve ser feito de rotina e precedido das mesmas explicações feitas quando do exame do ouvido, por exemplo. Muitas vezes, na primeira consulta, os pediatras não conseguem examinar bem os seus clientes mais ariscos, mas um exame mais detalhado pode ser conseguido numa segunda ocasião, se as crianças notam

que os profissionais são pacientes e tolerantes. Embora existam pediatras que executam procedimentos dolorosos em seus pacientes, como a aplicação de vacinas, a maior parte dos profissionais acha que isso dificulta a relação médico/paciente. Seguramente, os médicos devem dizer com palavras simples e compreensíveis pelos pequenos qual a importância das vacinas ou dos exames de sangue e nunca devem pintar o quadro com cores distintas da realidade. Os médicos também devem agir com segurança, assim, quando for necessária uma contenção física para a retirada de um corpo estranho no nariz ou no ouvido, isso deve ser feito com técnica apropriada, mas com determinação para que os bons resultados sejam obtidos e a relação de confiança seja mantida. Com o passar do tempo e com essas ações, a maior parte das crianças passa a aceitar numa boa as consultas pediátricas e passam a ser amigos dos seus médicos.

QUAL É O PROGRAMA DE CONSULTAS PERIÓDICAS?

Toda criança deve ser levada ao pediatra mesmo que não apresente o menor sinal de doença, mesmo que os pais não tenham a mínima dúvida sobre o seu bem-estar. Essa é uma recomendação internacional. A Sociedade Brasileira de Pediatria recomenda que toda criança, mesmo quando considerada saudável, seja acompanhada regularmente pelo sistema de saúde. As consultas devem ocorrer mensalmente até os seis meses de vida; a cada dois meses dos 6 aos 12 meses; a cada três meses de 1 aos 2 anos; a cada seis meses dos 2 aos 6 anos; e, a partir dos 6 até os 18, uma vez ao ano. Crianças com condições especiais, como as nascidas prematuras ou com outros problemas de saúde, necessitam de acompanhamento diferenciado, conforme orientação médica.

PARA QUE TANTAS IDAS AOS PEDIATRAS?

É com esse comparecimento periódico que os pediatras têm condições de acompanhar o crescimento (altura, peso e perímetro cefálico e outros indicadores), seguir o desenvolvimento motor, psicológico e cognitivo (aquisição das habilidades para sentar e andar, capacidade de falar, evolução do aprendizado escolar e vários outros aspectos) orientar sobre a vacinação, revisar o programa alimentar, diagnosticar anemia e outros problemas, debater questões comportamentais e ajudar os familiares a decidirem sobre muitas outras situações significantes.

QUANDO CONSULTAR OUTRO PEDIATRA?

É prudente referir ao pediatra sobre todas as dúvidas que vocês têm. Esse jogo claro, franco, é essencial para que exista confiança mútua. A franqueza deve ocorrer inclusive quando vocês sentirem a necessidade de ouvir outro profissional. Pode ser difícil abordar o assunto, mas o ideal é que seja assim. Por várias razões, é melhor que os familiares e o pediatra definam o momento de avaliar a criança

com outro profissional. Mas, algumas vezes, por centenas de razões, os familiares ouvem outros profissionais, até não médicos, sem que o pediatra assistente saiba. Isso ocorre e é um direito dos familiares. A maior vantagem de ouvir outro médico indicado pelo pediatra é que os dois podem conversar sobre o que fazer. Evidentemente, a criança passa a ser beneficiada com a orientação de dois profissionais. Mesmo que as orientações sejam discordantes, é melhor que os dois se entendam para decidir qual o melhor caminho. Vejam que nossa recomendação visa à saúde da criança. É possível que a conduta do pediatra titular seja a mais adequada e a criança pode ser prejudicada com uma mudança da conduta, mas o inverso também pode ocorrer.

QUANDO IR AO ESPECIALISTA?

O pediatra age como um maestro de orquestra, vendo o conjunto e olhando toda a saúde física e emocional do cliente. É ele o mais indicado para recomendar o melhor momento de buscar ajuda de especialista e indicar qual profissional deve ser consultado. Se vocês, em algum momento, desejarem que a criança seja avaliada por um especialista de qualquer área, falem abertamente com o pediatra. Não é boa norma consultar um profissional especializado sem o conhecimento do pediatra. Pediatra é um pouco pai, um pouco tio, deve saber de tudo. O paciente pode ser prejudicado com essa falta de entendimento entre os profissionais.

QUANDO DEVEREMOS SOLICITAR UMA "JUNTA MÉDICA"?

Esse é um recurso usado quando há uma situação importante ou mesmo grave, com risco de morte ou de outros perigos significantes e é importante adotar condutas diagnósticas e/ou terapêuticas que podem mudar a condição existente. Os familiares têm o direito de solicitar a reunião de dois ou mais médicos para definir o que fazer. Algumas vezes, é o próprio pediatra assistente que sugere isso. É essencial que todos os médicos envolvidos estejam presentes num determinado local e numa hora predefinida para que o trabalho se desenvolva como é o esperado de uma "junta médica". Após examinar o cliente e revisar todos os aspectos da doença apresentada, é comum que os médicos solicitem um momento a sós, sem a presença dos familiares, para debater livremente o que fazer. Findada essa fase, é essencial que os médicos se reúnam com os familiares para apresentar o resultado do que foi acertado.

EU TENHO MEDO DE SALA DE ESPERA DE MÉDICO. TENHO RAZÃO?

Salas de espera de consultório médico, de clínica de pronto atendimento, de hospital e de laboratório são ambientes propícios para a disseminação das doenças. Pensem nos seguintes conselhos:

- Evitem salas de espera repletas de crianças doentes. Muitas são transmissíveis e é possível encontrar na sala de espera crianças com coqueluche, catapora ou outras infecções importantes.
- Procurem consulta com hora marcada. Os profissionais e os familiares são responsáveis por evitar o indesejável acúmulo de pacientes nesses ambientes que habitualmente são pouco espaçosos e com ar-condicionado.
- Não ir ao consultório com pacientes com coqueluche, catapora, sarampo ou outras infecções importantes. Entrem em contato com o médico quando tiverem dúvida a esse respeito.
- Tentem cumprir horário combinado e evitem levar várias crianças ao consultório, ao mesmo tempo. Permaneçam o menor tempo possível no ambiente do consultório e não levem crianças para visitas hospitalares.

O ATENDIMENTO TELEFÔNICO É COMPLICADO. COMO PROCEDER?

A orientação telefônica é uma das atividades mais importantes do pediatra. Também é uma das mais complexas e difíceis de administrar. Cada médico estabelece a rotina de atender aos chamados, mas é indesejável falar ao telefone no momento em que outra criança está sendo examinada. O ideal é responder às ligações nos intervalos ou ao fim do expediente. É evidente que as emergências devem ser atendidas. Um vasto canal de comunicação entre o pediatra e os familiares é sempre necessário. Todo profissional que assume o controle da saúde das crianças deve estar sempre solidário com o que ocorre e receptivo para responder aos telefonemas, inclusive, quando está na sua casa.

SERÁ QUE OS MÉDICOS SE LEMBRAM DOS NOSSOS FILHOS?

Esse é um dos problemas que os médicos enfrentam quando têm que orientar por telefone. Essa é mais uma razão para que cada criança seja acompanhada por apenas um pediatra. Quando é o mesmo pediatra que atende à criança, é menos provável o surgimento de erros e trocas. Portanto, mais uma vez, fixem-se em apenas um profissional e montem com ele um esquema de cumplicidade para que tudo funcione melhor. Quando a mãe liga para o médico, é importante que ela refira alguns dados que identificam a criança: nome do paciente e da mãe, idade, peso aproximado e alguns outros dados importantes (se é asmático cite o fato; se tem alergia à penicilina, idem; se é convulsivo, idem).

O QUE VOCÊS PENSAM DOS HONORÁRIOS?

Hoje, com os planos de saúde, esse assunto é de menor importância. Mas, para os poucos clientes privados existentes, é importante que vocês saibam que o profissional não dispõe de mecanismos para saber a condição financeira de cada família. Os que estão em dificuldade para pagar os honorários profissionais

devem falar francamente. O médico sempre encontrará mecanismo para atender ao paciente e fazendo isso cumprirá sua obrigação. Pensem que a maior parte dos pediatras estudou em escolas públicas pagas pelos contribuintes, por vocês. Então, quando um deles atende um paciente, mesmo sem a cobrança de honorários, não estará fazendo um favor. Todo médico tem compromisso social.

A VOLTA DE CONSULTA É OUTRA DIFICULDADE. COMO PROCEDER?

É tradicional que o cliente que vai à consulta médica tenha direito a voltar, sem ônus, para mostrar exames ou para algum controle programado pelo próprio médico. O retorno é um complemento da consulta anterior. Algumas famílias, por iniciativa própria, para esclarecer dúvidas originadas da consulta anterior ou por outra razão, retornam ao consultório. Cada profissional define os critérios do que é volta, alguns estabelecem prazo para que o retorno ocorra e outros definem número de controles. Quando houver dúvida, se uma nova doença é motivo para um retorno ou uma nova consulta, ou ainda para esclarecer qualquer dificuldade sobre o tema, nada melhor do que uma boa conversa.

E O DIÁLOGO COM OS FUNCIONÁRIOS DO CONSULTÓRIO?

O conhecimento dos funcionários do consultório é mais uma das vantagens da continuação do atendimento pelo mesmo profissional ao longo dos anos. Mas eles são seres humanos, têm suas dificuldades, seus problemas. Porém, todos os que trabalham no setor de saúde estão orientados a tolerar a angústia dos que estão adoentados ou com um parente nessa condição. Falem francamente que as eventuais dificuldades surgidas serão resolvidas.

O QUE MAIS OS PEDIATRAS PODEM FAZER?

Eles podem sugerir locais para a prática da natação, escolinhas e creches, opinar sobre a escolha das enfermeiras e das babás, aconselhar sobre os cuidados durante as viagens, e sobre vários outros assuntos relativos ao bem-estar das crianças e até recomendar médicos para os familiares.

COMO HUMANIZAR A RELAÇÃO ENTRE PEDIATRAS E PACIENTES?

A humanização das ações de todos os envolvidos na assistência à saúde — da recepcionista ao profissional mais graduado — é um valor que não pode ser negligenciado. Os gestores e as equipes técnicas e de apoio devem estar especialmente envolvidos nessa tarefa. Existem, hoje, estratégias montadas desde os cursos de graduação, para habilitar todos a pensar e a praticar ações menos frias, impessoais. A arquitetura também deve pensar em tornar os ambientes mais humanos, personalizados, menos massificados.

COMO NÓS, PACIENTES E FAMILIARES, PODEMOS PARTICIPAR DISSO?

Mesmo as unidades mais simples montam mecanismos para colher as opiniões dos clientes sobre o atendimento. Deem suas opiniões. As unidades maiores oferecem ouvidorias para que vocês registrem suas observações, que também podem e devem ser elogiosas. Mas todos os envolvidos na prática assistencial à saúde devem agir como ouvidores e estar alertas para escutar o que os pacientes têm a dizer. Um dos pediatras do grupo, com a cabeça cheia de conhecimentos técnicos, ouviu uma observação da mãe de um paciente que ainda hoje o acompanha. Na porta do seu consultório havia uma mensagem das Edições Paulinas que dizia "procurei um médico e encontrei um amigo. foi o segredo da minha cura". A mãe, após a fase mais crítica da doença do filho, olhou para o médico e disse "procurei um amigo e encontrei um médico". Certamente os profissionais, todos eles, médicos ou não, têm que ter competência e atitudes técnicas que a profissão exige, mas todos eles têm que estar alertas para a prática mais amiga, humana, personalizada, próxima e cúmplice.

E para terminar, reproduzimos trechos de dois textos que um dos pediatras que tem nos ajudado a escrever e rever os capítulos recebeu de uma cliente. Vejam o primeiro:

> [...] Ao entrar no estabelecimento, vi aquele senhor que me parecia extremamente familiar. Ele era parecido com o pediatra dos meus filhos!! Mas de short, camiseta e tênis? Ele só tinha me visto duas vezes, então, provavelmente não me reconheceria entre um milhão de mães malucas que ele deve conhecer.
> Bem, passei a perseguir o referido senhor dentro da padaria para tentar ver mais de perto. Achei que ele começou a perceber. O pior, passei a querer tirar uma foto dele no meu IPhone para mandar para minha mãe para ela dizer: "É ele mesmo!!". E eu jogar minha cestinha no chão e pular em cima dele!!!
> Ele pagou as compras... foi embora e eu fiquei extremamente frustrada... terminei minhas compras... paguei... fui pra casa... Quando entrei no carro, parei e pensei... certo... mas e se fosse pediatra dos meus filhos? O que eu perguntaria a ele? Sabe que nem tinha pensado nisso?
> Depois desse dia, decidi que, em minha mesa de cabeceira, junto com as fotos dos meus filhos, vou colocar a foto do pediatra... assim tenho a sensação de que eles estão mais protegidos... difícil vai ser justificar ao doutor, na próxima consulta, que quero tirar uma foto dele!

Seguramente, não é necessário ter a foto do pediatra na cabeceira da cama. Basta firmar um pacto de que ele foi o escolhido, basta ter os seus telefones, comparecer ao consultório com a periodicidade recomendada, informar a ele as suas dúvidas, angústias e observações, seguir as recomendações e tudo deverá acontecer sem atropelos ou dificuldades.

E agora o segundo:

O texto demonstra que os pediatras e os familiares podem estabelecer uma relação respeitosa, profícua, duradoura e até afetiva. E citando Saint-Exupéry: "não é a distância que mede o afastamento".
E não é mesmo, pois sempre me lembro do senhor na minha trajetória de educar um filho para o mundo e para a vida. Ele agora está com 16 anos e com saúde. O meu eterno agradecimento pelos ensinamentos e pelas escutas de uma mãe que, por vezes, era aflita demais com as "asmas", as "tosses" e as "febres". O meu eterno agradecimento pelos ensinamentos mais simples como: oferecer ao meu filho aquilo que está na mesa para toda a família como arroz, feijão e carne assada; possibilitar a ele um caminhar com os pés descalços na areia da praia para "consertar" um pezinho que teimava pisar errado; tratar um resfriado com um delicioso mergulho no mar e sentir o calor do sol. Obrigada por ter me ajudado a possibilitar uma infância feliz para meu filho.

2.7 O CUIDADOR NÃO FAMILIAR: A "ENFERMEIRA" E A "BABÁ"

Aníbal Augusto Gaudêncio de Melo
Constantino Giovani Braga Cartaxo
Jailson de Barros Correia
Otelo Schwambach Ferreira

É um belo começo ver o documentário *Babás* (https://youtu.be/5_PBphf8rSM) produzido por Consuelo Lins, disponível no YouTube. Também vale muito ler o texto abaixo, produzido pela jornalista Adriana Magalhães,para ter um dimensionamento mais adequado sobre a complexidade do assunto.

2.7.1 PAIS SEPARADOS, FILHOS EDUCADOS PELAS BABÁS: A FAMÍLIA DO SÉCULO XXI

Há um tempo, família era algo fácil de se definir. Havia o pai, a mãe e os filhos, simples assim. Nos dias de hoje, a família ganhou uma complexidade muito grande: são filhos criados somente pela mãe. Criados pela mãe, pelo novo marido dela e ganhando como irmãos os filhos dele. Criados pelo pai, pela avó e até mesmo pela babá.

A separação dos pais é terreno fértil para essa nova configuração familiar. O psicanalista José Inácio Parente diz que, antigamente, a separação era um fantasma na vida de pais e filhos. Mas, hoje virou rotina. Ele aconselha os pais a pensarem antes em seu próprio bem-estar que, certamente, os filhos serão beneficiados a reboque: "o que mais beneficia as crianças é o prazer dos pais. Às vezes os pais não se separam, e estão super infelizes por causa das crianças. Isso faz muito mal às crianças, o que mais faz bem às crianças é o prazer dos pais".

E a separação não tem que necessariamente significar o sumiço de um dos pais da vida dos filhos. José Inácio aconselha seus pacientes a optarem pela guarda compartilhada, que é uma alternativa para que os pais separados tenham igual presença na vida dos filhos. Dessa forma, os filhos podem passar um mês com o pai e outro com a mãe.

Durante o mês em que a criança está com o pai, ela fica todo final de semana com a mãe e às vezes toda quarta-feira à noite com a mãe e todo final de semana. Na vez que está com a mãe, fica todo final de semana com o pai. De maneira que não fica um mês longe. Fica um mês com um, um mês com outro. Inspirado nessa situação, muitas instituições ligadas à paternidade e à maternidade têm feito uma campanha que chamam de guarda compartilhada.

O divórcio do policial militar João Valério Lisboa trouxe uma nova configuração familiar à vida de Raíssa, sua filha. Nos dois primeiros anos de separação, eles adotaram o modelo tradicional, em que o filho fica com a mãe e o pai paga pensão. Mas, não deu certo. Daí, João decidiu criar sua filha. Ele explica porque pediu a guarda de Raíssa: "Muito largada, porque a mãe trabalhava e estava estudando também. Aí eu a peguei, porque ela estava tomando até 'bomba'".

João conta que a ex-esposa não se importou com a mudança. Mas, ele admite que se preocupou mais com Raíssa porque já tinha casado novamente. Se continuasse divorciado, ele acha que seria mais difícil cuidar sozinho da filha.

O mundo moderno trouxe outra dimensão à presença das babás na vida das crianças. Com o dia dedicado ao trabalho, as mães optam por deixar o filho numa creche ou contratam uma babá. A psicóloga Beatriz Gang Mizrahi escreveu um livro sobre a relação entre pais e filhos, baseado na sua dissertação de mestrado. Ela diz que o mundo globalizado obriga essa nova configuração e os casais acabam deixando as crianças tempo demais a cargo de pessoas alheias à família. Beatriz destaca que o tempo que os pais dedicam a seus filhos não é uma questão puramente familiar e sim decidida em função da atividade profissional. "Quando esse mundo em que a gente vive lá fora, social, ele se torna cada vez mais focado nas relações de mercado, esse espaço da intimidade e do afeto, dentro de casa, fica comprometido também."

A funcionária pública Patrícia Mesquita conta que aproveitou bem o primeiro ano de sua filha, Carolina, porque trabalhava apenas meio expediente. Mas, quando precisou trabalhar o dia inteiro, ela revela que passou por vários momentos de insegurança. Achou que sua filha ia perder todos os hábitos — que ela considera saudáveis — construídos durante o primeiro ano de vida. Patrícia diz que o maior problema era ela mesma, porque ficava angustiada com a distância da filha. Outra fonte de insegurança era o pensamento de que a filha fosse gostar mais da babá.

"Às vezes ela acorda de manhã e chama o nome da babá, eu fico arrasada. Mas isso faz parte, óbvio que ela fica muito tempo com a babá, então ela vai gostar, claro, da babá também. Mas isso é mais um ciúme de mãe do que uma

preocupação maior que eu tenha. O mais importante é estar seguro de que nosso filho está com alguém que a gente confia. E nesse caso até se torna bom o fato dela gostar mais da babá."

Patrícia destaca, entretanto, que seu tempo livre é totalmente dedicado à filha. Os finais de semana são todos ditados pelo bem-estar de Carolina, que vai completar dois anos no mês que vem."As outras obrigações e até outras formas de lazer, eu procuro fazer quando ela está dormindo. Quando eu tenho tempo livre e ela está acordada, eu tento ficar com ela e fazer com que esse tempo seja de qualidade. Não só estar ao lado dela com a TV ligada, mas estar brincando com ela, saindo com ela, levando-a para lugares onde haja outras crianças ou atividades legais."

Mas, nem todos pensam como Patrícia. Pelo menos é o que se observa, nos fins de semana, em parquinhos e restaurantes: muitas crianças continuam a cargo das babás, mesmo quando, supostamente, os pais estão em seu dia livre. A psicóloga Beatriz Mizrahi diz o que pode acontecer na cabeça dos filhos que se sentem colocados de lado pelos pais.

"O primeiro sentimento de alguém que se sente desprezado é de não existir como pessoa. E quando você tem a impressão de que você não existe, você vai lutar violentamente para existir, para ser reconhecido. Então a gente pode fazer uma relação entre a violência, entre os atos delinquentes, né. E essa luta fervorosa para que alguém olhe para você, para que alguém te enxergue, te reconheça."

Beatriz sustenta, ainda, que a qualidade da relação entre pais e filhos é importante, mas a quantidade conta pontos, sim, em favor desse relacionamento. "Ainda mais quando a gente considera os bebês pequenos. Toda relação de intimidade que se estabelece entre os pais e os bebês depende de uma certa convivência que precisa acontecer de fato, depende de tempo, depende de uma dedicação concreta mesmo, que novamente precisa ser possibilitada também pelas relações de trabalho."

O psicanalista José Inácio Parente tem uma opinião diferente sobre o tempo que os pais dedicam aos filhos. Ele acha que a vida social e outras atividades dos pais — e principalmente da mãe, não devem acabar por causa dos pequenos:

"Antigamente havia essa ideia de que 'ser mãe é padecer no paraíso.' Então a mulher se restringia totalmente à vida familiar e aos filhos e matava a vida dela pessoalmente. Isso parecia uma coisa de heroísmo, terra encantada no Dia das Mães, mas a verdade é que não é uma coisa boa, nem para as mães, nem para os filhos. Aquela ideia: ´minha mãe doou a vida dela para a gente, agora nós temos que dar nossa vida para ela´. Isso não é saudável para ninguém. Então essa menor presença da mãe hoje em dia é verdadeira, porque a mãe precisa trabalhar também, não só trabalhar, precisa se divertir também, fazer ginástica, ter a vida afetiva dela, social etc. Isso é ruim de um lado, porque a criança fica menos tempo com os pais. Por outro lado, eles podem também compensar isso com a qualidade maior de estar junto. Às vezes, a mãe que fica com a criança o dia inteiro, acaba ocupando um lugar excessivo na vida da criança, e um lugar chato,

desprazeroso. Eu prefiro uma mãe que fica uma hora tendo prazer com os filhos do que a mãe que fica 8 horas chateada de não ter liberdade de fazer nada"

Segundo o novo Código Civil, o sustento, a guarda e a educação dos filhos são deveres igualmente do pai e da mãe. Em caso de divórcio, vai prevalecer o acordo entre o ex-casal. Mas, se não houver acordo, a guarda fica com quem tem melhores condições para exercê-la.

De Brasília, Adriana Magalhães

Também é válido o texto divulgado no *Diario de Pernambuco* em 21 de fevereiro de 2010. A matéria aborda pesquisa sobre a influência das babás na vida das crianças, ressaltando que as crianças tendem a se espelhar em quem passa mais tempo com elas. Incorporam gostos musicais, alimentares, gírias, erros de português e até crenças religiosas das babás. O estudo identificou que falta diálogo entre as mães e as babás e que as primeiras sentem culpa por deixarem as crianças aos cuidados das últimas. As mães admitiram que esse sentimento de culpa interfere na relação com seus filhos e que renunciam a certas normas para não perder o amor das crianças. Por outro lado, as babás informaram desempenhar suas funções de acordo com a relação que mantém com as patroas, que cuidam das crianças como se fossem seus filhos e que estão preocupadas com seus próprios filhos, os quais estão em casa sem cuidados.

Agora é válido abordar o tema. Embora apenas as famílias com renda elevada possam contratar cuidadores não familiares para ajudar nas tarefas de cuidar das crianças, parece oportuno rever o assunto. Os termos "babá" e "enfermeira" serão usados como equivalentes, neste texto, pois as rotuladas na segunda categoria, geralmente, não tem este título profissional. São no máximo "babá" mais idosa e mais experiente e vestida de branco.

COMO SELECIONAR AS PESSOAS PARA AJUDAR A CUIDAR DOS FILHOS?

É essencial colher informações sobre o passado da pessoa a ser contratada. E a melhor informante é uma mãe que a contratou previamente. Perguntar sobre a qualidade do trabalho, higiene, cumprimento dos horários, perfil emocional, obediência às recomendações feitas, deslizes observados e outros aspectos. Até sobre problemas de saúde vocês devem perguntar. E aí vai uma lista de aspectos essenciais que devem ser abordados logo na primeira entrevista: endereço pormenorizado com roteiro de como chegar à casa; com quem mora; telefone para contato; formação escolar; se é fumante e se costuma tomar bebidas alcoólicas; se tem filhos e, se tiver, com quem os deixa para trabalhar; se tem algum problema de saúde; o que gosta de fazer no horário livre; dados pessoais como namorado e marido; pessoas que podem dar referências e telefones; contato inicial com a criança; descrição das atividades que serão praticadas; real disponibilidade para trabalhar no horário contratado; rever salários e folgas.

ESSA ENTREVISTA NÃO É FÁCIL, NÃO É MESMO?

Recentemente, num famosíssimo programa de entrevistas da televisão dos Estados Unidos, um especialista orientou que as seguintes perguntas deveriam ser formuladas: onde trabalhou? Qual a sua rotina de higiene pessoal? Tem envolvimento com a polícia ou com a justiça por maus tratos às crianças ou por outros problemas? Qual o seu entendimento sobre o que é mau trato para com as crianças? Quais os mecanismos que você usa para convencer uma criança rebelde que não quer tomar banho, não quer cumprir a rotina estabelecida pela mãe? Qual o seu conhecimento sobre os alimentos importantes e obrigatórios para a boa nutrição das crianças e sobre os que não são importantes? O que você sabe sobre os acidentes na infância? Quais as ações que você adotaria nas queimaduras, quedas, cortes com sangramento e convulsões?

COMO DEVE SER UMA "ENFERMEIRA" PARA CUIDAR DO BEBÊ?

A primeira característica é que tenha experiência com bebês. A segunda é que aceite a norma de que a mãe é que gerenciará o processo. Outra boa característica é que essa "enfermeira" tenha alguma formação especializada. Deve ser uma senhora, lá pelos 40 anos, que também tenha cuidado dos seus filhos e que tenha excelentes credenciais fornecidas por outras mães. Mas, entregar todos os cuidados a uma estranha, sem "os olhos" de um familiar, pode ser perigoso.

É MELHOR TRAZER UMA BABÁ DO INTERIOR?

Não é prudente entregar a criança para quem não tem experiência. Mas se vocês não trabalham fora do lar, se a babá vai trabalhar fiscalizada, essa moça do interior, sem "vícios", pode ser "moldada" e útil. É evidente que ela deve ser instruída até de como lavar a roupinha do bebê, de como esterilizar os utensílios da alimentação. Não se deve supor que as vindas das áreas interioranas sejam ingênuas e sem vícios. Também há que se levar em conta que quanto mais "matuta", maior a chance de ter tido uma educação sem carinho e afeto. Não é preconceito. É um alerta.

ENTÃO É MELHOR ESCOLHER UMA BABÁ EXPERIENTE?

Sem dúvida, quanto mais experiente e mais confiável melhor. Mas a babá ideal não existe. Elas são como nós. Têm qualidades e defeitos. E também é prudente admitir que a "excelente babá" numa outra casa pode não ter um desempenho tão satisfatório na casa de uma de vocês. Assim, é boa norma estar com o "desconfiômetro" ligado, com um "pé atrás", mesmo que a auxiliar contratada tenha ótimas referências, várias informações de ser "experiente". É obrigatório definir com ela quais são as regras da casa e montar um eficiente esquema de observação.

O QUE DEVEMOS FAZER PARA QUE ELAS CONFIEM EM NÓS?

É essencial carteira de trabalho assinada, repouso, férias e outros itens. O diálogo é a peça mais importante na montagem desse esquema respeitoso. Dar a elas, sempre, a chance de se explicar. Ouvir é o aspecto mais importante para o estabelecimento de um diálogo produtivo. Quando censurar, agir de forma não agressiva e mostrar que o mais importante é que os cuidados com as crianças sejam qualificados e confiáveis. Em todos os finais de expediente, é essencial conversar sobre o comportamento das crianças. E, seguramente, vocês devem dar atenção às observações das babás. Essa postura valoriza o trabalho delas e orienta as mães nas consultas com os pediatras e na tomada de muitas decisões.

É IMPORTANTE QUE A "ENFERMEIRA" E A BABÁ SAIBAM LER?

As alfabetizadas terão facilidades para entender as ordens escritas. Mas, entendam que uma babá que não sabe ler poderá ser mais afetuosa, atenta, "esperta", cumpridora das obrigações e receptiva do que a alfabetizada. É desejável que as babás conheçam, mesmo sem ler, sobre os cuidados básicos nos acidentes domésticos — queimaduras, quedas, engasgos e outras situações comuns. As mães devem ler alguns textos básicos sobre os cuidados com as crianças. O tema acidentes não pode ser esquecido.

NOSSOS EXEMPLOS TENDEM A SER COPIADOS PELA BABÁ?

O comportamento dos pais tende a ser imitado pelas babás. Os bons exemplos serão copiados e transformados em boas ações. Os pais devem demonstrar segurança ao estabelecer limites para os filhos, ao estabelecer horários para sono, alimentação, higiene, lazer ao ar livre e até para assistir à TV. Devem agir de forma equilibrada nos momentos de destempero das crianças. Se a criança tenta agredir a babá, o pai ou a mãe deve agir com rigor para evitar e exigir respeito a auxiliar. As babás que percebem essas ações, principalmente se adotadas repetitivamente, tenderão a agir da mesma forma. Mas se os pais praticam, no cotidiano com seus filhos, o mau exemplo, o grito, o empurrão, a agressão, a falta de rotina, ora sim, ora não para o mesmo ato executado pela criança, a desarmonia entre eles mesmos e outras ações condenáveis, o trabalho das babás estará tremendamente dificultado.

E AS ESCOLAS DE BABÁ?

As babás que frequentaram um curso profissionalizante devem ter vários bons atributos que uma inexperiente não tem. É até possível admitir que as escolinhas de "babás" fizeram algum teste vocacional, para definir quem tem e quem não tem o perfil para o trabalho e realizaram alguma triagem sobre a saúde física e emocional das alunas. As agências de emprego sempre informam que as candidatas recomen-

dadas fizeram um curso desse tipo, mas é sempre bom ter o "desconfiômetro" ligado e conferir o desempenho da contratada mesmo se indicada por uma agência.

DEVEMOS ADMITIR ENFERMEIRA OU BABÁ QUE FUMA?

Não devem. O cigarro é causador de doenças nos fumantes e nos que estão ao seu redor. As crianças, sobretudo as novinhas, são particularmente sensíveis aos malefícios produzidos pelo tabaco. Vocês devem ter muito cuidado também com o consumo de álcool e outras drogas. Esses problemas deverão ser abordados diretamente com a funcionária, antes da contratação, e também devem fazer parte das perguntas que vocês deverão fazer quando houver a possibilidade de colher informações no antigo emprego.

ENTÃO É DIFÍCIL CONTRATAR?

Só há um mecanismo para minimizar as dificuldades: as mães não podem renunciar à postura de comandante e supervisora do trabalho das babás.

SERÁ MELHOR LEVAR NOSSOS FILHOS PARA CRECHES OU ESCOLINHAS?

Com frequência, é mais seguro levar as crianças precocemente para as creches. Pode ser menos seguro entregá-las aos cuidados de babás leigas, totalmente inexperientes, incapazes de medir e dar dois ml do remédio se há febre. Nas creches e escolinhas, as crianças são mais estimuladas, protegidas, socializam, competem, praticam alguma atividade física, conhecem outras pessoas. Crianças doentes, sobretudo com infecção, devem ficar em casa para não disseminar o problema para os coleguinhas. O convívio com crianças em creches causa alta frequência das doenças virais. Nas creches, a alimentação pode ser mais diversificada e é comum observar que lá elas aceitam frutas e saladas.

DEVEMOS PENSAR NA SAÚDE DOS NOSSOS FUNCIONÁRIOS?

Além de ser uma medida importante para a criança a ser cuidada, também é ato humanitário cuidar da saúde dessas moças, senhoras e até senhores que nos ajudam a criar os filhos. E para que eles não se sintam agredidos, é útil conversar sobre o assunto para esclarecer bem direitinho que isso é bom para todos. Uma simples anemia, que causa desânimo, pode ser facilmente descoberta e tratada, pode dificultar o desempenho no trabalho.

COMO AGIMOS PARA CUIDAR DE PESSOAS QUE NÃO CONHECEMOS?

O melhor mecanismo é levar a um posto de saúde para que o clínico geral indique o que fazer. Talvez ajude uma conversa prévia com o médico, que deve ser informado que um dos objetivos é proteger a criança de doenças transmissíveis, como a tuberculose.

E seguramente o médico solicitará alguns exames básicos como o hemograma, a dosagem de glicose, o parasitológico de fezes, o sumário de urina, o Mantoux e dependendo dos sintomas observados o raio-X de tórax, a consulta com ginecologista e outros. E se há algum problema de saúde, o médico definirá o caminho a seguir.

BABÁ SUPERCUIDADOSA PODE PREJUDICAR A CRIANÇA?

Vejam o depoimento de uma cuidadora familiar: "[...] é comum ouvir das mães que têm "pena" de seus filhos quando os veem brincando sozinhos. E quanto a necessidade de as crianças brincarem sozinhas para curtir as suas fantasias, como mãe, também gostaria de fazer um relato sobre meu filho. Quando ele tinha "babá", essas brincadeiras criativas e lúdicas não existiam, porque ele era costumeiramente monitorado por ela que o cerceava em seus atos. Também o impedia de 'se virar' na alimentação e na ida ao banheiro para fazer as suas necessidades. Um dia, em visita à casa de uma amiga que não é nordestina, e que seu filho não possui babá em razão de os pais serem contra, observei uma imensa diferença entre meu filho e o dela. Meu filho não estava indo ao banheiro sozinho, não subia as escadas sozinho, não brincava sozinho etc. Demiti a babá no dia seguinte e hoje tenho um filho com três anos incompletos que é outra criança, que se basta, pega uma cadeira para alcançar o bebedouro e realiza outras proezas inerentes à sua idade".

AS BABÁS INTERFEREM NA ALIMENTAÇÃO?

Interferem na alimentação e em muitos aspectos da vida das crianças e mesmo na dos familiares. Interferem, inclusive, na linguagem e em outros aspectos da cultura familiar. Não se deve desconhecer isso. Elas vêm de uma realidade social, econômica e cultural, de uma forma genérica, bem diferente daquelas das famílias, das casas, das cidades, onde vão morar e trabalhar. Elas vêm com seus comportamentos, com sua linguagem, com seus hábitos higiênicos e alimentares. E vêm com seus valores. Esses são, provavelmente, os aspectos que mais dificultam a relação delas com os familiares. E acreditamos que cabe, sobretudo, a quem contrata, tolerar essas diferenças e favorecer, facilitar e estimular a adaptação delas a esse novo ambiente. Um dos aspectos em que esse contraste mais aparece é na alimentação da criançada. Muitos dos hábitos alimentares delas, sobretudo das vindas do interior, são extremamente saudáveis. Elas tendem a ensinar aos nossos filhos a gostar de tapioca, cuscuz, inhame, jerimum, "feijão chocha" e outros alimentos extremamente saudáveis.

ELAS PODEM SUPERALIMENTAR OS NOSSOS FILHOS?

Temos a nítida impressão de que a enfermeira e a babá tendem a medir e a demonstrar o seu nível de competência, conseguindo que os bebês sejam bem gordinhos, cheios de "dobrinhas", com aquela linda "papadinha". Ao mínimo sinal

de desconforto, que pode não ser fome, elas alimentam as crianças. Ao primeiro resmungado no meio da noite "empurram" a mamadeira na meninada. Tendem sempre a forçar a tomada daquele restinho de leite que sobra na mamadeira. Evidentemente, as próprias mães e os outros cuidadores podem adotar práticas semelhantes.

A RELAÇÃO EMOCIONAL ENTRE OS FAMILIARES INFLUI NAS BABÁS?

Familiares permissivos, que não estabelecem regras nem limites, que tudo permitem a seus filhos, inclusive as agressões, dificultam o trabalho das babás. As babás que chegam às nossas casas com boas experiências de vida têm mais chance de se enquadrar na estrutura emocional dos familiares contratantes quando o ambiente é harmônico, regrado e discutido.

COMO ORIENTAR AS BABÁS NA HORA DE DAR REMÉDIOS?

As intoxicações medicamentosas pelo uso excessivo de remédios estão entre os problemas mais importantes da pediatria. Os erros são cometidos por familiares e também por enfermeiras e babás pouco atentas ou precariamente informadas sobre o emprego dos medicamentos. Há produtos extremamente tóxicos como aqueles indicados para crise de asma, os antialérgicos, os anticonvulsivantes, os corticoides, que precisam ser usados com extremo cuidado. E há outros, como os antibióticos, que, se empregados incorretamente, dificultam ou impedem a cura das doenças. Todos os que administram remédios às crianças devem ser muito bem-informados sobre preparo, dose, horário, possibilidade de repetir se o produto é vomitado, principais efeitos colaterais, outros riscos e coisas so tipo. O ideal é que todos e quaisquer remédios fossem dados com a presença da mãe, pai ou avó. Babás muito bem instruídas poderão cumprir a missão. Uma boa norma é deixar em local bem visível da casa, na porta do refrigerador, por exemplo, o esquema a ser cumprido. Mas, mesmo longe, por telefone, é possível instruir, monitorar, acompanhar o emprego da medicação. Sempre falem com as babás: "a quantidade é exatamente essa — tantas gotas, com esse conta-gotas aqui; ou tantos mililitros — medidos com essa seringa —, dados na hora tal"; "se vomitarem, não repitam, telefone para eu dizer o que fazer"; "qualquer diferença que notar na criança (tremor, manchas na pele ou outras) avisem".

A BABÁ PODE LEVAR AS CRIANÇAS AO PEDIATRA SEM A MÃE?

Apenas nas situações excepcionais, como na ausência dos pais. Na rotina, a mãe e o pai deveriam estar sempre presentes na consulta médica. A presença das babás, junto com os familiares, na consulta, frequentemente ajuda, pois, habitualmente conhecem muitos detalhes sobre o que está ocorrendo com as crianças. Infelizmente, algumas vezes, sabem mais que os próprios pais.

ALGUMAS BABÁS AJUDAM NA MONTAGEM DO ENXOVAL DOS BEBÊS?

Vejam a opinião de uma babá: “cuidar e se dedicar a um bebê não é fácil como muitas pessoas pensam. Um bebê que recebe afeto da mãe ou da babá torna-se um adulto bem menos exposto ao estresse e à angústia. O trabalho da babá não é tão restrito como se acha por aí, e sim, amplo, pelo menos no meu ponto de vista e modo de agir no meu trabalho do dia a dia. Eu, particularmente, começo a me dedicar antes da criança nascer apoiando a mãe na escolha e na compra das roupinhas e de tudo que a criança precisará. Eu creio que tenho sido útil no dimensionamento das compras, pois observo que algumas vezes as mães compram muito ou compram pouco o que dificulta o meu trabalho. E tenho especial cuidado na qualidade do que é adquirido para não comprar “gato por lebre”. Nada como uma boa orientação e prática para que o desenvolvimento do trabalho seja bem encaminhado e correto para a responsabilidade do dia a dia de uma enfermeira ou babá especializada, é assim que eu encaro e trabalho”.

O QUE FAZER QUANDO AS CRIANÇAS SE APEGAM ÀS BABÁS?

As crianças apegam-se às babás e a quem cuida bem delas, a quem dá afeto, alimento, banho, carinho e colo. É absolutamente natural. Esse apego é importante e é uma demonstração de que as babás estão sendo carinhosas e atenciosas no seu trabalho. E é importante desconfiar quando as crianças não demonstram carinho para com elas. Para ilustrar, citamos que uma senhora percebeu que alguma coisa estava errada na relação da criança com a funcionária quando seu filho assustado disse repetidamente: “babá não, babá não!”. Nas noites em que essa babá dormia em casa, a criança ficava muito sonolenta. Por outro lado, quando era a mãe quem cuidava, a criança acordava com frequência. Foi logo descoberto que a babá usava métodos absolutamente inaceitáveis e até desumanos com a criança. Todas as crianças, por menor que sejam, criam mecanismos de defesa quando agredidas e criam vínculos afetivos quando bem cuidadas. É comum que elas, em situações de tensão, como num exame pediátrico, busquem o apoio e o colo das babás. Isso é visto com frequência quando as mães trabalham fora do lar e têm pouco contato com os filhos. O contato e o apoio nos probleminhas do dia a dia são dados pelas babás que passam a ser referências nesses momentos. As mães têm que tolerar isso. No entanto, quando as mães estão em casa, é recomendável que mantenham o máximo de contato com os filhos para minimizar o apego excessivo às babás.

ALGUMAS CRIANÇAS SOFREM QUANDO AS BABÁS VÃO EMBORA.

As crianças aprendem a gostar das enfermeiras ou babás carinhosas, atenciosas, cuidadosas. E sofrem quando vão embora. É um processo normal, de quem vive uma perda. É transitório. E também é normal que exista uma resistência, às vezes intensa, às babás recentemente admitidas. É um processo de adaptação e, outra vez,

transitório. Cabe a vocês e às babás ajudarem nessa fase de ajustes. Carinho, afeto, paciência e, em alguns dias, tudo estará bem. Além disso, os pais devem informar, desde que as crianças estejam numa idade que permita essa explicação, que a babá não faz parte da família, que ela tem sua casa e que estava ali provisoriamente. Ou seja, dizer a verdade. As crianças precisam da verdade e se sentem bem quando tratadas com sinceridade.

COMO DIMINUIR O CHORO QUANDO FOR DEMITIR UMA BABÁ?

A regra básica é não mentir. Dizer o que ocorreu, sem acréscimos, sem dramatização. Feito assim, é até um aprendizado para a criançada com alguns aninhos que já percebe com mais propriedade a complexa dinâmica da casa de cada um de nós. No tempo deles, será assim também. O choro passará logo.

HÁ BABÁS QUE ENTREGAM AS CRIANÇAS A PESSOAS NÃO AUTORIZADAS!

Isso deve ser totalmente proibido. É importante que na definição das atividades isso seja enfaticamente definido e que a observação desse fato poderá implicar até a demissão.

ALGUMAS BABÁS USAM REMÉDIOS PARA QUE AS CRIANÇAS DURMAM!

Infelizmente as agressões e os maus tratos na infância podem ser mais comuns do que parecem. Os pediatras, os juizados da criança e do adolescente e todos os que cuidam do seu bem-estar conhecem esse abominável aspecto que as atinge. Pais, outros familiares e pessoas não ligadas à família agridem física e emocionalmente as crianças. Traumas da pele e dos tecidos vizinhos, fraturas, sangramentos para órgãos internos, até no cérebro, uso de remédio para dormir, manipulação sexual e transmissão de doença venérea são fatos conhecidos e causados por pessoas desqualificadas e criminosas. Até mortes são relatadas. Também é sabido que algumas crianças são rotuladas de forma depreciativa (“sugismundo”, “fedorento”) quando fazem cocô na roupa. Outras são obrigadas a usar o peniquinho ou forçadas a comer. Para minimizar tais fatos, como a maioria das famílias vive em edifícios, é importante o envolvimento com os vizinhos, com mães ou avós que ficam em suas casas.

E O QUE FAZER PARA EVITAR E DESCOBRIR SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA?

Vejam alguns conselhos:

- Procurar saber o passado da candidata antes de contratar; dialogar na admissão e repetidamente, sempre ouvindo com atenção e sem pressa; definir as normas do funcionamento da casa; falar com precisão e clareza sobre o que é esperado dos cuidados com as crianças; informar sempre que é prefe-

rível falar o que ocorreu do que omitir ou mentir sobre qualquer evento, por exemplo, acidentes, quedas.
- Ressaltar que é preferível perguntar, sobretudo sobre o comportamento da criança cuidada, do que forçar, obrigar, castigar, depreciar, agredir;
- Remunerar adequadamente e fornecer apoio para as necessidades individuais; evitar discriminações; ler e refletir, com as auxiliares, textos sobre violência contra as crianças, acidentes e temas correlatos;
- E, agir em caso de desconfiança sobre qualquer atitude negativa com as crianças; ouvir os vizinhos, ver a opinião de pessoas da família e utilizar meios como um equipamento eletrônico para gravar sons e imagens são atitudes aceitáveis. E com a moderna tecnologia o cuidador familiar, pai ou mãe, pode monitorar com um celular o que está ocorrendo na casa.
- Substituir a funcionária se há razões bem fundamentadas sobre qualquer tipo de desrespeito às regras que devem ser invioláveis, também é aceitável.

É UMA BARBARIDADE, NÃO É?

A maior parte das agressões, sobretudo as emocionais, os gritos, as rotulações depreciativas, a pressão para comer e outras coisas assim, não é evidenciada. Todos nós temos visto reportagens de mães que flagraram babás, com câmeras em locais estratégicos da casa, agredindo as crianças. Ter uma pessoa mais esclarecida na casa, como uma governanta, para os que podem pagar, é um bom mecanismo. Uma avó ou uma tia atenta é um presente dos céus. Estar sempre desconfiando é outro. Se a criança muda o comportamento, passa a dormir muito ou a se irritar facilmente, pode ser indício de uso de drogas. Há relato de uma avó experiente que, ao notar que o neto estava excessivamente sonolento, foi na bolsa da babá e encontrou um comprimido raspado de um remédio para dormir. O pediatra alerta que ouvir a criança, sobretudo a de mais de dois anos, é um bom termômetro para qualquer agressão e a mãe deve tentar conversar com ela abordando de forma inteligente a relação dela com a babá, e tentar tirar alguma conclusão sobre o comportamento da funcionária. Sempre a criança deve ter certeza de que a mãe a apoia inteiramente e que a substituição da babá pode fazer parte desse apoio incondicional. A criança se sentirá segura e confiante junto aos pais.

DEVEMOS AVISAR AO JUIZADO DA CRIANÇA?

Para responder a essa questão, vejam os comentários do pediatra Dr. Aníbal Gaudêncio que é o principal estudioso do assunto em Pernambuco. É importante considerar duas condições distintas:

I. Existe lesão física (equimoses, hematomas, marcas de instrumentos, dentre outros exemplos) — Se houver suspeita ou confirmação que foi a babá, o pai, a mãe, ou o responsável, deve denunciar em qualquer delegacia, na delegacia especializada da criança e do adolescente ou em qualquer juiza-

do. Nessa situação, embora o papel do pediatra assistente seja importante, pois ele poderá caracterizar melhor a lesão física, e também avaliar danos não suspeitos pelos pais (exemplos: fratura ou lesão de órgãos cavitários), a criança deverá ser obrigatoriamente examinada por médicos peritos.

II. Não há evidências de lesão física e a suspeita, pelos pais ou responsáveis, é de maus tratos psicológicos — É uma condição mais difícil de comprovação que a anterior para que a autoridade policial ou judicial enquadre o suposto agressor. "Nesses casos, onde os pais percebem que a criança está diferente, a denúncia até poderá ser feita, porém, há o risco de a pretensa vítima iniciar um processo de falsa acusação contra os pais."

Agora, leiam o depoimento de mães e de uma babá que há 27 anos trabalha nessa nobre missão:

MÃE – Meu filho tem apenas três aninhos. Esse dilema, creche ou babá, também fez parte da minha vida. Ainda na gestação, estava convicta de que teria uma babá altamente qualificada (se é que existe) para cuidar do meu filho. Quando ele nasceu, tudo mudou. Percebi que para educar uma criança é necessário muito amor. E uma pessoa que "acabei de conhecer", sem nenhum vínculo familiar ou afetivo jamais poderia cuidar do meu filho como se fosse eu. Refleti bastante e resolvi deixar temporariamente a carreira profissional para viver plenamente a maternidade. E não me arrependo. Sei que essa atitude criticada por uns, mas muito elogiada por outros, nem todas as mães podem optar. Durante esses três anos, sendo mãe 24 horas por dia e convivendo indiretamente com babás, porque a maioria dos amiguinhos do meu filho é criada por elas, me tornei uma "observadora de babás". Aconselho realmente as mães que precisam dessas profissionais a prestarem muita atenção ou pedirem a alguém que o façam, quanto ao comportamento delas longe das mães. Sei que não existe perfeição, mas ao se tratar de filho(a), que é tudo na vida da gente, todo cuidado é pouco. Quanto às creches, teoricamente mais seguras e educativas que as babás, também é preciso cautela na hora da escolha. Conhecer todos os ambientes da escolinha/creche, inclusive a cozinha é legal para que as pessoas percebam o cuidado que você tem com a sua criança. Claro que tudo de forma sutil...

MÃE – Antes de o meu filho nascer, optei em trabalhar meio expediente, renunciando a 50 % do meu salário e de muitos luxos que advinham com esses 50%. Na verdade, deixei de comprar várias coisas materiais que jamais me fizeram falta. Passei a ter uma vida mais simples, a desejar menos e a amar mais. Assim, pude não apenas observar as babás de perto, como a cuidar, eu mesma, do meu próprio filho. Com a sugestão do meu marido, e do nosso obstetra, optamos em não contratar uma enfermeira. Tal decisão foi fundamental para

a união entre esse forte elo: pai, mãe e filho. Sem a figura da enfermeira, pudemos compartilhar os cuidados com o nosso filho e a babá só chegou a ser contratada quando tive que voltar ao trabalho e, mesmo assim, ela ficava com o meu filho somente no período em que eu estava fora, voltando ao seu lar logo que eu chegava do trabalho. Essa forma de contratação me assegurava a intimidade com o meu filho, sem interferências, sem opiniões, eu e ele... Fui amplamente criticada, não apenas em optar por não ter uma enfermeira, como também por ter amamentado o garoto por quase dois anos. A única pessoa que me apoiava na amamentação "prolongada" era o pediatra. Outra questão muito relevante é que essa troca de amor e afeto com meu filho certamente não favoreceu somente a ele, mas muito a mim mesma, vivenciando a maternidade de forma plena, curando-me, inclusive, de problemas de carência da minha própria infância.

MÃE – Em 1968, eu tive o meu primeiro filho e trabalhava duro em dois empregos como pediatra. Quando ele estava com seis meses de idade, uma das minhas ajudantes foi embora e eu fiquei com apenas uma funcionária. Minha vida profissional era muito difícil e eu trabalhava no período da manhã num posto de saúde e fazia plantão às quintas feiras. A moça ficava sozinha cuidando do meu filho, enquanto eu estava trabalhando de segunda a sexta. Certa vez, eu voltei para casa, de madrugada do plantão devido à varicela. Pela manhã, eu apresentava temperatura altíssima e não me sentia nada bem. Apesar de estar "isolada" em dormitório separado, ouvia meu filho chorando muito. Chamei a moça e pedi para que ela fosse verificar o que estava ocorrendo. Qual não foi minha surpresa quando ela respondeu: "comigo criança dorme e se acalma é no gás". Apesar de eu não estar bem ainda, tive calma de perguntar como é que ela fazia. A resposta foi: "eu abro a boca do fogo, ponho a cabeça dele e quando ele quer dormir eu o levo pro berço e ele dorme calmo".

Imaginem o horror de uma mãe escutar isso. Eu estava em início de vida, com filho pequeno, sem telefone, sem interfone no prédio e sem alguém que pudesse ajudar-me. A reação que tive foi abrir a porta e mandá-la sair do meu apartamento, imediatamente. Ela ainda me enfrentou e disse que eu não estava em condições de tomar qualquer atitude. Foi quando eu peguei a vassoura que ela estava usando e ameacei-a fisicamente. Ela saiu e eu peguei todas as coisas dela, pus numa mala e coloquei fora da porta para que a fulana sumisse da minha casa.

Arrependi-me desta atitude, porque eu poderia ter ido a uma delegacia denunciá-la, evitando assim que ela agisse do mesmo modo com outra criança. Na ocasião, eu não pensei nisso. Eu só pensava em salvar meu filho e a mim mesma.

Os meus dois outros filhos também sofreram agressão produzida por uma funcionária. Por volta de 1976, minha filha com quatro anos e meio e o menor com

um ano e meio ficavam em casa pela manhã com uma mocinha que eu havia trazido do Nordeste. Eles ficavam em casa pela manhã e à tarde iam à escolinha. A minha ajudante, essa mocinha com 15 anos, também ia. Eu soube pelos funcionários do prédio que, pela manhã, enquanto eu estava trabalhando fora, ela saía para conversar com eles na portaria. Como eu iria de férias visitar meus pais, resolvi ter cautela e levá-la de volta para a mãe. Foi o que eu fiz. Ao retornar a São Paulo, minha filha disse-me que ficou feliz por não ter trazido de volta a tal garota. Perguntei e ela respondeu: "ela pôs a faca no dedo que eu chupo" e disse-me que cortaria o dedo se eu dissesse a você que ela deixava meu irmão trancado no quarto dela. Disse ainda que o irmão ficava gritando, chorando no escuro e que ela tinha que ficar vendo TV enquanto a mocinha saía de casa. Diante dessa situação, eu decidi colocá-los em escola de período integral, distante 30km da minha casa, o que foi uma boa experiência de vida para eles. Faço esse alerta aos pais para que confiem sempre desconfiando, quem quer que seja a pessoa que for cuidar dos seus filhos.

MÃE – Sou mãe de uma criança de três anos, tenho intensa vida profissional e resido fora do meu estado de origem. Sou pernambucana e vivo com meu esposo e meu filho na Paraíba. Como não tenho a ajuda das vovós, tenho extrema necessidade do auxílio de uma babá para cuidar do meu filho. Tenho tido sorte na escolha de tais auxiliares e considero essencial à contratação: referências pessoais, certa experiência com criança, paciência, nível razoável de instrução, higiene pessoal e especialmente disposição para o aprendizado e adaptação às rotinas domésticas. Observadas estas características, cabe a nós como empregadoras, para o bom relacionamento e durabilidade da relação, o respeito para com elas, a disposição de ajudá-las, pois elas também se cansam, permissão para que tenham momentos de lazer para que trabalhem mais e, principalmente, remuneração razoável provavelmente sempre superior ao salário-mínimo legal.

Desse modo, havendo reciprocidade na relação, os resultados serão melhores e pais e filhos ficarão mais satisfeitos. Não se pode descuidar da constante observância da criança, dos cuidados que estão sendo dispensados e das suas reações. É essencial observar continuamente o comportamento da babá, procurando dentro do possível, se manter próximo ou vigilante, em relação aos filhos e suas auxiliares.

Por fim, como experiência pessoal, e apesar de ter uma boa babá, meu filho com um ano e meio ingressou na escola, no período da tarde, o que tenho considerado maravilhoso, para o seu desenvolvimento pessoal, comunicabilidade e disciplina. Acho importante o auxílio das babás, mas de preferência, que as crianças, quando possível, frequentem a escola, pois assim terão mais progresso em seu desenvolvimento como pessoa, e as mães ficarão bem mais tranquilas, como eu fico.

BABÁ – Na vida das crianças, as famosas e tradicionais babás tentam representar um papel muito importante: o de mães. Elas não só limpam o bumbum, dão banho, alimentam, brincam, põem pra dormir, dão carinho e atenção, dão remédio e passam noites em claro velando o bem-estar dos bebês. Elas participam da educação e observam o desenvolvimento psíquico e motor das crianças. As mães nem sempre estão presentes no dia a dia dos filhos. Daí surge a necessidade e a importância das babás.

Quando os pais contratam uma babá, devem fazer de modo muito bem selecionado, com bastante cuidado. Eles devem procurar referências, verificar a pele, se tem tosse, mau hálito, fungos nas unhas, se é responsável, enfim, observar o seu desempenho. Muito cuidado com a escolha porque existem as camufladas que aparentam gostar de criança, mas que por trás agem de forma agressiva quando se encontram sozinhas com as crianças. Muitas babás deixam muito a desejar.

Uma verdadeira babá, acima de toda sua responsabilidade, tem que gostar de criança. Isso é fundamental! Tem que ser preparada para qualquer eventualidade que possa ocorrer na ausência da mãe.

Portanto, minha opinião é que as babás qualificadas e que gostam da profissão são de fundamental importância na vida dos bebês.

3 | RELAÇÃO PACIENTE | CUIDADOR FAMILIAR OU NÃO FAMILIAR | EQUIPE PRESTADORA DE SERVIÇOS DE SAÚDE

Otelo Schwambach Ferreira

No setor da saúde, a relação entre tomadores (pacientes, cuidadores familiares e não familiares) e prestadores (enfermeiros, odontólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, médicos, laboratórios, ambulatórios, hospitais, SUS, planos e seguros de saúde, entre outros) é complexa — compreensivelmente, dado o envolvimento com fenômenos como a vida, o sofrimento, o medo, a incerteza, a dor e a morte. Entre os dois polos, estão sempre presentes o conflito, a dúvida, o não cumprimento das prescrições, as reclamações, as notícias na mídia e as ações judiciais.

Essa relação será tanto mais simples, fácil, exitosa e menos custosa quanto mais organizada for a interação entre tomadores e prestadores. Se os tomadores forem expostos a uma estrutura prestadora anárquica, tudo se torna mais difícil.

Imagine, por exemplo, um paciente X com um simples resfriado que procura um serviço de emergência. Dias depois, o mesmo paciente X é levado a outro serviço para tratar uma dor de ouvido decorrente do resfriado. Os dois serviços não se comunicam e não há registro adequado dos atendimentos. No mês seguinte, os problemas se repetem com o mesmo paciente, que consulta outros serviços — novamente sem qualquer integração ou entendimento entre eles. Isso ocorre rotineiramente tanto no serviço público (SUS, em seus níveis federal, estadual e municipal) quanto no privado.

Em situações como essa, extremamente comuns, os cuidadores passam a reclamar, criticar e desconfiar da qualidade do atendimento recebido pelo paciente. Orientações contraditórias, uso de múltiplos medicamentos, consequências clínicas negativas, encarecimento do processo e grande insatisfação são resultados frequentes.

Ao contrário, se o mesmo paciente fosse atendido por um serviço modelar, um único serviço onde todos os eventos fossem criteriosamente registrados — mesmo por profissionais diferentes —, o desfecho seria outro: melhores resultados clínicos, menos efeitos colaterais, menor custo e maior satisfação para o paciente e seus cuidadores.

O exemplo anterior refere-se a um caso simples, como um resfriado com dor de ouvido, de fácil resolução. Agora, imagine se o paciente X tivesse uma doença grave, como leucemia. Quantas dificuldades, quanto sofrimento, perda de tempo, atraso diagnóstico, demora no início do tratamento, aumento do risco de insucesso terapêutico, elevação de custos e insatisfação justificada surgiriam.

Sabe-se ainda que uma estrutura desorganizada favorece uma busca igualmente desorganizada pelos recursos do sistema de saúde. Isso resulta em maior uso de meios diagnósticos e terapêuticos, com claro impacto no aumento indiscriminado do uso de antibióticos. Também leva a um maior número de consultas médicas que, no entanto, não se traduzem necessariamente em uma assistência melhor.

ONDE ENCONTRAR A DESCONHECIDA ESTRUTURA MODELAR PARA CUIDAR DO MEU FILHO?

Na rede pública é mais fácil de se exemplificar. No Brasil, o Sistema Único de Saúde há décadas tem feito um enorme esforço para implantar um modelo aceitável para a assistência à saúde da criança, do adolescente e do adulto em unidades de assistência básica (Programa de Saúde da Família — PSF) em todos os municípios do Brasil. O "postinho do PSF", mesmo no mais inacessível dos municípios do país, deve oferecer à comunidade um certo rol de serviços básicos que atenda às principais demandas de saúde. Em cada posto, o PSF assume a responsabilidade de cuidar de um número de pacientes, X crianças, Y adolescentes, Z grávidas, W de adultos e outro tanto de idosos. E a estratégia básica é delegar à administração do município a gestão dos postos do PSF com a verba destinada para esse fim pela União.

Na rede privada, onde impera o desejo do lucro (mercantilismo), é mais difícil. Depende mais da iniciativa pessoal do paciente e/ou do seu cuidador organizar um modelo assistencial de qualidade razoável.

O SUS ESTÁ FUNCIONANDO?

Sim. Está funcionando bem. Sempre há ajustes a fazer. Sempre há unidades do PSF mais ajustadas ao programa. Há municípios mais partícipes e outros menos. O papel das enfermeiras, sobre quem pesa grande parte das tarefas, é louvável. A Caderneta de Saúde da Criança, um excelente prontuário portátil, muito bem elaborado pelos gestores do SUS, é um belo exemplo de como é possível registrar para cada criança brasileira tudo o que é importante sobre sua saúde. Quando o paciente em idade pediátrica muda de endereço, a Caderneta facilmente permitirá que a outra equipe assuma o controle do caso.

EM SE TRATANDO DE CRIANÇA E DE ADOLESCENTE, O QUE O POSTO DO PSF FAZ?

Cuida dos aspectos básicos e mais importantes: preenchimento dos gráficos de crescimento, acompanhamento do desenvolvimento, amamentação e nutrição de uma forma geral, vacinação, cuidados essenciais de higiene, prevenção de doenças e orientação sobre os principais eventos mórbidos observados. Certamente, o postinho do PSF não tem resolutividade para os eventos mais importantes. É sensacional quando a equipe do PSF sabe definir bem até onde pode ir, conhece seu nível de resolutividade e não tenta fazer aventura terapêutica e/ou diagnóstica, dizendo: "nossa unidade não é competente para resolver esse problema e precisamos levar o paciente para um serviço com mais recursos". Quando o município, isoladamente ou em consórcio com seus atendimentos vizinhos, monta uma estrutura laboratorial mínima e uma de imagem para o básico, a capacidade resolutiva das suas unidades do PSF alcança 95% ou mais.

SE É DELICADA A RELAÇÃO ENTRE O PESSOAL DA SAÚDE, OS CUIDADORES E O PACIENTE, COMO AGIR PARA TORNÁ-LA MELHOR?

Claro que o pessoal do serviço tem grande responsabilidade para que a relação flua sempre de forma produtiva e educada, para que o paciente usufrua dos maiores benefícios da assistência prestada. Ouvir o cuidador, familiar ou não, com respeito e examinar o paciente com delicadeza, entendendo a dificuldade do exame da genitália ou do ouvido, por exemplo, são aspectos essenciais. É evidente que o cuidador e o paciente devem também agir de forma cortês e educada quando da avaliação. Tudo fica mais fácil quando o paciente, criança ou adulto já é conhecido no posto ou em qualquer outro local onde é prestada a assistência à saúde. Quando até o pessoal burocrático da recepção conhece o cuidador e/ou o paciente, tudo flui melhor. Daí a importância da fidelização. Da fixação em apenas um serviço para que os processos administrativos e técnicos fluam de forma mais natural.

O COMPARECIMENTO A UMA EMERGÊNCIA É SEMPRE COMPLICADO?

Isso mesmo. A dinâmica de um serviço de emergência é extremamente complexa pela intensidade das emoções ali presentes, pela necessidade da tomada rápida de decisões e por muitos outros fatores. Mas, mesmo assim, o atendimento deve ser humanizado.

O QUE DEVEMOS SABER SOBRE O REGISTRO DOS DADOS MÉDICOS?

Algumas observações importantes sobre essa pergunta:
Todo ato médico deve ser registrado de forma adequada. O registro é um

dos indicadores de boa qualidade assistencial e é um direito do paciente. As informações geradas (excluindo atendimentos que envolvam aspecto médico-legais) devem ser guardadas com extremo cuidado no serviço e o cuidador ou paciente deve guardar cópia. A Caderneta de Saúde da Criança é um excelente exemplo, pois o cuidador é quem guarda o documento. Ele também deve guardar os laudos dos exames para futura avaliação. Assim, os familiares devem guardar o cartão de vacinas, as receitas, os exames laboratoriais e tudo o que se referir aos atendimentos médicos. Isso facilita a continuidade assistencial quando outro serviço ou médico for consultado, por exemplo, numa mudança de endereço

QUAL O PROGRAMA DE CONSULTAS PERIÓDICAS PARA AS CRIANÇAS?

Toda criança deve ser levada ao pediatra mesmo que não apresente o menor sinal de doença, mesmo que os pais não tenham a mínima dúvida sobre o seu bem-estar. Essa é uma recomendação internacional.

PARA QUE TANTAS IDAS AOS SERVIÇOS DE PEDIATRIA?

É com esse comparecimento periódico que os profissionais têm condições de acompanhar o crescimento (de altura, de peso, de perímetro cefálico e de outros indicadores), de seguir o desenvolvimento motor, psicológico e cognitivo (aquisição das habilidades para sentar e andar, capacidade de falar, evolução do aprendizado escolar e vários outros aspectos), de orientar sobre a vacinação, de revisar o programa alimentar, de diagnosticar anemia e outros problemas, de debater questões comportamentais e ajudar os familiares a decidirem sobre muitas outras situações significantes.

QUANDO IR AO ESPECIALISTA?

No serviço escolhido para ajudar os familiares com os problemas de saúde dos pequenos pacientes, essa decisão será tomada quando houver insegurança sobre a condução de alguma situação especial. O especialista consultado e o serviço que vem cuidando do paciente no longo prazo devem “trocar fichinhas” para maior benefício para o enfermo.

EU TENHO MEDO DE SALA DE ESPERA NO POSTO. TENHO RAZÃO?

Sim. Devem ter cuidado pelo risco de disseminação de doenças contagiosas. Assim evitem, se possível, salas de espera repletas de crianças doentes pois algumas são altamente transmissíveis (coqueluche e catapora, por exemplo)

COMO O ATENDIMENTO TELEFÔNICO ENTRA NESTE ESQUEMA?

A orientação telefônica é uma das atividades mais importantes do serviço de saúde nos dias de "home". A pandemia da Covid-19 mostrou o potencial desse tipo de atendimento. Cuidador competente, esperto e alerta, uma linha telefônica, se possível com imagem, e um profissional competente, experiente, calmo e receptivo conseguem resolver muitos problemas simples do ser humano, criança, adolescente ou adulto. E tem uma enorme vantagem. Não existe distância entre o paciente e o prestador. Os contatos podem ser repetidos quantas vezes forem necessários. Custo baixíssimo. É um tema que deverá ser cada dia mais valorizado. Mais utilizado.

COMO HUMANIZAR A RELAÇÃO ENTRE OS PROFISSIONAIS DA SAÚDE, CUIDADORES E PACIENTES?

A humanização das ações de todos os envolvidos na assistência à saúde — da recepcionista ao profissional mais graduado — é um valor que não pode ser negligenciado. Os gestores e as equipes técnicas e de apoio devem estar especialmente envolvidos nessa tarefa. Existem hoje estratégias montadas, desde os cursos de graduação, para habilitar todos a pensar e a praticar ações menos frias, menos impessoais. A arquitetura também deve planejar ambientes mais humanos, mais personalizados, menos massificados.

4 | OS DIREITOS DO PACIENTE

Ernst Christian Gauderer
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

O paciente que procura o serviço de saúde é um consumidor. E a relação entre o paciente (o tomador) e o profissional e o serviço onde ele atua (os prestadores) está sendo debatida em todo o mundo com várias finalidades. A principal é garantir ao paciente pleno conhecimento do que se passa com ele.

Colabora conosco, neste artigo, o Dr. Ernst Christian Gauderer. Ele é médico pediatra, especialista em psiquiatria da criança e do adolescente, e tem estudado a relação médico-paciente. Tem livros publicados sobre o assunto.

OBSERVAÇÕES DO DR. GAUDERER

A discussão dos Direitos do Paciente abre uma nova área no setor de saúde. A versão mais recente do Código de Ética Médica, de 2022, repete recomendações clássicas da relação dos médicos com os pacientes que devem ser do conhecimento de todos. O atual conjunto de normas continua a assegurar, como fazia o código de 1988, o acesso a todas as informações que dizem respeito à saúde e o direito a um prontuário, ficha ou registro médico, em linguagem acessível, além de receita em letra legível. É importante que você saiba que tem direito à cópia de exames laboratoriais, raio-X, notas de enfermagem, laudos diversos, avaliações psicológicas, psiquiátricas e outras. Atenção, esses direitos atendem a todos os usuários, inclusive os hospitalizados.

O atual Código de Ética Médica define:

> **Capítulo V**
>
> **RELAÇÃO COM PACIENTES E FAMILIARES**
>
> É vedado ao médico:
>
> Art. 31. Desrespeitar o direito do paciente ou de seu representante legal de decidir livremente sobre a execução de práticas diagnósticas ou terapêuticas, salvo em caso de iminente risco de morte.

Art. 32. Deixar de usar todos os meios disponíveis de diagnóstico e tratamento, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente.

Art. 33. Deixar de atender paciente que procure seus cuidados profissionais em casos de urgência ou emergência, quando não haja outro médico ou serviço médico em condições de fazê-lo.

Art. 34. Deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar danos, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal.

Art. 35. Exagerar a gravidade do diagnóstico ou do prognóstico, complicar a terapêutica ou exceder-se no número de visitas, consultas ou quaisquer outros procedimentos médicos.

Art. 36. Abandonar o paciente sob seus cuidados.

§ 1º Ocorrendo fatos que, a seu critério, prejudiquem o bom relacionamento com o paciente ou o pleno desempenho profissional, o médico tem o direito de renunciar ao atendimento, desde que comunique previamente ao paciente ou a seu representante legal, assegurando-se da continuidade dos cuidados e fornecendo todas as informações necessárias ao médico que lhe suceder.

§ 2º Salvo por motivo justo, comunicado ao paciente ou aos seus familiares, o médico não abandonará o paciente por ser este portador de moléstia crônica ou incurável e continuará a assisti-lo ainda que para cuidados paliativos.

Art. 37. Prescrever tratamento ou outros procedimentos sem exame direto do paciente, salvo em casos de urgência ou emergência e impossibilidade comprovada de realizá-lo, devendo, nesse caso, fazê-lo imediatamente após cessar o impedimento.
Parágrafo único. O atendimento médico a distância, nos moldes da telemedicina ou de outro método, dar-se-á sob regulamentação do Conselho Federal de Medicina.

Art. 38. Desrespeitar o pudor de qualquer pessoa sob seus cuidados profissionais.

Art. 39. Opor-se à realização de junta médica ou segunda opinião solicitada pelo paciente ou por seu representante legal.

Art. 40. Aproveitar-se de situações decorrentes da relação médico-paciente para obter vantagem física, emocional, financeira ou de qualquer outra natureza.

Art. 41. Abreviar a vida do paciente, ainda que a pedido deste ou de seu representante legal.

> Parágrafo único. Nos casos de doença incurável e terminal, deve o médico oferecer todos os cuidados paliativos disponíveis sem empreender ações diagnósticas ou terapêuticas inúteis ou obstinadas, levando sempre em consideração a vontade expressa do paciente ou, na sua impossibilidade, a de seu representante legal.
>
> Art. 42. Desrespeitar o direito do paciente de decidir livremente sobre método contraceptivo, devendo sempre esclarecê-lo sobre indicação, segurança, reversibilidade e risco de cada método.

ESSES DIREITOS CONSTAM NO CÓDIGO DE DEFESA DO CONSUMIDOR?

Sim. O Artigo 72 explicita que o prestador de serviços, tal como o médico ou outro profissional de saúde, não pode impedir ou dificultar o acesso do consumidor às informações que sobre ele constem em cadastros, bancos de dados, fichas e registros. Pena: detenção de seis meses a um ano ou multa. O paciente pode recorrer também ao Procon de sua cidade.

QUAIS OUTROS DIREITOS TÊM OS PACIENTES?

Citamos alguns aspectos essenciais:

- Os clientes podem gravar ou filmar uma consulta médica. Se a mãe grava a avaliação final do filho com diabetes, por exemplo, poderá ouvir esse material com mais calma, com o marido, e discutir o tratamento, evitando que o médico seja mal interpretado.
- Os pacientes têm o direito a outras opiniões profissionais e também a solicitar que dois ou mais médicos se reúnam para discutir a doença em questão. Os médicos que estão seguros das suas opiniões não farão objeções, pelo contrário, em situações críticas, muitos até estimulam esse comportamento.
- Há também o direito a uma morte digna, ou seja, escolher como e onde morrer, se em casa ou no hospital;
- Os pacientes também têm o direito de recusar certos tratamentos, medicamentos, intervenções cirúrgicas ou internações. Isso não deve ser esquecido e sempre deve ser respeitado.

E O HORÁRIO DE VISITAS, É O HOSPITAL QUEM DETERMINA?

Como o horário de visitas é arbitrário e favorece apenas o hospital, o paciente tem o direito a receber visita quando ele assim desejar. As crianças também têm o direito a acompanhante durante todo o período de um exame ou hospitalização. A psiconeurobioimunologia prova que isso favorece a liberação de enzimas, hormônios e células de defesa que irão mais prontamente ajudar a recuperar o organismo.

A QUEM RECLAMAR SE OS DIREITOS NÃO FOREM RESPEITADOS?

O Conselho Regional de Medicina do estado deverá ser comunicado. Não custa nada, nem há necessidade de advogado. O Conselho tomará as providências necessárias, pois o Código de Ética foi aprovado por nós, médicos, interessados em melhorar a medicina para o bem comum. A meta desta conversa não é polemizar, mas esclarecer que, além do direito, você também tem o dever de cuidar do seu mais importante patrimônio, seu filho(a). Cabe ao paciente, ao médico e à comunidade desenvolver essa nova mentalidade e relação. Culpa e omissão não resolvem. Uma atitude de corajosa responsabilidade é o primeiro passo. Nossos filhos esperam isso de nós.

DEVEMOS GUARDAR OS DOCUMENTOS SOBRE A SAÚDE?

A posse de cópias do material médico só produz vantagens:

- A memória é fraca, rapidamente tendemos a esquecer, confundir e embaralhar informações, mais ainda quando elas são extremamente técnicas e específicas.
- Existem distorções e complicações na transmissão de informações médicas que podem ocorrer em um clima tenso, emocionalmente carregado, pois a nossa tendência como seres humanos é de negação, minimização, distorção e racionalização do que está sendo dito. Isso é normal e inevitável, mas altera e modifica a percepção real dos fatos. Quantas vezes já me vi na situação penosa de passar aos pais um diagnóstico doloroso com prognóstico ruim, do tipo "seu filho tem uma doença crônica e incurável", e ouvir desses mesmos pais, horas mais tarde, junto a familiares ou outros profissionais, comentários do tipo: "o doutor não nos disse nada, absolutamente nada", apesar de possuírem cópia integral e detalhada do laudo, amplamente discutido na ocasião. É assim a natureza humana, não se trata de crítica e sim, apenas, de uma constatação de como funcionamos frente à dor emocional. É um comportamento absolutamente normal.
- A cópia da papeleta, ou melhor, o paciente ter o seu arquivo médico completo, permite economia de tempo, dinheiro e sofrimento. Tempo porque o profissional não precisa fazer e refazer certas perguntas, basta ler o que já foi levantado. A leitura, inclusive, pode ser feita em hora mais conveniente e tornará a coleta dos dados mais específica e objetiva, permitindo que se tire dúvidas de questões não esclarecidas. A cópia de todo o material ou do prontuário ainda permite uma discussão e reavaliação do paciente, uma discussão técnica entre profissionais. Uma papeleta bem-feita é o melhor testemunho do trabalho bem realizado.
- Quem economiza tempo economiza dinheiro; aqui a vantagem ainda é maior, pois não será necessário repetir exames já realizados, dispendiosos

ou complexos. Poder-se-á fazer uma reavaliação do que deu certo ou não, inclusive com relação ao uso de medicamentos.
- Essa postura também traz consigo uma diminuição do sofrimento. É doloroso relatar de novo certos eventos trágicos e traumáticos de nossa vida. Assim, por exemplo, a descrição de um parto traumático, o diagnóstico de leucemia no filho, o primeiro enfarte do marido irão novamente causar dor.

DOUTORES, RESUMAM SUAS IDEIAS.

Apresentamos, a seguir, alguns dos principais direitos dos pacientes:

- Ter uma papeleta ou ficha médica; ter acesso ao prontuário médico, ficha clínica ou similar, inclusive exames laboratoriais, laudos médicos, psicológicos ou psiquiátricos, notas de enfermagem, contas e contabilidade hospitalar.
- Obter cópia de todas as anotações do médico para mostrar a outro profissional; requerer ficha clínica após receber alta; permanecer com o acompanhante no momento da consulta.
- Levar gravador ou vídeo para registrar a conversa com o médico; dispor de exames laboratoriais e de seus resultados em original; reunir especialistas para discutir o diagnóstico do médico.
- Decidir como e onde morrer: em casa ou no hospital; recusar certos tratamentos, medicamentos ou intervenções cirúrgicas.
- Visitar no hospital um parente ou filho fora do horário de visita; segurar seu bebê no colo quando ele sofrer alguma intervenção; permitir que crianças visitem o pai, a mãe ou um irmão no hospital; acompanhar um filho dentro da sala de cirurgia.

ONDE PODEREMOS LER MAIS SOBRE O ASSUNTO?

Há diversos materiais impressos ou na Internet sobre o assunto, mas recomendamos o livro Os direitos do paciente. Um manual de sobrevivência, da editora Record, escrito pelo Dr. Gauderer.

A nossa preocupação de trazer o tema para debate é ajudar no aperfeiçoamento da relação dos pacientes e seus familiares com os médicos. Muitos benefícios advirão de uma relação mais franca, respeitosa e próxima. E a humanização do ato médico será, sem dúvida, uma das consequências mais imediatas dessa melhoria da relação entre o paciente, o cliente, e o profissional médico.

5 | O QUE É NORMAL? O QUE É ANORMAL?

Carlos Gonçalves de Oliveira
Constantino Giovani Braga Cartaxo
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

Certamente todos os médicos gostariam que os cuidadores e os próprios pacientes refletissem sobre as noções aqui expostas. É um tema da doutrina e da prática médica que deve ser, pelo menos parcialmente, do conhecimento do leigo.

O trabalho do médico é, numa análise simplista e geral, analisar os dados disponíveis e definir se o examinando é normal ou doente. E ainda como a doença se apresenta: aguda ou crônica? Grave ou não? De solução clínica ou cirúrgica? Existe ou não envolvimento emocional na origem do problema? Entre outros aspectos.

Em muitas situações, a separação entre o normal e o anormal é simples. Exemplos: ferida na pele, tumor no abdome, tosse, diarreia, vômito, febre, dor, convulsão, crise histérica, desvio ocular, surdez e deficiência visual. Mas, em muitas outras, o limite entre o normal e o anormal é complexo. Exemplos: criança que não come, adolescente com estatura menor do que a esperada, dificuldade na escola, irritabilidade, sono inquieto, número de doenças respiratórias e etc.

O que torna essa tarefa complexa é a diversidade entre as características físicas, funcionais e comportamentais do ser humano. O peso das crianças normais do sexo masculino de 1 ano de idade varia de 9-11 quilos, o comprimento desses mesmos meninos normais vai de 72 a 76 centímetros. Alguns deles, todos normais, têm 4 enquanto outros têm 8 dentes. Uns, também normais, andam livremente enquanto outros precisam de apoio para ensaiar os primeiros passos. Além dessas, outras características — capacidade de falar, tamanho do pênis, curiosidade, capacidade de reagir ao mesmo estímulo, tipo de sono, dentre outras — variam entre as crianças e adolescentes do mesmo sexo e idade.

Para os médicos, o normal é o que ocorre mais frequentemente. Depende da comparação com o que é encontrado na comunidade. É conceito científico, estatístico, e traduzido de forma concreta: números, tabelas, curvas, percentis, desvios, médias, medianas etc.

Para os leigos, o normal traduz a impressão do que é observado: "a nossa filha está mais baixa do que as colegas da turma". É também uma comparação, embora não estatística, mas deve ser valorizada pelo médico.

É mais ou menos assim:

- Mais frequentemente, a criança normal de um 1 ano de idade e do sexo masculino tem entre 9 e 11 quilos, 72 e 76 centímetros, 4 a 8 dentes e anda pequenas distâncias sem apoio. O leigo compara as crianças entre si e tem uma noção do que é normal. E se seu menino de 1 ano tem as características citadas nesse exemplo, com razão, passa a ser visto como normal.

- Menos frequentemente, a criança normal de 1 ano de idade e do sexo masculino tem 7 quilos, 71 centímetros, apenas 2 dentes e está iniciando a marcha. Quando isso ocorre, o leigo adota uma atitude diferente. E seu filho com essas características, com razão, passa a ser visto como anormal.

A última situação é comum e as crianças pequenas, magras, que não crescem, que não comem, são motivo usual de consulta e os médicos devem responder se essas crianças são normais ou anormais.

Quando são avaliados aspectos psíquicos, emocionais e comportamentais (quantidade de sono, choro na criança novinha, tolerância à dor, aceitação da medicação oral, interação com os coleguinhas, aprendizado escolar e muitos outros) as dificuldades de separar o normal e aceitável do anormal ou inaceitável é ainda mais difícil e complexo.

E há muitas situações nas quais o médico fica inseguro de definir a normalidade ou anormalidade. São chamadas situações limítrofes, intermediárias, em que o bom senso e a capacidade de discernimento do profissional e dos familiares definem a conduta. Muitas vezes é a evolução quem ditará o que fazer.

TUDO É MUITO VARIÁVEL, NÃO É?

A primeira informação que vocês devem guardar é que é grande a variação das características observadas entre as crianças e adolescentes normais:

a) Físicas: peso, altura, perímetro da cabeça, força física, tipo físico, exuberância dos gânglios linfáticos, tamanho do pênis, volume das mamas e outras.
b) Químicas ou metabólicas: capacidade de acumular gordura, perfil hormonal, capacidade de eliminar remédios, nível de hemoglobina no sangue e outras.
c) Funcionais: pressão arterial, número de evacuações ao dia, frequência respiratória, época da menstruação e outras.
d) Comportamentais, intelectuais, psíquicas ou emocionais: resposta às agressões, paciência, irritabilidade, habilidade física e manual, e outras.

POR QUE PRECISAMOS TER ESSAS NOÇÕES?

Para que vocês saibam que o "achismo", braço da "achologia", não deve ser parte da prática médica. Embora difícil em certas situações, o diagnóstico do problema

apresentado pelo paciente deve ser fundamentado em bases sólidas. Bases estabelecidas pelo conhecimento científico, com frequência, solidificado por anos de prática médica. A cada dia, esse aspecto é mais valorizado e atualmente a Medicina Baseada em Evidências, assunto ressaltado nas principais academias médicas do mundo, enfatiza a busca por maior precisão no diagnóstico e, principalmente, no tratamento. E o principal objetivo é separar o normal do anormal. O médico, quando trata o normal, está sendo imprudente. Por outro lado, quando deixa de tratar o anormal está agindo de forma negligente. Para evitar erros, com certa frequência, há necessidade de seguir o enfermo por um certo tempo, de rever algumas vezes sua história e seu exame físico, de revê-lo com outro médico e de fazer novos exames para que o diagnóstico fique evidenciado.

COMO OS MÉDICOS SEPARAM O NORMAL DO ANORMAL?

Eles fazem isso a partir dos dados fornecidos pelos familiares, suas próprias observações, exames laboratoriais, marcos referenciais por idade e sexo (curvas de peso, de altura, de perímetro cefálico, de tamanho do pênis e de volume dos testículos, valores da pressão arterial, da hemoglobina e dos anticorpos sanguíneos), entrevistas com profissionais de outras áreas e realização de exames especializados, acompanhamento de certos pacientes por um período de tempo. A tarefa de definir se eles são normais ou anormais pode ser complexa e não pode ser definida de pronto, numa única consulta. Vocês devem guardar essa noção: o normal não é um único valor. O normal compreende um conjunto de valores entre um menor e um maior.

PODE SER DIFÍCIL?

Genericamente, o tema pode ser visto assim:

É mais fácil trabalhar com as questões que têm representação física — peso, altura, tamanho do pênis, pressão arterial —, ou laboratorial — ureia, hemoglobina, glicose, velocidade que o ar é eliminado dos pulmões.

É mais difícil trabalhar com as questões funcionais, intelectuais, psíquicas e comportamentais — habilidade física, desempenho escolar, grau de atividade, necessidade de sono, alegria, tristeza.

Quando os médicos vêem as crianças pela primeira vez, a separação do normal e do anormal é mais complexa. Com frequência, eles usam dados colhidos por outros pediatras, professores das escolinhas, familiares e devem, inclusive, avaliar aspectos físicos e emocionais das famílias.

COMO É DEFINIDO O QUE É O NORMAL?

O médico usa referencial obtido na população para saber se a pressão arterial de um garoto de 12 anos é normal. Para definir isso, pesquisadores de uma localidade avaliam a pressão arterial de milhares de adolescentes masculinos de 12 anos de

idade, todos normais. Os dados colhidos vão se situar entre um valor menor e um maior. A pressão arterial mínima entre 6 e 9 poderá ser usada como referencial para os garotos de 12 anos e do sexo masculino. Isso deve ser feito para o sexo feminino e para cada grupo etário. O mesmo é feito para peso, perímetro cefálico, tamanho de pênis e dos testículos, aparecimento dos caracteres sexuais, glicose, hemoglobina, leucócitos no sangue, e qualquer outro aspecto que necessita ser avaliado. Apesar desses padrões, o diagnóstico do normal e do anormal exige, com frequência, acompanhamento clínico. Não se pode afirmar que uma criança que apresentou valores elevados de pressão arterial (de acordo com o padrão conhecido) seja hipertensa em uma primeira medida. O estado emocional, no momento da consulta, pode ser o único responsável por isso. Um garoto de um ano com 12 quilos pode ser doente e um de sete quilos dessa mesma idade pode ser normal. A análise é sempre mais complexa.

OS DADOS DE OUTROS PAÍSES SERVEM PARA OS BRASILEIROS?

As informações da biologia do ser humano, sejam elas físicas, químicas, funcionais, comportamentais e psíquicas colhidas em outros países, habitualmente, servem como referências para uso em outros locais. Mas o ideal é que cada país, cada população, tenha os seus referenciais normais como modelo para os médicos.

E COMO SE DEFINE O NORMAL PARA OS ASPECTOS PSÍQUICOS?

Existem mecanismos de avaliar o que é normal e o que é anormal para os assuntos funcionais, intelectuais e comportamentais que não podem ser medidos com balança ou com fita métrica. Há padrões conhecidos para perder os reflexos fetais, sustentar a cabeça, sorrir, pegar objetos, rolar na cama, sentar, ficar de pé, iniciar a erupção dental, emitir as primeiras palavras, controlar o cocô e o xixi, compor frases, encaixar peças de um joguinho, pular num pé só, nadar, andar de bicicleta e de skate, pensar nas fadas e deixar de pensar nelas, brincar com bonecas e carrinhos e deixar de fazer isso, aprender o alfabeto, ler, escrever, somar e assim por diante. Há também a fase em que as crianças levam tudo à boca, a da exploração do corpo e da genitália, a fase do "não", da maturação sexual e assim por diante. Os próprios familiares conhecem os principais marcos desses múltiplos aspectos. Com frequência, eles próprios vão ao consultório dizendo que a criança está "atrasada" ou "adiantada". Os médicos, os psicólogos, os educadores e outros profissionais, por sua vez, usam instrumentos científicos para avaliar se as preocupações dos familiares são fundamentadas ou não. O neurologista de crianças, por exemplo, usa escalas padronizadas de desenvolvimento neurológico para buscar essa definição. O psicólogo também usa escalas conhecidas, a exemplo do quociente intelectual. O endocrinologista usa a escala de amadurecimento sexual para falar se a puberdade está normal, precoce ou retardada. O radiologista usa a de amadurecimento ósseo para informar se a maturação do esqueleto é condizente com a idade. A prudência, o acompanhamento e a revisão com outros profissionais devem ser companheiros dos profissionais.

PODEM OCORRER ERROS NAS AVALIAÇÕES DOS MÉDICOS?

Todo ato médico tem alguma chance de estar errado. O aparelho do laboratório descalibra, o raio-X e o ultrassom podem ser interpretados de forma equivocada. Entendam bem que essa é uma limitação da medicina que se reflete na ação de todo médico. E, para evitar isso, todo profissional tem que ser prudente, não fechar posições, acompanhar, examinar de novo e ouvir outros colegas. Evidentemente, há situações muito simples em que não é necessário ouvir os médicos para dizer que existem anormalidades. A presença de temperatura de 39°C, de convulsão, de diarreia, de vômitos, de dor à micção, de sangue na urina, a ausência de sinais de contato com o ambiente numa criança de seis meses de idade e de dentes numa de dois anos são dados anormais.

O PESO DE 10 QUILOS NUM MENINO DE 1 ANO PODE SER ANORMAL?

Um menino normal aos 12 meses de idade deve ter 10 quilos em média. Mas, ele pode estar com pouco peso se o seu potencial genético é para 12 quilos. E o de 7 quilos pode ser absolutamente normal se o seu potencial genético é para alcançar tal meta nessa idade. No entanto, o menino de 10 quilos tem mais chance estatística de ser normal do que o de 7 quilos. Mas, os pediatras têm que ter igual cuidado com os dois. Verificar a potencialidade genética, registrar os dados na curva de crescimento, tentar descobrir anormalidades que, às vezes, passam despercebidas — respiração bucal, apneia de sono, infecção urinária e outras condições —, sempre mostrando aos familiares a necessidade de acompanhamento.

OS GÂNGLIOS VARIAM DE TAMANHO DE UMA CRIANÇA PARA A OUTRA?

Lá pelos oito ou nove meses de idade, os familiares começam a perceber os gânglios linfáticos nos seus filhos. Eles existem em várias regiões — pescoço, axilas, virilhas, dentro do tórax e do abdome. Os gânglios linfáticos são órgãos de defesa e, em algumas crianças, são mais perceptíveis. Isso ocorre entre 1 e 5 anos de idade, época em que as infecções são comuns. É uma característica de algumas crianças e isoladamente não significa problema. Mas, os médicos devem ter cuidado na interpretação, pois os gânglios aumentados podem indicar doença. E criança sem gânglios também pode merecer atenção.

MAS TUDO ISSO QUE OUVIMOS É SOBRE O DIAGNÓSTICO. CERTO?

O diagnóstico é a tarefa central da medicina. Quando se confirma que a queixa da família tem fundamento — por exemplo, que um menino de 1 ano com 7 quilos realmente apresenta um peso inadequado —, inicia-se então a etapa de identificar a causa. Essa fase exige cuidado. A baixa do peso pode estar relacionada a problemas intestinais, pulmonares, do sistema nervoso, hormonais, renais ou mesmo a carências afetivas.

Por isso, os profissionais devem atuar com rigor: ouvindo atentamente os familiares, examinando o paciente com detalhe, revisando dados anteriores de peso, as condições da gestação, a história familiar, consultando colegas e solicitando exames complementares — tudo isso até que se chegue a uma definição diagnóstica completa. Somente após essa conclusão é que o tratamento pode ser traçado e as reais chances de recuperação estimadas.

É importante compreender a postura prudente de muitos médicos, que frequentemente se mostram cautelosos, cheios de dúvidas e, por vezes, sem respostas imediatas para todas as angústias. Profissionais que demonstram incerteza, que pedem novas avaliações ou que reservam um tempo para observar e refletir estão, na verdade, revelando maturidade e competência, pois reconhecem a complexidade do processo de cuidar.

5.1 ASPECTOS PRÁTICOS

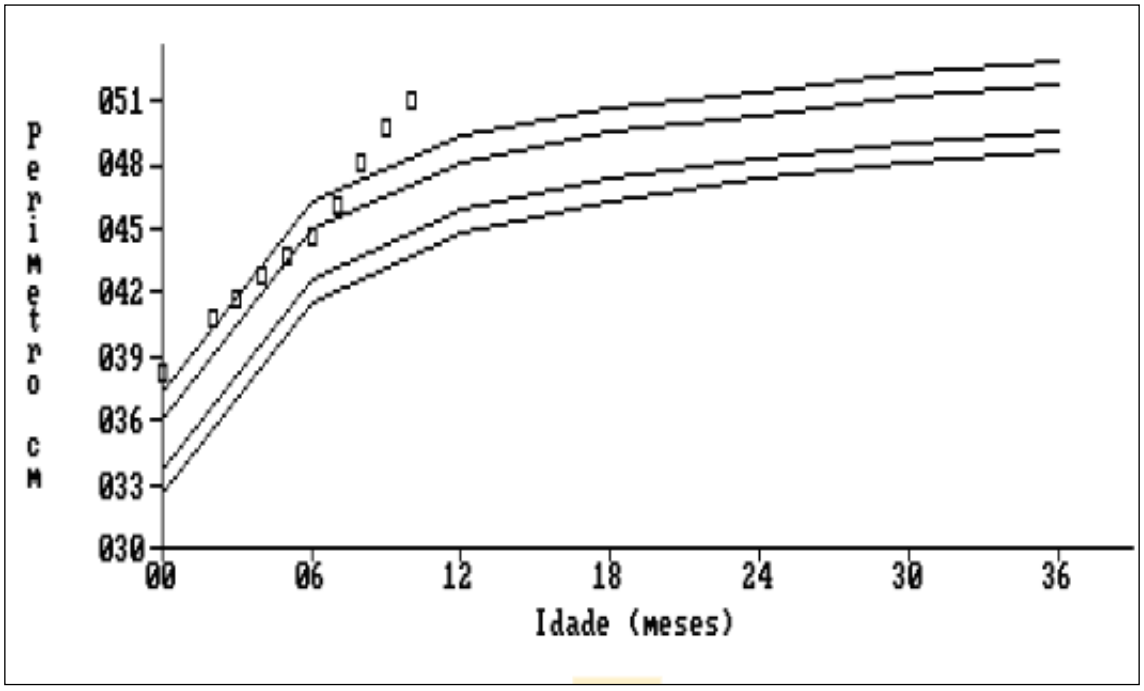
São apresentados três gráficos de crescimento da cabeça do mesmo paciente, em distintas fases da vida. O primeiro até os 11 meses de idade, o segundo dos 12 aos 36 meses e o último após os 3 anos de idade.

O acompanhamento pelo mesmo pediatra nos meses iniciais da vida, com registro criterioso do crescimento do perímetro cefálico, permitiu verificar que a cabeça, que crescia normalmente até aos 8 meses, começou a aumentar de forma anormal. O médico assistente percebeu a anormalidade e, em conjunto com o neurologista de criança, avaliou a tomografia do cérebro que mostrou imagem anormal. O neurocirurgião esvaziou uma grande lesão cística intracerebral. Importante destacar que aos 8, 9 meses quando o problema foi evidenciado com a medida da cabeça, o garoto não apresentava sintomas de doença neurológica.

Neste livro, várias vezes, tem sido ressaltada a importância do seguimento sistematizado e qualificado de cada criança e de cada adolescente ao longo da vida por uma mesma equipe da saúde que permita descobrir cedo, muito cedo, os desvios da saúde normal. Nesse paciente, apenas o uso de uma fita métrica e a anotação dos dados no gráfico de crescimento da cabeça permitiram o diagnóstico de doença importante. E atualmente, o SUS disponibiliza para cada criança brasileira a Caderneta de Saúde da Criança que favorece a anotação criteriosa dos eventos ocorridos e também o registro dos dados principais nos gráficos de crescimento, além de outros dados.

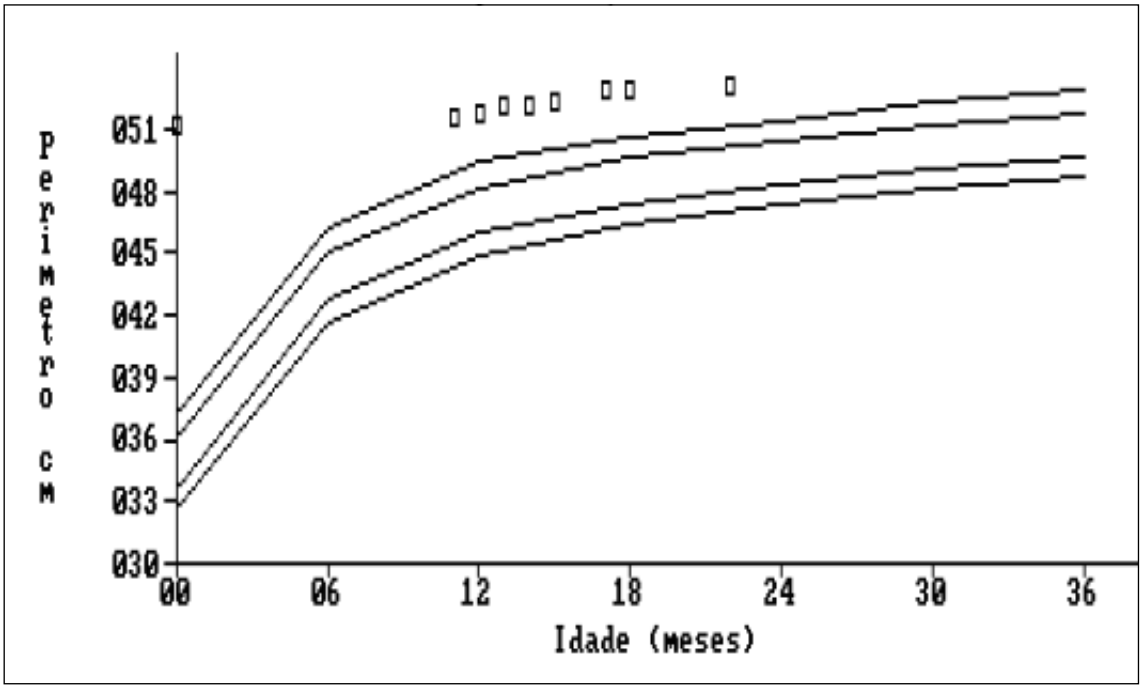
Assim, se o paciente do exemplo tivesse sido visto por vários profissionais, mas os dados do crescimento da cabeça tivessem sido anotados na Caderneta de Saúde, o diagnóstico teria sido feito. Evidentemente, isso depende também da ida regular dos cuidadores ao posto de saúde para as consultas de rotina.

Gráfico 1 - Crescimento da cabeça de um paciente: até os 11 meses de idade



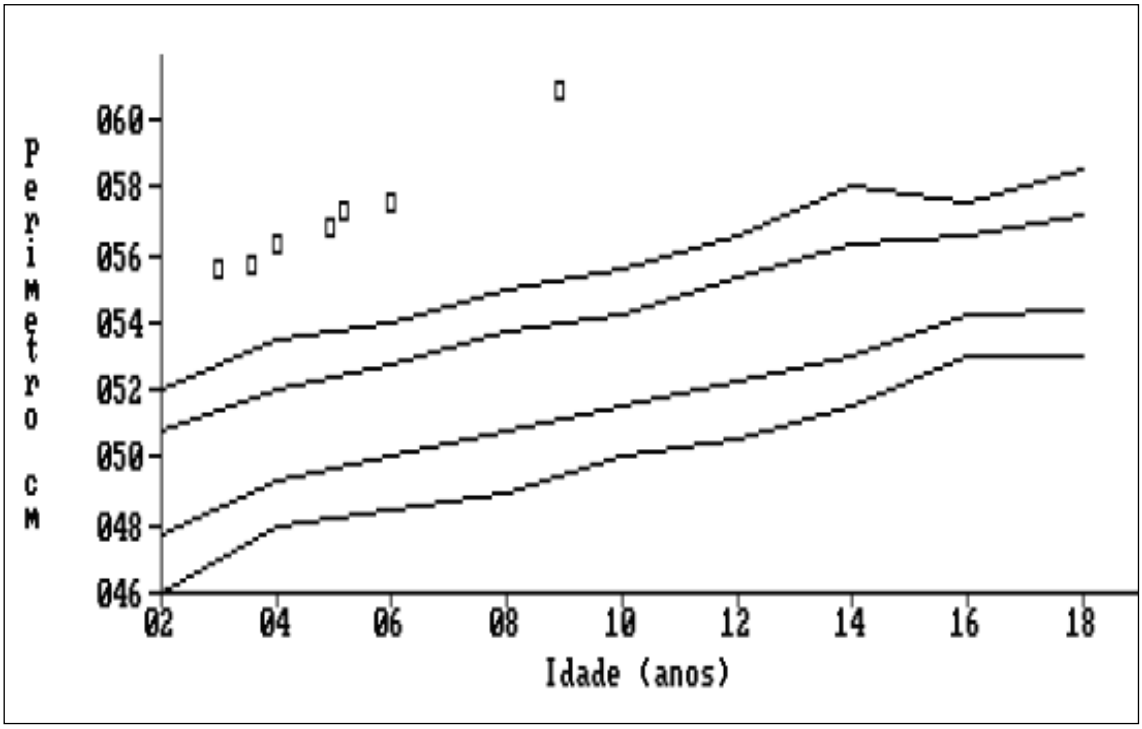
Fonte: Otelo Schwambach Ferreira (2025)

Gráfico 2 - Crescimento da cabeça de um paciente: dos 12 aos 36 meses de idade



Fonte: Otelo Schwambach Ferreira (2025)

Gráfico 3 - Crescimento da cabeça de um paciente: após os 3 anos de idade



Fonte: Otelo Schwambach Ferreira (2025)

COMENTÁRIOS DA MÃE DO PACIENTE CUJOS GRÁFICOS DE CRESCIMENTO DE CABEÇA SÃO MOSTRADOS ACIMA

"Com a alegria da descoberta da gravidez, veio a decisão da escolha do pediatra do meu filho que iria o acompanhar por todo seu desenvolvimento, pois queremos sempre o melhor para quem amamos. Esse acompanhamento do crescimento do meu filho foi fundamental na vida dele, todo mês o levava para consulta de rotina, foi quando do 9º para o 10º mês, foi percebido um crescimento fora do normal da curva do perímetro encefálico, quando imediatamente foram tomadas todas as decisões e providências necessárias. Essa descoberta, logo cedo, foi primordial para a plena recuperação dele. Destacando que, desde o início, o apoio recebido e a confiança plena que tenho no pediatra escolhido e em Deus me deram forças para atravessar o período mais difícil da minha vida. Sabe aquela certeza que tudo ia dar certo?! Sempre tive! Ele estava nas mãos do melhor pediatra que o acompanhava desde os primeiros dias de vida, que o conhecia muito bem.

Meu filho precisou fazer uma cirurgia crânio encefálica, que foi realizada em São Paulo com um neurocirurgião pediátrico. Todo esse processo foi acompanhado de perto pelo pediatra, mês a mês, quero mais uma vez ressaltar que a descoberta muito cedo do cisto aracnóideo, a qual foi muito

elogiada pelo próprio neurocirurgião, foi primordial para que não houvesse nenhuma sequela e, assim com o acompanhamento contínuo, foi percebido a puberdade precoce que mais uma vez feito o tratamento no início não deixou sequelas. Hoje meu filho está com 22 anos, formado em Direito, um homem maravilhoso e saudável.

Em vários momentos, como quando em uma ida ao hospital internaram meu filho e iam começar um antibiótico afirmando que ele estava com rotavírus, sem nem o exame ter saído, imediatamente entrei em contato com o pediatra e o mesmo compareceu ao hospital, tomou conhecimento da situação e percebeu que ele não estava com rotavírus e sim com salmonella, dando alta a ele, vi mais uma vez a importância de ter um médico pois o meu filho iria tomar antibiótico sem necessidade.

Como mãe, vejo como foi importante a escolha de um pediatra maravilhoso, competente e humano, que o assistia desde o nascimento, que o conhecia muito bem, que me ouvia, tirava minhas dúvidas me apoiando e acalmando em diversas situações, sou e serei eternamente grata a ele, por salvar a vida da pessoa que mais amo e a Deus por me enviar esse anjo. ”

6 | CONSULTA PRESENCIAL E CONSULTA NÃO PRESENCIAL OU À DISTÂNCIA

Carlos Gonçalves de Oliveira
Clovis Artur Almeida da Silva
João Guilherme Bezerra Alves
Magda Carneiro-Sampaio
Otelo Schwambach Ferreira

As informações que os pais e os outros cuidadores fornecem aos médicos são os mais valiosos aspectos para o diagnóstico e, consequentemente, para o tratamento, prognóstico e todos os outros itens que dependem do conhecimento apropriado da anormalidade apresentada. Assim, mais valiosas que o exame do médico ou que os exames de laboratório e ou de imagem.

E essa condição básica, ouvir cuidadosamente o paciente ou o cuidador quando o paciente for criança, para o ato médico de boa qualidade, é também o aspecto mais significativo para o estabelecimento de uma qualificada relação médico-paciente, com grau aceitável de humanização. Hoje essa é uma das preocupações dos educadores médicos, num momento em que a medicina está baseada em monitores, em bip-bip-bip, em imagens, em exames laboratoriais e em laudos computadorizados.

Portanto, permitir uma melhor relação médico-paciente, favorecer a humanização da medicina, é mais um produto benéfico do ouvir o paciente ou o cuidador. Para cuidar dos pacientes, os médicos analisam:

a) A história da doença (dados fornecidos pelo paciente, familiar ou outro informante)

b) O exame físico (peso, altura, pressão arterial, inspeção geral, ausculta cardíaca e pulmonar, palpação do abdome, exame neurológico e outros)

c) Os exames complementares (laboratório, imagem e outros)

d) A evolução da enfermidade (sem ou com intervenção médica, resposta ao tratamento etc.)

A consulta médica presencial é o modelo clássico e ideal para a coleta e registro dos dados. É nessa consulta que o médico avalia e registra com mais propriedade os aspectos da doença, inclusive os de ordem emocional.

A consulta virtual ou teleconsulta, via chamada telefônica ou pelos modernos meios de comunicação, permite diagnosticar e resolver muitos dos problemas

mais simples da saúde. Os profissionais que exercem a prática médica para uma clientela definida, há muitos e muitos anos, são acostumados a resolver os assuntos via uma simples e barata chamada telefônica. É a forma mais antiga da telemedicina.

Agora com as chamadas de áudio e vídeo, em que o profissional vê o paciente em seu ambiente e interage mais com os cuidadores, o poder da teleconsulta foi ampliado. Essa moderna tecnologia permite ao profissional ver fotos com lesões que o paciente apresenta e avaliar resultados de exames e de imagens. É extraordinário. As chamadas de áudio e de vídeo são extraordinárias e confortáveis para o paciente, os familiares, os outros cuidadores e também para o profissional.

Nelas existe diálogo entre o cuidador e o profissional. Não falamos sobre as mensagens resumidas em que a mãe ou outro cuidador envia algumas informações por texto ou áudio sobre a saúde da criança. Algumas vezes a situação exposta é complexa e as informações não permitem que o médico responda adequadamente.

Portanto, teleatendimento exige diálogo entre quem relata o problema do paciente e o profissional que atende. Idade, sexo, situação vacinal, passado mórbido, tolerância ou intolerância a medicamentos, exames realizados, sintomas e sinais da doença atual e muitos outros dados são colhidos nesse tipo de consulta.

Na recente epidemia da Covid-19, esse mecanismo de avaliar enfermos foi usado de forma notável. Mas é necessário cuidado para usar criteriosamente o que cada método oferece. Muitas operadoras de planos de saúde podem estar expandindo o teleatendimento simplesmente para reduzir custos. A teleconsulta é mais barata que a presencial.

Também é notório que a consulta presencial permite observar dados que a virtual não permite. Pesar, medir a estatura e o perímetro cefálico, colocar os dados nos gráficos de crescimento, avaliar a genitália, sentir a emoção que a doença causa e estudar outros itens ilustram as vantagens da avaliação presencial. Outro aspecto de especial significado é o registro apropriado dos dados colhidos, isso é essencial para permitir continuidade assistencial. Geralmente, o registro é melhor executado na consulta presencial. É possível que um modelo misto seja o mais indicado na atualidade.

O ATENDIMENTO TELEFÔNICO, EM PEDIATRIA, É VÁLIDO?

Sim. É a forma mais elementar de telemedicina. A mãe atenta e que acompanha diuturnamente o que está ocorrendo com o filho pode transmitir preciosas informações por telefone ao médico. E os profissionais experientes ouvem e fazem algumas perguntas chaves: está com febre? Está com tosse, catarro, diarreia, vômitos, manchas na pele? Tomou vacina recentemente? Está tomando antibiótico ou outro medicamento? Como está o estado geral? Tudo isso somado permite que os profissionais orientem sobre o que fazer. É bem demonstrado que o médico experiente e atento interpreta a narrativa de um cuidador capaz de prestar informações qualificadas.

PODEMOS DISPENSAR O EXAME DO MÉDICO?

A margem de erro na consulta telefônica é muito maior do que na presencial, A consulta médica, apenas com a história clínica, fornece a maior parte, mas não todas as informações necessárias para a tomada de decisões. O exame físico feito pelo médico, os exames laboratoriais e de imagem podem fornecer dados decisivos. Novamente, damos exemplos. Médico percebe tumor abdominal em menino normal, sem queixas e que é levado para a visita de rotina; profissional evidencia crescimento anormal da cabeça, produzido por um cisto que precisou de cirurgia, em outra criança, também tida como normal, sem queixas; pediatra descobre sopro cardíaco que precisa de investigação especial em criança normal e sem queixas. O exame do pezinho é o melhor exemplo de como o laboratório pode informar sobre doenças não manifestas. O exame permite o diagnóstico de anormalidades existentes, mas sem sintomas e com o exame médico normal, que poderão se transformar em gravíssimo problema poucos meses depois. Então, o importante é o conjunto. É a história contada por vocês, o exame dos médicos, os elementos dos exames laboratoriais e de imagem, a evolução da enfermidade, a resposta ao tratamento e outros elementos que permitem aos profissionais definir o melhor caminho a seguir.

A CONSULTA MÉDICA COMPLETA É ESSENCIAL?

Vocês devem ter percebido que o papel dos médicos é muito maior. É o de ouvir, ouvir, ouvir, examinar, apalpar, pegar, medir, anotar nos gráficos, cheirar, olhar, olhar de novo, refletir, pensar, avançar numa linha de raciocínio, desistir dela e tentar outra. É o de verificar se os resultados dos exames complementares se ajustam aos outros elementos que ele dispõe. É de somar tudo, pensar sobre tudo e tentar concluir. É o de ajustar o tratamento às expectativas e até aos recursos que dispõe e à competência financeira da família. Então, a resposta é que o contato com os médicos é essencial e o papel dele transcende o conversar com vocês, transcende o exame clínico e transcende a análise do exame laboratorial. O conjunto é mais importante que uma parte. E quanto mais complexa a situação, mais verdade é essa assertiva. Os pediatras experientes podem orientar por telefone a conduta a ser seguida para as crianças que apresentam coriza, tosse, vômito, diarreia e muitas das condições simples da clínica pediátrica. Mas eles não podem orientar, por telefone, o que fazer nas condições mais complexas, como numa criança que está respirando mal.

QUAL A FREQUÊNCIA DE AVALIAÇÃO PRESENCIAL NA PEDIATRIA?

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) define, como visto abaixo, a lista de consultas presenciais feitas pelo médico ou por outro membro da equipe de saúde que cada criança ou adolescente, normal, sem queixas, sem problemas, deve receber, é o check-up da criança e do adolescente.

São consultas que a SBP define, sabiamente, como de puericultura, mesmo para os adolescentes. Portanto, sem queixas, a criança e o adolescente devem ir à presença do profissional da área de saúde para cumprir um ritual predeterminado. Assim, cada consulta deve ter um conteúdo específico. Já no primeiro ano de vida, cada criança deve ter peso, altura e perímetro cefálico avaliados com registro nos gráficos de crescimento, programa vacinal conferido, nutrição avaliada, aquisição das habilidades motoras revisadas, por exemplo. E em cada idade o profissional deve conferir dados específicos, além dos gerais.

Então é ainda essencial a presença do garoto ou da garota e do adolescente dos dois sexos no consultório do profissional, médico ou não, para avaliação do estado de saúde. Mesmo que sejam considerados hígidos, sadios. E, em certas condições mórbidas, a presença do paciente no consultório do médico é ainda mais importante.

Quadro 1 – Consulta por idade segundo recomendação da Sociedade Brasileira de Pediatria

Lactente 0-2 anos	Pré-escolar 2-4 anos	Escolar 5-10 anos	Adolescente 11-19 anos
• 1ª semana • 1 mês • 2 meses • 3 meses • 4 meses • 5 meses • 6 meses • 9 meses • 12 meses • 15 meses • 18 meses	• 24 meses • 30 meses • 36 meses • 42 meses • 48 meses	• 5 anos • 6 anos • 7 anos • 8 anos • 9 anos • 10 anos	• 11 anos • 12 anos • 13 anos • 14 anos • 15 anos • 16 anos • 17 anos • 18 anos • 19 anos

Fonte: Os autores (2025)

QUAL O VALOR DE CADA INFORMAÇÃO QUE O MÉDICO COLHE?

As pesquisas indicam que a narrativa dos cuidadores, a anamnese, permite que os médicos façam o diagnóstico e definam o tratamento em 80% das vezes. O exame físico do paciente, isoladamente, possibilita que sejam feitos 10% dos diagnósticos. Assim, os dois mecanismos fornecem 90% das informações úteis para a condução de cada problema de saúde. Todos os outros dados juntos, inclusive os de imagem e laboratoriais, auxiliam em apenas 20% das situações clínicas comuns.

Os cuidadores que conhecem a criança fornecem os dados mais valiosos. O médico deve valorizar quando lhe dizem: "essa criança não está bem", "o intestino dela não é assim", "ela está quente", está irritada", "ele não está comendo bem", "estou dando o antibiótico, mas ela não está melhor", "minha filha não está ouvindo bem", "não está enxer-

gando normalmente", "está urinando com dificuldade" e "apareceu sangue nas fezes".

Isso é a base para o trabalho médico. Os pais e os outros cuidadores têm que caprichar no relato e os médicos devem avaliar criteriosamente cada dado. Tudo começa com essa narrativa.

O QUE POSSO FAZER PARA CAPRICHAR?

Você deve vivenciar a alimentação, a higiene, as brincadeiras, o estudo, o sono e todas as atividades de cada um dos seus filhos. Significa pegar, cheirar, olhar, perguntar, desconfiar, estar atento. É óbvio que isso é facilmente viável quando os familiares cuidam do filho. Mesmo quando trabalham fora de casa, devem ter o cuidado de saber o que se passou na sua ausência. É importante relatar as mudanças na aparência dos órgãos da criança (na pele, no olho, no odor da boca, e em outros órgãos), falar sobre as modificações nas funções (coração acelerado, respiração diferente, sono excessivo ou insônia, mudança no padrão de evacuação e de micção, dentre outros), informar sobre as alterações no comportamento e no aprendizado (irritabilidade, baixa do rendimento escolar, dentre outros). É evidente que o relato dos dados deve ser o mais exato possível. Os pediatras ficam satisfeitos quando o cuidador leva uma listinha com o que deve ser relatado.

E OS MÉDICOS, O QUE DEVEM FAZER PARA CAPRICHAR?

Atualmente, os médicos têm tido forte tendência ao uso abusivo dos exames laboratoriais em detrimento da história referida pelos familiares. Isso tem preocupado os educadores das escolas médicas. O que os profissionais têm que fazer é ouvir. Os médicos que ouvem com atenção colhem dados de extremo valor e estabelecem sólidas relações com seus pacientes e familiares. Os familiares confiam mais nos médicos que ouvem bastante e examinam bem.

PODEMOS INDUZIR O MÉDICO A ERROS?

Sem dúvida. A narrativa subdimensionada induz a erros e a superdimensionada idem. Omitir dados não é bom e informar o que não está ocorrendo é um absurdo. A medicina conhece situações em que os familiares informam problemas inexistentes no filho e isso cria dificuldades para o médico e complicações jurídicas para os informantes. Esconder traumas e agressões sofridos pela criança causa graves problemas médicos e judiciais.

COMO OS MÉDICOS AVALIAM SE O QUE DIZEMOS É CORRETO?

Os médicos sempre trabalham com a soma dos dados. Eles analisam as queixas, fazem o exame físico e confrontam com todas as informações. Em seguida, comparam os resultados dos exames laboratoriais com a noção obtida do somatório dos

dados. Isso tudo, feito meticulosamente, mesmo por profissionais experientes, não garante 100% de certeza. Assim, é sempre importante ter uma atitude aberta para a possibilidade de outro diagnóstico.

O QUE OS MÉDICOS CONSEGUEM SABER APENAS COM O QUE FALAMOS?

Os médicos podem com a narrativa de vocês definir:

- O órgão acometido: diarreia, vômitos, cólicas e distensão abdominal mostram que o problema tem componente gastrointestinal, que até pode não ser o mais importante. Tosse e falta de ar remetem para as vias respiratórias. Erupção na pele indica acometimento cutâneo e se vem acompanhada de febre, o médico dirige a atenção para as infecções. Dor de ouvido deve indicar adoecimento nessa estrutura. Dor ao urinar e urina avermelhada provavelmente apontam para doença das vias urinárias. Essa é a primeira conclusão do médico: "a estrutura acometida, provavelmente, é esta". Mas há situações em que não é possível definir, apenas com a história clínica, qual o(s) órgão(s) acometido(s). Há, por exemplo, algumas doenças febris na criança, o exantema súbito é exemplo.

- As crianças acometidas têm febre altíssima e os familiares nada encontram. A evolução e o exame físico do médico, junto com outros dados, é que sugerem o diagnóstico que só pode ser confirmado quando surge o quadro cutâneo e a febre vai embora.

- A doença mais provável: criança com olhos vermelhos, erupção cutânea e febre, que não tomou vacina contra sarampo e que 10 dias após ter tido contato com outra criança com essa doença começou a apresentar os sintomas referidos, deve estar com sarampo. Se a erupção cutânea é acompanhada de muita coceira e ocorre numa criança que não tem febre e que está usando antibiótico, é provável que esteja acontecendo uma reação alérgica ao medicamento. Menino que apresentou dor de ouvido várias vezes, está sendo seguido pelo otorrinolaringologista, já foi medicado com antibióticos devido ao problema, e agora está com muito catarro nasal, chorando e pegando na orelha, deve estar com otite média aguda. Febre que surge após a aplicação de determinada vacina deve ter sido induzida por ela. Vejam que todos esses dados podem ser conseguidos com a mãe ou cuidador principal da criança.

- A potencial gravidade da doença: vocês já devem conhecer a pergunta clássica do médico: "como está o estado geral? ". A pergunta é para os profissionais avaliarem a gravidade da doença. Criança com febre muito alta que brinca, sorri, corre, come e que está corada, com bom aspecto geral, não deve ter doença grave. Outra com febre baixa, mas que está decaída, dormindo muito,

pálida, sem comer, brincar e sorrir, pode ter doença significante. Essa leitura do estado geral é bem-feita pela mãe ou por outra pessoa que bem conhece a criança. E esses dados são, ao lado de outros, usados pelos profissionais para pensar na gravidade do problema apresentado e na necessidade de buscar assistência médica imediata. Essas são informações passadas pelos familiares. Evidentemente, há condições em que os próprios familiares percebem a gravidade potencial do problema e buscam assistência médica imediata. São bons exemplos: crises convulsivas, traumas cranianos e acidentes.

- A evolução e a resposta ao tratamento: as informações de como os sintomas da doença estão caminhando e de como a resposta ao tratamento está ocorrendo também são informadas por vocês.

QUAL O NOSSO PAPEL NO ACOMPANHAMENTO DA DOENÇA?

Toda doença tem uma dinâmica própria. Algumas andam muito rapidamente, são as agudas. Outras andam mais lentamente, são as crônicas. As da criança são predominantemente do primeiro tipo. São enfermidades que duram dois, cinco dias ou mais alguns dias, em média. E é a observação materna, na casa, no dia a dia da criança, que fornece os mais importantes elementos sobre a dinâmica da enfermidade. Não é a observação dos médicos que faz isso, embora ela seja importante e, algumas vezes, decisiva. Para um melhor entendimento, usemos o exemplo da maior parte das doenças febris da criança. Nas primeiras horas das enfermidades que cursam com elevação térmica, se a mãe nada notou além da febre, é pouco provável que os médicos descubram alguma coisa no exame físico. Após 24 a 48 horas, quando a mãe já percebe algo diferente, por exemplo, nariz entupido, tosse, diarreia, manchas na pele, é mais provável que os médicos possam definir qual é o problema. Isso acontece em muitas e muitas outras enfermidades, mesmo as afebris. Por isso é se recomenda que os mesmos profissionais avaliem os pacientes, repetidas vezes, se há dúvida diagnóstica. É uma orientação clássica e que deve ser respeitada quando os médicos dizem no fim da consulta: "não posso definir o que está ocorrendo. Observem seu filho e também preciso examiná-lo após alguns dias para verificar o que há. Telefonem se ocorrer algo especial". Então, mais uma vez, vejam o papel de vocês. São os familiares que dormem com os filhos, os alimentam, os higienizam e os observam de perto. Dia e noite. Os médicos não fazem isso. Eles usam os dados que vocês informam. Observem bem as suas "crias" e comuniquem aos profissionais, direitinho, com precisão, as anormalidades notadas.

E NOSSO PAPEL NO SEGUIMENTO DA RESPOSTA AO TRATAMENTO?

A resposta ao tratamento instituído é item de extrema importância para os médicos definirem se o diagnóstico e a orientação estão corretos. Isso é óbvio por si só. Os médicos têm a obrigação de definir o diagnóstico, prescrever o tratamento e ins-

truir sobre a resposta que será observada. Para que os profissionais usem esse dado é essencial o fiel cumprimento da orientação terapêutica. Ele não poderá avaliar o resultado se ao invés de dar o antibiótico de 6/6 horas como foi prescrito o familiar estiver usando a cada 24 horas. Esse é um dos pilares dessa avaliação e, sem o fiel cumprimento da prescrição, não é possível tirar conclusões. Assim, conclamamos todos vocês para cumprir a prescrição e, se houver dúvidas, o caminho é discutir o assunto com os médicos. Quando, apesar do cumprimento fiel da receita médica, os familiares notarem que a resposta não está ocorrendo conforme as instruções dos profissionais, eles devem voltar para rediscutir o assunto. O correto é voltar aos mesmos profissionais. Isso é essencial e a medicina não anda sem esse retorno, sem as informações de como o cliente está se comportando frente ao tratamento. E novamente é o familiar atento, perceptivo, observador, interessado, que traz as informações mais valiosas. É ele quem diz "a febre desapareceu", "a diarreia melhorou", "a criança voltou a comer", "a dor desapareceu". Também é o familiar que refere "a febre continua", "ela não está melhor", "acho que está pior", "surgiram manchas na pele após o uso do antibiótico". E esses dados, cotejados com o exame que os médicos fazem nos pacientes e com alguns exames complementares, definem qual o caminho a seguir. Novamente, cremos que isso ficou bem definido, que vocês é que têm a maior responsabilidade com a coleta de dados para os médicos avaliarem e decidirem. Prestem atenção nos seus filhos. Falem com os médicos. Telefonem para eles.

QUAL NOSSA PARTICIPAÇÃO NOS OUTROS DADOS?

Com certa frequência, os profissionais que estão cuidando das crianças necessitam ouvir outros médicos, habitualmente um que tenha mais experiência na provável problemática apresentada. Mas, nesse caso, os dois profissionais, o que indicou a consulta com o especialista e esse último, devem entrar em acordo para definir o que fazer. Nessa situação, vocês devem prestar as mesmas informações aos dois profissionais. É ideal que os dois trabalhem com os mesmos dados fornecidos por vocês. Informações díspares podem gerar condutas diferentes o que é totalmente indesejável. Então, vejam mais uma vez a importância da atenção dos pais e mães para que as anormalidades observadas na meninada sejam repassadas integralmente e fielmente para os médicos. E quando há dois profissionais envolvidos no diagnóstico e no tratamento de uma criança, o familiar também deve auxiliar na comunicação entre eles, o que beneficiará a criança. É óbvio que os principais responsáveis por isso são os dois médicos que devem enviar relatórios ou telefonar, para que uma orientação uniforme seja obtida. Mais uma vez, o papel dos familiares é importante.

PODEMOS AJUDAR OS MÉDICOS A ENFRENTAR AS DIFICULDADES?

A prática médica é complexa. Médicos e familiares, com certa frequência, estão tristes com diagnósticos imprecisos, resultados inesperados aos tratamentos, falta

de respostas apropriadas para as dúvidas e uma série de outras questões do ato médico. E vocês podem ajudar sabendo que:

1) A medicina não é exata. Há sempre a possibilidade de erros em tudo o que os médicos fazem. A prática dos médicos de crianças é particularmente difícil, pois as queixas são, usualmente, informadas por uma pessoa que não é a enferma.
2) Os familiares desempenham um papel importantíssimo no diagnóstico e no tratamento da criança.
3) Os médicos devem ser informados sobre todas as alterações que vocês acham que estão ocorrendo com a criança. Eles também devem ser informados sobre o andamento da enfermidade, sobre a resposta satisfatória ou não ao tratamento instituído, sobre a ocorrência de reações adversas aos remédios usados.
4) Todas as informações prestadas devem ser precisas, inquestionáveis. A fidelidade da informação tem a importância do segredo que abre o cofre. Sem o dado preciso, não há como penetrar nessa estrutura física, mental e espiritual tão complexa, que é a criança. Nem sempre existe má-fé quando a informação é distorcida. Às vezes, a ansiedade leva a isso. Vejam o exemplo: se há diabetes na família, há tendência a superestimar pequenas mudanças no padrão de sede ou das micções nas crianças que passam a ser vistas como sinais da doença.
5) Mudar de médico, quando há algum desencontro, usualmente, não é o melhor remédio. Provavelmente, voltar aos profissionais e relatar francamente o que aconteceu é uma recomendação saudável.
6) Sem isso, os mais diferenciados e mais experimentados pediatras do mundo podem falhar.

6.1 ASPECTOS PRÁTICOS

Abaixo são apresentados alguns exemplos reais de consultas por teleatendimento para ilustrar como esse tipo de serviço pode ser produtivo, útil ou não.

EXEMPLO 1

Exemplo ilustrativo do atendimento adequado à distância. A mãe de Antônio, a Roberta, percebeu que o filho apresentou erupção cutânea numa parte do corpo e enviou foto para o pediatra. Relatou que percebeu o sintoma quando ele voltou da escola e informou não haver febre ou qualquer outra anormalidade. O pediatra assistente orientou para usar apenas creme hidratante e observar evolução. Explicou que provavelmente era dermatite de contato, pois o garoto não apresentava febre, nem outra anormalidade, e era apenas uma parte da pele que estava acometida, que era pouco provável doença infecciosa pois o menino estava afebril e sem outros dados de doença.

EXEMPLO 2

Agora, vejam a mensagem de áudio, transformada em texto, enviada em outubro de 2022, por uma cuidadora-mãe, do interior de Pernambuco.

> Speaker 1- Dr. José [nome fictício], boa tarde, aqui é Maria [nome fictício], mãe de Paulo [nome fictício], o menino da otite e da bronquiolite, lembra:
>
> Speaker1: Desculpa estar incomodando no sábado é porque assim, Paulo é muito elétrico, como o senhor sabe, é um menino delicado, como diz você. E assim ele ainda não ficou 100% bem, sabe? Ele está tendo muita alergia. A gente está em tratamento com Dra. Ana [nome fictício], lá em Caruaru. Ela é muito boa, mas assim eu queria ouvir sua opinião. Eu sei que você tem que ver, ele estar aí. A gente está com ele, com Aerolín, está com ele, com Clenil, com Allegra, com vários remédios antialérgicos. Mas ele ainda não está 100% bem.
>
> Speaker1: Aqui e acolá ele está tendo uma febre. Aí ele também tá ruim da barriga. Eu não sei se será a medicação que ele que ele toma, o excesso de medicação. Ele está assim. Ele está fazendo aquele cocozinho mole. Aí fica o bumbunzinho dele ao redor do ânus dele. Está ferido. Ele fica coçando todo o tempo. Aí eu queria uma pomadinha em alguma coisa. A gente falou para a Dra Ana e ela mandou colocar pomada de assadura. Mas aí então não está tão bom, não melhorou, não resolveu.

COMENTÁRIOS DA EQUIPE MÉDICA

Observem que a cuidadora não informa idade, doses dos medicamentos em uso, exames realizados e muitos outros dados que seriam de fundamental importância para que o profissional pudesse emitir parecer com o mínimo de chance de estar correto. A mãe recebeu retorno — todas elas merecem este respeito — em que o profissional informava esperar ligação telefônica para melhor esclarecimento. A cuidadora não retornou a ligação, esse evidentemente não foi um contato produtivo, até agora.

EXEMPLO 3

RELATO DE MÃE SOBRE TELECONSULTA NA EUROPA

> “Fomos passar 10 dias na Europa em novembro deste 2022. Como de costume, sempre faço seguro saúde. Agora ainda mais caro com cobertura para covid-19. Passamos cinco dias em Portugal e fomos para a Espanha. O tempo esfriou mais ainda em Barcelona do que em Madri. Depois de uma semana de viagem, a secreção nasal de Miguel (12 anos) aumentou muito e veio aquele febrão per-

sistente. Corpo mole, dor de cabeça, dor na face do rosto e um episódio de vômito. Conversei com o pediatra dele, no Recife, que me aconselhou a dar remédio para febre e observar os sintomas. Miguel continuou mole e com febre. Resolvi acionar o seguro-viagem que prontamente marcou a teleconsulta de Miguel para o dia seguinte pela manhã. Uma médica espanhola nos atendeu online e fechou o diagnóstico de sinusite bacteriana, sem exames, apenas nos escutando. Passou antibiótico, antitérmico, anti-histamínico e remédio nasal. Fiquei preocupada e achei melhor comprar as medicações e já iniciar tratamento oral. Na primeira tomada de antibiótico, Miguel vomitou a amoxicilina. Falei com o pediatra no Recife e informei que faltavam três dias para voltarmos ao Brasil. Por conta própria, parei o antibiótico.

Assim que retornamos ao Recife, fomos para a consulta presencial com o pediatra. Ele solicitou vários exames laboratoriais. Eu relatei que estava com medo de febre reumática, porque Miguel teve dor nas juntas por duas vezes durante a viagem. E como ele teve também uma infecção bacteriana por streptococcus um mês e pouco antes da viagem ficamos com esta suspeita.

Os exames feitos no mesmo dia apontavam para quadro viral. Em observação continuamos com antitérmico. Em mais 1 a 2 dias saíram mais resultados laboratoriais. Diagnóstico fechado: Miguel estava com quadro viral realmente. Ainda bem que não o mediquei com o antibiótico passado pela Dra. de Madri na teleconsulta.

Fiquei pensando: se eu tivesse começado o tratamento com antibiótico no exterior, acreditado no diagnóstico de sinusite, como ficariam as defesas imunológicas de Miguel? Poxa, a gente paga tão caro um seguro-viagem e ainda passa por isso. Realmente depois dessa experiência, não aconselho consultas virtuais, sem exames presenciais, sem ver o paciente, tocar, escutar, sentir o quadro geral da criança e complementar com exames laboratoriais fica impossível um diagnóstico correto. Vai na sorte!! E isso é tudo que a gente não quer. Que bom que usei do bom senso e resolvi aguardar a consulta presencial. Valeu a experiência!”

COMENTÁRIOS DA EQUIPE MÉDICA:

Esse último relato nos dá belas lições de como é difícil e complexa a prática médica. Aspectos a ressaltar:

1. Impossível que o médico, numa teleconsulta, avalie a competência da mãe. A genitora do Miguel é uma mulher altamente diferenciada que fala em streptococcus e em febre reumática. E, convenhamos, esse aspecto deve ser valorizado com muita atenção. A consulta favorece o conhecimento

mais completo dos familiares. A não presencial dificilmente permite esse conhecimento.

2. A tarefa do médico assistente, que acompanha o Miguel desde o nascimento, é muito facilitada por conhecer detalhes que o prestador ocasional de assistência médica, sobretudo num teleatendimento, não conhece.

3. Consulta à distância num país estrangeiro é, sem dúvida, ainda mais difícil.

4. O diagnóstico da sinusite bacteriana ainda hoje é um desafio para os médicos. A prescrição de antibióticos para essa enfermidade, sem ver o doente, é uma aventura. A chance de erro é muito alta.

Para finalizar o relato, informamos que o texto faz parte de um projeto educativo e que a consulta médica é insubstituível.

7 | BRINCADEIRAS E BRINQUEDOS: A IMPORTÂNCIA DO BRINCAR

O Professor Fernando Figueira, que marcou a educação de toda a atual geração de pediatras de Pernambuco, sempre dizia que as crianças que brincam estão trabalhando, aprendendo, praticando. E o sábio mestre, quando conversava com os cuidadores, sempre perguntava: "onde sua criança brinca?". O brincar é essencial para cada criança!

QUAIS OS REAIS BENEFÍCIOS DO BRINCAR PARA AS CRIANÇAS?

As crianças que brincam estão:

- Estimulando o sistema nervoso, os ossos, as articulações, os músculos e todos os outros órgãos corporais a se desenvolverem e a funcionarem de forma adequada. Isso é alcançado, sobretudo, nas atividades ao ar livre, onde há espaço para correr, pular e transpor obstáculos.
- Favorecendo a alimentação saudável e evitando a obesidade.
- Interagindo com o meio e demonstrando seus pensamentos e sentimentos.
- Experimentando e criando situações e encarando a possibilidade do sucesso ou do fracasso, aprendendo a lidar, desde cedo, com cada uma delas; aprendendo a solucionar os problemas à medida que eles aparecem, além de aprender a prever situações.
- Estabelecendo seus limites e aprendendo a respeitar os limites dos seus colegas.
- Descobrindo a incerteza e o prazer de desafiar e transpor o obstáculo de forma prazerosa.
- Ampliando seu círculo de amizade e também favorecendo a interação com os pais deles.
- Mantendo, desde cedo, o contato com as regras, inclusive com as que definem os ganhadores, os perdedores e as penalidades; recebendo outros benefícios, como, por exemplo, o convívio com instrutores, treinadores, arte-educadores e profissionais de distintas áreas.

QUAIS OS BRINQUEDOS E AS BRINCADEIRAS PARA OS MENORES DE 1 ANO?

O primeiro brinquedo de todas as crianças é o rosto dos familiares, principalmente da mãe. Os órgãos faciais, a mímica e a voz são estímulos importantes e chamam a atenção dos bebês. Vejam as fases pelas quais passam as crianças de menos de 1 ano:

De 0 a 3 meses: elas se interessam visualmente pelos objetos, percebendo inicialmente grandes contrastes (preto e branco); as crianças fixam o olhar no chocalho e posteriormente acompanham o objeto na horizontal, preparando, assim, a musculatura cervical para um melhor controle da cabeça; o chocalho produz sons que as crianças passam a perceber e a associar com a brincadeira; os brinquedos que emitem sons mais agudos é que chamam mais atenção; nessa idade, é fundamental que o móbile esteja posicionado na altura do campo visual e que elas, ao movimentarem os braços e as pernas, tenham a possibilidade de tocar o objeto; as de três meses movimentam os braços e as pernas e tocam involuntariamente nos objetos; logo aprendem e voluntariamente passam a tocar e a apreender objetos de diferentes texturas; assim, se desenvolve a coordenação olho/mão; a voz humana, sobretudo a da mãe, é estimulante e auxilia no processo de maturação neuroauditiva e emocional; as mães devem cantar ou solfejar e estimular a percepção dos vários timbres da voz humana.

4 meses: crianças passam a segurar voluntariamente objetos e os levam à boca; elas descobrem e brincam com as mãos; quanto menores as crianças, maiores devem ser os brinquedos; além disso, os brinquedos devem ser de um material mais natural para que as crianças tenham a experiência com as diversas texturas, temperaturas e tamanhos.

5 e 6 meses: elas descobrem os pés, conseguem segurá-los levando-os à boca e, em seguida, rolam; as crianças adoram esse movimento do corpo; na posição sentada, olham o objeto e tentam pegá-lo, mas a principal função de suas mãos é de apoio; pegam o brinquedo e levam à boca; deixam que caia e observam o seu movimento; fase que começam a perceber as diferentes texturas dos objetos pela boca, adoram o esconde-esconde; é necessário que a pessoa apareça no local esperado, pois se isso não acontece elas perdem o interesse; tudo isso promove um sadio desenvolvimento da motricidade ocular.

7 e 8 meses: a brincadeira preferida é retirar os brinquedos de um determinado local como caixas e vasilhas de plásticos; ao engatinhar podem observar uma formiga no chão e com o dedo indicador apontar para ela.

9 e 10 meses: o esconde-esconde evolui e as crianças passam a procurar o objeto de onde desapareceu; são capazes de se virar na posição sentada, pois já possuem um melhor domínio nesta posição; avançam da postura de estar sentado para o engatinhar com facilidade; engatinhando vão buscar o objeto; abrem gavetas e caixas de sapato e retiram os objetos aí guardados. Iniciam o guardar; entram numa caixa de papelão grande; tentam entrar no vão entre

dois sofás; seguram no sofá e tentam ficar na posição de pé; essa é uma fase perigosa; elas podem ir até a cozinha, brincar no armário e correr riscos de puxar a toalha da mesa e derrubar o que está lá sobre sua cabeça; durante o engatinhar podem achar algo no chão (formiga e outros animais, caroço de feijão e outros objetos) e levar à boca ou colocar no nariz ou no ouvido; é uma fase em que a presença dos adultos para supervisionar a brincadeira é de suma importância para evitar riscos.

11 e 12 meses: elas estão mais ágeis e engatinham com mais rapidez; começam a ficar de pé e a ensaiar os primeiros passos; é importante que tenham contato com texturas diversas (areia, tapetes, emborrachados) para estimular a planta do pé preparando para o caminhar.

O QUE MAIS É IMPORTANTE ESTIMULAR NOS MENORES?

Lá vão mais alguns conselhos:

- O melhor horário para estimular as crianças, principalmente nos primeiros meses, é antes da mamada. Após a alimentação, todos os bebês vão preferir descansar. Um pouco antes da mamada (em torno de 20 a 30 minutos), vocês observam que seus bebês se movimentam, emitem alguns sons, embora pareçam dormindo. Nessa fase, vocês podem acordá-los aos poucos para conversar e brincar. Vale ressaltar que não estamos recomendando que os estimulem de madrugada, isso deve ser feito de dia. Vocês também devem repetir esses estímulos preferencialmente no mesmo horário.
- É importante o estabelecimento de uma rotina para estruturação e organização do comportamento dos bebês. Com as rotinas, as crianças aprendem e acabam prevendo o que acontecerá. A adoção desse comportamento também permite o desenvolvimento de segurança, confiança, tranquilidade e método.
- Vale a pena ressaltar que as brincadeiras devem ser prazerosas e não devem cansar ou entediar a criançada. Devem ter uma duração de poucos minutos nos primeiros meses. Com o passar do tempo e à medida que as crianças mostram alegria e prazer, o tempo das brincadeiras e dos estímulos é progressivamente alongado.
- Quando forem observados bocejos, franzimento da testa ou qualquer outro dado que mostre desconforto, as brincadeiras devem ser cessadas, diferentemente, manifestações de satisfação, como sorriso, mão na face, sucção, extensão da língua, emissão de sons e outros sinais de alegria são convites à continuação das brincadeiras.
- A posição para brincar no início da vida (0 a 3 meses) deve ser de barriga para cima ou de barriga para baixo, sempre com supervisão do adulto. A posição barriga para baixo é importante, pois as crianças usam e estimulam melhor a musculatura, o que é relevante para o desenvolvimento da coordenação motora.

- O anda-já ou o andador é proibido. Ele perturba o uso natural da musculatura e dificulta a experimentação montada para o normal desenvolvimento motor. A exploração livre é o melhor mecanismo para toda a musculatura que favorece a marcha. As crianças devem desenvolver vontade e perseverança com o cair, levantar e tentar mais uma vez, mais uma vez e mais uma vez. São situações aparentemente simples que trazem benefícios emocionais. Além desses inconvenientes, o anda-já favorece a ocorrência de acidentes.
- Utilizando brinquedos adequados, a criançada é estimulada a desenvolver a marcha. Nesse sentido, sugerimos estimular a meninada a brincar de empurrar cadeirinha, empurrar carrinhos grandes com um peso na frente. Também orientamos estimular a criançada a empurrar brinquedos com peso. A maioria dos brinquedos é de plástico, muito leves, e pode virar quando empurrados. A ideia de colocar um peso, um livro grande, em cima do brinquedo funciona.
- A partir dos 4 meses, as crianças podem brincar na posição sentada com apoio nas costas. Aos 6 meses, elas podem brincar na posição sentada, mas podem cair para trás ao tentar alcançar objetos à sua frente. Aos 7, 8 ou 9 meses, elas brincam deitadas, sentadas e, em algumas vezes, de "gato". Aos 10, 11 ou 12 meses as crianças já brincam na posição sentada, deitada, de "gato" e em pé.

E PARA AS CRIANÇAS DE MAIS DE 1 ANO?

Lá vão algumas informações básicas:

- As crianças de 1-2 anos de idade ficam em pé, de cócoras, sentam, correm, sobem em objetos de pouca altura, descem, entram e saem de carrinho, exploram tudo sem ter noção de risco. É uma fase em que precisamos ficar atentos principalmente na cozinha face à existência de pias, fogão com líquidos quentes e objetos cortantes. Nessa idade, elas jogam, pegam, empurram, puxam e carregam objetos. Quando entregamos um livro para as crianças dessa idade, elas viram as páginas, apontam para os desenhos e nomeiam as figuras.
- As crianças de 2 anos de idade se movimentam mais livremente e exploram tudo ao seu redor. São interessadas, principalmente, no ambiente no qual convivem. Exploram as pessoas de seu convívio, sobretudo pais e irmãos. Elas têm a consciência da existência das outras, mas ainda brincam apenas ao lado delas, é o que se chama brincadeira paralela. Interessam-se por quaisquer brinquedos que façam com que utilizem o corpo inteiro nas atividades, são fascinadas pelos movimentos da coordenação motora global (movimentos grandes entre braços e pernas, andar, pular subir e descer...) e da coordenação motora fina (pegar objetos pequenos, movimentar os dedos das mãos...). Curiosas, exploram tudo que é desconhecido, adoram motoquinha, bola, balanço, pirâmide de argola, quebra-cabeça simples (de duas partes). Imitam as rotinas dos adultos e gostam de brincar de boneca, de dar

a comida e banhos nos seus "bebês", varrer a casa, dirigir o carro, martelar e telefonar. Nessa idade, as crianças passam gradualmente a mudar o ato de brincar. Primeiro imitam e depois conseguem imaginar que uma caneta pode virar uma pessoa e começam a dar vida aos símbolos (jogo simbólico). Adoram livros e estórias, ouvem as mesmas por várias vezes e passam a colocar palavras e frases no contexto. Produzem rabiscos nas folhas e nomeiam o que produziram ao terminarem. Os contos curtos e repetidos várias vezes são importantíssimos, pois estimulam a linguagem e o imaginário — devem ser curtos, pois a atenção das crianças nessa faixa etária é rápida e a repetição também lhes trazem a certeza de que não há o inesperado.

- As crianças de mais de 3 anos passam a compreender que determinados brinquedos são delas e que aqueles outros não lhes pertencem. A partir de então começam a dividir e compartilhar os brinquedos em companhia de outras crianças. A curiosidade já não é apenas em seu ambiente imediato (pais, irmãos, quarto, sala...) e é ampliada para o ambiente mais amplo e fora do familiar (parque, creche, priminhos...). Lá perto dos quatro anos de idade as crianças possuem movimentos corporais mais coordenados, conseguem correr e desacelerar, praticam brincadeiras com esses movimentos principalmente o de pular com os dois pés. Pulam corda amarrada na cadeira, correm até determinado local e param de uma vez e vão de um canto a outro repetidamente. Têm interesse em nomear as cores, são interessadas por animais e coisas da natureza e adoram os zoológicos, os sítios e as fazendas. Elas brincam com as outras e dividem os brinquedos, porém ainda não se organizam para obter um objetivo em comum — não adianta brincar com jogos de regras simples com objetivo de ganhar, nessa fase, estão mais preocupadas nos outros. Imitam, observam, falam sobre a ação dos colegas.
- As crianças de 4-5 anos gostam de quebra-cabeça, são capazes de montar um jogo de até dez peças, fazem desenhos específicos, adoram comparar seus trabalhos com os dos colegas e gostam de ter os desenhos expostos, brincam com grupos organizados de até três crianças para atingir o mesmo objetivo. Na brincadeira de faz de conta assumem papéis diversificados. As crianças dessa idade ainda possuem dificuldades em aceitar perder e assim não são recomendadas as competições. Dessa forma, recomendamos os jogos cooperativos, pois, nessa idade, elas são muito egocêntricas. Um jogo tipo dominó pode ser oferecido uma vez que elas já podem compreender suas regras simples. Porém, como elas não entendem os valores da competitividade, não devem ser determinados os vencidos e os vencedores. Elas, ao se sentirem fracassadas e frustradas, podem ter sua autoestima arranhada. Nessa fase, elas trazem para as brincadeiras a sua realidade. As crianças brincam imitando o cotidiano familiar, imitam os adultos que as cercam, suas falas, seus gestos.
- As crianças de 5-6 anos têm mais domínio do corpo e melhor coordenação de braços e pernas, ficam em pé de uma perna só, saltam, dão cambalhotas, pati-

nam, pulam alto e adoram velocípedes e bicicletas. Embora possam começar a se interessar pela tesoura, são mais recomendadas as brincadeiras de picotar com as pontinhas dos dedos. Isso trará benefícios para a pega-pinça muito útil para o manuseio do lápis. Os trabalhos manuais também são atividades lúdicas benéficas para o desenvolvimento motor fino, concentração, atenção, raciocínio lógico. O tricô de dedo e o alinhavo são práticas interessantes. É importante também que sejam lidos os contos de fadas, de preferência os dos irmãos Grimm (é interessante que sejam escolhidas as boas traduções dessas obras e os contos mais interessantes devem ser repassados para as crianças sem a dramatização que nós adultos impomos para o "lobo mau" e para as "bruxas"). Os contos têm a função mitológica, arquetípica, de trabalhar o inconsciente que produz muitos benefícios. A música, o canto e as brincadeiras de rodas devem ser estimulados. As atividades domésticas, tipo tirar uma mesa, ajudar na arrumação de uma gaveta, varrer e outras, são educativas e lúdicas. Além de promoverem valorização do trabalho do outro, ensinam a valorizar o seu próprio labor e a imitar algo positivo. Assim, estamos promovendo atividade física para as crianças que estão muito paradas e com o hábito de receber tudo na mão. As práticas da culinária são atividades interessantes, desde que bem orientadas, ensinam, inclusive, os rudimentos da matemática. A confecção de bolos, pizzas, pães e biscoitos ensinam a importância das rotinas, dos rituais, de copiar e de se preocupar com detalhes. Na construção dos desenhos, ficam atentas aos olhos, ao nariz, aos dedos, às unhas. Elas se interessam em tornar as brincadeiras mais próximas da vida real, observam os acessórios, as marionetes e os trajes importantes para dar ênfase às histórias. As crianças dessa faixa etária se organizam para brincar com jogos de regras mais complexas e iniciam a compreensão do ganhar e perder; quanto mais estimularmos jogos cooperativos, ainda nessa idade, teremos crianças com menos "ranhuras". Elas ainda não têm maturidade para as perdas;

- As crianças de 7 anos têm a coordenação dos braços e das pernas bem desenvolvida, andam como os adultos, correm, pulam de um pé só, são capazes de realizar a prova de colocar, de olhos fechados, o dedo na ponta do nariz e de executar rápida e alternadamente movimentos opostos, como mudar rapidamente a posição da mão para cima e para baixo. Têm a coordenação motora fina bem desenvolvida, sendo capazes de coordenar o movimento fino das mãos. Elas se interessam por jogos com regras e competitividade. Durante o brincar permanecem por maior tempo participando da mesma brincadeira. Não é recomendável estimular a competição muito cedo. Aos 7 anos, ainda é mais significativo estimular a cooperação, lá pelos 9 é que se percebe um comportamento mais "amadurecido" para a competição. Com 10 anos, é perceptível essa necessidade de competir para ganhar. O estímulo exagerado para a competição, que está sendo observado muito cedo na vida da criançada, pode ter relação com o desenvolvimento de comportamentos egoístas.

E NAS OUTRAS IDADES? E NA ADOLESCÊNCIA?

As práticas esportivas — natação, judô, capoeira, futebol de campo e de quadra, vôlei, basquete, tênis de quadra ou de mesa e outras — devem ser estimuladas. O ideal é que todas as crianças frequentem escolinhas de esportes para que os valores esportivos, sociais e humanitários sejam estimulados. Nesses locais, as crianças e os adolescentes podem, além da prática esportiva, brincar, se divertir, conhecer e interagir com colegas. Montar quebra-cabeças mais elaborados e participar de jogos que exigem raciocínio (dama, xadrez e outros) são práticas saudáveis. O comparecimento aos parques e praças e o envolvimento com brincadeiras que exigem movimento grupal (pelada de futebol, amarelinha, esconde-esconde e outros) são sempre extremamente agradáveis.

PODEMOS BRINCAR JOGANDO A CRIANÇA PARA O ALTO E APÓS ALGUNS CENTÍMETROS DE QUEDA LIVRE PEGÁ-LA?

Para começar, recomendamos que vocês leiam na Internet alguns textos sobre a síndrome do bebê sacudido que pode causar problemas cerebrais graves. O quadro é produzido por adultos que agridem as crianças sacudindo-as violentamente. Essa condição é cercada por choro e sofrimento. Então, isso faz parte da síndrome da criança espancada. É diferente do que está sendo perguntado. O que a pergunta pretende discutir é a brincadeira que os adultos fazem jogando as crianças para cima, uma ou mais vezes, e as pegando centímetros abaixo. Isso não causa dor, nem sofrimento. Causa sorrisos e alegrias. Essas brincadeiras elas ativam o sistema vestibular, importantes para o desenvolvimento psicomotor de toda criança. E não há indícios científicos de que a brincadeira cause problemas para as crianças. Mas há sempre o risco de acidentes, quedas, que podem ser evitados não praticando a brincadeira.

E GATOS, CACHORROS, PEIXES E OUTROS ANIMAIS NA CASA?

Os animais domésticos distraem e estimulam as crianças. Os animais as alegram, reduzem as suas horas ociosas, ajudam a tirá-las da frente da TV, aceleram o seu desenvolvimento motor, as obrigam a ter responsabilidade como a de alimentar os peixinhos, e as auxiliam a tocar a vida. Evidentemente, os melhores animais para ter em casa são os que não agridem. Assim, os peixinhos são imbatíveis. Eles não têm defeitos, não latem, não criam desordem e são muito educados. Quem opta por ter cão ou gato em casa deve avaliar a potencial agressividade desses animais e sobre a provável necessidade de vacinar as crianças contra a raiva quando forem mordidas por um deles. Também nos lembramos da extraordinária experiência sensorial que é o convívio com animais em granjas e fazendas, nos zoológicos e nos hotéis-fazendas. A vivência do montar a cavalo, desde que tomados os cuidados para evitar os acidentes, é inesquecível. É sempre importante lembrar que alguns animais de pelo e pena podem agravar a doença de crianças alérgicas.

O CONVÍVIO COM OUTRAS CRIANÇAS É TALVEZ A MAIS GOSTOSA E RICA DAS BRINCADEIRAS, NÃO É?

Seguramente, o brinquedo mais importante e a brincadeira mais fantástica para as crianças são as outras crianças. O principal brinquedo para uma criança não é encontrado numa loja. É outra criança. E criança rola, pega e disputa os objetos, emite sons, chora, faz movimentos de todo tipo, corre, anda, joga bola, faz o inesperado, brinca de boneca e faz mais um montão de outras coisas como fonte de alegria, prazer e estímulo. Desde muito cedo, as crianças devem conviver com outras. Quanto mais, melhor.

GOSTARÍAMOS DE OUVIR MAIS SOBRE ISSO.

Aí vão algumas informações sobre a relação entre as crianças:

- Antes de 1 ano, os bebês aprendem, por meio do conhecimento e da vivência do próprio corpo. Numa creche, as crianças de até 1 ano buscam os outros bebês, mas estão interessadas nos brinquedos ou nos outros objetos que esses últimos estão usando.
- A partir dos 2 anos, as crianças necessitam conviver com outras da mesma idade até mesmo para vê-las. Elas, no princípio, imitam os adultos e, em seguida, seus pares. Convivendo com os coleguinhas, elas se movimentam melhor, se desenvolvem mais rapidamente, se defendem mais prontamente, inventam brincadeiras mais precocemente, aprendem mais coisas, desenvolvem a fala mais rapidamente e tendem a se socializar de forma mais adequada.
- A partir dos 3 anos, elas iniciam a interação, o brincar com as outras. Nessa fase, as brincadeiras se tornam mais produtivas, pois a interação que gera um pouco de competição é altamente estimulante.
- Na adolescência, a competição é um grande motivador de qualquer brincadeira e, no caso de jogos de conhecimentos gerais, ganhar de um adulto é extremamente gratificante e motivador.
- Isso foi mais uma vez ressaltado para mostrar que as crianças nas diversas idades são diferentes na sua vida interior e na sua relação com o mundo e com as outras crianças. Quando muito jovens, elas têm dificuldade para a socialização. Assim, as crianças de 3 anos se comportam como se tudo fosse a continuidade delas e, emocionalmente, têm que ser vistas dentro de um universo menor, mas, mesmo nessa idade, a noção de que as crianças são as principais fontes de estímulo para as outras continua válida.

E AS BRINCADEIRAS NAS PRAÇAS, PARQUES, PRAIAS, FAZENDAS?

As brincadeiras nas praças e em outros ambientes externos são fundamentais. As crianças nas praças, parques, praias e fazendas têm contato com coisas — areia, terra, água do mar, sons, balanço, túnel, girador, escorregador e outros — que a casa não ofe-

rece. O contato com diferentes texturas é importante estímulo tátil. As crianças de 10 meses de idade necessitam desses estímulos, principalmente na região plantar, preparando-as para a postura de pé e, posteriormente, o andar. O túnel é importante para organização, orientação espacial e conhecimento do próprio corpo no espaço. Quem nunca brincou no girador de olhos fechados simplesmente para sair dele e perceber que tudo fica girando? Essa sensação desenvolve o sistema vestibular que é importante para o desenvolvimento psicomotor de qualquer criança. O sistema vestibular fica situado no ouvido interno, tem como função coordenar os movimentos dos olhos, manter a posição da cabeça e corpo no espaço e de mover as partes do corpo. O sistema sente a direção da gravidade e do movimento, o que permite com que o corpo ajuste sua posição para manter o equilíbrio e a suavidade da ação.

As crianças de 3, 4, 5 anos necessitam brincar de ficar em um pé só, o que favorece enormemente o desenvolvimento do andar e do correr. O brincar de pular corda é outra atividade importantíssima por permitir a associação dos movimentos dos braços e das pernas e ativar o sistema vestibular

Além disso, as brincadeiras fora de casa permitem que elas explorem outros ambientes e facilitam o encontro com colegas. A socialização e o convívio com as outras crianças devem acontecer desde muito cedo. As crianças de 1 ano de idade não brincam com os coleguinhas como as de quatro anos fazem, contudo, devem ser expostas aos da sua idade e mesmo a crianças um pouquinho maiores, para facilitar a vida em comum. Vale ressaltar, mais uma vez, que as crianças de 1 ano não brincam com as outras. Elas brincam ao lado das outras, cada qual com seu brinquedo. Aos 4 anos interagem com as outras.

QUAL A POSIÇÃO DE VOCÊS SOBRE OS JOGOS NA TV, NO COMPUTADOR, NO TABLET E NO CELULAR?

Nossa opinião é que brincar com os joguinhos na televisão, no computador e nas outras telinhas eletrônicas não deve ser estimulado. Opinamos, inclusive, que deve ser desestimulado, que deve haver controle sobre o uso dos jogos eletrônicos com suas guerras, corridas de carro e competições repetitivas e monótonas. Quando falamos em certo controle, admitimos que a criançada deve ter contato com o mundo dos eletrônicos e que os joguinhos no computador podem inclusive servir de iniciação a essa ferramenta essencial dos nossos tempos. As crianças trocam ideias sobre o que fazem e aquelas que não conhecem um pouquinho dos jogos eletrônicos podem se sentir excluídas das conversas com os amiguinhos. Mas permitir que as crianças e os adolescentes passem horas praticando corridas de carro, ataque e defesa e outros jogos em casa ou nos famosos game stations, barulhentos e aparentemente neurotizantes, não é recomendável. Um dos aspectos mais criticados desses jogos eletrônicos é que eles impedem a livre busca por atividades lúdicas, dificultam o exercício da criatividade, favorecem o imobilismo, estimulam o consumo dos fast-food, favorecem o desenvolvimento da obesidade e atrapalham a socialização. Esses jogos são apenas criança e máquina, nada mais. Outro aspecto que chama a

atenção é que o tamanho das telas de alguns aparelhos que as crianças brincam (videogames e telefone celular) são pequenas o que provoca um esforço visual intenso e contínuo, o que pode causar cefaleia e prejuízo visual.

EXISTEM PREJUÍZOS VISUAIS PARA A TURMINHA MUITO LIGADA NA TELONA E NAS TELINHAS?

O uso exagerado das telas de TV e de computador cobra dos nossos olhos o que eles não estão preparados para oferecer. Surgem problemas conhecidos como síndrome visual do usuário de computador ou fadiga visual que pode atingir de 70 a 90% dos que ficam muitas horas por dia na frente da tela. Eles podem apresentar dor de cabeça, olhos vermelhos, lacrimejamento em excesso ou olhos secos, sonolência e "vista cansada". Pesquisa recente mostrou que os que usam o computador mais de doze horas por dia têm aumento da dor de cabeça, olho seco e miopia. Estejam seguros que o excesso de horas na frente do computador ou das telas dos brinquedos eletrônicos é maléfico para a visão e que são comuns o desencadeamento da miopia transitória nas crianças e a vista cansada (presbiopia) nos adultos.

E O USO DA TV COMO DISTRAÇÃO?

Neste livro, temos um capítulo sobre o assunto.

QUAIS OS RISCOS DOS BRINQUEDOS E DAS BRINCADEIRAS?

Todos os brinquedos e todas as brincadeiras oferecem riscos. Quem adquire brinquedos deve verificar suas propriedades (cor, forma, tamanho, peso, textura e temperatura) e deve responder a algumas questões básicas: o que é o brinquedo? Para quem ele se destina? Quando ele deve ser oferecido? Como oferecer? Vamos dar alguns exemplos. Uma criança de 8 meses deve brincar com objetos pequenos para trabalhar a coordenação motora fina, mas é preciso que um cuidador esteja supervisionando, pois ela pode tentar engolir o brinquedo ou parte dele e engasgar-se. Reforçamos o que foi dito antes quando citamos que nos pequenos são preferíveis os brinquedos grandes que poderão ser apreendidos por toda a mão e estimularão mais os músculos, o tato e a visão. Uma criança mais velha que está andando de bicicleta, skate ou patins deve estar devidamente protegida (cabeça, joelhos, cotovelos) para minimizar os traumas das quedas, além de praticar a brincadeira em locais apropriados, longe do tráfego de carros. A que não sabe nadar e vai passar um fim de semana numa granja que dispõe de piscina deve ser muito bem vigiada para evitar o terrível acidente que todos conhecemos. Quem leva um menino para um parque público para brincar nos balanços e escorregadores deve verificar o estado dos brinquedos. Deve olhar, por exemplo, se não existem objetos cortantes nos escorregadores e deve verificar o estado das correntes dos balanços. O adolescente que vai numa fazenda e vai experimentar andar a cavalo deve estar protegido com o

capacete especial, pois as quedas tendem a produzir graves lesões cerebrais. Quem acompanha as crianças e adolescentes em suas brincadeiras, no seu lazer, deve estar sempre pensando nos possíveis acidentes causados pelas brincadeiras e pelos brinquedos e deve estar atento para evitá-los.

COMO ESTIMULAR A CRIATIVIDADE? QUAL O PAPEL DAS ESCOLINHAS DE ARTE?

Infelizmente, as crianças das cidades são pouco estimuladas a inventar seus brinquedos, a fazer suas pernas de pau, a construir seus carrinhos por mais toscos que sejam, a fazer uma bonequinha ou uma bola de meia. Os brinquedos são quase todos comprados prontos. Existem materiais didáticos que orientam os familiares a estimularem seus filhos a construir brinquedos simples e a participar de brincadeiras antigas e tradicionais (passar o anel, amarelinha, pião, bola de gude, pular corda, esconde-esconde e outras). Nesse contexto, as escolinhas de arte são um achado, pois estimulam as crianças a modelarem no barro, a fazer colagens, a construir figuras e brinquedos. É importantíssimo saber que os familiares são essenciais no desenvolvimento da arte de brincar. As crianças pequenas imitam o que os adultos fazem. Se as mães ou os pais procuram desenvolver suas habilidades para a confecção de dobraduras, trabalhos manuais para confecção de brinquedos como bolas de meia, de crochê, bonecas de pano, cavalos de pau, as cinco marias, entre outras, as crianças valorizarão mais os brinquedos que fazem. As bonecas sempre tiveram lugar especial na infância. O cuidar das bonecas é a resposta natural que as crianças dão àquilo que receberam. Bonecas e bonecos não precisam ser confeccionados de forma rebuscada.

QUAL O PAPEL DOS CUIDADORES?

Os familiares e os outros cuidadores devem criar oportunidades para que as crianças brinquem, explorem os objetos e o meio ambiente. Devem também ser estimuladores e mediadores das brincadeiras. É comum encontrarmos familiares, cuidadores que encaixam os blocos pelas crianças, que fazem por elas, não permitindo que errem e tentem novamente. A tentativa e o erro no brincar é a maneira de descobrir a forma correta. O familiar mediador da brincadeira deve ser orientado pelo terapeuta ocupacional para discernir o exato momento de ajudar a criança a executar a atividade, para que ela não se frustre, por não conseguir.

COMO LUTAR CONTRA O EXCESSO DE BRINQUEDOS PRONTOS?

É complicado dar presentes e não estimular o consumo nas crianças. A mídia transformou datas de grande significado, como o dia das crianças, em data para presentear. O verdadeiro significado que deveria ser o da confraternização onde predominassem o convívio, as brincadeiras e os jogos entre filhos e pais é pouco estimulado. O Instituto Alana: http://www.alana.org.br tem informações sobre como lidar com o assunto. Um dos aspectos lá destacados é o de reduzir o tempo de televisão da

meninada e uma medida importante é não permitir TV no quarto. Outros aspectos referidos são selecionar a qualidade das mensagens consumidas pelas crianças e participar com elas de conversas sobre o assunto.

QUAL A IMPORTÂNCIA DA PREMIAÇÃO NAS BRINCADEIRAS?

As crianças devem entender que a brincadeira, em si, é que é o grande presente. É a alegria de estar com os colegas, sorrindo, que é o maior valor a ser preservado. A competição e a premiação não devem ser estimuladas como se fossem o objetivo principal das brincadeiras. Não há malefícios em criar regras prévias que definam que quem chega primeiro ao obstáculo, ou quem dá o maior pulo, ou quem acha a "prenda" que está escondida receba presentinhos simbólicos. É importante que as regras sejam respeitadas pelos "competidores" e que o "juiz" as cumpra fielmente. Servem de ensinamento sobre a importância da obediência ao que foi antecipadamente definido.

O QUE ACHAM DAS VISITAS AOS MUSEUS, PARQUES TEMÁTICOS, PRAÇAS E MONUMENTOS, ZOOLÓGICOS, JARDINS BOTÂNICOS?

Evidentemente, são atividades de grande interesse cultural e também representam atividade lúdica prazerosa que deve ser estimulada ao máximo. Dependendo da idade das crianças, há que se oferecer informações sobre o que representa o monumento visitado, o que representa o jardim botânico, qual a importância do zoológico e assim por diante.

E AS BRINCADEIRAS PARA AS CRIANÇAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS?

Elas têm o direito de brincar, se alegrar, serem felizes, conviverem com outras crianças e montarem seu patrimônio de experiências. Elas devem ser expostas ao máximo de atividades lúdicas, sem superproteção, medos ou limitações exageradas. Há crianças com necessidades especiais que precisam que a equipe profissional que as assiste e os terapeutas ocupacionais definam quais atividades são permitidas e produtivas face às condições existentes.

QUAL A IMPORTÂNCIA DAS BRINCADEIRAS NA RECUPERAÇÃO DA SAÚDE?

Sabemos que a internação hospitalar é uma experiência desagradável e traumatizante, principalmente, nas crianças. As crianças internadas nos hospitais, sobretudo quando estão no curso de problemas agudos, são subitamente retiradas da sua rotina, do seu dia a dia, e seu ambiente corriqueiro é intensamente modificado. Vejam se vocês conseguem perceber o que se passa na cabeça das crianças que imaginam, a todo instante, que a porta do quarto se abre é para a entrada de pessoas que vão agredir seu corpo. Acreditamos que todos ainda estão marcados pelo filme Doutores

da alegria e por muitas reportagens que citam a importância das “brinquedotecas” e do estabelecimento de uma estratégia que permita que as crianças brinquem enquanto estão internadas. A alegria é um bálsamo para a alma, da criança e do adulto, e melhora o funcionamento de todos os órgãos corporais, inclusive melhora a imunidade, facilitando a recuperação. As brincadeiras no ambiente hospitalar fornecem às crianças momentos agradáveis e conhecidos. Os brinquedos trazidos de casa fazem com que elas resgatem um pouco de sua rotina antes do internamento. Brincar no hospital traz um momento prazeroso e saudável. Os brinquedos trazidos de casa são os mais indicados para bebês que levam tudo à boca. Sugerimos que sejam laváveis. Devem ser evitados brinquedos como ursinho de pelúcia, por exemplo. O contar histórias, a depender da idade, é uma boa pedida. Ler um bom livro, entoar cantos e cantigas que se reportam a uma fase feliz e tranquila ajudam. A montagem de quebra-cabeças e a prática de jogos lúdicos também são úteis. Evidentemente, tudo vai depender da idade e das circunstâncias para que se possa escolher o procedimento lúdico mais adequado a cada situação. Os terapeutas ocupacionais, que alguns hospitais têm em seus quadros, são uma resposta prática à agressão da internação. Eles podem fazer com que as crianças entendam que as furadas, todos os procedimentos médicos e da enfermagem são necessários para a cura. Brincar de médico e paciente, de enfermeira e paciente, de fazer comidinhas para as crianças que não querem comer, praticar jogos competitivos fazendo com que elas ganhem, ajudam na recuperação. Os terapeutas ocupacionais ajudam os outros profissionais da área da saúde a avaliar a escala da dor e a adotar medidas apropriadas quando o quadro doloroso é significativo.

7.1 BRINCANDO COM ARTE E TORNANDO-SE ARTISTA: UMA ALTERNATIVA AO INTENSO MUNDO DIGITAL

Ana Dulce Sales
Andreia Yuriko Obana de Andrade Lima
Constantino Giovani Braga Cartaxo
Janise Araujo de Paiva
Maria Luisa Antunes Nunes
Otelo Schwambach Ferreira
Paola Battaglio Aldeman Dias Fonseca

A arte está presente no cotidiano das crianças de todas as idades através da música, da dança, do teatro, da literatura e suas ilustrações, dos vídeos e outros suportes artísticos que enriquecem o universo do desenvolvimento infantil. As crianças podem ter contato com a arte pela contemplação (ouvir, assistir, ler etc.) ou pela produção (cantar, desenhar, filmar etc.) e com esse contato artístico elas desenvolvem a aprendizagem, habilidades rítmicas, motoras e cognitivas, a capacidade de concen-

tração e memorização, a sociabilidade, a atenção, a expressão verbal e não verbal de suas características e sentimentos, além disso experimentam elementos da vida adulta relacionados às profissões artísticas, como em diversas outras brincadeiras.

A produção e contemplação artísticas são atividades que exigem atenção, criatividade e a habilidade de estar no tempo presente interagindo com o objeto artístico e com os materiais com os quais se produz arte. Atividades como aprender a tocar um instrumento ou aprimorar uma técnica de pintura demandam disciplina e concentração, o que está na contramão do excesso de estímulos videográficos rápidos e repetitivos oferecidos às crianças em redes sociais como tiktok, kwai, instagram, youtube shorts e outras redes e plataformas digitais que estão cada vez mais presentes no cotidiano.

As redes sociais citadas são abertas a produção de vídeo de usuários profissionais e amadores, o que não é totalmente negativo, pois nos dias atuais muitas pessoas com deficiência, pertencentes a minorias religiosas e raciais, fora dos padrões de beleza tradicionais e outras, podem expressar-se gerando um conteúdo que contempla uma maior diversidade de maneiras de ser e estar no mundo. As pessoas que consomem esse conteúdo podem desenvolver empatia e aceitação por causas e temas que antes eram invisibilizados, além disso têm a possibilidade de desenvolver-se de maneira mais autêntica diante de referências mais diversas e múltiplas. Mas os benefícios que as redes sociais trazem podem ser pouco vantajosos diante dos malefícios que as plataformas podem gerar. Além de haver pouca regulação do conteúdo podendo expor as crianças e adolescentes a vídeos sexistas, mentirosos, que promovem sexualização precoce, que incentivam a intolerância, que geram exposição excessiva de menores de idade e impõe padrões de beleza e cuidados inalcançáveis a pessoas comuns, a própria dinâmica dessas plataformas traz um excesso de informações e estímulos que podem promover alterações na capacidade de concentração de seus usuários, principalmente de crianças, com o cérebro ainda em desenvolvimento, além de gerar um espectador apático e viciado que dedica mais do seu tempo para o mundo virtual do que para as atividades lúdicas e pedagógicas do seu dia a dia.

O fazer artístico e a produção de conteúdo em vídeo para a internet têm um ponto em comum: são expressões que não estão dirigidas a um interlocutor específico e sim a qualquer um que seja alcançado pelo objeto expressivo, por isso estão focadas na pessoa que se expressa. Mas o conteúdo videográfico na rede social recebe o feedback de outros usuários através de reações negativas, positivas e comentários que podem fortalecer a autoestima ou colocar a criança e o adolescente em contato com críticas e ofensas que não estão psicologicamente preparados para receber. As pessoas, através de perfis e avatares, podem tornam-se muito mais violentas e ofensivas em suas opiniões do que seriam na vida real diante de pessoas que estão fisicamente presentes. Crianças e adolescentes que fazem uso excessivo de redes sociais podem desenvolver o hábito de validar a expressão de seus sentimentos apenas pela quantidade de retornos virtuais (como views e likes) positivos que sua expressão alcança e consegue, o que pode ser prejudicial para autoestima e gerar ansiedade.

A produção artística é livre e respeita a fase de desenvolvimento da criança e do adolescente, um bebê cantando e batendo palmas está fazendo e usufruindo do prazer da música assim como um pianista experiente que executa uma peça de Chopin, mas ambos estão em níveis de aprendizado diferentes. Para realizar atividades artísticas e expressivas de maneira mais clara e satisfatória para o artista, é preciso aprimorar técnicas através do ensaio, da repetição, da persistência, da paciência e da disciplina, que são capacidades necessárias para o fazer artístico, mas que também podem ser muito benéficas para outras áreas da vida. O desenvolvimento de uma técnica requer tempo e concentração, tempo esse que poderia ser gasto com as redes sociais e concentração essa que poderia ser enfraquecida pelo contato excessivo com vídeos breves e repetitivos nas plataformas. Portanto atividades com artes podem ser uma excelente alternativa ao uso de telas com crianças e adolescentes.

Cada suporte artístico pode desenvolver diferentes talentos e capacidades.

- **Música:** concentração, persistência, disciplina, desenvolvimento motor, ampliação da linguagem através do aprendizado da leitura de partituras e outras notações musicais, expressão não verbal.
- **Teatro:** sociabilidade, criatividade em grupo, controle da frustração por criar algo que contemple a vontade de um grupo diante das vontades pessoais, interpretação profunda de textos, empatia.
- **Dança:** capacidades motoras, sociabilidade, expressão não verbal, autoestima, criatividade, consciência corporal.
- **Artes plásticas:** controle da frustração por não ser capaz de executar uma obra exatamente como gostaria ou imagina, senso estético, persistência, expressão visual, criatividade, espacialidade.

Todos os suportes artísticos têm potencial terapêutico (arteterapia, musicoterapia, oficina terapêutica de dança e teatro e etc.) desenvolvem a autoexpressão e, ao contrário da produção de conteúdo nas redes sociais, protegem a intimidade e a autoestima do artista uma vez que o que é contemplado, analisado e avaliado é a obra de arte e não o autor.

ATENÇÃO:

Crianças e adolescentes não devem ser obrigados a desenvolver atividades artísticas. Há muitos pequenos que preferem esportes, números e outras atividades que são igualmente benéficas. O fazer artístico é complexo e exige dedicação, não deve ser feito de maneira forçada.

Redes sociais e plataformas de vídeos devem ser evitadas, mas os pais e mães não devem se sentir culpados por usar esses recursos para distrair seus filhos de vez em quando. Adultos com filhos costumam ser sobrecarregados pelo trabalho dentro e fora de casa. Eles precisam que seus filhos estejam distraídos e seguros para que reservem um pouco de tempo para si mesmos e para o autocuidado. O

Brasil é um país com um número gigantesco de mães solo que cuidam de seus filhos sem nenhum apoio e julgar essas mulheres, física e emocionalmente sobrecarregadas, por dar uma chupeta aos seus bebês ou por usar uma tela com crianças é falta de empatia.

Plataformas de vídeo e redes sociais fazem parte do cotidiano dos adolescentes e uma parte importante de sua sociabilidade desenvolve-se por esses meios de forma inexorável, irreversível e inevitável. Não se deve excluir o adolescente das redes sociais, mas pode-se controlar o tempo de exposição e oferecer alternativas ao uso do universo digital.

7.2 OPINIÕES DE CUIDADORES

OPINIÕES SOBRE A BRINCADEIRA DE JOGAR A CRIANÇA PARA O ALTO

I "Eu acho essa prática uma temeridade, até pelo perigo de o bebê 'escapulir' das mãos dos pais e ir parar no chão."

II "Achei a resposta boa e esclarecedora."

III "Eu mesmo fiz diversas vezes com meu filho a brincadeira citada. Arranquei inúmeros sorrisos nesta idade entre 1 ano e os quase 3 atuais. Acredito que antes de 1 ano, a criança ainda não é firme para tentar esta brincadeira, mas depois desta fase é brincar, sem excesso. O ideal, que é o que faço, é não largar a criança, acompanhar a trajetória da subida e descida segurando a mesma. Como se fosse uma gangorra."

IV "O tema em questão é altamente 'embananável'. Na resposta, vocês falam, falam, mas não se colocaram e eu entendo. Acho perigoso afirmar, como vocês citam que "causa sorrisos e alegrias". E não há indícios científicos de que cause problemas para as crianças. Não há indícios que cause, mas não há indícios que não cause. A afirmação do autor citado: Não importa se a sacudida é para brincar ou para dar uma bronca no filho que não para de chorar. O resultado é o mesmo: faz mal de um jeito ou de outro. Pensando nessa linha, como o cérebro vai discernir: esta sacudidela é do bem, aproveite ou eita, essa sacudida foi de uma crueldade... arquive e ela vai passar a fazer parte do mal. Entendem? Acho que vocês devem investigar mais sobre o fato de os cientistas divulgaram uma pesquisa que deram um nome à doença provocada por essa mania: Síndrome do Bebê Sacudido. Que cientistas são estes? Quais as evidências e confiabilidade dos resultados? Onde foram feitas? Em que condições? Só assim você terá segurança para aconselhar ou opinar. Eu, particularmente, também sacudi, mas concordo com o autor. Não deve ser nada agradável para a pobre criança, nem

essas sacudidas nem outras coisas que os adultos fazem. Eu costumo dizer que os bebês devem nos achar babacas e chatos."

V "Aproveito o tema para sugerir que sejam abordadas as práticas de balançar a criança para ela dormir, balançar o bumbum do bebê no berço ou dar aquelas leves tapinhas no bumbum. As minhas crianças já não estão mais nessa fase, mas enquanto bebês, eu morria de medo de as babás os 'sacudirem', procurava sempre um balanço levinho, devagar, tipo apenas caminhar devagarinho com o bebê no colo. Certa vez, vi na televisão uma reportagem sobre uma invenção japonesa, eu acho, que era uma cadeira com mola que fazia um movimento vertical. A justificativa era que o balanço do bebê na vertical fazia mal para o cérebro, mas na horizontal não. Temos que aceitar um fato: os bebês adoram um balancinho."

VI "É difícil dar uma resposta adequada à pergunta feita, pois, como em tantos outros casos, a ação exige bom senso. E nem todos sabem agir adequadamente. Fiz essa 'brincadeira' com minhas duas filhas sem imaginar que pudesse prejudicá-las de alguma forma. Talvez possa acrescentar, em sua resposta, alguma reflexão como a que foi feita abaixo quanto a não exposição das crianças a germes, o que as deixa indefesas. Podemos cair na mesma armadilha se afirmarmos que tais brincadeiras com as crianças não devem ser feitas de forma alguma e as prejudicarmos de outra forma, com a perda dos momentos deliciosos com seus pais, a espontaneidade das risadas e, acredito, que deva contribuir para o seu desenvolvimento emocional."

VII "Não tenho uma opinião formada sobre o assunto e confesso que fico insegura e nervosa quando vejo este tipo de brincadeira. Ao meu ver, algumas crianças parecem se divertir, outras não, demonstrando estar assustadas e temerosas. Como mãe não sou a favor desse tipo de brincadeira."

OPINIÃO SOBRE O ANDA-JÁ

"Nunca ofereci o anda-já aos meus dois filhos porque sempre achei que eu poderia estar favorecendo um duplo aprendizado. Um com o apoio do equipamento e outro sem ele. Sempre achei que o primeiro não faz parte da natureza, tornando-se um aprendizado falso e absolutamente dispensável."

OPINIÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DOS ANIMAIS?

"Meu filho resolveu andar de verdade quando o estimulei a correr atrás das gatas da minha mãe. Acho que, para algumas crianças, esse objetivo a alcançar é importante para criarem coragem e darem os primeiros passos sozinhas."

OPINIÃO SOBRE O QUEBRA-CABEÇA

"A faixa etária em que as crianças começam a se interessar por esse brinquedo é a partir dos 3 anos. Observei isso nos meus filhos e nas crianças da escola. Meu filho, que completará 5 anos em março de 2010, já monta quebra-cabeças com mais de 25 peças. Minha filha, que completará 3 anos em novembro de 2009, monta quebra-cabeças com mais de 12 peças. Ambos brincam com jogos com regras simples em que há objetivo de ganhar e perder e demonstram conhecimento seguro das regras, embora, às vezes, quando estão perdendo queiram "trapacear", tipo jogar duas vezes seguidas. Há jogos adequados para essa faixa etária disponíveis no mercado enfatizando o conhecimento de cores, números, coordenação motora (equilíbrio), contagem, e as regras envolvem estes elementos."

SOBRE O BRINCAR SOZINHO

"Acho interessante ressaltar a importância de toda criança aprender a brincar sozinha. Eu, que sou psicóloga, tenho recebido alguns pais que se queixam da preferência do filho por brincar sozinho. Isso em si não é problema. Todo ser humano terá ao longo da vida momentos de solidão que devem ser vivenciados de forma absolutamente tranquila. E isso começa na infância. Portanto, brincar sozinho não é problema. Ao contrário, é muito saudável e estruturante, desde que não seja uma escolha exclusiva. Ou seja, o que pode preocupar é o fato de a criança brincar sempre sozinha, de nunca se associar a outras, de não ter interesse comum. Isso pode lembrar autismo e outros problemas

É importante salientar também que o ato de brincar não deveria ser unicamente das crianças. Deveria estender-se até a vida adulta como um dos raros momentos em que o ser humano consegue ser verdadeiro e livre para se expressar. Crianças e adultos quando brincam recriam a si mesmos e o mundo, dando aos objetos novas formas.

Quando os pais me questionam sobre qual o melhor tipo de brinquedo a dar a seus filhos, costumo responder que deem a si mesmos como parceiros em uma aventura lúdica. Isso aproxima pais e filhos, fortalece a relação, faz bem a ambos e não pesa nada no bolso.

Brincadeira é saúde. A ausência do brincar é indicativo de que algo não vai bem. É importante que os pais fiquem atentos às brincadeiras de seus filhos e que não os inibam priorizando a organização, a limpeza ou uma acelerada aquisição de comportamentos desejáveis."

ARTES E BRINCADEIRAS

"Meu filho de dois anos adora desenhar com lápis de cera em grandes folhas de papel. Ele também adora brincar com massinha de modelar e tocar piano ou flauta. E acho que tudo isso é muito bom para ele. Tento estimular o gosto pela música e sempre coloco algo apropriado para a idade que ele tem."

OS JOGOS ELETRÔNICOS E A TV

I "Minha contribuição vai mais no sentido dos jogos eletrônicos, tipo videogames. Concordo com a abordagem feita de não estímulo a esses jogos. Porém, eles são uma realidade e não se pode negar que estarão mais e mais presentes na vida das famílias no futuro. Ao invés de "condenar" uma prática convencional de qualquer profissional quando consultado, seria muito bom orientar os pais em como administrar e conviver com esse tipo de brinquedo. Além disso, jogos eletrônicos como o Nintendo Wii (interativo e com muito movimento), por exemplo, podem ser sugeridos como substituição aos jogos convencionais e que favorecem o imobilismo. Não sou um expert no assunto e acredito que alguém poderia explorar mais sobre ele. Sei é que tenho me divertido muito e interagido bastante com meu filho nas noites durante a semana, brincando com jogos interativos. Durante o dia, por sermos privilegiados e morarmos num condomínio com muita área verde e de lazer, o mundo eletrônico fica automaticamente de lado. Caso isso não fosse natural, a definição dos limites seria fundamental."

II "Eu, como avó de um garoto de um ano e poucos meses de idade, percebo que ele demonstra grande interesse em ouvir músicas infantis educativas. Na consulta de dois meses, o pediatra mandou escutar canções com temas para crianças. Desde muito cedo, ele presta muita atenção aos palhaços Patati Patatá, a Xuxa etc., e hoje, apenas com um ano e quatro meses, ele já imita os movimentos de dança das crianças. Gostaria de saber se esse hábito de ouvir música é bom ou ruim, pois às vezes sinto que ele sente falta e manda ligar a TV. Creio ser importante abordar o tema."

O QUE VOCÊS, MÉDICOS, ACHAM DESSAS DUAS OPINIÕES?

A TV, o computador, celular e outras maravilhas do moderno mundo digital, a internet, e seus recursos adicionais são uma realidade e não há como fugir deles. Quem não conviver com esses recursos tecnológicos, desde cedo, poderá estar em desvantagem para enfrentar os estudos, o trabalho e tudo o mais na vida. O importante é saber usar esses equipamentos. O importante é ter competência para dividir o tempo livre para o lazer entre as atividades ao ar livre, a prática de esportes, as brincadeiras criativas e as atividades na frente da TV ou do computador que também podem ser tarefas estimulantes. Tanto as atividades ao ar livre e as esportivas como

as na casa — computador — têm que ser administradas. O tipo de atividade física ao ar livre para uma criança de 1 ano é diferente daquela programada para uma de 5 anos. O mesmo ocorre com os filminhos musicados. Indicamos como referência o livro Meios Eletrônicos e educação, uma visão alternativa, da editora Escrituras, escrito por Valdemar W. Steger.

BRINCADEIRAS E ACIDENTES

"Creio que devemos levar em conta a possibilidade dos acidentes, mas nunca devemos proibir ou impedir que nossos filhos corram alguns riscos. Mamãe dizia que ela foi criada para ter medo de tudo e me criou assim também. Portanto, subir em um muro, numa árvore, era praticamente um suicídio. Acho que é bom deixar bem claro que devemos deixar os nossos 'medos' escondidos e estabelecer apenas um comportamento de acompanhar no sentido de prevenir um acidente de maior gravidade. Quebrar um braço ou uma perna não mata ninguém. A vida é um risco e a superproteção só faz aumentar a população dos covardes que passam toda a vida com medo de experimentar o novo. Pior, que isso não se restringe a brincadeiras apenas."

PRESENÇA DA CRIANÇA EM MUSEUS, CINEMAS, GALERIAS DE ARTE

"Acredito que levar uma criança muito pequena ao cinema só faz com que ela se irrite e cause aborrecimento aos demais espectadores. Creio que no caso de músicas, há de se respeitar os valores individuais, sem impor aos filhos o que os adultos acham que é o "melhor."

COMENTÁRIOS DA ESPECIALISTA EM TERAPIA OCUPACIONAL

"Ressalto que a brincadeira feito gangorra de levar a criança para cima e para baixo é sadia da forma colocada por esta mãe, nesta idade. A brincadeira favorece a ativação do sistema vestibular, a criança ela tem a experiência de manter a postura da cabeça e do corpo e mover os olhos mantendo o olhar, além disso o sistema sente a direção da gravidade e do movimento o que permite que o corpo ajuste sua posição para manter o equilíbrio e a suavidade da ação. Vale lembrar que a reação deste movimento, para cada criança, vai depender da forma que se encontra o seu sistema vestibular.

Crianças que têm alterações no sistema vestibular, que são muito sensíveis, ficam inseguras, têm muito medo, medo de elevador, evitam escadas seguram muito no corrimão, medo de parques como carrossel e balanços. Crianças pouco sensíveis geralmente buscam esses movimentos, adoram balanços, não ficam paradas, adoram ficar de cabeça para baixo penduradas no sofá. A criança ideal é aquela que aos sete anos aceita esses movimentos e, quando

necessário, se mantém atenta e concentrada nas atividades escolares, sem a necessidade de buscar esse movimento."

"Concordo com o uso do quebra cabeça nesta idade. O que estamos observando é que com a introdução das crianças nas escolas a partir de 1 ano e meio, as predispõe a brincar com o outro mais cedo, tendo que se socializar, interagir e compreender algumas regras mais cedo. A partir dos 3 anos a criança já consegue brincar com o outro, o que já inicia a compreensão de pequenas regras nas brincadeiras. Mas a ela ainda não está pronta para aceitar o ganhar e o perder, mesmo porque ainda está em desenvolvimento neurológico."

ALGUNS LIVROS QUE PODEM SER CONSULTADOS

BERKENBROCK, Volney J. **Brincadeiras e dinâmicas para grupos: diversões para dentro e fora de sala de aula, encontros de grupos, festas de família, reuniões de trabalho e muitas outras ocasiões**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

CLOUDER, Christopher; NICOL, Janni. **Brincadeiras criativas para o seu bebê.** São Paulo: Publifolha, 2008.

CUNHA, Nylse Helena Silva. **Criar para brincar: a sucata como recurso pedagógico. Atividade para a psicomotricidade**. São Paulo: Aquariana, 2005.

FRIEDMANN, Adriana. **Brincar, crescer e aprender: o resgate do jogo infantil.** São Paulo: Moderna, 1996.

MACHADO, Marina Marcondes. **O brinquedo-sucata e a criança: a importância do brincar, atividades e materiais.** São Paulo: Loyola, 1993.

MATURANA, Humberto; VERDEN-ZOLLER, **Gerda. Amar e brincar: fundamentos esquecidos do humano.** São Paulo: Palas Athena, 2014.

SANTOS, Santa Marli Pires dos. **Brinquedo e infância: um guia para pais e educadores em creche**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

ZATZ, Sylvia; ZATZ, André; BALABAN, **Sérgio. Brinca comigo!: tudo sobre o brincar e os brinquedos.** São Paulo: Marco Zero, 2006.

8 | ASPECTOS COMPORTAMENTAIS E EMOCIONAIS

Zaldo Rocha foi um pioneiro, participando do início dos estudos sobre a psiquiatria infantil no Brasil. Foi professor na sua área de atuação, nas décadas de 1960 a 1990, na UFPE e publicou vários livros sobre o assunto.

O texto transcrito no subcapítulo a seguir cumpre duas missões: continuar a divulgar as ideias do professor Zaldo e fazer um resgate histórico do texto escrito por ele em 1992. As suas ideias devem ser olhadas numa perspectiva temporal pois, desde 1992, 30 anos se passaram e o conhecimento científico andou. E como andou!

8.1 A IMPORTÂNCIA DO COMPORTAMENTO MATERNO NO DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DA CRIANÇA

Zaldo Rocha (in memorian)

O TRAUMATISMO DO NASCIMENTO

Antes de nascer, o feto encontra-se num estado de completa satisfação. Não sente fome, nem frio, nem calor, nem é incomodado por ruídos, luz ou sensações dolorosas. O processo do nascimento, que separa a criança da mãe, acarreta uma transformação súbita, brusca e radical nas condições da sua existência. Tudo lhe é estranho no novo ambiente em que tem de viver. Além de ser assaltado por múltiplos estímulos que lhe são desagradáveis, é obrigado a abandonar o parasitismo da vida fetal, onde nada lhe afetava, para assumir uma autonomia relativa no que tange a certas funções orgânicas, como a nutrição e a respiração. A tudo isso, o recém-nascido reage de um modo negativo, tentando fugir desse mundo novo e inóspito, procurando reaver a todo o custo o paraíso perdido da vida intrauterina.

A FUNÇÃO DA MÃE

Desvalido e indefeso, esse novo ser pereceria se abandonado à própria sorte. Ainda que, sob uma hipótese pouco provável, viesse a sobreviver, e progredisse fisicamente, seu desenvolvimento não ultrapassaria o nível da idiotia (deficiência mental profunda, onde sequer é observada a comunicação verbal). Mais do que

qualquer outra espécie, o ser humano precisa, nesse primeiro estágio da vida, de proteção e cuidados, que lhe são fornecidos, sobretudo, pela figura materna. Apenas assim pode ele vencer, um por um, todos os obstáculos encontrados no novo ambiente. Desse modo, pode cumprir, de forma harmoniosa, cada uma das etapas do desenvolvimento físico e mental. Por essa razão, é difícil até mesmo impossível, pronunciarmos a palavra mãe, ou simplesmente evocá-la, sem que experimentemos as implicações afetivas que em cada um de nós lhe estão profundamente ligadas. De um modo geral, os poetas e filósofos de todas as épocas e de todos os povos, têm enaltecido o amor materno com tal veneração e respeito que temos sido levados a encarar, desde a nossa mais remota infância, aquela que nos carregou em suas entranhas, deu-nos a luz e guiou-nos os primeiros passos, que o pequeno vocábulo acima referido, tão pequeno quanto sublime e significativamente grandioso, jamais poderia deixar de soar aos nossos ouvidos senão como se fosse o nome de algo sagrado ou semidivino!

Tais implicações afetivas por si só bastariam para impedir de nos referirmos ao papel da mãe na educação dos filhos, como a uma função puramente técnica. Assim, os conselhos e sugestões que vamos expor jamais poderiam dar bons resultados, sem que sejam antes integrados à singular cosmovisão de cada mãe que os acolhesse. Sem que antes sejam tocados pelo amor incondicional e genuíno que cada uma delas, no fundo do coração, experimenta e nutre para com cada um de seus filhos.

ATENÇÃO NECESSÁRIA

Costuma-se dizer que a criança de tenra idade recebe da mãe duas coisas que lhe são indispensáveis: leite e amor. Embora o primeiro desses dois termos tenha sido sempre levado em conta, o mesmo não acontece com o segundo, muitas vezes e ainda hoje, relegado a um plano secundário. São inúmeros os estudos e pesquisas empreendidos por vários autores. Todos eles concordam em apontar a enorme importância das primeiras relações, entre a criança e a mãe, nos estágios iniciais da vida. Criaram-se mesmo termos como “fome de afeto”, “carência afetiva” e outros para referir-se a esse tipo especial de inanição, cujos efeitos funestos sobre o psiquismo e o desenvolvimento seriam tanto mais graves quanto mais precoces e duradouros. O primeiro conselho que daríamos às mães seria, pois, o de atender, pronta e satisfatoriamente, todas as necessidades do bebê. Para isso, pelo menos no primeiro trimestre, a mãe deveria concentrar a maior parte de seus interesses nos cuidados e na assistência prestados a seu filho. A esse mister, deveria dar tempo integral e, na realização do mesmo, seria desejável que não só a criança, mas ela também experimentasse, sem nenhuma inibição, todo o prazer que aquele ato de amor lhe possa proporcionar. Amamentar, ou dar a mamadeira, dar o banho, trocar os panos molhados, acalentar, consolar e ninar, são atividades que deveriam ser cumpridas integralmente pela mãe. É difícil descrever, de modo fiel, os intercâmbios afetivos implícitos em cada uma dessas atividades, e o que podem as mesmas representar como fonte de bem-estar e como estímulo ao desenvolvimento mental do menor.

Para que a criança possa aceitar o meio exterior, para que possa adaptar-se ao novo ambiente, inicialmente inóspito, faz-se necessário que, pelo menos nesses primeiros meses, todas as suas necessidades sejam pronta e integralmente satisfeitas. E, para isso, é indispensável que a mãe esteja disponível, entre no ritmo de vida do filho, não permitindo que nada se interponha entre ambos. Somente então se poderia lançar mão de certas medidas disciplinares, como por exemplo, a periodicidade das mamadas (de três em três horas), a permanência no berço por períodos de tempo cada vez maiores, o afastamento progressivo da mãe (a que trabalha) até o retorno às atividades profissionais maternas.

AUTONOMIA INCIPIENTE

Além de propiciar ao filho o afeto indispensável à segurança emocional, compete à mãe respeitar e estimular sua incipiente e necessária autonomia. E este seria o segundo conselho que daríamos às mães. Vimos como, no período anterior, a criança conta com a mãe e a usa. Aqui, a mesma criança deve continuar contando com ela, mas deve deixar de usá-la.

Este novo período é muito mais difícil de ser atendido, pois enquanto lá as tendências ao amor, ao carinho e à ternura, tão comuns às mulheres em geral, constituem uma ajuda ao cumprimento do primeiro conselho, neste segundo, aquelas tendências são antes um obstáculo e devem ceder lugar a um comportamento mais racional, objetivo e disciplinado. Por isso, não se deveria nunca servir à criança naquilo que fosse capaz de realizar por si mesma, mas ajudá-la com estímulo afetuoso, a que o fizesse sozinha ou, quando menos, empregando de alguma maneira os seus próprios esforços. Assim, uma criança de 18 meses, que já é capaz de locomover-se sem auxílio algum, não deveria viver nos braços da genitora sob o pretexto de que pudesse vir a cair ou machucar-se. Sabemos da Psicologia Evolutiva que durante o segundo ano de vida predominam os interesses motores. As atividades suscitadas por estes interesses proporcionam à criança uma satisfação intensa cuja finalidade biológica é o treinamento da função em jogo, no caso, a função locomotora. Nada, portanto, mais errôneo e prejudicial do que privar o menor desse treinamento indispensável ou daquela satisfação que lhe é legítima e a que tem direito, sob a alegação, piegas e leviana, de que poderia vir a cair ou a contundir-se. A criança dessa idade deve, portanto, deslocar-se livremente, ainda que esteja sendo observada indiretamente. Se cai, e não houve ferimento ou o ferimento não foi grave, a conduta materna mais adequada será consolar o menor com palavras afetuosas que lhe deem segurança ou lhe façam ver que não está sozinho, convidando-o em seguida a levantar-se por conta própria, e, por si mesmo ir até ela que, sem mover-se de seu lugar, o acolheria de um modo afável e encorajador.

Esse mesmo conselho poderia ser extensivo a outros setores da atividade na infância. Assim, a mãe que ainda alimente o filho de três anos, levando-lhe a comida à boca, para que "não suje a toalha" ou "não demore demasiado", está agindo de modo superprotetor, pois lhe está servindo num mister que ele pode realizar por si próprio. Tal criança, assim acostumada, pode exigir posteriormente aquele comportamento

materno sob pena de não se alimentar. E aquela mãe assim o fazia para que ele não sujasse a mesa, fá-lo-á então para que ele "não fique tão magro" ou "não seja acometido de uma doença grave". Estas últimas palavras são de uma mãe aflita com a saúde de sua filha de nove anos, cuja alimentação ainda lhe era dada na boca.

Considerações análogas, ainda relacionadas com o nosso segundo conselho, também poderiam ser feitas sobre os hábitos de higiene. Conheci uma criança de 8 anos que, após a evacuação, ainda exigia que sua mãe a limpasse. Conheci uma outra que, em plena puberdade, e apesar de um alto quociente de inteligência, não era ainda capaz de banhar-se sozinha. Certamente, não se chegaria a esse estado de coisas se aquelas crianças, desde muito cedo, fossem, com estímulo afetuoso, iniciadas no treinamento dos referidos hábitos de higiene.

Outros pontos importantes poderiam também ser aqui comentados como o vestir-se por si mesmo, o dormir na cama do casal, a participação dos pais nas tarefas escolares, dentre outros exemplos, mas não o fazemos, pois, esperamos que os exemplos dados tenham sido ilustrativos. Gostaríamos, no entanto, de nos referir ainda a mais um tópico relacionado com este segundo conselho que visa a incentivar a "incipiente autonomia" do menor.

Além de não servir diretamente à criança naquilo que ela seja capaz de realizar sozinha, deveríamos respeitar suas necessidades anímicas de bastar-se, ou seja, de estar a sós consigo mesma e com o mundo. Deste modo, deveria ela ter o direito de entreter-se com os seus brinquedos ou com suas fantasias, por longos períodos, sem ser arrancada deste mundo lúdico e fantástico, para o mundo nem sempre agradável da realidade. Algumas mães interferem nesse momento porque "têm pena de ver o filho abandonado". Nem sequer procuram olhar na sua fisionomia se está alegre ou não. Muitas vezes, não é a criança que se acha solitária, mas as próprias mães que, movidas pelo peso da sua imensa solidão, buscam a companhia do filho ou procuram arrancar-lhe à força, um sorriso a fim de se sentirem menos abandonadas. Referindo-se àquela necessidade de bastar-se a si mesma, alguns autores asseveram que as crianças que não se exercitam nesse sentido ou que não cumprem essas exigências carecem mais tarde de um dos fundamentos essenciais do trabalho independente.

SOCIALIZAÇÃO

Mas o que falamos anteriormente não significa dizer que a criança deva ser incentivada ao isolamento. Ao lado daquela necessidade de bastar-se, existem necessidades de contato afetivo e social que por sua importância não podem deixar de ser atendidas e estimuladas. É preciso, pois, que a "educação" seja dosada de tal forma que uma e outra não deixem de ser atendidas no momento oportuno. A propósito, queríamos enfatizar que se o contato com os familiares (sobretudo com a mãe) é indispensável e quase exclusivo até os dois anos, a partir de então, a criança deve ir-se habituando, paulatinamente, a outras pessoas e a outros ambientes. Um menor que desde muito cedo teve oportunidade de estar em casa de outros parentes, de brincar na residência do vizinho, de estabelecer relações positivas com outros adultos que não os familiares imediatos, por certo terá muito mais facilidade de adaptar-se

à escola maternal ou ao jardim de infância, do que um outro cujo relacionamento se tenha limitado ao círculo restrito de seus familiares.

É verdade que a desinserção do ambiente caseiro está ocorrendo numa idade cada vez menor. Em velhos tempos, a entrada na escola se verificava aos seis anos, época em que a criança estava pronta para alfabetizar-se. Além dos interesses intelectuais, estavam aqui em jogo os interesses sociais e a extensão dos laços familiares ao ambiente escolar. Depois, com a criação dos "jardins de infância", a idade dessa "transição" diminuiu para os 4 anos. O objetivo agora era não somente atender aos incipientes interesses sociais da criança, ao desejo de emancipação materna que já começava a ser observado, mas também, e sobretudo, exercitar certas funções que constituem, por assim dizer, a base da aprendizagem da leitura, como a percepção, coordenação motora, a organização tempo-espacial, e o esquema corporal. Mais recentemente, apareceram as escolinhas maternais, cujas finalidades prendem-se muito mais aos interesses da mãe (cada vez mais chamada a participar no mercado de trabalho, ou cada vez mais necessitando de uma profissão para a sua realização pessoal) do que às necessidades da própria criança. Finalmente, construíram-se as creches que acolhem menores ainda no primeiro ano de vida e para cuja construção, os interesses e as necessidades daqueles menores não foram em nada consultadas.

Esperamos que essa digressão que fizemos não sirva para que se pense que condenamos as creches, nem muito menos as escolinhas maternais. Não há dúvida que elas cumprem importante papel frente à nova realidade da mulher moderna. Para isso, procuram equipar-se do melhor modo possível, a fim de atender às necessidades dos menores que se propõem assistir. Melhor educar a criança numa creche ou numa escolinha do que deixá-la aos cuidados de uma empregada doméstica, figura em extinção, que é frequentemente substituída, não possui nenhum preparo para lidar com os menores, nem alimenta, para com os mesmos, aquele afeto indispensável ao bom desempenho de sua função. Mas mesmo assim, tanto as creches como as escolinhas maternais não deixam de ser um mal menor e somente deveriam ser procuradas quando a mãe estivesse parcial ou integralmente impossibilitada de assistir os próprios filhos. Voltando agora ao tema sobre o qual orientávamos — favorecer a socialização — (e esse seria o nosso terceiro conselho) queríamos assegurar que as mães deveriam favorecer a socialização de seus filhos.

Na medida em que a criança aumenta em idade, a necessidade dos contatos sociais se torna imperiosa. Sobretudo, a partir dos 7 anos (com o incremento das funções intelectuais; a "destronização" das imagens paternas, até então consideradas com imagens de seres oniscientes e onipotentes; a transformação cada vez maior da heteronomia moral numa moral autônoma) a criança é conduzida a uma ampliação cada vez mais externa de laços sociais. Esta ampliação, no entanto, é muitas vezes obstaculizada pelo adulto além de interditar o relacionamento do filho com seus contemporâneos, põe-no, por assim dizer, em guarda contra a sociedade com frases ou adágios como estes: "não te fies senão em teus pais"; "os pais são os únicos amigos"; "cuidado com tuas amizades"; "não fales com desconhecidos"; "boa romaria faz quem em sua casa fica em paz", etc.

Um fato digno de nota é que muitas mães não se incomodam que os filhos brinquem com os companheiros, contanto que seja em casa, ou mais precisamente, sob sua constante vigilância. Muito embora os argumentos com que defendem seus pontos de vista sejam de certo modo justificáveis, em sua maioria são bem engendradas racionalizações, com as quais se defendem de receios fóbicos ou de ideias obsessivas de que os filhos possam ser maltratados ou explorados sexualmente.

DIREITO DOS DEMAIS

Passemos agora ao quarto conselho. Além de proporcionar à criança o afeto necessário ao desenvolvimento, como também de lhe favorecer e estimular a incipiente autonomia, permitir e incentivar o relacionamento com os companheiros, compete ainda à mãe fazer que a mesma criança "aprenda a reconhecer os limites dos seus direitos e a respeitar os direitos dos demais". Este conselho nos leva inexoravelmente à abordagem de outros temas estreitamente relacionados entre si como o da disciplina, o da obediência e o da punição como princípios da educação. Trataremos cada um deles separadamente:

- **DISCIPLINA**

Uma certa dose de disciplina é indispensável ao labor educativo. Sem ela, seria impossível a harmonia necessária no seio da comunidade familiar. Não há dúvida de que, face a determinadas situações, deveríamos fazer com que a criança percebesse a necessidade de renunciar ao seu egocentrismo, acatar nosso ponto de vista ou mesmo submeter-se a ele. Nessas situações especiais, as nossas exigências não têm necessidade de ser justificadas. Elas fazem parte da responsabilidade dos pais no desempenho do seu papel de representante da lei moral. A criança atende daquela maneira porque não existe outra. Era como se ela atendesse a uma lei natural, a uma lei universal. Mas nós queríamos aqui distinguir duas espécies de disciplinas. Uma que é imposta, nasce do autoritarismo e alimenta-se do temor, da ansiedade e do sentimento de culpa. Outra que é aceita, nasce da compreensão e se nutre dos sentimentos de gratidão, responsabilidade e colaboração humana. Naquela, a ordem é conseguida pela coação e pelo castigo, transformando-se, quase sempre, em rebelião ou subserviência. Quando deixam de atuar a coação ou repressão exterior, na outra, a mesma ordem se consegue pelo amor, pela paciência, pela firmeza, pela empatia, pela justiça e esses elementos jamais deixarão de atuar ou de fazerem-se sentir, pois se nutrem, gerando sempre sentimentos semelhantes que se arraigam de modo muito profundo no coração daqueles que os experimentam. Finalmente, lá a disciplina é externa e se torna indispensável a toda e qualquer forma de governo totalitário, a toda e qualquer espécie de regime autocrático. Aqui a disciplina é interna e constitui a única e exclusiva modalidade de disciplina capaz de reger a conduta de um cidadão livre.

Um fato importante parece ter contribuído para o descrédito da chamada educação moderna, que preferíamos chamar educação compreensiva. Muitos pais, levados pelo receio de frustrar os filhos, ou pelo desejo de neles se realizar, ou ainda

por um otimismo utópico ou comodidade irresponsável, caíram no extremo oposto do autoritarismo, adotando um modo de educar permissivo, negligente e excessivamente protetor, cujas consequências são facilmente previsíveis. Mas quando falamos em disciplina interna ou em educação compreensiva, não estamos nos referindo a este modo de educar. Para a aquisição daquela forma de disciplina e para o ministério daquele tipo de educação citados mais acima, é indispensável muita renúncia, muita dedicação, muito amor e muita maturidade. Somente assim poderemos fazer com que a criança reconheça, de modo mais genuíno, o limite dos seus direitos. Apenas assim poderemos fazer com que ela aprenda de fato a respeitar os direitos dos demais.

- **OBEDIÊNCIA**

Estreitamente ligado ao item anterior, este e o outro estão intrinsecamente relacionados com o "respeito aos direitos dos demais". De fato, na rotina doméstica do dia a dia, não basta que a criança se submeta passivamente a determinadas situações, mas também que ela acate certas ordens que lhe são dadas, e que as cumpra mesmo na ausência dos pais ou dos adultos que as proferiram. Isto nos conduz ao intrincado problema da desobediência. Muito embora tal problema constitua um verdadeiro tormento para muitas mães, estamos cada vez mais convencidos de que estas últimas estão mais implicadas na determinação do mesmo que a própria criança. Assim sendo, se existe um problema da criança desobediente, existe também, sem nenhuma dúvida, um problema dos "pais da criança desobediente". Muitos deles consideram como desobediência, o que não deveria ser assim considerado. É o que ocorre com a criança que não concorda em comer a quantidade de alimento que lhe é imposta, ou com aquela outra que se nega a recitar, cantar, ou exibir seus conhecimentos frente aos amigos dos pais, ou ainda com aquela que se opõe a beijar cada um dos parentes por ocasião de uma visita. Claro que estas crianças não deveriam ser consideradas como desobedientes. A importância que deveremos atribuir à desobediência é diretamente proporcional ao valor da ordem que se deva obedecer. Para que exista obediência, no verdadeiro sentido da palavra, é preciso que haja, da parte do sujeito que obedece, o desejo de cumprir aquilo que lhe é ordenado. Obedecer seria, em última análise, manifestar este desejo de cooperar com o adulto e a obediência jamais deveria ser concebida como um fim em si mesmo, mas um meio de que dispõe a educação para incrementar, na criança, o gosto pelo trabalho comum, a satisfação em cooperar com os seus semelhantes, o anseio de crescer, produzir, construir e afirmar-se como ser social.

Muitas mães, no entanto, não pensam dessa forma e procuram ver em tudo uma manifestação de obediência ou de desobediência. E nesse afã de serem obedecidas, ou com o receio de não serem obedecidas, vendo neste fato o germe de um futuro comportamento antissocial, lançam-se, contra o menor, de modo tenaz e pueril, criando uma situação muitas vezes difícil de ser solucionada: a criança que não quer ceder de modo algum e o adulto a todo custo lhe exige obediência. O final desse estado de coisas é sempre desagradável — ou o adulto cede, o que compromete a sua autori-

dade, ou tem de usar a violência, o que seria duplamente desaconselhável, pois além de gerar ressentimentos difíceis de serem superados, nem sempre conduz ao objetivo pedagógico desejado. Sei de um menino de 3 anos que foi castigado várias vezes consecutivas por insistir em não obedecer a uma ordem da genitora. Tal criança, logo após cada uma daquelas punições, chorando, dizia em sua linguagem ainda mal articulada: "eu faço" e se dirigia, magoada e em prantos para o local interditado. Deveríamos, na medida do possível, evitar tais situações. Deveríamos fazer com que a criança de quem se espera obediência, fosse levada, com persuasão e paciência, a aceitar aquilo que lhe fosse ordenado e exigido. Noutras palavras, devemos dar menos importância àquela norma segundo a qual a criança não deve fazer tudo que deseja, para nos atermos mais àquela, segundo a qual a criança deve sempre desejar tudo o que faz.

• PUNIÇÃO

Ainda no que tange ao reconhecimento dos direitos dos demais, o que fazer quando a criança desrespeita voluntariamente aqueles direitos, ou quando voluntariamente desacata as nossas ordens? Seria conveniente castigá-la? Estamos assim frente ao discutido problema da punição. Na discussão desse problema, há duas posições extremas. Defendem a primeira aqueles que exagerando o preceito bíblico julgam "não ser bom pai o que não usa a vara" e procuram corrigir todos os erros da criança lançando mão de estímulos dolorosos, quando não da pancadaria selvagem, sacrilegicamente racionalizada. A segunda, por sua vez, é defendida por muitos que — levados por um otimismo utópico, por mecanismos patológicos de identificação ou por um comodismo irresponsável — afastam toda e qualquer forma de punição ou castigo na educação de seus filhos. Não vamos comentar aqui os inconvenientes pedagógicos dessas duas posições extremadas. Quem quer que possua bom senso (esse fabuloso guia em educação) e saiba convenientemente utilizá-lo, chegará facilmente à evidência dos efeitos nefastos acarretados por uma ou outra. Tanto a pedagogia do pau (cruel e desumana) como a educação sem repressão (inconsistente e romântica) somente são compreendidas em função dos problemas emocionais ou dos traços de personalidade daqueles que as defendem. Entre os dois extremos, existe uma punição recomendável, necessária, diríamos mesmo indispensável à educação de toda e qualquer criança. Essa forma de punição se caracteriza por ser ditada pelo desejo genuíno de beneficiar o menor, no seu processo de desenvolvimento e de adaptação. Desse modo, ela não pode ser cruel, nem desumana, nem arbitrária. No exercício da mesma, a mãe, ou o pai, ou o adulto responsável, chega mesmo a demonstrar um certo constrangimento, como se fossem forçados a precisar agir daquela maneira. A punição (ou o castigo) pareceria, assim, a consequência natural do erro cometido pela criança. Mas, para isso, é necessário que ela não induza esta mesma criança ao pavor, à humilhação ou aos sentimentos de menos valia ou inferioridade. Que ela não seja muito frequente, pois, sabemos de reflexologia que todo estímulo inibidor perde suas propriedades quando muitas vezes repetidos. Que ela guarde certa relação com o erro ou falta cometida (se o menor "gazeou" aula, poderia no domingo estudar as lições referentes ao dia que faltou a aula). Enfim, que seja aplicada com firmeza e com serenidade.

Se os pais, que só batem nos filhos quando perdem o controle emocional, pudessem assistir ao filme de sua punição, com ênfase especial em sua fisionomia, certamente, não tornariam mais a bater nos filhos. Embora não nos oponhamos, de modo radical, ao castigo físico aplicado com moderação, somos do parecer que, na medida do possível, ele deveria ser evitado. Educar não é domesticar, nem é estabelecer reflexos condicionados a partir de estímulos dolorosos. Tais medidas só se fazem necessárias quando a educação vem, desde o princípio, elevada de erros, e todos nós sabemos como seus resultados são transitórios, contribuindo para aumentar, mais ainda, as dificuldades na relação entre os pais e os filhos. São essas dificuldades que constituem, em última análise, a base das manifestações indesejáveis. Debelar tais manifestações através da violência é querer debelar o sintoma sem lhe arrancar a causa. É cortar a planta daninha ao nível do solo sem lhe arrancar a raiz. E, do mesmo modo que a raiz da planta, entranhada na terra, fará brotar novos ramos, também o conflito intrapsíquico, não debelado pelo castigo físico, fará surgir outras perturbações nos demais setores da atividade pessoal da criança.

8.2 FOME E AFETO

Luiz Schettini Filho

Há lembranças que revigoram a vida. Foi o que senti quando tomei conhecimento do texto do Dr. Zaldo Rocha. Rememorei seu cuidado com crianças e seus pais. Era sua marca. Logo me chamou a atenção, quando faz referência a um aspecto fundamental à relação da mãe com seu filho recém-nascido, dando ênfase à importância da *fome*, que mantém vivo o corpo com o *afeto* que dá vida à pessoa. Não basta só o *leite*, será preciso o *amor*.

Essa observação nos leva a afirmar que a relação de filiação ultrapassa a origem biológica em que tanto insistimos para configurar a maternidade. Ser mãe ou pai não resulta apenas da função ligada à sexualidade, mas é também, e acentuadamente, o que decorre da função do *cuidado*. Cuidar é ação que mantém a vida em todas as suas dimensões, do nascimento ao envelhecer. Suponho que foi por esse caminho que o biólogo suíço Adolf Portman sugeriu que começamos no útero biológico e, após o nascimento, temos a oportunidade de nos tornarmos pessoas no "útero social". Sem *cuidado* nos deterioramos. Sem cuidado não existimos, apenas sobrevivemos.

Para os humanos, *viver* será sempre *conviver*. Dificilmente viveremos plenamente sozinhos. Enquanto pensava na "fome e afeto" referidos por Zaldo, saltou-me da memória o que disse o filósofo Emmanuel Lévinas: "nunca existimos no singular". É no afeto que nós percebemos pessoas, na convivência com outras pessoas.

A mãe real é aquela que constrói um vínculo afetivo com a criança que gera ou com a criança que adota como filho. É preciso saber que ninguém se torna filho por

iniciativa própria. O filho resulta de uma decisão do amor de alguém que se torna pai ou mãe. A adoção não é simplesmente um ato jurídico; é uma ação que faz a vida persistir através de uma relação de amor.

Cuidar implica o cuidar-se. Educar implica o educar-se, assim como amar implica o amar-se. Isso nos leva à compreensão de que adotar um filho (gerado por nós ou não) exige um cuidar com *reverência*. Aqui, reverência é o *respeito* à individualidade do filho. Não importa que ele não atenda à totalidade de nossas expectativas. O filho *real* será sempre o filho *possível*.

De uma forma resumida e essencial, atender às necessidades físicas e emocionais dos filhos, exigirá sempre estarmos nos ocupando do que nos alertou Luigina Mortari: "não nascemos para contemplar, mas para agir".

Ao final, quero compartilhar sete ensinamentos que minha experiência em clínica psicológica confirmou.

- Maternidade e paternidade não podem ser terceirizadas no que se refere, sobretudo, ao estabelecimento de um vínculo afetivo. As pessoas importantes na formação da criança como filho são aquelas com quem ela estabelece permanente interação afetiva. A fragilidade dos vínculos afetivos com os pais dificulta a consolidação da relação de filiação.

- A maneira de dar e de fazer vale tanto quanto o que se dá e o que se faz. A forma é tão importante quanto o conteúdo. A forma inadequada deteriora o conteúdo do ensinamento no processo educativo do filho. Formas impróprias podem desfigurar palavras ou ações essencialmente boas.

- O filho será tanto filho quanto se sinta desejado como tal. Para o filho sentir-se desejado, será preciso que ele perceba verdade e afeto nas ações pedagógicas dos pais.

- Cuidar do filho não é necessariamente fazer o que achamos ser o melhor para ele. Cuidar, na sua essência, é uma ação de cura de algo que é doloroso no seu processo de desenvolvimento.

- Os filhos não são nossos, nós é que somos deles. Nas relações de afeto não cabe a ideia de posse. A posse desmantela o amor.

- A filiação se constitui na transformação do especificamente biológico no profundamente afetivo.

- Não basta amar o filho; é preciso manifestar o amor que temos por ele da maneira pela qual ele possa perceber. A expressão do amor é uma ação individual, razão por que ela precisa ser adequada à pessoa do filho a quem amamos.

8.3 COMENTÁRIOS DE PROFISSIONAIS E DE CUIDADORES SOBRE O TEXTO DO PROFESSOR ZALDO ROCHA E OUTROS TEMAS

Ana Claudia Zuanella
Ana Maria Paiva Beça
Carmem Lucia Campos Maciel
Josiane Golin
Maria Luisa Antunes Nunes,
Maria Stella Dunshee de Abranches
Otelo Schwambach Ferreira
Paola Battaglia Dias Aldeman Fonseca
Sheyla Betânia Veras de Souza
Zaina Maria Gama Pereira

COMENTÁRIOS DE PROFISSIONAIS

> "Sou psicóloga e opino que o texto do professor Zaldo é uma relíquia bela e preciosa. Ainda é atual e escrito com clareza, bom senso e elegância. Os pais deveriam decorar cada letrinha. Assim teriam menos problemas em criar seus filhos para serem bons cidadãos, mais íntegros e mais felizes."

Texto elaborado pela psicóloga Dra. Maria Stella Dunshee de Abranches que participou dos grupos de mães, entre 1980 e 1990, realizados em um consultório pediátrico no Recife. O texto foi publicado em um dos livros da série *Conversando com os pais.*

O AMBIENTE EMOCIONAL E A SAÚDE DA CRIANÇA

Maria Stella Dunshee de Abranches (1992)

A maioria de nós, "pais modernos", se preocupa em proporcionar um ambiente familiar adequado ao desenvolvimento saudável dos filhos. Poucos desconhecem a importância de cuidar da parte emocional e afetiva da criança e a íntima relação que existe entre corpo e mente.

Estudos da medicina psicossomática nos mostram a ligação que há entre inúmeras doenças infantis e os estados emocionais. Saúde mental e física já são vistas como indissociáveis.

Questões relacionadas à educação e à psicologia povoam nossas mentes de pais interessados. As novas informações chegam aos montes, nos atordoam e exigem modificações de comportamento.

Ficamos por vezes atônitos e desconcertados, sem saber ao certo como proceder. Contestamos boa parte dos valores do passado e ainda não nos sentimos muito seguros em relação aos que adotamos para substituí-los. Culpamos as gerações que nos antecederam de assumirem uma postura de excessivo distanciamento em relação aos filhos, de exercerem uma disciplina muito rígida, de não estabelecerem com eles um diálogo franco e aberto, de reprimirem demais as suas manifestações.

Sentimos na pele os efeitos dessas condutas! E por conhecer bem as consequências, evitamos repeti-las com nossos filhos. Talvez seja por este motivo que alguns pais tenham partido para o extremo oposto. Hoje, é muito comum a existência de famílias nas quais a criança se sente perdida pela falta de limites, onde ela ocupa, por vezes, um espaço invasor até mesmo dos direitos de seus pais.

Se quando éramos crianças tínhamos que nos sentar à mesa em silêncio para não incomodar os adultos, hoje em dia, em muitas casas, se tornou quase impossível se fazer uma refeição em família com certa tranquilidade.

Se antes bastava um olhar mais duro de um pai para que o obedecêssemos, hoje vemos crianças agredindo fisicamente seus pais que, desnorteados, não sabem como reagir.

Conseguimos incutir em nossos filhos os valores da crítica, do questionamento, da liberdade. Embora, talvez, não tenhamos sido tão eficientes na transmissão das noções de responsabilidade e respeito que estes valores trazem implícitos.

Outra questão que se coloca para nós é a cobrança excessiva de um bom desempenho. Temos que ser bons pais. Temos que acertar de todo o jeito. Vamos então, atrás de informações, de receitas, de livros, de tudo enfim que possa nos auxiliar nesta nossa função. E aí, tentamos seguir ao pé da letra aquilo que nos é recomendado.

Assumimos então comportamentos estereotipados, atitudes artificiais tão distantes da nossa realidade, que, ao invés de ajudar, acabam provocando sentimentos de incapacidade e impotência. Por não conseguirmos desempenhar nosso papel como "manda o figurino", nos sentimos frustrados e angustiados.

As receitas dos manuais não funcionam como esperávamos. E é óbvio que não poderiam funcionar mesmo. As relações entre pais e filhos são condicionadas por inúmeras circunstâncias, sendo algumas de complexa avaliação. Cada

caso é um caso. Cada filho é um ser singular, que nasce num momento diferente da vida dos pais e que assume uma significação diversa naquilo que simboliza para eles. Cada criança possui fatores constitucionais específicos, ocupa uma posição diferente na família e recebe influências diversas do meio. Como esperar então que, diante de tal singularidade, pudéssemos encontrar, nas generalizações dos livros, receitas aplicáveis a todos os casos?

Não se trata, evidentemente, de negar a importância dos conhecimentos psicológicos, ou de qualquer forma do saber que possibilite uma maior compreensão da natureza e do comportamento infantil. No entanto, esta compreensão racional, que é tão útil, não deveria estar desvinculada do saber instintivo e do bom senso. Valorizamos em demasia as informações recebidas e esquecemos do nosso saber intuitivo. Deixamos de ouvir a voz interior para obedecer apenas a regras e critérios externos. E com isso, perdemos a confiança na nossa própria intuição, na orientação do amor, na força da comunicação não verbal que este amor estabelece entre pais e filhos. É como se não acreditássemos mais em nós. Precisamos ter sempre o respaldo de algo que consideramos superior, quer seja um psicólogo, um professor, um médico, ou até mesmo um livro. Que enorme poder concedemos aos técnicos!

Alguns ainda agem como se a paternidade e a maternidade fossem profissões às quais tivessem que se dedicar com todo o afinco. E aí o objetivo principal pode passar a ser o sucesso de sua atuação, e não o bem-estar de seus filhos. Outros têm a tendência de criar os filhos que gostariam de ter. Seria mais vantajoso para eles que os ajudassem a se desenvolver em seu ritmo próprio, de acordo com o que eles querem e podem ser.

Um ambiente emocional adequado ao desenvolvimento sadio da criança não é um ambiente perfeito, mas sim uma situação autêntica de vida onde as gratificações e as frustrações se alternem de uma forma natural. Não pode ser planejado, nem artificial. Ele decorre da nossa capacidade de estabelecer com nossos filhos um relacionamento afetuoso, com respeito mútuo e limites bem definidos, e que lhes possibilite também viver responsavelmente suas próprias experiências. Implica que saibamos reconhecer e respeitar suas características individuais, as quais nem sempre serão aquelas idealizadas por nós. Esse ambiente é consequência da forma como nos sentimos em relação a eles, a nós mesmos e ao mundo que nos cerca.

É na investigação sincera dos sentimentos, na busca da realização pessoal, na compreensão das deficiências e limitações, na clara definição dos limites e na valorização de relacionamentos mais amorosos e verdadeiros, que se criam as condições para que se estabeleça entre pais e filhos uma relação sadia e facilitadora do crescimento de ambos.

COMENTÁRIOS DE CUIDADORES

I. Opinião de psicóloga de crianças e que fez observações sobre o que escreveu o Prof. Zaldo Rocha. Sobre o direito dos demais, ela observa que:

"Crianças, até certa idade, são cognitivamente incapazes de reconhecer o outro como um ser diferente dela, têm a fantasiosa ideia de que tudo e todos são apenas um prolongamento de si. A capacidade de altruísmo vem em decorrência da maturidade cognitiva e das experiências sociais."

II. Sobre disciplina, ela cita que:

"É importante salientar que a introjeção de valores éticos e morais vem com o tempo. As crianças inicialmente são regidas por uma 'heteromoralidade e ética', ou seja, copiam àqueles à sua volta, e só após certa maturidade cognitiva e afetiva são capazes de comportar-se conduzidas por uma 'automoralidade e ética'. Daí o grande cuidado a ser tomado pelos pais que serão durante bom tempo referenciais diretos. É importante sempre ter em mente que as palavras comovem, mas os comportamentos convencem."

III. Opinião de senhora que não tem formação em psicologia, mas tem extremo bom senso para observar o que ocorreu na sua casa:

"[...] Devido a um clima não muito amistoso em minha casa, com períodos constantes de oscilações emocionais entre meus pais, sou exemplo de que a criança pode desenvolver sintomas físicos como consequência de aspectos emocionais. Tive crises de asma intensas e frequentes até aproximadamente 15 anos de idade. Contudo, frequentei desde cedo a casa de uma amiga-irmã que tem uma família grande e acolhedora. Nesta casa, onde passei diversos finais de semana, parte de férias escolares e feriados, nunca tive uma única crise de asma, apesar de algumas vezes ficar exposta a coisas que me faziam mal [...]"

IV. Opinião de psicóloga clínica, com sólida formação:

"No capítulo referente à função materna, poderia ainda comentar paralelamente a todo o sentimento próprio à figura da mãe, decantado por poetas e filósofos, como escreve com muita beleza Zaldo Rocha, o lado normalmente esquecido da figura materna, relacionado às dificuldades no exercício dessa função. O bebê, em sua constante demanda de amor e de cuidados, não tem condição de perceber que a mãe nem sempre está disponível por vários motivos. Faz-se necessária uma compreensão desses sentimentos e ressaltar a importância da colaboração de alguém que permita à mãe descansar, bem como a presença do pai, em algumas ocasiões, para que a 'maternagem' possa ser feita também por ele, possibilitando o início do laço paterno.

Quanto ao item disciplina, hoje tão difícil de ser aplicado, pode-se questionar como os pais lidam com essa questão, como adquiriram o sentido do limite e o que entendem quando dizem o 'sim' ou o 'não'. Caso os pais não tenham introjetado a noção de lei, não tenham internalizado, dificilmente vão fazer com que seja colocada aos filhos de forma adequada. O 'não' e o 'sim' têm que ser verbalizados de maneira coerente, no momento necessário, para que o filho possa compreender e daí, posteriormente, usar durante a vida com ética e bom senso.

No capítulo referente ao ambiente emocional e à saúde da criança, escrito por Stella Abranches, pode-se comentar, ainda, a importância de se saber qual o lugar que a criança ocupa na família. Muitos pais não têm a noção precisa de seus lugares junto ao filho. A mãe, por vezes, se apossa do bebê, esquecendo o seu parceiro. O filho fica num lugar que jamais deve ocupar: o lugar do pai. Muitas mães se sentem tão realizadas com a maternidade, que deixam de exercer outras funções, como a de esposa, de profissional e até a de mulher. O marido fica preterido e, sem saber o que fazer, sai de seu lugar e deixa de exercer a função de pai. O filho precisa saber que é uma criança e que não pode e não tem o direito de estar em qualquer outro lugar senão o de filho. Deste lugar, ele pode ter como referencial os pais e se sentir protegido por eles, jamais servindo para atender às carências e vazios das figuras parentais. Neste lugar de objeto que tampona a falta, que aponta para as incompletudes maternas, tirando a ilusão de ser perfeito, como costumam dizer 'não preciso de mais nada, estou realizada completamente como mãe', o bebê passa a ser um objeto de satisfação materna e, como tal, não poderá ser dono do próprio desejo, perdendo a possibilidade de se desenvolver com um ser único, separado, distinto da mãe, passa a ser um "pau mandado", como se diz no popular.

O auxílio da babá no desenvolvimento da criança é inegável, mas vale ressaltar que ela tem uma função de auxiliar materno, mas não pode e não deve ocupar o lugar da mãe. As obrigações dos pais jamais devem deixar de ser executadas. Isso vale também para colégios e creches, que muitas vezes são colocados para exercerem funções que não lhes são devidas. As obrigações dos pais jamais devem ser transferidas a outros.

No tocante a chegada de um irmão, os pais devem permitir que o filho expresse seu ciúme através da fala e devem mostrar as vantagens de ser 'grande' e poder falar, passear, brincar com amigos.

Viver a morte de um ente querido é importante. A criança tem o direito ao choro e a tristeza própria ao luto. Não confundir sua tristeza com depressão e respeitar aquele período necessário para a elaboração da perda. Depois a criança com certeza voltará a seu comportamento anterior e falará daquela ausência como saudade, não tristeza.

Não se pode esquecer de que o corpo é suscetível de excitações, principalmente nas zonas erógenas. A criança ao tocar o corpo dos pais, sente intenso prazer, similar ao ser tocada, e como não há condição de descarregar a tensão daí ocorrida, sintomas diversos podem aparecer. Com relação à criança, nunca é tranquilo ver ou tocar o corpo de seus pais. Também os limites que foram falados antes podem estar ligados aos impedimentos que devem ser colocados pelos pais evitando essa intimidade desnecessária.

O fato de o menino brincar com objetos de meninas ou meninas com objetos de meninos não representa qualquer patologia. Pode ser apenas um indício de uma aprendizagem quanto ao universo do outro, favorecendo a compreensão e aceitação das diferenças sexuais. Pode estar dentro da normalidade e não trazer qualquer consequência para sua vida sexual futura."

A avaliação do médico ou do psicólogo é sempre o aspecto mais importante. Os textos ajudam, mas sempre há necessidade de particularizar a análise do caso para individualizar a conduta terapêutica.

8.4 GENERALIDADES

João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira
Pablo Emanuel Lisboa de Oliveira

Inquestionavelmente todos nós e todas as instituições (escolas para educação básica, escolas de nível superior da área da saúde, igrejas, clubes esportivos e de lazer, e outras) que pensam e que cuidam do bem-estar do ser humano deverão estar atentos para os aspectos comportamentais e emocionais das crianças, dos adolescentes e também dos adultos.

O pessoal do setor saúde que deve atender às demandas dos cuidadores das crianças e dos adolescentes, e entre eles o pediatra, apresentam notórias deficiências quando são chamados a cuidar de assuntos da esfera psíquica. Essa deficiência é notada ao longo da prática médica e, em se tratando da infância e adolescência, é mais marcante pois o reconhecimento desses períodos da vida como estágios que possuem suas próprias características específicas, começaram a ser estudados na segunda metade do século XVII e início do século XIX. Antes desse período as crianças eram encaradas como miniadultos e o adolescente tinha as mesmas cobranças sociais de um adulto.

É um assunto amplo e complexo e apenas será possível dar algumas pinceladas sobre o todo.

COMO É O DESENVOLVIMENTO EMOCIONAL DAS CRIANÇAS?

As crianças e os adolescentes são seres dinâmicos que mudam física e psiquicamente ao longo dos anos. As fases do desenvolvimento emocional, estudadas pelos psicólogos e psiquiatras, são sumariamente descritas:

- Oral precoce: vai até os primeiros 3 ou 4 meses de vida. O sistema nervoso é maduro para garantir o choro, a respiração, a alimentação e outras funções vitais, mas tudo se passa num nível não consciente. Diz-se que as crianças dessa fase são reflexas e uma característica dominante é o ciclo: sente fome,

acorda, reclama, chora, mama, dorme, sente fome e tudo se repete. Entre 2 e 3 meses, aumentam os períodos de vigília e os traços da personalidade passam a ser percebidos e são esboçados os primeiros sinais de vida social.

- Oral tardia: vai dos 3 ou 4 meses até os 12 a 18 meses. Há grande amadurecimento dos órgãos sensoriais, motricidade ocular, coordenação mão/boca e marcha. No segundo semestre, as crianças ainda são seres dependentes, mas respondem às experiências prazerosas e às manifestações de afeto, embora reajam com pouca frustração e ainda não tenham desenvolvido as reações de hostilidade e defesa (essa última informação é controversa pois já no primeiro ano, a criança é capaz de apresentar raiva, preferência, rejeição, negação). O tempo de vigília aumenta e também aumenta a capacidade motora de tocar seu próprio corpo, o da mãe e os objetos do ambiente, usam os órgãos sensoriais, mas, sobretudo, a boca.

- Anal: vai dos 18 meses aos 3 anos. Há controle sobre o funcionamento da bexiga e do intestino e existe sensibilidade prazerosa oriunda do ânus e da defecação. As crianças reagem com obstinação e negativismo frente aos obstáculos, é a época em que mais dizem não, mostram comportamentos ambivalentes com sentimentos que oscilam entre o afeto e a repulsa. Nas competições mostram preocupação com o poder.

- Pré-escolar fálica: vai dos 3 a 4 anos até os 5 ou 7 anos. O amadurecimento do sistema nervoso permite o aumento da reatividade sensorial gerada no pênis e no clitóris. É contínua a maturação intelectual, é a época em que surge a manipulação dos órgãos genitais no menino e na menina. Há sentimentos de ambivalência em relação à ambos os pais e é essa a fase típica do complexo de Édipo, o comportamento ora é agressivo, ora não. O menino, na maior parte do tempo, é confiante, aventureiro e muito ativo, mas vez ou outra está cabisbaixo. A menina é mais recatada (essa caracterização sexual já é sabida que é fruto do ambiente pois o menino e a menina são estimulados de forma diferente desde os primeiros meses, talvez esse trecho seja identificado como misógino atualmente). As fantasias são comuns nos dois sexos e é época das bonecas, dos castelos, dos carrinhos, das cozinhas de brinquedo, das fadas.

- Escolar ou de latência: vai dos 5 a 7 até os 8 a 10 anos. O amadurecimento neurológico continua e a habilidade motora é cada vez mais coordenada. É chamada de latência porque a libido é menos marcante que nos anos anteriores, a energia é mais canalizada para os interesses físicos e intelectuais. Os clubes do “Bolinha” e da “Luluzinha” são típicos, há autores que falam que elas estão um a dois anos na frente deles quando se avalia a maturidade emocional e social.

- Adolescência: vai dos 10 a 12 anos até os 16 a 18 anos. Há intensas transformações físicas gerais e da genitália, desenvolve-se grande capacidade de raciocínio e de abstração. O impulso sexual é direcionado intensamente ao que é visto no adulto e há marcado o interesse nos amigos. O estado de humor, sobretudo, no início, oscila de forma marcante, ocorrem preferências pelos ídolos, pelos namoros e pelas relações extrafamiliares. Com o passar dos anos, os adolescentes mudam, as amizades deixam de ser tão importantes, e os interesses passam a ser a profissão e valores dos adultos.

PARECE QUE HÁ OUTRAS PERSPECTIVAS E OBSERVAÇÕES SOBRE O TEMA?

Sándor Ferenczi (1873 -1933) apresenta visão diferente, pois não leva em consideração só os elementos libidinais destacados por Freud. Em seu texto *Desenvolvimento de sentidos de realidade e seus estágios,* de 1913, Ferenczi traz sua percepção da realidade do ser humano ao longo do tempo e os divide em estágios, mas o definia como um processo contínuo desde o nascimento até sua vida adulta.

- Primeiro estágio sensório motor: primeiros meses de vida, não há uma percepção clara da realidade e suas ações são reflexas e baseadas em impulsos instintivos.
- Segundo estágio percepção: inicia-se por volta dos 6 meses, onde a criança começa a desenvolver uma percepção mais clara da realidade diferenciando objetos de pessoas.
- Terceiro estágio elaboração mental: começa por volta dos 2 anos de idade, representação mental da realidade e elaborar conceitos sobre o mundo ao seu redor.
- Quarto estágio, a identificação com o mundo externo: por volta dos 3 anos, caracterizado por se identificar com as pessoas e objetos no seu ambiente e desenvolver um senso de si mesmo em relação ao mundo.
- Quinto estágio, a integração: há um processo de integração de suas experiências anteriores com os presentes e uma compreensão mais complexa e unificada da realidade, absorvendo o elemento temporal na sua percepção.

Essa forma de descrição da percepção da realidade demonstra a complexidade do processo de desenvolvimento do ser humano, que pode ser descrito como *percepção da realidade*, mas mostra o quanto o processo é complexo e contínuo e que diversos fatores estão envolvidos como experiências sensoriais, cognitivas e emocionais.

Outros autores também escreveram sobre o desenvolvimento do psiquismo e emoções com destaques a elementos pontuais evidenciados no processo.

Melanie Klein (1882 -1960) argumentava que o bebê tem que aprender a distinguir o *self* e o objeto, feito por um processo de identificação projetiva, onde o bebê projeta partes de si no objeto e depois as reintegra. Por exemplo, o bebê acredita que o seio materno é parte de si mesmo e não um objeto separado. Outro elemento importante enfatizado por Klein é que a relação mãe-bebê é fundamental para o desenvolvimento

emociona e, ao sorrir para os estímulos do bebê, ela fortalece a base desse processo favorecendo um desenvolvimento emocional da criança mais saudável.

Donald Winnicott (1896 - 1971) traz um elemento fundamental, que gera muita discussão ainda hoje nos processos de orientações a criança. Consiste na capacidade da criança dizer *não*, como um sinal de sua capacidade de estabelecer limites saudáveis. E, assim, construir a capacidade de expressar seus desejos e necessidades, como também entender o *não* do outro e os seus limites.

Com Jacques Lacan os temas *sorriso* e *não* foram abordados na sua teoria do espelho, onde a criança nasce numa plenitude no início da vida e, ao se olhar no espelho, essa sensação é quebrada. Lacan argumentou que o bebê aprende a se identificar com sua própria imagem no espelho, mas essa identificação é sempre parcial e nunca completa. Ele argumentou que essa incompletude é fundamental para formação da identidade humana e que a capacidade da criança de dizer "não" é uma parte importante desse processo, pois sem a construção dos limites do "eu" e "outro" e sem a construção da sua própria identidade o processo de desenvolvimento de uma vida emocional saudável torna-se prejudicado.

COMPLEXO, NÃO?

Sim. Essa é a razão maior para que os que se dedicam ao trabalho com a saúde da criança devem ser amantes dos livros e dos estudos. E que também sejam modestos.

QUAIS AS CAUSAS DAS COMPLEXAS RELAÇÕES ENTRE PAIS E FILHOS?

A intensa afetividade que liga os pais aos filhos é o motor principal a sustentar a sobrevivência das nossas crias. Faz com que as mães arrisquem ou percam a vida para salvar os filhos. Faz com que elas passem fome para alimentar os seus dependentes. Os pais até roubam para alimentar seus filhos. Tudo isso somado pode justificar muitos dos erros cometidos por todos nós que temos propostas, projetos, pensamentos e ideias sempre grandiosas para os nossos sucessores. Propostas, projetos, pensamentos e ideias que foram estruturadas sem a admissão de erros, falhas e imperfeições que ocorrem mesmo que os pais tenham sempre a melhor das intenções, de não errar, de tentar que tudo seja bem-sucedido.

Para melhor falar dessa intensa relação emocional, que constrói, mas, que pode prejudicar e até destruir o projeto, recomendamos a leitura do lindíssimo texto *A lua que não dei,* escrito pelo jornalista e escritor Cecílio Elias Netto. Pelo google é fácil chegar ao texto completo. Transcrevemos o primeiro parágrafo:

> "Compreendo os pais – e me encanto com eles – que desejariam dar o mundo de presente aos filhos. E, no entanto, abomino os que, a cada fim de semana, dão tudo o que filhos lhes pedem nos shoppings, onde exercitam arremedos de paternidade. E não há paradoxo nisso. Dar o mundo é sentir-se um pouco como Deus, que é essa a condição de um pai."

OS ERROS SEMPRE EXISTIRÃO?

Acreditamos que 100% de acertos é uma utopia, mas o nosso projeto para cada filho foi pensado sem erros. Mas os desacertos ocorrem e ajudam, ensinam e aperfeiçoam a relação entre pais e filhos quando há o propósito de refletir e de corrigir. O importante é acertar mais do que errar. É valioso, sem dúvida, reconhecer o erro e pedir desculpas ao filho ou à filha. Não importa a idade da criança. Desde cedo, o erro deve ser reconhecido e a desculpa deve ser pedida. Esse é um mecanismo educacional e é esperado que mais na frente a própria criança pratique essa autocrítica e também se desculpe quando errar.

A PARTIR DE QUE IDADE AS NORMAS, AS DIRETRIZES, PASSAM A SER IMPORTANTES?

Desde o nascimento. Evidentemente, as normas para as crianças de 1 mês de idade são diferentes daquelas para as de 2-3 anos. As diferenças se acentuam ainda mais se elas têm 6-7, ou se são adolescentes. No início da vida, são orientações ou rotinas relativas à alimentação, vestuário, sono, higiene, estímulos, brincadeiras e outras necessidades básicas. Nessa fase, já é importante a verbalização sobre o que está sendo feito e o porquê das rotinas. As explicações, mais tarde, serão essenciais, fundamentais. Assim, todos os pais devem começar bem cedo a exercitar esse comportamento que mais na frente será mandatório. Há a fase da explicação seguida de diálogo, de ouvir a outra parte e de adaptação da norma ao comportamento de quem vai cumpri-la. À medida que a idade avança e outras necessidades e comportamentos vão aparecendo — prática de esportes, atividades fora da casa, escolinha, convivência com colegas, fim de semana na casa de outras pessoas, comparecimento a "shows" e a cinemas, até a fase do namoro e da direção do carro dos pais, muitas transformações e adaptações serão necessárias. Mas, em todas essas fases, em todas essas práticas, que devem ser organizadas, normatizadas e controladas, os pais devem sempre manter coerência, certa uniformidade comportamental, capacidade de diálogo, de mudança e de adaptação. E nos valemos do texto do professor Zaldo para falar do modelo de autoridade que os pais devem manter na rotina da casa que nunca deve ser imposta, irracional, autoritária, arbitrária e irreversível. As crianças devem ter certeza de que os pais são flexíveis, são mutáveis e que qualquer norma pode ser mudada pelo diálogo e pelo entendimento. Mas também devem ter certeza de que eles são coerentes, seguros e que procuram cumprir as normas para o benefício de todos. Lembrar que os pais devem convergir em relação às regras estabelecidas, pois divergência entre os pais pode ser tão danosa quanto a falta de orientação.

OUVI FALAR QUE O NÃO É IMPORTANTE. É VERDADE?

Para nos ajudar, vamos usar trechos do texto *Pais maus,* escrito pelo psiquiatra Carlos Hecktheuer. O google permite a leitura do texto completo para que todo o conjunto seja valorizado e compreendido:

> "Um dia, quando os meus filhos forem crescidos o suficiente para entender a lógica que motiva os pais e as mães, eu hei de dizer-lhes: Eu os amei o suficiente para ter perguntado aonde vão, com quem vão e a que horas regressarão. Eu os amei o suficiente para não ter ficado em silêncio e fazer com que vocês soubessem que aquele novo amigo não era boa companhia. Eu os amei o suficiente para vos fazer pagar os rebuçados que tiraram do supermercado ou revistas do jornaleiro, e vos fazer dizer ao dono: Nós tiramos isto ontem e queríamos pagar. Eu os amei o suficiente para ter ficado em pé, junto de vocês, duas horas, enquanto limpavam o vosso quarto, tarefa que eu teria feito em 15 minutos. Eu os amei o suficiente para vos deixar ver além do amor que eu sentia por vocês, o desapontamento e também as lágrimas nos meus olhos. Eu os amei o suficiente para vos deixar assumir a responsabilidade das vossas ações, mesmo quando as penalidades eram tão duras que me partiam o coração. Mais do que tudo, eu os amei o suficiente para vos dizer **NÃO**, quando eu sabia que vocês poderiam me odiar por isso (e em alguns momentos até odiaram)...
>
> Agora que já somos adultos, honestos e educados, estamos a fazer o melhor para sermos Pais maus, como eles foram. Achamos que este é um dos males do mundo de hoje: não há suficientes pais maus!"

NÃO É EXAGERADA TAL CONOTAÇÃO?

Não achamos. O autor fala várias vezes que essa é uma postura educacional. Quando cita "Mais do que tudo, eu os amei o suficiente para vos dizer **NÃO**, quando eu sabia que vocês poderiam me odiar por isso (e em alguns momentos até odiaram)", ele nos quer dizer que quem ama tem a obrigação de educar e que o pai que age como um "pai mau" para educar é um pai bom. Que o pai que atua como um "pai mau" e estabelece regras é um pai bom. Que o que age como um "pai mau" e que diz NÃO, quando é necessário e cabível, é um pai bom.

QUAL A IMPORTÂNCIA DA FUNÇÃO MATERNA?

O vínculo afetivo entre as mães e os bebês, ocorrido nas relações iniciais, é de fundamental importância para o desenvolvimento afetivo do ser humano. Repercute por toda a vida, inclusive nas relações interpessoais e sociais futuras. A formação desse vínculo afetivo inicia-se primeiramente através do contato corporal e do significado simbólico que a mãe dá a esse contato. Instintivamente, a mãe segura o bebê, aconchegando-o carinhosamente, seja para amamentá-lo ou para ampará-lo, prazerosamente. O bebê, por sua vez, sente-se seguro e confiante, satisfazendo, assim, suas necessidades vitais (proteção, nutrição, afetividade). As crianças que têm em sua experiência uma boa e satisfatória relação afetiva desenvolverão expectativas positivas em relação ao mundo, acreditando na possibilidade de satisfação de suas necessidades, de independência e de autonomia. Já as outras com uma relação

escassa ou insatisfatória tenderão a desenvolver em relação ao mundo expectativas inseguras e menos positivas. Isso não significa que as crianças que por qualquer motivo não tenham tido esse contato com a mãe biológica estão "condenadas" a ter relações disfuncionais na vida. Não! Porque, quando falamos no vínculo ou nessa relação de cuidado, afeto e nutrição que geralmente é a mãe que exercesse, estamos falando da função materna, que a depender da história de vida do bebê pode ser exercida pelo pai, avô, avó, tia, mãe adotiva, qualquer pessoa que sinta esse afeto e se disponha a ocupar essa posição na construção de sua relação com o bebê.

QUAL A IMPORTÂNCIA DA FUNÇÃO PATERNA?

A ciência tem investigado há décadas o papel da figura paterna no desenvolvimento infantil. Os resultados têm sido consistentes. Demonstram a importância da função do pai no desenvolvimento cognitivo, social e emocional das crianças. A presença paterna tem sido associada a uma maior autoestima, autoconfiança, habilidades sociais, sucesso acadêmico e menor probabilidade de comportamentos de risco na formação da identidade de gênero da criança, ajudando-a a compreender as diferenças entre os gêneros e a desenvolver um senso de masculinidade ou feminilidade. O pai pode ser um modelo importante para as crianças em termos de comportamentos, valores e habilidades, e pode ajudar a criança a desenvolver um senso de independência e autoestima. Além disso, a figura paterna pode desempenhar um papel importante na redução de problemas comportamentais e emocionais em crianças, como ansiedade, depressão e agressividade. No entanto, é importante destacar que a presença paterna nem sempre é benéfica. Um pai ausente, negligente ou abusivo pode ter um impacto negativo significativo no desenvolvimento da criança. Portanto, é importante que a figura paterna esteja presente e envolvida na vida da criança de maneira saudável e positiva.

SERÃO MESMO AS CRIANÇAS FOLHAS DE PAPEL EM BRANCO?

A maioria dos teóricos do desenvolvimento infantil não concorda. Eles dizem que as crianças nascem com conteúdo comportamentais herdados geneticamente. Porém, esses conteúdos são moldados já intraútero, com estímulos que a cada dia são mais praticados por casais durante a gestação como expor o embrião a músicas, conversas, massagens e, indiretamente, com a mudança de rotina da genitora proporcionando um ambiente intrauterino mais harmonioso e já preenchido com conteúdo do ambiente que vai receber o recém-nascido. Posteriormente, ao nascer, a criança já é modulada de acordo com a posição que chega na família, o primeiro filho tem um ambiente muito diferente do último filho, também as questões educacionais ambientais (família, sociedade, escola, cultura...) que têm grande influência no resultado emocional alcançado porque, apesar de uma predisposição neurobiológica, o ambiente pode abrandar certos comportamentos e maximizar outros. Tomando como exemplo as crianças que têm uma genética favorável ao transtorno

de conduta podem não desenvolver esse perfil de comportamento a depender do ambiente em que estejam.

COMO FICA A CRIANÇA QUANDO O PAI DIZ SIM E A MÃE DIZ NÃO PARA UM MESMO ASSUNTO?

Fica atrapalhada. Vez ou outra é aceitável que pai e mãe discordem sobre o mesmo assunto. E isso é bom, desde que seja em assuntos de menor importância, como tomar um ou dois picolés e desde que a discórdia não termine em tapas. A discórdia colocada com um tom de diálogo, de defesa de posição sem radicalismos, ensina. Mas a discórdia constante entre pai e mãe, principalmente se referente a assuntos de extrema importância, como o comparecer ou não à escola sem motivo significante, e se praticada com gritos e agressões, é deseducativa, errônea. Deve ser evitada. Pai e mãe devem debater seus assuntos pessoais sem a participação das crianças e entrar em acordo sobre como proceder nos assuntos de maior importância. Quando o pai diz que o filho deve comparecer à escola, pois não há motivo relevante para essa atitude, a mãe deve manter a posição. Mesmo quando os pais estão separados, essa uniformidade comportamental com relação aos filhos deve ser mantida. Seguramente é mais difícil, nessa última situação, do que quando os pais estão juntos. Mas é importantíssimo buscar essa unidade de atitudes e de posturas. É absurdo saber que um dos pais separados agride o ex-companheiro (a) dizendo à criança para se portar diferentemente do que foi orientado pelo outro pai, mesmo sabendo que a orientação está correta. Divergir não deve ser o problema. O problema é expor essa divergência de forma conflituosa à criança.

NA CASA DOS AVÓS AS REGRAS SÃO OUTRAS. O QUE FAZER?

Na casa dos avós é diferente e também é assim na casa dos outros familiares e dos amigos. As crianças se beneficiam com essas diferenças que as ensina sobre a diversidade dos comportamentos humanos. Mas os erros e as distorções aprendidas lá fora devem ser corrigidos em casa. Não apenas corrigidas como também esclarecidas. As crianças após os 3 ou 4 anos assimilam os bons e os maus aprendizados e é absolutamente razoável que os pais digam a verdade aos seus filhos: “na casa dos avós é assim, mas na nossa casa é dessa outra forma”. É aceitável que na casa dos avós os netos possuam maior liberdade, mas é importantíssimo que aprendam o papel educativo dos pais quanto à alimentação, estudos, modo de se comportar, obrigatoriedade de comer o alimento à mesa e não na frente da TV, dentre muitos outros exemplos que poderiam ser citados.

O PEDIATRA PRECISA SABER DA VIDA EMOCIONAL DOS FAMILIARES?

O diagnóstico e o tratamento das dificuldades emocionais das crianças começam e, quase sempre, terminam pelo conhecimento, resolução e mudanças das dificul-

dades, problemas ou modelos educacionais e psíquicos vigentes no seio das famílias. As crianças são consequências e não as causas dos seus problemas emocionais. Quando removidas as causas, cessam os efeitos. Nessa ordem de ideias, o pediatra deve "cair de cabeça" na dinâmica emocional vigente em cada família para tentar resolver as dificuldades comportamentais e emocionais apresentadas pela meninada. Isso é essencial. Com frequência, pai e mãe não ditam o ritmo e o tônus emocional da casa. Às vezes, é uma avó, um avô ou mesmo um tio ou tia que fazem isso. Isso deve ser conhecido e essa pessoa, junto evidentemente com todo o conjunto que cuida das crianças, deve ser abordada e trabalhada para que se consiga algum resultado palpável. Frequentemente o psicólogo auxilia nessa tarefa.

E A BABÁ COMO PARTICIPA DESSE ESQUEMA? E A ESCOLA?

Há capítulos que discutem esses assuntos, na atual edição.

QUAL O MELHOR MECANISMO DE ESTABELECER LIMITES?

É clássica a observação que criança não nasce com "manual de instrução". Não é como o liquidificador. Gradativamente, aos pouquinhos, ao longo dos anos, e por toda a vida, os pais e os outros familiares mais próximos, e mesmo as babás, os educadores, os amigos, outras pessoas e o próprio indivíduo vão imprimindo as características comportamentais que nos marcam. Assim, não há fórmula para estabelecer limites. O importante é saber que os limites são essenciais e novamente lançamos mão do texto escrito pelo professor Zaldo Rocha, quando ele brilhantemente discorreu sobre o "direito dos demais". E esse estabelecimento de limites vai embutido numa série de rotinas da casa. Se há rotinas para dormir e acordar, para a higiene, tomar o alimento e ir e voltar da escola, nelas estão definidos vários limites. A própria norma é um excelente mecanismo para definir limites. Quando o pai e a mãe dizem que inexistem razões para o não comparecimento à escola, quando informam que não é aceita a agressão a quem quer que seja, quando falam que perder é desagradável, mas, faz parte do jogo, quando argumentam que na casa do coleguinha é assim, mas, na nossa casa é diferente, quando estabelecem limites para as compras, quando orientam para os horários de chegada em casa, quando aconselham para andarem sempre com outros colegas e que prestem atenção à violência que anda por aí, estão ensinando e estabelecendo limites. E esse estabelecimento de limite e de respeito começa desde os primeiros meses de vida. Quando os pediatras orientam para que a mamadeira seja dada numa posição que permita à mãe ou à babá perceber o primeiro sinal de saciedade e a imediata suspensão da oferta do alimento, significa respeito ao apetite que é um mecanismo fisiológico de estabelecimento de limites. Agora, há situações difíceis, como o adolescente de 15 anos que quer dirigir o carro dos familiares porque o amiguinho da mesma idade já está fazendo isso. Há que se ter muito pulso e determinação para falar que o pai do amiguinho errou e que as leis do país proíbem que menores dirijam automóveis. As crianças que aprenderem

a respeitar os pais, os familiares e a conviver com limites certamente aceitarão na adolescência, com menos dificuldade, a respeitar às leis.

É importante lembrar que cada criança é única, e os pais devem experimentar diferentes abordagens para encontrar as que funcionam melhor para sua família. Abaixo vão algumas dicas de autores e estudiosos do tema:

CLOUD, Henry; TOWNSEND, John. **Limites: quando dizer sim, quando dizer não.** Rio de Janeiro: Thomas Nelson Brasil, [s.d.]. Obra que enfoca a importância de estabelecer limites saudáveis para o desenvolvimento infantil, ensinando as crianças a tomarem decisões responsáveis dentro de uma estrutura clara e segura.

FABER, Adele; MAZLISH, Elaine. **Como falar para as crianças ouvirem e como ouvir para as crianças falarem.** Tradução de Ana Luiza Dantas Borges. São Paulo: Editora Summus, 2003. Livro clássico que explora técnicas de comunicação não violenta e eficaz entre pais e filhos, oferecendo ferramentas práticas para promover a compreensão mútua e o respeito, fundamentais na definição de limites.

FAY, Charles; CLINE, Foster. **Parenting with love and logic: teaching children responsibility.** Colorado Springs, CO: NavPress Publishing Group, 1990. Apresenta uma abordagem educativa que enfatiza a responsabilidade da criança por suas próprias escolhas e pelas consequências naturais que delas decorrem, destacando a importância da consistência parental com empatia.

NELSEN, Jane. **Disciplina positiva: a chave para um comportamento infantil mais saudável.** Tradução de Bete P. Rodrigues. São Paulo: Manole, 2016. Oferece técnicas de disciplina que encorajam a cooperação e o respeito mútuo, fundamentadas na ideia de ser gentil e firme simultaneamente, proporcionando uma estrutura para o estabelecimento de limites de forma não punitiva.

HÁ PAIS QUE NÃO SABEM ESTABELECER LIMITES?

Existem pais mais enérgicos, mais disciplinadores, e os menos disciplinadores. E há também as crianças que dificilmente aceitam os limites e as que mais se adaptam aos regimes com normas. Assim, a aceitação das regras variará com o comportamento dos familiares e das crianças. Mas não há dúvidas da importância do estabelecimento de algumas regras essenciais. Já foi dito que desde a infância mais tenra, os filhos devem conhecer limites e devem perceber o quanto eles são importantes. Já falamos sobre a importância do não que desde muito cedo na educação da criançada deve ser usado de forma apropriada, coerente, firme, racional. A criança fica perdida se recebe um não quando solicita um biscoito minutinhos antes do almoço e um sim no dia seguinte para a mesma situação. É claro que não somos uma linha reta e, vez ou outra, escorregamos como quando, por exemplo, achamos que devemos fazer uma exceção e permitir que eles façam o que antes havíamos proibido.

Mas o não deve ser coerente, aceitável, convincente e repetido, sempre que possível para a mesma situação, inclusive por pessoas distintas. Mas cada não exige uma explicação. Explicação que justifica a negativa. E essa justificativa também deve ser repetida quantas vezes necessárias. Sempre que vier o "eu quero um biscoito agora" a resposta deve ser "não, agora é hora de almoçar". E quando o biscoito for dado, como uma exceção, o sim deve ser racionalmente explicado: "hoje o almoço vai demorar e por isso você pode comer o biscoitinho".

É CORRETO A MÃE ASSUMIR O ESTABELECIMENTO DOS LIMITES?

"Vou falar com o teu pai" ou "vou contar à tua mãe" são observações do cotidiano que todos nós conhecemos. É evidente que isso transfere imensa responsabilidade e respeitabilidade para o cônjuge oposto. E subtrai responsabilidade e respeitabilidade de quem assim procede e que está se definindo "incompetente". É óbvio que esse comportamento possibilitará que a criança "deite e role" nas próximas situações conflituosas em que for necessário o posicionamento de quem abdicou de sua função de educador. Outros absurdos notados e que dizem respeito a esse mesmo assunto são: "não vá ali não que tem um bicho que morde", "cuidado com o papafigo" e outras joias desse gênero. As recomendações são que cada cônjuge tenha a mesma responsabilidade que o outro e deva estabelecer o limite, a regra. Nunca deve transferir para o outro a função de fazê-lo. Em algumas situações muito especiais, é aceitável não definir e dizer "mais tarde, vou conversar com o seu pai e nós dois definiremos o que fazer". E nunca usar essas imagens abstratas, esses monstros, para impor regras ou limites.

OS LIMITES NA INFÂNCIA SÃO ÚTEIS PARA AS CHEFIAS NO FUTURO?

Sem dúvida são. O estabelecimento de limites na casa, desde muito cedo, tem relação com a aceitação da hierarquia na escola e no trabalho, mesmo anos depois. O desempenho das tarefas de chefe e de chefiado é influenciado pelas experiências da infância. A aceitação das funções, das cobranças, dos controles e de tudo o que for referente às atividades funcionais serão mais bem toleradas se o exercício dos limites tiver sido praticado na infância. Também a prática da chefia, vivenciada desde cedo com a autoridade equilibrada, racional, amorosa, vigente na casa, será facilitada mais na frente.

POSSO USAR A VOZ NUM TOM MAIS ELEVADO E DAR UNS TAPINHAS?

Não há evidência que bater seja leve ou não ensine a criança da forma correta os limites. A agressão física nunca pode ser uma opção. Por vários motivos não é a melhor opção, pois a criança pode entender que não é para fazer aquilo ou que bater sempre é a forma correta de definir limites. Pelo contrário, há muito mais evidência de que as crianças que apanham são mais violentas do que as que não apanham e

costumam usar mais a violência para resolver seus problemas. A American Academy of Pediatrics (AAP) recomenda que os pais evitem punir fisicamente seus filhos e que usem outras formas de disciplina, como recompensas positivas, estabelecimento de limites claros, conversas, exemplos e orientações. Essas técnicas são mais eficazes na construção de uma relação de confiança e respeito com as crianças e ajudam a promover o seu desenvolvimento saudável e bem-estar emocional. Bem, mas diante de uma situação que os pais notarem que não conseguiram e excederam na forma de estabelecer limites, é uma ótima oportunidade de ensinar a pedir desculpas, e juntos reestruturarem de forma positiva acordos sobre a situação que fez ambos, crianças e pais, extrapolar limites.

E SE AS CRIANÇAS NÃO QUEREM TOMAR BANHO?

Se vocês agirem pacientemente, devagarzinho, aos pouquinhos, amorosamente, mas firmemente, sem vacilos, se vocês repetirem os conselhos de forma doce e gentil, se todos na casa fizerem como vocês e reforçarem as orientações, se os professores na escola agirem também assim, as crianças vão terminar aceitando as rotinas do banho, da alimentação e do cumprimento das tarefas escolares. Pode ser lento, mas vai acontecer. Mas há que se ter um cuidado especial. Aquilo que foi conseguido ao longo de semanas ou meses, por exemplo, sentar à mesa para fazer a alimentação junto com os familiares, pode ser perdido por uma simples afrouxada no esquema. O ganho deve ser mantido diuturnamente, com carinho, paciência e firmeza.

E A AGRESSIVIDADE?

A irritabilidade e a agressividade podem ter razões psíquicas, orgânicas ou mistas. Existem doenças que desde os primeiros meses de vida podem tornar as criancinhas irritadas, nervosas, chorando muito. Existem outras doenças orgânicas que ocorrem na criança de 2, 3 ou 4 anos, e existem aquelas que acontecem na adolescência. O que queremos enfatizar é que as crianças ou os adolescentes, irritados, impacientes, de "pavio excessivamente curto", devem ser examinados pelos pediatras. Alguns exames — função da tireoide, taxa da glicose, estudos de imagem e outros — podem ser importantes, junto com a impressão clínica dos médicos, para dizer, primeiro, antes de tudo, se existe ou não doença orgânica. Após essa fase, é que os médicos entram na discussão dos aspectos emocionais e comportamentais que inclusive incluem a genética familiar e os elementos ambientais como a criança em questão, suas vivências, foi vítima ou participante de atos de violência no ambiente que vive? Essa é uma forma que ela vê que os adultos do seu meio resolvem os problemas? Essa análise estuda o comportamento das pessoas — mães, pais, avós, babás, professores, amigos — e situações — escola, lugar onde a criança brinca, falta de espaço, solidão, crianças presas em apartamentos pequenos, excesso de TV — que podem influir no psiquismo das crianças e dos adolescentes. Evidentemente, não é um estudo simples e o médico e o psicólogo, com certa frequência, não podem dizer que

é "o comportamento dessa determinada pessoa que causa a agressividade". Mas os profissionais experientes podem apontar caminhos a serem seguidos: prática esportiva, espaço para as crianças brincarem, incremento do contato com coleguinhas, mudanças comportamentais dos cuidadores, troca de escola e outros. Ainda, sobre a agressividade e a impulsividade, é importante lembrar que podem fazer parte do Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade (TDAH) debatido em outro capítulo deste livro.

MAS O QUE FAZER NA HORA, NUMA CRISE DE AGRESSIVIDADE?

Quando a criança está agressiva, irritada ou de birra, a primeira medida, "para quebrar o clima e acalmar os nervos", é se questionar o porquê? Se a criança está com fome? Está cansada? Está com sono? Está doente? Essas são situações que podem explicar um comportamento disruptivo, embora não os justifique, mas devem ser identificados pelos pais/cuidadores e assim ensiná-los a identificá-los: "você está chorando e irritado porque está com sono, vamos tirar um 'cochilinho' e depois a gente volta a conversar sobre o que te deixou chateado". Esse perfil de abordagem ajuda a criança a entender porque ele está agindo assim? Nem sempre, mesmo identificando e orientando o menor ele não consegue se acalmar, então a família pode construir estratégias como abraço, colo, cantar, respirar pausadamente como técnicas que acalmam, e, paralelamente, ver se alguns dos fatores descritos acima estão envolvidos e assim também ensiná-los a responder de outra forma quando frustrados, com fome, sono, cansaço etc. Isso funciona melhor que qualquer palavra, porque as crianças também se assustam com a própria agressividade, sem saber o que fazer com a emoção negativa. O adulto deve ser o "continente" no sentido de absorver o impacto sem devolver o tom, mas, ao mesmo tempo, ensinar a criança a se conter. Isso mostra para a criança que a mãe, ou o cuidador, sabe lidar com os próprios sentimentos e não vai ficar machucado na situação, e assim aprenderá a lidar com o próprio tumulto interior.

E QUANDO MEU FILHO CHEGA EM CASA MORDIDO OU AGREDIDO?

A resposta para essa pergunta é complexa. Na análise do problema, está envolvida a idade da criança, quem o agrediu, em que situação ocorreu a agressão e a frequência que isso acontece. De forma geral, temos que ter em mente que nunca devemos estimular a violência, mas também não podemos deixar de empoderar a criança, principalmente as pequenas, de que elas têm que encontrar uma estratégia para se defender, por que o corpo a corpo, o bater ou morder, principalmente entre os menores de 4 anos, está muito relacionado com a dificuldade linguística de expressar o que querem ou o que não gostaram, e que os menores estão aprendendo a entender os limites em relação outro. Com o tempo e orientação, as crianças vão aprendendo que não precisam de formas violentas para se defenderem e estabelecerem seus limites. Mas inibir a iniciativa de defesa também pode proporcionar a

redução da autoestima das crianças. Obviamente, quando falamos de crianças no período escolar e adolescentes, a abordagem é a conscientização que o uso de violência não é uma estratégia para resolver conflitos.

MAS ELES MORDEM MUITO!

As formas de relacionamento nos primeiros anos de vida ocorrem por impulsividade e a mordida é uma das pouco elegantes. As crianças, na fase inicial da infância, mordem porque sua força ainda é oral e sua relação com o mundo também. Nesse contexto, a mordida é uma forma de comunicação, de busca por um objetivo, e não de agressão. Mas que pode concretamente ser uma atitude agressiva. A prova é que elas mordem em qualquer lugar. Até que o desenvolvimento da linguagem atinja certo estágio de comunicação, as crianças podem utilizar a mordida para se comunicar e expressar sentimento de frustração, insatisfação, raiva, ciúmes, dentre outros. Depois dos 4 anos, mais ou menos, quando diminui o egocentrismo e elas já possuem maior poder de expressão oral, a mordida passa a ser um comportamento inadequado. Deve-se explicar que morder dói, machuca e que elas podem se relacionar ou obter o que desejam através de outros meios. O morder será superado dando lugar a outras novas fases.

O QUE FAZER NAS CRISES DE BIRRA?

As crianças que esperneiam, que choram, que se jogam no chão, que gritam, que tiram a roupa e que batem a cabeça no chão quando aborrecidas ou frustradas compõem um quadro comum nas experiências das famílias. Na crise de birra, a conduta é deixar que o quadro termine, sem críticas, sem agressões, sem consolo. Podem estar tranquilos de que elas nunca batem a cabeça no chão, com força, a ponto de se ferir. Elas encenam. Passada a fase da birra, é oportuno refletir com a criança sobre o que ocorreu e como ela está: cansada, com fome, com sono? Se o episódio de birra foi induzido por uma solicitação que mereceu um não absolutamente justificado, a mãe deve deixar bem claro que da próxima vez o não vai ser repetido. A mãe deve mostrar que assim não se conseguem ganhos. Observem novamente a história dos limites e da importância do não. Uma boa estratégia para desestimular a repetição dos episódios de birra é sair de junto deixando-as sozinhas. Quando não há público, não há show. Quanto mais se atende ou se dá atenção, mais elas usam esse mecanismo de pressão.

E A CRIANÇA MUITO PARADA, MUITO QUIETA, É DIFERENTE?

Anemia, mau funcionamento da tireoide e muitas outras enfermidades orgânicas causam esses problemas. Assim, os pediatras devem examinar todas as crianças, de todas as idades, que estão paradas, sem interesse, quietas, sem brincar, sem correr e sem competir. O mesmo é recomendado quando o fato ocorre com os adolescentes.

Mas há muitas situações psíquicas que causam o sintoma e é sempre importante lembrar que até as crianças de pouca idade sofrem de depressão. Também é função dos pediatras rever o que pode estar causando essas anormalidades e apontar, sempre debatendo com os familiares, alternativas terapêuticas. Seguramente, o autismo tem que ser pensado nessas situações descritas. As crianças muito quietas também podem apresentar uma das formas de TDAH (Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade – ver capítulo, neste livro) situação em que elas parecem estar sempre alheias a tudo ("estão no mundo da lua"), parecendo desinteressadas ou desestimuladas a participar das atividades.

É IMPORTANTE FALAR UM POUCO SOBRE O AUTISMO?

É assunto importantíssimo e será abordado em capítulo neste livro.

COMO POUPAR OS FILHOS DAS DIFICULDADES ENTRE OS CASAIS?

É possível que a melhor fórmula, a mais inteligente, a mais bem orientada pelos psicólogos e a mais debatida pelos casais para ultrapassar a fase da separação, da constituição de outras famílias e do nascimento de irmãos frutos dessas novas uniões, não resolva o trauma gerado por essas situações. Mas há princípios básicos que devem ser seguidos e que podem minimizar a problemática. Assim os pais não devem:

- Discutir nem se agredir mutuamente na presença dos filhos.
- Mentir e devem informar com palavras simples o que está se passando.
- Usar as crianças como arma para agredir o ex-marido ou ex-esposa dizendo a elas coisa do tipo "aquela mulher do seu pai é uma piranha".
- Difamar a imagem do ex-cônjuge. Ao contrário a imagem materna e paterna deve ser preservada com o máximo de carinho após a separação.
- Permitir que se limite o tempo e o espaço para o convívio dos filhos com os pais e as mães. Todos os pais separados devem levar as crianças às escolas, participar das festinhas infantis, enfim estar presentes. Vez ou outra eles devem estar juntos com os filhos, numa mesma casa, num mesmo restaurante, falando sobre frivolidades e sobre os temas importantes relativos às crianças.

E O NASCIMENTO DO IRMÃO?

Essa é uma fase crítica na vida de algumas crianças que sofrem barbaramente com o sentimento de "perda" ou de "divisão" da mãe a partir do nascimento do

irmão. Algumas crianças nada demonstram. Outras demonstram ciúmes de várias formas. Voltam a chupar chupeta, a tomar mamadeira, a mamar na mãe, a fazer xixi e cocô nas roupas, a chorar como bebê e alguns tendem, inclusive, a agredir o irmãozinho. Ao mesmo tempo, mostram afeto e amor pelo que acabou de nascer. Habitualmente, essa fase é transitória e logo é superada. Para minimizar essa ciumeira, as modificações que tiverem que ser feitas na vida da criança maiorzinha devem ser providenciadas muito tempo antes do nascimento. Assim, se essa dona do pedaço é mudada de quarto após o nascimento do irmão, ela vai ligar essa troca com o nascimento e mais dificuldades surgirão. Por isso, a decisão de ir à escolinha, de mudar de quarto e de tomar qualquer outra atitude que signifique alteração significativa nos hábitos da criança maior devem ser feitas antes do nascimento do outro. Outra atitude que as mães podem adotar para tentar minimizar essa ciumeira é fazer a criança maior participar da preparação para o nascimento. Ir comprar o enxoval e preparar o quarto, por exemplo. Mas algumas mães compram uma lembrancinha e levam para a maternidade. Quando o irmão chega para visitar o novinho, a mãe mostra o presentinho que o irmãozinho trouxe. Aí começa a se instalar o mecanismo de compra e venda. É válido? Possivelmente não. O uso do "presente" pode significar um pacto de respeito pelo mais velho.

COMO DEVE SER A PARTICIPAÇÃO NOS MOMENTOS TRISTES?

Deve ser sem mentira. As crianças devem visitar os doentes, mesmo que seja alguém muito próximo como um avô muito querido ou mesmo a insubstituível mamãe, provavelmente após os 3 ou 4 anos quando os princípios do pensamento racional começam a ser montados. É importante que elas saibam e, mais que isso, vivenciem que a vida é feita de boas e alegres fases e de instantes maus e tristes. Evidentemente, há que se escolher o momento adequado para que isso seja feito. Levar as crianças ao hospital ou à casa do doente para uma visita, num momento menos crítico, acompanhadas por pessoas menos dramáticas e com mais equilíbrio emocional, é o ideal. E se elas desejarem voltar a visitar, isso deve ser providenciado. E os adultos devem responder às suas dúvidas, com palavras que possam entender, e sem dramaticidade excessiva. É claro que os adultos devem demonstrar, eles mesmos, certo grau de tristeza com o que está ocorrendo. E não há malefícios em citar a palavra morte, usando os exemplos da natureza, muitos já conhecidos pela criançada. O comparecimento ao funeral e ao enterro também deve fazer parte das experiências dessas crianças maiores. Não são aceitas as explicações enganosas para a morte, que todos ouvimos. Qualquer criança de 4 ou mais anos que não participou das cerimônias fúnebres de um ente muito querido, que sumiu sem explicações, que vai fazer muita falta e deixar saudades, dificilmente vai aceitar a explicação "vovô foi para o céu". E é assim que muitas famílias procedem para poupar a participação nesses momentos de dor. Essa criança seguramente aceitará a morte, evidentemente com certo sofrimento, se participar sem mentiras, de alguns momentos desses eventos naturais. E há algumas dificuldades emocionais vivenciadas pelo ser humano e

relacionadas com a primeira postura, de omitir os fatos, de esconder a verdade, de montar uma historinha irreal.

COMO PROCEDER NAS QUEDINHAS DA VIDA?

Nossa atenção maior é para impedir os acidentes graves — quedas, fraturas, traumas cranianos, intoxicações medicamentosas e por venenos, choques elétricos e aspiração de corpo estranho. Leiam o capítulo *Acidentes*. As quedinhas ensinam. A dor que causam também ensina a se cuidar, a estabelecer limites. As crianças devem ser colocadas, a partir dos cinco ou seis meses de idade, num ambiente mais espaçoso que permita movimentação e ajude a acelerar o desenvolvimento. Essa exposição a um maior espaço, obviamente o chão, e mesmo que seja num piso emborrachado (tatame) que algumas lojas vendem, mesmo com todos os cuidados, vai expor a criançada a algumas quedas que são, numa última análise, o início da experiência de viver livremente. Assim, é certo que algumas quedinhas vão acontecer e isso faz parte do aprendizado para a vida. Então, nessas quedinhas, logo após o terapêutico colo e o maravilhoso carinho, e ao se constatar que nada de mais aconteceu (não houve sangramento e nenhum outro sinal de algo mais grave) é importante devolver a criança para o chão para que continue a brincar. E se ela novamente cair, volte a devolver para o chão. É óbvio que cada uma vivencia a quedinha de forma diferente, assim como os familiares. Mas nada de drama. Nada de criticar a babá. Nada de achar que essas quedinhas causam lesão cerebral. Logo, logo, as crianças vão desenvolver mecanismos para evita-las, como também estabelecer os seus próprios limites. E a vida continua, nessa fase, com mais aprendizado, com mais habilidades, com uma melhor definição dos limites.

QUANDO PREPARAR A CRIANÇA PARA VIVER SEM OS PAIS?

Pensamos que a partir do desmame os pais devem deixar os filhos aos cuidados das avós ou das tias por curtos períodos — alguns fins de semana, por exemplo — para que eles aprendam a confiar em outras pessoas e também aprendam a viver sem a presença da mãe e do pai. Assim, as crianças têm um duplo aprendizado: o primeiro é confiar em outros cuidadores e, a partir daí, confiar nas pessoas de um modo geral; o segundo é começar a se acostumar a viver sem a presença constante das mães e dos pais. Certamente, os pais também amadurecem com essas separações curtas e percebem, na volta, que tudo se passou sem atropelos. É importantíssimo perceber que mamãe e papai são maravilhosos, mas não são os únicos. É lastimável a observação constante de que certas mães e pais têm que sair escondidos, pela porta da cozinha, para que os filhos não chorem. Isso é uma atitude equivocada. As crianças têm que se acostumar com as idas e as vindas, com as presenças e as ausências dos pais. E isso deve ser preparado desde cedo, desde o primeiro ano de vida. Após esse início, é importante passar alguns fins de semana sem os pais, na companhia de outros familiares por um tempo maior para que se acostumem. Lá na

frente, quando houver uma separação por um período longo, para um intercâmbio cultural no exterior, por exemplo, ou para a mudança definitiva da casa dos pais, os traumas e as incertezas estarão minimizados, tanto para os filhos quanto para seus pais, por esse aprendizado anterior.

ESSA SEPARAÇÃO É SEMPRE UM SOFRIMENTO!

Seguramente, a melhor mãe é como o melhor diretor de empresas: sai de férias e a firma continua a operar normalmente. Para nos ajudar a esclarecer sobre a questão recorremos a alguns trechos do texto *A mãe desnecessária*, escrito por Márcia Neder (vilamulher.com.br). Diz a Márcia que: "a boa mãe é aquela que vai se tornando desnecessária com o passar do tempo". Dentre outras noções de grande valor ela diz:

> "Ser 'desnecessária' é não deixar que o amor incondicional de mãe, que sempre existirá, provoque vício e dependência dos filhos, como uma droga a ponto de eles não conseguirem ser autônomos, confiantes e independentes. Prontos para traçar seu rumo, fazer suas escolhas, superar suas frustrações e cometer os próprios erros também... O que eles precisam é ter certeza de que estamos lá, firmes, na concordância ou na divergência, no sucesso ou no fracasso, com o peito aberto para o aconchego, o abraço apertado, o conforto nas horas difíceis. Pai e Mãe — Solidários — criam filhos para serem livres. Esse é o maior desafio e a principal missão. Ao aprendermos a ser 'desnecessárias', nos transformamos em porto seguro para quando eles decidirem atracar."

E O SONO, CHUPETA, ROER UNHAS, ANOREXIA NERVOSA?

Esses assuntos foram debatidos em outros capítulos.

QUANDO E COMO COMEÇAR A TRATAR DAS QUESTÕES SEXUAIS?

Transcrevemos alguns aspectos da resposta de uma das colaboradoras que é psicóloga, formulada anos atrás:

> "A diferença entre os sexos deve ser tratada da maneira mais natural possível. Quando uma criança questiona por que a outra tem no corpo alguma coisa que ela não tem, a resposta deve ser a mais simples e verdadeira possível, ou seja, porque a outra criança é do outro sexo.
>
> O tempo todo a criança esbarra com diferenças. A diferença entre os sexos é apenas mais uma delas e deve ser tratada e respondida com a mesma naturalidade de todas as outras.

Damos um exemplo prático do banho comum de crianças de sexos distintos ou do banho delas com os adultos. Não adianta querer separar os irmãos no banho porque uma hora ou outra eles vão se dar conta da diferença e quanto mais cedo e com mais naturalidade isso for tratado com a criança melhor. Tomar banho junto com os pais também não deve proibido. Mas é importante ressaltar a necessidade de a criança estar sozinha no banho para que ela se toque, se conheça, se descubra. E nesse momento é importante que ela esteja sozinha.

Para reduzir segredos, mistérios ou tabus, usar de verdade, mas uma verdade simples e acessível à criança, sempre se limitando a responder só o que foi perguntado, sem explicações complexas e prolongadas.

É importante que a criança conheça a genitália dos pais e dos irmãos do outro sexo. Por uma questão social é bom que a exposição não seja frequente. Obviamente, é importante que os pais não tomem aquele baita susto e corram para se esconder como se sua genitália fosse algo secreto ou vergonhoso. Isso, sem dúvida, permite a criação de mil fantasias na cabecinha das crianças e alguns traumas podem vir daí.

Acho importante que os pais tentem buscar na memória como foi para eles a descoberta das diferenças entre os sexos. Caso tenha sido uma experiência tranquila, é importante tentar que ela se repita com os filhos.

Uma dica legal é tentar devolver a pergunta para criança, por exemplo: por que você acha que nasceu assim e seu irmão de forma diferente? Quem você acha que escolhe se a gente nasce menino ou menina? Você queria ser do outro sexo, por quê? Como é que seria se você não tivesse nascido menino? Você sabe quais são as outras diferenças entre meninos e meninas? Com estes questionamentos vocês conseguem ter um entendimento de até onde seu filho já sabe, quais são as fantasias dele, o que é que ele realmente quer saber."

E QUANDO A CRIANÇA INSISTE EM TOCAR NA GENITÁLIA DOS PAIS?

Tocar uma vez na genitália dos irmãos ou dos pais não deve causar surpresa nem susto. Isso é uma forma de conhecer e não tem significado. Mas nessa mesma oportunidade os pais devem esclarecer aos pequenos que os genitais e os outros órgãos do corpo de cada pessoa têm que ser cuidados com muito carinho e devem ser tocados apenas por pessoas confiáveis. Assim, os genitais, os olhos, os ouvidos, a boca e todos os outros órgãos devem ser cuidados com extremo carinho e não podem ser tocados a qualquer momento, por qualquer pessoa, sobretudo por estranhos.

OPINIÃO DE UMA CUIDADORA

> "Acho que o toque dos genitais dos pais até poderia ser natural desde que, para os pais, não haja constrangimento. Caso seja embaraçoso, o que é bastante normal, tal atitude não deve ser permitida, pois a criança perceberá o mal-estar e poderá criar fantasias negativas a partir dessa experiência. Ter partes do corpo que são tratadas de forma particular e privativa não tem nada de mal, desde que não se passe a ideia de que elas são sujas ou pecaminosas."

COMO FALAR PARA A CRIANÇA SOBRE QUEM PODE TOCAR NA GENITÁLIA DELA?

Os pediatras, enquanto examinam os genitais das crianças, devem dizer de forma bem simples que apenas os papais, os avós e os médicos podem tocar nos genitais delas. E que mesmo o médico deve examinar os genitais na presença dos pais. Os profissionais devem falar que as crianças da rua, da escola e os outros adultos não devem fazer isso. Essa orientação, formulada lá pelos 5 anos de idade, deve sempre ser acompanhada de explicações simples e acessíveis. "Você não deve deixar que uma pessoa estranha toque no seu corpo, no seu olho, na sua boca e no 'pipi'. Faz mal, pode trazer doenças" ou "seu corpo é limpinho e a pessoa estranha pode estar com a mão suja". O médico não deve, nessa idade, dar conotação sexual. Os pais não devem ficar repetindo, com frequência essa orientação, mas, vez ou outra, quando estiverem fazendo a higiene genital, o assunto deve ser abordado. Desde sempre a manipulação genital por estranhos e a conotação de violência sexual pode e deve ser abordada. Caso você tenha dificuldade há uma literatura extensa que ajuda a conversar sobre esse assunto nas diversas idades

A OPINIÃO DE UMA CUIDADORA E PSICÓLOGA

> "Acho superimportante que não comecemos a incutir nas cabecinhas dos pequenos as questões das maldades humanas, seria terrível crescer e se constituir em um mundo tão inseguro assim, mas como vocês mesmo disseram, lá pelos 8 ou 10 anos, muito mais por uma questão de segurança, as crianças devem começar a ser alertadas de maneira mais enfática.
>
> É ótima a ideia de tratarmos o corpo humano como um todo, sem supervalorizar determinadas partes, como a genitália. Dizer que não se deve tocar na genitália, como não se deve tocar nos olhinhos ou na boca para não causar doença é uma excelente maneira de informar e educar sem assustar ou traumatizar.
>
> Podemos ainda, orientar os pais a, logo que a maturação motora e cognitiva possibilite, incentivarem seus filhos no sentido de uma autonomia no que se refere a higiene dos órgãos genitais, pois percebo muitas vezes, nos relatos

do consultório, que os pais não dão tanta importância a essa questão, mas ao mesmo tempo esperam que seus filhos sejam os primeiros a largarem a chupeta, a fralda, mamadeira etc. Não percebo os pais tão preocupados assim, no que se refere a higienização autônoma dos órgãos genitais de seus pequenos.

Outro tema que considero interessante, apesar de não presenciar tanto esta temática no consultório, é a questão incestuosa dos irmãos, que deve ser algo no mínimo desesperador para os pais que enfrentam a situação.

Outro dia, também me vi em uma situação embaraçosa quando, ao passear com minha filha, nos deparamos com um travesti. Ela imediatamente percebeu 'algo de estranho' me questionando se se tratava de um menino ou uma menina. A primeira resposta que me veio à mente foi dizer que era um homem e ela, obviamente, me questionou por que ele estava vestido de mulher. Meio perdida, respondi que ele estava fantasiado de menina para ir a uma festa. Ela continuou a me olhar com ar de estranheza, mas como não fez mais questionamentos, dei o assunto por encerrado. Aceito dicas ou sugestões sobre diferentes formas de responder a esses tipos de questões.

Bom, audaciosamente, contrariando Nelson Rodrigues, não creio que 'toda nudez será castigada', mas que se tratada de maneira natural, toda nudez será abençoada."

E AS CRIANÇAS QUE "BRINCAM" COM OS GENITAIS

Essa "brincadeira" é debatida no capítulo *Masturbação*.

E A QUESTÃO DO GÊNERO NA INFÂNCIA?

O fato de o menino de 4, 6 ou 8 oito anos se interessar por brincadeiras de meninas e por apresentar certos trejeitos femininos pode ou não ser questão de gênero. É possível que uma presença feminina dominante no seu ambiente, junto com a ausência masculina, do pai ou de colegas do mesmo sexo, o leve a ter interesses voltados mais para as bonecas e outros itens de interesse feminino. Nesse caso, o pai deve se aproximar do filho e promover brincadeiras com meninos. Embora não se possa falar em tendência homossexual, é importante desde cedo reprimir a homofobia e respeitar a tendência sexual de todos o que deve ser um bom exemplo aprendido em casa para tornar os filhos mais tolerantes no futuro. Estes argumentos são passíveis de muita censura, de muita crítica.

NAS CRIANÇAS, EXISTEM AS DOENÇAS PSICOSSOMÁTICAS?

Ocorrem nas crianças, certas situações, algumas graves e até letais, causadas por problemática emocional. Há formas graves de desnutrição causada por carência afe-

tiva. Há crianças que ruminam e que vomitam por meses todo o alimento ingerido e nas quais nunca se consegue demonstrar doença orgânica. Algumas morrem por inanição. Isso é clássico. Há evidências de que no útero os fetos vivenciam as angústias maternas e alguns podem desenvolver doença orgânica como a úlcera gástrica. A asma, a enxaqueca e outros tipos de dor de cabeça, a dor óssea, articular e muscular, a dor abdominal, o vômito, a diarreia e muitos outros problemas que podem ser produzidos por doenças físicas, infecções e outros problemas. Os capítulos sobre *Asma, Dor, Dor de cabeça, Diarreia, Constipação intestinal, Vômitos* e outros deste livro, tratam do envolvimento emocional em várias situações clínicas.

QUANDO RECORRER AO PSICÓLOGO OU AO PSIQUIATRA?

Os pediatras indicam consulta a um desses profissionais sempre que a situação extrapolar o seu nível de conhecimento e de resolução ou quando houver algum motivo especial para avaliação e/ou seguimento por um profissional com qualificação especial na área do psiquismo infantil. A orientação adotada pelo psicólogo ou pelo psiquiatra deve sempre ser compartilhada com o pediatra para que exista uma orientação consensual para que os melhores resultados sejam conseguidos. Eles têm uma função extraordinariamente importante que é definir se o que o paciente apresenta se chama um distúrbio reativo de conduta ou outra situação mais importante. O distúrbio reativo de conduta é aquele que decorre das circunstâncias emocionais que cercam a criança ou o adolescente. A maior parte dessas situações é diagnosticada e orientada pelos pediatras. Mas existem situações que decorrem de distúrbios mais complexos, até da química interior do indivíduo, que precisam da avaliação de quem for mais qualificado para diagnosticá-las e tratá-las, os psicólogos e psiquiatras especificamente qualificados para diagnosticar e ajudar a resolver problemas do psiquismo.

QUANDO USAR REMÉDIOS?

Evidentemente as medidas terapêuticas dos desvios comportamentais que discutimos decorrem do entendimento das causas, que são também de ordem psíquica ou afetiva, e da sua correção. A fitoterapia, a homeopatia e os florais de Bach, somados às medidas de controle das causas desses desajustes, auxiliam. Os remédios são usados para situações mais importantes como as formas mais críticas de depressão e do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade. E, habitualmente, quem os receita são os psiquiatras ou neurologistas de crianças e adolescentes.

OUTRA PARTICIPAÇÃO DE UMA CUIDADORA E PSICÓLOGA

> "Sei que este é um assunto espinhoso, mas acho que vale a pena ser inserido. Há atualmente muitas crianças sendo medicadas com Ritalina. O remédio é usado para hiperatividade, quando na realidade não são crianças hiperativas,

mas apenas cheias de energia, levadas e dinâmicas. Os pais usam a medicação para "dopar" os filhos e assim terem menos trabalho. É desnecessário dizer do absurdo deste expediente. Remédio não pode ser usado como babá e os pais precisam entender que estão, de alguma forma, drogando seus filhos."

ONDE PODEREMOS CONHECER MAIS SOBRE O PSIQUISMO?

Recomendamos alguns livros:

TIBA, Içami. **O sucesso dos pais não garante a felicidade dos filhos.** São Paulo: Editora Gente, 1992.

TIBA, Içami. **Sexo e adolescência: a sexualidade do jovem brasileiro.** São Paulo: Editora Gente, 1993.

TIBA, Içami. **Amor, felicidade & Cia.: o que a família tem a ver com isso?** São Paulo: Editora Gente, 1994.

TIBA, Içami. **Ensinar aprendendo: como superar os desafios do relacionamento professor-aluno em tempos de globalização.** São Paulo: Editora Gente, 1998.

TIBA, Içami. **Disciplina: o limite na medida certa.** São Paulo: Editora Gente, 1996.

TIBA, Içami. **Quem ama, educa!.** São Paulo: Editora Gente, 2002.

TIBA, Içami. **Puberdade e adolescência: aproveitando as mudanças, evitando os perigos**. São Paulo: Editora Gente, 2005.

TIBA, Içami. **Seja feliz, meu filho!**. São Paulo: Editora Gente, 2006.

TIBA, Içami. **Abaixo a irritação: como prevenir a violência**. São Paulo: Editora Gente, 2008.

ZAGURY, Tânia. **Escola sem conflito: parceria com os pais.** Rio de Janeiro: Record, 1995.

ZAGURY, Tânia. **Limites sem trauma: construindo cidadão***s*. Rio de Janeiro: Record, 2001.

ZAGURY, Tânia. **Educar sem culpa: a gênese da ética.** Rio de Janeiro: Record, 2005.

Há programas de televisão que ajudam a conhecer sobre essa temática e recomendamos especialmente a *Supernanny*. Recomendamos ainda que vocês interajam com o blog da educadora e teóloga Alexandra Guerra (www.alexaguerra.blogspot.com) que apresenta excelentes textos e outros materiais sobre a educação dos nossos filhos.

8.5 MASTURBAÇÃO

Carmem Lúcia Campos Maciel
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

8.5.1 ASPECTOS CONCEITUAIS

O tema será abordado do ponto de vista biológico. Não serão revistas as tradições culturais e os dogmas religiosos acerca do tema.

Os pais, vez ou outra, procuram os pediatras sobre os meninos e as meninas, de poucos anos, flagrados em práticas que lembram a masturbação. Eles não procuram discutir o tema nos adolescentes e, portanto, o assunto nas crianças parece não preocupá-los. Assim, revisaremos o tema apenas nas crianças.

CRIANÇAS DE POUCOS ANOS TÊM PRAZER SEXUAL?

A sexualidade tem raízes na infância. Prazer, erotismo, sexualidade, libido — energias vitais — estão presentes desde os primórdios da vida. Já foi citada a fase oral quando a boca tem significado erotizante e a amamentação ao peito é tida como o protótipo da relação amorosa. O passar dos anos assiste à substituição da boca por outras zonas erógenas, a anal e a genital. Logo, a menina e o menino identificam o pai e a mãe, respectivamente, como seus ideais sexuais. O psiquismo avança e levanta barreiras contra o pai e a mãe como objetos sexuais. Um período de latência é observado e é consequência dessas barreiras e da inibição sexual. No início da alfabetização, surgem múltiplas e novas áreas de interesse. De forma simplista, é possível dizer que a criança dessa etapa canaliza seu interesse sexual, sua libido, para esses novos objetos: pessoas, pensamentos, conhecimentos e várias outras áreas interessantes. Finalmente, os hormônios desencadeiam a puberdade, com suas profundas transformações físicas e psíquicas, e a sexualidade desabrocha plenamente. E a masturbação se instala como um dos seus marcos. De forma resumida, é assim que os estudiosos falam sobre a sexualidade nos primeiros anos. Mas todos devem ler mais sobre o assunto.

A MASTURBAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA NÃO PREOCUPA. E NA INFÂNCIA?

A manipulação genital, a busca pelo conhecimento do corpo, é normal em toda a criançada após os 2 anos de idade. E é a exploração normal da genitália que permite a criança descobrir o prazer que isso provoca. E esse prazer inicial é importantíssimo na montagem da vida sexual futura tão fundamental e saudável para todos nós. E tudo o que é bom, gostoso e prazeroso tende a ser repetido. A exploração dá lugar à masturbação que é a manipulação genital com manifestações de prazer. É mais observada ao redor dos 4 anos, quando se avalia que um terço das crianças a praticam.

Logo, surgem outros interesses que canalizam as energias da gurizada e se instala uma fase de latência e de inibições que fazem com que a masturbação seja minimizada ou não praticada, até desabrochar plenamente na adolescência.

ISSO É VÁLIDO PARA O MENINO E PARA A MENINA?

Sim. Meninos e meninas se masturbam, lá pelos 4 anos. Isso é absolutamente normal, desconstruindo, ainda muito cedo, a ideia de que o homem necessita mais de sexo. Uma das colaboradoras diz que o "prazer é um direito divino e deveria ser constitucional".

O QUE É EXPLORAÇÃO DO CORPO E O QUE É MASTURBAÇÃO?

Após algum tempo de observação, é possível definir o que é exploração e o que é masturbação. A observação deve ser discreta, sem críticas, sem comentários, sem "ensinamentos sábios". Vejam as seguintes diferenças:

A exploração da genitália ocorre em todas as crianças lá pelos 2 ou 3 anos e é transitória. Elas manipulam a genitália uma vez ou outra, sobretudo durante o banho, e não têm prazer. Logo elas perdem esse interesse.

A masturbação não acontece em toda a criançada e é mais bem caracterizada após os 4 anos de idade. Existe prazer durante a manipulação e as crianças parecem estar ausentes, absortas, aturdidas e ficam enrubescidas. O prazer justifica a repetição da prática que tende a se prolongar por meses ou anos. Algumas crianças se masturbam várias vezes ao dia, outras apenas uma vez na semana. Acontece principalmente quando estão sozinhas, vendo televisão, ou sob stress, como pressionadas para deixar a chupeta.

A MASTURBAÇÃO É SEMPRE COM AS MÃOS?

É usual com as mãos. Roupas e outros objetos poderão ser usados.

DOENÇAS GENITAIS OU NAS VIAS URINÁRIAS CAUSAM MASTURBAÇÃO?

Doenças genitais — vulvite na menina e postite no menino, anais, oxiurose, ou urinárias, cistite — produzem coceira, ardor ou dor local que podem produzir manipulação excessiva da genitália. Todas as crianças que estão se tocando excessivamente precisam ser avaliadas pelos médicos. Essas doenças causam aumento na manipulação, mas nunca a masturbação. A masturbação não é causada por doença. É uma manifestação saudável do organismo, da biologia das crianças.

O TIPO DE ROUPA AUMENTA A MANIPULAÇÃO GENITAL?

Pode aumentar a manipulação, mas não causar masturbação. Calcinhas de tecidos sintéticos e certos produtos para asseio genital podem causar vulvites que po-

dem fazer com que a criança toque mais na genitália. Fato semelhante pode ocorrer com o menino.

CRIANÇA SEXUALMENTE ESTIMULADA PODE SE MASTURBAR?

As crianças estimuladas sexualmente por alguém podem desenvolver o hábito e é possível que essa iniciação sexual estimulada possa causar danos ao desenvolvimento normal da sexualidade. Assim, os pais devem ter o cuidado de verificar atentamente se esses estímulos estão sendo oferecidos aos seus filhos que se masturbam. É importante verificar quem cuida do asseio geral e do genital em particular, pois é possível que na hora dessa higiene, a genitália esteja sendo estimulada.

QUANDO CONSIDERAR A MASTURBAÇÃO UM PROBLEMA?

Praticamente nunca. São excepcionais os casos em que a criança se masturba com uma frequência muito alta e de forma intensa. Nesses casos chega a deixar de brincar para ficar se masturbando. Nessas raras situações, os pais devem buscar um auxílio profissional para descobrir o que está provocando esse comportamento. A medicina alerta sobre a possibilidade de a criança estar sendo estimulada ou sobre outras condições que favorecem o hábito: solidão, excesso de TV, falta de atividade física e de coleguinhas, tensão emocional.

MASTURBAÇÃO PODE SIGNIFICAR TENDÊNCIA PARA PERVERSÃO?

A medicina e a psicologia nada conhecem que sugira isso. Algumas crianças valorizam mais essa atividade por características peculiares de sua natureza psicoafetiva ou instintiva. Cada criança tem sua forma de viver a sexualidade e isso varia até entre irmãos.

E QUANDO A MASTURBAÇÃO OCORRE NUM LUGAR PÚBLICO?

Quando vocês perceberem isso, procurem de forma bem inteligente desviar a atenção delas para algo interessante. A masturbação é suspensa de imediato. Depois, lá na sua casa, vocês devem explicar a seus filhos que há coisas — fazer coco, xixi e brincar com os órgãos genitais — que não devem ser feitas na frente das pessoas. Devem mostrar a diferença entre o público e o privado e não entre o certo e o errado

DEVO CENSURAR MINHA FILHA QUE ESTÁ SE MASTURBANDO?

Censurar, criticar, bater na mão e adotar uma série de outras ações punitivas, mesmo pessoalmente, mas principalmente na presença de outras pessoas, é errado e não educativo. A masturbação deve ser tratada de forma muito simples, natural, nunca como uma coisa feia, proibida, doentia, maléfica. As crianças que se mas-

turbam devem sentir que vocês entendem e respeitam esse comportamento que é absolutamente normal.

NOSSAS ATITUDES PODERÃO ESTIMULAR A MASTURBAÇÃO?

A melhor postura é a de neutralidade. Vocês não devem manifestar agrado nem desagrado. Não devem achar feio nem bonito. Nem estimular nem desestimular. Já foi dito que os adultos não devem proibir a masturbação, mas é óbvio que não devem estimulá-la. As duas posturas são errôneas e podem contribuir para aumentar a frequência e para tornar a masturbação mais contínua e talvez dificultar o andamento da sexualidade normal.

É DURO ACEITAR MUITOS DESSES CONSELHOS.

Acreditamos que o modelo vigente na época em que as senhoras e senhores foram criados é diverso do que é adotado hoje. Mas é importante acreditar no que os psicólogos e psiquiatras que estudam o assunto nos ensinam. Eles informam que a masturbação faz parte do comportamento humano normal, mesmo numa criança de 5 anos. E são extremamente enfáticos ao dizer que a masturbação não deve ser reprimida, proibida, maculada, estigmatizada. Também falam que não deve ser estimulada.

QUANDO LEVAR AO PSICÓLOGO?

Sempre que vocês estiverem com dúvida sobre a masturbação ou outro aspecto do comportamento das crianças é importante refletir sobre o tema. Vocês devem procurar ajuda se: as crianças persistem com a masturbação na presença de outras pessoas ou tentam manusear os genitais de outras pessoas; há suspeita de que alguém as tenha excitado sexualmente; elas não estão felizes; vocês não aceitam a masturbação como fato normal.

FALEM SOBRE OUTRAS ATITUDES CERTAS E ERRADAS.

É certo: conversar com as pessoas da casa — babás, tios, avós — e com os professores para que uma mesma orientação seja seguida por todos. Esse é aspecto essencial e é terrível que a criança perceba que a mãe aceita, mas que o pai recrimina a masturbação. Falar reservadamente com a criança que pratica a masturbação; pai e mãe devem aumentar o contato com a criança que se masturba, pois a carência afetiva pode estimular o hábito; criar atividades físicas (natação, futebol, judô, escolinha de arte e outras) e estimular o convívio com muitos coleguinhas já que o isolamento favorece a masturbação; dar exemplos sobre o que deve ser feito num ambiente público (conversar, brincar) e o que deve ser feito num ambiente privado (defecar, urinar, masturbar); conseguir um acordo para que a masturbação ocorra

num local privativo, por exemplo, no quarto ou no banheiro; responder às dúvidas da criança com palavras simples e apenas ligadas às perguntas formuladas; respeitar as crenças religiosas; identificar se há dados de compulsividade, de isolamento, de baixa autoestima ou de outros comportamentos atípicos que precisam ajuda psicológica e/ou médica;

É errado castigar, punir, censurar, criticar, humilhar e usar qualquer mecanismo repressivo que cria conflitos difíceis de reparar e provavelmente maléficos para o desenvolvimento da sexualidade normal; usar os termos proibido, sujo, feio, imoral e outros que deturpam o ato masturbatório; abordar a criança na presença de outras pessoas e passar informações sobre o assunto; ignorar o que está ocorrendo e deixar que a masturbação seja praticada em qualquer lugar; ficar vigiando a criança; dar muitas explicações sobre sexo e sexualidade e muito menos mentir sobre esse tema; auxiliar na divulgação de mitos como os que informam que a masturbação faz crescer pelo na mão, que causa doença nos genitais, que produz loucura.

8.5.2 ASPECTOS PRÁTICOS

Vejam o relato de uma cuidadora para acrescentar e aprofundar o conhecimento sobre esse tema:

> "Tenho duas irmãs e já depois de adultas, em conversa informal e corriqueira, descobrimos que só havíamos nos masturbado depois de adultas. Todas as três! Aí tinha coisa! Minha mãe, infelizmente, teve uma vida sexual nada satisfatória e isso deve ter a levado a desvalorizar o sexo, afinal, se ela não tinha prazer, achava correto 'poupar' as filhas, culminando em algumas consequências que poderiam ser evitadas. Certamente, fomos prejudicadas de alguma forma. No mínimo, não nos foi permitido o 'prazer' que já foi considerado um pecado para as mulheres. Este tipo de prazer era coisa para homens com profissionais do sexo. Nossa mãe certamente não teve uma educação sexual e deve ter passado também por problemas que naquela época não se resolviam como hoje. Para se ter uma ideia, ela se referia à higienização da genitália como uma desinfecção. Usava a seguinte frase: 'vou me desinfetar'. Já depois de mãe, flagrei a minha avó que estava ao lado da minha filha, ao assistir a um simples toque na genitália, foi logo com um discurso repressivo e absurdo, chamando a genitália de suja, feia e fedorenta. Eu, já escaldada, dialoguei imediatamente com a minha filha, substituindo os adjetivos pejorativos por outros bem mais agradáveis e conversei seriamente com a minha avó sobre o fato. Foi importante não só esclarecer as coisas com a minha filha como alertar a avó que sua orientação educacional era outra, que eu não concordava com aquilo, explicando ao máximo, com carinho e argumentos para que o fato não se repetisse mais. Acredito que muitas mães, pelo menos da minha geração, passaram por esses problemas e o pior, acredito que isso se repete até em gerações posteriores."

O resumo que apresentamos não esgota o tema nem substitui a avaliação médica e/ou psicológica. Todos devem ler mais sobre o assunto, o que sem dúvida implica um "mergulho" num dos mais interessantes temas do comportamento humano.

8.6 CHUPETA OU DEDO?

João Carlos Gonçalves Oliveira
Otelo Schwambach Ferreira

A sucção do dedo e da chupeta são práticas antiquíssimas e, embora pensemos que os médicos manifestam mais dúvidas do que certezas sobre o tema, vamos tentar revisá-lo sob a ótica da medicina.

No feto e no recém-nascido a sucção é reflexa, "automática", independente da vontade. Fetos chupam o dedo lá pelas 18 semanas de gestação. A maioria das crianças novinhas continua a sugar de forma não voluntária. Sugam tudo: seu dedo, sua mão, a do médico e até a roupa. Essa capacidade de sugar é um dos critérios de normalidade do recém-nascido. O que não suga está doente. Os mamíferos desenvolveram a sucção para a sua sobrevivência: sugar o peito materno. Após algum tempo, a sucção involuntária desaparece e passa a ser voluntária.

A chupeta, inventada para imitar e substituir o mamilo materno, é registrada há muitos séculos. Há relatos sobre os primeiros formatos, sempre imitando o mamilo das mães, e dos primitivos materiais usados na sua confecção. A forma e os produtos atuais usados na fabricação (látex e silicone) são escolhidas pela indústria para que a chupeta se assemelhe ao mamilo materno.

Não pretendemos debater a sucção involuntária do dedo ou da chupeta nos primeiros tempos de vida, na fase reflexa. Isso faz parte da biologia normal do ser humano, mamífero. Pretendemos discutir as implicações para a saúde da sucção do dedo ou da chupeta, por meses ou anos.

SERÁ QUE A CHUPETA NÃO É IMPOSTA À MAIOR PARTE DAS CRIANÇAS?

Há dados indicando que nove de dez mães dão chupeta se o filho que acabou de nascer está chorando. E cremos ainda que a maioria das mães a inclui no enxoval. O bebê, que tudo suga automaticamente, pega a chupeta com avidez. Os desavisados, que não sabem dessa fase não voluntária, pensam que ele está gostando da "pepeta". Nos berçários, a oferta generalizada, abusiva, não criteriosa e não pensada é evidente. Chorou, chupeta no bebê! Está sugando o dedo, chupeta nele! Está com fome, chupeta para enganar! Chupeta até quando não há razão aparente para oferecê-la. Mas, independentemente de ser bom ou mau hábito, ela vem sendo usada por séculos.

As recomendações para o uso variam em todo o mundo. A OMS desaconselha e a Academia Americana de Pediatria a recomenda por algum período, com base em

estudos científicos, para a prevenção da Síndrome da Morte Súbita. Orienta que os bebês devem usar quando já estiverem estabilizados, a partir de três a quatro semanas.

E QUANDO A CHUPETA DEVE SER DADA?

A chupeta não deve ser oferecida com tanta liberalidade; não deve fazer parte do enxoval. Se oferecida, o bebê vai sugar e se deliciar. *Lembrem-se sempre disso: a boa prática é não dar a chupeta nos primeiros dias da vida. Nesses primeiros tempos, a mãe deve amamentar e levar a criança ao peito, livremente. Também deve pegar no filho, colocar no colo, acalentar, acariciar, acalmar com palavras, num ambiente tranquilo, com pouca luz. Esse tempo é para aprender sobre as necessidades e características do neném. E só com algum tempo de conhecimento e de observação é possível ver se há algum espaço para a chupeta.

MAS A PRESSÃO PARA DAR A CHUPETA VAI SER GRANDE! COMO REAGIR?

A nossa cultura é de dar a "pepeta". Todos os que cercam o bebê vão insistir. A mãe, cansada, também tende a usar, a lei do menor esforço. Mas não é correto. Mãe, pai, avós, babá têm que esperar algum tempo. Vejam se o bebê se ajusta e se acalma com a amamentação e com carinho, o colo e a tranquilidade de todos. Essa tranquilidade é adquirida com as informações corretas. Procurem falar com o neonatologista, o pediatra, enfermeiras e, se possível, com fonoaudiólogo e odontopediatra, para saber sobre riscos e benefícios. Chupeta deve ser exceção.

MAS QUAL A HORA DE DAR A CHUPETA?

O ideal é não dar. Nosso povo chama a chupeta de "consolo" e os de língua inglesa de "pacifier" (pacificador). Denominações geniais, não acham? Algumas crianças, mais que outras, necessitam sugar intensamente continuamente, tanto é que chupam o dedo. Após algum tempo de vida, se o bebê é irritadiço, mesmo no peito e bem atendido em suas necessidades, se quer sugar mais, se está com o dedo na boca, se não quer nada com o berço, é possível que a chupeta ajude. Não existe fórmula para informar qual o momento certo. Nosso pensamento é que a chupeta é como remédio. Ambos devem ser usados com critério, com cuidado, sempre que preciso, após esgotadas outras alternativas. Um outro aspecto que nos faz refletir sobre a não necessidade da chupeta é o comportamento dos bebês exclusivamente amamentados que na grande maioria rejeita a chupeta.

QUAL CHUPETA DAR?

Os odontólogos recomendam as ortodônticas, preferencialmente de silicone. Mas há crianças que se adaptam melhor às chupetinhas antigas, de borracha, bem baratinhas, vendidas nas feiras livres. As chupetas têm prazo de validade. Após três

meses devem ser trocadas, ou mesmo antes, se apresentam sinais de desgaste ou de sujeira. Trocar por um tipo diferente do anterior é mecanismo para desestimular o apego ao "consolo".

A CHUPETA DEVE SER DADA PARA OS QUE SUAGAM O DEDO?

É possível que esse seja um dos critérios para oferecer a chupeta. Estudo recente, mostra que os problemas podem surgir tanto por uso da chupeta como por uso do dedo ou de outros objetos, o que os dentistas chamam de "hábitos orais persistentes". Eles podem causar alterações tanto na posição dos dentes na boca, como interferir na mastigação, respiração e alteração dos sons das palavras, dependendo de alguns fatores: duração do hábito, intensidade, posição do dedo ou da chupeta na boca. Alguns autores afirmam que se o hábito for interrompido até no máximo os três anos, os danos serão menores.

MAS ALGUNS SÓ QUEREM O DEDO! O QUE FAZER?

Há crianças que são apaixonadas pelo próprio dedo e não aceitam chupeta. Na visão de alguns estudiosos, para os ávidos pelo dedo, a chupeta é uma alternativa menos maléfica. Mas essa troca não deve ser forçada. Não deve ser decisão dos adultos. Se ela quer o dedo, mesmo com todas as tentativas com chupeta diferente ou chupeta de outro material, que assim seja. Nos momentos de maior intensidade de sucção tentem distraí-la mostrando brinquedos coloridos ou sonoros e, à noite, durante o sono "pesado", tentem retirá-lo da boca. É claro que essa tentativa pode durar por algum tempo.

OS DENTISTAS CRITICAM OS DOIS HÁBITOS?

Eles são os principais críticos dos dois hábitos. Demonstram que vários problemas de arcada dentária podem decorrer dessa prática. Mostram que sugar o dedo é mais nocivo do que sugar a chupeta, porque a relação que o dedo sugado mantém com as estruturas bucais é mais maléfica do que a produzida pela chupeta, pois há maior esforço para chupar o dedo. Eles alegam que a chupeta ortodôntica é menos lesiva e que os problemas de dentição produzidos tanto por dedo quanto por chupeta serão mais graves quanto maior for o tempo de uso. No entanto, outros estudos mostram que os dois hábitos se igualam em complicações. Os odontólogos mostram que as graves alterações produzidas, que podem necessitar de custosas, prolongadas e agressivas intervenções terapêuticas. Apresentam dados sobre os problemas como a posição da língua, dos lábios, com a musculatura e o perfil facial e falam dos problemas com a mastigação e a deglutição dos alimentos.

E OS FONOAUDIÓLOGOS?

Eles também são críticos de chupetas, mamadeiras e hábito de sugar dedo. Reconhecem as alterações na arcada dentária, lábios, língua e musculatura facial,

que podem causar dificuldade até para a emissão de sons. Especialmente para alguns bebês, sugar chupeta exige menos esforço do que sugar o seio materno, especialmente se a mamãe não está preparada para o ato sublime e único da amamentação. O menor esforço dispensado à chupeta pode levar ao enfraquecimento da musculatura da boca e da face, se o hábito é bastante prolongado, levando a alterações faciais e afetando a mastigação, deglutição e fala. Mostrando a importância do tempo de uso do vício, uma fonoaudióloga pediatra declara: "se o bebê usa a chupeta somente para se acalmar e não cria uma dependência, as chances de surgirem alterações é muito baixa".

OS PSICÓLOGOS TAMBÉM CRITICAM?

Eles sempre mostram muita preocupação com a criança quase que abandonada e entregue à chupeta. Criticam a postura de oferecer o "consolo" com a pretensão de que a criança fique mais calma e menos ávida por contato humano, por alegria, por afeto. Os psicólogos, embora reconheçam que alguns bebês têm uma necessidade intensa de sugar, pensam que a chupeta não substitui a relação mãe-filho, ou pai-filho ou avô-neto. Dizem que a chupeta não é solução para o choro e a inquietação das crianças. Tudo o que é usado na criança para substituir a falta de presença, de afeto e de ternura poderá prejudicar o desenvolvimento psíquico dela. Para falta de carinho é necessária a presença de carinho e chupeta não é capaz de preencher esse vazio. Esta é uma opinião de cunho psicológico, de fácil entendimento, mostrando o mau uso da chupeta. Vamos ao outro lado da moeda?

Há o reconhecimento de ser a sucção um reflexo inato, observado desde a vida intrauterina, que leva o bebê a entrar em contato com o mundo externo, satisfazendo suas necessidades afetivas, além da nutricional. A psicologia reconhece que a descoberta do mundo ocorre pela via oral, no início da vida (fase oral). O bebê descobre o mundo dessa forma, levando tudo à boca. O objetivo do uso da chupeta é tão somente acalmar a criança.

E OS PEDIATRAS?

A maior atenção é com a interferência na amamentação. Há acordo que a oferta de chupeta logo após o parto, numa fase em que o bebê deve conhecer e sugar apenas o peito materno, causa o que é conhecido como "confusão de bico". Está documentado que a chupeta interfere com o número de mamadas por dia e com a duração, eficiência e exclusividade da amamentação. Para os pediatras, estas seriam causas decisivas, para limitar o uso liberal da chupeta, mas, há mais: infecções de ouvido médio são mais vistas se a criança usa chupeta; diarreias e parasitoses intestinais ocorrem com maior frequência nas crianças que usam chupeta e já engatinham ou andam, além de outras complicações em diversos setores da saúde da criança, já abordadas aqui. Os pediatras referendam o que os odontólogos, fonoaudiólogos e psicólogos comentam sobre os dois hábitos.

E OS BENEFÍCIOS DE CHUPAR A CHUPETA E/OU O DEDO?

As recomendações para o uso de chupeta são controversas, em todo o mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) desencoraja o uso e a AAP (Academia Americana de Pediatria) o recomenda após 3 a 4 semanas de vida (quando a amamentação já estiver bem estabelecida) como prevenção da Síndrome de Morte Súbita do Lactente (SMSL), com base em estudos científicos efetuados nos Estados Unidos, em 2005. A hipótese de que a chupeta protege contra a SMSL (em 50 a 90%) tem base no fato de que ao sugar a chupeta, a língua do lactente ajuda a manter a via aérea livre. Outros estudos realizados pelos mesmos pesquisadores, em 2011, mostraram que a amamentação (mais ainda quando exclusiva) apresenta efeito protetor contra a SMSL. Mesmo assim, esse grupo de pesquisadores mantém a recomendação do uso, com essa finalidade, apesar de outros fatores de risco já bem conhecidos.

O "consolo" e o dedo parecem acalmar crianças que necessitam sugar intensamente, são inquietas, choram excessivamente e cansam os familiares. Isso é questionável, pois é possível que a chupeta sirva mais para o adulto, funcionando como o "cala a boca". Mães muito calmas, tranquilas, que têm tempo para dedicar à maternidade, que botam o peito pra fora e dizem "vem mamar querido (a)", não precisam dar a chupeta e nem seus filhos vão precisar sugar dedo, a não ser em alguns casos específicos (como o bebê que suga excessivamente) ou onde a cultura familiar pró chupeta predomine.

QUANDO COMEÇO A TIRAR A CHUPETA?

O ideal é planejar o desestímulo logo no início do uso, com base nas informações recebidas até aqui.

E COMO FAZER ISSO?

Lá vão alguns conselhos:

- Ter apenas uma chupeta, várias estimulam o uso. Vemos crianças com uma chupeta na boca, outra na mão e outra pendurada na roupa. Há as que têm um pote cheio de chupetas!
- Trocar a chupeta a cada três meses, preferentemente por outro tipo, na tentativa de reduzir o apego a um determinado modelo. Fazer isso de forma bem natural, sem festa para a chegada da nova chupeta. Independentemente do tempo de uso, trocar quando houver sinais de desgaste.
- Não oferecer sempre que a criança chora, tentar acalentar, brincar, conversar, passear.
- Oferecer apenas quando houver aparente necessidade: irritabilidade, sono. Retirar logo que a criança adormeça.
- Usar chupetas mais simples, que não lembrem aviãozinho ou coelhinho, ambos sedutores.

- Manter a chupeta em ambiente adequado, não pendurada na roupa.
- Usar objetos que a criança possa levar à boca (mordedores, brinquedos que não levem a risco de alergia ou engasgo) e que possam substituir a chupeta.
- Orientar avós, tios, babás e conhecidos para não presentearem com chupetas, fazendo que todos participem dessa luta.
- Quando duas crianças usam chupeta, recomenda-se retirar primeiro da mais nova, evitando que a criança mais velha apresente resistência ao perceber que a menor continua utilizando.

POSSO TENTAR TIRAR A CHUPETA TROCANDO POR UM PRESENTE?

Pode ser feito, desde que o presente seja dado de fato e que fique clara a não possibilidade de desfazer o "negócio", o que exige firmeza de decisão (um ensinamento). Não se deve criar artifícios, pois a mentira não pode fazer parte da relação pais/filhos. Podem ser usadas manobras que já foram discutidas aqui, como não oferecer ao primeiro choro, usar chupetas simples, retirar da boca sempre que possível (cochilou, a chupeta sai), etc.

É INDICADO TENTAR TIRAR A CHUPETA NUM MOMENTO DE TENSÃO?

Óbvio que não. O nascimento de um irmãozinho não é hora nem de falar em parar com a chupeta. Mudança de babá, de escolinha, de casa e outras situações que criem ansiedade, também. A hora de tentar tirar a chupeta é quando tudo está bem com mamãe, papai e todos os que convivem no lar.

CRIANÇA PODE VOLTAR À CHUPETA APÓS O NASCIMENTO DE UM IRMÃO?

Isso é observado com alguma frequência. O irmãozinho mais velho não é imune ao sentimento de "perda do monopólio das atenções" e já passou pela experiência da saciedade oral, com o mesmo instrumento. Muitas vezes o recomeço se dá pela tomada da chupeta do bebezinho indefeso.

Nessa fase difícil para a criança mais velha, pressionar não adianta. Melhor deixá-la com a chupeta por algum tempo, para depois começar a desestimular, aproveitando para incluir o bebê nesse "desmame" de chupeta.

SERÁ QUE AS BONECAS COM CHUPETA ESTIMULAM O HÁBITO?

Sem dúvida, as bonecas com chupeta e mamadeira estimulam o uso desses dois produtos. Bonecas são modelos e, assim como o batom e o esmalte, a chupeta pode estimular o uso.

COMO IMPEDIR O HÁBITO DA SUCÇÃO DO DEDO?

Isso é mais complexo. O ideal é lutar para que o sugar reflexo não se transforme em hábito. O dedo está disponível o tempo todo, o que complica uma políti-

ca de desestímulo. Pode se tentar dar a chupeta no lugar do dedo. Fazem parte do desestímulo as conversas explicativas, repetidas, contínuas. Outra estratégia: ocupar as mãos da criança com brinquedos interessantes (bolas, joguinhos), livros para colorir ou desenhar, leitura de livros infantis pelas pessoas mais velhas, principalmente naqueles momentos identificados como os mais prováveis dela vir a chupar o dedo.

E A PIMENTA E A PLACA DO DENTISTA?

Práticas agressivas como uso de pimenta ou enrolar o dedo com gaze e esparadrapo devem ser evitadas. É possível que seja mais fácil corrigir uma arcada dentária mais tarde do que corrigir frustrações e decepções causadas pelos que devem amar, proteger, cuidar. As placas sugeridas pelos dentistas podem ser usadas, mas tanto o profissional como os familiares devem explicar a finalidade do aparelho e tentar captar a adesão do amante do dedo para o tratamento.

E QUANDO O HÁBITO DA SUSCÇÃO TRAUMATIZA/FERE O DEDO?

Acontecem com bastante frequência, especialmente se o hábito já tem alguns meses ou anos. Umidade constante (ou muito frequente) provocada pelo contato com a saliva e ambiente infectado (contato com chão e materiais sujos) leva a infecções por vírus, fungos e bactérias sendo necessário, às vezes, uso de antibióticos. Está criada a oportunidade de se falar (para as crianças que já entendem) sobre os malefícios e usar isso para desestimular a sucção.

COMO SÃO FEITAS A HIGIENE DA CHUPETA E DO DEDO?

A higiene da chupeta segue os mesmos cuidados dos utensílios alimentares. Se a chupeta cai no chão, deve ser higienizada. Após ser sugada por algum tempo também. A fato de ter apenas uma chupeta já ajuda na estratégia de desestimular o uso. Durante o processo de higienização, a criança vai ficar sem ela. Com o dedo a higienização é mais complicada. Criança que engatinha vive em contato com o chão e não há como higienizá-lo sempre. É cuidar bem da higiene corporal, cortar e escovar bem as unhas (especialmente a mais comprometida ou as mais comprometidas). E rezar.

EXISTEM ACIDENTES COM A CHUPETA?

O Nationwide Children's Hospital dos Estados Unidos, atende, a cada 4 horas, uma criança com menos de 3 anos na sala de emergência devido a acidentes com mamadeiras, chupetas e copinhos com tampa. A incidência maior está em torno de 1 ano de idade, em crianças aprendendo a andar, pelo grande número de quedas. Para evitar os acidentes adotem as recomendações:

- Usem chupeta em "monobloco", que não tenham peças que possam se soltar.
- Evitem chupetas artesanais. Deem preferência às fabricadas por indústrias tradicionais, confiáveis, para evitar engasgos com partes da chupeta ou com fragmentos da peça artesanal.
- Evitem fitas para manter a chupeta no pescoço, pois podem causar estrangulamento.

O AMBIENTE EMOCIONAL INFLUI NOS DOIS HÁBITOS?

Não conhecemos estudos (até podem existir) que respondam a essa pergunta. Há estudo mostrando que o bebê novinho reage com choro quando está sendo segurado por mãos tensas, por pessoas que choram. Existe relação entre a frequência de choro excessivo do lactente e o estado de ansiedade materna. Mães não ansiosas têm 3% de probabilidade de ter um bebê com cólica. Nas ansiosas, essa probabilidade passa a ser de 27%. Nas mães que não têm o apoio para a maternidade (solteiras, adolescentes), o percentual alcança 60%. Se transportarmos essa experiência para o tema em debate, é lógico pensar que a ansiedade das pessoas que lidam com os bebês deverá causar maior frequência, maior tempo de sucção, maior duração e maior dificuldade de deixar o hábito. As crianças percebem a ansiedade da mãe, de parentes e de cuidadores no olhar, nos gestos e no tocar.

VEMOS QUE OS ASSUNTOS SÃO MAIS COMPLEXOS DO QUE PARECEM!

Por serem hábito muito antigos e que fazem parte da cultura de todos os povos do planeta — que não deverão desaparecer — é preciso admitir que existem os benefícios e os riscos envolvidos. Esses riscos e benefícios devem ser conhecidos por todos os que se envolvem com os bebês, a começar por mamãe, papai, avós, parentes e aderentes. Só esse conhecimento (adquirido por informações de profissionais nos períodos pré-natal, natal e pós-natal) vai permitir a tomada de decisão correta. O princípio básico é: não é natural, é um artifício, logo, de princípio, não usar é a melhor decisão. Mas, sabemos como os seres humanos somos todos diferentes, até mesmo quando gêmeos univitelinos — os chamados gêmeos iguais. Daí a frase conhecida por todos os médicos, desde os primeiros anos do curso: "em medicina nem nunca, nem sempre". Dar ou não dar a chupeta é uma decisão sempre difícil e que exige bom senso. Nada melhor do que tentar superar as primeiras horas, os primeiros dias, os primeiros meses para entrar em acordo com a pessoinha que identifica o mundo através da boca, da sucção. Para isso é preciso ter as informações necessárias. Saber, por exemplo, que existem os desvios do "normal". Por algumas razões (mamilo de difícil pega, mãe muito tensa) o bebê pode preferir o "mamilo artificial" que chamamos de chupeta. Gosto não se discute, o que se pode fazer é tentar convencer a adquirir hábitos mais saudáveis. Um ambiente familiar tranquilo ajuda muito nessas decisões.

VEJAM AS OPINIÕES DE DUAS CUIDADORAS SOBRE O TEMA:

I. "Preocupada com a interferência da chupeta na amamentação do meu filho, que chorava com cólicas, terminei dando a chupeta na primeira semana de vida. Fiquei muito angustiada com a possibilidade da confusão de mamilo e tentei, a todo custo, evitar oferecer a chupeta, sem muito sucesso, pois, muitas vezes, era a única coisa que o fazia acalmar. Felizmente, acredito que por ele ser muito guloso, isso não causou nenhuma interferência com a amamentação. Talvez não se deva chamar a atenção da criança que chupa o dedo para o problema com frases do tipo 'tire o dedo da boca', mas sim tentar distraí-la, oferecendo-lhe uma coisa par pegar ou mostrando qualquer coisa de modo a que a criança tire o dedo da boca e vá perdendo o hábito."

II. "Creio que todas as mães que deram chupeta têm as suas desculpas literalmente (para tirar sua culpa, aliás, mãe coleciona culpas). As da minha faixa etária faziam parte da moda da época que era nunca dar chupeta. Você sabe que até nisso tem modismo. Eu recorri ao uso da chupeta quando descobri que meu peito funcionava como uma chupeta. Meus filhos mamavam, enchiam a pança e fiavam só chupando o mamilo, sem fazer esforço maior. Eu ficava exausta, sem dormir, com a chupeta ali devidamente pendurada. Quando dei a chupeta fiquei arrasada porque não houve a menor reação ou repulsa por parte dele, eu descobri que não passava de uma chupeta ambulante. Também a chupeta se tira, o dedo é mais complicado."

8.7 FRALDA, MAMADEIRA E PENIQUINHO

Otelo Schwambach Ferreira

QUANDO INICIAR A RETIRADA DAS FRALDAS?

De modo geral, o controle sobre os mecanismos que permitem reter fezes e urina se inicia por volta de 18 meses de idade. Para saber a hora certa de começar a retirar as fraldas, o melhor é esperar que as próprias crianças comecem a avisar ou indicar, de alguma forma, que evacuaram ou que urinaram. Essa é a hora de começar. A cobrança ou o treinamento feito antes da hora pode dificultar o processo e trazer complicações.

RECEBI O TEXTO PELA INTERNET E FAÇO UMA PERGUNTA

Li que "a cobrança ou o treinamento feito antes da hora pode dificultar o processo e produzir consequências desagradáveis". Mas quais dificuldades ou consequências desagradáveis? Problema urinário? Prisão de ventre no futuro? Sugiro que os médicos respondam, pois é isso que nos apavora.

A constipação intestinal é uma dessas consequências desagradáveis. Há crianças que se habituam a fazer cocô nas fraldas e ficam constipadas quando sem elas. Do mesmo modo, as crianças podem tentar não urinar quando sem as fraldas. Isso tudo, mais tarde, pode atrapalhar o controle da defecação e da micção e o uso do peniquinho e do vaso sanitário. Outras consequências que podem advir, sempre que se adotam modelos rígidos, são as de natureza psicológica. Assim, a relação mãe/filho pode ficar dificultada quando as crianças são obrigadas a deixar as fraldas, as quais representavam conforto e segurança. Por fim, ressaltamos que as crianças também têm senso crítico e ficam constrangidas.

O USO DAS FRALDAS POR MUITOS ANOS ATRAPALHA?

As crianças logo percebem que os adultos e os irmãos mais velhos não usam. Assim, é desejável que lá pelos 3 anos nenhuma delas use fralda. Elas se sentirão maiores, "grandes", importantes, mais valorizadas, quando passam a usar calcinha como a mamãe e cueca como o papai. A manutenção da fralda a partir de certa idade, entre 2 e 3 anos, quando elas já percebem bem as diferenças entre o vestuário dos adultos e o das crianças maiores e o delas, passa a ser sentido de forma depreciativa. "Continuo a ser bebê" ou "meu coleguinha já cresceu, ele usa cuecas" e outros pensamentos desse tipo devem passar pelas cabecinhas desses que continuam a ser tratados como se estivessem com 1 ano de idade. É notado no consultório do pediatra que as fraldas prolongam a eliminação da urina e fezes nas vestes. É como se as crianças pensassem assim: "fralda é para fazer xixi e cocô". Seguramente, a retirada das fraldas auxilia no uso do peniquinho. Após a introdução do peniquinho, o uso diurno das fraldas deve ser suspenso. Por cerca de seis meses, ainda devem ser usadas à noite, mas logo devem ser eliminadas. É comum observar que as crianças que fazem xixi à noite, na fralda, deixem de fazer quando ela é trocada por uma cuequinha ou calcinha.

NOS INDIQUEM UM MODELO A SEGUIR.

Esperem que seus filhos sinalizem o momento de iniciar a retirada das fraldas. Isso acontece quando eles avisam que fizeram cocô ou xixi lá pelos 18 ou 24 meses de vida. A partir daí, evitem o uso diurno e expliquem a seus filhos. Eles já conseguem entender muito bem que a cuequinha é o melhor para o garoto e que a calcinha é o melhor para a garota. Evidentemente, os exemplos do pai, da mãe e dos irmãos mais velhos devem ser dados e, sem dúvida, as crianças de 2 anos já conhecem bem essas peças do vestuário até porque foram usadas por cima das fraldas nos tempos anteriores. E se as crianças fazem suas necessidades nessas roupinhas mais sumárias, nada de reclamar ou de voltar atrás. Continuem a usar essas peças e, em pouco tempo, elas terão passado essa fase. Dessa maneira, a fralda é tolerada, à noite, por mais seis meses ou um ano, mas logo também deve ser eliminada, sobretudo para as crianças que apresentam controle sobre o xixi e o cocô de dia. O tema é significativo

e tem motivado, inclusive, a elaboração de livros e textos como o *Tirar a fralda sem choro e sem trauma*, escrito por Penny Warner e Paula Kelly, editado pela Ground.

COLHI NA GRANDE REDE A SEGUINTE ORIENTAÇÃO NO BLOG *COISAS DE MÃE* QUE NOS AJUDA A ENFRENTAR ESSA FASE.

Vamos expor o que a senhora colheu na Internet:

Desde outubro, mais ou menos, que a Maria não usa fraldas de dia. Houve alguns acidentes, houve uma fase em que tivemos que construir um mapinha de autocolantes de "prenda" por cada xixi feito no devido sítio. Mas ultrapassados os obstáculos, e o desfralde está completo.

O desfralde da noite teve início há cerca de um mês. Até agora, tem havido alguns acidentes, mas nenhum descalabro. Normalmente, coloco-a para fazer xixi antes de se deitar e, cerca das três da manhã, levo-a ao banheiro. Essa rotina tem funcionado bastante bem. Ontem e anteontem, dormiu a noite completa, sem a colocar para urinar no meio da noite e acordou seca, o que é bom (http://www.coisasdemae).

Aproveito para deixar aqui um "truque" que li um dia num blog que agora não me recordo o nome. Para que durante a noite, quando acontecem os acidentes, seja mais rápida a troca do lençol, colocar sobre o colchão um protetor de colchão.

QUANDO USAR O PENIQUINHO?

Não pode ser muito cedo e nem com muita "pressão", com prazo definido, com muita cobrança. Há consenso de que as crianças que são induzidas muito cedo a usar o peniquinho por familiares muito rígidos podem ser prejudicadas na relação com os adultos e com o seu corpo. Podem, por exemplo, apresentar constipação intestinal e dificuldade de controlar a emissão da urina e das fezes, tudo de ordem emocional. Esse assunto é mais uma boa oportunidade para mostrar amor, tolerância, paciência e respeito ao individualismo. Há crianças que amadurecem muito rapidamente e deixam de molhar a cama, à noite, aos 12 meses de idade, e outras que amadurecem muito lentamente e só conseguem isso aos 6 anos de idade.

ENTÃO, QUAL A IDADE?

Lá pelos 2 anos é tempo de apresentar o peniquinho às crianças. É essa a idade em que elas andam, começam a correr e são capazes de perceber que a bexiga e o reto estão cheios e que é hora de fazer xixi e cocô. É essa a idade em que as crianças têm amadurecimento para começar essa nova fase. Também é nesse período que surge um conjunto de características psíquicas: percepção da importância da higiene e a valorização de tudo o que têm e o que fazem, inclusive o xixi e o cocô. Nesse contexto emocional e afetivo dos pequenos de 2 anos, é importante valorizar e elogiar as conquistas. Mas é muito importante não valorizar excessivamente os avanços. Há sempre

o risco de supervalorização desses fenômenos naturais e a manipulação das diversas situações como forma de controlar os pais. Então, a época para começar é aquela em que as crianças têm capacidade de reconhecer o que está se passando em seu corpo. É evidente que existem mecanismos facilitadores. Por exemplo, se existe na casa outra criança maior usando o peniquinho, é evidente que a mais nova assista às "aulas" práticas. Mas há os mecanismos complicadores. E aqui se sobressai a ansiedade da mãe, da vovó, da babá que não toleram "menino sujo" com "cheiro de cocô".

E O QUE FAZER ANTES DISSO?

Deixar as crianças fazerem cocô e xixi na fralda e cuidar da sua higiene com um sorriso nos lábios, sem reclamações, sem protestos, sem críticas. Se alguma coisa tem que ser falado diga "seu cocô está lindo", "que legal é fazer xixi". As agressões do tipo "você é sujo", "menino fedorento" e coisas desse tipo são absolutamente indesejáveis e podem prejudicar o amadurecimento emocional e dificultar o controle da micção e da defecação. Assistir ao irmão mais velho, ou ao papai ou a mamãe usar o vaso sanitário, com algumas explicações muito singelas e sem discurso erudito, ajudam no processo.

MAS QUANDO COMEÇAR A USAR O PENIQUIHO?

Vocês devem apresentar o peniquinho quando eles:

- Entendem o que quer dizer xixi, cocô, seco, molhado, limpo, sujo e peniquinho. Esses significados, com exceção do último, são ensinados e aprendidos a partir de 1 ano de idade, de uma forma bem natural, legal, sem pressa ou pressão.
- Percebem o significado da higiene e gostam de estar limpinhos. O valor da higiene é ensinado após 1 ano e a significação do banho, do cuidado com os dentes e com as unhas e do asseio após a micção e a evacuação são comportamentos aprendidos. Além de trocar as fraldas e fazer a higiene após a defecação e a micção, com naturalidade e alegria, é importante reforçar com palavras do tipo "agora você está com o bumbum bem cheiroso". Mesmo dormindo as crianças percebem a importância de estarem secas e limpas e preferem que a fralda seja trocada.
- Reconhecem os sinais de que está na hora de urinar e de defecar e as mães aprendem a "ler" seus filhos e reconhecem que está na hora quando eles: emitem sons, como grunhidos, adotam certas expressões faciais, colocam as mãos sobre os genitais, tentam tirar as roupas, andam de um lado para outro, sentam-se de cócoras, contorcem-se ou soltam gases e sentam com as pernas encolhidas. Vocês devem ajudá-los a entender esses sinais perguntando da forma mais natural possível: "quer fazer xixi? Quer fazer cocô?". Ensine-os, estimule-os a procurá-los nessa situação.
- Compreendem a relação entre roupas secas e o uso do peniquinho e têm a capacidade de adiar por pouquinho tempo o ato de urinar ou defecar. É pos-

sível que nessas tentativas, de adiar um pouquinho, eles voltem com xixi ou cocô na roupa, mas que não muda a montagem do exercício de tentar exercer certo controle sobre essas necessidades fisiológicas.

QUAL O PENIQUINHO? E COMO APRESENTÁ-LO ÀS CRIANÇAS?

O peniquinho deve ser montado numa base larga que permita um bom apoio e boa sensação de segurança. Imaginem o que é a criança sentar pela primeira vez num deles e ter a impressão de que o penico vai escorregar e ela cair. O peniquinho adaptado a uma cadeirinha, que permite que as crianças se sentem e levantem sem a ajuda de um adulto, é boa opção. A cadeirinha oferece mais sensação de segurança e de controle do processo, aspectos essenciais para a continuidade do aprendizado. E há os com motivos infantis, como os montados em carrinhos que ajudam muito os meninos que estão habituados a brincar com eles. Existe até um peniquinho musical. A estreia do peniquinho deve ser bem natural, simples, sem muito floreio e novamente sem discurso erudito. Para valorizar o "equipamento", a compra deve ser feita com certo ritual, como se fosse a compra de um presente, semanas antes de ser usado para sua real finalidade. É útil falar na compra de uma cadeirinha diferente, especial. A criança pode ajudar a decorá-la e a pintar o seu nome.

MAS COMO USAR O PENIQUINHO?

Uma ideia muito simples é, lá pelos 2 anos de idade, introduzir dois peniquinhos na vida das crianças. Um para ficar misturado aos brinquedos, para as crianças fazerem dele o que quiserem: colocar na cabeça como chapéu ou usar como depósito de brinquedos. O outro para ficar no banheiro. Vez ou outra, a mãe transfere o cocô da fralda para o peniquinho do banheiro. Em seguida, lança o cocô na bacia sanitária. Isso é feito sem palavras, sem discursos. As crianças vão perceber que aquele peniquinho, que fica lá no banheiro, é para fazer cocô e logo, logo, vão experimentar usá-lo. E também vão logo perceber que o cocô é para ser colocado na bacia sanitária que logo será usada se existe um adaptador para uso dos pequenos. Outro esquema é ter apenas um peniquinho mantido ao lado da bacia sanitária que é usada por crianças maiores ou pelos adultos. É claro que algumas palavrinhas sobre a sua função são úteis. A observação dos irmãos maiores e dos pais usando a bacia sanitária e vendo outras crianças usando o peniquinho são excelentes mecanismos facilitadores.

O QUE FAZER APÓS O USO DO PENIQUINHO?

Logo após o uso, o peniquinho deve ser lavado para que elas percebam a importância da higiene e, talvez, umas palavrinhas desse tipo ajudem: "o peniquinho gosta de ficar limpo. Vamos lavar bem direitinho para ele estar prontinho para a próxima vez".

GOSTARIA DE EXPOR COMO RETIREI A FRALDA DA MINHA FILHA E COMO INTRODUZI O PENIQUINHO.

"Comecei a retirar a fralda quando minha filha completou 1 ano e 6 meses de idade. Não tive muito sucesso no início. Mesmo sendo muito esperta e já se comunicar muito bem através da fala, o xixi e o cocô sempre saíam na calcinha e não no banheiro. Como trabalho o dia inteiro fora de casa, sempre achava difícil cobrar da babá um bom resultado.

Com a entrada na escola, quando completou um 1 e 8 meses, achei que iria conseguir concluir o processo de retirada da fralda. Isso porque no colégio havia um período em que as crianças ficavam brincando apenas de calcinha e cueca, mas não observei grandes avanços em casa. Apenas quando ela completou 2 aninhos (bem na época das férias escolares) que vi um grande avanço na retirada da fralda. Eu e minha mãe deixamos a garotinha sem fraldas o dia inteiro e começamos a levá-la para o penico a cada meia hora. Algumas vezes, ela fazia outras não. Com o tempo, fomos observando e aprendendo os horários do xixi e do coco. Assim, não era mais necessário levar a menina para o banheiro a cada meia hora. Desde o início dessas tentativas, retiramos de vez a fralda nas sonecas da tarde e nas saídas e passeios. Vimos que na rua ela controlava bem a ida ao banheiro. Mas em casa sempre relaxava.

Para corrigir isso, criamos uma recompensa. A cada acerto, ela recebia um adesivo da cartela que ela mesma escolheu na loja (desses bem baratinhos mesmo). Em poucos dias, ela ficou 100%. Ela sempre vibrava quando recebia o adesivo. Ainda no banheiro eu já pedia para ela escolher o próximo adesivo. E isso gerava uma expectativa nela. Várias vezes, a vimos correr para o banheiro dizendo que iria ganhar o tal adesivo. Para não ficar muito repetitivo, alternei também com uma caixa de lápis de cor e massinha de modelar. A cada acerto, ela escolhia uma cor diferente e deu super certo."

FALEM MAIS SOBRE O ADAPTADOR PARA O ASSENTO SANITÁRIO.

Essa opção tem o inconveniente de, ao usar a bacia sanitária do adulto, a criança não poder tocar os pés no chão. Ela só pode se sentar nesse assento ou sair dele com a ajuda de um adulto. Lá pelos 5 ou 6 anos de idade é que as crianças poderão usar sem o apoio dos adultos os sanitários usados por seus pais. Os ambientes coletivos, como escolinhas, oferecem bacias sanitárias para os pequeninos que ajudam nessa fase de adaptação. Facilmente, eles estabeleçam ligação entre essa bacia sanitária pequenininha, a bacia sanitária dos adultos da sua casa e o peniquinho.

PARECEU TÃO SIMPLES. É SEMPRE ASSIM?

Essa é a orientação geral que deve ajudar a encaminhar bem a transição cocô e xixi na fralda para o peniquinho na maior parte das crianças. Mas há situações bem diferentes e mais difíceis e o pediatra deve ser consultado.

O QUE MAIS AJUDA A USAR O PENIQUINHO SEM TRAUMAS?

Há filmes em DVD e livros como o *Vamos usar o peniquinho*, de Beatriz Matioti Odriozola, relatos na internet ,como o excelente *Diário do Victor: largando as fraldas – novas metodologias*, encontrado no blog http://diariodovictor.blogspot.com, e bonecas (Mikinha com peniquinho) que ajudam. Sempre destacamos que os textos fornecem orientações gerais que podem não se aplicar a uma situação específica. Por isso, a orientação profissional é sempre importante para a discussão de problemas e condições particulares.

8.8 CHAMAR A CRIANÇA DE "MEU BEBÊ"

Carlos Gonçalves de Oliveira
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

Observamos crianças de 4, 5 ou mais anos de idade vestindo fraldas, usando chupetas e tomando leite na mamadeira como se ainda fossem bebês. Assistimos a mães chamando, carinhosamente, seus filhos de "meu bebê" ou "meu neném" sem se dar conta de que eles já cruzaram essa fase. Sabemos ainda que as mães perguntam como usar o peniquinho e como ajudar as crianças a superar a fase do xixi e cocô na roupa. Então vamos debater. Quem começa?

CHAMAR AS CRIANÇAS DE 4 ANOS DE BEBÊS É LEGAL?

O fato isolado de chamar crianças de 4 anos de bebês ou nenéns já é um erro. Há um conjunto de atitudes, mais adequadas às de menos idade, que atrapalha mais. Além de chamá-las de "bebês", os pais as vestem com fraldas, dão mamadeira, estimulam o uso da chupeta e adotam uma série de outros comportamentos inapropriados como a dependência das babás. Isso dificulta o passar da fase do bebê para a do garoto/garota. Os pais precisam criar mecanismos para que seus filhos passem de uma fase para a seguinte, como se passassem de uma série para outra na escola. As crianças de 4 anos que falam com desenvoltura, que correm, brincam e competem com destreza, que ligam e desligam aparelhos eletrônicos com habilidades que até surpreendem, comem com suas mãos, montam quebra-cabeças, vão ao colégio e fazem muitas outras coisas de forma independente, não devem ficar felizes ao serem chamadas de bebês. Elas dizem "eu já sou grande". Essas crianças preferem ser comparadas com as maiores, espertas, que correm, que fazem coisas desconhecidas para elas, que falam no telefone, que ligam e desligam a televisão e o computador e jogam bola.

É INACREDITÁVEL!

Os termos bebês e neném são ótimos, maravilhosos, carinhosos, sobretudo quando cercados de abraços, beijos e afagos, se aplicados a crianças novinhas. Mas é um erro continuar a usar essas denominações para aquelas de mais de 2 anos que começam a usar o peniquinho e que iniciam a retirada das fraldas. Assim, lá pelos 2 anos, vamos encher de carinhos e de afeto as palavras "minha garota", e "meu garoto" ou equivalentes e vamos esquecer os termos bebês e neném.

8.9 ROER UNHAS: ONICOFAGIA

João Carlos Gonçalves Oliveira
Otelo Schwambach Ferreira

O HÁBITO DE ROER AS UNHAS É COMUM? QUAL A CAUSA?

A onicofagia ocorre em 28 a 33% das crianças de 7-10 anos e em 45% dos adolescentes. Acomete tanto meninos como meninas e começa por volta dos 3 a 5 anos. A maior parte rói as unhas das mãos, mas certas crianças roem as dos pés. Muitas logo abandonam o hábito, mas outras continuam. O hábito está, provavelmente, associado à ansiedade, isolamento, sedentarismo. Crianças com a vida rica de atividades prazerosas, que veem pouca televisão, que praticam esportes, têm chance menor de desenvolver ou de manter o hábito. A ansiedade exacerba a prática. Certamente, a criança também rói as unhas em outros momentos, mas durante os jogos do seu time ela nem consegue se conter. Os hábitos de autoagressão, caracterizados por uma ação repetitiva, involuntária e compulsiva, maníaca, parecem ser uma resposta a um estado ansioso em indivíduos que assim procuram descarregar suas tensões. Embora existam fatores emocionais envolvidos, não se pode afirmar que todas as pessoas que apresentam onicofagia tenham doença psíquica.

QUAIS OS PREJUIZOS QUE O HÁBITO PODE TRAZER PARA A SAÚDE?

Ocorrem alterações estéticas e podem acontecer infecções bacterianas e/ou fúngicas das unhas e dos tecidos vizinhos. Acontece ainda redução do comprimento, serrilhamento das bordas distais e fissuras ungueais. Nos casos mais antigos, a largura das unhas supera o comprimento e podem ser observados múltiplos sulcos transversais, os quais os dermatologistas chamam de "unhas em tábua de lavar roupas". As infecções secundárias, nos casos mais graves, acometem a matriz ungueal (aquela parte mais branca) podendo haver perda permanente das unhas ou o aparecimento de verrugas ao redor ou abaixo delas. Acontecem raramente osteomielites que são infecções nos ossos das falanges.

HÁ CRIANÇAS QUE USAM CANIVETES PARA ARRANCAR PEDAÇOS DE UNHAS?

Esse comportamento é mais raro e está mais associado à doença psíquica ou mental. É uma variante da onicofagia, a onicotilomania. A pessoa afetada tem o hábito de traumatizar as unhas, em geral arrancando pedaços com tesouras, facas, lâminas de barbear, cortadores de unha, canivetes etc. É um tipo de automutilação que muitos que a praticam negam e outros admitem, mas sempre com uma explicação fora da realidade, como o propósito de extrair parasitas ocultos sob as unhas. Outra variante é a perionicofagia. As pessoas acometidas mordem ou arrancam a pele em volta das unhas, provocando fissuras (cortes), dor local e infecções secundárias.

COMO TRATAR ESSES DESVIOS DO COMPORTAMENTO?

O tratamento de todos estes problemas é parecido. Não é fácil. Os pediatras têm dificuldade em lidar com o problema, pois há escassez de literatura científica sobre o assunto. O primeiro aspecto a destacar é que não devem ser adotadas atitudes punitivas, depreciativas, agressivas, hostis. Além de não ajudarem, agridem o psiquismo de quem as recebe. Não deve ser estipulado prazo para que o problema seja resolvido, pois isso vai atrapalhar a relação filhos/pais. Lutar contra o isolamento, sedentarismo, excesso de TV, criar atividades gostosas de serem vividas, colocar em escolinha de arte, estimular ao máximo a vida ao ar livre e a prática esportiva são atitudes que devem produzir algum resultado. Conversar, explicar os malefícios da onicofagia, vez ou outra, sem pressão, deve ser útil. Mostrar como deve ser o asseio das unhas, periodicamente, de forma tranquila, em vocês mesmos e na criançada, é importante. Quando o roer unhas faz parte de problemática emocional ou física de certa importância, ou quando começar a causar lesões importantes nos dedos, o pediatra deverá ser consultado para que o tratamento seja individualizado. Podem ser usados remédios locais, visando a prevenir as infecções e aliviar a dor. O tratamento por psicólogos ou psiquiatras deve ser considerado em alguns casos.

PASSAR PIMENTA NAS UNHAS AJUDA A RESOLVER O HÁBITO?

De modo geral não. A aplicação local de pimenta e de outros produtos —esmalte com sabor amargo — é considerada um método arcaico, agressivo e que não respeita o conhecimento que se tem sobre o problema. Ainda há o risco de a criança levar os dedos apimentados aos olhos, causando um terrível ardor e conjuntivite química.

8.10 INGERIR CABELOS: TRICOTILOMANIA

João Carlos Gonçalves Oliveira
Otelo Schwambach Ferreira

E ARRANCAR OS CABELOS É UMA MANIA? E AS CAUSAS?

Arrancar cabelos sem fins estéticos é um hábito não muito raro em crianças, adolescentes e até adultos. O tricotilomaníaco pode apresentar outras práticas como ferir a pele ou roer as unhas. Geralmente, a criança alisa os fios de cabelo individualmente e seleciona os que serão arrancados e os descreve como muito finos ou muito grossos, escuros, fraquinhos etc. Cerca de 50% delas praticam uma variedade de comportamentos estranhos com o cabelo arrancado: passam-no nos lábios ou narinas, 1/3 delas morde a raiz, 5 a 18% engolem o cabelo arrancado (tricofagia), o que pode causar o tricobezoar — "bola de cabelo" no estômago. A tricotilomania é um desvio de comportamento. É um problema multifatorial e frequentemente exige uma abordagem multidisciplinar. É associado à grande ansiedade, estresse e depressão, e ao distúrbio obsessivo-compulsivo. Às vezes, são detectados fatores precipitantes: problemas na escola, nascimento de irmão, separação dos pais, entre outros.

ESSA MANIA APARECE EM QUALQUER IDADE?

A idade mais comum é entre 9-13 anos. Ocorre em crianças que têm necessidade de estar sempre "trabalhando" com os dedos, preferencialmente com materiais finos, pontiagudos: arrancando folhas de gramas, fios de cobertores felpudos, cabelos de irmãos, da mãe, de animais de estimação, cílios de bonecas e pelos de móveis estofados. É importante distinguir a tricotilomania do hábito de arrancar cabelos em crianças menores de 5 anos, um evento raro. Algumas delas puxam os cabelos das mães enquanto estão sendo cuidadas. Parece que esse comportamento é uma exploração ambiental normal, benigna, diferente do que ocorre na fase pré-puberal. Em crianças em idade escolar, arrancar os cabelos da cabeça ocorre geralmente durante o cochilo ou ao deitar-se. Esse hábito não está associado a situações de estresse ou comportamento obsessivo-compulsivo e costuma ser autolimitado. Não há diferença com relação a sexo em crianças e adolescentes. Entre adultos predomina nas mulheres.

OS CABELOS PODEM ATÉ DESAPARECER?

Existem diversos graus de tricotilomania que levam desde a pequenas falhas de cabelo à alopecia, que é ausência de cabelos em determinados locais, ou até à calvície total. Algumas crianças também arrancam as sobrancelhas e pelos de outras partes do corpo. Em raros casos, a tricotilomania pode ser observada em locais pouco imagináveis, como as regiões púbica, perianal, nasal e orelhas.

QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS DA TRICOTILOMANIA?

Algumas ocorrem na esfera psicossocial. O sentimento de vergonha pelo hábito ou pela aparência leva o indivíduo a se afastar das atividades sociais. Alguns pacientes têm que usar apliques ou perucas e há queda da autoestima. Ocorrem danos físicos como infecções secundárias com formação de feridas e cicatrizes no couro cabeludo. O tricobezoar pode causar sintomas gastrintestinais, tais como obstrução e/ou perfuração intestinais, pancreatite, icterícia obstrutiva e anemia. Os fios de cabelo podem voltar a crescer em um período de dois a seis anos.

HÁ TRATAMENTO PARA ESSE DESVIO DO COMPORTAMENTO?

Deixar os cabelos bem curtinhos, a medida mais popular, não funciona em todos os casos. Mas há relato de sucesso com o procedimento. O tratamento é difícil e requer forte relação médico-paciente-familiares. Na criança, por tratar-se mais frequentemente apenas de desvio do comportamento, o prognóstico é melhor. Em adolescentes e adultos, onde o componente psicopatológico está muitas vezes presente, haverá sempre maior dificuldade para o êxito terapêutico. O tratamento não farmacológico, baseado em apoio familiar e aconselhamento psicossocial, deve ser considerado a primeira linha de terapia. É bem-sucedido em boa parte dos casos. É importante tratar os problemas secundários: anemia, gastrite e infecções de pele. O tratamento cirúrgico ou endoscópico está indicado para o tricobezoar. Vocês podem obter maiores informações na internet em um grupo de apoio chamado SOS Tricotilomania, através do site: http://tricotilomaniaonline.tripod.com

8. 11 PERVERSÃO DO HÁBITO ALIMENTAR

Carlos Gonçalves de Oliveira
Otelo Schwambach Ferreira

E AS PERVERSÕES DO HÁBITO ALIMENTAR?

Algumas das perversões são devidas a carências orgânicas que levam à vontade de comer qualquer coisa que contenha a substância que está faltando. O exemplo mais comum é o da criança que come terra, barro, cacos de telha ou qualquer coisa que contenha argila (geofagia). É a mais frequente a perversão do hábito alimentar. Essa vontade ocorre pelo fato de o organismo estar carente de ferro. A carência alimentar e os vermes intestinais causam o problema e, quando a falta de ferro é muito grande, há a necessidade de consumi-lo onde ele estiver mais facilmente disponível: na terra. O tratamento é o da anemia carencial e da parasitose como será descrito nos capítulos específicos. As grávidas apresentam esse problema, sobretudo, em locais onde não há assistência adequada. As mulheres perdem sangue com a menstruação

e as grávidas necessitam de maior quantidade de ferro porque precisam repassá-lo ao feto. Daí a importância dos exames no período pré-natal que, entre muitas outras coisas, detecta se a gestante tem deficiência de ferro.

HÁ OUTRAS CAUSAS PARA A INGESTÃO DE SUBSTÂNCIAS NÃO COMESTÍVEIS?

Há uma grande variedade de substâncias que são ingeridas, algumas até difíceis de imaginar. A perversão do hábito alimentar pode ter várias causas. As causas orgânicas, como a geofagia que acabamos de discutir, são as mais frequentes. Outras causas orgânicas mais raras, que levam à mudança no comportamento das pessoas, são os tumores cerebrais, a atrofia cerebral, etc. Além das causas orgânicas, pode haver causas psíquicas que levam a distúrbios do comportamento como alcoolismo, depressão, comportamento obsessivo-compulsivo, esquizofrenia, demência e outras.

ALGUMAS CRIANÇAS ENGOLEM PARAFUSOS E PREGOS?

Esse é um exemplo de perversão do hábito alimentar causada por doença psíquica. Nesses casos, as pessoas acometidas praticam a autoagressão pela vontade irresistível de ingerir as coisas mais estranhas, inclusive fezes.

HÁBITO DE COMER FEZES?

A coprofagia é mais comum em animais: cachorros, macacos, ratos de laboratório, entre outras espécies. Em seres humanos, é mais observada em pacientes que apresentam retardo mental, depressão e distúrbio obsessivo-compulsivo.

QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS PARA A PERVERSÃO DO HÁBITO ALIMENTAR?

São várias, a começar pela rejeição social. O hábito não higiênico de ingerir substâncias estranhas pode levar vermes aos intestinos. Outras possíveis consequências são as intoxicações. A intoxicação pelo chumbo é uma das mais severas, causando dores intestinais enormes e vômitos que podem levar à desidratação, além de sintomas neurológicos como irritabilidade, astenia, torpor e até convulsões. O chumbo é encontrado principalmente em tintas, daí a preocupação com as crianças entre 1 e 5 anos, cujo instrumento mais importante de explorar e conhecer as coisas é a boca. O risco de intoxicações aumenta, para crianças de qualquer idade, quando existe a mania de ingerir substâncias não comestíveis como pedaços de paredes e objetos pintados. Há outras consequências que variam de acordo com o tipo de material ingerido. Pessoas que ingerem fezes estão mais expostas a infecções por bactérias e parasitas intestinais. A ingestão de moedas pode levar à necessidade de retirada por endoscopia ou até por cirurgia.

QUAL O TRATAMENTO PARA A PERVERSÃO DO HÁBITO ALIMENTAR?

O tratamento depende da causa. Algumas causas orgânicas exigem tratamento relativamente fácil, como na geofagia. Para outras, não há tratamento. Não há meios de tratar portadores de importantes doenças cerebrais. Para eles, a preocupação é fazer com que, mesmo com o problema, obtenham a melhor qualidade de vida possível. Nesses casos, devem-se afastar quaisquer objetos que possam ser ingeridos. Quando a perversão é determinada ou acompanhada por componente psíquico, é importante o acompanhamento por psicólogos e psiquiatras.

QUANDO INDICAR A CONSULTA COM O PSICÓLOGO/PSIQUIATRA?

A decisão do encaminhamento ao psicólogo ou psiquiatra deve ser tomada em conjunto pelo pediatra e familiares. Alguns estudos mostram alguma eficácia com o tratamento com medicamentos, terapia comportamental e técnicas de relaxamento. Os resultados desse tratamento especializado, quando feito por psicólogos afeitos ao problema, são bons, chegando a quase 100% de êxito em crianças e adultos. Importante é que o portador do problema, como em outras situações como a obesidade infantil, por exemplo, aceite submeter-se ao tratamento, o que nem sempre acontece. Nos casos de tricotilomania, observou-se cura espontânea ou com o mínimo de intervenção quando o diagnóstico foi feito com menos de seis meses do início. Além da psicoterapia, responsável pela cura de aproximadamente 90% dos casos, o tratamento com drogas pode ser adjuvante. Alguns estudos mostram que os efeitos dessas drogas e os de placebo foram iguais. Como sempre temos citados, o texto pretende informar sobre o assunto, mas não substitui a avaliação médica.

8.12 PROMOÇÃO DO USO SAUDÁVEL E SEGURO DAS TELAS, NOVAS TECNOLOGIAS E MÍDIAS SOCIAIS

Carlos Gonçalves de Oliveira
Cristiano Nabuco de Abreu
João Guilherme Bezerra Alves
Lucas Victor Alves
Otelo Schwambach Ferreira

A TELEVISÃO E O COMPUTADOR: AMIGOS OU INIMIGOS?

O uso da tela e de tudo o que se relaciona com ela — celular, TV, tablet, computador, *game station* — e da sedutora Internet têm sido debatidos por pediatras, educadores, fisiatras, terapeutas ocupacionais, psicólogos, comunicadores, sociólogos, políticos, entre outros profissionais e familiares. As opiniões dos que têm se dedica-

do aos temas são baseadas mais em posturas doutrinárias do que em fundamentos científicos. Teremos dificuldade de abordar o tema sob a ótica científica. Mas vamos tentar, mesmo que tenhamos que apelar mais para os nossos conceitos sobre a vida e sobre o uso que fazemos dela. Os responsáveis por esta segunda edição do *Conversando com o* pediatra agradecem a colaboração do professor Cristiano Nabuco de Abreu, um dos principais estudiosos do tema no Brasil.

É DIFIÍCIL CRITICAR O QUE FAZ PARTE DA ROTINA DIÁRIA!

Antes era o rádio, o fantástico rádio. Agora são o celular e anexos, o computador e a Internet. São os mais importantes meios de comunicação cultural que a humanidade tem. O uso da tela, ao transmitir a imagem em movimento com sonorização simultânea, favorece o aparecimento de um clima de magia que suplanta o do próprio cinema. Assiste-se comodamente, à vontade, no tempo e na hora que se quiser, dentro e fora da própria casa. A cada dia, por todo o mundo, milhares e milhares de crianças, adolescentes ou adultos de todas as idades passam horas assistindo a programas transmitidos por esse eficiente meio de comunicação de massa.

O último levantamento produzido pelo portal Wearesocial.com apontou para uma população de 8 bilhões de habitantes no planeta para, aproximadamente, 6 bilhões de celulares, ou seja, as telas digitais são mais abrangentes do que o saneamento básico no mundo (8 a cada 10 pessoas possuem telas). No Brasil, já existem mais celulares do que habitantes. Estudo realizado no IMIP mostrou que mais da metade das crianças com até 2 anos de idade passam mais de duas horas em frente às telas.

A tecnologia inova continuadamente. Os smartphones passaram a integrar o dia a dia das pessoas com as suas diversas funções na área da comunicação, informação, financeira, lazer, etc. E as inovações são quase que diárias com novos lançamentos de celulares, cada vez com mais recursos tecnológicos. As pessoas, hoje, não vivem sem o celular e as crianças, evidentemente, também são atraídas cedo por essa nova tecnologia. Muitos aspectos da vida humana atual vêm se beneficiando com essas novas tecnologias, como, por exemplo a telemedicina, a rápida e precisa comunicação entre as pessoas, o pleno acesso à informação, à educação através de telecursos e outros meios. Entretanto, existe também o lado nefasto das telas. Além de informações falsas que trazem prejuízos para todos, no caso das crianças, em especial, estudos recentes têm mostrado que o uso excessivo de telas está associado com vários problemas, tanto psicológicos, como físicos e sociais, tais como atraso na aprendizagem, retardo do desenvolvimento, alterações no sono, aumento da impulsividade, déficit de atenção, ansiedade, depressão, sedentarismo, obesidade, inaptidão física, problemas posturais e músculoesqueléticos, alterações oculares (síndrome do olho de computador), isolamento social, déficit de comunicação e muitos outros problemas.

É DESEJÁVEL QUE TODAS AS CASAS DISPONHAM DE INTERNET?

As telas, ligadas à internet, são as maiores fontes de transmissão rápida, eficiente, múltipla, diversificada e atualizada do saber. É essa a razão para que os governos falem tanto em inclusão digital. Quem não dispõe dessas ferramentas fica em desvantagem. Tem menos oportunidades educacionais, menos experiências culturais, menos intercâmbio de ideias. Vocês precisam saber sobre vampiros, por exemplo? Sobre pulgas? Sobre sua cidade? Entre na Internet. Com certeza, vão encontrar tudo sobre a Idade da Pedra, sobre a Idade Média, sobre os tempos atuais. É só saber como pesquisar, coisa que se aprende com o uso e com a necessidade, sem grandes dificuldades. Além disso, as telas podem estar disponíveis a qualquer hora e em qualquer lugar, basta um celular conectado à internet. Por outro lado, a tela é uma verdadeira magia, sendo capaz de "fixar" na cadeira crianças que mal deixaram de fazer xixi na cama e gente de todas as idades. Essa mania pode causar excessos, o vício, acarretando vários problemas para a criança.

AS CRIANÇAS SÃO MAIS VULNERÁVEIS AOS MALEFÍCIOS DAS TELAS?

Embora a questão não tenha sido cientificamente ainda bem respondida, lançamos mão de um ditado que nos ensina que "não precisamos ser meteorologistas para saber a direção do vento". Assim podemos afirmar que as crianças sofrem mais que os adultos as consequências danosas das telas. Elas devem brincar correr, competir, praticar esportes, interagir com a natureza e com os colegas. Essas atividades estimulam as habilidades motoras e cognitivas como o raciocínio criativo, a consolidação da memória de longo prazo e outras. O imobilismo na frente das telas as prejudica. As atividades ao ar livre favorecem a socialização, capacidade de vibrar com uma vitória ou de aceitar a derrota, competência para se defender, desenvolvimento do sistema imunológico, desenvolvimento da criatividade, dentre outros aspectos benéficos. As telas não estimulam a aquisição dessas habilidades. A estrutura psicológica das crianças é influenciável pelas questões ambientais desde a mais tenra idade. Elas têm mecanismos para escapar da robotização do comportamento, mas essa capacidade tem limites. As que não se sentem relacionadas de forma agradável e criativa com as famílias, podem sentir-se abandonadas e, nessa solidão, procurar algo mágico que lhes levem para a fantasia. Com um simples toque, essas crianças, muitas delas pouco estimuladas, passam a interagir com a telinha que exibe um mundo fantasioso, lindo, maravilhoso, e, com outro toque, sem esforço, sem luta, mudam para outro tema, mudam para outro tema e assim passam horas. Acrescentamos ainda a incapacidade crítica da criança. O que ela vê ou ouve nas telas passa a ser verdade absoluta. Cabe aos educadores e aos pais impedirem que temas impróprios às crianças e adolescentes sejam vistos. Embora possa haver algum debate sobre essa ótica, nós acreditamos que esses acessos às telas, de forma indiscriminada pelas crianças, possam influenciar no desenvolvimento dos bons costumes e da integridade moral. Portanto, há que se acompanhar as atividades da meninada nas telas. A internet, da mesma for-

ma que traz o mundo com toda a sua cultura, com todos os seus avanços científicos, com todas as suas curiosidades, traz também os perigos da ilegalidade, da perversão sexual, do uso de drogas e de todos os desvios comportamentais. Os jovens precisam dos ensinamentos dos pais e responsáveis sobre o bom uso desses instrumentos e, também, do seu exemplo. Há ainda a questão do desenvolvimento das habilidades interpessoais como a empatia, por exemplo. Ela é uma das bases do que se chama na mídia leiga de inteligência emocional e que só pode ser "treinada" através das interações olho no olho, restringida pelo uso das telas digitais.

O *BULLYING* TAMBÉM TEM SIDO EVIDENCIADO NA INTERNET?

Crianças e adolescentes estão difamando ou intimidando seus colegas através da grande rede ou do telefone celular. O *cyberbullying* é mais uma triste realidade dos nossos tempos. A frequência é muito elevada e há estudos mostrando que um terço dos jovens ativos na internet foram vítimas. Cerca de 16% dos jovens internautas do Brasil conhecem e estão preocupados com o problema. Há grupos internacionais buscando alternativas para evitar e combater esse tipo de *bullying*. Uma entidade britânica (www.beatbullying.org) criou uma alternativa para combater esse tipo de comportamento. Tanto aqueles que buscam orientações como aqueles que dão conselhos têm a mesma faixa etária, que vai dos 11 aos 18 anos. Alguns pais têm sido judicialmente punidos pela prática de bullying de seus filhos e essa é mais uma razão para que eles estejam extremamente ligados no que a turminha está fazendo quando está com suas telas ligadas.

O EXCESSO DE TELAS CAUSA PREJUÍZOS PARA A VISÃO?

Os prejuízos visuais pelo uso excessivo das telas estão provados. O uso exagerado tem cobrado dos nossos olhos o que eles não estão preparados para oferecer. Surgem problemas que hoje são conhecidos como "digital eye strain" — fadiga ocular digital ou fadiga visual — que pode atingir entre 70 e 90% dos que ficam muitas horas por dia na frente da tela. Essa fadiga aumentou mais ainda com a pandemia da Covid-19. Eles podem apresentar dor de cabeça ou na nuca, olhos vermelhos, lacrimejamento oxidativo do filme lacrimal, resultando no aumento do estresse ocular, ou olhos secos, sonolência e vista cansada. Mais recentemente tem sido associado também a essa síndrome a miopia e a esotropia (estrabismo) em crianças, em especial, as mais novinhas. Pesquisa com mais de duas mil pessoas que usam o computador mais de 12 a 14 horas por dia mostrou a relação direta entre o mau uso do computador e o aumento da dor de cabeça, do olho seco e até da miopia entre crianças. O problema é causado por muitos fatores, entre os quais se destacam a redução dos movimentos oculares e dos fechamentos e aberturas das pálpebras (isso reduz a lubrificação dos olhos pelas lágrimas) e o excesso de estímulos gerados pelas telinhas (o monitor de vídeo gera 16,7 milhões de cores) que sobrecarregam a musculatura responsável por regular a entrada de luz até a nossa retina. Então estejam seguros de que o excesso

de horas na frente do computador ou das outras telas dos brinquedos eletrônicos é maléfico para a visão e que são comuns o desencadeamento da miopia transitória nas crianças e a vista cansada (presbiopia) nos adultos. Sabe-se que, longe das telas, a frequência do piscar é de uma vez a cada 4 segundos, enquanto, na frente de uma tela, a cada 9 segundos.

QUAL A IDADE PARA A CRIANÇADA COMEÇAR A TER CONTATO COM AS TELAS?

Infelizmente é comum constatar que as babás e os pais alimentam os bebês ao mesmo tempo em que veem suas telas. Então eles, hoje, estão assistindo às telas a partir das primeiras horas de vida. Isso é inquestionável e provavelmente imutável. Elas começam a mostrar desejo de assistir às telas a partir dos 6 meses de idade e os "danadinhos", antes de 1 ano, já sabem ligar e desligar o aparelho e mostrar uma interação muito grande com ele. Segundo a Sociedade Americana de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Pediatria, se sugere zero tempo de telas até os 2 anos. Por exemplo, "apenas" 50 minutinhos por dia resulta, ao final dos 2 anos de idade, nada menos do que 240 mil palavras não aprendidas.

QUAIS AS INTERFERÊNCIAS DAS TELAS NA SAÚDE?

Estudos para embasar cientificamente as discussões foram dirigidos para elucidar a relação entre o sedentarismo e a obesidade, bem como entre o sedentarismo e as doenças do coração (infarto do miocárdio) e outros problemas vasculares (acidente vascular cerebral) que estão relacionados à falta de atividade física. Os que dedicam muito tempo às telas são indiscutivelmente sedentários. Assim, os críticos do uso abusivo desses equipamentos acham que existe uma relação entre o estar parado diante das telas e essas terríveis doenças crônicas que começam a atingir jovens e até adolescentes.

AS TELAS INFLUENCIAM NO CONSUMO DE ALIMENTOS PELAS CRIANÇAS?

Sobre esse assunto, não há discórdia. A sedutora propaganda de alimentos é capaz de mudar, de forma marcante, os hábitos alimentares da criançada o que gera obesidade, cáries, hipertensão arterial, gastrite, esofagite e vários outros problemas. Mais de 50% da publicidade voltada para crianças é de alimentos e, mais de 80% deles, têm alto teor de açúcar, gorduras e sódio, além de vários aditivos químicos, ou seja, são alimentos processados, muitos deles ultraprocessados. A OMS tem alertado para a comprovada associação do consumo de alimentos processados com o desenvolvimento do câncer, em especial aqueles do sistema gastrointestinal. As informações nutricionais dos alimentos voltados para o público infantil, de uma forma geral, têm como padrões referenciais as necessidades do adulto. É comum que apenas um desses alimentos propagados ofereça à criança a quantidade de gordura e de açúcar que deveria consumir em um dia. Vejam mais no capítulo Obesidade.

AS TELAS PODEM CAUSAR DISTURBIOS DO SONO?

Sim, isso tem sido demonstrado em vários estudos. É absolutamente previsível que os programas que excitam as crianças, com muito movimento, muita luz e cenas de suspense e de violência, causem, como em nós adultos, dificuldades durante o sono. As telas, através de filmes, vídeos, bate-papos pela internet (whatsApp, messenger, skype) podem levar ao êxtase, ao prazer desmedido e incansável. Assim, é lógico supor que possam interferir no sono e no comportamento das crianças e adolescentes. Queixas que façam levar a essa relação são cada vez mais frequentes nos consultórios de Pediatria. É evidente que a programação, sobretudo para os não adolescentes, por essas e por outras razões, deve ser bem escolhida. E, após as 17 ou 18 horas, devem ser evitados os programas que potencialmente podem dificultar o sono. Vários estudos relatam que o uso de telas antes de dormir leva a redução da liberação da melatonina (20% a cada hora de exposição); sono entrecortado, o que inibe a liberação do hormônio do crescimento, consolidação da memória, além de outros malefícios, em decorrência de não se atingir todas as fases necessárias do sono.

O QUE ACHAM DAS RELAÇÕES DO USO DAS TELAS COM A ESCOLA?

As telas representam a “escola paralela” dos tempos atuais. Inclusive, no pico da pandemia da Covid-19, chegaram a substituir por completo a escola presencial. Alguns têm dito que ela concorre “deslealmente” com a escola tradicional. Não há dúvida de que as telas interferem nas atividades educacionais como um todo. Interfere em toda a dinâmica que deve ser respeitada na escola, inclusive na aceitação da hierarquia, nos aspectos emocionais e valores. Exemplificando, cada vez que a atenção é interrompida, leva-se 23min15s para que ela volte a atingir o mesmo estado de concentração obtido antes da interrupção, o que fragmenta a ancoragem da informação “entrante” (input cognitivo). E essa interferência acontece inclusive nas funções precípuas da escola que são a transmissão do conhecimento acumulado e o desenvolvimento cognitivo. A discussão sobre o quanto ela é benéfica e o quanto ela é maléfica é interminável e inconclusiva. Os canais de conteúdo educativo têm usado esse instrumento de divulgação do saber e têm prestado um enorme serviço à educação. Por outro lado, as emissoras comerciais apresentam poucos programas educativos, muito embora alguns de excelente qualidade infelizmente são divulgados nas madrugadas da vida, nos horários em que as crianças estão dormindo. Os educadores, entidades, pessoas e políticos com sensibilidade para a temática têm tentado sensibilizar os governos e os empresários para um uso mais apropriado das telas de um modo geral, pela sua extraordinária tecnologia de geração, transmissão e recepção. Cabe, sobretudo, aos familiares usar esse recurso para desenvolver nos filhos o amor pela cultura regional e nacional, pelas artes, natureza e ciência.

O EXCESSO DE TELAS INTERFERE NA RELAÇÃO PAIS-FILHOS?

Essa interferência é um dos assuntos que mais tem preocupado os observadores da relação pais/filhos na atualidade. As preocupações são que os diálogos e as experiências, até mesmo os enfrentamentos, tão importantes nessa relação, estão ocorrendo cada vez menos face à intromissão das telas na vida familiar. Pais e filhos têm que conseguir dias e horários para conviver livremente, para se conhecer, para se enfrentar, para estabelecer limites, para saber das preferências e das ojerizas de cada um. Não há outro mecanismo para o alcance desses objetivos que não sejam esses citados. Certamente, o excesso de telas impede esse conhecimento por distanciar o contato entre pais e filhos. O excesso de tela interfere ainda na criação da empatia e da consequente liberação da ocitocina (responsável pelo estreitamento do elo emocional entre pais e filhos).

O EXCESSO DE TELAS DIFICULTA O GOSTO PELA LEITURA?

Já foi dito que as telas competem com a literatura escrita, com os livros. É claro que aqui estão excluídos os livros eletrônicos, e-books, acessados unicamente através das telas. E nos parece importante incentivar a leitura desde cedo. Na mesma época em que os meninos e meninas começam a ficar interessados pelas telas, desde antes de um ano, é valioso apresentar a eles os livros repletos de imagens coloridas. É essencial que nessa idade manuseiem livremente os livrinhos. E é importantíssimo que os adultos procurem dizer o que aquelas figuras representam. Logo, logo, eles estarão adorando o contato com esse material e sempre perguntarão pelas suas estorinhas preferidas. Existem até nos supermercados livrinhos bem baratos das histórias clássicas. Ressalte-se aqui o bom uso das telas através dos livros eletrônicos apropriados para crianças. Os e-books têm um custo inferior, muitos podem ser acessados de forma gratuita e, habitualmente, a aquisição é imediata. Entretanto, muitas pesquisas já alertaram que o uso das telas para a aprendizagem é deletério, se comparado ao material impresso. Também chamado de "Modelo F", a extração da informação através das telas digitais, não permite que exista um recrutamento em todas as áreas responsáveis pela consolidação da memória, portanto, leitura em telas precisa ser realizada com muita cautela e orientação prévia.

O USO DAS TELAS PODE ESTIMULAR A VIOLÊNCIA NAS CRIANÇAS?

Obviamente que vai depender do conteúdo do que a criançada e os adolescentes estão assistindo através de suas telas. De um modo geral, aqueles que produzem os conteúdos das telas têm na violência um atrativo comercial e a aceitam como algo natural. Nesse aspecto, as cenas mais reais, como as de certos filmes ou novelas e dos noticiários, são bem mais prejudiciais que a dos desenhos animados, do Homem-Aranha e dos outros heróis modernos. É complicado saber o que fazer. Até nós,

os adultos, maduros, vividos, estamos desencantados com tanta violência, tantas mortes, tantos sequestros, tantas rebeliões nos presídios e tantas notícias frustrantes acerca dos nossos políticos. Deveríamos ter uns noticiários só de notícias boas. Mas, infelizmente, notícias más dão audiência e muitas vezes são mostrados detalhes sórdidos de determinados fatos. Acreditamos que uma vigilância na hora de programas jornalísticos pode ser exercida pelos pais, mesmo porque, hoje em dia, os apresentadores anunciam o que vem no próximo bloco. Exemplos disso são acidentes de avião, casos de assassinatos, entre outros. Não que se deva esconder a realidade da vida, mas dependendo da idade da criança, isso pode trazer consequências mais na frente, como medo de viajar de avião. É importante mostrar que o sensacionalismo diante de tragédias é uma coisa inaceitável.

E O EROTISMO?

Vamos entrar numa seara complexa. Há um grande debate sobre isso. Existem os que se mostram preocupados com a divulgação maciça de comportamentos e de valores erotizantes que são inapropriados às crianças e aos adolescentes. Vestuários, diálogos, gestos, danças e letras de músicas são apresentados como exemplos dessa erotização precoce e inadequada. Citam esses pensadores que certos programas passam a impressão de que esses comportamentos, além de naturais, são próprios de uma vida alegre, feliz, vitoriosa e moderna. Por outro lado, há os que falam que esses conteúdos exibidos nas telas fazem parte de uma sociedade naturalmente erotizada. E dizem que a exposição das crianças e dos adolescentes a esses programas não interfere no amadurecimento da sexualidade que de toda a forma seria desenvolvida. Embora o debate exista, é possível que o pensamento dominante seja o de poupar as crianças e os adolescentes do excesso de atitudes, diálogos e outros itens que exacerbam a erotização. Provavelmente, o pensamento dominante prefira as crianças brincando de boneca, de carrinho, jogando bola, correndo ao ar livre, pulando, competindo, disputando, inventando, criando e "trelando" do que assistindo aos rebolados exibidos na TV. E que os adolescentes usem suas horas livres para a prática esportiva, para o convívio com os colegas e para outras atividades que não envolvam o erotismo. É bom lembrar que programas aparentemente direcionados às crianças, muitas vezes, trazem danos maiores.

CRIANÇAS QUE VEEM MUITA TELA TENDEM A FICAR SOLITÁRIAS?

Ocasionalmente, as crianças assistem às telas com os colegas. Elas veem sozinhas os programas. Isso estimula os comportamentos estereotipados e embota a criatividade e o desenvolvimento da crítica. Também induz a hábitos alimentares exagerados e artificiais, sendo bastante correlacionados à videomania, à obesidade e ao sedentarismo. Comer vendo as telas dissipa o prazer da alimentação e favorece o acúmulo exagerado de gorduras no organismo.

E O USO DAS TELAS INTERFERE NO COMPORTAMENTO HUMANO?

Pesquisadores da Universidade de Leeds, na Inglaterra, demonstraram, de maneira muito clara, que os adolescentes e os adultos que são "vidrados" na internet apresentam significativos índices de depressão. Muitos, inclusive, apresentam depressão que exige tratamento médico. Observaram os autores do estudo que esse excesso de contato com a internet causa uma forma de exclusão social, de isolamento. Eles não chegaram à conclusão sobre quem veio primeiro, se o ovo ou a galinha. Não definiram se os indivíduos depressivos buscam mais a internet que é, para eles, uma busca pela convivência com fatos e pessoas, ou se é a grande rede que causa o problema. Evidentemente, uma associação de fatores pode existir. Mas concluíram, de forma difícil de questionar, que os pais dos adolescentes devem estar muito atentos quando seus filhos usam excessivamente o computador. Outros estudos demonstraram que, em adolescentes, o uso das telas aumenta em três vezes a chance de desenvolvimento de episódio depressivo. Uso das mídias sociais junto a meninas adolescentes, aumenta em 75% a chance de se desenvolver atitudes autolesivas. Uma pesquisa demonstrou ainda que o maior uso de tiktok na primeira infância, resulta em comportamento mais desordenado e impulsivo aos 9 anos de idade.

QUAIS OS OUTROS PROBLEMAS CAUSADOS PELO USO DAS TELAS PELAS CRIANÇAS?

Todos nós sabemos que a quase totalidade dos grupos que exploram o uso das telas visam prioritariamente o lucro. Especificamente no Brasil, não objetivam a educação do nosso povo, não pretendem divulgar os riquíssimos aspectos culturais da nossa nação e não visam falar sobre a nossa variada natureza. O objetivo primário dessa telinha mágica é estimular o consumo e oferecer algum entretenimento. É notório o apelo consumista dos programas para a meninada e para os seus pais. E, como tudo se passa muito rápido, não há tempo para críticas nem reflexão, havendo basicamente uma recepção passiva do que é mostrado. Isso se agrava quando se usa o chamado merchandising que é a propaganda indireta, inserida na própria, novela, filme, seriado, seja o que for. Um ídolo ou um personagem querido usa ou consome determinado produto, a criançada, que ainda não tem senso crítico, tem a tendência de querer fazer exatamente a mesma coisa, ou seja, consumir o mesmo produto. Esse produto nem sempre é adequado ou permitido para algumas crianças. Comportamentos do tipo adulto podem ser passados precocemente para a mente infantil e as crianças maníacas pelas telas, talvez, corram o risco de ter a infância artificialmente encurtada perdendo muito de molecagem, criatividade e brincadeiras, sendo rotuladas como avançadas para a idade, quando, na realidade, são "chatas" e pouco inventivas. As telas podem levar à massificação, interferindo no jeito de se comportar, no jeito de falar das pessoas, tendendo a acabar com o regionalismo, a marca registrada entre as pessoas das diversas regiões e dos diversos estados da federação, que representa um belíssimo diferencial em um país tão vasto e que fala uma única

língua. Já observaram o jeito de falar dos repórteres de todas as TVs afiliadas da Rede Globo em qualquer lugar do país? Onde estão os sotaques pernambucano, mineiro, alagoano, maranhense? Ôxente! Onde já se viu, uai?! Além disso, é importante a censura de papai, mamãe ou responsáveis, na escolha da programação a ser vista nas telas, como já foi dito.

QUAL A RELAÇÃO ENTRE O QUE É MOSTRADO NAS TELAS E O HÁBITO CONSUMISTA?

A criança é um grande consumidor e muito se tem investido e conseguida nesta área com propagandas extremamente bem-feitas. Cabe aos pais estabelecerem limites e saber dizer não, quando algo for supérfluo ou mesmo prejudicial. Determinadas músicas infantis deseducam o ouvido para o que se pode qualificar de boa música. Vários dos "alimentos" anunciados são basicamente produtos químicos com escasso valor nutritivo. Portanto, quem sabe escolher não compra tudo que aparece nas telas. A maioria das crianças que foi embalada ou criada ouvindo música clássica, desenvolve, desde cedo, o senso do que é realmente música. Boas músicas da MPB, com letras de poetas e escritores como Vinícius de Moraes, Clarice Lispector, Chico Buarque, enfim, também devem ser escutadas dentro de casa, habituando o ouvido das crianças e ajudando na sua formação. Infelizmente, existem mães e pais que acham muita graça nos filhos de 2 aninhos cantando e dançando músicas do mais baixo calão. Sentem-se orgulhosos. Poucos ensinam frevo, muitos ensinam a dança do creu. É conhecido o caso, por exemplo, de uma criança que ouvia *Fascinação* na voz de Elis Regina na hora de dormir e cresceu adorando essa cantora fabulosa. Existem casos de adolescentes que estudam ouvindo Vivaldi, Mozart e outros compositores clássicos.

É muito importante o registro de que várias pesquisas já demonstraram que o uso excessivo das telas está associado a uma redução expressiva no QI individual do usuário.

SERÁ QUE É ASSIM MESMO? NÃO ESTÁ HAVENDO EXAGERO?

Não pensamos que exista exagero. Pensamos inclusive que o tema ainda não foi valorado como deveria ser.

QUANTO TEMPO AS CRIANÇAS DEVEM PASSAR FRENTE ÀS TELAS?

O mínimo possível. Quanto mais tempo elas estiverem longe das telas, brincando nas praças, nos parques, nos clubes esportivos e nas escolinhas, melhor. Quanto mais ficarem distantes das telas, interagindo com as crianças de outras famílias, conhecendo outros comportamentos e outros esquemas de valores, expressando seus pensamentos e seus sentimentos, competindo em jogos educativos, aprendendo a vencer e a perder, experimentando e treinando para a vida, melhor. As telas podem ser valorosos instrumentos de aprendizado. O uso racional e não o abuso pode pro-

porcionar avanço no conhecimento geral e até mesmo lazer. O importante é que esteja previsto tempo para aquelas atividades feitas ao ar livre, com espaço para correr e que são imprescindíveis para o desenvolvimento físico e mental das crianças.

QUANTO TEMPO?

Há estudos mostrando que muitas crianças passam quatro horas por dia na frente das telas. Absurdo. Mais de quatro horas por dia na frente das telas produz fadiga mental e cansaço dos órgãos dos sentidos pelo excesso de estímulos. Mas o que fazer se as mães e os pais têm que participar na manutenção da casa e assumem responsabilidades fora do lar? O que fazer se a insegurança dos grandes centros urbanos dificulta a saída em busca por espaços públicos para brincar, correr e jogar? O que fazer se esses espaços públicos são pouco numerosos e os que existem habitualmente são despreparados para proteger e para oferecer lazer para a criançada? As crianças que mais assistem às telas são as que ficam trancadas em apartamentos e que convivem basicamente com as empregadas domésticas. Como resolver isso? Incutindo na cabeça de pais e educadores a necessidade de combater o sedentarismo precoce? Talvez sim. Todos nós sabemos que o sedentarismo pode levar à obesidade, com todas as suas consequências: hipertensão arterial, doença cerebral, doenças cardiocirculatórias e diabetes. Sabemos que uma alimentação saudável — não aquela que a criança costuma comer quando está sentada na frente das telas — e uma atividade física regular são "remédios" preventivos contra essas doenças. Assim, vamos colocar isso na pauta do nosso dia a dia! Se isso for feito, deverá resultar em mudança, mesmo com os pais distantes. A Sociedade Brasileira de Pediatria tem uma recomendação específica para o tempo de tela de acordo com cada faixa etária: https://ammg.org.br/wp-content/uploads/MANUAL-PEDIATRIA.pdf

ASSISTIR À NOITE, NO QUARTO, É PREJUDICIAL?

O hábito de assistir a programas até tarde da noite pode prejudicar bastante o rendimento escolar e as brincadeiras livres tão importantes para a socialização e o aprendizado da vida. Portanto, pensamos que esse hábito deve ser evitado rotineiramente. Nessa mesma linha de ideias, não recomendamos a disponibilização de aparelhos com tela no quarto. Isso favorece o isolamento e prejudica o diálogo com o resto da família. Telas no quarto separam mais as pessoas da casa e evidentemente tolhe a discussão, o debate e o confronto de ideias sobre o que está sendo divulgado e sobre o que ocorre no cotidiano. E, seguramente, favorece o uso abusivo das telas e o fácil acesso a filmes na madrugada.

HÁ CRIANÇAS VICIADAS EM TELAS?

Há especialistas que falam que há pessoas dependentes das telas, o que pode ser considerado um vício. Todos nós conhecemos alguém que ao entrar na casa, antes

de saudar quem estiver lá, antes de perguntar se está tudo bem, liga logo as telas. Pessoas que tomam banho e almoçam com a tela ligada. Essa dependência pode se iniciar na infância. É fácil perceber que o uso excessivo tende a formar um ciclo que, cada vez mais, leva a um maior uso. Os próprios meios de comunicação estimulam os espectadores a permanecerem ligados às telas e alheios ao que está ao seu redor até nos intervalos dos programas, nas mensagens comerciais.

O QUE É MAIS IMPORTANTE: O TEMPO VENDO TELAS OU A PROGRAMAÇÃO?

Pensamos que o ideal é ver o mínimo de telas e ver uma programação bem definida que deve ser ajustada a cada faixa etária. Não é fácil escolher e definir os programas a serem vistos pelas crianças, pois quem define a programação é o interesse comercial, o lucro dos produtores. Os familiares podem oferecer aos filhos uma seleção educativa de excelente qualidade.

OS PAIS QUE VEEM MUITA TELA PODEM CRITICAR OS FILHOS?

O hábito dos pais em relação às telas é da maior influência para os filhos. O exemplo é fundamental. Ser criativo é programar outros tipos de diversão, participar de atividades esportivas, passeios ou mesmo o “simples” brincar e conversar com os filhos são caminhos para encontrar e estimular outras opções de lazer.

QUAL O PAPEL DOS PAIS?

É responsabilidade dos pais controlar o tempo que as crianças passam assistindo às telas e, sobretudo, verificar a programação que está sendo vista, dialogando sobre os temas abordados ou o conteúdo. O ideal é que a escolha do conteúdo seja feita da mesma maneira que se escolhe um filme no cinema ou uma peça para o teatro. Programas que transmitem emoção devem ser preferidos. Discutir e estabelecer opções, bem como horários, é de grande importância. Da mesma forma, os pais devem acompanhar os filhos quando estiverem navegando na internet, checando os sites visitados e mostrando os maravilhosos recursos oferecidos. As emissoras de TV, por necessidades comerciais, ouvem muito os pais. Telefonar ou escrever críticas e elogios pode ser um caminho para melhorar a qualidade do que é mostrado. Apesar dos estudos atuais, ainda são imprevisíveis muitas das influências das telas sobre crianças, havendo necessidade de ser crítico e cuidadosos com esse hábito. Enfim, é a questão de saber usar as telas como algo proveitoso. Sempre que possível estar junto ao filho e conversar sobre o assunto pode fazer com que as telinhas mágicas sejam amigas que enriqueçam a vida da família. Procurar perguntar a opinião deles, destacar os comportamentos positivos abordados, fazer articulações entre o que está sendo visto com a realidade que os cerca. Mostrar as consequências, desfavoráveis ou não de determinados comportamentos. Instigar a capacidade de argumentação e questionamento deles, colocando em foco, por

exemplo, o papel da mídia, para perceber o que está subentendido nas informações transmitidas e procurar trazer à tona outras versões, outras interpretações para o que está sendo divulgado. Há inclusive uma recomendação internacional e mais atual para que se use o termo "engajamento parental" em contraposição ao termo "supervisão parental", ou seja, os pais devem participar ativamente, na medida do possível, das atividades digitais dos filhos.

Finalmente apresentamos a excelente contribuição do Dr. Lucas Vitor Alves, neuropediatra.

TIKTOK TIQUES

Em 2021 a prestigiada revista científica *Movement Disorders* descreveu a primeira associação de tiques provocados pelo famoso aplicativo utilizado pelos jovens, o tiktok. O conjunto de tiques inconscientes e involuntários envolvem pigarros repetitivos, caretas e piscadas involuntárias, movimentos bruscos e, às vezes, essas crianças expressam palavras sem sentido algum, assobios ou podendo até se expressar com sotaques diferentes do próprio idioma. Sintomas clássicos da síndrome de Tourette, mas manifestados por simples repetição em crianças e adolescentes com frágil saúde emocional. Jovens tendem a sentir necessidade de serem vistos e é esse sentimento que os leva a buscar se diferenciar, mesmo que essa identidade seja de uma pessoa doente.

Estudos comprovaram que o tiktok tique é efeito colateral da exposição constante e exagerada a vídeos de pacientes com Tourette. Tal condição é caracterizada pelo paciente apresentar múltiplos tiques orais e motores. A viralização desse conteúdo provocou, sobretudo nesses jovens que viveram muito tempo em isolamento e estresse combinadas com o uso descontrolado da tecnologia, uma onda de repetição, uma mecânica semelhante e que acontece com a humanidade há muito tempo.

No tique do tiktok, as manifestações têm instalação aguda, sobretudo em meninas, e apesar de lembrar o Tourette, se diferencia porque tem apresentação mais complexa, com a presença de vários tiques motores e vocais ao mesmo tempo.

A partir da moda de assistir pacientes com Tourette, foi observado esse fenômeno de repetição que nos fala sobre saúde emocional. Para tratar uma diminuição da exposição é fundamental, mas é preciso que pais e responsáveis observem que o ponto é observar a saúde emocional das crianças e controlar o acesso e exposição a recursos tecnológicos que podem trazer danos mais à frente.

Da mesma forma que aparecem do nada, esse conjunto de tiques some à medida que os pacientes diminuem a exposição a esses vídeos e retomam um dia a dia mais normal. O sofrimento emocional causado pela pandemia e por sentimentos como solidão, baixa autoestima, tristeza, ansiedade refletiram um uso exagerado das redes sociais.

Precisamos, seja como pais, responsáveis ou profissionais de saúde, repensar nossos hábitos e nossa relação com a tecnologia. Estimular o cérebro digitalmente é um passo para desenvolver condutas mais imediatistas, reações automatizadas e

menos reflexivas, causas que podem estar por trás desse adoecimento. Moderação e atenção são essenciais.

Comento um pouco mais o assunto no Instagram: @drlucaslavesneuro. O vídeo em que abordo o tema teve até junho de 2023 mais de 30 mil visualizações. O tema tem suscitados muitos estudos e muitas especulações pelo mundo afora e para mostrar algumas posições de abril de 2024 transcrevemos textos elaborados pelo estudioso pediatra, Prof. João Guilherme Bezerra Alves:

1- EXPOSIÇÃO A TELA NOS PRIMEIROS MESES DE VIDA E ALTERAÇÕES SENSORIAIS

A exposição à tela no começo da vida é uma experiência relativamente nova na história do homem e seus efeitos ao longo da vida ainda são desconhecidos. Entretanto, já é bem conhecido que o tempo gasto em frente às telas diminui o tempo para brincadeiras e interações sociais das crianças. Isso, a princípio, pode provocar um desenvolvimento atípico do processamento sensorial. O processamento sensorial responde pela integração das informações recebidas pelo organismo através do sistema sensorial (audição, visão, tato, paladar e olfato), para formar respostas comportamentais apropriadas e eficientes. No transtorno do processamento sensorial, o cérebro não processa de forma adequada os estímulos recebidos, dessa forma, as respostas comportamentais e motoras são inadequadas e afetam o aprendizado, a coordenação, o comportamento geral e a linguagem do paciente. Exemplos de alterações sensoriais: fascínio visual por luzes ou objetos que rodam, resposta adversa a sons ou texturas específicas, cheiro ou toque excessivos de objetos, aparente indiferença a dor, calor ou frio. Existe substancial evidência entre o processamento sensorial atípico e desordens do desenvolvimento, particularmente em crianças com TEA (Transtorno do Espectro Autista); alterações sensoriais são consideradas um dos sintomas centrais do autismo, sendo reconhecidas, como um dos critérios diagnósticos do TEA (DSM-5). Estudo publicado agora (JAMA Pediatr 2024;178), acompanhou 1.471 crianças expostas à tela nos primeiros meses de vida até a idade pré-escolar. Os autores observaram uma associação da exposição à tela com alterações do processamento sensorial. A exposição à tela foi avaliada aos 120m, 18m e 24m; quanto mais cedo a exposição, maiores as alterações do desenvolvimento. Os autores recomendam evitar exposição à tela nos primeiros meses de vida.

2- EXPOSIÇÃO À TELA NOS PRIMEIROS ANOS DE VIDA E ATRASO NO DESENVOLVIMENTO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomendam que o tempo de exposição à tela seja limitado a uma hora diária para crianças de 2 a 5 anos; antes dos 2 anos, a exposição à tela deve ser zero. Entretanto, muitos estudos têm mostrado que a exposição à tela nas crianças vem aumentando nos últimos anos, em especial após a pandemia da Covid-19. Um grande estudo no Japão, divulgado

recentemente, reuniu 7.097 crianças e verificou associação entre exposição à tela no primeiro ano de vida (< 1 hora; 1 a 2 horas; 2 a 4 horas e > 4 horas) e atraso no desenvolvimento entre 2 e 4 anos de idade (JAMA Pediatr. doi:10.1001/jamapediatrics.2023.3057). Foram avaliados cinco componentes do desenvolvimento neuropsicomotor: comunicação, motor (fino e grosso), capacidade de resolver problemas e habilidades pessoais/sociais. Foi observado uma associação de maior tempo de tela com atraso na comunicação e resolução de problemas entre 2 a 4 anos de idade. Mais um estudo para alertar os pais sobre os possíveis malefícios da exposição dos bebês às telas.

9 | SUPORTE ÀS FAMÍLIAS: "NOVAS" CONFIGURAÇÕES FAMILIARES

Jailson de Barros Correia
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

Atualmente, observa-se um aumento significativo no número de crianças criadas por pais separados, solteiros ou casais homoafetivos. Nessas configurações familiares, os filhos podem ficar mais expostos a vulnerabilidades de ordem biopsicossocial. A separação dos pais, por exemplo, costuma gerar nas crianças um sentimento profundo de perda, muitas vezes vivido como irreparável. Trata-se de um processo que impacta seres em pleno amadurecimento físico e psíquico, que, com frequência, não aceitam facilmente um novo arranjo familiar. Muitas lutam para preservar a sua família original, e não aquela reconfigurada com madrastas ou padrastos — por mais que essas novas figuras sejam bem-intencionadas. A dificuldade de abordar o tema abertamente com os filhos tende a complicar ainda mais a convivência e a superação desse desafio.

A discussão sobre famílias monoparentais envolve religião, moral, sociedade, saúde e justiça, o que a torna complexa. No entanto, essa realidade existe e pode impactar a saúde física e emocional das crianças, por isso o assunto precisa ser discutido.

Em muitas dessas famílias, as crianças passam mais tempo com babás do que com os pais — assim como no hospital a enfermeira, por acompanhar mais de perto, tem uma influência direta no paciente. Essa convivência intensa com a babá traz marcas, positivas ou negativas, que podem durar a vida toda, o que reforça a relevância do tema.

Em qualquer configuração familiar nova, a criança precisa de suporte adequado — seja dos pais biológicos ou não, dos familiares ou da escola. A influência de babás, pediatras e outros cuidados também deve ser considerada com atenção. Esperamos que estas reflexões ajudem a guiar quem convive com crianças nessas situações.

Por fim, abordamos a adoção, um tema muito especial para quem cuida da saúde infantil. Por razões óbvias: para uma criança que ganha uma família — seja com pai e mãe, dois pais, duas mães ou apenas um deles —, algo que muitos adotados nunca tiveram, a experiência é indescritível.

9.1 FILHOS DE PAIS SEPARADOS

Ana Cláudia Zuanella
Carlos Gonçalves de Oliveira
Danielle de Belli Claudino
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira
Paola Battaglia Dias Aldeman Fonseca
Silvio Neves Baptista

Planejamentos frustrados, acordos interrompidos, sonhos desfeitos, conversas e carinhos que não se repetem, certezas despedaçadas, alegrias perdidas, presenças ausentes, sons inaudíveis, perdas de todo tipo, questionamentos variados e muito mais é o que ocorre nos lares onde as uniões desfeitas acontecem.

Todos sofrem. Os filhos são os que padecem mais intensamente as dificuldades comportamentais, psíquicas e, algumas vezes, até materiais decorrentes da separação dos pais.

A problemática causada à saúde física e psíquica das crianças pode não ser percebida com facilidade. Enquanto brincam, correm, pulam, gritam e sorriem, nós, adultos, podemos pensar que inexiste qualquer sofrimento. É comum ouvir os pais atuais, sobretudo, daqueles que não são filhos de pais separados, afirmarem categoricamente que seus filhos estão muito bem, não estão sofrendo e estão da mesma forma que estavam antes da separação do casal.

É verdade que, nos tempos atuais, os filhos de pais separados convivem com colegas na mesma situação. A ocorrência da situação aumentou muito e, entre 2004 e 2005, o divórcio aumentou 15,5% no Brasil. Recentemente, nos tempos da pandemia, as buscas por divórcio dispararam.

Mesmo que a existência de muitos coleguinhas filhos de pais separados possa parecer servir de bálsamo e amenizar a dor, a separação dos pais não deixa de causar um sentimento de óbito para os filhos. Os laços que se rompem, as mudanças radicais que ocorrem em casa, no contexto social e/ou financeiro e até o convívio com outras pessoas que passam a participar da vida das crianças, como os novos parceiros, significam um novo mundo com muitas adaptações a serem vivenciadas por seres que estão amadurecendo física e psiquicamente e que são incapazes de mudar e de aceitar docilmente as imposições que a nova estrutura impõe.

As crianças não aceitam facilmente o novo modelo e lutam pela manutenção da sua família e não da outra formada por estranhos, madrastas e padrastos, por melhores pessoas que sejam. Além dos mais, não é fácil falar com os filhos sobre o assunto, antes e mesmo depois de a separação ser consumada, o que complica ainda mais a convivência com o problema.

É MELHOR A SEPARAÇÃO OU O "TEATRO" DE PAIS E MÃES QUE NÃO SE ENTENDEM?

Uma separação bem planejada e executada, na qual os pais se comprometem a criar os filhos em conjunto, mesmo na nova condição, e assim agem ao longo de muitos anos, é o melhor ambiente para as crianças crescerem do que o "teatrinho" vivido por alguns casais que não estão vivendo em harmonia. As crianças percebem o desamor, a falta de carinho, a desatenção, as palavras ásperas, a ausência de diálogo e outros problemas que caracterizam o casal que não está bem. Por outro lado, uma separação atribulada, mal pensada e mal vivida, é uma encrenca para os filhos e é difícil opinar sobre o mal menor entre isso e a encenação montada pelo casal que vive separado debaixo do mesmo teto. Assim a rotura do vínculo, se bem planejado, pode causa menos dificuldades do que a vida em um lar sem harmonia, sem entendimento.

O QUE É UMA SEPARAÇÃO BEM PLANEJADA E BEM EXECUTADA?

Conceitualmente, é aquela que traz menos problemas para os filhos e para os adultos envolvidos, inclusive os avós e titios. É a que traz menos encrencas, pois elas sempre existirão. Quando o casal decide romper os laços conjugais há necessidade de muito entendimento e diálogo para traçar uma estratégia que evite que os familiares e, sobretudo, os filhos sofram danos maiores. Os conselhos dos pediatras, dos psicólogos, dos religiosos e as discussões nos encontros de casais podem ser usados para definir a estratégia a ser usada. Isso inclui, evidentemente, a comunicação do fato aos filhos. Também inclui o compromisso do pai e da mãe marcarem presença, juntos, sempre, para cuidar dos filhos após a separação. Há muitos mecanismos para se conseguir isso. A teoria, o discurso, a palavra, são menos importantes que a prática. As crianças de pais separados precisam mesmo é do exemplo. O casal, mesmo na condição de ex-marido e ex-mulher, nunca deve se caracterizar como ex-pai ou ex-mãe. Eles devem continuar a ser pai e mãe, devem continuar comprometidos com os filhos e demonstrar isso na prática, no cotidiano, por anos e anos, sem quebra de sequência, de modo confiável.

EXISTE SEPARAÇÃO BEM-SUCEDIDA?

Embora raras, existem. O principal aspecto é que os casais estabeleçam regras para uma convivência civilizada. Neste projeto devem ser incluídos os eventuais novos/as parceiros/as. É apenas uma questão de civilidade e bom senso. Apesar de "apenas", é raro. Mas a realidade é que a maior parte das separações sempre gera sequelas e talvez seja mais apropriado falar de separação menos traumática. É muito difícil, mesmo diante do grande aumento da incidência de separação de casais na atualidade, até mesmo para as pessoas de elevado nível sociocultural, considerar "bem-sucedida" qualquer separação. Observa-se que o casamento de um filho ou filha de casal

não separado com moça ou rapaz filho de casal separado sempre preocupa o primeiro par. Talvez em menor intensidade se os pais dos nubentes (os dois casais) forem separados. Mesmo assim, restam dúvidas: qual foi a "melhor" separação?

QUANDO E COMO FALAR AOS FILHOS?

O ideal é começar a abordar o tema naquela fase do planejamento em que o assunto está bem maduro. Se não está maduro, não adianta expor os filhos a sofrimentos desnecessários Sempre evitar discussões, brigas e agressões na presença das crianças. Quando o casal tomar a decisão firme e irreversível de se separar, os filhos devem ser comunicados. O melhor é comunicar o fato em conjunto. É possível que uma conversa amigável no ambiente que a criança conhece, por exemplo, sua casa, seja o mais indicado. Não é fácil dizer com que palavras isso será feito nem a idade mínima que os filhos devem ter para ouvir essa notícia. Mas tem que ser feito pelo casal, calmamente, com muito amor e um nível aceitável de emoção. Evidentemente, a dramatização deve ser evitada. Uma maneira de introduzir o assunto é falando de algo que a criança já pode ter notado: que os pais já não conversam tanto entre si, que não se sentam mais perto um do outro etc. Obviamente, estes exemplos vão variar conforme a idade da criança, acreditamos que após os 3 ou 4 anos de idade as crianças devem ser avisadas. As palavras para um adolescente evidentemente são diferentes das ditas a uma criança de quatro anos que, por sua vez, diferem das ditas para um garoto de 8 anos. Os adolescentes devem ser informados, pois eles já conhecem o assunto, que papai e mamãe não continuarão juntos, mas, que eles continuarão sendo cuidados pelos dois, com o mesmo carinho, com a mesma atenção. Os pequenos deverão receber uma notícia diferente, talvez com palavras desse tipo, se for o pai a se retirar do lar: "papai vai morar em outra casa, mas, vem te pegar toda manhã para levar à escola. Papai vai ver o seu jogo de futebol". Seguramente, não precisa ser enfatizado que esses compromissos devem ser cumpridos. Se isso não for possível, é melhor que não sejam prometidos. As crianças não devem incluir nos seus sonhos, nesse momento, o que não pode ser concretizado.

O QUE DEVE SER OMITIDO CONSIDERANDO A IDADE DOS FILHOS?

Seguramente, não deve ser dito que o papai ou a mamãe está com uma namorada ou um namorado e essa é a razão da separação. Como também não deve ser informada outra razão de foro extremamente íntimo como é o desacerto sexual. Falem que o papai, se for ele que está saindo, está triste naquela casa, que o papai e a mamãe acham que não é legal dormir na mesma cama e coisas assim. Algumas coisas podem e devem ser omitidas, mas evitando-se sempre o uso de mentiras, pois mais tarde a criança irá perceber que foi enganada e perderá a confiança nos pais, algo essencial. A presença de sintomas ou desajustes temporários varia de acordo com as características das crianças (incluindo idade) e os contextos em que ocorrem as separações.

QUAL A IMPORTÂNCIA DE PRESERVAR A IMAGEM DO PAI E DA MÃE APÓS A SEPARAÇÃO?

Esse é um dos segredos da separação bem-sucedida. Tudo deve ser feito pelo casal para preservar a imagem de cada um. Mãe não deve falar mal, minimizar, aviltar e macular a imagem paterna. Pai também não. Ao contrário, cada um deve agir para preservar e mesmo elevar a imagem do outro. Infelizmente, não é isso que se observa por aí. O que se vê é mãe rotulando o pai de "cabra safado" e de outras pérolas qualificativas e o pai chamando a mãe de "bruxa" e de outros adjetivos até mais terríveis. Isso é um absurdo. Não deve acontecer. Também é comum a mãe denominar a companheira do ex-marido de "p..." o que é outro descalabro. Mas o mais importante para que as crianças e os adolescentes mantenham uma boa imagem dos pais é o cotidiano, a prática, não o discurso. Já falamos, mas repetiremos outras vezes. Os dois, pai e mãe, devem manter vínculos estreitos e constantes com os filhos. Mesmo os que se afastaram da casa devem acompanhar de perto a rotina dos filhos. Devem estar sempre presentes. Será tarefa muito difícil, ou mesmo impossível, que a imagem de um pai palpável, próximo, constante, confiável caia por terra devido às palavras do outro cônjuge.

O QUE É A ALIENAÇÃO PARENTAL?

A alienação parental é o ilícito quando um dos pais, habitualmente o que fica com a guarda dos filhos, difama e avilta a figura do outro pai e o excluí do convívio com as crianças usando artifícios de todo tipo. Frequentemente, os avós e as outras pessoas que estão mais próximas das crianças, habitualmente parentes do pai que detém a guarda, participam desse processo de exclusão, de alienação. Agindo assim, a justiça, sabiamente, tenta preservar a imagem e a presença dos dois pais como extremamente valiosas para a vida emocional dos filhos e aplica penalidades quando o crime de alienação parental é demonstrado. O assunto é tema da lei sancionada pelo presidente Luiz Inácio Lula da Silva, em agosto de 2010, que pune pais e mães que tentam colocar seus filhos contra o ex-parceiro. A nova legislação prevê multa, a ser definida pelo juiz, acompanhamento psicológico ou perda da guarda da criança. Para demonstrar como a justiça brasileira está tratando a relação dos pais com os filhos, em 2012, o Superior Tribunal de Justiça (STF) condenou um pai a pagar uma vultosa quantia a título de indenização por abandono afetivo de uma filha. A ministra relatora foi extremamente feliz ao enfatizar que "amar é faculdade, cuidar é dever". Há dois projetos sobre o assunto tramitando no congresso nacional.

AS CRIANÇAS SÃO USADAS COMO "GAROTO DE RECADO". QUAL A OPINIÃO DE VOCÊS?

Aqui está uma das maiores broncas da separação. Realmente, com certa frequência, pais e mães separados usam as crianças como "garoto de recado". As mensa-

gens enviadas para os outros ou outras são habitualmente depreciativas, críticas e até reclamações sobre falta de dinheiro. É lamentável que isso ocorra. Com certa frequência, a mãe usa a criança para agredir a companheira do ex-esposo. Ou a companheira desse homem também faz isso tentando agredir a ex-esposa do seu atual companheiro. Novamente, repetimos que isso é um absurdo. As crianças devem ser respeitadas. Elas não devem ser portadoras de qualquer tipo de mensagem. Isso as faz sofrer e participar ainda mais ativamente das dificuldades emocionais que a separação causa. Quando for pertinente, o adulto é que deve procurar o outro adulto, "olho no olho", e debater o problema. Aproveitar-se das crianças (ainda mais de filho ou filha) para ferir ou difamar outras pessoas (fazendo dela uma arma) é um ato amoral, antiético e de extrema perversidade.

E SE ELES PERGUNTAREM O PORQUÊ DO PAPAI NÃO VOLTAR PARA CASA?

Arrume uma resposta, mas não minta. Diga que papai e mamãe resolveram assim ou digam que o papai não foi embora. Fale que ele está dormindo numa outra casa, mas que estará sempre presente. Demonstre isso. Mostre que você está sempre junto, levando e buscando na escola, levando ao parque ou à praça, indo ao horto, ao cinema, às reuniões da escola e assim por diante.

OS PAIS DEVEM DEIXAR QUE O JUIZ DEFINA SUA RELAÇÃO COM OS FILHOS?

O envolvimento do juiz na separação deveria ser restrito às questões materiais, que também poderiam ser resolvidas sem essa intermediação. Infelizmente, nós observamos a interferência do juiz de família e de advogados para todo o lado a fim de definir a participação do casal nas questões afetivas, comportamentais, psíquicas. É hora de perguntar que medidas o juiz usa para definir quantas horas semanais os filhos de um casal separado precisam de convívio com o pai? Como ele sabe das necessidades emocionais da criança X e as da criança Y? Como ele avalia as necessidades afetivas do pai e da mãe? Como ele consegue acompanhar a dinâmica emocional da criança Z que está vivendo uma fase difícil e precisa de mais apoio psíquico? Certamente, o juiz apenas sabe que são importantíssimas as participações paterna e materna. Ele deveria apenas recomendar no seu despacho: "Tenha o máximo contato com seus filhos. Leve-os à escola, ao cinema, ao parque. Compareça à escola para verificar o desempenho escolar e compareça às reuniões de pais e mestres. Acompanhe seus filhos ao médico. Nunca os abandone". Assim, nos parece uma estupidez delegar ao juiz essa função que, infelizmente, é necessária face aos conflitos gerados pela separação que chegam a impedir ou limitar o sadio convívio filhos-pais ou filhos-mães. Evidentemente, esse nosso entendimento de que a participação do judiciário deve ser minimizada pressupõe que os pais e as mães envolvidos sejam emocionalmente sadios, psiquicamente estáveis.

DIANTE DA DIFICULDADE, O JUDICIÁRIO É CHAMADO A PARTICIPAR. NÃO É?

Quando o casal não consegue dialogar, quando há inimizade que parece insuperável, o advogado ajuda a intermediar os entendimentos. Existem profissionais que possuem dons essenciais para atuar nessa situação habitualmente conflituosa. É evidente que o profissional não é capaz de fornecer um "manual dos separados", mas ele pode auxiliar nas questões financeiras, na solução dos conflitos mais comuns e aconselhar sobre a necessidade de diálogo quando percebe que a tendência para a desagregação é muito grande. Ele pode até servir de portador de "recados" do ex-marido para a ex-mulher, para tentar evitar que essa missão seja dada às crianças. Evidentemente, outras pessoas, um amigo comum, um religioso e até o pediatra podem servir para amortecer as angústias e para reduzir a natural tendência de ocorrerem gritos e tapas.

EM QUE IDADE A CRIANÇA PODE OPINAR SOBRE COM QUEM DESEJA CONVIVER?

Do ponto de vista biológico, é difícil acreditar que antes dos 10 ou 12 anos as crianças/adolescentes tenham maturidade para exercer uma escolha desse tipo. Do ponto de vista judicial, como nos informa o professor Silvio Neves Baptista, um dos mais qualificados e experientes juristas em direito da família no Recife, a lei não estabelece idade para a criança decidir. A decisão é sempre judicial, depois de ouvir o menor, e não há limite de idade, tendo sempre o juiz o cuidado de verificar se a criança não está sendo manipulada por um dos pais.

COMO APRESENTAR O OUTRO PARCEIRO AO FILHO?

A ruptura entre os pais biológicos foi o desastre maior, já ocorreu. Simplesmente apresentar como meu namorado ou minha namorada, sem muitas explicações, sem muitas justificativas, pode parecer simples, mas não é. Há que se esperar o melhor momento. O processo tem que ser preparado pelo novo casal até prevendo broncas, atitudes agressivas e intensa rejeição. E esperar que o tempo amadureça a relação entre o novo companheiro ou companheira com os filhos da antiga união. Não pode ser um processo forçado, com data marcada, esperando amor à primeira vista. Evidentemente, há uma estratégia sadia de captar a confiança das crianças na qual a paciência, a tolerância e o amor, bem como outros ingredientes que podem ter faltado na relação anterior, sejam aspectos importantes da receita. Excesso de presentes, como é observado, não é um caminho recomendável. Também é aconselhável apresentar o(a) próximo(a) companheiro(a) apenas quando for uma relação mais estável e que indique que vai durar, para não correr no erro de apresentar uma lista de namorados aos filhos, o que dificulta a criação de vínculos com os mesmos e transmite uma ideia de instabilidade afetiva dos pais.

O QUE FAZER QUANDO O FILHO REJEITA O PARCEIRO E RECUSA O CONVÍVIO?

O primeiro aspecto é reconhecer que ele tem o direito de recusar o convívio com o novo parceiro ou parceira. Habitualmente, essa rejeição, com o passar do tempo e com as atitudes sadias do pai ou da mãe biológicos e do companheiro ou companheira, tende a ser minimizada e há casos do nascimento de verdadeiras paixões entre filhos adotivos e madrastas ou padrastos, passada essa primeira e sofrida etapa da rejeição. A meta do padrasto ou da madrasta é a conquista. O bom senso diz que isso deve ser conseguido com compreensão, tolerância e paciência. Ficando-se atento para a criança não usar seu "veto" como forma de controlar a vida dos pais. Nesse caso, é importante também observar se há algo mais que a criança está querendo comunicar, mas não encontra outra forma de se expressar, como por exemplo, a pouca atenção destinada a ela.

COMO FALAR SOBRE O SEGUNDO CASAMENTO E CHEGADA DO NOVO FILHO?

Da forma mais natural, sem rodeios, sem mentiras. É aconselhável tolerar a reação negativa, que é legítima, natural e sempre transitória. Com palavras amorosas e atitudes pacientes, com a prática do conviver harmonioso e carinhoso, as dificuldades desaparecem. Novamente, falamos que mais importante que o discurso, é a continuação do companheirismo harmonioso, equilibrado, convincente, é a tolerância, o amor e a atenção, também exercidos de forma contínua, que desmancham todas as rejeições e atitudes negativas.

QUAIS AS CONSEQUÊNCIAS QUE A SEPARAÇÃO CAUSA NA SAÚDE DAS CRIANÇAS?

Essa questão é extremamente importante. Os filhos, e até os adultos, podem reagir à separação com distúrbios comportamentais, psíquicos ou psicossomáticos. Problemas da alimentação (anorexia ou bulimia), do estômago e do intestino (vômito, cólica, diarreia), do sono (insônia), da pele e das vias respiratórias (eczema e asma), da escola e da atividade física (queda do rendimento escolar e desportivo), das vias urinárias ("xixi" na cama), do psiquismo e do comportamento (rebeldia, agressividade, tristeza, exacerbação do hábito de roer as unhas e até depressão) são descritos como decorrentes da separação. O pediatra é o melhor conselheiro quando um ou mais desses problemas forem notados. Há casos em que os médicos precisam da ajuda de psicólogos experientes, como na constipação intestinal psicogênica, de difícil tratamento.

FORNEÇAM MAIS INFORMAÇÕES SOBRE OS PROBLEMAS DE SAÚDE QUE ACONTECEM!

Vamos recorrer a um estudo da Dra. Vera Regina R. Ramires, em Maringá, que demonstrou reações psicológicas de acordo com a faixa etária:

- Crianças de 5 a 6 anos: desejo/fantasia de reunir a família; separação sentida como uma tormenta; conflitos de lealdade e vivência dos próprios conflitos; sentimento de desamparo.
- Crianças de 8 a 9 anos: ansiedade; sentimento de perda e dor intensa; fantasias de abandono e conflito no processo identificatório; dificuldade de aprendizagem; distúrbio de comportamento; sintomas decorrentes de conflitos anteriores à separação; angústia, sentimento de insegurança e abandono.
- Crianças de 10 a 13 anos: aceitação da nova união dos pais; atitude de cuidado e proteção dos pais (responsabilidade que lhes confere sentimento de raiva); baixa autoestima, depressão, sentimento de culpa, raiva e tristeza.

QUAL O PAPEL DO PEDIATRA E DO PSICÓLOGO?

O pediatra e o psicólogo são os profissionais mais próximos à família, sobretudo, o primeiro, para ajudar na crítica do processo de separação e na busca por um ambiente saudável de maneira que as crianças cresçam emocionalmente sadias. O pediatra é consultado com frequência sobre as dificuldades que a separação está causando e é chamado a verificar os danos físicos e emocionais nas crianças. É ele que com frequência indica e dialoga com o psicólogo sobre as providências a adotar. O pediatra é o profissional que tem mais contato com os pais, inclusive pelo preconceito que ainda existe em procurar profissionais da área psi, ele, em geral, será o primeiro a ser procurado e avaliará se há necessidade de um acompanhamento terapêutico para a criança. O fato de haver tal encaminhamento pode facilitar a continuidade da boa relação do médico com os pais e a criança, já que ele não se envolverá tão particularmente e intimamente no processo do casal. É o pediatra que deve chamar o casal para, numa ou muitas conversas reservadas, sem a participação das crianças, tentar estabelecer um convívio sadio e favorável ao desenvolvimento sadio das crianças. Outras pessoas, como os religiosos, também podem ser úteis na busca por um esquema favorável apesar das dificuldades que a separação impõe.

COMO A ESCOLA DEVE SE PORTAR?

Uma das consequências da separação é o prejuízo do rendimento escolar. É bom que os professores saibam dessa condição para entender e ajudar nessa fase que pode complicar o andamento da educação das crianças. Elas ainda podem se tornar agressivas com seus coleguinhas e apresentar outros distúrbios comportamentais e psíquicos, antes descritos, como consequência da separação, que também precisam ser entendidos pelos professores.

FILHOS DE PAIS SEPARADOS SERÃO ADULTOS PROBLEMÁTICOS?

Não obrigatoriamente. Depois do trauma inicial e se os pais separados conseguem manter diálogo acerca dos filhos, se a presença dos dois é marcante, carinhosa

e contínua, em todos os aspectos da vida dos filhos, se as novas famílias estruturadas após a separação também mostram equilíbrio, sensatez e carinho com as crianças, o equilíbrio emocional é readquirido e elas poderão ter adolescência e vida adulta normais. Na situação contrária, onde o conflito e a disputa imperam, é possível antever prejuízos de longo prazo.

É POSSÍVEL FALAR-SE EM PREVENÇÃO DA SEPARAÇÃO?

A prevenção é difícil porque implica mudança no convívio social, que depende de inúmeras variáveis. A separação de casais formalmente constituídos, ou não, é fato comum e crescente em todo o mundo ocidental. A pergunta "você continua com a mesma mulher (ou com o mesmo marido?") faz parte do repertório entre pessoas que não se veem há anos. Segundo o IBGE, de 1993 a 2003, o número de separações judiciais aumentou 17,8% e o de divórcios 44%. Mesmo assim, apesar de cada vez mais corriqueira, deve haver prevenção que, no sentido estrito da palavra, significa evitar o mal, o prejuízo, o ato falho, pois a separação, seja ela informal, judicial ou através de divórcio é exatamente isso: algo indesejável, que precisa ter meios de prevenção. Afinal, se trata de um relacionamento entre parceiros que estão em crise e não conseguem resolvê-la. Nos Estados Unidos, proliferam os Programas de Ajuda a Casais, como o Encouraging Marriage and Discouraging Divorce (http://www.heritage.org/library/backgrounderpdf/bg).

Pelos efeitos que provoca na família e na sociedade, a separação deixou de ser uma decisão pessoal para tornar-se uma questão de saúde pública. Os programas de ajuda são importantes porque abordam amplamente as diversas circunstâncias que levam à separação, pois essa é uma questão única para cada dupla que se separa. Mesmo assim, é possível relacionar causas, o que é essencial para a prevenção. Podem ser citadas: casais que se uniram na adolescência, união entre pessoas de diferentes níveis socioeconômicos e culturais, união entre filhos de pais separados, relações extraconjugais (60% entre os homens e 40% entre as mulheres), motivos psicológicos como nascimento de filhos, surgimento de rotinas, amadurecimento desigual do casal, entre outras. (http://www.;abcdasaude.com.br/artigo.php?147).

A prevenção, no entanto, depende de mudança no comportamento social e isso, todos sabemos, não é fácil. Conceitos tradicionais de educação doméstica como obediência aos pais, respeito às pessoas mais velhas, gentileza, altruísmo, etc., caíram em desuso. Foram substituídos pela irreverência (chegando até ao desrespeito), pela ausência de hierarquia, o que leva à disputa entre pais e filhos, talvez para dar a sensação (falsa, mas "moderna") de igualdade. Esse fenômeno não só concorre para os distúrbios de conduta das pessoas jovens. As pessoas mais velhas, diante da perspectiva de se igualar aos filhos e aos amigos dos filhos, estão apresentando dificuldade em envelhecer, assumir a idade. É cada vez mais frequente se ver pais e mães "sarados", indo à academia de ginástica. O que é ótimo, afinal, *mens sana in corpore sano*. O que causa preocupação é vê-los assumir o comportamento dos jovens, no qual não faltam as gírias, o modo de vestir e o enorme esforço para a equivalência

física e mental. Essas pessoas podem ter aproveitado muito bem a infância, a juventude e a maturidade, mas estão na iminência de perder a velhice, a última etapa, com tudo de bom e de lindo que ela tem.

E A RELIGIÃO? É IMPORTANTE QUANDO SE FALA EM PREVENÇÃO?

Claro que sim! Ou pelo menos deveria ser. O Brasil não é o país (pelo menos numericamente) mais cristão do mundo? Cristo jamais pregou a separação. Ele pregou justamente o contrário: a tolerância, o perdão, o amor. É muito difícil assumir os preceitos de Cristo. O Dalai Lama confessou-se admirador dos ensinamentos dele e disse não entender por que os cristãos não seguem a sua doutrina. Se a seguissem, certamente haveria grande redução na incidência de separações.

9.1.1 PARTICIPAÇÃO DE CUIDADORES E DOS CONSULTORES

PERGUNTA: O que fazer quando, após a separação, a criança demonstra um excesso de apego à mãe ao ponto de não querer ficar com mais ninguém? Não aceita ficar com a babá nem com os avós. Joga-se no chão quando não colocada no braço e pede o meu colo o tempo todo. Quando estou no trabalho comporta-se bem, mas quando chego, ela chora, pede atenção o tempo todo.

RESPOSTA DO PEDIATRA: Sua criança está tendo o comportamento esperado para quem sofreu a "perda" de um ente querido. A separação deve funcionar na cabecinha dela e, na de todas as outras, de uma forma muito simples: meu pai foi embora e eu não posso perder a minha mãe. É isso que deve justificar o comportamento que você cita que é o esperado de um ser afetivo como é a sua criança e como somos nós frente a uma situação de perda. O que você e todos os outros adultos que a cercam podemos e devemos fazer é levá-la para brincar com outras crianças, encher a vida dela de alegrias que só as crianças sabem dar, tirá-la da frente da televisão e da vida pouco estimulante e depressiva e dar colo livremente quando ela quiser. Essa fase deve passar em pouco tempo. Nada de censura, explicações, teorias, blá-blá-blá. Dê carinho e espere.

RESPOSTA DA PSICÓLOGA 1: Não sei a idade da criança nem outros dados que são importantes para uma análise mais acurada. Assim, falo genericamente. Pode parecer chocante ou cruel o que vou dizer, mas, às vezes (muitas vezes), as crianças usam de manipulação e sabem bem como aproveitar as oportunidades para conseguir o que desejam e/ou "punir" os pais. Elas notam a angústia materna causada pela separação e pelo fato de ter que deixar os filhos em casa e ainda notam as atitudes superprotetoras o que é tudo muito comum numa situação de rompimento da união do casal. E usam esse momento de fragilidade das mães para agredi-las e/ou conseguirem sua atenção ou a do genitor que já não convive diariamente com ela.

Quando cito tais aspectos, não estou menosprezando o sofrimento das crianças frente à separação parental, mas apenas tento alertar que, em alguns casos, as manifestações de sofrimento delas são desproporcionais às manifestações de preocupação e até de sofrimento das mães.

A situação relatada me fez pensar nisso, pois foi dito que na ausência da mãe o comportamento da criança é completamente distinto, continua a ser o mesmo de antes da separação. O que seria esperado é que o comportamento "viscoso" dirigido à mãe também estivesse relacionado, obviamente em menor grau, a todos os outros personagens da cena cotidiana da criança, o que parece não ter ocorrido nesse caso.

Em alguns casos, também percebo que as crianças sofrem em demasia apenas para realizar os desejos das mães ou dos pais, caso convivam com esses últimos, que pretendem responder a uma demanda social ou atingir a(o) genitor (a) que "deixou o lar". Aqui, apenas tento ressaltar o que não costuma ser dito. Mas é importantíssimo lembrar sempre que as crianças de pais separados estão vivenciando um "luto" e digo ainda que o mecanismo que me parece mais eficaz para resolver a questão é o diálogo honesto.O que precisa ficar bem claro para as crianças, que têm o egocentrismo como característica marcante, e ainda são pouco moldadas pelo social, é que elas não foram culpadas de nada e nada poderão fazer para que as coisas sejam diferentes. A decisão de uma separação está muito aquém de terceiros, apesar de, às vezes, não parecer. A fantasia de ser culpada ou de que poderia ter feito algo para impedir o rompimento é muito comum na cabeça dos pequeninos e precisa ser desfeita.

É sempre fundamental ressaltar que elas sempre serão muito amadas. Isso deve ser dito e redito verbalmente e não apenas "demonstrado" como muitos acreditam. As crianças têm o pensamento primário, concreto, e precisam não só sentir, mas também ouvir de seus pais o quanto elas são importantes e amadas independentemente de qualquer coisa.

RESPOSTA DA PSICÓLOGA 2: As respostas, do pediatra e da psicóloga, são excelentes, pois permitem aos pais, naturalmente culpados, exercerem o tão necessário "limite" e não favorecerem a criação de pequenos tiranos que podem, inconscientemente e no "direito" deles, se aproveitarem de uma culpa captada nos pais fragilizados para fazer valer todas as suas vontades. Também aproveito para reforçar que a conversa, o diálogo, o "blá-blá-blá" é fundamental. Mesmo que se imagine que a criança não está entendendo nada, ela está, ao menos, percebendo que há um interesse em explicar-lhe as coisas e está se criando as bases para o diálogo e a verdade, duas experiências que infelizmente parecem estar cada vez mais em desuso hoje em dia.

PERGUNTA: O que fazer se a criança mostra um certo afastamento da mãe quando sabe que foi ela quem quis a separação? Não diz nada, mas nas brincadeiras morde, belisca, puxa os cabelos e mostra outros sinais de revolta?

RESPOSTA DO PEDIATRA: Veja que outro exemplo extraordinário de ser afetivo que é a criança que você descreve. Ela simplesmente está dialogando com você e

mostrando o desagrado com a situação criada. Vez ou outra, não muitas vezes, se a criança tiver uma idade que pode compreender o que ocorreu, que pode te ouvir, fale naturalmente as razões que levaram à separação e deixe-a falar também. Mas se a criança tiver poucos anos de vida, deixe as explicações para o futuro.

RESPOSTA DA PSICÓLOGA 1: Novamente, respondo genericamente. Há que se respeitar o momento das crianças e também verificar se as mães que estão vivenciando essa fase difícil não mudaram o modo de enxergar e se relacionar com elas. Por exemplo, é importante ver se as mães não ficam mais atentas ao comportamento das crianças e sem querer acabam percebendo como problemático um comportamento usual. É possível, com atenção, observar se o comportamento delas mudou, ou não, ou se o que mudou foi à interpretação dos que as cercam. Assim, dá para admitir que cenários de um comportamento corriqueiro passam a ser vistos de forma diferente e estão relacionados à separação dos pais.

Novamente, ressalto a magnitude do diálogo franco. Nesses momentos, nada melhor do que olhar nos olhinhos do filho e dizer: "você está chateado com a mamãe?", "você está triste?", "a mamãe não está entendendo porque você está machucando a mamãe. Eu estou machucando você?".Esses questionamentos diretos mostram a seus filhos que vocês percebem que eles estão sofrendo, que podem contar com vocês e que não serão repreendidos ou incompreendidos por isso. É assim que se constrói um canal livre para diálogos que é imensamente importante durante todas as fases da vida que vocês dividirão juntos.

PARTICIPAÇÃO DE OUTRA CUIDADORA (27/3/23)

> "Acredito que o tema deste capítulo pode render longas e profundas conversas, afinal a complexidade das relações familiares é dos temas mais delicados e exige dos responsáveis muita habilidade e uma sincera determinação em buscar as melhores alternativas no trato de situações conflituosas apresentadas no cotidiano. Nesses cenários, várias podem ser as origens dos conflitos, seja a dificuldade/incapacidade do diálogo, a indiferença quanto à assunção das responsabilidades próprias da parentalidade ou, ainda, as disputas em torno dos filhos, de maneira explícita ou velada e sutil, a ponto de produzir o danoso efeito da alienação parental — em um tal contexto, não podemos minimizar as consequências sobre as crianças e adolescentes.
>
> O caso da experiência familiar do meu filho, infelizmente, é atravessada por algumas dessas questões. Sou uma mulher de 33 anos, fui casada, ambos desejamos a gravidez e meu filho nasceu quando eu contava com 27 anos de idade. A separação aconteceu quando ele tinha apenas 8 meses. Difícil decisão, tomada após muito sofrimento e repetidas reflexões acompanhadas, profissionalmente, em sessões de análise, uma vez que — e principalmente —, envolvia um filho de apenas 8 meses de idade. Lamentavelmente, o período de sofrimento

tornou-se muito mais extenso, desta vez em razão das dificuldades paternas em conseguir se dispor a um mínimo diálogo, seja comigo, seja com toda a família materna, com a qual meu filho tem importantes relações afetivas, inclusive com padrinhos e primos. Cuidar e estar atenta às situações que envolvem meu filho contou, e ainda conta, com uma série de episódios e situações extremamente desafiadoras.

Não sem dificuldades, decidi assumir de coração aberto o que veio "fora da curva" nos planejamentos da vida — se não fizesse isso, as tristezas me imobilizariam. Me guio sempre pela certeza de que, independentemente do cenário conflituoso que se coloque, meu compromisso será sempre o de sustentar, com amor e toda dedicação, a função materna que me cabe e promover para meu filho tudo aquilo que entendo ser saudável organicamente e emocionalmente, dentro do que esteve e está ao meu alcance.

Meu filho tem uma vivência parental literalmente cindida, infelizmente, por razões que acredito que aqui não devam ser expostas. Em um contexto de cisão como esse, há muitas questões que nos escapam e desafios que se apresentam, seja através de falas e conversas trazidas pelas crianças que, por vezes, revelam histórias difíceis de administrar (acredito na grande importância da criança se sentir livre para expressar suas questões e preocupações na fala, de modo espontâneo e "desdramatizado"), seja através da formação de sintomas que se expressam através do corpo (doenças) e do comportamento.

Sobre esses aspectos que nos escapam, certamente o mais complexo e delicado de contornar é a prática da alienação parental — seja ela deliberada ou como efeito das dificuldades dos pais — porque ela pode acontecer, inclusive, nas entrelinhas e através de mensagens contraditórias recebidas pela criança ou adolescente. Digo das entrelinhas porque nem sempre a alienação parental é praticada de maneira verbalizada, mas através de expressões, de mecanismos velados que gradativamente vão dando consistência aos seus efeitos. Nesse sentido, não dá para subestimar a fina percepção que as crianças têm do estado emocional dos pais e os efeitos sofridos pela prática de uma alienação parental que pode se manifestar desde mecanismos sutis, meros desacordos ou desafetos de um responsável em relação ao outro, até as falas mais explícitas de degradação da imagem de modo a erodir a relação parental existente entre a criança e a(o) outra(o) genitor(a), o que, evidentemente, gera uma condição de insegurança afetiva e de angústia para os(as) filhos(as), podendo levar à diferentes formações sintomáticas — especialmente se, além da alienação, a criança for "ensinada" a silenciar e a trancar o que deveria ser livremente expressado.

A essa altura do campeonato, imagino que não necessariamente haverá solução com desfecho positivo e definitivo em todas as histórias de conflitos familiares.

Nossa experiência me leva a crer em um trabalho continuado de superação das adversidades na medida em que elas vão se apresentando e, especialmente, um trabalho de proteção e fortalecimento do meu filho através de diferentes iniciativas, seja qual for o nível de complexidade do cenário posto. Certamente, há histórias familiares nas quais os seus integrantes encontram saídas saudáveis e definitivas para os desafios colocados e muitas se recompõem de maneira harmoniosa — conheço algumas e uma delas se intitula, inclusive, como "família tentacular", dada as recomposições das relações e a união entre todos os parentes em torno da prioridade que lhes é comum: a do bem-estar das crianças. Contudo, nem sempre as coisas caminham nessa direção...

Para as famílias imersas em situações conflituosas, penso que há uma série de ferramentas decisivas, nas quais devemos sempre apostar, tanto para as crianças, quanto para os adultos — a propósito, acredito que a origem das dificuldades dos(as) pequenos(as) vem, majoritariamente, desses últimos. Aqui, falo um pouco do meu percurso com meu filho (juntamente com minha família) e das iniciativas tomadas em relação às referidas ferramentas. Uma delas é o próprio acompanhamento do(a) pediatra, que imagino ser, muitas vezes, desafiado a avaliar a saúde da criança e decifrar as suas queixas com um olhar que vai do fisiológico ao psicológico — afinal, o tema deste capítulo está relacionado à própria condição da saúde mental. Nesse laço da medicina com a psicologia, penso que outra ferramenta decisiva se apresenta: o acompanhamento psicológico para os(as) filhos(as). Acredito verdadeiramente que ter um espaço próprio, no qual a criança possa se manifestar livremente, à parte das intervenções maternas e paternas, é decisivo para o amadurecimento saudável nas realidades de conflito familiar. E, não apenas a criança, mas também um espaço no qual pais e mães que se implicam responsavelmente no acompanhamento podem ser orientados sobre a forma mais adequada de abordar determinados assuntos com os(as) filhos(as) e se conduzir na educação destes(as). É certo que, a despeito de todos os cuidados, muitas vezes o nó do conflito não desata e, nesse contexto, surge a ferramenta também do Poder Judiciário. Ainda que o tempo para enfrentar as dificuldades colocadas a uma criança seja distinto para a pediatria, para o psicólogo (a), e para o direito de família, cabe ao(à) magistrado(a) responsável por casos de separação e/ou alienação parental, atuar com empatia, construir uma percepção sobre a gravidade do "adoecimento" da família ou de um de seus membros e definir as soluções compatíveis com o risco ao qual a criança pode estar submetida — inclusive à luz das avaliações dos profissionais da medicina e da psicologia.

Falo sobre essas ferramentas porque todas elas fizeram e continuam fazendo parte da vida do meu filho. Para ele, foi e tem sido de imensa importância poder contar com pediatra, psicanalista e profissionais da advocacia sensatos(as) e qualificados(as), seja na atuação e/ou na relação com meu filho.

> Neste relato, cabe reconhecer que este percurso não acontece sem sofrimento, pois, mesmo guiada pelo investimento no desenvolvimento saudável do filho, muitas vezes me deparo com situações que se caracterizam mais com um cenário de minimização do dano. Para mim, é inaceitável que uma criança arque com o ônus de problemas que são dos adultos. Ao mesmo tempo, o cuidado com a saúde física e psíquica do meu filho não me permitem desanimar, mesmo diante de situações adversas. O mais difícil é constatar que, efetivamente, está nas mãos dos adultos se disponibilizarem a transformar o cenário, se determinarem ao enfrentamento do que são as suas questões pessoais e se implicar num processo educacional em benefício do filho, com a real priorização dos cuidados e do bem-estar da criança - que hora vai exigir concessões maternas, hora paternas, viabilizando uma relação que deveria ser de co-responsabilidade entre os pais e mães.
>
> Aprendi com meu filho, minha família e amigos(as) que a troca e apoio mútuo são indispensáveis nos cuidados que temos com nossos filhos — isso nos dá mais chances de acertarmos. E a opção pela alegria e pelo bem viver é algo precioso que precisamos estar atentos para transmitir na formação dos nossos filhos."

Vocês devem ter sentido nossa dificuldade em responder às questões formuladas, nossa incapacidade de fornecer uma fórmula para conduzir o debate. É muito mais fácil para nós fazermos um encontro para tratar das diarreias, das amigdalites e de muitas outras doenças. Mas pensamos que algumas ideias apresentadas podem ser úteis para minimizar as agressões às crianças.

9.2 FILHOS DE MÃES E DE PAIS SOLOS: FAMÍLIAS MONOPARENTAIS

Ana Cláudia Zuanella
João Guilherme Bezerra Alves
Maria Luisa Antunes Nunes
Otelo Schwambach Ferreira
Silvia Regina Gondim Farias de Andrade

Uma das mudanças notadas na composição familiar, nas últimas décadas, é o extraordinário aumento da frequência de famílias compostas exclusivamente por um dos pais e filhos. A maioria das famílias monoparentais é comandada por mulheres. A fertilização in vitro (FIV) favoreceu de forma marcante a ocorrência dessa composição familiar.

Na Inglaterra, uma de cada quatro famílias com filhos é composta por apenas um pai ou uma mãe e seus filhos. Apenas 9% dessas famílias monoparentais são de homens e filhos. Nesse país, 47% das famílias com apenas um dos pais são conside-

radas pobres, o que repete a experiência internacional de que as famílias monoparentais têm alto risco social.

No Brasil, não encontramos dados sobre o assunto. A observação do cotidiano mostra que a temática é relevante também por aqui. A realidade do Brasil preocupa. A gestação não programada, portanto, com risco de a família ser composta apenas por mãe e filho, ocorre com alta frequência em adolescentes.

O tema que adentra valores da religião, da moral, da sociologia, da saúde psíquica e física, da justiça e de outros aspectos da nossa vida não é simples de ser debatido. O fato é que a situação existe e causa alguns problemas de saúde física e psíquica nas crianças. Portanto, apesar das dificuldades, o tema precisa ser debatido.

Nossa proposta de trabalho reservou um espaço para abordar o tema e enfocar primordialmente a problemática de saúde das crianças que podem estar relacionadas à falta da função do pai ou da mãe no contexto familiar. Evidentemente, não existe uma "receita de bolo" para todos os casos. É possível relacionar e debater sobre princípios gerais que devem e podem ser aplicados e é isso que nos interessa.

A nossa discussão enfocará as famílias monoparentais lideradas pelas mulheres que, biologicamente, engravidam (hoje até via FIV), gestam, parem, amamentam e, por isso tudo, estão mais ligadas a seus filhos do que os homens. Mas abordará também as famílias uniparentais lideradas pelos pais, homens, que pelo menos buscam dar a mesma atenção e cuidar tão bem das crianças como, via de regra, fazem as mamães.

COMO A LEI TRATA ESSE ASSUNTO?

Embora não seja nossa proposta abordar aspectos diferentes da saúde, citamos que a Constituição de 1988 mudou o conceito que a legislação do início do século 20 tinha sobre a família. O conceito antigo era altamente restritivo e produziu muitos malefícios aos adultos e às crianças envolvidas nas famílias monoparentais. A atual Constituição enumera três tipos de famílias que merecem a proteção jurídica e do Estado: as advindas do casamento, as oriundas da união estável e as caracterizadas pelas relações de um dos pais com seu filho, a uniparental. Assim, não há dúvidas de que a mãe ou o pai solteiro, viúvo, separado ou divorciado, que vive com o seu filho ou filha, é uma família com direitos e deveres assegurados, como outra qualquer. Não há diferença jurídica entre as famílias constituídas por um casamento em que homem e mulher cuidam dos filhos e as compostas apenas pelo pai ou pela mãe e as crianças. Essas noções sumaríssimas são fornecidas para lembrar a vocês que o risco social que pode produzir danos à saúde das crianças dessas famílias pode ser minimizado pela atual proteção jurídica. E vejam que a união entre homossexuais está sendo vista de uma forma muito mais natural do que era há décadas.

QUAIS OS PROBLEMAS QUE AFETAM AS CRIANÇAS NO AMBIENTE MONOPARENTAL?

Os problemas são de ordem social e/ou psicológica:

- A experiência mundial mostra que os filhos de famílias monoparentais estão em maior risco de adoecer em consequência da condição social desfavorável. Essa condição ocorre mais no caso das mães solteiras adolescentes e ainda mais se a condição econômica delas já era desfavorável antes de ter a criança. Os principais problemas de saúde dependem dessas circunstâncias e não do fato de a família ser uniparental. As crianças têm maior risco de morar em casas insalubres, sofrer problemas nutricionais — como anemia e desnutrição — ter mais infecções como a tuberculose e as parasitoses intestinais, ter mais desajustes emocionais, ter contato com o crime e ter educação menos qualificada.
- Mesmo quando não são importantes os problemas sociais, há dificuldades emocionais a serem evitadas e enfrentadas. Ainda existe muita discriminação, desinformação e práticas errôneas que afetam a vida emocional da criançada e dos seus pais nessa condição. De uma forma genérica, a ausência do pai é menosprezada e a falta dele é um dos principais geradores de dificuldades. Seguramente a ausência da mãe, também subestimada, causa ainda mais problemas. É inquestionável que homem e mulher que geraram um filho devem ter compromisso com a sua formação para ser um cidadão com futuro, perspectivas e, obviamente, com a sua manutenção e saúde. A forma com que as mães ou os pais que sozinhos cuidam e educam materialmente e afetivamente os filhos vai influenciar muito no comportamento deles. A influência é tanta que, genericamente, pode-se afirmar que se eles forem cuidados e informados sobre a situação, de forma planejada, apropriada, serão crianças e adolescentes normais, mas se isso não ocorrer muitos problemas de saúde poderão ser gerados.
- Quando o filho nasceu da FIV, que custa algum dinheiro e já seleciona os clientes, são menos comuns os problemas sociais decorrentes da débil estrutura econômica da família. As mulheres que optam pela FIV têm elevado poder aquisitivo e "cabeça-feita".

COMO AGIR PARA PREVENIR OS PROBLEMAS?

A máxima "cada caso é um caso" é extremamente válida. Espera-se que qualquer formulação geral para evitar os problemas observados em todas as situações deve contemplar:

- Estrutura material que garanta moradia, alimentação, acesso ao serviço de saúde, educação, lazer e outros itens para reduzir ou abolir o risco social que

ameaça a criançada das famílias monoparentais. É esse o espírito das pensões a que as crianças têm direito e a razão que faz com que os juízes das varas de família sejam tão rigorosos no seu cumprimento.

- Conhecimento da verdade, explicações simples, mas confiáveis para os que perguntam pelos papais ou pelas mamães que existem nas casas dos coleguinhas. Se desde o início tudo for falado com clareza e simplicidade à medida que as inquietações dos filhos sobre o assunto são sentidas, poucas dificuldades eles terão para entender porque as suas famílias são diferentes das dos amiguinhos. Eles entenderão que os papais e as mamães namoraram e que eles nasceram desse namoro. É importantíssimo que as mamães e os papais definam repetidamente que elas queriam ter a alegria de curtir a maternidade e a paternidade e eles nasceram. As crianças nunca devem ter dúvidas sobre os sentimentos dos pais na fase em que foram geradas e também devem ser dadas explicações convincentes sobre a razão da ausência do pai ou da mãe no contexto familiar. Alguns conselhos gerais como os expostos no capítulo *Filhos de pais separados* ajudam a seguir os caminhos a serem percorridos.
- Evitar as fantasias enganosas do tipo "seu pai viajou", "seu papai já morreu" ou pior a transferência da paternidade para os avós é fundamental. Isso vale para a adoção e também para quando a justificativa da família monoparental for a viuvez. Falar a verdade e nada de "faz de conta".
- Informação precisa e no tempo certo. Quando o nascimento do filho resultou de uma FIVs e o esperma usado foi de banco e não é possível indicar o pai, isso também deve ser informado. Escolha o momento certo, a idade certa, as palavras certas, a emoção certa, o ambiente certo para informar a verdade. Isso é válido para todas as situações.
- Confiança de que se tudo for encaminhado como manda o "figurino", a situação habitualmente termina com o entendimento e com a aceitação do que ocorreu, principalmente quando a turma já é maior ou adolescente, sem prejuízos para a saúde emocional.

MAS COMO CONTAR E EM QUE MOMENTO?

Como já foi dito em outros capítulos que tratam de assuntos correlatos, isso vai depender muito do amadurecimento das crianças e de como as mães, os pais e os outros familiares envolvidos enfrentam o assunto. A importância do tema justifica a repetição de conceitos já emitidos. Lá vão algumas observações:

- A "regra de ouro" é a verdade deve ser dita, a mentira e a fantasia são sempre as piores soluções. Ao longo da vida da criança surgirão inúmeras oportunidades para falar da maternidade e da paternidade. É importante falar da figura paterna ou materna, dizer os seus nomes, informar onde eles moram, falar das profissões que exercem, relatar sobre as suas famílias e sobre

seus outros filhos, se existentes. Dialogar com o máximo respeito e nunca de forma depreciativa.

- Outro aspecto é que as informações devem ser dadas de forma muito natural, sem emocionalismos exacerbados e de forma convincente. É terrível que uma criança hoje saiba que seu pai é José e amanhã seja informada que é João. Existem momentos críticos como o dia dos pais, com todos os apelos de marketing. É difícil administrar uma época como essa, mas nada é impossível. Se os pais convivem, fica melhor. Se não convivem, é mais difícil. As mães podem orientar as crianças no sentido de fazer algo para os papais ausentes — isso é feito, em geral, na escola — e, adicionalmente, podem sugerir que elas escolham alguém para dar a "lembrança" ou que guardem para quando conhecerem os papais, deixando claro, para os que podem entender, que isso pode não acontecer.
- Entre 9 e 12 anos, as crianças tendem a pensar nos opostos bom/mau e correto/incorreto e é importante explicar-lhe que não há nada de excepcional numa família em que falta na casa o pai ou a mãe. É importante destacar como é comum as famílias monoparentais. É sempre muito importante falar sobre os pais ou as mães ausentes de maneira que atendam às questões suscitadas, de forma que elas se orgulhem deles e que possam dizer aos coleguinhas os seus nomes e o quanto eles são bons.
- Nos casos em que as mães enfrentam sozinhas a maternidade e que os meninos/as nunca conheceram os pais ou nunca estabeleceram vínculo afetivo com eles, é difícil criar uma imagem positiva e de bondade que as orgulhe. Mas vale lembrar que a oportunidade de conviver com um modelo favorável a uma boa qualidade de vida material e afetiva para os filhos não se esgota na figura paterna. É possível que, na vida diária, meninos e meninas tenham acesso a outros modelos, tanto masculinos como femininos, que ofereçam a eles excelentes oportunidades para serem felizes e se estruturarem como adultos equilibrados.

ALGUNS CONSELHOS ESPECIAIS PARA AS MÃES?

Repetimos que, embora em tese, estamos abordando os problemas das famílias uniparentais "tocadas" pelas mulheres ou pelos homens, seguem alguns conselhos "ideais" que podem ser teóricos, mas são verdadeiros:

- Enfrentar a situação e todas as dificuldades com coragem, estoicismo e esperança de que os filhos poderão verdadeiramente se transformar em pessoas úteis, produtivas e felizes.
- Evitar se colocar como vítimas. Na fertilização natural os filhos não são gerados por um só. Cabe a dois a responsabilidade de evitá-los, quando não desejados. O mercado oferece muitos métodos anticoncepcionais eficazes. Portanto, se a gravidez aconteceu, não foi falha ou desejo de um dos parceiros e isso deve ser racionalizado.
- Procurar não falar mal dos pais ou mães biológicos ausentes. O arrependimento é um direito de todos e, muitas vezes, os pais mudam de ideia e pro-

curam os filhos ou esses, mais maduros, buscam pelos genitores que com frequência não se negam e até têm muito prazer de manter contato com eles. Isso será dificultado se as mães ou os outros familiares tiverem criado imagens negativas e depreciativas dos pais. Toda e qualquer imagem e impressão sobre os pais deve partir das crianças e não das mães ou dos outros familiares. Na maioria das vezes, existe mágoa, raiva e esses sentimentos devem ser guardados pelas mães e jamais repassados para os filhos.

- Proporcionar às crianças as informações necessárias sobre os diferentes tipos de família e, em particular, sobre as famílias monoparentais. Transmitir aos filhos a noção firme que é absolutamente normal essa configuração familiar e de que é possível alcançar todos os mesmos direitos e deveres que qualquer outra. Através de uma pauta previamente estabelecida, é possível sugerir que elas falem a respeito dos muitos tipos de configuração familiar: famílias nas quais convivem filhos/as, pai, mãe e avós, outras de pai, mãe e filhos/as, algumas nas quais convivem os filhos/as unicamente com o pai ou que podem ser constituídas a partir de maternidade ou paternidade biológica, adoção, morte de um dos cônjuges, separação, divórcio ou anulação do vínculo enquanto casal.
- Tentar não buscar apressadamente um outro companheiro ou companheira com a intenção de resolver suas necessidades afetivas a fim de "normalizar" sua situação como família e proporcionar ao seu filho/a uma figura paterna ou materna. Como se o fato de encontrar uma outra pessoa o mais rápido possível fosse a garantia para a solução de todos os problemas. O sensato é pensar que um novo relacionamento é uma opção, não uma solução. Para que as pessoas possam se vincular afetivamente, é necessário que as relações se desenvolvam ao longo do tempo e que as pessoas desejem assumir conscientemente alguns compromissos. As mães solteiras e os pais solteiros podem, perfeitamente, educar sozinhas os seus filhos/as com resultados bastante satisfatórios.

NÃO POSSO NEM DIZER QUE O PAI É FEIO?

Mais uma vez, repetimos que estamos abordando as duas situações: famílias monoparentais tocadas pela mãe ou pelo pai. O respeito à figura paterna ou materna é pilar muito importante para a saúde afetiva dos filhos das famílias monoparentais. Não há dúvidas sobre isso. Alguns estudos indicam que os meninos pertencentes às famílias nas quais a figura paterna não está presente são menos competitivos. Eles se interessam menos pelos esportes, são mais dependentes, mais agressivos, têm problemas de disciplina e, inclusive, enquanto são pequenos, podem ter problemas de identidade sexual. As meninas nessa mesma situação geralmente têm dificuldades para relacionar-se com pessoas do sexo oposto e podem inclusive tornarem-se mulheres que definam sua felicidade em função do êxito obtido com os homens. Por outro lado, foi demonstrada, de maneira consistente, que um dos melhores preditores da adaptação das crianças com relação à separação é a capacidade da mãe na hora de enfrentar os problemas e também de continuar encarregada da educação dos seus filhos/as.

E OS AVÓS E AS TIAS? COMO DEVEM AGIR?

O papel desses e dos outros familiares é agir apoiando, ajudando, não criticando, não interpretando ou oferecendo soluções irreais. Evidentemente é importante que também atuem no sentido de reduzir o risco social ajudando na oferta de condições materiais e afetivas. Se a ausência for a do pai, o vovô poderá servir como referência masculina. É evidente que deve haver uma clara e consciente disposição do cumprimento desse papel (pelo vovô) para que funcione. Se os avós e titios agem normalmente em relação a filhos adotados, por que razão rejeitar netos ou sobrinhos nascidos do corpo dos seus descendentes? Infelizmente, ainda existem muitos preconceitos que são baseados não no afeto, mas na preocupação moral. Com frequência, os parentes estão mais preocupados com a "imagem" da família em relação ao que os outros vão dizer. Deveriam dar exemplos e distribuir todo seu amor e afeto, venham de onde vierem as crianças. Cabe aos pais e às mães conversarem com seus parentes mostrando que o caminho do amor é muito mais forte e saudável do que o da rejeição fundamentada por falso moralismo.

E AS PROFESSORAS, COMO DEVEM PROCEDER?

Os professores devem ser orientados a não diferenciar o tratamento dado a todas as crianças. Eventos como Dia das Mães e Dia dos Pais podem provocar dificuldades especiais e a coordenação do colégio deve se planejar com antecedência para conduzir a questão. O ideal é que o corpo docente da escola esteja envolvido na tarefa de mostrar que existem famílias em que os pais ou as mães não estão presentes. As crianças das famílias monoparentais nunca devem ser excluídas das festividades. Evidentemente, é esperado que os professores nunca discriminem nem atrapalhem por qualquer ação a vida das crianças dessas famílias.

EM TERMOS DE SAÚDE, O QUE MUDA QUANDO O FILHO É DE MÃE SOLTEIRA?

Há algumas questões particulares. Muitas vezes as mães desconhecem doenças da família dos pais e essa é uma informação importante para ajudar no diagnóstico de alguns problemas. Afora as doenças citadas de cunho social, as principais dificuldades são as de ordem psíquica e afetiva. Não existem muitos estudos sobre o tema, mas a prática indica que surgem distúrbios do sono (insônia e outros), do apetite (anorexia, ingestão alimentar excessiva e obesidade), da escolaridade (não cumprimento das obrigações escolares) e do comportamento (rebeldia, irritabilidade, entre outros) como consequência ou relacionados a essa condição. Evidentemente, esses problemas são mais notados quando o assunto não é tratado de forma adequada. As dificuldades, de início, predominante na esfera psíquica, podem atingir a física. Episódios de asma, de dermatite, de gastrite, de diarreia, e outros podem ser mais frequentes nas crianças de famílias uniparentais. Mas isso não está claro e é muito difícil de ser demonstrado.

E A FERTILIZAÇÃO IN VITRO (FIV)?

A FIV é outra forma de ser mãe e permite, inclusive, o anonimato do pai, o que é legal em alguns países. Nos últimos anos, aumentou de forma notável o número de mulheres solteiras que conceberam através da FIV. Dados pesquisados indicam que apenas 30% das crianças concebidas com esperma doado conhecem a identidade do pai. A decisão por esse tipo de fertilização, com esperma desconhecido, tem que levar em consideração os riscos e as surpresas genéticas. Já foi relatado caso de um único doador transmitir uma enfermidade grave a cinco filhos, nascidos de quatro casais. Esses filhos têm 50% de chance de transmitir a doença para seus filhos. As mães que recorreram à FIV o fizeram voluntariamente, opcionalmente, conscientemente. Assim, as dificuldades surgidas com a condução da família devem ser menores do que as observadas na mãe solteira que engravidou de forma inesperada e não planejada.

E OS PAIS SOLTEIROS?

As famílias uniparentais lideradas por pais, por viuvez ou outro fator, são menos comuns do que as lideradas pelas mães. Notam-se mães que admitiram não ter o utópico e discutível instinto materno e simplesmente deixam a responsabilidade da criação com os pais. As orientações para esses casos são praticamente as mesmas. Sinceridade, afeto e nada de influenciar a criança no sentido de ferir a imagem da mãe. Afeto só pode ser "medido" com o convívio.

E QUANDO OS AVÓS NÃO ACEITAM ESSA SITUAÇÃO?

Fica obviamente muito mais fácil encarar a responsabilidade com, pelo menos, o apoio moral dos pais. Nessa condição e apesar da ausência materna ou paterna, as crianças estarão cercadas de carinhos dos tios, avó, bisavós e por aí vai. Claro que sempre existirá a ausência paterna ou materna, mas na medida em que os avós e os outros familiares entendem a situação e participam dos cuidados com as crianças, inclusive oferecendo a sua moradia, ficará muito mais fácil dar um futuro decente para elas.

ACEITAR, TOLERAR E AMAR PODE NÃO SER FÁCIL.

Infelizmente, existem casos de moralismo exacerbado, quando as famílias das mães e dos pais que cuidam dos filhos sem o outro parceiro não admitem e até insinuam que teria sido melhor não ter tido a criança, que teria sido melhor um aborto. Tudo isso em nome da "moral e bons costumes". Cabe às mães e aos pais que assumem sozinhos suas crianças lutar contra essas e outras rejeições, tentando ao máximo "suprir" os filhos de todo carinho e atenção, sem enchê-los de mimos ou de falta de limites. É importante levantar que a "culpa" materna ou paterna leva, muitas vezes, a uma orientação educacional equivocada, quando os pais que cuidam sozinhos dos filhos "pretendem" e acreditam que poderão resolver os problemas afeti-

vos com excessos de presentes e de liberalismo. Isso se aplica a todas as situações que produzem famílias uniparentais.

OS RELIGIOSOS PODEM AJUDAR?

Podem. O catolicismo tem uma posição clara sobre o assunto e o *Catecismo Católico* admite que "uma criança é um dom" e não pode ser considerada como um objeto de propriedade. O dogma fala bem da importância das crianças que não são propriedade de A nem de B. São um dom, um bem e, como tal, devem ser cuidadas. Seguramente, as religiões devem encampar essa visão. Se não o fizerem, estão erradas, devem mudar. Certamente, os religiosos com cabeça aberta, de "cuca fresca", podem auxiliar os familiares, mães, pais, avós, tias, a entender melhor a situação das famílias uniparentais, a aceitar a situação e a cooperar para que as crianças se desenvolvam em ambientes favoráveis.

E OS PEDIATRAS, PSICÓLOGOS E PSIQUIATRAS?

Eles também são uma fonte importante de apoio e de tomada de decisões. Os pediatras, habitualmente mais envolvidos com o cotidiano das crianças e dos seus familiares, são os que melhor conhecem a dinâmica emocional envolvida e que podem ser conselheiros e críticos úteis. De uma forma ideal, eles é que deveriam indicar e acompanhar o trabalho dos outros profissionais, por exemplo, dos psicólogos.

COMO VOCÊS CONCLUEM?

Vocês devem ter sentido nossa dificuldade em responder às questões formuladas, nossa incapacidade de fornecer uma fórmula para conduzir o debate. É muito mais fácil para nós fazermos um encontro para tratar das diarreias, das amigdalites e de muitas outras doenças. Mas pensamos que algumas ideias apresentadas podem ser úteis para minimizar as agressões sofridas pelas crianças.

9.2.1 COLABORAÇÃO DE CUIDADORES

Os idealizadores da primeira edição do *Conversando com o pediatra* colocaram o tema em debate para saber se os familiares concordariam, ou não, com a inclusão do texto num livro que pretende rever assuntos de saúde. Vejam algumas das respostas:

> "Acho que o tema deve ser abordado. A situação discutida é cada vez mais crescente em nosso meio e inquestionavelmente pode trazer consequências à saúde das crianças."

> "Francamente não acho que o assunto deva ser incluído no livro, até porque situações monoparentais são achadas nas mais diversas condições sociais. E

muitas crianças com pai e mãe dentro de casa sofrem todos os problemas de saúde descritos para os pobres filhos de situações monoparentais."

"O tema pode até ser debatido, se for do interesse, mas, com certeza, uma criança nascida de fecundação in vitro, mesmo que sem pai, não estaria sujeita aos desmandos das condições ambientais em que vivem as famílias pobres. Não vejo a criança em situação monoparental como sujeita a um risco maior de doenças físicas e, emocionalmente, isso ainda é discutível."

"Acho que o tema, apesar de interessante, não possui qualquer correlação com o título do livro. O fato de um indivíduo ser filho(a) de mãe/pai solteiro não implica problemas de saúde das crianças e dos adolescentes, podendo até mesmo parecer algo discriminatório. Sou filha de mãe solteira e tal fato não trouxe, em absoluto, qualquer problema com a minha saúde, ainda que mental. Por isso, acho que o texto não deve fazer parte do livro, salvo se houver alguma parte relativa a anexos ou algo parecido."

"Em uma das respostas, a pessoa afirma que o fato de ser filho de mãe solteira 'não implica problemas de saúde'. E a medicina psicossomática? E a cobrança nas escolas, principalmente nas épocas de apelos comerciais como o dia dos pais? Ela afirma que é filha de mãe solteira e 'que isso não trouxe problemas de saúde, ainda que mental'. Achei curioso esse 'ainda que mental', como se a saúde mental fosse menos importante, quando ela é a principal. Creio que ela está equivocada e acredita que não tem problemas. Eu mesma carreguei essa certeza porque minha mãe se separou quando eu tinha 4 anos. Depois de bem madura é que vamos perceber o 'buraco'. O filho da fecundação in vitro pode também não saber nunca quem é o pai, mas não existe aí um sentimento muito importante que permeia a maioria dos filhos de mães solteiras: a rejeição do pai.

Eu, quando decidi que seria mãe, mesmo solteira, sabia que carregaria o peso dessa decisão sozinha. Nunca me coloquei como vítima, como é dito nesse capítulo, ninguém faz filho sozinho. Ela sempre soube que foi fruto de um amor muito bonito, mas que o pai não queria mais ter filhos. 'Minha conversa com ela foi muito boa, nossa relação idem, mas não há quem impeça que a criança em algum momento se toque que existe uma pessoa no mundo que não quer conhecê-la, que não quer saber dela e esta pessoa é seu pai'. Isso não deve ser nada fácil na cabeça de alguém, principalmente de uma criança.

Eu achava que era onipotente, que minha filha não iria precisar de pai nenhum, que pai era apenas um condutor de espermatozoide. Quanta ignorância meu Deus! Não fui filha de mãe solteira, mas minha mãe se separou quando eu ti-

nha 4 anos de idade e não convivi com meu pai. Durante muito tempo, eu dizia toda orgulhosa que não fez falta. Mais uma vez: santa ignorância! Claro que deve ter feito falta só que nunca encarei uma terapia. Um pai é importantíssimo, por pior que seja e existem até estudos sobre isso.

Não desestimulo quem queira ser mãe solteira, mas acho que se deve ter consciência de que não se trata de brincadeira de boneca.

No dia em que o meu companheiro decidiu assumir a paternidade da minha filha, ela ficou numa felicidade sem limite. Ela saiu mostrando para todo mundo aquela 'nova' certidão de nascimento. Aparentemente, era uma 'menina bem resolvida', mas essa reação mostra o quanto esse "bem resolvida" era discutível.

Da mesma forma que foi abordado 'filhos de pais separados' e 'adoção', por exemplo, creio que esse capítulo cabe sim. Só estou achando-o meio 'duro, seco, pesado'. Não sei explicar. Acho também que é fundamental a opinião de um bom profissional da psicologia ou psiquiatria e também de psicossomática.

Não é para ser feito 'drama', entende? Mas não dá para ignorar. Conheço uma pessoa que teve dois filhos, um na chamada produção independente e outro de uma relação estável. O primeiro é uma pessoa muito mais leve, solta, alegre, carinhosa, ama a vida e o segundo é uma pessoa reservada e de difícil relacionamento.

Dei esse exemplo apenas para deixar claro que não acredito que necessariamente a criança que seja filha de mãe solteira vá ser um eterno adulto num divã de um psiquiatra. Mas o fato deve ser tratado, principalmente quando se trata de camadas sociais mais elevadas onde cada vez mais isso é uma opção. A mulher deseja ter um filho, pode ter esse filho e não quer um compromisso com ninguém.

Mas para finalizar, acredito que esses tópicos aqui apresentados provocaram uma 'polêmica' altamente sadia em torno da publicação ou não do capítulo. Acredito que foi sadia porque demonstrou mais uma vez que cada caso é um caso, que onde existem questões que envolvam moral ou religião, ou qualquer tipo de juízo de valor, sempre existirão diferenças e elas enriquecem o diálogo e, certamente, também refletirão na criançada.

Temos que lembrar ainda que duas colegas de colégio podem estar na mesma situação monoparental e terem orientações completamente diferentes. Desde cedo, elas aprenderão a conviver com essas diferenças. Por vezes, cedo demais, mas na maioria, creio que na idade em que já dá para entender as coisas, principalmente nos dias de hoje no quais novelas e filmes mostram tudo de forma muito clara."

"Achei muito boa a introdução desse tema no livro e a equipe está de parabéns pela iniciativa. Pais e mães solteiras existem, isso é um fato, então não há por que evitar falar sobre eles. Tenho sabido de livros nas escolas que tratam do tema naturalmente para nos prevenirmos e tratarmos suas consequências desfavoráveis. Achei o texto claro e direto, não vi o que acrescentar ou criticar. A colocação das narrativas pessoais dá a clara noção de como o assunto é polêmico."

"Não ficou claro para mim a distinção entre famílias monoparentais de baixa renda e aquelas que foram fruto da decisão do genitor(a), especialmente na descrição das doenças correlacionadas. Penso que os dois casos são diferentes e poderiam ser diferenciados no texto."

"Na condição de psicóloga, com muito tempo de vivência clínica, destaco que o tema aborda questões pertinentes e de grande importância. As informações e afirmações são, sobretudo, mais da área da saúde mental do que da saúde física. Destaco alguns aspectos:

A questão dos valores hoje é tão séria que me arisco a considerar que as dificuldades e mudanças não param na gestação não programada (e muito séria) de adultos e de adolescentes pobres, mas chegam aos lares mais abastados onde, mesmo existindo o casal, o homem é quem está assumindo tarefas domésticas e cuidados com os filhos. As mulheres afastam-se comodamente de sua atuação e entregam aos pais: alimentação, banho, acordar a noite, etc. As mulheres preferem academias e salões de beleza.

Com relação à condição monoparental, eu vejo que psicologicamente a resolução emocional dessa nova família vai depender das saídas que a triangulação edipiana oferecer. Em outras palavras, a substituição dos pais biológicos (pais ou mães) por outras figuras, que eu chamo de resolução transferencial, implica a ocorrência de importantes ajustes internos nas crianças envolvidas no processo. Nunca podemos esquecer que, ao lado do processo de educação, é importantíssima a semente que as crianças trazem em qualquer tipo de situação. E só se desenvolve o que está contido na semente original. Cabe aos pais, a escola, a sociedade apenas o estímulo;

Do ponto de vista econômico, concordo no risco social maior e no adoecer por conta de condições desfavoráveis. Desconfio que numa situação planejada e pensada, em certos contextos familiares, poderão ocorrer resultados mais satisfatórios, mas não necessariamente resultarão em crianças e adolescentes 'normais' como o texto cita. Além disso, o normal é sempre uma abstração.

Pergunto se os filhos nascidos da FIV, por serem fruto de mães com maior poder aquisitivo e de "cabeça-feita", estão protegidos contra os problemas que

ocorrem nas gestações não planejadas. Nessa situação, FIV, muito do sucesso ou do insucesso pode ser creditado aos segredos genéticos.

Acredito que em qualquer situação o mais importante é a verdade: responder o que for perguntado com a linguagem própria para cada fase. Não fantasiar.

Discordo que as explicações dadas a turma maior (adolescentes) sejam mais convincentes. Quanto mais cedo, melhor.

Não concordo com a sugestão de que a criança escolha outra pessoa para dar a lembrança do pai e pior é guardar para o futuro (que futuro?).

Se a criança for crescendo na verdade e na simplicidade dos fatos, ela viverá a ausência de um dos cônjuges com naturalidade e passará isto adiante. Claro que a escola poderá ajudar bastante.

Acho simplista a questão, e muito complicada para se afirmar, se as crianças terão ou não problemas de identidade por conta da criação paterna. Concordo que quando pai e mãe afrontam com naturalidade os problemas, diminui a complexidade.

Acho pouco prudente apontar mais dificuldades nos filhos de famílias monoparentais. O básico é o bom trato do dia a dia com as sérias questões que se apresentam, a personalidade equilibrada dos pais, o seu discernimento diante das dificuldades e, acima de tudo, o bom senso.

Não entendi por que o pediatra seria o coordenador do acompanhamento do trabalho de outros profissionais. Ele pode indicar, dialogar, mas o comando é dos pais, pois cada vez mais, eles farão menos;

Vejo, apesar das observações, que as 'dicas' relatadas no texto são interessantes."

O texto é parte de um projeto educacional e não substitui a avaliação individual pelo médico e/ ou pelo psicólogo.

9.3 FILHOS DE PESSOAS LGBTQIA+

“Foi com alegria que recebemos o convite do pediatra de nossos bebês para falarmos um pouco sobre a nossa família em um capítulo dedicado às famílias LGBTQIA+ nessa nova edição do *Conversando com o Pediatra*.

“Foi com alegria que recebemos o convite do pediatra de nossos bebês, para falarmos um pouco sobre a nossa família em um capítulo dedicado às famílias LGBTQIA+ nessa nova edição do *Conversa com o Pediatra*.

Somos Lígia e Eliara, mães de Elis (1 ano), Caetano (2 anos) e Christian (16 anos). Quando decidimos nos casar, muitas das nossas conquistas ainda eram extremamente recentes. Foi no ano de 2011 que o Supremo Tribunal Federal aprovou, por unanimidade, a união de casais do mesmo sexo como entidade familiar, atribuindo ao casal LGBTQIA+ os mesmos direitos de um casal heterossexual, entre eles, o direito a adoção, herança, pensão, seguro saúde, conta conjunta, entre outros.

Famílias homoafetivas sempre existiram. Durante milênios fomos invisibilizados e marginalizados. A luta árdua, dolorosa e contínua contra o preconceito aos LGBTQIA+, vem conscientizando a sociedade sobre nossos recentes direitos civis.

Por definição, uma família é composta por duas ou mais pessoas, que possuem grau de parentesco ou laços afetivos, que convivem na mesma casa, formando um lar.

Somos uma família composta por duas mães, duas crianças e um adolescente. Assim como nós, existem tantas outras: famílias compostas por dois pais; famílias monoparentais, pessoas trans; famílias compostas por pessoas não binárias; famílias extensas ou ampliadas; famílias tradicionais, etc.

Ao se tratar da decisão de ter um filho, é inerente à função do cuidador prover segurança, amor e carinho para o desenvolvimento dos seus pequenos. Nosso gênero ou sexualidade não interferem no desempenho dessas funções. Não é relatado na comunidade científica déficit de desenvolvimento infantil atrelado a orientação sexual e gênero dos cuidadores. Isso posto, nada mais obstante de relatarmos que o convívio com famílias plurais sempre foi natural em todas as sociedades.

A pluralidade de configurações familiares é muito grande, ainda assim, enfrentamos diariamente algumas situações que poderiam ser evitadas como, por exemplo, a Declaração de Nascido Vivo (DNV), que ainda consta apenas o nome da genitora. Formulários médicos e escolares, documentos como o pas-

saporte ou CPF, que reproduzem o modelo de família tradicional, excluindo todas as outras possibilidades de configurações familiares.

Uma mudança simples nos sistemas e formulários resolveria o problema. Nem toda criança tem pai, nem toda criança tem mãe. Mas toda criança tem um ou dois responsáveis legais, ainda que este seja o Estado.

Também sentimos a necessidade de uma reflexão, em especial, dos profissionais de educação e da saúde. Toda família possui as suas especificidades, é importante para todas se sentir acolhidas, escutadas e seguras nestes ambientes.

Abordar a temática das múltiplas possibilidades de famílias em todos os ambientes, contribui para uma diminuição do preconceito e aumento do respeito às diferenças. Somos responsáveis por fazer do mundo um lugar melhor para os nossos filhos, nós e nossas famílias existimos, ignorar a nossa existência nos livros, na mídia e na sociedade é perpetuar um histórico de violências, embaraços, bullying e sofrimentos não necessários e as vezes cruéis para vivência de pessoas tão inocentes.

É necessário o entendimento de equidade sobre nós: duas mães, dois pais, avós, tios, só pai, só mãe, irmãos e primos. Acordamos, sim, em ter todos os deveres de uma vida em família. Contudo, os cuidadores e as crianças precisam se sentir iguais na sociedade. Não há diferença para o amor e a dedicação para nossos pequenos! Precisamos refazer nossos conceitos e se desfazer os pré-conceitos, para vivermos em um lugar mais justo e tranquilo para todas as famílias. A vida é trabalho, amor e carinho. O resto corremos atrás.

O que gostaríamos de relatar é que: Está tudo bem! Somos felizes e realizados como família... toda a nossa família. Temos exatamente tudo: dificuldades, muito trabalho, repensamos o conceito de paciência, grandes alegrias, largos sorrisos, gostosos beijinhos, infinitos chamegos, dengo em excesso e amor, muito amor!”

Eliara de Azevedo Gouvêa
Lígia Verônica Genésio Pessoa

10 | A FILIAÇÃO POR ADOÇÃO

Otelo Schwambach Ferreira
Suzana Sofia Moeller Schettini

Se outrora, "a partir das crenças populares, a adoção era considerada um desvio da norma universal, a qual seria a filiação genética e consanguínea" (Ladvocat, 2002, p.31), atualmente, é reconhecida como uma outra possibilidade de fundar uma família que, se não conta com os vínculos consanguíneos, está legitimamente fundamentada nos laços afetivos.

Concordamos com o pensamento de Ceccarelli (2002) quando afirma que as famílias são sempre construídas e os filhos sempre adotivos; o que define família são os investimentos afetivos, com as suas vertentes de ternura, de erotismo e também de agressividade.

Por outro lado, não podemos perder de vista as especificidades que fazem parte do contexto adotivo. Temos que reconhecer que a família adotiva traz algumas características especiais que não devem ser negadas, mas, ao contrário, assumidas integralmente. A adoção segue um caminho que lhe é próprio; existem diferenças que precisam ser compreendidas, elaboradas, assumidas e integradas no processo como um todo. "A maior parte delas decorre do fato de que a criança chegou à família por um caminho diferente do habitual. Além disso, existem dois casais parentais, o que não é usual na nossa cultura e, às vezes, difícil de entender pela criança" (Levinzon, 2004, p.25).

As pessoas recorrem à adoção pelos motivos mais diversos. Levinzon (2004) cita as seguintes razões, a partir de sua experiência clínica: a esterilidade de um ou ambos os pais; a morte anterior de um filho; o desejo de ter filhos quando já se passou da idade em que isto é possível biologicamente; as ideias filantrópicas; o contato com uma criança que desperta o desejo da maternidade ou paternidade; o parentesco com os pais biológicos que não possuem condições de cuidar da criança; homens e mulheres que anseiam por ser pais, mas não possuem um parceiro amoroso; o desejo de ter filhos sem ter de passar por um processo de gravidez, por medo desse processo ou até por razões estéticas. Schettini (1998) acrescenta ainda o desejo de ter companhia na velhice; o medo da solidão; o preenchimento de um vazio existencial; a tentativa de salvar um casamento; a possibilidade de escolher o sexo da criança.

Para a maioria dos pais adotivos, entretanto, a ideia da adoção nasce da necessidade de reparar um transtorno biológico, onde a natureza impediu que os filhos

fossem gerados pelas vias naturais. Dessa forma, a partir da frustração na tentativa de ter filhos, começa-se a pensar na possibilidade de suprir a lacuna da maternidade-paternidade, valendo-se da capacidade de outras pessoas de procriar, a fim de, através da adoção, ter seus próprios filhos (Schettini, 1998).

As representações de família que veiculam na sociedade ainda estão baseadas na filiação consanguínea e imaginam a relação pais-filhos como decorrente deste tipo de vínculo. Há uma crença social de que os melhores pais para uma criança são seus pais biológicos, quando no contexto de adoção, paradoxalmente, esses últimos são considerados incapazes de assumir a criança. Ao mesmo tempo, quando a adoção ocorre pelos meios legais, os pais adotivos precisam provar que estão capacitados para serem bons pais, ao passo que na filiação biológica não é necessário provar nada para ninguém.

Weber (2001) afirma que a cultura dos laços de sangue é tão presente que faz com que as pessoas acreditem que estes laços são os únicos "fortes" e "duráveis" por serem "naturais" e "verdadeiros". Quando se comparam famílias adotivas e não adotivas, geralmente são utilizadas as expressões: família adotiva versus família natural; ou filho adotivo versus filho verdadeiro, denunciando o preconceito por detrás das palavras. Nesse entendimento preconceituoso, o filho adotivo não seria nem "natural", nem "verdadeiro". Assim, por questões culturais, a ênfase exacerbada na consanguinidade faz surgir no imaginário coletivo a fantasia de que a condição biológica garante por si mesma a formação de uma relação parental.

Muitos pais adotivos se referem a seus filhos como sendo os "filhos do coração", na simbologia de que os filhos foram gerados pelo afeto. Essa metáfora, embora aparentemente apropriada, poderia ser uma forma de escamotear a história da origem sexual da criança, dessexualizando-a ou escondendo a existência de genitores, conhecidos ou não, que fazem parte da origem sexual da criança, pois, fora da condição de adoção, por mais que se ame seus filhos, não se emprega tal metáfora. Os motivos que levam os pais a tal atitude não apontam para a negligência ou desamor, pois o lugar dos pais dado pelo patrimônio genético, nesses casos, fica separado do lugar outorgado pela cultura. Nas famílias cujos filhos são biológicos, as figuras dos genitores e dos pais coincidem, enquanto na situação de adoção, genitores e pais são distintos, gerando, muitas vezes, nestes últimos, dificuldades em lidar com a história anterior da criança e com essa divisão (Queiroz, 2001).

Na perspectiva do filho adotivo, Schettini (1999) pondera que "ser filho do coração", para algumas crianças, é uma maneira anormal de ser filho. O uso desse simbolismo para contar a história da adoção repercute nas crianças de uma forma inversa à pretendida pelos pais. Elas se sentem inferiores às outras que "nasceram da barriga". Para o adulto, ser filho do afeto é mais rico e profundo do que ser apenas filho biológico. As crianças, porém, pelo seu concretismo, ainda não fazem essa distinção com clareza, razão por que ainda fazem restrição a serem "filhos do coração".

Se os pais adotivos conseguirem assimilar, integrar e elaborar as especificidades do processo adotivo, assumindo-se como "verdadeiros pais", conseguirão desenvolver uma boa relação parental e um ambiente acolhedor para seus filhos, onde estes

poderão perceber-se aceitos e compreendidos incondicionalmente nas suas diferenças e peculiaridades. Consequentemente, o seu desenvolvimento ocorrerá livremente e o processo educativo transcorrerá com naturalidade.

A literatura e a prática clínica evidenciam que há uma forte correspondência entre as dificuldades dos pais e a resposta comportamental dos filhos. Observa-se que muitos pais adotivos, inseguros no seu lugar de pais, passam mensagens ambivalentes aos seus filhos adotados, os quais, em decorrência, apresentam dificuldades para perceber a sua família como "verdadeira e natural". Os preconceitos sociais e as pressões advindas de familiares também contribuem para reforçar essa percepção. Na maioria das vezes, as dificuldades não estão no filho adotado, mas nos pais que o adotaram ou nas pessoas que o cercam, com suas atitudes preconceituosas.

Diniz (2001) afirma que os filhos não terão problemas se os pais adotivos não os tiverem, e maus pais adotivos também seriam maus pais naturais. É a partir do desempenho da relação parental que se organiza a experiência da criança e a qualidade de seu vínculo. Como em qualquer relação entre pais e filhos, se os pais adotivos vivem a adoção de forma perturbada, isso poderá resultar em um efeito prejudicial no filho.

Levinzon (2000) enfatiza que a adoção não pode ser responsabilizada por tudo o que ocorre de anormal com a criança ou com os pais. Segundo a autora, a adoção fica como pano de fundo para um emaranhado de relações pessoais e familiares que, às vezes, pode determinar patologia. "É mais preciso afirmar que as fantasias relativas à adoção se entrelaçam com os complexos meandros do psiquismo" (p. 23).

10.1 AS ESPECIFICIDADES DA ADOÇÃO

Otelo Schwambach Ferreira
Suzana Sofia Moeller Schettini

É importante que se traga à luz as especificidades da adoção, trabalhando-as preventivamente em espaços de discussão e reflexão, onde as diferenças possam ser elaboradas e, assim, integradas na constituição da identidade parental dos pais adotivos. "A negação das diferenças aponta para uma dificuldade em lidar com a realidade, e para temores inconscientes que não encontram um lugar de expressão" (Levinzon, 2000).

QUAIS SÃO AS ESPECIFICIDADES DA ADOÇÃO?

O ciclo vital da família adotiva, diferentemente de famílias biológicas, funda-se a partir da perda dos laços primários de uma criança que vai necessitar de uma nova família para desenvolver-se como filho e como pessoa. Por outro lado, considerando-se o contexto da infertilidade, um casal enfrenta a desilusão por sua incapacida-

de biológica de gestar e precisa abrir-se a uma parentalidade afetiva para acolher um filho nascido de outros. É o encontro de duas impossibilidades: a criança não pode permanecer no contexto em que nasceu; o casal não pode dar à luz um filho. "Mesmo com intensidades dolorosas diversas, a criança foi privada de um vínculo real e o casal teve que renunciar a uma aspiração natural" (D' Andréa, 2002, p. 242).

O período de gestação de um filho oferece oportunidade para os pais irem se constituindo nas novas identidades: a de pai e a de mãe. "A parentalidade é a capacidade psicológica de exercer a função parental, ou seja, ter a competência de ser pai e mãe suficientemente bons para seus filhos" (Morales, 2004, p.195). Na adoção, entretanto, a constituição da identidade parental demanda do casal um processo de identificação com os novos atributos através de uma gestação psicológica.

D'Andrea (2002) destaca que uma das primeiras dificuldades com as quais se depara um casal que manifesta o desejo de adotar um filho é a reconstrução do espaço mental para o filho que virá. É um exercício bastante difícil, pois nada sabem a respeito desse filho, nem a respeito de suas características físicas, nem a respeito de sua história. "Dar novamente vida às fantasias, ao desejo e às aspirações, permite ao casal reconstruir aquele espaço de intimidade, encontro e projeto de vida que o obstáculo da esterilidade havia congelado" (D'Andrea, 2002, p.238).

Para Dolto (1981, p.13), "um ser humano, desde a sua vida pré-natal, já está marcado pela maneira como é esperado, pelo que representa em seguida, pela sua existência real diante das projeções inconscientes dos pais". Isso também está presente na "gestação psíquica" dos pais adotivos, no tempo de espera pelo filho a ser adotado. Tudo o que é dito, sonhado e imaginado sobre o filho adotivo será determinante na constituição de sua subjetividade.

No caso de casais com problemas de infertilidade, antes de encaminhar-se para a adoção, há a necessidade de elaborarem o luto do filho biológico que não pode nascer. Essa elaboração é diferente para homens e mulheres: a mulher terá que fazer o luto da gravidez e o homem o da continuidade de sua linhagem, pois projeta no filho sua continuação, a continuação da linhagem e do patrimônio genético (Hamad, 2002).

A aceitação da própria incapacidade de procriar implica uma redefinição da identidade pessoal, da relação de casal, do projeto conjugal e das relações com a família ampliada. Para D'Andrea (2002), se "assumir a diferença" é a primeira condição para configurar-se a opção pela adoção, o primeiro passo do percurso de um casal no caminho da adoção é assumir a "própria" diferença. Segundo o autor, esse movimento implica renunciar ao filho natural e separar-se das fantasias que projetaram; reconstruir um pacto afetivo, escolhendo voluntariamente cuidar de um filho nascido de outros; envolver o sistema familiar ampliado na reorganização da vida, reconstruindo um clima afetivo de acolhimento. "Esses são alguns compromissos essenciais que permitirão ao casal transformar a 'falta', o 'vazio' do luto pela esterilidade em desejo de realizar o trabalhoso projeto de uma 'procriação afetiva'" (D'Andrea, 2002, p.238).

O desejo de ter uma criança deve ser em função da necessidade natural de procriar; deve ser uma decisão pessoal refletida e amadurecida e não uma satisfação

das pressões sociais e familiares. Para Morales (2004), pessoas que procuram a adoção como método de solução à infertilidade não estão aptas para exercer a paternidade, pois oferecerão ao filho uma situação de inexistência psíquica. A criança está sendo unicamente desejada para resolver um problema do casal, o que certamente desembocará em dificuldades ao longo do seu processo educativo.

Em virtude da excessiva valorização da capacidade de procriar, homens e mulheres com problemas de infertilidade ou esterilidade, na maioria das vezes, são acometidos de sentimentos autodepreciadores, tais como fracasso, baixa autoestima, culpa, vergonha, humilhação, inferioridade, inutilidade e frustração. Podem se sentir defeituosos e moralmente arrasados.

Quando apenas um dos membros do casal adotante é infértil, o membro fértil terá que assumir a esterilidade do outro, renunciando à sua capacidade de procriar. Esse é um processo bastante complexo e insere um luto muito doloroso: abdicar de sua possibilidade de transmissão genética e de imortalidade através de um filho em função da impossibilidade do parceiro. Para que a renúncia possa acontecer, é necessário haver um vínculo afetivo muito consistente entre o casal, que priorize a relação interpessoal em detrimento da busca de realização puramente individual. Caso contrário, o cônjuge fértil poderá nutrir sentimentos ambivalentes em relação ao projeto de adoção, ora aprovando-o, ora rejeitando-o.

O casal adotante precisa estar implicado de igual forma no projeto adotivo. É necessário que cada um avalie a sua posição com relação ao projeto de adoção, que traz subjacente o desejo inconsciente que cada um tem por seu parceiro e pela criança. Segundo Hamad (2002), são os desejos recíprocos que ligam um homem a uma mulher que inscrevem, nessa dinâmica a dois, a abertura para a criança, tornando-a sujeito de seu desejo.

Observa-se, muitas vezes, uma disparidade entre a demanda de filho por parte da mulher e do homem. É bastante comum que o desejo de adotar parta da mulher, e seu cônjuge, a princípio resistente, acaba concordando na tentativa de evitar uma frustração ainda maior. Na verdade, ele não está realmente engajado nesse desejo. Giberti (1994) assinala que a adoção envolve a transformação de uma decisão individual em decisão conjunta. Entretanto, mesmo quando aparentemente a decisão é conjunta, apenas um dos membros do casal pode estar nela implicado – o outro, apesar da manifesta concordância pode, de fato, não estar comprometido com a escolha. Na prática, há exemplos de adoções que se efetivam unilateralmente, apesar de legalmente representadas por um casal.

Por outro lado, a gestação adotiva é compartilhada de forma mais igualitária pelo casal, pois os dois parceiros entram de igual forma na adoção; o filho é esperado de forma simétrica por ambos. O pai se sente mais participativo no processo, pois também pode gestar emocionalmente o seu filho. O exercício da maternidade e da paternidade adotiva confere a ambos o mesmo poder, pois a gestação não é exclusividade do corpo feminino.

Um outro aspecto a ser considerado refere-se à origem biológica da criança a ser adotada. A história de sua vida passada representa uma parte peculiar de sua identi-

dade, que não pode ser anulada, mas que precisa ser aceita e integrada à nova filiação adotiva. A família biológica precisa deixar de ser percebida como um fantasma persecutório e adquirir a visibilidade necessária para ser integrada na experiência adotiva. Reprimir ou desestimular a curiosidade do filho sobre a sua origem biológica é abrir espaço para a construção de espaços de segredo. Será estabelecida uma dinâmica familiar permeada de não-ditos, de temas a serem evitados e, consequentemente, um contexto relacional que limitará os espaços da filiação recíproca. Se prevalecer a dinâmica competitiva (família biológica má versus família adotiva boa), os filhos adotados "poderão sentir-se no meio de duas famílias, como reféns entre o biológico e o afetivo" (D'Andrea, 2002, p.240).

Se, ao contrário, os pais adotivos, confiantes na sua relação afetiva com os filhos, puderem ajudá-los a integrar a família biológica à sua história, atribuindo-lhe a devida importância na parte inicial da vida, indispensável para a condição atual, então a filiação dupla poderá ser vivida de maneira integrada. Uma relação parental verdadeiramente ancorada no afeto não terá dificuldades em comunicar ao filho sua origem, porque a considerará uma etapa natural na construção do vínculo adotivo (D'Andrea, 2002).

É na medida em que o luto da esterilidade é elaborado que a adoção pode ser contada como qualquer história de criança, criada numa relação normal com seus pais. Não há revelação; há uma história que é vivida, que é construída, que se conta no dia a dia à medida que acontece. Dessa forma, o que chamamos revelação da história da criança no campo da adoção perde sua razão de ser.

Em contrapartida, caso os pais não tenham elaborado o luto da gravidez biológica, falar da origem do filho não só representará tornar explícitas questões não resolvidas do casal, bem como colocará em dúvida o seu posicionamento frente à criança, à identidade dela e seu próprio papel enquanto pais. A tendência é, com o passar do tempo, assumir cada vez mais o caráter de "revelação", gerando muita ansiedade e angústia, seja em relação ao fato de quando e como deverá acontecer, seja por medo de que a criança deixe de gostar dos pais ao saber da verdade por outros (D'Andrea, 2002).

Na maioria das vezes, o desejo de adotar um recém-nascido insere a expectativa de tornar a família a mais parecida possível com a natural e traz a esperança de que o filho se apegará mais facilmente, pois não terá uma história prévia de eventuais sofrimentos, como frequentemente acontece nas adoções de crianças maiores. "O desejo de ter uma criança 'des-historificada', sem passado, muitas vezes esconde o medo do casal de se defrontar com a história e o medo de que a família natural do filho influencie negativamente a relação futura" (D'Andrea, 2002, p.239). Efetuar a adoção em locais distantes pode ser visto "como uma espécie de atalho e uma solução para exorcizar esse medo, na esperança ilusória de poder 'libertar-se' do passado da criança através da distância" (D'Andrea, 2002, p.239).

Quanto maior for a idade da criança, maiores serão as lembranças e os sofrimentos a serem elaborados por ela. Quanto maior o tempo de espera pela adoção, tanto maior serão as fantasias que a criança nutrirá, os pensamentos de ansiedade, medo,

dúvidas e expectativa que a acompanharão. D'Andrea (2002) afirma que este tipo de adoção exige que os pais adotivos saibam reconhecer e acolher como riquezas os três dotes dos quais a criança é portadora: seu corpo, seu nome e sua história. Se essas características puderem ser acolhidas, os pais estarão reconhecendo a outra parte de sua identidade, tão importante para a sua constituição psíquica. "Atando os laços do passado com os do presente, introduzirão a criança em sua própria rede familiar, tornando-a a continuadora de sua própria história familiar" (D'Andrea, 2002, p.244). Reconhecendo-se na história da criança, os pais adotivos poderão identificar-se com o seu sofrimento e elaborar, junto com ela, o luto pela perda sofrida.

É fundamental, pois, a identificação e elaboração dos componentes inconscientes que acompanham os pais ao encaminharem-se para a adoção. A prática clínica confirma que motivações inconsistentes para a adoção, fantasias e mecanismos de defesa se identificam claramente na qualidade do vínculo que se estabelece entre os pais adotivos e a criança. Se houver possibilidade de identificar-se esses ingredientes e compreender os conflitos que deles se originam, é possível evitar-se que se transformem em conflitos insolúveis, em verdadeiros nós, que podem colocar em risco a saúde mental da criança a ser adotada.

É necessário que os pais adotivos compreendam a sua dinâmica psicológica para que possam ter condições de estabelecer uma relação saudável com os seus filhos. Somente a partir dessa compreensão, estarão aptos a decidir conscientemente, podendo enfrentar com maturidade todos os momentos de ansiedade, angústia, dúvidas e benefícios que irão permear o processo adotivo. Nesse sentido, uma preparação emocional prévia dos candidatos à adoção torna-se relevante e imprescindível. É inegável que o ato de adoção traz em seu contexto inúmeras implicações psicológicas que precisam ser trabalhadas.

Winnicott (1953/1997, p.115) afirma que "a história da adoção, quando transcorre bem, é o de uma história humana comum e ela apresenta perturbações e contratempos que fazem parte da história humana comum, em suas infinitas variações".

No Brasil, não temos estudos longitudinais da evolução de crianças adotivas. A maioria dos autores internacionais que fizeram esse acompanhamento mencionam que elas se desenvolvem normalmente e referem a tranquilidade dos pais como sendo de fundamental importância nesse processo.

Para Levinzon (2000), o desenvolvimento psicossocial e afetivo da criança adotada está atrelado a muitos fatores, entre os quais ela destaca, sobretudo, a atitude dos pais adotivos — quase sempre perfeccionistas e ansiosos quanto ao seu futuro — e também à situação da criança em si, enquanto adotada.

Vários autores sinalizam que não há uma patologia específica da adoção (Schettini/1998, Levinzon/2000, Diniz/2001). Assumidas e elaboradas as especificidades do processo adotivo num sentido geral, as dificuldades no processo educativo dos filhos adotados têm de ser compreendidas e tratadas como questões familiares normais. Nas palavras de D'Andrea (2002), a relação adotiva terá um caráter evolutivo se souber alicerçar-se no reconhecimento das semelhanças tanto quanto na valorização das diferenças.

Finalmente, corroboramos o pensamento de Bettelheim (1988, p.11) quando afirma que, para que os pais "sejam bastante bons", deverão ser capazes de se sentir seguros na sua condição de pais e em sua relação com os filhos. Seguros a ponto de, embora cuidadosos com o que fazem em relação aos filhos, não fiquem ansiosos demais com isso e não se sintam culpados por "não serem pais bastante bons". A segurança dos pais quanto a serem pais tornar-se-á a fonte do sentimento de segurança do filho em relação a si próprio. Segundo o autor, "criar filhos é um esforço criativo, uma arte mais do que uma ciência". E isso independe do fato de os filhos serem biológicos ou adotivos.

10.2 ADOÇÃO DE CRIANÇAS MAIORES

Otelo Schwambach Ferreira
Suzana Sofia Moeller Schettini

A sociedade contemporânea tem ampliado de forma muito abrangente o debate envolvendo as questões que dizem respeito à filiação adotiva. Os esforços conjuntos de muitos atores no cenário social têm contribuído sistematicamente para a consolidação de uma nova cultura de adoção. As famílias adotivas vêm adquirindo visibilidade. O processo adotivo transpassa a penumbra da clandestinidade na medida em que novas luzes são lançadas sobre mitos e preconceitos outrora estigmatizantes.

Em virtude da grande metamorfose que se processa nas configurações familiares da atualidade, as possibilidades de adoção apresentam-se sob novas e múltiplas formas e em diferentes contextos. Famílias monoparentais, homossexuais ou reconstituídas dão uma constante e demandam novos olhares.

O paradigma atual da adoção está centrado em encontrar uma família que atenda às necessidades da criança e não uma criança para atender o desejo de adultos que querem formar sua família. A adoção, hoje, tem como principal objetivo atender à necessidade do adotando, assegurando à criança e adolescente um lar adequado para o seu desenvolvimento integral.

Nesta perspectiva, atualmente encontramos muitos pretendentes que se disponibilizam para a adoção de crianças maiores e adolescentes, grupos de irmãos, outras etnias e crianças com demandas especiais de saúde. Essas adoções exigem dos pretendentes uma grande disponibilidade afetiva e flexibilidade para submeter-se a um preparo para adoção consistente, que será fundamental para o exercício da maternidade/paternidade consciente, ancorado na realidade das necessidades de crianças e adolescentes que chegarão com históricos de sofrimento e traumas.

Além dos cursos de preparo para adoção, é importante a frequência aos Grupos de Apoio à Adoção (GAAs) antes, durante e após o processo, onde haverá troca de experiências e aprendizado vivencial sobre o universo adotivo. No Brasil, temos cerca de 250 GAAs, sendo 11 em Pernambuco. Os GAAs se propõem a ser espaço gesta-

cional para aprofundar o preparo para a adoção, amadurecer as percepções sobre o projeto adotivo, oferecendo oportunidades de convivência com famílias que já adotaram e suas experiências de vida, bem como apoio e orientações no pós-adoção, trazendo uma maior tranquilidade e segurança aos pais recentes.

O suporte no pós-adoção é essencial para a superação dos desafios do processo adaptativo entre pais e filhos. A chegada dos filhos inaugura os pais e pode desencadear sentimentos de ansiedade, insegurança e incapacidade frente aos impactos na constatação do filho real e suas demandas. Quanto maior for a idade das crianças ou adolescentes adotados, maiores serão as lembranças e os sofrimentos a serem elaborados: separação da mãe ou da família biológica, separação de figuras de apego na instituição de acolhimento, fantasias de família e de pais ideais, traumas vivenciados na história anterior (maus tratos, negligência, abuso, abandono).

Os pais adotivos de crianças maiores e adolescentes precisam ter a resiliência necessária para suportarem o longo percurso do processo adaptativo à nova cultura familiar. Os filhos e sua história pregressa precisam ser acolhidos com paciência e maturidade, entendendo-se que a vinculação afetiva é construída no dia a dia da convivência. Torna-se extremamente importante conhecer o máximo possível de detalhes sobre a história anterior para que se possa compreender os comportamentos dos filhos durante a fase de adaptação/vinculação à nova família. Existem fases características nessa categoria de adoções: dificuldades adaptativas (regras/limites/ alimentação/escola); necessidade de "testagem" do afeto parental com crises de rebeldia, agressividade e desrespeito; regressões psicológicas; conflitos de lealdade em relação à família biológica; dificuldades em "aceitar a aceitação" (Schettini).

O período necessário para a transição de uma história familiar para a outra levará o seu tempo. É preciso ter em mente que os filhos não podem ser culpabilizados pelos comportamentos que apresentam na chegada a nova família, pois são parte da cultura da família anterior. É preciso tranquilidade por parte dos pais adotivos, entendendo-se que os filhos precisarão desaprender comportamentos inadequados e, ao mesmo tempo, aprender a nova cultura familiar. Não pecar pelo excesso de expectativas, evitando-se um excesso de rigidez para não acentuar a baixa autoestima dos filhos e exacerbar a sensação de menos valia. Os comportamentos precisarão ser corrigidos com afeto e perseverança, quantas vezes for necessário, comemorando as conquistas e os aprendizados positivos em escala maior do que pontuando os erros e as faltas.

Na nossa experiência clínica, podemos afirmar que é possível adotar-se crianças e adolescentes em qualquer faixa etária, em qualquer condição de saúde, desde que os novos pais sejam movidos por um real desejo de filiação e estejam verdadeiramente preparados para essas adoções.

A adoção é um fenômeno composto de muitas complexidades, envolvendo aspectos jurídicos e psicológicos profundos. Será apenas o trabalho conjunto — revestido de boa vontade e atitude adotiva — de todos os atores envolvidos no processo, que poderá garantir maiores chances de sucesso. A soma dos esforços de todos e

cada um será o caminho a ser trilhado para fazermos renascer a esperança para muitas crianças e adolescentes sem família.

Todos os textos, publicados na primeira edição do *Conversando com o pediatra*, são mantidos nesta segunda edição, por recomendação da Dra. Suzana Schettini que neles reconhece noções que devem ser preservadas.

10.3 COLABORAÇÃO DO PSIQUIATRA DE CRIANÇAS E DE ADOLESCENTES, DR. ERNST CHRISTIAN GAUDERER

Texto reproduzido da primeira edição do *Conversando com o pediatra*.

MEU FILHO É ADOTADO. QUANDO E COMO CONTAR?

Ernest Christian Gauderer

Inicio transcrevendo o comunicado da Academia Americana de Pediatria sobre Adoção: "Os pais devem, desde cedo, antes da idade escolar, contar aos seus filhos que eles são adotados. Eles devem considerar o estágio do desenvolvimento mental e a capacidade de compreensão das crianças. As discussões iniciais e as subsequentes devem ser ajustadas à maturidade delas. Os pais adotivos podem ser ajudados por um profissional como o pediatra. Ele tem treinamento para executar a tarefa e, assim, ajudar a orientar a família".

Geralmente, crianças com idade de 4 a 5 anos sentem a adoção como um fato positivo e especial, uma reação comum devido ao pensamento egocêntrico dessa faixa etária. Isso também evita que saibam da sua adoção acidentalmente através de outros. Melhor evitar os termos escolhido ou especial porque o uso deles tem feito algumas se sentirem pressionadas e a quererem mostrar boas qualidades em demasia. Na metade da infância, ou seja, na idade de 6 a 8 anos, as crianças podem ficar curiosas a respeito das circunstâncias exatas relacionadas à adoção. Elas podem, nessa época, vivenciar a adoção como algo desfavorável, já que são diferentes de outros filhos, que vivem com pais biológicos. O profissional deve assegurar aos pais adotivos a normalidade desses sentimentos e encorajá-los a responder sincera e honestamente às perguntas de seus filhos quando surgirem. Não é raro um adotado querer saber porque foi abandonado. Algumas vezes, pais adotivos não têm consciência de que seus filhos possam questionar a esse respeito. Por outro lado, a criança pode não querer fazer perguntas porque sente a ansiedade de seus pais a respeito da adoção e, devido a isso, preferem calar.

Quando as crianças amadurecem, podem querer procurar seus pais biológicos. A tendência dos pais adotivos é de suprimir indagações e informações nesse sentido e de se sentirem rejeitados. Isso é compreensível.

O profissional, especialmente o pediatra, pode e deve ajudar, discutindo este problema com a família"

Esse comunicado lança muita luz sobre o assunto que é polêmico, mas eu gostaria de fornecer mais alguns elementos baseados na minha vivência.

Começo a relatar a experiência com um dito popular: "a mentira tem pernas curtas". É muito a propósito o que pensa a Academia Americana de Pediatria sobre a questão de se informar ou não uma criança de sua adoção. É surpreendente, na nossa prática, a quantidade enorme de pais que nos procuram solicitando resposta para a pergunta: "devo ou não contar ao meu filho que ele é adotado?". A citada academia, refletindo o pensamento científico atual, deixa bem claro que não só deve a criança saber que é adotada, mas vai bem mais além, explicitando que é obrigação e dever do profissional se envolver nesse assunto e ajudar objetiva e realisticamente os pais.

Vale a pena discutir o porquê do medo ou insegurança dos pais de informar aos filhos quanto à adoção. Todos nós, pais, temos medo de perder os nossos filhos de uma maneira ou de outra, seja, por exemplo, através de uma doença ou, mais tarde, através de um casamento. O medo nos ameaça e é exatamente contra isto que tentamos lutar. A diferença, porém, é que, quando nosso filho biológico de 4 anos nos olha e diz que vai sair de casa, que vai fugir de casa ou que vai para a casa da avó, temos a certeza de que ele foi produto nosso. A paternidade não está sendo questionada ou posta em dúvida. Já com pais adotivos, isso não ocorre. Soma-se a toda essa insegurança, a dor de não serem os pais biológicos. Claro que essa insegurança é normal, natural e saudável. Além disso, por nos incomodar, obriga-nos a refletir e a ponderar. "Será que meu filho tem razão em querer sair ou fugir de casa devido à atitude que eu tomei? Será que a minha postura não foi radical demais? O que devo fazer para não o perder?".

Essas indagações nos obrigam a reformular nossa abordagem com consequente e provável acerto. Os pais de filhos adotivos continuam com essa insegurança, fantasiando que, talvez, essas crianças encontrem pais melhores do que eles, mais capazes, que deem algo que eles não possam oferecer.

Por que isso ocorre? É simples. A esses pais foi negado algo inalienável, biológico, que é capacidade de reproduzir. Temos a capacidade de respirar, pensar, sentir e também de reproduzir. Pouco ou jamais nos questionamos a esse respeito. Já esses pais se veem e se sentem alijados dessa capacidade reprodutiva. Desenvolvem, consequentemente, toda uma sensação de perda, de pesar, e de uma consequente e eventual depressão. Recompõem-se e decidem adotar alguém, mas a sensação de incapacidade reprodutiva, se não for bem resolvida, discutida, trabalhada, continuará a incomodar, gerando incertezas.

Quando meu filho André, aos 4 anos de idade, exclama: "você não é meu pai", ele não chega a ameaçar a minha segurança de pai e de paternidade, pois é facílimo notar que ele não passa de um modelo atualizado e melhorado de mim, seu

pai. O mesmo, obviamente, já não acontece com pais que têm filhos adotivos, pois esses se sentem feridos num ponto nevrálgico: não tiveram filhos. Assim, enquanto posso dizer para o André "apesar de você estar com raiva de mim e, por isso, achar que não sou seu pai, eu sou e continuarei sendo seu pai", é possível que o mesmo não possa ser dito com tanta naturalidade pelo pai adotivo a seu filho adotivo. A consequência é importante, pois ao passo que meu filho irá sentir a minha firmeza e segurança, apesar de sua raiva, se sentirá confortado quanto às dúvidas. Já o filho adotado sente a insegurança desse pai ou mãe, o que obviamente exacerbará a sua própria insegurança.

Desenvolve-se, assim, um círculo vicioso de insegurança com consequentes problemas na área emocional, chegando, inclusive, em certos casos, a se criarem problemas de comportamento. É comuníssimo, na minha prática, observar pais adotivos com nítida dificuldade de colocar limites adequados para seus filhos, fazendo-lhes as vontades, dando-lhes presentes em demasia ou, de outras formas, tentando ser melhores do que realmente são. Em outras palavras, uma nítida dificuldade em dizer não, em transmitir a mensagem de que "um não" pode ser sinônimo de amor e não de rejeição.

"Se meu filho me contesta e afirma que não sou pai dele, na realidade o que é que ele quer?". Quer que eu deixe bem claro para ele, apesar do clima de briga e hostilidade, que continuo amando-o, ou seja, continuo assumindo plenamente o meu papel de pai. Cabe a mim passar essa mensagem para ele e deixá-la bem clara. Aliás, eu diria que isso é a "pedra de toque" de uma boa educação: deixar bem claro para a criança, principalmente numa situação de crise ou de atrito, que "eu gosto de você, estou fazendo isso exatamente porque gosto de você". É algo que fazemos com pouca frequência. Somos muito hábeis em criticar pejorativamente, em "pichar", em ralhar com nossos filhos, com nossos amigos ou colegas. Ao passo que é difícil para a maioria das pessoas fazer um elogio, dizer uma palavra de carinho ou de estímulo. Certas pessoas têm, aliás, quase um hábito de observar em outros apenas os seus defeitos, ao invés de notar também suas qualidades e virtudes. Depois elas se questionam o porquê de um relacionamento não dar certo.

Nós todos temos nossos momentos de dúvida, se deveríamos ou não ter tido esse ou aquele filho. Nos pais adotivos, essa indagação é muito maior e mais intensa, pois o esforço que empreenderam para ter essa criança foi bem maior. Consequentemente, a dúvida dói neles muito mais. Devido a todos esses fatores, o medo de serem rejeitados por esse filho é também mais intenso e mais presente, porém não procede porque, para uma criança, em última análise, não faz a mínima diferença se foi adotada ou não. O que ela deseja e quer são coisas muito básicas e fundamentais que têm a ver com carinho, afeto, cuidado, respeito e amor. O resto são detalhes.

Costumo dizer: "criança é criança, mas não é burra". Ela vê no álbum da família, que a mãe não está barriguda, sabe de histórias dos pais procurando um filho, escuta comentários. As negativas dos pais, nesse sentido, só servem para intensificar a insegurança, destruir a confiança, aumentar a curiosidade e criar um clima de inquietante silêncio. Já ouvi de dezenas de crianças, cujos pais me consultaram para discutir o

tema, a observação: “eu já sabia há bastante tempo que eu era adotado”. As crianças mais velhas, inclusive, comentam: “pena que meus pais tenham tanta dificuldade em falar sobre isso” ou “não vou deixar de gostar deles por causa disso, é claro”.

Para falar com uma criança sobre a sua condição de adotada, deve-se levar em consideração: idade, maturidade, capacidade, percepção, nível de funcionamento socioeconômico da família e outros aspectos. A mãe adotiva comumente resume tudo isso na seguinte frase: “todas as crianças nascem da barriga das suas mães. Você, meu filho, nasceu da barriga de uma outra mulher e também nasceu do meu coração. Você, meu filho, veio do meu coração!”.

10.4 OUTRAS DÚVIDAS SOBRE ADOÇÃO

Ana Cláudia Zuanella
Danielle de Belli Claudino
Erica de Andrade Lima
Ernst Christian Gauderer
João Gonçalves de Medeiros Filho
Juliana Falcão Muniz
Otelo Schwambach Ferreira
Sílvio Neves Batista
Suzana Sofia Moeller Schettini

A CITAÇÃO “FILHO DO CORAÇÃO” NÃO É ENGANOSA?

Vejam que a resposta dada pelo texto do Dr. Gauderer não omite o fato de a criança ter nascido do útero de outra mulher. A imagem “veio do meu coração” é simbólica como também o é uma outra resposta “você veio do meu afeto, do meu amor”. Não entendemos que exista equívoco ou informação enganosa em se falar assim. Evidentemente, a criança que pergunta tem que ser informada, repetidamente, quantas vezes perguntar, que foi outra mulher que a gerou.

COMO RESPONDER A UMA CRIANÇA ADOTADA QUE PERGUNTA POR QUE A MÃE BIOLÓGICA NÃO FICOU COM ELA?

A resposta não pode macular a imagem da mãe biológica. Portanto, nunca usar imagens depreciativas nem responder de forma que permita à criança adotada criar uma má imagem sobre a mãe biológica. Imaginem o que poderá passar pela cabeça de uma criança adotada que, ao perguntar sobre isso, recebe uma resposta assim: “ela não quis ficar com você” ou “ela era muito pobrezinha e não podia cuidar de você”. A primeira não diz nada e pode fazer a cabecinha da criança pensar em rejeição e coisas desse tipo. A segunda é obviamente depreciativa, pois ela provavelmen-

te conhece filhos biológicos cuidados por pais pobres. Seguramente, a resposta tem que incluir elementos que elevem a mãe biológica. Algo desse tipo pode ser pensado: "sua mãe estava com muitas dificuldades e pediu para eu cuidar de você" ou "ela estava muito doente quando você nasceu e solicitou que eu cuidasse de você". Evidentemente, a resposta tem que ser coerente e a explicação tem que ser a mesma ao longo do tempo. O pai adotivo não deve dar uma explicação e a mãe adotiva outra totalmente distinta. Quando a adoção foi em consequência da morte da mãe, a resposta fica mais fácil e deve registrar exatamente o que ocorreu.

COMO PROCEDER QUANDO A CRIANÇA ADOTADA TEM IRMÃOS QUE SÃO FILHOS BIOLÓGICOS DOS PAIS ADOTIVOS?

É possível que nos confrontos do cotidiano um filho adotado seja agredido pelo biológico com o "você não é filho do meu pai. Você é adotado". Evidentemente, não existe discurso que resolva isso. Ambos os pais têm que censurar o filho natural que assim procede para tentar evitar a repetição do fato. Têm que mostrar ao filho adotado, com atitudes contínuas, repetidas, que não existe discriminação no lar. O filho natural e o adotado devem receber o mesmo tratamento material e comportamental de modo que não exista a possibilidade de se caracterizar distinção entre eles.

OS FILHOS E OS PAIS ADOTIVOS PRECISAM DE ASSISTÊNCIA PSICOLÓGICA?

É provável que antes ou mesmo logo após a adoção uma entrevista dos pais com um profissional que entenda do assunto possa ajudar. Nessa oportunidade, várias questões práticas e a melhor maneira de resolvê-las poderão ser discutidas. Muitas dificuldades poderão ser evitadas se tudo for bem encaminhado desde o início. Mas é pouco provável que tanto os pais quanto os filhos adotivos se beneficiem com a assistência psicológica rotineira. Quando surgirem dúvidas ou problemas, sobretudo quando o pediatra achar conveniente, o psicólogo poderá ser chamado a participar.

A CRIANÇA PODE OPINAR SOBRE A SUA ADOÇÃO?

Informa o estudioso e advogado de questões familiares, professor doutor Sílvio Neves Baptista, que após os 12 anos de idade as crianças podem ser chamadas a opinar sobre a adoção. Além do consentimento dos pais, os menores com idade acima de 12 anos devem dizer se aceitam ou não a adoção.

GOSTARÍAMOS DE SABER ALGO SOBRE A FUNÇÃO SOCIAL DA ADOÇÃO.

A adoção exerce importantíssimo papel social. Existem muitas crianças e adolescentes precisando de lares estruturados, amor, proteção, educação, alimentação, vacinação, cuidados adequados com a saúde, lazer, estimulação adequada e outros itens importantes para atender às suas necessidades básicas. No Brasil, o Conselho Nacio-

nal de Justiça, através do SNA (Sistema Nacional de Adoção), informa que há cerca de 4.000 crianças e adolescentes acolhidos aptos a serem adotados no país. Desses, aproximadamente 2,3 mil têm dificuldades para encontrar pretendentes interessados em sua adoção: são crianças maiores, adolescentes, grupos de irmãos ou, ainda, com doenças ou deficiências. Existem em torno de 50 mil em instituições de acolhimento, que ainda não estão liberadas para adoção porque as suas famílias de origem ainda estão sendo trabalhadas na tentativa de viabilizar a reintegração familiar.

Os brasileiros valorizam tanto o assunto que, em 1996, em Rio Claro-SP, foi eleito o dia 25 de maio como o Dia Nacional da Adoção. Seis anos depois, nasceu oficialmente o Dia Nacional da Adoção, através da aprovação da Lei Federal n° 10.447 – 09/05/2002. A partir dessa data, todos os anos, as associações e grupos de apoio à adoção, em diversos estados do Brasil, realizam atividades comemorativas, que também visam a despertar o olhar da sociedade sobre a adoção e o direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e comunitária. Há muito a ser feito para que a adoção cumpra um papel socialmente mais relevante no Brasil.

ONDE ENCONTRAR GRUPOS DE APOIO À ADOÇÃO?

No Recife, existe a Associação Civil Pró Adoção e Convivência Familiar e Comunitária GEAD RECIFE, que se dedica ao acolhimento de pretendentes à adoção e pais adotivos, oficialmente, desde 1997. Realiza duas reuniões mensais: uma com foco no período do pré-adoção e outra no pós-adoção, com o objetivo de oferecer apoio e orientações para as famílias já constituídas. E ainda o Serviço de Orientação à Filiação Adotiva (SOFIA), da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP), que oferece atendimento psicoterapêutico tanto para pretendentes quanto para filhos e pais adotivos.

Em Pernambuco, atualmente, trabalham 11 Grupos de Apoio à Adoção (GAAs). Os GAAs pernambucanos são todos associados à APEGA – Associação Pernambucana de Grupos de Apoio à Adoção, que contribui para assegurar que todos atuem de forma unida e coordenada, em parceria com o TJPE (Coordenadoria da Infância, Vara da Infância e Juventude) e Ministério Público.

A filiação por adoção tem sido um tema muito relevante na contemporaneidade tendo sido objeto de muita atenção e estudos. Em termos de Brasil, são notados cerca de 250 Grupos de Apoio à Adoção, distribuídos nas cinco regiões brasileiras. No site da ANGAAD – Associação Nacional de Grupos de Apoio à Adoção (www.angaad.org.br), é possível encontrar-se todos os endereços e contatos dessas entidades.

TENHO LIDO QUE O BRASIL AVANÇA NO CAMPO DA ADOÇÃO DE CRIANÇAS. O QUE TEM REALMENTE OCORRIDO?

São apresentados alguns aspectos da nova lei brasileira sobre a adoção, de julho de 2009, que torna o nosso país um dos líderes mundiais na abordagem do tema. A nova legislação foi recebida como uma vitória pelos grupos de apoio à adoção e pela

Associação dos Magistrados do Brasil, que, há anos, vinham lutando para melhorar a realidade dos muitos meninos e meninas que vivem em casas de acolhimento à espera de uma família.

Sobre os abrigos, a nova lei:

- Fixa prazo de até dois anos para destituição judicial do poder familiar em casos de violência ou abandono, o que acelera a colocação da criança para adoção.
- Limita o tempo de permanência das crianças nos abrigos em no máximo dois anos e, preferencialmente, em endereço próximo ao da família.
- Determina que a cada seis meses a permanência da criança no abrigo seja reavaliada e que a possibilidade de reintegração familiar ou colocação em família substituta seja decidida o mais rápido possível.
- Permite que entidades que tenham programa de acolhimento possam receber crianças e adolescentes sem a prévia determinação da autoridade competente, com a obrigação de comunicar o fato em até 24 horas para o juiz da Infância e da Juventude.

Sobre os vínculos, a lei:

- Prioriza o direito de crianças e adolescentes à convivência familiar e amplia a noção de família para parentes próximos com os quais convive e mantém vínculos de afinidade e afetividade.
- Determina que os irmãos não sejam separados, ressalvada a comprovada existência de risco de abuso ou outra situação que justifique plenamente a excepcionalidade de situação diversa.
- Exige a preparação prévia dos pretendentes a pais adotivos.
- Prevê que crianças indígenas e quilombolas sejam adotadas dentro de suas próprias comunidades.
- Prioriza a adoção nacional e estabelece que a adoção internacional só será possível em última hipótese.
- Estipula que o prazo máximo para a conclusão do procedimento de adoção será de 12 meses, depois de iniciado o estágio de convivência.

E sobre a assistência aos adotados, ela:

- Determina que gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para a adoção receberão amparo da Justiça para evitar riscos à gravidez e abandono de crianças em espaços públicos.

O SISTEMA NACIONAL DE ADOÇÃO (SNA) ESTÁ FUNCIONANDO?

Sim, está. O Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento foi desenvolvido pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) e tem abrangência em todo o território nacional, ampliando as possibilidades de adoção entre os pretendentes e crianças/adolescentes. Uma vez habilitado pela Vara da Infância e Juventude, o pretendente é inserido no sistema SNA e sua inscrição será válida em todo o território nacional (caso opte por adotar em outros estados pela procura nacional). O sistema fará uma procura da criança/adolescente por meio do perfil indicado no momento da habilitação. Outra novidade do sistema é que o pretendente poderá realizar um pré-cadastro no site https://www.cnj.jus.br/sna/.

Vejam alguns dados concretos sobre o que está acontecendo no Brasil. Desde 2019, o SNA já viabilizou mais de 12,4 mil adoções. De janeiro a agosto de 2022, foram registradas mais de duas mil adoções pelo sistema. Dessas, 47% eram pardas, 39,3% brancas e 10,3% negras. Das crianças adotadas, 550 tinham até 2 anos de idade e apenas 51 tinham de 14 a 16 anos. Há também cerca de 32.000 famílias sem ou com filhos biológicos que se dispõem a adotar crianças para vivenciar a experiência da paternidade e da maternidade.

A Busca Ativa Nacional é a medida mais recente adotada pelo Conselho Nacional de Justiça (CNJ) para facilitar a adoção de crianças e adolescentes que não têm o perfil desejado pela maioria dos pretendentes cadastrados no Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento (SNA). Com o investimento do CNJ na evolução tecnológica da ferramenta, pessoas e famílias cadastradas para adoção conseguem localizar informações pessoais, fotos e vídeos de crianças e adolescentes que enfrentam dificuldades para serem adotados. De acordo com estatísticas apresentadas pelo CNJ, em 2022, no seminário *Adoção e acolhimento familiar: desafios*, 62 crianças e adolescentes localizados por busca ativa já estavam com o processo de adoção iniciado.

A MÃE ADOTIVA TEM DIREITO À LICENÇA MATERNIDADE?

Em 2016, o Supremo Tribunal Federal (STF) decidiu que não pode haver diferença na licença maternidade concedida à mãe biológica e à adotante: ambas têm direito a, no mínimo, 120 dias. A decisão foi no julgamento do Recurso Extraordinário (RE) 778889 (Tema 782 da repercussão geral). O STF considerou que não se pode discriminar o tempo de licença maternidade entre mães biológicas e adotantes nem em razão da idade da criança adotada. Para a Corte, devem ser resguardados os princípios da dignidade humana, da igualdade entre filhos biológicos e adotivos, da doutrina da proteção integral e do princípio da prioridade e do interesse superior da criança/adolescente.

OS FILHOS ADOTIVOS PRECISAM AGUARDAR O TÉRMINO DO PROCESSO DE ADOÇÃO PARA USAR O SOBRENOME DOS PAIS ADOTIVOS?

O uso do nome afetivo por crianças e adolescentes em processo de adoção, atualmente é permitido em alguns estados, inclusive Pernambuco, antes da sentença final e da mudança no registro civil. A conquista desse direito significa passar a usar outro nome ou só o sobrenome dos pais adotivos em escolas, planos de saúde, clubes e outras instituições sociais mesmo com o processo de adoção ainda em trâmite. (LEI No 16.674, de 21 de outubro de 2019, em Pernambuco).

É POSSÍVEL INCLUIR O FILHO ADOTIVO EM PLANO DE SAÚDE?

Ao receber a guarda provisória para fins de adoção (independentemente da idade do filho), os pais adotivos terão 30 dias para solicitar a sua inclusão no plano de saúde da família. Essa inclusão deverá ser concedida imediatamente e sem qualquer carência que o pai/mãe titular do plano já tenha cumprido. Recomenda-se fazer o pedido de inclusão por escrito para evitar negativas injustificadas. (Legislação necessária: Lei no 9.656/98, art. 12, II, b e VII).

É POSSÍVEL A ADOÇÃO DE CRIANÇAS POR CASAIS HOMOAFETIVOS?

Não existe nenhuma proibição sobre a possibilidade de casais homoafetivos adotarem crianças. O reconhecimento da união estável homoafetiva, em 2011, facilitou e abriu as portas para o novo conceito de família. Desde 2015, o Supremo Tribunal Federal (STF) permite que casais do mesmo sexo adotem crianças.

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES E IMPORTANTES SOBRE ADOÇÃO:

Os links citados a seguir trazem informações valiosas para quem estiver interessado em iniciar no caminho da adoção.

Como habilitar-se para adoção em Pernambuco:

https://www.tjpe.jus.br/web/infancia-e-juventude/adocao-nacional

Habilitação para adoção em Recife:

https://www.tjpe.jus.br/web/infancia-e-juventude/varas-da-infancia-da-capital/2vara/nacna

Associações e grupos de apoio à adoção em Pernambuco:

https://www.tjpe.jus.br/documents/72348/131426/APEGA+-+Grupos+-de+Apoio+a+Ado%C3%A7%C3%A3o+-+03-11-2021.jpg/42184926-6a97-e-843-1bcb-d4b07896793b?t=1635942349879

Grupo de Apoio à Adoção virtual que atende todas as cidades do interior de Pernambuco, onde não há um grupo presencial.

https://www.tjpe.jus.br/web/infancia-e-juventude/grupos-de-apoio-a-adocao-sem-fronteiras
https://www.tjpe.jus.br/web/infancia-e-juventude/adocao
https://adocaopassoapasso.com.br/
https://adocaopassoapasso.com.br/passo-a-passo/perguntas-frequentes/
https://geracaoamanha.org.br/ebook-adocao/ (download gratuito)

E SE QUISERMOS LER MAIS SOBRE O TEMA. ONDE ENCONTRAR?

LITERATURA NACIONAL

ABRÃO, Maria Salete. **Construindo vínculo entre pais e filhos adotivos**. São Paulo: Primavera Psi, 2011.

ALTOÉ, Sonia (Org.). **Sujeito do Direito, sujeito do desejo.** Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

AROLA, Ramón Llongueras. **Casa não é lar: o abrigo como contexto de desenvolvimento psicológico.** São Paulo: Salesiana, 2000.

ATAÍDE, S.; TEIXEIRA, A. L.; ROCHA, B. O segredo na adoção e suas repercussões no processo de aprendizagem da leitura e escrita. **Profala**, 2006. Disponível em: http://www.profala.com/artpsico54.htm.

BERTHOUD, Cristiana. **Filhos do coração.** Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1994.

BERTHOUD, Cristiana; BROMBERG, Maria Helena; BORREGO, Maria Renata. **Ensaios sobre formação e rompimento de vínculos adotivos.** Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1995.

BETTELHEIM, Bruno. **Uma vida para seu filho: pais bons o bastante.** Rio de Janeiro: Campus, 1988.

CAMARGO, Maria Lúcia de. **Adoção tardia: mitos, medos e expectativas.** Bauru: Edusc, 2006.

CASELATTO, Giselda. Motivos relacionados ao luto que levam um casal à adoção: uma possibilidade psicoprofilática. 1998. 197 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1998.

CECARELLI, Paulo Roberto. Configurações edípicas da contemporaneidade: reflexões sobre as novas formas de filiação. **Pulsional Revista de Psicanálise**, São Paulo, v. 15, n. 161, p. 88-98, 2002.

CEZAR, Clélia Zitto. **Refletindo a adoção.** São Paulo: Moderna, 1998.

CEZAR, Clélia Zitto. **A adoção de crianças com necessidades especiais.** Mogi das Cruzes: [s. n.], 1999. (Mimeo/Gaarmele).

DALDON, Maria Fernanda Bruni. **MC Gonha e outras histórias.** Curitiba: [s. n.], 2019. (À venda com a autora).

D'ANDREA, Ana Flávia do Amaral. O casal adotante. In: ANDOLFI, Maurizio (Org.). **A crise do casal: uma perspectiva sistêmico-relacional.** Porto Alegre: Artmed, 2002. p. 233-247.

D'ANDREA, Ana Flávia do Amaral. **Tempo de espera: como vivem as crianças, o casal e os trabalhadores sociais a espera da adoção.** São Paulo: Instituto de Terapia Familiar, 2012.

DINIZ, João Seabra. **Este meu filho que eu não tive: adoção e seus problemas.** Porto: Afrontamento, 1993.

DOLTO, Françoise. Reflexões sobre a adoção. In: DOLTO, Françoise. **Os caminhos da educação.** São Paulo: Martins Fontes, 1998. p. 231-246.

DUCATTI, Mário. **A tessitura inconsciente da adoção.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

ELDRIDGE, Sherrie. **Vinte coisas que filhos adotados gostariam que seus pais adotivos soubessem.** São Paulo: Globo, 2004.

FERREIRA, Maria Clotilde Rossetti. **Mãe e criança: separação e reencontro. Observação em situação de grupo**. São Paulo: Edicon, 1986.

FIGUEIRÊDO, Luiz Carlos de Barros. **Adoção para homossexuais.** Curitiba: Juruá, 2001.

FLARTMAN, A. **Os segredos na família e na terapia familiar.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

GAMA, Iana Lage; VENÂNCIO, Renato Pinto. **Abandono de crianças negras no Rio de Janeiro.** São Paulo: Contexto, 1991.

GOMES, Vera Miranda. **Instituição e relações afetivas: o vínculo com o abandono.** São Paulo: Summus, 1986.

HAMAD, Nazir. **A criança adotiva e suas famílias.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.

LADVOCAT, Célia. **Mitos e segredos sobre a origem da criança na família adotiva.** Rio de Janeiro: Booklink, 2002.

LEVINZON, Gina Khafif. **A criança adotiva na psicoterapia psicanalítica.** São Paulo: Escuta, 1999.

LEVINZON, Gina Khafif. **Adoção.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. (Coleção Clínica Psicanalítica).

LEVINZON, Gina Khafif. **Tornando-se pais: a adoção em todos os seus passos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2014.

LISONDO, A. B. D. Quando a adoção leva a marca da esterilidade dos pais. **Jornal de Psicanálise**, São Paulo, v. 17, n. 35, p. 5-9, 1984.

MALDONADO, Maria Tereza. **Histórias da vida inteira.** São Paulo: Saraiva, 1994.

MALDONADO, Maria Tereza. **Os caminhos do coração: pais e filhos adotivos.** São Paulo: Saraiva, 1995.

MORALES, Alfredo T. Os predicados da parentalidade adotiva. In: SILVA, Maria Cecília Pereira da (Org.). **Ser pai, ser mãe, parentalidade: um desafio para o terceiro milênio.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2004. p. 195-201.

MOTTA, Maria Antonieta Pisano. **Mães abandonadas: a entrega de um filho em adoção.** São Paulo: Cortez, 2001.

PAIVA, Luciano David de. **Adoção: significados e possibilidades.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

PAULIV DE SOUZA, Hália. **Adoção tardia: devolução ou desistência de um filho?** Curitiba: Juruá, 2012.

PAULIV DE SOUZA, Hália. **Pós-adoção: depois que o filho chegar.** Curitiba: Juruá, 2015.

PAULIV DE SOUZA, Hália. **Adoção-gestação adotiva: a espera de um filho através de uma adoção consciente.** Curitiba: Juruá, 2020.

PAULIV DE SOUZA, Hália; PAULIV DE SOUZA CASANOVA, Renata. **Adoção e a preparação dos pretendentes.** Curitiba: Juruá, 2014.

PAULIV DE SOUZA, Hália; PAULIV DE SOUZA CASANOVA, Renata. **Adoção, as crianças e os adolescentes: a ciranda da vida.** Curitiba: Juruá, 2016.

PAULIV DE SOUZA, Hália; PAULIV DE SOUZA CASANOVA, Renata. **Adoção e seus desafios.** Curitiba: Juruá, 2018.

RIZZINI, Irene. **A criança no Brasil hoje: desafio para o terceiro milênio.** Rio de Janeiro: Usu-Amais, 1993.

ROBINSON, Helen T. (Org.). **D.W. Winnicott pensando sobre crianças.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

SANTOS, Hélio. **Crianças esquecidas.** Campinas: Pontes, [s.d.].

SANTOS, N. P. F. Possibilidades de satisfação na adoção. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 4, n. 2, p. 113-128, 1988.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Compreendendo o filho adotivo.** Recife: Bagaço, 1995.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Compreendendo os pais adotivos.** Recife: Bagaço, 1998.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Adoção: origem, segredo e revelação.** Recife: Bagaço, 1999.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Doce adoção: a essência.** Recife: Bagaço, 2001.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **As dores da adoção.** Curitiba: Juruá, 2017.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Pedagogia da adoção.** Curitiba: Juruá, 2017.

SCHETTINI FILHO, Luiz; SCHETTINI, Suzana Sofia Moeller (Org.). **Adoção: os vários lados dessa história.** Recife: Bagaço, 2006.

SCHETTINI, Suzana Sofia Moeller. **Filhos por adoção: um estudo sobre o seu processo educativo em famílias com e sem filhos biológicos**. 2005. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2005. Disponível em: http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/234.

SILVA, Roberto da. **Os filhos do governo: a formação da identidade criminosa em crianças órfãs e abandonadas.** São Paulo: Ática, 1997.

VARGAS, Marlizete Maldonado. **Adoção tardia: da família sonhada à família possível.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.

WEBER, Lídia Natalia Dobrianskyj; KOSSOBUDZKI, Lúcia Helena Marques. **Filhos da solidão: institucionalização, abandono e adoção.** Curitiba: Secretaria da Cultura do Paraná, 1996.

WEBER, Lídia Natalia Dobrianskyj; KOSSOBUDZKI, Lúcia Helena Marques. **Aspectos psicológicos da adoção.** Curitiba: Juruá, 1999.

WEBER, Lídia Natalia Dobrianskyj; KOSSOBUDZKI, Lúcia Helena Marques. **Laços de ternura: pesquisas e histórias de adoção.** Curitiba: Juruá, 1999.

WEBER, Lídia Natalia Dobrianskyj; KOSSOBUDZKI, Lúcia Helena Marques. **Pais e filhos por adoção no Brasil: características, expectativas e sentimentos.** Curitiba: Juruá, 2001.

WEBER, Lídia Natalia Dobrianskyj; KOSSOBUDZKI, Lúcia Helena Marques. **Adote com carinho: um manual sobre aspectos essenciais da adoção.** Curitiba: Juruá, 2001.

WEBER, Lídia Natalia Dobrianskyj; KOSSOBUDZKI, Lúcia Helena Marques. **Filhos adotivos, pais adotados: depoimentos e histórias de escolhas.** Curitiba: Volvo, 2007.

WINNICOTT, Donald W. Duas crianças adotadas (1953). In: ROBINSON, Helen T. (Org.). **D.W. Winnicott pensando sobre crianças.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. p. 115-125.

WINNICOTT, Donald W. A tendência anti-social (1956). In: WINNICOTT, Donald W. **Textos selecionados: da pediatria à psicanálise.** Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978. p. 499-511.

WOILER, E. A condição afetivo-emocional da criança adotada: repercussões na aprendizagem, em especial na aprendizagem escolar. 1987. 270 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1987.

LIVROS INFANTIS

DIAS, Lucimar Rosa. **Azizi: o presente precioso.** Mairiporã, SP: Arole Cultural, 2019.

EITERER, Carmem Lúcia. **O menino que não nasceu da barriga da mãe.** Belo Horizonte: Mazza Edições, 2011.

EMEDIATO, Fernanda. **A menina sem cor.** São Paulo: Tróia, 2020.

GOMES, Vera Miranda. **Adoção: uma história de espera e amor.** Curitiba: Juruá, 1998.

HILDEBRANDT, Anette; KUNERT, Almud. **Então você chegou... e a família ficou completa!** São Paulo: Companhia das Letrinhas, 2006.

LEITÃO, Miriam. **Flávia e o bolo de chocolate.** Rio de Janeiro: Rocco, 2022.

LEMAN, Kevin; LEMAN II, Kevin. **Meu filho do coração.** São Paulo: Mundo Cristão, 2015.

MURADAS, Marianna; LUBAMBO, Bruna. **Filho é filho.** Curitiba: Matrescência, 2020.

PARR, Tod. **Tudo bem ser diferente.** São Paulo: Panda Books, 2002.

PARR, Tod. **Somos um do outro.** São Paulo: Panda Books, 2009.
PAULIV DE SOUZA, Hália; PAULIV DE SOUZA CASANOVA, Renata. **A estrelinha distraída.** Curitiba: Juruá, 2003.
PAULIV DE SOUZA, Hália; PAULIV DE SOUZA CASANOVA, Renata. **Gatinho Kit: adoção para crianças.** Curitiba: Juruá, 2015.
PAULIV DE SOUZA, Hália; PAULIV DE SOUZA CASANOVA, Renata. **Adoção: de onde eu vim? Da barriga ou do coração?** Curitiba: Juruá, 2021.
SCHLESINGER, George; ASSIS BRASIL, Bruna. **É proibido falar disso.** São Paulo: Companhia das Letrinhas, 2013.
SCLIAR, Moacyr; CÁRCAMO, Ariel. **O irmão que veio de longe.** São Paulo: Companhia das Letrinhas, 2002.
WEBER, Lídia Natalia Dobrianskyj. **O filho por adoção: um manual para crianças.** Curitiba: Juruá, 2004.
ZIDROU; MONIN, Arno. **A adoção.** São Paulo: Nemo, 2022.

LITERATURA INTERNACIONAL

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. The role of the pediatrician in adoption with reference to "The right to know". An update. **Pediatrics**, v. 67, p. 305, 1981.
DAVIS, J. The pediatric role in adoption. **Clin. Pediatrics**, v. 18, p. 438, 1979.
DOLTO, Françoise. **Destinos de Criança.** São Paulo: Martins Fontes, 1998.
DOLTO, Françoise. **Os Caminhos da Educação.** São Paulo: Martins Fontes, 1998.
ELDRED, A.; ROSENTRAL, D.; WENDER, P. et al. Some aspects of adoption in selected samples of adult adoptees in America. **J. Orthopsychiatry**, v. 46, n. 2, p. 279, 1976.
PELLER, L. About "telling the child" of his adoption. **Bull Phila. Assoc. Psychoanal.**, v. 11, p. 145, 1961.
SCHECTER, M. D.; HOLTER, F. R. Adopted children in their adoptive families. **Ped. N. Amer.**, v. 22, p. 653, 1975.
SCHWARTZ, E. M. Problems after adoption. Some guidelines for pediatrician involvement. **J. Ped.**, v. 87, p. 991, 1978.
SOKOLOFF, B. Adoptive families: Needs for counseling. **Clin. Pediatr.**, v. 18, p. 184, 1979.
SOROSKY, A.; PANNOR, R. **The Adoption Triangle.** Anchor, 1979.
WIEDER, H. On being told of adoption. **Phychoanalytic Quarterly**, v. 46, p. 1, 1977.
WOLFF, S. The life of the adopted child. **Archi. Diseases Childhood**, v. 49, p. 166, 1.

E- BOOKS

A seguir, alguns exemplos de livros digitais (e-books), alguns deles gratuitos.

O que saber antes e depois de ter filhos, Luiz Schettini (versão digital)
https://www.jurua.com.br/bv/conteudo.asp?id=29690&pag=1

Acolhimento Familiar — Características, vantagens e como funciona. Saiba tudo!
https://geracaoamanha.org.br/ebookaf/

Guia da adoção
https://geracaoamanha.org.br/adocao/

3 vivas para a adoção
https://www.angaad.org.br/portal/livro-digital-3-vivas-para-adocao/

7 passos para a adoção, Letícia Camargo
https://www.angaad.org.br/portal/e-book-7-passos-para-a-adocao/

10.5 DEPOIMENTOS DE NOSSOS COLABORADORES

I. "A paternidade e a maternidade adotivas precisam ser internalizadas. Isso é um processo subjetivo. Quando o autor do texto fala na insegurança e na ideia de que poderiam ser pais melhores se fossem biológicos, penso que aí se esconde a fantasia que esse filho poderia ser melhor se fosse biológico. Dessa forma, a elaboração da impossibilidade de gerar uma criança precisa ser bastante trabalhada para que esse sentimento não seja projetado na criança. Aproveito para opinar sobre a expressão 'filho do coração'. Para mim, soa preconceituosa. A criança adotiva é filha. Filho é filho. A diferença é que ela foi fecundada por um outro homem e gerada por uma outra mulher. Esse fato tem que ficar bem claro para toda família. A família que recebe a criança não pode rivalizar com esses pais biológicos, porque lhe deram a vida e eles não. Isso sim tem que ser valorizado para a criança desde sempre. Houve aí um desejo triplo para que ela tenha nascido. Desse homem que a fecundou (mesmo que o desejo tenha sido momentâneo por essa mulher), desejo da mãe que a gerou e lhe deu vida e o desejo da própria criança em nascer e permanecer viva. E podemos acrescentar o desejo dessa nova família em ter este filho. Concordo que a verdade seja falada para a criança desde cedo. Chego inclusive a admitir que quanto mais cedo melhor. Desde bebê. Isso facilita o relacionamento entre pais e filhos. Cada casal encontrará a melhor forma de fazê-lo. Acredito no valor do trabalho psicanalítico em qualquer situação em que o desejo e fantasias dos pais estejam dificultando o surgimento do desejo da criança, da sua singularidade como ser. Se em determinada situação de adoção ficar claro que está ocorrendo esta dificuldade, um trabalho analítico será de fundamental importância, pois, como vimos, existem elementos fortes de frustração, rejeição, preconceitos, rivalidade que permeiam a adoção. Quando essa parte está bem resolvida, dará espaço para o amor e seus limites."

II. “Muito interessante a parte do texto que fala da ferida dos pais em não terem tido filhos e suas consequências na educação e na relação geral com o filho adotivo. O que ocorre é que há uma ferida narcísica nos pais — que se relaciona à autoestima deles — e, em alguns casos, pode ter como consequência uma rejeição inconsciente à criança ou à verdade sobre a adoção, pois ela representa uma constante e indesejada lembrança de que os pais adotivos não puderam exercer a função de gerar e reproduzir. É importante que o profissional esteja ciente desta dinâmica psíquica para poder ajudar os pais a verbalizarem seus medos e frustrações e impedir a repetição de um ciclo vicioso de projeções. É excelente a colocação que dar limite é dar amor. Isso precisa ser repetido inúmeras vezes para os pais se comprometerem verdadeiramente na educação dos filhos. Importante ressaltar que, algumas vezes, não existe uma resposta objetiva sobre a razão ou as razões pelas quais a mãe biológica não ficou com a criança. Nessa circunstância, deve-se dizer também a verdade, nem que seja para afirmar que não se sabe a resposta, mas, ao mesmo tempo, dar dados reais para a criança poder construir suas hipóteses e dar sentido à sua história. Obviamente, há um tempo mais indicado para determinadas informações (caso essas sejam questionadas especificamente), levando-se em conta a maturidade emocional da criança. No entanto, não se deve preencher lacunas de informações que ainda não se quer dar com mentiras. Acredito que seja interessante enfatizar que uma criança não necessariamente precise de tratamento psicológico apenas pelo fato de ser adotada. Isso não faz dela ou dos pais candidatos naturais à psicoterapia. Um psicólogo pode vir a ajudar muito nas orientações, mas, repito, não há a indicação de um tratamento compulsório. Uma criança pode ser filha biológica e necessitar de acompanhamento terapêutico e outra pode ser filha adotiva e não necessitar. Penso também que hoje em dia seja ponto pacífico que dizer a verdade sobre adoção é o único caminho correto. O que pode ser colocado em discussão é a melhor maneira de fazê-lo. No meu entender, isso dever ser feito naturalmente e não esperar o momento de comunicar a “grande verdade”, dando ao fato um mistério e caráter tal que o transforme num tabu. A verdade sobre sua vida deve ser experimentada, vivida e compartilhada com a criança desde o primeiro momento. Assim, como se fala corriqueiramente sobre o parto, o dia do nascimento com os filhos biológicos desde nenéns, pode-se e deve-se falar com a criança sobre sua história de adoção, o momento em que a viu pela primeira vez, a espera, a chegada na família etc. O termo “filho do coração” é uma maneira de expressar o carinho pela criança, mas é bom se ter o cuidado para não adjetivar esse papel. Como foi muito bem enfatizado, filho é filho e ponto final. Não precisa haver distinção se é adotado, biológico, do coração, do útero. Ser adotado não tem que ser o que definirá a vida e o papel dessa criança.”

III. “Trabalho no SOFIA (Serviço de Orientação à Filiação Adotiva) e saliento que alguns pontos do texto chamam atenção pela pertinência, como é o caso da “obrigação” dos pais de contar ao filho sua condição de adotivo. De fato, é direito da criança saber sua origem (isSo sem contar que o registro da separação com a genitora já se deu e está inscrito em seu inconsciente). O que tenho visto na clínica é a dificuldade em ‘revelar’ (é diferente porque se escolhe um momento especial para conversar com a criança ou adolescente sobre a questão). Por aí, passam fantasias de abandono e rejeição dos próprios pais. No entanto, quando se fala em adoção, é preciso refletir sobre o processo de filiação considerando o significado de adoção e o desejo de adotar. É preciso saber o que está (ou esteve) por trás do discurso de adotar, qual foi a motivação para além das justificativas conscientes. É comum chegarem ao SOFIA pais adotivos que se encontram com algum tipo de dificuldade com seus filhos (baixo rendimento escolar, desobediência, medo de revelar ao filho sua condição de adotado) sem se darem conta de que a origem desses problemas pode estar num frágil processo de filiação. Nesses casos, fica claro, através de uma escuta clínica, a diferença de discurso de quem adotou e foi adotado na condição de filho e pai, daquele que ‘pegou para criar’, mas não filiou, não se colocou à disposição verdadeiramente como pai ou mãe daquele indivíduo. A pertinência em refletir sobre o significado da adoção permite identificar as diferenças entre cuidar e filiar no processo adotivo e esse dado tem nos mostrado que em adoções onde o processo de filiação se deu satisfatoriamente, não há com o que se preocupar.”

IV. “Depois de quatro tentativas sofridas e frustradas de fertilização in vitro, resolvemos adotar. Essa foi uma decisão com apoio total de nossas famílias. Primeiro, veio a garota que encheu nosso mundo de alegrias e de experiências apenas possíveis para a vivência da maternidade e da paternidade. Nós ficamos tão realizados que nos esquecemos de vez o assunto do tratamento para engravidar. Tínhamos muito medo de enfrentar o processo legal, mas, por outro lado, não queríamos de forma alguma fazer a adoção ‘à brasileira’. Demos então entrada no processo legal e foram quase dois anos de muitas preocupações. A maior delas era o medo de perder a criança. Essa insegurança era terrível e só foi sanada com a decisão final do juiz favorável a nós. Aos três anos, a garota começou a nos pedir um irmãozinho. E aí começamos a pensar em aumentar a nossa já realizada família. Não chegamos a colocar nosso nome em nenhuma instituição para adoção, porém comentamos com algumas pessoas que estávamos dispostos a adotar mais um. Nos nossos planos, seria mais um, mas nos planos de Deus seria uma dupla. E assim, na quinta-feira que antecedeu o carnaval de 2008, com a chegada dos gêmeos, de dois meses e meio, nossa família ficou completa. Como era de se esperar, nosso carnaval foi animadíssimo.

Houve desfile de mamadeiras, fraldas sujas, chupetas e muito choro. Mais uma vez, entramos com o processo de adoção legal, porém dessa vez foi mais rápido, cinco meses. Acreditamos que essa diferença de tempo se deu pelo fato de que, no caso da menina, não se sabia quem era a genitora e, no caso dos gêmeos, ela era conhecida e participou do processo. Não adotamos para fazer caridade. Adotamos porque queríamos filhos e essas crianças precisavam de pais, de amor, de um lar. O assunto adoção é tratado em nossa família com naturalidade e pretendemos que eles sejam conscientes das histórias deles. Nosso objetivo é amá-los, educá-los e fazê-los felizes."

V. "Conto um pouco da grande experiência que tive para dizer que todos sejam transparentes e que informem sempre a realidade a seus 'filhos de coração'. Isso é, digam sempre a verdade sobre a origem deles e não neguem nunca o que sabem. Já era mãe de três filhos, quando Jesus colocou nos meus braços uma linda criança do sexo masculino. Para nós, foi uma grande alegria. Sempre coloquei que ele era meu 'filho do coração' e que os outros irmãos eram meus 'filhos da barriga'. Ele recebeu a mesma criação, carinho, amor que os outros receberam. Nunca houve distinção entre eles. Sempre estive tão segura de que deveria passar para ele todos os dados que eu conhecia sobre a sua origem que guardei a sete chaves, por muitos e muitos anos, uma folhinha de caderno com o nome da mãe e do pai, a data de nascidos 10 anos de idade, ele indagou com muita veemência sobre sua mãe biológica. Eu sabia muito pouco sobre ela. Com o passar dos anos, a cobrança aumentava da parte dele querendo saber sua origem. Depois de muito sofrimento, resolvi entregar para ele o pequeno papel com as informações sobre sua família biológica. Não nego que foi muito dolorido para mim. Sabia que ele estava infeliz. No ato da entrega, disse-lhe: 'espero que esteja contribuindo para sua felicidade'. Não tive coragem de ir com ele buscar a outra mãe que era tão importante para o meu filho. O meu marido o acompanhou e finalmente aconteceu o encontro com a mãe biológica. Ele era um homem de 23 anos. Deixamos muito à vontade para escolher o que fosse melhor para ele. Acho que pouca coisa mudou. Segundo ele, reconhece que somos seus verdadeiros pais."

VI. "Sou adotado e relato aspectos da minha história para tentar ajudar aos que adotaram ou que pretendem adotar. E pretendo, sobretudo, que os adotados, como eu, entendam a beleza, mas que também entendam as dificuldades que cercam a vida do ser adotivo. O primeiro aspecto a relatar é que estou seguro ao afirmar que a adoção envolve todos os sentimentos e emoções da relação pais e filhos naturais e envolve ainda, de forma particular, alguns outros sentimentos: solidariedade, amor ao próximo, angústia, dúvida, incerteza, dor, entre outros. São sentimentos que envolvem as duas famílias envolvidas e, de uma forma muito especial, o adotado.

Sofri bastante durante 23 anos da minha vida, não por ser adotado, mas sim por não saber das minhas raízes. Recordo que quando os médicos perguntavam se existia algum tipo de doença na família, minha mãe adotiva ficava calada e, após alguns instantes, pedia que eu me retirasse para conversar a sós com o doutor. A partir dessa e de outras evidências, comecei a desconfiar que eu era adotado. Creio que isso começou lá pelos 10 a 12 anos. Sabia que tinha algo estranho no ar, só não sabia ao certo o quê.

A partir disso, comecei a "puxar" o assunto com minha família para ver se descobria algo. Numa conversa com meus pais, eles me falaram que eu era adotado e me contaram por alto como cheguei à casa deles. Soube que, com dois dias de nascido, minha mãe biológica simplesmente me deixou na maternidade e desapareceu. Quando descobri isso, parecia que tinham enfiado uma faca dentro do meu peito. Ficava sempre me perguntando qual a razão de uma pessoa abandonar o filho. Sentia-me 'um lixo' ao saber que a mulher que me carregou durante nove meses no útero me abandonou. Passei a me considerar o 'patinho feio', sempre inferior a todos. Passei a travar batalhas diárias dentro do meu eu. Fiquei rebelde, passei a brigar com todos para chamar atenção e para avaliar se eu ainda estava abandonado. Pessoas que me amavam passaram a me evitar. Pessoas que eu não esperava que me amassem aproximaram-se para confortar minha dor.

Nunca gostei de comemorar o meu aniversário. Para muitos, esse é um dia muito feliz, de alegria, de comemorações, de festejos. Para mim, não. Para mim, era o pior dia do ano. Eu não sabia se realmente tinha nascido naquele dia. Ficava me perguntando por onde estava a mulher que me colocou no mundo, se ela pensava em mim naquele dia, se ela sofria como eu. Minha família tentava fazer festas surpresas, chamar amigos. Mas não tinha jeito. Era um dia somente meu e de muita dor.

Aos 18 anos, fui morar no Rio de Janeiro a fim de estudar artes cênicas, que era meu sonho. Passei três anos e meio fugindo de mim mesmo, interpretando uma vida que não era minha, mas só assim eu não sofria por ter sido abandonado. Retornei ao Recife, se passaram alguns anos e aí conheci uma garota que se tornou minha namorada. Essa garota não entendia o porquê do meu jeito de tratar as pessoas que se aproximavam de mim a fim de me amar. Mas meu medo sempre foi o mesmo. Eu ficava com receio de me apegar às pessoas que poderiam me abandonar como fez minha mãe biológica. Quando falei com a minha namorada sobre o assunto, tirei um peso das minhas costas. Ninguém sabia da minha história a não ser eu e minha família.

A partir disso, a minha garota começou a me dar forças para ir atrás da minha mãe, conhecê-la, saber o porquê que ela fez isso tudo. Meu maior medo era o que eu podia escutar dela. Sabia que poderia escutar coisas boas e ruins. Lutei comigo mesmo e consegui forças para ir ao encontro da minha história.

Numa sexta-feira, meu pai chegou de viagem. Esperei ele jantar e pedi algo, um indício qualquer, que pudesse me levar até minha família biológica. Ele me deu um papel com o endereço e o nome completo dos meus pais gené-

ticos. Que alívio, eu tinha pelo menos o nome. Aquilo para mim já era uma vitória. Não consegui dormir pensando no momento de encontrar meus familiares biológicos.

Sábado de manhã, caí no mundo em direção a eles. Fui até Ipojuca e chegando à delegacia de lá percebi que estava errado, pois minha família era do município de Joaquim Nabuco e por ser já tarde não seria interessante prosseguirmos viagem. Retornei ao Recife e, no domingo cedo, corri para uma usina de Joaquim Nabuco onde meu pai biológico tinha trabalhado. Colhi o máximo de informações e um cidadão disse que pelo sobrenome tinha um senhor que morava ali perto. Fui até esse senhor dizendo que era jornalista e queria encontrar o seu Luiz (nome do meu pai). Após 10 minutos de conversa, ele me passou o nome de um engenho ali próximo onde morava o primo do seu Luiz. Nesse engenho, me passei por jornalista do programa Profissão Repórter da Rede Globo a fim de encontrar o seu Luiz para conversar. Eu portava uma câmera e as pessoas muito humildes me deram todas as informações necessárias. Consegui, enfim, o endereço e o apelido que minha mãe biológica tinha. Agradeci e corri em direção a ela.

Chegando ao município de Palmares, percebi a gravíssima devastação causada pela enchente ocorrida em 2010. Tentei encontrar dona Marilene e nada, ninguém a conhecia. Até que me sentei e, orando, pedi a Deus que se aquilo fosse me aliviar fizesse com que a gente se encontrasse. Levantei-me e vi um rapaz, numa moto, vindo em minha direção. O motorista me perguntou o que eu fazia ali. Quando contei que estava em busca de uma senhora chamada Marilene, ele disse que ela morava ali perto. Só podia ser um sinal de Deus. Agradeci e chegando perto perguntei a um casal se conhecia quem eu procurava. Uma senhora me levou até aquela mulher que seria minha mãe.

Subi um morro e pude perceber ela brincando com duas meninas. Quando bati o "olho" percebi que era ela. Apresentei-me como jornalista e disse que queria fazer uma reportagem. Ela me convidou a entrar na casa e comecei a 'entrevista'. Disse que estávamos fazendo uma reportagem sobre adoção e que sabia que ela tinha deixado um filho na maternidade. Nesse momento, ela começou a chorar e explicou a razão e falou o quanto se arrependia daquilo.

Até que eu disse que poderia fazer o encontro deles, se ela quisesse. Foi quando ela respondeu: "é a coisa que peço a Deus todos os dias, antes de eu morrer me encontrar com ele". Nesse momento meu coração doeu e disse: "abrace-me, então, que esse momento chegou. Sou eu, seu filho". Muita emoção, choro e mais choro. Conheci minha avó, meus irmãos, enfim, minha família.

Hoje tenho contato telefônico com eles e ainda tenho dificuldade de me acostumar com esses novos fatos, coisa que ainda não aconteceu. Mas a dor e a dúvida foram embora. Percebo ser outra pessoa.

E digo, sem dúvida, a adoção é uma dádiva divina para muitas crianças e para muitos familiares que adotam. E digo ainda que existem pais maravilhosos como os que me adotaram e cuidaram para que nada me faltasse. Pais que cui-

daram inclusive do mais importante: guardar as informações essenciais para que eu encontrasse e completasse a minha história real."

VII. "Sou filha adotiva e relato aqui alguns fatos da minha história que quero compartilhar. Falo sobre minha experiência e sobre os ônus e bônus que envolvem uma adoção. Começo relatando a origem da minha família adotiva. Sou filha única de um casal que, há muitos anos, por consequência do destino, perdeu três filhos. Ainda muito abalada, minha mãe foi aconselhada por minha avó paterna a adotar uma criança. Lembro-me bem dela relatando o quanto foi difícil aquele dia. Era domingo. Chovia muito e seu coração palpitava de ansiedade e medo. Sim, medo. Do inesperado, do novo. Chegando ao hospital onde eu estava, deparou-se com uma criança saudável, que tinha apenas um dia de vida e, como pertences, apenas uma chupeta rosa, doada por uma enfermeira. Pegou-me nos braços e sentiu que tinha uma responsabilidade para a vida inteira no seu colo.

Após todos os protocolos, levou-me para casa com a missão de amar, cuidar e educar alguém que eles desconheciam. Junto a meu pai e minha avó materna, foram cuidando de mim com muito afeto. Devido à dor que já haviam passado, a perda dos outros filhos, me observavam continuamente, durante a noite, sentindo os batimentos do meu coração, para ter certeza de que aquele pequeno órgão não parava de bater. Com muita luta no dia a dia, foram moldando meu caráter, em meio às dificuldades que a vida trazia, fosse financeira ou de outra forma. Sempre fizeram o melhor por mim. Na época, minha mãe trabalhava na casa de uma psicóloga que sempre se dispôs a ajudar e a orientar quando surgissem as dúvidas sobre minha verdadeira origem.

Cresci sabendo que era filha do coração. Até certa idade, isso para mim era normal, pois entendia quase nada sobre tudo aquilo. E foi a partir dos 12 anos que começaram a surgir diversas dúvidas em minha mente. Às vezes, tinha vergonha de tentar esclarecer com meus pais por puro medo de magoá-los. E assim passaram-se os anos. Desde então, em todos os meus aniversários, eu acordava pensativa sobre minha "outra" família. Contudo, não posso esquecer o ano de 2000, quando fiz 15 anos, a data mais esperada da minha vida. Uma data linda, onde minha família e os amigos esperavam para festejarmos. Porém, no meu íntimo, não era essa a sensação que eu tinha. Foi um dos dias mais difíceis que já vivi. As dúvidas rondavam minha mente. Passei o dia com uma pergunta fixa no coração: será que minha mãe legítima lembra que hoje eu estou completando 15 anos? E assim foi o dia. Longo e eu sempre pensativa.

A partir daí, não consegui mais esconder a minha curiosidade sobre minha família. Sempre tinha dúvidas do tipo: será que minha mãe mora aqui? Será que ela está viva? Será que tenho irmãos? Como será meu pai? E passei a perguntar aos meus pais adotivos se eles sabiam algo sobre mi-

nha família. Minha pesquisa não teve êxito O que eles sabiam era muito pouco e não me levava a lugar nenhum.

O tempo passou e guardei todas as ansiedades, dividindo-as apenas com o travesseiro. Até que em 2006, com 21 anos, fui procurada por uma mulher que dizia ser minha irmã legítima. Falou que foi criada com mais dois irmãos e que sempre soube que sua mãe havia abandonado uma filha. Disse que sempre almejou encontrar essa irmã. Buscou até que conseguiu o máximo de informações possíveis e me encontrou. Através dela, soube notícias da minha mãe e do restante da família. Um ano depois, tomei coragem e, apoiada pelos meus pais adotivos, decidi ir ao encontro da minha mãe legítima, que mora no Rio de Janeiro. A caminho desse encontro, fui acometida por um turbilhão de sentimentos. Ansiedade, medo, curiosidade, euforia, raiva e tristeza me acompanharam durante todo o percurso. Já na chegada, no momento do encontro, o inesperado aconteceu. Eu não consegui sentir nada. É como se o meu espírito houvesse congelado por alguns minutos. Ela me recebeu com um abraço tímido e eu mal conseguia me mover. Meu corpo ficou estático. Por um bom tempo, não consegui olhar em seus olhos.

A família inteira aguardava para me conhecer. Aos poucos, fui vendo como eram numerosos os meus familiares genéticos. Esquivei-me da minha mãe o máximo que pude, não deixei espaço para ela se aproximar. Adiei a conversa que desejei ter minha vida inteira. Mas como já esperava seria inevitável e chegou o dia de olharmos uma nos olhos da outra e falar tudo que sentíamos. Ela me contou como foi toda sua vida, das dificuldades que teve durante a gravidez, os motivos que a levaram a me deixar na maternidade. Justificou-se de várias maneiras. E eu não consegui dizer uma só palavra. Nada saía. Meus lábios pareciam ter colado e ela não me cobrou resposta. Parecia ter compreendido o que eu sentia naquele momento.

Depois disso nunca mais nos falamos, não nos procuramos mais, e apesar do meu silêncio naquele momento, eu saí dali aliviada, sem nenhum ressentimento ou angústia. Minha alma parecia mais leve e toda essa experiência, o melhor que aconteceu, foi ter conhecido minha irmã, minha sobrinha e minha avó, pelas quais alimento um amor puro e fraterno. Somos grandes amigas. Temos uma relação carinhosa. Até parece que nunca estivemos separados por tanto tempo.

Contudo, continuo minha vida com minha família adotiva. É uma relação regrada a muito amor e companheirismo. E estou aliviada por saber sobre minha origem e muito grata a Deus pelo destino que me foi dado. Tenho convicção de que não seria tão feliz se não estivesse com meus pais adotivos. Eles são os meus maiores tesouros. E concluo com as palavras do padre Fábio de Melo: "não coloque um ponto final nas suas esperanças. Ainda há muito o que fazer..., ainda há muito o que plantar e o que amar nessa vida."

Para concluir é notório que a abordagem da temática da adoção não é uma tarefa fácil, tão pouco pragmática para qualquer profissional. A adoção merece ser vista em seu necessário caráter multidisciplinar, seja na área jurídica, na psicologia, na saúde ou nas ciências sociais.

A adoção deve ter uma reflexão diferenciada sobre os diversos atos do homem e da mulher na sociedade, pois, ela nasce efetivamente daquilo que há de mais profundo na essência humana, que é a possibilidade de transformar um sentimento em um ato da razão. Sua premissa parte do desejo de uma pessoa ou grupo de pessoas de iniciar ou ampliar o seu universo familiar em um processo que revisita o passado, vivencia o presente e imagina o futuro — adoção é para sempre.

Quando falamos de adoção, inevitavelmente falamos de ética e moral, f de cultura e de valores sociais, de vínculos afetivos, de cuidados, de preconceito e superação, de verdades e mentiras, de conflitos, de responsabilidades, de afeto e amor.

Esse caráter diferenciado e multifacetado do desejo de ter filhos é o que alimenta o debate dialético do tema de forma mais ampla, que tenta unir as partes e compreender o todo — a criança, a família, a comunidade. É fundamental que instrumentos legais estejam em consonância com o tempo histórico vivenciado, mais fortes e consolidados, a fim de garantir os direitos de quem adota e de quem é adotado; que os profissionais consigam perceber a singularidade do ato da adoção, com o "olhar" atento e cuidadoso de não "compartimentar" aquilo que é tão simples e tão complexo para qualquer família, seja ela constituída biologicamente ou socialmente, que é o desejo de exercer uma maternidade e uma paternidade.

É também importante ficarmos atentos à desinstitucionalização de crianças e adolescentes que estão em unidades de proteção, nos abrigos propriamente ditos, para não remetermos os nossos debates para o âmbito do assistencialismo, dos estigmas e das crianças em situação de pobreza. O "papel social" da adoção deve pautar-se nas próprias características das relações humanas. No encanto, na descoberta, na aproximação, na ansiedade da espera, no aprendizado contínuo, na amizade, no abraço apertado e no diálogo. Para que não haja distinção alguma do lugar que originou a criança ou o adolescente, se do ventre de uma mulher ou de um espaço institucional.

Assim, o caminho percorrido para a adoção deve ser propício para o encontro de uma família em um espaço chamado de lar — onde se vive e se mora —, sabendo que todos trazem dentro de si, com toda a pluralidade, a construção de sua própria história.

10.6 LEITURAS RECOMENDADAS

ADOÇÃO:

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Adoção – origem, segredo, revelação.** 2. ed. Recife: Edições Bagaço, 2014.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **As dores da adoção.** Curitiba: Editora Juruá, 2017.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Compreendendo o filho adotivo.** 4. ed. Recife: Edições Bagaço, 2012.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Compreendendo os pais adotivos.** 3. ed. Recife: Edições Bagaço, 2013.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Doce Adoção – A essência.** Recife: Edições Bagaço, 2001.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Pedagogia da adoção – criando e educando filhos adotivos.** 3. ed. Curitiba: Editora Juruá, 2017.

SCHETTINI FILHO, Luiz; SCHETTINI, Suzana Sofia Moeller (Org.). **Adoção: os vários lados dessa história.** Recife: Edições Bagaço, 2006.

SCHETTINI, Suzana Sofia Moeller. **Filhos por adoção: um estudo sobre o seu processo educativo em famílias com e sem filhos biológicos.** 2006. Dissertação (Mestrado) – Universidade Católica de Pernambuco, Recife, 2006. Disponível em: http://tede2.unicap.br:8080/handle/tede/234.

RELAÇÕES FAMILIARES E INTERPESSOAIS:

SCHETTINI FILHO, Luiz. **A coragem de amar.** Recife: Edições Bagaço, 2014.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **A coragem de conviver.** 4. ed. Curitiba: Editora Juruá, 2018.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **A criança de 6 a 10 anos na família e na escola.** 2. ed. Recife: Edições Bagaço, 2013.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Amor perdido de amor** – As relações afetivas na família. Recife: Edições Bagaço, 2000.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Antes e depois de ter filhos – o que é preciso saber.** Curitiba: Editora Juruá, 2022.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Carão com carinho.** 2. ed. Recife: Edições Bagaço, 2019.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Como melhorar a concentração da atenção**. 2. ed. Recife: Edições Bagaço, 2012.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Conversa de pai.** Recife: Edições Bagaço, 2005.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Entre o dito e o não dito – uma pedagogia do viver.** Recife: Edições Bagaço, 2011.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **O amor nosso de cada dia.** Organização de Suzana Sofia Moeller Schettini. 2. ed. Recife: Edições Bagaço, 2008.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **O amor que a gente sente – impróprio para adultos.** Recife: Edições Bagaço, 2003.

SCHETTINI FILHO, Luiz. **Pedagogia da Convivência.** Curitiba: Editora Juruá, 2015.

SCHETTINI FILHO, Luiz; FRANÇA, Amaro. Pedagogia da Ternura. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2017.

SCHETTINI FILHO, Luiz; FRANÇA, Amaro. **Educação em Pauta.** São Paulo: Editora Paulinas, 2021.

SCHETTINI FILHO, Luiz et al. **Diálogos educacionais.** Recife: Editora Ramalhete, 2018.

SCHETTINI, Suzana Sofia Moeller; SCHETTINI FILHO, Luiz. **Educar com afeto – do nascimento aos 6 anos.** 2. ed. Recife: Edições Bagaço, 2014.

DESENVOLVIMENTO, CUIDADOS COM A CRIANÇA, ASPECTOS EMOCIONAIS:

A educação da criança, à luz da investigação psicanalítica. Melanie Klein e outros. [S.l.: s.n., s.d.].

A criança e o seu Mundo. D. W. Winnicott. [S.l.: s.n., s.d.].

Amor e liberdade na educação da criança. Cesar Pernetta. São Paulo: Fundo Editorial Byk – Procienx, 1983.

DARE, Christopher; EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). **Seu filho de seis anos: orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Série Mini-Imago).

DAWS, Dilys; EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). **Seu filho de um ano: orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Série Mini--Imago).

HARRIS, Martha; EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). **Seu Filho de Onze Anos: orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Série Mini-Imago).

HARRIS, Martha; EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). **Seu Filho de Doze a Quatorze Anos: orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Série Mini-Imago).

HARRIS, Martha; EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). **Seu filho adolescente: orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Série Mini-Imago).

HEGELER, Sten. **Pedro e Carolina: uma criança pergunta sobre nascimento e sexo.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Série Mini-Imago).

O que toda criança gostaria que seus pais soubessem. Lee Salk. [S.l.: s.n., s.d.].

O'SHAUGHNESSY, Edna; EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). **Seu filho de oito anos: orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Série Mini-Imago).

O'SHAUGHNESSY, Edna; EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). **Seu filho de nove anos: orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Série Mini-Imago).

O'SHAUGHNESSY, Edna; EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). **Seu filho de dez anos: orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Série Mini-Imago).

OSBORNE, Elsie L; EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). **Seu filho de quatro anos: orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Sé-

rie Mini-Imago).
OSBORNE, Elsie L; EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). **Seu filho de cinco anos: orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Série Mini-Imago).
OSBORNE, Elsie L; EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). **Seu filho de sete anos: orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Série Mini-Imago).
OSBORNE, Elsie L; EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). **Seu Bebê: orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Série Mini-Imago).
ROSENBLUTH, Dina; EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). **Seu filho de dois anos: orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Série Mini--Imago).
OSBORNE, Elsie L; EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). EQUIPE DA CLÍNICA TAVISTOCK (Londres). **Seu filho de três anos: orientação psicológica para os pais.** Rio de Janeiro: Imago, [s.d.]. (Série Mini-Imago).

AMAMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO:

PRYOR, Karen. **A arte de amamentar: como dar de mamar com amor, saúde e consciência.** São Paulo: Summus Editorial, 1981.

SEXUALIDADE:

GAUDERER, E. Christian. **Sexo e sexualidade da criança e do adolescente: um guia para pais e educadores.** São Paulo: Record, 1996.

OUTRAS FONTES:

NACIONAIS

ALTOÉ, Sonia (Org.). **Sujeito do Direito, Sujeito do Desejo.** Rio de Janeiro: Revinter, 1998.
ANDREI, Decebal. **Reencontro com a esperança.** Londrina: do Autor, 1999.
AROLA, Ramón Llongueras. **Casa não é lar: o abrigo como contexto de desenvolvimento psicológico.** São Paulo: Salesiana, 2000.
BERTHOUD, Cristiana. **Filhos do coração.** Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1994.
BERTHOUD, Cristiana; BROMBERG, Maria Helena; BORREGO, Maria Renata. **Ensaios sobre formação e rompimento de vínculos adotivos.** Taubaté: Cabral Editora Universitária, 1995.
CAMPOS, Ângela Valadares. *O menor institucionalizado: um desafio para a sociedade.* Petrópolis: Vozes, 1984.
CECIF (Org.). **101 Dúvidas sobre adoção de crianças.** São Paulo: Cecif, 2001.
CEZAR, Clélia Zitto. **Refletindo a adoção.** São Paulo: Moderna, 1998.
CEZAR, Clélia Zitto. **A adoção de crianças com necessidades especiais.** Mogi das Cruzes: Mimeo/GAARMELE, 1999.

DINIZ, João Seabra. *E***ste meu filho que eu não tive: adoção e seus problemas.** Porto: Afrontamento, 1993.
EMEDIATO, Luís Fernando. **Geração abandonada.** São Paulo: Global, 1982.
FERREIRA, Maria Clotilde Rossetti. **Mãe e criança: separação e reencontro. Observação em situação de grupo.** São Paulo: Edicon, 1986.
FIGUEIRÊDO, Luiz Carlos de Barros. **Adoção para Homossexuais.** Curitiba: Juruá, 2001.
FLARTMAN, A. **Os segredos na família e na terapia familiar.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.
FREIRE, Fernando (Org.). **Abandono e Adoção I.** Curitiba: Terre des Hommes, 1992.
FREIRE, Fernando (Org.). (Org.). **Abandono e Adoção II.** Curitiba: Terre des Hommes, 1995.
FREIRE, Fernando (Org.). (Org.). **Abandono e Adoção III.** Curitiba: Vicentina, 2001.
GAMA, Iana Lage; VENÂNCIO, Renato Pinto. **Abandono de crianças negras no Rio de Janeiro.** São Paulo: Contexto, 1991.
GOMES, Vera Miranda. **Adoção: uma história de espera e amor.** Curitiba: Juruá, 1998.
GUIRADO, Marlene. **A criança e a Febem.** São Paulo: Perspectiva, 1980.
GUIRADO, Marlene. **Instituição e relações afetivas: o vínculo com o abandono.** São Paulo: Summus, 1986.
HAMAD, Nazir. **A criança adotiva e suas famílias.** Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2002.
LEVINZON, Gina Khafif. **A criança adotiva na Psicoterapia Psicanalítica.** São Paulo: Escuta, 1999.
MALDONADO, Maria Tereza. **Histórias da vida inteira.** São Paulo: Saraiva, 1994.
MALDONADO, Maria Tereza. **Os caminhos do coração: pais e filhos adotivos.** São Paulo: Saraiva, 1995.
MARTINS, José de Souza. **Internatos: os filhos do estado padrasto.** São Paulo: Hucitec, 1991.
MOTTA, Maria Antonieta Pisano. **Mães abandonadas: a entrega de um filho em adoção.** São Paulo: Cortez, 2001.
RIZZINI, Irene. **A criança no Brasil hoje: desafio para o terceiro milênio.** Rio de Janeiro: Usu-Amais, 1993.
SANTOS, Hélio. **Crianças esquecidas.** Campinas: Pontes Editora, [s.d.].
SCHETTINI FILHO, Luiz. **Compreendendo o filho adotivo.** Recife: Bagaço, 1995.
SCHETTINI FILHO, Luiz. **Compreendendo os pais adotivos.** Recife: Bagaço, 1998.
SCHETTINI FILHO, Luiz. **Adoção: origem, segredo e revelação.** Recife: Bagaço, 1999.
SILVA, Roberto da. **Os filhos do governo: a formação da identidade criminosa em crianças órfãs e abandonadas.** São Paulo: Ática, 1997.
VARGAS, Marlizete Maldonado. **Adoção tardia: da família sonhada à família possível.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 1998.
WEBER, Lídia N. D.; KOSSOBUDZKI, Lúcia H. M. **Filhos da solidão: institucionalização, abandono e adoção.** Curitiba: Secretaria da Cultura do Estado do Paraná, 1996.
WEBER, Lídia N. D. **Aspectos psicológicos da adoção.** Curitiba: Juruá, 1999.

WEBER, Lídia N. D. **Laços de Ternura.** Curitiba: Editora Santa Mônica, 2000.
WEBER, Lídia N. D. **Pais e filhos por adoção no Brasil.** Curitiba: Juruá, 2001.

ESTRANGEIRAS:

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. The role of the pediatrician in adoption with reference to "The right to know". An up-date. **Pediatrics**, v. 67, p. 305, 1981.
DAVIS, J. The pediatric role in adoption. **Clin. Pediatrics**, v. 18, p. 438, 1979.
DOLTO, Françoise. **Destinos de Criança.** São Paulo: Martins Fontes, 1998.
DOLTO, Françoise. **Os Caminhos da Educação.** São Paulo: Martins Fontes, 1998.
ELDRED, A.; ROSENTRAL, D.; WENDER, P. et al. Some aspects of adoption in selected samples of adult adoptees in America. **J. Orthopsychiatry**, v. 46, n. 2, p. 279, 1976.
PELLER, L. About "telling the child" of his adoption. **Bull Phila. Assoc. Psychoanal.**, v. 11, p. 145, 1961.
SCHECTER, M. D.; HOLTER, F. R. Adopted children in their adoptive families. **Ped. N. Amer.**, v. 22, p. 653, 1975.
SCHWARTZ, E. M. Problems after adoption. Some guidelines for pediatrician involvement. **J. Ped.**, v. 87, p. 991, 1978.
SOKOLOFF, B. Adoptive families: Needs for counseling. **Clin. Pediatr.**, v. 18, p. 184, 1979.
SOROSKY, A.; PANNOR, R. **The Adoption Triangle.** [S.l.]: Anchor, 1979.
WIEDER, H. On being told of adoption. **Phychoanalytic Quarterly,** v. 46, p. 1, 1977.
WOLFF, S. The life of the adopted child. **Archi. Diseases Childhood**, v. 49, p. 166, 1974.

11 | VACINAS

Álvaro Machado Neto
Carlos Gonçalves de Oliveira
Eliane Buarque de Freitas Machado
Elizabeth Azoubel
Jailson de Barros Correia
Ney Marques Fonseca
Otelo Schwambach Ferreira

Por séculos, a varíola fez sofrer e matou muitas pessoas pelo mundo afora. Hoje não existe mais graças à vacina. Tétano, hepatite A, difteria, sarampo, rubéola, parotidite (caxumba), gripe (influenza), febre amarela, infecções graves pelo agente da tuberculose e outras bactérias como pneumococos, meningococos e hemófilos do tipo B são exemplos de doenças evitadas através da imunização. Uma forma de diarreia que pode ser grave e até fatal, causada pelo rotavírus, também é evitável pela vacina. Até mesmo alguns tipos de câncer, como o do colo uterino (causado pelo HPV) e o do fígado (quando causado pelo vírus da hepatite B) são também evitáveis por imunizantes amplamente disponíveis.

A poliomielite (paralisia infantil) — que causou mortes ou incapacitou pessoas por toda a vida — foi praticamente erradicada do mundo graças à vacinação, embora o risco de sua reintrodução não esteja descartado devido à queda das coberturas vacinais.

Mas as recentes vitórias contra a covid-19 ressaltam, mais uma vez, de forma inequívoca, o papel das vacinas no controle de infecções que acometem o ser humano. Os imunizantes contra a covid-19 já fazem parte do calendário vacinal de crianças brasileiras a partir dos 6 meses de idade.

E tem mais. O desenvolvimento científico tem permitido uma rápida introdução de novas vacinas seguras e altamente eficazes. A Organização Mundial de Saúde já relata, por exemplo, o grande impacto da imunização contra a malária (recomendada para regiões de alta endemicidade na África), prevenindo dezenas de milhares de mortes a cada ano, especialmente de bebês de países pobres. Um marco histórico!

No Brasil, vimos recentemente o Sistema Único de Saúde (SUS) iniciar a vacinação contra o vírus da dengue, protegendo crianças e adolescentes das regiões mais afetadas do país e contribuindo para arrefecer uma das maiores epidemias da nossa história recente. Temos duas vacinas contra a dengue licenciadas no Brasil: uma indicada para pessoas infectadas anteriormente pelo vírus e outra que pode ser usada tanto por pessoas que já tiveram a doença quanto por quem nunca teve. No momento desta última revisão do texto impresso, maio de 2025, destacamos, ainda com respeito às arboviroses, a aprovação pela Anvisa da vacina contra o vírus chikungunya (para pessoas acima de 18 anos).

Outra grande novidade é a incorporação ao SUS da vacina contra o vírus sincicial respiratório A e B. Aplicado na gestante, o imunizante protege bebês contra a bronquiolite, uma doença respiratória pediátrica — presente em todo o mundo — que pode ser grave, especialmente em prematuros. A estratégia de proteção desses pacientes inclui ainda o uso do nirsevimabe nos bebês de risco. De forma complementar à vacina, o nirsevimabe é um anticorpo monoclonal (ou seja, um anticorpo específico) que protege a criança de forma rápida, eficaz e segura.

Assim, como vemos, os avanços científicos em vacinação são muito dinâmicos e a leitura deste capítulo deve ser complementada com o material virtualmente disponibilizado e pelas atualizações dos calendários oficiais de imunização.

Não se conhece na prática médica alopática, homeopática, fitoterápica, indiana (ou ayurvédica), chinesa ou de qualquer outro tipo, um procedimento que tenha uma relação custo / benefício tão favorável quanto a vacinação.

O QUE PRETENDEM OS CALENDÁRIOS DE VACINAÇÃO?

Os calendários pretendem orientar médicos, enfermeiros, cuidadores e usuários sobre: as vacinas disponíveis; o número de doses para cada produto; as idades em que devem ser aplicadas as doses iniciais e as subsequentes e outros dados. São transcritos no conteúdo virtual acessado por QRCODE vários calendários para a vacinação das crianças e dos adolescentes: do Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde, da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm).

O programa do PNI é a proposta do governo federal para todas as crianças brasileiras e as vacinas estão disponíveis nos postos de saúde pública. Os calendários da SBP e o da SBIm incluem vacinas recomendadas pelos especialistas, que podem ou não estar disponíveis no SUS. Ainda existem calendários específicos para a vacinação dos prematuros, adultos, idosos e mulheres, como pode ser visto nos sites do PNI e da SBIm.

O PROGRAMA DO MINISTÉRIO ESTÁ DEFASADO?

O Ministério da Saúde do Brasil oferece um dos mais modernos programas de vacinação do mundo. É importante citar o controle da paralisia infantil no país, que é um exemplo reconhecido internacionalmente. A oferta, na rede pública, das vacinas contra o rotavírus, pneumococo, meningoco, HPV tetravalente, poliomielite inativada, catapora e hepatite A, por exemplo, demonstram a amplitude e atualização do calendário do PNI. Os imunizantes disponíveis nos postos públicos são uma excepcional conquista da nossa população e vacinar as crianças é uma atitude louvável e recomendável. Fazer uso das vacinas que o Ministério da Saúde oferece nunca deve ser motivo de lástima ou de constrangimento.

As clínicas de vacinação privadas podem oferecer alguns imunizantes ainda não disponíveis na rede pública. Por exemplo, apresentações formuladas para diminuir

o número de injeções necessárias, coberturas de alguns subtipos menos comuns de vírus ou bactérias ou que apresentam menor incidência de eventos adversos. As famílias que forem vacinar seus filhos na rede privada devem sempre procurar informações sobre a idoneidade das clínicas.

E SE A CRIANÇA PRECISAR DE UMA VACINA QUE NÃO EXISTE NOS POSTOS?

O Ministério da Saúde mantém um programa especial chamado Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais (CRIE), o qual disponibiliza vacinas existentes e licenciadas no mercado para crianças e adultos com necessidades especiais, mesmo que não estejam disponíveis no calendário oficial. O site do Ministério da Saúde oferece os endereços desses centros em várias localidades do país. Assim, por exemplo, a DTPa (acelular), indicada para casos especiais, como nas crianças convulsivas, está disponível no CRIE.

QUAIS AS PRINCIPAIS DIFERENÇAS ENTRE OS CALENDÁRIOS?

Quase todas as vacinas existentes nas clínicas privadas estão disponíveis também na rede pública, ainda que possam variar quanto à sua apresentação, por exemplo. A SBP e a SBIm fazem suas recomendações com base na análise dos seus especialistas e as publicam nos seus respectivos calendários.

É importante lembrar que as vacinas da rede privada são incorporadas mais rapidamente aos calendários vacinais e, de certa forma, estimulam a introdução desses produtos também na rede pública. A incorporação de novos imunizantes no calendário público demanda estudos populacionais e de impacto econômico. No calendário nacional do PNI, o Ministério da Saúde também leva em conta critérios de priorização, como a gravidade e a frequência daquela doença na população, além do custo-efetividade das vacinas, ou seja, quais os melhores resultados atingidos pelo preço mais adequado. Nunca é demais relembrar que o calendário vacinal público do Brasil é reconhecido em todo o mundo como um dos mais completos e é motivo de orgulho para todos nós.

É SEGURO JUNTAR VÁRIAS VACINAS NUM ÚNICO PRODUTO?

Os estudos científicos autorizam isso. A vacina hexavalente, a qual associa seis vacinas, é um bom exemplo. As pesquisas demonstram que a proteção obtida contra as infecções é muito boa e os efeitos colaterais não são mais intensos. Somando-se a essas vantagens biológicas há também as operacionais (menos idas ao serviço de saúde e menos “agulhadas”) e econômicas (menor custo). Por isso, verifica-se que é mais vantajoso usar produtos que associem vários imunizantes. Além da aplicação da vacina hexavalente, as crianças de dois meses devem ser vacinadas contra o rotavírus (por via oral) e contra o pneumococo (injetável).

QUANDO NÃO DEVEMOS LEVAR AS CRIANÇAS PARA VACINAR?

Há duas situações bem distintas:

- As crianças com doenças agudas importantes devem ser vacinadas após a cura. É prudente postergar a vacinação se existe: febre alta com ou sem diagnóstico definido; infecção respiratória aguda (asma, sinusite, otites, bronquites, pneumonias e outras enfermidades que exigem tratamento antibiótico ou outro tratamento especial); doença aguda do tubo digestivo (com vômitos e diarreia); ou qualquer outro quadro agudo que pode ter algum significado especial (como urticária e convulsão recente). As doenças sem febre ou outros dados importantes – resfriados, faringites, amigdalites, dermatites e outras – não devem interferir no calendário vacinal. Mas é sempre bom rever o tema com os pediatras.

- As crianças com algumas doenças crônicas que estão sendo investigados e/ou tratadas merecem uma orientação especial dos pediatras. Estão nessa categoria os portadores de asma que estão recebendo corticoides; outras doenças respiratórias crônicas; dermatites crônicas, muitos delas sendo tratadas com derivados da cortisona; doenças renais crônicas como os com a síndrome nefrótica e com nefrite; doenças neurológicas como a paralisia cerebral e os quadros convulsivos; doença cardíaca como as más formações; doenças hematológicas como as anemias importantes, as leucemias e as enfermidades relacionadas a elas; tumores em qualquer local do corpo. Há doenças crônicas que não perturbam a vacinação, mas há outras em que ela deve ser modificada e cabe aos médicos assistentes definir o que fazer.

O QUE FAZER QUANDO RETARDAMOS A APLICAÇÃO DA VACINA?

A aplicação das vacinas pode ser feita alguns dias antes ou alguns dias depois da data marcada. As grandes antecipações e os grandes atrasos devem ser evitados. No entanto, o corpo humano guarda as informações da vacinação anterior – é a chamada memória imunológica – e não há necessidade de repetir as vacinas anteriormente aplicadas quando houve algum atraso na aplicação das subsequentes. O importante é vacinar e cumprir o programa vacinal. Ou seja, o fundamental é dar o número de doses programadas para cada vacina.

EXISTEM DUAS VACINAS CONTRA A PARALISIA, A ORAL E A INJETÁVEL?

Sim, mas houve recentíssima modificação deste cenário.

A Vacina Inativada contra a Poliomielite (VIP) é uma vacina injetável, usada de rotina hoje em todo o mundo, inclusive no Brasil. Oferece excelente proteção contra esta terrível enfermidade. A VIP inativa o vírus, o que significa que ele não

causa a doença. Ao receber a vacina, o organismo produz anticorpos que o protegem contra a poliomielite.

Já a vacina oral contra poliomielite (VOP) parou de ser utilizada no Brasil em novembro de 2024, deixando muitas saudades. A "gotinha", como era carinhosamente chamada a VOP, foi fundamental na erradicação da poliomielite no Brasil. Além das doses de rotina, a VOP foi largamente utilizada, por décadas, nas campanhas e dias nacionais de vacinação.

A mudança para a VIP foi motivada por recomendações internacionais e pela necessidade de garantir uma cobertura vacinal mais alta em todo o país. A VIP já era usada nas três primeiras doses da vacina contra a poliomielite, que são aplicadas aos 2, 4 e 6 meses de vida. Agora, o reforço aos 15 meses também é realizado com a VIP, dispensando a necessidade da dose de reforço aos 4 anos.

FALEM MAIS SOBRE AS CAMPANHAS CONTRA A PARALISIA INFANTIL

O objetivo dos dias nacionais de vacinação contra a poliomielite era vacinar, em cada etapa da campanha, 95% dos menores de cinco anos, de forma a contribuir efetivamente para manter o Brasil livre da poliomielite. Foi essa a melhor forma de estabelecer proteção coletiva contra a doença e a disseminação do vírus vacinal no meio ambiente.

As campanhas controlaram a paralisia infantil do nosso país. Em 1989, foi registrado no país o último caso da doença e, em 1994, o Brasil obteve o certificado internacional de erradicação da transmissão do poliovírus selvagem. Um fato novo, com relação a vacinação contra poliomelite foi o aparecimento de mutações no vírus vivo da vacina oral (VOP), que se dissemina pelas fezes e pode começar a circular na comunidade. Esses vírus mutantes podem produzir a doença com paralisias musculares de gravidade semelhante à do vírus selvagem. Assim, a mudança da recomendação da VOP pela VIP também representa mais segurança no controle da doença.

POR QUE A VACINA DE TÉTANO É INDICADA PARA AS GRÁVIDAS?

O tétano é uma doença transmissível que apresenta duas formas de ocorrência: acidental e neonatal. O acidental ocorre após ferimentos contaminados com material rico de bactérias que causam a doença (fezes de animais, por exemplo). O tétano neonatal é causado pela contaminação quando o cordão umbilical é seccionado com instrumentos cortantes não esterilizados ou quando são usados materiais contaminados (teia de aranha, pó de café, fumo, esterco) no curativo. Esta última forma de tétano, extremamente grave, é evitada por meio da vacinação das gestantes durante o pré-natal. A mãe vacinada transmite seus anticorpos protetores para o filho que, assim, fica protegido. A proteção é transitória e aos dois meses de idade todas as crianças devem receber a vacina específica.

Nos últimos anos, o tétano neonatal está praticamente controlado, graças à vacinação rotineira das gestantes, prática universal adotada nos cuidados pré-natais. O tétano nas crianças também está sob controle. É frequente que os adultos esqueçam de fazer os reforços a cada 10 anos. Esta prática é essencial e todos devem estar alertas.

E QUANDO TOMAR A VACINA CONTRA O TÉTANO APÓS OS FERIMENTOS?

A bactéria que causa o tétano está presente em 20 a 65% das amostras de solo. Desse modo, toda ferida contaminada com terra, sobretudo a existente em propriedades rurais, onde há abundância de excrementos animais, deve ser considerada perigosa. Como a vacinação rotineira contra o tétano oferece uma proteção elevadíssima, a orientação sobre o que fazer nos pacientes com ferimentos depende da pergunta básica: "a pessoa ferida é ou não é corretamente vacinada contra o tétano?"

O QUE É O HPV? COMO É TRANSMITIDO E POR QUE VACINAR?

HPV significa Papiloma Vírus Humano. Existem vários tipos deste vírus e alguns podem causar câncer do colo do útero (assim como de laringe e de pênis). Os HPV causadores de câncer (tipos 16-18-31-45) são responsáveis por mais de 80% dos casos de câncer de colo de útero. Os tipos 6 e 11 causam as verrugas genitais. O vírus é transmitido normalmente por via sexual. Assim, é uma infecção sexualmente transmissível (IST). A prevenção mais eficaz contra a infecção pelos HPVs que ocasionam câncer é através da vacinação. O uso de camisinha diminui a possibilidade da transmissão durante a relação sexual e a mulher que teve ou tem atividade sexual deve realizar exame ginecológico preventivo periodicamente. A maior liberdade sexual e o início da atividade sexual na adolescência fazem com que a disseminação deste vírus seja extremamente frequente entre os jovens de todo o mundo. Isso transforma a questão da infecção pelo HPV num grande e global problema de saúde pública.

Existem, atualmente, dois tipos de vacinas contra o HPV mais utilizadas. A tetravalente, disponível na rede pública e privada, e mais recentemente a vacina nonavalente (9 sorotipos), na rede privada. Ambas conferem excelente nível de proteção contra os tipos mais comuns de HPV causadores de câncer.

MULHER QUE JÁ TEVE INFECÇÃO PELO HPV PODE SER VACINADA?

A infecção é causada apenas por um tipo e as vacinas possuem mais de um tipo viral. Assim, as pessoas infectadas devem ser vacinadas.

É NECESSÁRIO FAZER A PESQUISA DE HPV ANTES DE TOMAR A VACINA?

Não é necessário o exame prévio de papanicolaou (ou testes novos, chamados testes moleculares) para as adolescentes ou mulheres que decidirem fazer uso da vacina contra HPV.

É IMPORTANTE VACINAR OS HOMENS?

Sim, tanto para protegê-los diretamente quanto para diminuir a transmissão do HPV. A vacina quadrivalente está disponível gratuitamente para meninos de 9 aos 14 anos no SUS.

O QUE É O ROTAVÍRUS?

O rotavírus é um dos mais importantes agentes causadores de diarreia e de óbitos em crianças menores de cinco anos em todo mundo. É a principal causa de internamento de crianças nos países desenvolvidos. A maioria das crianças se infecta nos primeiros anos de vida, porém os casos mais graves ocorrem principalmente até os dois anos de idade. Conhecendo a gravidade e os custos com tratamento, o Ministério da Saúde introduziu a vacina no calendário público de vacinação.

POR QUE A VACINA CONTRA ROTAVÍRUS NÃO DEVE SER APLICADA FORA DESSA IDADE?

A vacina contra rotavírus não deve ser aplicada fora das faixas etárias preconizadas. A razão para isso é que foi observado que a aplicação em crianças acima dos limites de idade está diretamente relacionada ao surgimento de um problema intestinal grave, a invaginação intestinal, levando, em alguns casos, até a necessidade de cirurgia. É possível que no futuro essa posição seja modificada ou que outros produtos sejam desenvolvidos para suplantar a limitação atual.

POR QUE A VACINA DE GRIPE MUDA DE UM ANO PARA OUTRO?

As pesquisas anuais que envolvem o vírus da gripe em todo o mundo indicam que é possível prever quais cepas circularão no inverno subsequente. É essa a razão pela qual a OMS muda as cepas virais da próxima vacina para cada hemisfério do planeta.

A gripe é uma doença universal acometendo de forma mais grave as crianças pequeninas, os idosos e as pessoas que apresentam alguns tipos de comorbidades. Nesses grupos, é frequente a necessidade da hospitalização e, às vezes, a evolução é grave com mortalidade elevada.

Como existem muitos tipos de vírus da gripe e também ocorrem mutações frequentes é necessário ficar atualizando e modificando a composição das vacinas anualmente. Lembrando que as vacinas protegem contra as formas graves da doença e a pessoa vacinada pode contrair a gripe por outros tipos sorológicos não contemplados no imunizante. Resumindo, quem recebe a vacina contra gripe não está livre de contrair a doença, mas certamente está protegido das formas graves.

COMO É A PREVENÇAO DA RAIVA?

A raiva é uma doença viral grave, geralmente fatal, com poucos relatos de pessoas que conseguiram sobreviver. Apesar de não muito frequente, existem 45 casos comprovados da doença segundo o Ministério da Saúde, no período de 2010 a 2022. As orientações essenciais são:

- A penetração do vírus ocorre através da pele ou das mucosas por mordedura, arranhadura ou lambedura, mesmo não existindo necessariamente agressão. O morcego é um importante transmissor da raiva, pois pode infectar bovinos, equinos e morcegos de outras espécies. Todos esses animais podem transmitir a raiva para o homem. Em zona urbana, o principal transmissor é o cão, seguido do gato. Em zona rural, é o morcego. Os animais silvestres (macacos, mesmo os "inocentes" saguis, raposa, onça, ratos selvagens e outros) são os reservatórios naturais do vírus e propiciam a contaminação dos animais domésticos. Os roedores (ratos domésticos e hamsters) não participam da transmissão da enfermidade. Mesmo com essa listagem disponível, é sempre importante consultar os pediatras quando as crianças, os adolescentes ou os adultos são agredidos por um animal.

- É importante não tocar em animais estranhos, feridos e doentes; perturbar animais quando estiverem comendo, bebendo ou dormindo; separar animais que estejam brigando; entrar em grutas ou furnas e tocar em qualquer tipo de morcego (vivo ou morto); criar animais silvestres ou tirá-los de seu *habitat* natural; difundir preconceitos ou informações sem ter certeza da sua veracidade ou sem conhecer a fonte.

- As recomendações seguintes devem ser rigorosamente obedecidas mesmo que o animal agressor tenha sido corretamente vacinado contra a raiva: lavar imediatamente o ferimento com água e sabão; procurar com urgência o Serviço de Saúde mais próximo para que seja avaliada a indicação do soro e/ou da vacina; nunca interromper o tratamento preventivo sem ordem médica; não matar o animal que agrediu; deixá-lo em observação durante 10 dias, para que se possa identificar qualquer sinal indicativo da raiva; dar água e alimentação ao animal que deve ser preservado num local seguro, para que não possa fugir ou atacar outras pessoas ou animais; voltar imediatamente ao serviço de saúde para informar se o animal adoecer, morrer, desaparecer ou mudar de comportamento; procurar sempre o serviço de saúde quando um animal apresentar comportamento diferente mesmo que ele não tenha agredido ninguém.

QUAIS AS REAÇÕES INDESEJÁVEIS DAS VACINAS?

Cada vacina apresenta algumas reações. E é comum observar doenças na mesma época da aplicação das vacinas que nada têm a ver com o produto usado na vacinação. Então, como saber se a febre é produzida pela vacina ou pela roséola, que é uma das doenças febris mais marcantes e que ocorre entre seis meses e dois anos, período em que a criança recebe várias vacinas? As mesmas dúvidas aparecem em outros momentos. Só a análise caso a caso pode tentar responder. E o assunto é tão importante que, nos países mais desenvolvidos, há registros nacionais sobre as reações observadas após a aplicação de vacinas e há critérios rígidos para responder ao questionamento. As autoridades do setor, no Brasil, estão tentando coletar informações sobre os eventos adversos das vacinas. Certamente, precisamos criar a cultura de que esses eventos sejam comunicados aos médicos para que os dados possam ser registrados e analisados nacionalmente. Só o médico, após analisar o que o paciente apresenta, tem condições de afirmar se existe provável ligação entre a vacina e a reação apresentada.

VACINA "ESTRAGADA" PODE DAR REAÇÃO?

Falaremos de vários aspectos envolvidos na questão:

- Vamos começar com o seguinte exemplo. A vacina Sabin contra a paralisia infantil contém vírus vivos modificados, atenuados, que imunizam contra a infecção. Este delicado vírus para se manter vivo e para imunizar precisa de uma série de cuidados especiais. E nós, os brasileiros, somos testemunhas da maior estratégia universal de vacinação com a Sabin e presenciamos o extraordinário esforço para que tudo funcione bem. Vimos várias demonstrações dos cuidados para a manutenção da vacina viva, com os frascos sendo conduzidos em geladeiras especiais, com prazos definidos, com mobilização até do exército, polícia, marinha e aeronáutica para que tudo ocorra nos "conformes". Então, a vacina deve chegar viva e ser aplicada viva para funcionar, inclusive num igarapé do Amazonas, por exemplo.

- Cada produto biológico tem prazo de validade definido e conservação padronizada. E na conservação, a chamada "cadeia de frio", é o item mais importante e que se transgredido pode resultar na perda de potência da vacina.

- O principal problema da vacina Sabin e de outros tipos que foram malconservadas é a perda de potência com o risco de fracasso da vacinação. E, pelo menos teoricamente, qualquer produto que não foi adequadamente conservado ou que foi usado fora do prazo de validade, portanto, uma vacina "estragada", tem maior chance de causar fenômenos indesejáveis.

- Como norma geral, toda vacina deve ser muito bem conservada, com rigor técnico, com controle; deve ser usada no prazo de validade; deve ser manuseada por gente competente e aplicada em serviço qualificado.

ANTIGAMENTE AS CRIANÇAS TINHAM MAIS REAÇÕES?

Sim, é verdade. O aprimoramento dos processos utilizados na produção das vacinas permite hoje aplicar apenas o componente que produz a imunidade e não aplicar aquela parte responsável pelas reações indesejáveis. Isso é notório com a vacina contra a coqueluche que antes continha o corpo total da bactéria responsável pela doença e atualmente contém apenas o componente imunizante. Antigamente, a vacina era celular e agora é acelular. Vejam que maravilha. Ao invés de ministrar todo o vírus ou toda a bactéria, mesmo que atenuados, como era antes, é possível vacinar apenas com o componente que interessa. Isso significa aplicação de menos produtos e ocorrência de menos efeitos indesejáveis. Outros detalhes importantes como o conhecimento sobre a importância da conservação, a fiscalização dos órgãos responsáveis pelo controle dos postos de vacinação e a maior conscientização sobre o valor de uma série de outros aspectos também produziram redução desses eventos indesejáveis. Agora, mais do que antes, o aumento dos efeitos protetores e a redução dos probleminhas causados favorecem grandemente o uso dos imunizantes como medida protetora.

A TÉCNICA DA APLICAÇÃO É TÃO IMPORTANTE ASSIM?

A má técnica de aplicação pode causar reações indesejáveis e isto é marcante com certos produtos como o BCG. Então, é importante que o profissional que aplica o imunizante seja bem capacitado e experiente. O uso de material de boa qualidade também irá contribuir para diminuir a dor e outras reações.

A APLICAÇÃO DA VACINA NA COXA DÁ MENOS REAÇÃO QUE NO BRAÇO?

Não, as reações são as mesmas. Tecnicamente, é aconselhável, em crianças com menos de dois anos de idade usar a coxa para vacinas com aplicação profunda intramuscular. Nessa idade, é na coxa que é encontrado o músculo de maior massa o que diminui a possibilidade de acidentes na aplicação. Em crianças maiores, deve-se usar o músculo do braço. A aplicação de injeções na nádega não é recomendável pelo risco de atingir um nervo importante.

O LOCAL DA APLICAÇÃO NA MINHA FILHA FICOU DURO E VERMELHO!

Vermelhidão, calor, endurecimento, inchação e dor no local das vacinas injetáveis são muito usuais e resultam da ação irritante dos componentes do imunizante. A frequência das reações locais aumenta com a aplicação das doses subsequentes. Recomenda-se o uso de compressas frias para tratamento destas reações locais.

TENTEI DAR O BCG NO BUMBUM, MAS NÃO ACEITARAM!

O BCG é rotineiramente feito no braço direito, no nível inferior do músculo deltoide. O uso desse local tem por finalidade facilitar a identificação da cicatriz em avaliação da atividade de vacinação e limita as reações ganglionares da região axilar. A aplicação em qualquer outro local do corpo aumenta o risco de efeitos indesejáveis. Quando a recomendação de aplicar na região deltoide não puder ser seguida, deve-se registrar o local da administração no cartão de vacinação.

POR QUE O BCG PROVOCA AQUELA FERIDA NO BRAÇO DAS CRIANÇAS?

O BCG injetado na pele produz reação lenta, demorada, que passa por várias fases, e que é essencial para que o organismo se proteja contra a doença. Para que ela funcione, tudo isso tem que ocorrer. E, ao final, fica a cicatriz típica. A aplicação correta do BCG é intradérmica e produz uma cicatriz pequenina.

VI CRIANÇA QUE FICOU COM UM CAROÇO FEIO NO LUGAR DO BCG!

Normalmente, a reação local da vacina é lenta e benigna, variando de pessoa para pessoa. As complicações da vacinação BCG são pouco frequentes. A maior parte resulta de má técnica como aplicação profunda, inoculação de dose excessiva e contaminação. As complicações mais comuns são os abscessos no local da aplicação, a úlcera de tamanho exagerado e os gânglios. Mas se a aplicação for profunda (no subcutâneo) por pessoa inexperiente, ou por outro motivo, toda a sequência de eventos naturalmente observados fica diferente. Também ficam diferentes as lesões que se tornam mais exuberantes. A cicatriz também será maior, às vezes muito maior.

QUAIS SÃO AS VACINAS CAUSAM REAÇÃO FEBRIL? POR QUE ISSO OCORRE E O QUE FAZER?

As vacinas que causam febre com maior frequência são a vacina pentavalente/hexavalente, contra sarampo, febre amarela, pneumococo, hepatite B, tríplice viral e meningite. A febre é indicação de que os mecanismos de defesa do organismo estão sendo acionados, que o corpo está reagindo e não indica gravidade. A febre pós-vacinal ocorre poucas horas após a aplicação e dura entre um a dois dias. Algumas vacinas, como a tetra viral, provocam uma reação febril que pode aparecer entre o quinto e vigésimo dia após a aplicação. Se a febre é baixa, menos de 38,5°C e a criança está bem, ativa, esperta, comendo, o antifebril pode ser dispensado — basta dar líquidos em abundância e observar. Caso a febre seja mais alta que 38,5°C ou a criança esteja decaída, irritada ou se há outro motivo especial para medicar, dê o remédio para febre e oferte muitos líquidos.

É MELHOR DAR O REMÉDIO ANTES DA VACINA?

Recentemente foi constatado que o uso do antitérmico antes da aplicação da vacina poderia interferir na resposta de proteção da mesma, diminuindo a produção de anticorpos. Por esse motivo a prática foi abandonada, restringindo-se hoje apenas, antes da aplicação contra a meningite B, por ser mais reatogênica.

OUVI QUE A VACINA DO SARAMPO CAUSA UM "SARAMPINHO"!

Cerca de 5% das pessoas vacinadas pela primeira vez contra o sarampo poderão apresentar um sarampinho, sete a dez dias após a vacinação e com duração de dois a quatro dias. Mas atenção que isto também pode representar roséola ou outra doença. Então é sempre prudente avisar ao médico.

E A DA CATAPORA PODE DAR UMA "CATAPORINHA"?

Muito raramente isso pode acontecer. Até um mês após a vacinação podem surgir lesões semelhantes à catapora no local onde a vacina foi aplicada. Essas lesões podem surgir também em outros lugares do corpo (de duas a cinco lesões). Mas pode ser impetigo ou outro problema. Fale com o médico.

EU TOMEI VACINA CONTRA HEPATITE B E FIQUEI COM DOR DE CABEÇA!

Raramente ocorrem reações como dor de cabeça, mal-estar, fadiga após a administração da vacina contra hepatite B. Essas queixas podem depender de outro problema. É sempre bom avisar ao médico.

A VACINA CONTRA A PARALISIA INFANTIL PODE CAUSAR A DOENÇA?

No Brasil e em outros países onde a paralisia infantil ou poliomielite está erradicada, há uma tendência a ligar os casos de problemas neurológicos ocorridos após a vacinação à vacina com o vírus vacinal. É importante falar que isso só ocorre quando a vacina aplicada é a oral que usa vírus atenuado, mas vivo. Não se sabe exatamente o que ocorre. É possível que o vírus enfraquecido da vacina possa sofrer uma modificação e tornar-se agressivo causando doença. O problema não ocorre com a vacina inativada que usa vírus morto. Esta é uma das razões da adoção da vacina contra a paralisia infantil com vírus mortos nos programas vacinais do mundo todo. A doença após a vacina contra a poliomielite pode ser devida a outras causas. O médico sempre deve ser avisado.

VACINA PODE DAR CONVULSÃO?

Pode. A convulsão é uma reação rara da vacina pentavalente/hexavalente, que pode ocorrer até 72 horas depois da aplicação. Geralmente, é acompanhada de fe-

bre. Esta convulsão não deixa sequelas a curto ou a longo prazo. Algumas doenças também causam convulsão e só o médico pode distinguir o que é causado pela vacina ou por outro problema.

A VACINA CONTRA A RAIVA PODE CAUSAR DOENÇA NEUROLÓGICA?

A antiga vacina que era usada para prevenir a raiva continha tecido nervoso e podia desencadear reações neurológicas. Mas essa vacina não é mais usada no Brasil. A que se usa atualmente é a vacina de cultivo celular que é altamente confiável e que não produz problemas no sistema nervoso. A raiva continua sendo doença fatal em quase 100% dos casos. Então, mordedura de cão ou de outro animal que transmite a raiva merece muita atenção.

TEM GENTE QUE FALA QUE TEVE MAIS GRIPE APÓS A VACINA!

A vacina não causa gripe nem qualquer reação grave. Nela só existem vírus mortos, os quais não são capazes de provocar doença. A confusão entre resfriado e gripe é que gera essa dificuldade de entender o que a vacina contra a gripe objetiva. Os resfriados são causados por muitos e diferentes tipos de vírus. Eles não causam grande desconforto, apenas dor de garganta, coriza e curam em dois ou quatro dias. E a vacina contra a gripe não os evita. A gripe é causada pelo vírus influenza e é uma doença com manifestações mais intensas (dor de garganta, obstrução nasal, tosse frequente), tem início súbito com febre alta, dores musculares e mal-estar generalizado e pode ser grave e se complicar levando a uma pneumonia, chegando até a ser fatal. É essa doença que a vacina previne**.**

SOUBE QUE UMA MOÇA DESMAIOU APÓS TOMAR VACINA!

Algumas poucas pessoas passam mal, desmaiam após coleta de sangue ou em outras situações como ver uma pessoa com um ferimento. Isso também pode ocorrer após a vacinação. Indivíduos ansiosos e que tem medo de injeção podem ter o problema, chamado lipotímia (desmaio) após a imunização. Isso acontece particularmente em adolescentes e adultos jovens. Não é grave, embora seja desagradável. Para evitar, deve-se manter a pessoa sentada ou deitada por 15 minutos após a vacinação. Mas só o médico ou outro profissional devidamente qualificado pode separar uma reação simples (desmaio) de outra mais importante (choque anafilático). É por isso que é ideal que o ambiente para aplicar vacinas disponha de oxigênio, de alguns medicamentos para enfrentar essas urgências e de profissionais que saibam agir na situação.

MEU FILHO É ALÉRGICO A ALGUNS PRODUTOS. ELE PODE SE VACINAR?

Algumas vacinas são preparadas em cultivo no ovo de galinha e os indivíduos que apresentavam alergia às proteínas do ovo não eram aconselhados a receber essas

vacinas. Com a purificação cada vez maior no preparo das vacinas, isso não constitui mais contraindicação ao uso da vacina contra gripe.

No caso da vacina tríplice viral (sarampo), só há a recomendação de que seja aplicada em ambiente hospitalares, se a criança apresentar reação grave ao uso do ovo. Em caso de alergia leve ao ovo, a vacina tríplice viral pode ser aplicada com segurança. Quando a vacina contra febre amarela, permanece a contraindicação para quem tem alergia ao ovo.

A VACINA CONTRA RUBÉOLA PODE CAUSAR DEFEITOS NO FETO?

A rubéola que acomete a mãe no primeiro trimestre de gravidez tem alta chance de produzir defeito no feto. Nunca se demonstrou que a vacina contra esta infecção causasse o problema. Mas, por prudência, não se indica vacina com vírus vivos (sarampo, rubéola, papeira, catapora, SABIN e febre amarela) na mulher grávida e também se recomenda que após uma dessas vacinas a procriação seja evitada por no mínimo um mês.

EXISTEM OUTRAS REAÇÕES NÃO CITADAS NAS NOSSAS PERGUNTAS?

Existem relatos muitos raros de baixa de plaquetas e outros eventos muito raros. Muitos pesquisadores não aceitam esses eventos extremamente incomuns como relacionadas às vacinas. É importante desenvolver a cultura de comunicar todos os eventos que ocorram após a aplicação de uma vacina. O pediatra deve fazer a avaliação inicial e decidir se vai comunicar aos órgãos de controle.

ANTES DA VACINAÇÃO, É BOM AVISAR SE A CRIANÇA TEVE CONVULSÃO, FEBRE APÓS A VACINA, ALERGIA A OVO E OUTROS PROBLEMAS RELACIONADOS À VACINAÇÃO?

Isso mesmo. Os serviços mais modernos de vacina, em todo o mundo, obrigam que o cliente seja entrevistado por médico ou por outro profissional da área de saúde, devidamente qualificado, antes da vacinação. A entrevista é guiada por um questionário com perguntas dirigidas para tornar a vacinação mais segura e com menos efeitos adversos. Gravidez, febre quando tomou vacina, convulsão febril ou por outra enfermidade, alergia a ovo e várias outras questões fazem parte da rotina.

É IMPORTANTE O REGISTRO DO LOTE DA VACINA USADA?

É essencial que seja anotado na carteira vacinal da criança o máximo de dados dos produtos empregados para que se possa, a qualquer momento, verificar o que ocorreu em caso de reação inesperada e/ou inexplicada. Produto usado, fabricante, lote, prazo de validade, vacinador e data da aplicação são informações mínimas que devem ser registradas na carteira. Existem organizações internacionais que cuidam

da segurança das vacinas e nós todos podemos colaborar para que o conhecimento sobre o tema evolua continuadamente. É importante falar com o médico e avisar ao serviço de saúde do município, do estado ou mesmo do país, quando houver alguma coisa estranha após a vacinação.

QUAL A IMPORTÂNCIA DO CARTÃO VACINAL?

O cartão vacinal é um documento importante e deve ser guardado por toda a vida. Assim, é prudente colocar a carteira em uma capa plástica. É útil agendar as vacinas a serem tomadas em grafite e utilizar caneta de tinta apenas para as vacinas que já foram aplicadas. A carteira vacinal:

- Ajuda o profissional a tomar decisões importantes. Quando as crianças se acidentam, os médicos perguntam sobre a vacinação contra o tétano. Quando existe a possibilidade de varicela (ou catapora), eles perguntam sobre a vacinação.
- Deve, junto com as curvas de crescimento, as prescrições medicamentosas e os exames realizados, fazer parte da documentação pessoal; documentação que é mostrada aos outros profissionais que examinarem as crianças.
- Deve acompanhar as crianças em suas viagens. As de intercâmbio cultural e / ou educacional exigem o preenchimento de uma ficha cadastral detalhada onde constam os dados vacinais passados.
- É um documento que atesta a importância que os familiares dedicam à saúde dos filhos.
- Deve ser copiada (xérox) ou os dados devem ser transpostos para uma planilha eletrônica (computador) face à importância dos registros.

COMO PROCEDERMOS SE PERDEMOS A CARTEIRA VACINAL?

Essa infelizmente é uma situação comum. Mas devemos cuidar para reverter essa impressão que nós da área da saúde temos de que os familiares valorizam pouco o documento. Quando o cartão vacinal for perdido, adotem as seguintes providências: tentem buscar mais uma vez nas gavetas onde são guardados os "perdidos"; compareçam aos serviços que vacinaram as crianças e tentem recuperar o máximo de dados; usem a memória se os itens anteriores não foram ou se foram apenas parcialmente bem-sucedidos e informem aos profissionais sobre o passado vacinal das crianças; evidentemente, as informações devem ser precisas e são úteis quando as mães têm absoluta certeza do que foi feito; não é prudente informar baseado no "eu acho" ou no "parece". Quando vocês têm segurança do que foi feito e do que falta é aceitável compor uma carteira baseada nesse método e providenciar apenas as vacinas não dadas até então; mas se vocês têm dúvidas, é mais seguro vacinar as crianças.

O Ministério da Saúde oferece uma série de informações úteis sobre o assunto no endereço http://www.saude.gov.br e lembramos o que disse o Dr. Plotkin, um dos mais importantes pesquisadores sobre os benefícios produzidos pelas vaci-

nas: “O impacto da vacinação na saúde da população mundial é extraordinariamente grande. Com exceção da água potável, nenhuma outra modalidade, nem mesmo os antibióticos, tiveram maior efeito na redução da mortalidade e no crescimento da população”.

E COMO FICA A QUESTÃO DA VACINAÇÃO DE CRIANÇAS CONTRA A COVID-19?

A pandemia da covid-19 foi um evento universal que abalou profundamente a assistência médica em todos os países do globo.

À princípio falou-se em mais uma gripe, produzida por um vírus já conhecido nos meios científicos, mas a evolução dos fatos mostrou uma situação muito mais grave, com alta mortalidade na maioria dos países. O Brasil teve a tristeza de presenciar mais de 700.000 óbitos, além do caos que se instalou em toda a rede hospitalar.

Nos primeiros meses da pandemia parecia que as crianças seriam poupadas, ou porque estavam recolhidas, com o fechamento das escolas, ou porque não seriam susceptíveis ao vírus. Com o passar do tempo e o surgimento de novas variantes virais, as crianças também começaram a ser atingidas, ainda que com menos gravidade. Mesmo assim, tivemos um número significativo de óbitos na infância, além do surgimento de um quadro chamado de Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIMP), com evolução mais complicada e geralmente necessitando de internação em terapias intensivas.

Nesse cenário confuso, de uma doença desconhecida e com numerosos óbitos, muitos procedimentos e medicamentos foram testados, até que se conhecesse melhor a forma como o vírus agredia o organismo.

Surgem então as primeiras vacinas contra a doença, em janeiro de 2021. A partir daí estabeleceu-se uma grande polêmica sobre a eficácia das mesmas e de possíveis eventos adversos relacionado ao uso em crianças, notadamente casos de miocardite e pericardite.

Com o passar do tempo foi se consolidando a opinião de que, mesmo sem evitar a doença, as pessoas vacinadas eram acometidas de formas mais leves, e esses eventos adversos mostram-se em número não significativo e com boa evolução em todos os casos. Hoje, todas as academias de pediatria, o CDC (Centers for Disease Control and Prevention) dos Estados Unidos, a Sociedade Brasileira de Pediatria, já dispõem de subsídios para indicar com segurança a vacinação de crianças de forma rotineira. Infelizmente, houve a politização de um tema científico o que dificultou um consenso universal com relação ao uso de vacinas e ao tratamento da virose. O acesso universal a internet tornou a discussão mais difícil, com a participação de pessoas sem a devida qualificação para contribuir na solução do problema. Esperamos que o passar do TEMPO, traga as respostas que necessitamos, sempre sob a visão da CIÊNCIA.

Os movimentos antivacinas, que sempre existiram, municiaram-se de notícias falsas e sem base científica, para dificultar ainda mais o processo de adesão à vacinação.

Espera-se que, com o progredir nas investigações e o descobrimento de vacinas cada vez mais eficientes, possamos manter essa doença sob controle. Atualmente,

as vacinas contra a covid-19 já fazem parte do calendário nacional de vacinação de crianças a partir dos 6 meses de idade.

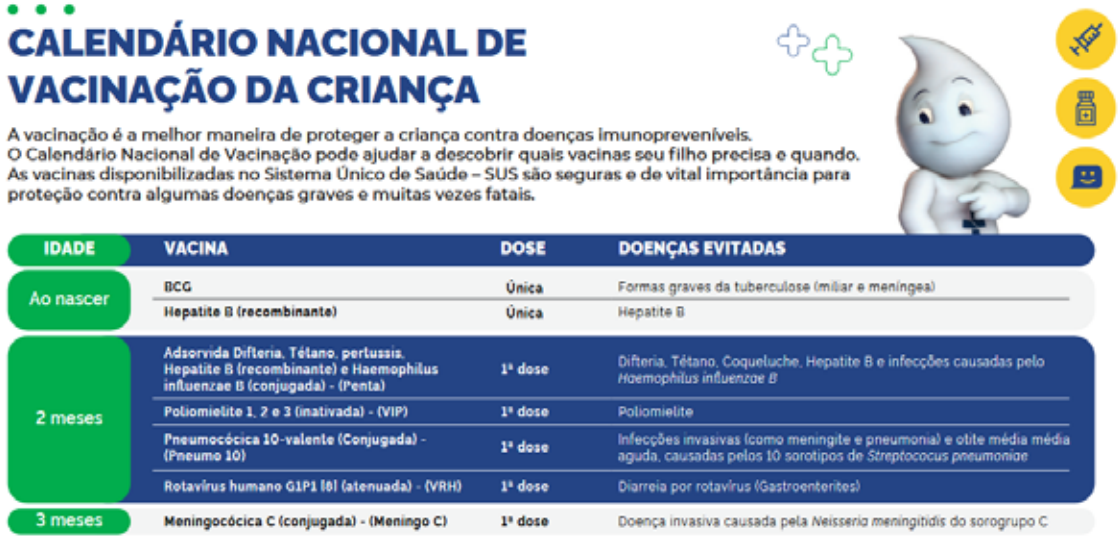
COMO AGIR EM RELAÇÃO AO CRESCIMENTO DA CULTURA "ANTI- VACINA"?

Essa é uma questão antiga que existe desde o momento em que foi lançada a primeira vacina contra a varíola. A partir daí essa posição contra as vacinas só tem aumentado e atingiu patamar absurdo durante a pandemia. Sofismas, mentiras, argumentação totalmente equivocada passaram a disseminar temor grande em usar vacinas, que contaminou até o uso de imunizantes tradicionais. A única forma de combater essa situação é com o conhecimento científico, ouvindo a opinião de pessoas realmente qualificadas, assim como instituições de pesquisa que se dedicam a estudar o assunto. Não é tarefa fácil, mas é uma obrigação de todos, pais e profissionais da área de saúde, procurarem estudar e discutir o tema em bases científicas. Afinal de contas, não podemos macular uma das páginas mais bonitas da história da medicina — a vacinação.

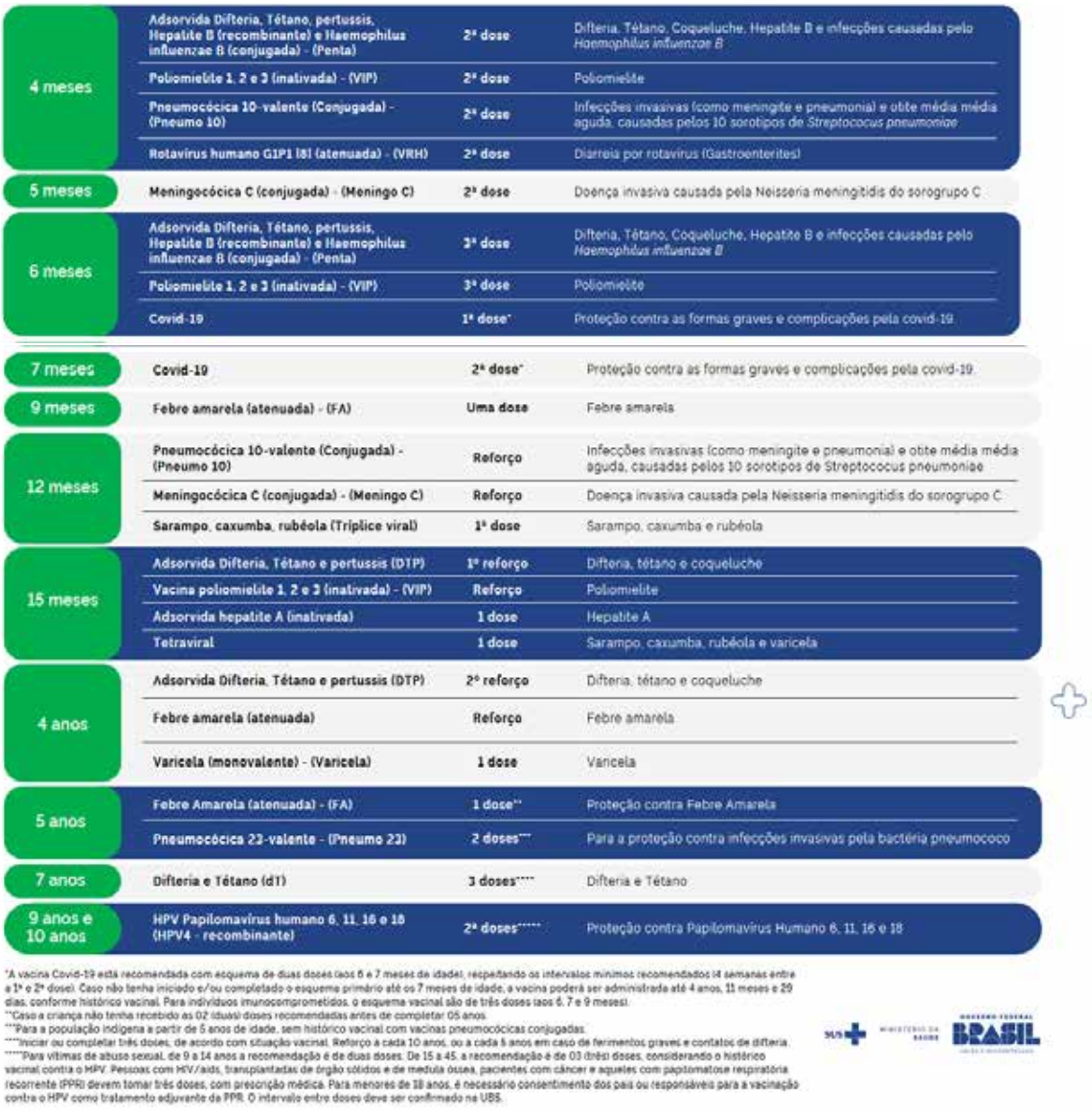
11.1 CALENDÁRIO NACIONAL DE VACINAÇÃO

Álvaro Machado Neto
Carlos Gonçalves de Oliveira
Eliane Buarque de Freitas Machado
Elizabeth Azoubel
Jailson de Barros Correia
Ney Marques Fonseca
Otelo Schwambach Ferreira

Figura 1 - Calendário nacional de vacinação da criança.



IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
Ao nascer	BCG	Única	Formas graves da tuberculose (miliar e meníngea)
	Hepatite B (recombinante)	Única	Hepatite B
2 meses	Adsorvida Difteria, Tétano, pertussis, Hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada) - (Penta)	1ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B e infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae B*
	Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	1ª dose	Poliomielite
	Pneumocócica 10-valente (Conjugada) - (Pneumo 10)	1ª dose	Infecções invasivas (como meningite e pneumonia) e otite média média aguda, causadas pelos 10 sorotipos de *Streptococcus pneumoniae*
	Rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - (VRH)	1ª dose	Diarreia por rotavírus (Gastroenterites)
3 meses	Meningocócica C (conjugada) - (Meningo C)	1ª dose	Doença invasiva causada pela *Neisseria meningitidis* do sorogrupo C

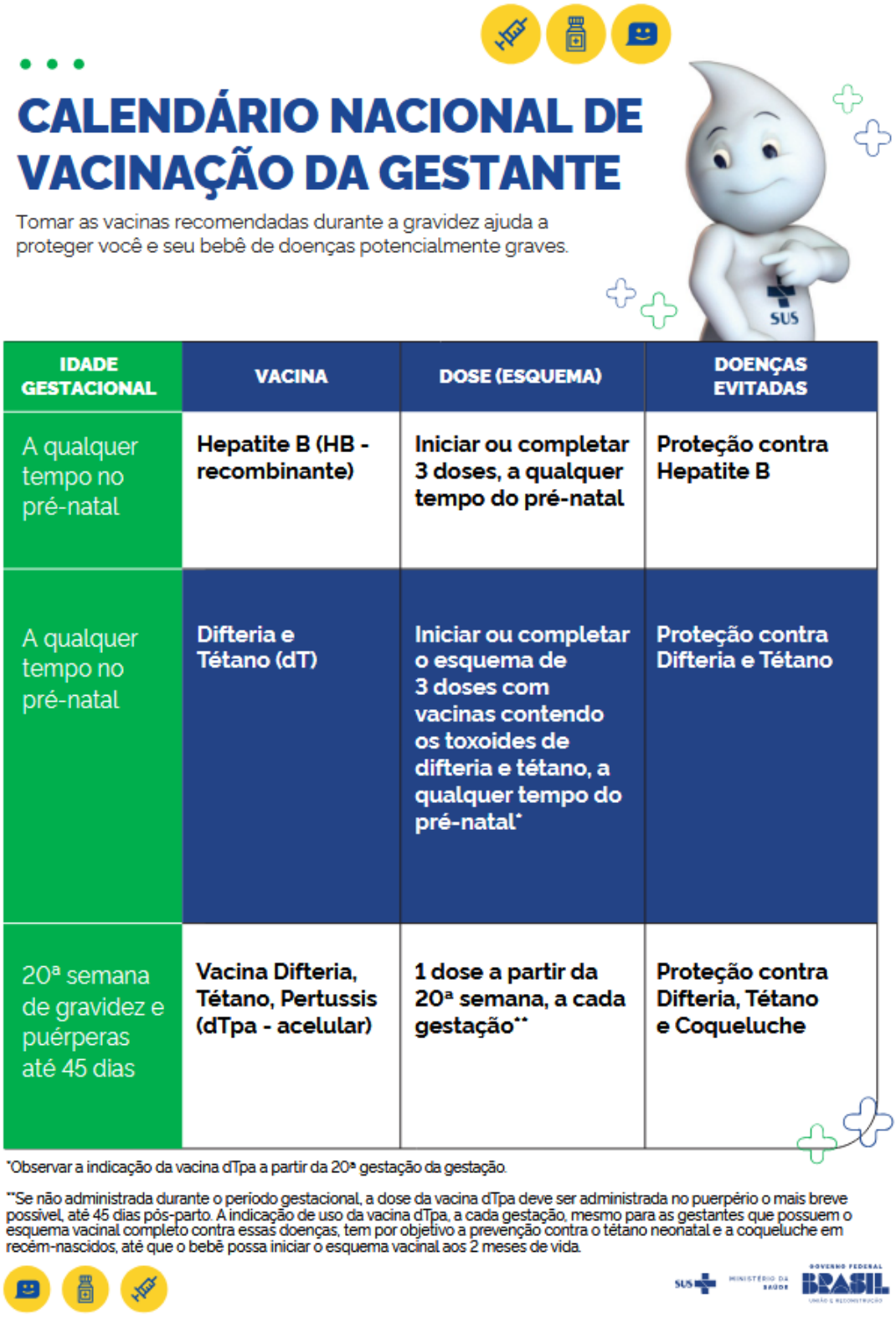


4 meses	Adsorvida Difteria, Tétano, pertussis, Hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada) - (Penta)	2ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B e infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae B*
	Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	2ª dose	Poliomielite
	Pneumocócica 10-valente (Conjugada) - (Pneumo 10)	2ª dose	Infecções invasivas (como meningite e pneumonia) e otite média média aguda, causadas pelos 10 sorotipos de *Streptococcus pneumoniae*
	Rotavírus humano G1P1 [8] (atenuada) - (VRH)	2ª dose	Diarreia por rotavírus (Gastroenterites)
5 meses	Meningocócica C (conjugada) - (Meningo C)	2ª dose	Doença invasiva causada pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C
6 meses	Adsorvida Difteria, Tétano, pertussis, Hepatite B (recombinante) e Haemophilus influenzae B (conjugada) - (Penta)	3ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Hepatite B e infecções causadas pelo *Haemophilus influenzae B*
	Poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	3ª dose	Poliomielite
	Covid-19	1ª dose*	Proteção contra as formas graves e complicações pela covid-19
7 meses	Covid-19	2ª dose*	Proteção contra as formas graves e complicações pela covid-19
9 meses	Febre amarela (atenuada) - (FA)	Uma dose	Febre amarela
12 meses	Pneumocócica 10-valente (Conjugada) - (Pneumo 10)	Reforço	Infecções invasivas (como meningite e pneumonia) e otite média média aguda, causadas pelos 10 sorotipos de Streptococcus pneumoniae
	Meningocócica C (conjugada) - (Meningo C)	Reforço	Doença invasiva causada pela Neisseria meningitidis do sorogrupo C
	Sarampo, caxumba, rubéola (Tríplice viral)	1ª dose	Sarampo, caxumba e rubéola
15 meses	Adsorvida Difteria, Tétano e pertussis (DTP)	1º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	Vacina poliomielite 1, 2 e 3 (inativada) - (VIP)	Reforço	Poliomielite
	Adsorvida hepatite A (inativada)	1 dose	Hepatite A
	Tetraviral	1 dose	Sarampo, caxumba, rubéola e varicela
4 anos	Adsorvida Difteria, Tétano e pertussis (DTP)	2º reforço	Difteria, tétano e coqueluche
	Febre amarela (atenuada)	Reforço	Febre amarela
	Varicela (monovalente) - (Varicela)	1 dose	Varicela
5 anos	Febre Amarela (atenuada) - (FA)	1 dose**	Proteção contra Febre Amarela
	Pneumocócica 23-valente - (Pneumo 23)	2 doses***	Para a proteção contra infecções invasivas pela bactéria pneumococo
7 anos	Difteria e Tétano (dT)	3 doses****	Difteria e Tétano
9 anos e 10 anos	HPV Papilomavírus humano 6, 11, 16 e 18 (HPV4 - recombinante)	2ª doses*****	Proteção contra Papilomavírus Humano 6, 11, 16 e 18

*A vacina Covid-19 está recomendada com esquema de duas doses (aos 6 e 7 meses de idade), respeitando os intervalos mínimos recomendados (4 semanas entre a 1ª e 2ª dose). Caso não tenha iniciado e/ou completado o esquema primário até os 7 meses de idade, a vacina poderá ser administrada até 4 anos, 11 meses e 29 dias, conforme histórico vacinal. Para indivíduos imunocomprometidos, o esquema vacinal são de três doses (aos 6, 7 e 9 meses).
**Caso a criança não tenha recebido as 02 (duas) doses recomendadas antes de completar 05 anos.
***Para a população indígena a partir de 5 anos de idade, sem histórico vacinal com vacinas pneumocócicas conjugadas.
****Iniciar ou completar três doses, de acordo com situação vacinal. Reforço a cada 10 anos, ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves e contatos de difteria.
*****Para vítimas de abuso sexual, de 9 a 14 anos a recomendação é de duas doses. De 15 a 45, a recomendação é de 03 (três) doses, considerando o histórico vacinal contra o HPV. Pessoas com HIV/aids, transplantadas de órgão sólidos e de medula óssea, pacientes com câncer e aquelas com papilomatose respiratória recorrente (PRR) devem tomar três doses, com prescrição médica. Para menores de 18 anos, é necessário consentimento dos pais ou responsáveis para a vacinação contra o HPV como tratamento adjuvante da PRR. O intervalo entre doses deve ser confirmado na UBS.

Fonte: Ministério da Saúde (2025).

Figura 2 – Calendário nacional de vacinação da gestante



Fonte: Ministério da Saúde (2025).

Quadro 1 – Histórico de vacinação prévia contra tétano

HISTÓRIA DE VACINAÇÃO PRÉVIA CONTRA TÉTANO	FERIMENTOS COM RISCO MÍNIMO DE TÉTANO[a]			FERIMENTOS COM ALTO RISCO DE TÉTANO[b]		
	Vacina	SAT/ IGHAT	Outras condutas	Vacina	SAT/ IGHAT	Outras condutas
Incerta ou menos de três doses	Sim[c]	Não	Limpar e desinfectar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e desbridar o foco de infecção.	Sim[c]	Sim	• Desinfectar, lavar com soro fisiológico e substâncias oxidantes ou antissépticas e remover corpos estranhos e tecidos desvitalizados. • Desbridamento do ferimento e lavagem com água oxigenada.
Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de cinco anos	Não	Não		Não	Não	
Três ou mais doses, sendo a última dose há mais de cinco e menos de dez anos	Não	Não		Sim (um reforço)	Não[d]	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos	Sim	Não		Sim (um reforço)	Não[d]	
Três ou mais doses, sendo a última dose há dez ou mais anos em situações especiais	Sim	Não		Sim (um reforço)	Sim[e]	

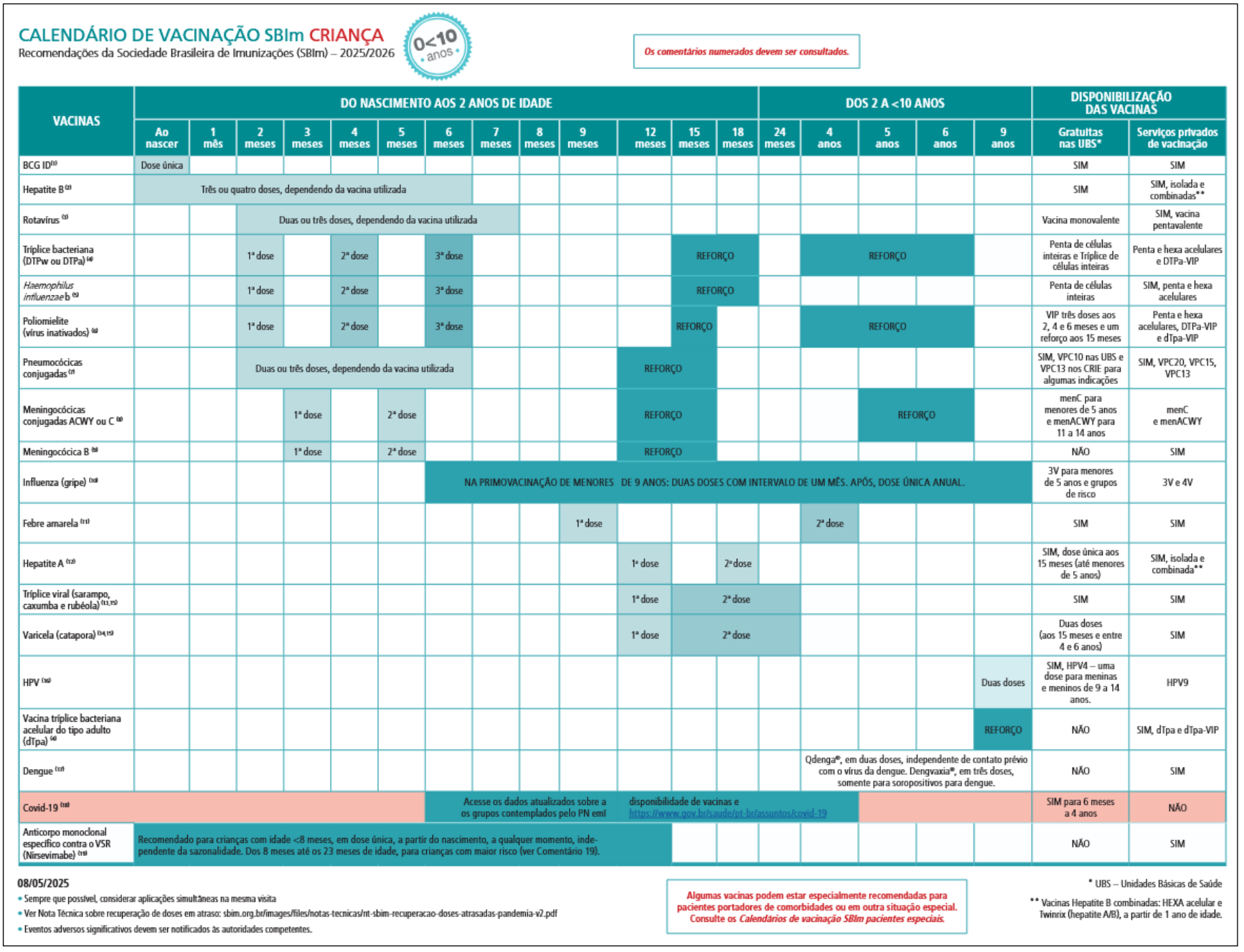
Quadro 2 – Calendário de vacinação 2024/2025

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO 2024/2025 (RECOMENDAÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA)

IDADE	Ao nascer	meses									anos					
		2	3	4	5	6	7-11	12	15	18	4 a 6	10	11-12	13-15	16	17-19
BCG ID	●															
Hepatite B	●	●		●		●						Adolescentes não vacinados deverão receber 3 doses				
Rotavírus		●		●		○										
DTP/DTPa		●		●		●			●		●					
dT/dTpa														●		
Hib		●		●		●			●							
VIP		●		●		●			●		●					
Pneumocócica conjugada		●		●		●		●								
Meningocócica conjugada C e ACWY			●		●			●			●		●		●	
Meningocócica B recombinante			●		●			●				Adolescentes não vacinados deverão receber duas doses				
Influenza		A partir dos 6 meses de idade														
SCR/Varicela/SCRV								●	Segunda dose entre 15 meses e 4 anos			Adolescentes não vacinados deverão receber duas doses				
Hepatite A								●		●		Adolescentes não vacinados deverão receber duas doses				
HPV												Meninos e meninas a partir dos 9 anos de idade				
Febre Amarela							A partir de 9 meses de idade e segunda dose aos 4 anos					Duas doses para não vacinados previamente				
COVID-19 a partir dos 6 meses		Vacinação recomendada para crianças e adolescentes segundo recomendações vigentes														
Dengue											Crianças e adolescentes a partir dos 4 anos de idade					
Nirsevimabe	●	Aplicar dose única no primeiro ano de vida o mais precocemente possível														

Fonte: Ministério da Saúde (2025).

Figura 3 – Quadros do Calendário de Vacinação da criança, do adolescente, da gestante e do prematuro de acordo com as recomendação da Sociedade Brasileira de Imunização .



CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm CRIANÇA

Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2025/2026

0<10 anos

Os comentários numerados devem ser consultados.

VACINAS	DO NASCIMENTO AOS 2 ANOS DE IDADE													DOS 2 A <10 ANOS					DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
	Ao nascer	1 mês	2 meses	3 meses	4 meses	5 meses	6 meses	7 meses	8 meses	9 meses	12 meses	15 meses	18 meses	24 meses	4 anos	5 anos	6 anos	9 anos	Gratuitas nas UBS*	Serviços privados de vacinação
BCG ID[1]	Dose única																		SIM	SIM
Hepatite B[2]	Três ou quatro doses, dependendo da vacina utilizada																		SIM	SIM, isolada e combinadas**
Rotavírus[3]			Duas ou três doses, dependendo da vacina utilizada																Vacina monovalente	SIM, vacina pentavalente
Tríplice bacteriana (DTPw ou DTPa)[4]			1ª dose		2ª dose		3ª dose					REFORÇO			REFORÇO				Penta de células inteiras e Tríplice de células inteiras	Penta e hexa acelulares e DTPa-VIP
Haemophilus influenzae b[5]			1ª dose		2ª dose		3ª dose					REFORÇO							Penta de células inteiras	SIM, penta e hexa acelulares
Poliomielite (vírus inativados)[6]			1ª dose		2ª dose		3ª dose					REFORÇO			REFORÇO				VIP três doses aos 2, 4 e 6 meses e um reforço aos 15 meses	Penta e hexa acelulares, DTPa-VIP e dTpa-VIP
Pneumocócicas conjugadas[7]			Duas ou três doses, dependendo da vacina utilizada								REFORÇO								SIM, VPC10 nas UBS e VPC13 nos CRIE para algumas indicações	SIM, VPC20, VPC15, VPC13
Meningocócicas conjugadas ACWY ou C[8]				1ª dose		2ª dose					REFORÇO					REFORÇO			menC para menores de 5 anos e menACWY para 11 a 14 anos	menC e menACWY
Meningocócica B[9]				1ª dose		2ª dose					REFORÇO								NÃO	SIM
Influenza (gripe)[10]							NA PRIMOVACINAÇÃO DE MENORES DE 9 ANOS: DUAS DOSES COM INTERVALO DE UM MÊS. APÓS, DOSE ÚNICA ANUAL.												3V para menores de 5 anos e grupos de risco	3V e 4V
Febre amarela[11]										1ª dose					2ª dose				SIM	SIM
Hepatite A[12]											1ª dose		2ª dose						SIM, dose única aos 15 meses (até menores de 5 anos)	SIM, isolada e combinada**
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)[13,15]											1ª dose	2ª dose							SIM	SIM
Varicela (catapora)[14,15]											1ª dose	2ª dose							Duas doses (aos 15 meses e entre 4 e 6 anos)	SIM
HPV[16]																		Duas doses	SIM, HPV4 – uma dose para meninas e meninos de 9 a 14 anos.	HPV9
Vacina tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (dTpa)[4]																		REFORÇO	NÃO	SIM, dTpa e dTpa-VIP
Dengue[17]															Qdenga®, em duas doses, independente de contato prévio com o vírus da dengue. Dengvaxia®, em três doses, somente para soropositivos para dengue.					NÃO	SIM
Covid-19[18]							Acesse os dados atualizados sobre a disponibilidade de vacinas e os grupos contemplados pelo PN em https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19												SIM para 6 meses a 4 anos	NÃO
Anticorpo monoclonal específico contra o VSR (Nirsevimabe)[19]	Recomendado para crianças com idade <8 meses, em dose única, a partir do nascimento, a qualquer momento, independente da sazonalidade. Dos 8 meses até os 23 meses de idade, para crianças com maior risco (ver Comentário 19).																		NÃO	SIM

08/05/2025

- Sempre que possível, considerar aplicações simultâneas na mesma visita
- Ver Nota Técnica sobre recuperação de doses em atraso: sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nt-sbim-recuperacao-doses-atrasadas-pandemia-v2.pdf
- Eventos adversos significativos devem ser notificados às autoridades competentes.

Algumas vacinas podem estar especialmente recomendadas para pacientes portadores de comorbidades ou em outra situação especial. Consulte os *Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais.*

* UBS – Unidades Básicas de Saúde

** Vacinas Hepatite B combinadas: HEXA acelular e Twinrix (hepatite A/B), a partir de 1 ano de idade.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm ADOLESCENTE

10-19 anos

Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2024/2025

Os comentários devem ser consultados.

Para recomendações de vacinação para gestantes, consulte os *Calendário de vacinação SBIm gestante.*

Para definir vacinas e esquemas de doses na adolescência, considerar o passado vacinal.

Vacinas	Esquemas e recomendações	Comentários	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
			Gratuitas nas UBS*	Clínicas privadas de vacinação
ROTINA				
HPV	• Duas vacinas estão disponíveis no Brasil, HPV4 e HPV9. A SBIm, com o intuito de ampliar a proteção para os tipos adicionais, recomenda, sempre que possível, o uso preferencial da vacina HPV9 em duas doses, assim como a revacinação daqueles anteriormente vacinados com HPV2 ou HPV4. Na impossibilidade do uso de HPV9, a HPV4 deve ser recomendada e está disponível gratuitamente nas UBS para meninas e meninos de 9 a 14 anos em dose única. • Esquema para não vacinados anteriormente: Adolescentes menores de 20 anos – duas doses com intervalo de seis meses entre elas (0-6 meses). • Para revacinação ou para dar sequência a esquemas iniciados com vacinas HPV2 ou HPV4, consulte posicionamento SBIm: https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/informe-sbim-esclarecimentos-vacinas-hpv-240415-v2.pdf	• Adolescentes mesmo que previamente expostos podem ser vacinados. • Contraindicada para gestantes.	SIM, HPV4 – uma dose para meninas e meninos de 9 a 14 anos	SIM, HPV9
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP Dupla adulto (difteria e tétano) – dT	**Com esquema de vacinação completo, incluindo a dose dos 9-11 anos:** dose de reforço, preferencialmente com dTpa, dez anos após a última. **Com esquema de vacinação incompleto:** uma dose de dTpa a qualquer momento e completar a vacinação básica com dT (dupla bacteriana do tipo adulto) de forma a totalizar três doses de vacina contendo o componente tetânico. **Não vacinados e/ou histórico vacinal desconhecido:** uma dose de dTpa e duas doses de dT no esquema 0-2-4 a 8 meses.	• Atualizar dTpa independente de intervalo prévio com dT ou TT. • O uso da vacina dTpa, em substituição à dT, para adolescentes, objetiva, além da proteção individual, a redução da transmissão da *Bordetella pertussis*, principalmente para suscetíveis com alto risco de complicações, como os lactentes. • Considerar antecipar reforço com dTpa para cinco anos após a última dose de vacina contendo o componente *pertussis* para adolescentes contactantes de lactentes. • Para adolescentes que pretendem viajar para países nos quais a poliomielite é endêmica recomenda-se a vacina dTpa combinada à pólio inativada (dTpa-VIP). • A dTpa-VIP pode substituir a dTpa, inclusive em gestantes, ficando a critério médico o uso *off label* nesses casos. • A vacina está recomendada mesmo para aqueles que tiveram coqueluche, já que a proteção conferida pela infecção não é permanente.	SIM, dT para todos. dTpa para gestantes e puérperas até 45 dias após o parto	SIM, dTpa e dTpa-VIP
Influenza (gripe)	• Dose única anual. • Em imunodeprimidos e em situação epidemiológica de risco, pode ser considerada uma segunda dose, a partir de 3 meses após a dose anual.	Se a composição da vacina disponível for concordante com os vírus circulantes, poderá ser recomendada aos viajantes internacionais para o hemisfério norte e/ou brasileiros residentes nos estados do Norte do país no período pré-temporada de influenza.	SIM, 3V para grupos de risco	SIM, 3V e 4V
Meningocócica conjugada ACWY ou C	• Para vacinados na infância: reforço aos 11 anos ou cinco anos após a última dose. • Para não vacinados até 15 anos, duas doses com intervalo de cinco anos, a partir de 16 anos, uma dose.	Na indisponibilidade da vacina meningocócica conjugada ACWY, substituir pela vacina meningocócica C conjugada.	SIM, menACWY (11 a 14 anos)	SIM
Meningocócica B	Duas doses com intervalo mínimo de 1 mês (Bexsero®) ou 6 meses (Trumenba®). Essas vacinas não são intercambiáveis.	Para grupos de alto risco para doença meningocócica invasiva (DMI), os esquemas primários assim como a necessidade de reforços são diferentes. Consulte os *Calendários SBIm Pacientes Especiais*.	NÃO	SIM
Covid-19	Acesse os dados atualizados sobre a disponibilidade de vacinas e os grupos contemplados	pelo PNI em https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19		
RECOMENDADAS PARA NÃO VACINADOS OU INCOMPLETAMENTE VACINADOS				
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	• Duas doses acima de 1 ano de idade, com intervalo mínimo de um mês entre elas. • Para adolescentes com esquema completo, não há evidências que justifiquem uma terceira dose como rotina, podendo ser considerada em situações de risco epidemiológico, como surtos de caxumba e/ou sarampo.	• Contraindicada para gestantes. O uso em imunodeprimidos deve ser avaliado pelo médico (consulte os *Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais*). • Para suscetíveis, considerar a aplicação de vacina combinada tetraviral (SCRV).	SIM, SCR	SIM, SCR e SCRV
Varicela (catapora)	**Para suscetíveis:** duas doses. **Para menores de 13 anos:** intervalo de três meses. **A partir de 13 anos:** intervalo de um a dois meses.	• O uso em imunodeprimidos deve ser avaliado pelo médico (consulte os *Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais*). • Para suscetíveis, considerar a aplicação de vacina combinada tetraviral (SCRV).	NÃO	SIM, varicela e SCRV
Hepatites A, B ou A e B	**Hepatite A:** duas doses, no esquema 0-6 meses.	• Adolescentes não vacinados na infância para as hepatites A e B devem ser vacinados o mais precocemente possível. • A vacina combinada para as hepatites A e B é uma opção e pode substituir a vacinação isolada para as hepatites A e B.	NÃO	SIM
	Hepatite B: três doses, esquema 0-1-6 meses.		SIM	NÃO
	Hepatite A e B: para menores de 16 anos: duas doses aos 0-6 meses. A partir de 16 anos: três doses aos 0-1-6 meses.		NÃO	SIM
Febre amarela	• **Recomendação do PNI:** se recebeu a primeira dose antes dos 5 anos, indicada uma segunda dose, independentemente da idade atual. Se aplicada a partir dos 5 anos de idade: dose única. • **Recomendação da SBIm:** Duas doses. Como há possibilidade de falha vacinal, está recomendada uma segunda dose com intervalo de 10 anos. • Essa vacina pode ser exigida para emissão do CIVP, atendendo exigências sanitárias de alguns destinos internacionais. Neste caso, deve ser aplicada até dez dias antes de viajar.	• É contraindicada em nutrizes até que o bebê complete 6 meses; se a vacinação não puder ser evitada, suspender o aleitamento materno por dez dias. • O uso em imunodeprimidos deve ser avaliado pelo médico (consulte os *Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais*). • Para gestantes: consulte o *Calendário de vacinação SBIm gestante.*	SIM	SIM
Dengue*	• Qdenga® é preferencial por poder ser utilizada independente de contato prévio com o vírus da dengue. Esquema de duas doses com intervalo de três meses entre elas (0-3 meses). • Dengvaxia® é recomendada somente para soropositivos para dengue. Esquema de três doses com intervalo de seis meses entre elas (0-6-12 meses).	• Qdenga® licenciada para pessoas entre 4 e 60 anos, Dengvaxia® licenciada para pessoas entre 6 e 45 anos. • Ambas são contraindicadas para adolescentes imunodeprimidos, gestantes e lactantes.	SIM, Qdenga® para 10 a 14 anos	SIM

09/09/2024 • Sempre que possível, preferir vacinas combinadas • Sempre que possível, considerar aplicações simultâneas na mesma visita • Qualquer dose não administrada na idade recomendada deve ser aplicada na visita subsequente • Eventos adversos significativos devem ser notificados às autoridades competentes.

*Ver notas técnicas do MS: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/d/dengue/notas-tecnicas

Algumas vacinas podem estar especialmente recomendadas para pacientes portadores de comorbidades ou em outra situação especial. Consulte os *Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais.*

* UBS – Unidades Básicas de Saúde

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm GESTANTE

Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2025/2026

Os comentários devem ser consultados.

Algumas vacinas podem estar especialmente recomendadas para pacientes portadores de comorbidades ou em outra situação especial. Consulte os *Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais.*

Vacinas	Esquemas e recomendações		Comentários	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
				Gratuitas nas UBS*	Serviços privados de vacinação
ROTINA					
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP Dupla adulto (difteria e tétano) – dT	**Histórico vacinal**	**Conduta na gestação**	• A dTpa está recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a *Bordetella pertussis* ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser imunizado. • Mulheres não vacinadas na gestação devem ser vacinadas no puerpério, o mais precocemente possível. • Na indisponibilidade de dTpa, pode-se substituí-la pela dTpa-VIP, ficando a critério médico a prescrição.	SIM, dT e dTpa	SIM, dTpa e dTpa-VIP
	Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.			
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.			
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.			
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.			
Hepatite B	Três doses, no esquema 0-1-6 meses.		A vacina hepatite B deve ser aplicada em gestantes não anteriormente vacinadas e suscetíveis à infecção.	SIM	NÃO
Influenza (gripe)	Dose única anual. Em situação epidemiológica de risco, especialmente para gestantes imunodeprimidas, pode ser considerada uma segunda dose a partir de 3 meses após a dose anual.		• A gestante é grupo de risco para complicações da infecção pelo influenza. A vacina está recomendada durante a sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre da gestação. • Se a composição da vacina disponível for concordante com os vírus circulantes, poderá ser recomendada aos viajantes internacionais para o hemisfério norte e/ou brasileiros residentes nos estados do norte do país no período pré-temporada de influenza.	SIM, 3V	SIM, 3V e 4V
Vírus Sincicial Respiratório	• Vacina VSR (Abrysvo®) • Recomendada para gestantes a partir de 18 anos de idade ou, a critério médico, antes dessa idade. • Uma dose, IM, aplicada a partir de 28 semanas de gestação e sem limite de idade gestacional. • Aplicada a qualquer momento, independente de sazonalidade. • Repetir em cada gestação.		• A vacina VSR (Abrysvo®) é licenciada pela ANVISA de 24 a 36 semanas de gestação, ficando a critério médico a recomendação em idades gestacionais entre 24 e 27 semanas. • Pode ser coadministrada com as outras vacinas de rotina da gestante. • Existem duas estratégias para proteção da criança contra infecção pelo VSR: a vacinação da gestante e a administração do anticorpo monoclonal – Nirsevimabe – na criança. Ver calendários de vacinação SBIm do prematuro e da criança.	NÃO	SIM
Covid-19	Acesse os dados atualizados sobre a disponibilidade de vacinas e os grupos contemplados pelo PNI em https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19				
RECOMENDADAS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS					
Hepatite A	Duas doses, no esquema 0-6 meses.		É vacina inativada, portanto sem risco teórico para a gestante e o feto. Já que no Brasil as situações de risco de exposição ao VHA são frequentes, a vacinação deve ser considerada.	NÃO	SIM
Hepatite A e B	Para menores de 16 anos: duas doses, aos 0-6 meses. A partir de 16 anos: três doses, aos 0-1-6 meses.		A vacina combinada é uma opção e pode substituir a vacinação isolada das hepatites A e B.	NÃO	SIM
Pneumocócicas	Em gestantes de risco para doença pneumocócica invasiva (DPI) pode ser aplicada VPC20 em dose única ou o esquema sequencial iniciando comVPC15 ou, na sua impossibilidade, com a VPC13, seguida de uma dose de VPP23 (consulte os *Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais*).		VPC20, VPC15, VPC13 e VPP23 são vacinas inativadas, portanto sem riscos teóricos para a gestante e o feto.	NÃO	SIM, VPC20, VPC15, VPC13 e VPP23
Meningocócicas conjugadas ACWY ou C	Uma dose. Considerar seu uso avaliando a situação epidemiológica e/ou a presença de comorbidades consideradas de risco para a doença meningocócica (*consulte os Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais).*		• As vacinas meningocócicas conjugadas são inativadas, portanto sem risco teórico para a gestante e o feto. • Na indisponibilidade da vacina meningocócica conjugada ACWY, substituir pela vacina meningocócica C conjugada.	NÃO	SIM
Meningocócica B	• Considerar seu uso avaliando a situação epidemiológica e/ou a presença de comorbidades consideradas de alto risco para a doença meningocócica invasiva (DMI). Consulte os *Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais.* • Duas doses com intervalo mínimo de 1 mês (Bexsero®) ou 6 meses (Trumenba®).		• As vacinas meningocócicas B são inativadas, portanto sem risco teórico para a gestante e o feto. • Bexsero® licenciada até os 50 anos de idade. Trumenba® licenciada até os 25 anos. As duas vacinas não são intercambiáveis.	NÃO	SIM
Febre amarela	• Normalmente contraindicada em gestantes. Porém, em situações em que o risco da infecção supera os riscos potenciais da vacinação, pode ser feita durante a gravidez. • Recomendação do PNI: se recebeu a primeira dose antes dos 5 anos de idade, indicada uma segunda dose. Se aplicada a partir dos 5 anos: dose única. • Recomendação da SBIm: Duas doses. Como há possibilidade de falha vacinal, está recomendada uma segunda dose com intervalo de 10 anos.		• Gestantes que viajam para países que exigem o Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP) devem ser isentadas da vacinação pelo médico assistente, se não houver risco de contrair a infecção. • É contraindicada em nutrizes até que o bebê complete 6 meses; se a vacinação não puder ser evitada, suspender o aleitamento materno por dez dias.	SIM	SIM
CONTRAINDICADAS					
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Não vacinar na gestação.		Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.	SIM, para puérperas de até 59 anos	SIM, para puérperas e lactantes
HPV	Não vacinar na gestação. Se a mulher tiver iniciado esquema antes da gestação, suspendê-lo até puerpério.		Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.	NÃO	SIM, para puérperas e lactantes
Varicela (catapora)	Não vacinar na gestação.		Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.	NÃO	SIM, para puérperas e lactantes
Dengue	Não vacinar na gestação.		Contraindicada para imunodeprimidas, gestantes e nutrizes. Na vacinação inadvertida de lactantes que amamentam bebês de até 6 meses de idade, suspender a amamentação por 15 dias.	NÃO	NÃO

08/05/2025 • Sempre que possível, preferir vacinas combinadas • Sempre que possível, considerar aplicações simultâneas na mesma visita • Qualquer dose não administrada na idade recomendada deve ser aplicada na visita subsequente • Eventos adversos significativos devem ser notificados às autoridades competentes.

* UBS – Unidades Básicas de Saúde

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm PREMATURO

Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2025/2026

Os comentários devem ser consultados.

[CONTINUAÇÃO]

Imunobiológicos recomendados no primeiro ano de vida	Esquemas e recomendações	Comentários	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
			Gratuita nas UBS* e/ou nos CRIE**	Serviços privados de Vacinação
Anticorpos monoclonais específicos contra o VSR (Nirsevimabe e Palivizumabe)	**Nirsevimabe** • Preferencialmente recomendado, pela maior eficácia, menor custo e administração em dose única. Indicado a partir do nascimento, a qualquer momento, independente da sazonalidade. • Esquemas ▪ Crianças < 8 meses de idade: – uma dose IM de 50 mg se peso < 5 Kg – uma dose de 100mg se peso ≥5 Kg. ▪ Crianças de 8 a 23 meses de idade e **com risco** para infecção grave por VSR: – 200 mg (duas doses de 100mg administradas simultaneamente), independente de peso. ▪ Para crianças de 8 a 23 meses de idade e **sem risco**, a SBIm sugere, de acordo com critério clínico/epidemiológico: – uma dose IM de 100 mg se peso < 10 Kg – 200 mg (duas doses de 100mg administradas simultaneamente) se peso ≥10 Kg.	• Existem duas estratégias para proteção da criança contra infecção pelo VSR: a vacinação da gestante e a administração do anticorpo monoclonal – Nirsevimabe – na criança. • Situações em que o uso de Nirsevimabe está **recomendado**, independente da vacinação materna: ▪ Mãe vacinada mas imunodeprimida; ▪ Mãe vacinada com menos de 14 dias antes do parto; ▪ RN de alto risco, que pode incluir, mas não se limita a: doença pulmonar crônica da prematuridade, doença cardíaca congênita hemodinamicamente significativa, imunocomprometidos, Síndrome de Down, fibrose cística, doença neuromuscular e anomalias congênitas das vias aéreas. • Situações em que o uso de Nirsevimabe **pode ser considerado**, independente da vacinação materna: apesar da ausência de dados quanto a dose ideal para crianças **sem risco** para VSR grave, a partir de 8 meses e, entendendo que pode haver esse benefício a depender de situação epidemiológica e de risco individual, a SBIm sugere o esquema apresentado na coluna anterior. • Pode ser coadministrado com as demais vacinas recomendadas no *Calendário de Vacinação SBIm prematuro.*	NÃO	SIM. Este medicamento está no rol da ANS, com cobertura pelos planos/convênios de saúde, para: • prematuros com idade gestacional < 37 e com idade inferior a 1 ano entrando ou durante sua primeira temporada do VSR. • crianças com idade inferior a 2 anos com pelo menos uma das comorbidades listadas na coluna Comentários.
	Palivizumabe Na impossibilidade de usar o Nirsevimabe, estão recomendadas doses mensais consecutivas de 15 mg/kg de peso, via intramuscular, até no máximo cinco aplicações para os seguintes grupos: • Prematuros até 28 semanas gestacionais, no primeiro ano de vida. • Prematuros até 32 semanas gestacionais, nos primeiros seis meses de vida. • Bebês com doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou cardiopatia congênita, até o segundo ano de vida, desde que estejam em tratamento destas condições nos últimos seis meses. • Utilizar inclusive em RNs hospitalizados.	• Indicado iniciar a aplicação um mês antes dos meses de maior circulação do vírus, de acordo com a região do Brasil: Norte, entre fevereiro e junho; Nordeste, Centro Oeste e Sudeste, de março a julho; Sul, entre abril e agosto. O Ministério da Saúde disponibiliza gratuitamente para: ▪ Prematuros até 28 semanas gestacionais, no primeiro ano de vida. ▪ Bebês com doença pulmonar crônica da prematuridade e/ou cardiopatia congênita, até o segundo ano de vida. • O uso em crianças de até 2 anos e portadoras de doença pulmonar crônica e/ou cardiopatias congênitas está indicado independente da idade gestacional ao nascer. • Pode ser coadministrado com as vacinas do calendário da faixa etária.	NA REDE PÚBLICA: verificar onde está disponível em cada município.	SIM. Como este medicamento está no rol da ANS, tem cobertura pelos planos/convênios de saúde, para os mesmos critérios do Ministério da Saúde.

IMUNOGLOBULINAS

Imunoglobulinas recomendadas no primeiro ano de vida	Esquemas e recomendações	Comentários	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
			Gratuita nas UBS* e/ou nos CRIE**	Serviços privados de Vacinação
Imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB)	Para RNs de mães portadoras do vírus da hepatite B: 0,5 mL via intramuscular.	Aplicar preferencialmente nas primeiras 12 a 24 horas de vida, até, no máximo, o sétimo dia de vida.	SIM	NÃO
Imunoglobulina humana antivaricela zóster (IGHAVZ)	Está recomendada nas seguintes situações: • Para prematuros nascidos entre 28 semanas e 36 semanas de gestação expostos à varicela, quando a mãe tiver história negativa para varicela. • Para prematuros nascidos com menos de 28 semanas de gestação ou com menos de 1.000 g de peso e expostos à varicela, independente da história materna de varicela. • A dose é de 125 UI por via IM e deve ser aplicada em até 96 horas após o contato.	Independente da idade gestacional ou PN, recomendar para RN cuja mãe tenha apresentado quadro clínico de varicela de cinco dias antes até dois dias depois do parto.	SIM	NÃO
Imunoglobulina humana antitetânica (IGHAT)	Está recomendada na dose de 250 UI, por via IM. Para RNs prematuros com lesões potencialmente tetanogênicas, independentemente da história vacinal da mãe.	Independente da idade gestacional ou PN, deve ser aplicada para RNs prematuros sob risco potencial de tétano.	SIM	NÃO

05/05/2025 • O uso simultâneo de múltiplas doses injetáveis em RNPTs hospitalizados pode associar-se a um maior risco de eventos adversos cardiovasculares, devendo-se dar preferência à administração de menor número de injeções em cada imunização • Qualquer dose não administrada na idade recomendada deve ser aplicada na visita subsequente • Eventos adversos significativos devem ser notificados às autoridades competentes.

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBIm PREMATURO

1º ano

Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBIm) – 2025/2026

A vacinação de contactantes é especialmente indicada para quem convive ou cuida de RNPT* e inclui as vacinas: coqueluche, influenza, varicela, sarampo, caxumba, rubéola e COVID.

Os comentários devem ser consultados.

Imunobiológicos recomendados no primeiro ano de vida	Esquemas e recomendações	Comentários	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
			Gratuita nas UBS* e/ou nos CRIE**	Serviços privados de Vacinação
BCG ID	Dose única. Se PN** < 2.000 g, adiar a vacinação até que o RN*** atinja peso maior ou igual a 2.000 g.	Deverá ser aplicada o mais precocemente possível, de preferência ainda na maternidade. Em casos de histórico familiar, suspeita de imunodeficiência ou RNs cujas mães fizeram uso de biológicos durante a gestação, a vacinação poderá ser postergada ou contraindicada (consulte os *Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais*).	SIM	SIM
Hepatite B	Primeira dose nas primeiras 12 horas de vida. Continuidade: obrigatoriamente quatro doses (esquema 0-2-4-6 meses) em RNs nascidos com peso inferior a 2.000 g ou idade gestacional menor que 33 semanas	Os RNs de mães HBSAg+ devem receber ao nascer, além da vacina, imunoglobulina específica contra hepatite B (IGHAHB). Para a continuidade do esquema de doses, o uso da vacina Hexa acelular (DTPa-HB-VIP-Hib) deve ser preferido, inclusive para RNs hospitalizados.	SIM, UBS: hepatite B e DTPw-HB-Hib SIM, CRIE: Hexa acelular	SIM, Hexa acelular
Rotavírus	• Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida. Vacina monovalente RV1: duas doses aos 2 e 4 meses de idade. Vacina pentavalente RV5: três doses aos 2, 4 e 6 meses de idade. Em caso de recuperação de esquemas de atraso vacinal, a D1 aplicar no máximo até 11 meses e 29 dias, e a última dose até 23 meses e 29 dias (uso off label). Intervalo mínimo entre doses de 30 dias. • Vacina de vírus vivo atenuado, oral, e portanto contraindicada em ambiente hospitalar.	• Se alguma dose na série for pentavalente (RV5) ou desconhecida, aplicar três doses. • Em caso de suspeita de imunodeficiência ou RNs cujas mães fizeram uso de biológicos durante a gestação, a vacina pode estar contraindicada ou ser adiada, desde que respeitando a idade máxima (consulte os *Calendários de vacinação SBIm pacientes especiais*).	SIM, vacina monovalente	SIM, vacina pentavalente
Tríplice bacteriana (difteria, tétano, coqueluche)	• Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, de acordo com o *Calendário de vacinação SBIm criança*. • Para RNs prematuros, hospitalizados ou não, utilizar preferencialmente vacinas acelulares, porque reduzem o risco de eventos adversos.	• Em prematuros extremos, considerar o uso de analgésicos/antitérmicos profiláticos com o intuito de reduzir a ocorrência de dor e febre. • As vacinas Penta acelular e Hexa acelular estão disponíveis nos CRIE para RN prematuro extremo (menor de 1.500 g ou de 33 semanas).	SIM, UBS: DTPw-Hib-HepB SIM, CRIE: Penta e Hexa acelular	Sim, DTPa, Penta e Hexa acelular,
Haemophilus influenzae b	• Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, de acordo com o *Calendário de vacinação SBIm criança*. • Reforço aos 15 meses de vida.	O uso das vacinas combinadas a DTPa (DTPa-HB-VIP-Hib ou DTPa-VIP-Hib) são preferenciais, pois permitem a aplicação simultânea e se mostraram eficazes e seguras para os RNPTs.	SIM, UBS: DTPw-Hib-HepB SIM, CRIE: Hib, Penta e Hexa acelular	SIM, penta e hexa acelulares
Poliomielite inativada (VIP)	Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, de acordo com o *Calendário de vacinação SBIm criança*.	Preferir as vacinas combinadas: DTPa-HB-VIP-Hib e DTPa-VIP-Hib	SIM, UBS: VIP SIM, CRIE: VIP, Penta e Hexa acelular	SIM, Penta e Hexa acelular
Pneumocócicas conjugadas	Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 2 meses de vida, de acordo com o *Calendário de vacinação SBIm criança*.	• RNPTs e de baixo PN apresentam maior risco para o desenvolvimento de doença pneumocócica invasiva, tanto maior quanto menor a idade gestacional e o baixo peso ao nascer. • A SBIm, com o intuito de ampliar a proteção para sorotipos recomenda no esquema básico e no reforço, preferencialmente, as vacinas VPC20 ou VPC15. Na impossibilidade, utilizar a VPC13. Independente da VPC utilizada, sempre no esquema 3+1 para os que iniciam até os 6 meses de idade. O PNI recomenda na rotina a VPC10 no esquema 2+1. Nos CRIE, algumas comorbidades tem critério para terceira dose de VPC10 aos 6 meses de idade (3+1) e em outras, como por exemplo imunodepressão, disponibiliza a VPC13, também no esquema 3+1. (Consultar Manual do CRIE).	SIM, UBS: VPC10 SIM, CRIE: VPC13, para algumas indicações	SIM, VPC20, VPC15, VPC13
Meningocócicas conjugadas ACWY ou C	Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 3 meses de vida, de acordo com o *Calendário de vacinação SBIm criança*.	• Sempre que possível, preferir a vacina menACWY no esquema básico e nos reforços; na sua impossibilidade, utilizar a vacina meningocócica C conjugada.	SIM, UBS: menC SIM, CRIE: menACWY para algumas indicações	SIM, menC e menACWY
Meningocócicas B	Vacinar na idade cronológica, iniciando aos 3 meses de vida, de acordo com o *Calendário de vacinação SBIm criança*.	• A fim de reduzir a frequência de eventos adversos, a vacina meningocócica B deve ser aplicada preferencialmente em separado das vacinas pneumocócica e pertussis. • É aconselhável o uso de paracetamol profilático nas primeiras 24 horas após a vacinação, devido ao risco de febre alta que esta vacina pode desencadear como evento adverso.	NÃO	SIM
Influenza	Vacinar na idade cronológica, iniciando a partir dos 6 meses de vida, de acordo com a sazonalidade do vírus e com o *Calendário de vacinação SBIm criança*.	• Vacinas influenza 3V ou 4V – duas doses com intervalo de um mês entre elas.	SIM, 3V	SIM, 3V e 4V
Febre amarela	Vacinar na idade cronológica, aos 9 meses e aos 4 anos de idade (consulte o *Calendário de vacinação SBIm criança*).	Em caso de imunodeficiência, está contraindicada por ser vacina viva atenuada.	SIM	SIM
Covid-19	Acesse os dados atualizados sobre a disponibilidade de vacinas e os grupos contemplados	pelo PNI em https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/covid-19	SIM, para 6 meses a menores de 5 anos	NÃO

05/05/2025 • O uso simultâneo de múltiplas doses injetáveis em RNPTs hospitalizados pode associar-se a um maior risco de eventos adversos cardiovasculares, devendo-se dar preferência à administração de menor número de injeções em cada imunização • Qualquer dose não administrada na idade recomendada deve ser aplicada na visita subsequente • Eventos adversos significativos devem ser notificados às autoridades competentes.

* recém-nascido pré-termo
** peso ao nascimento
*** recém-nascido

* UBS – Unidades Básicas de Saúde
** CRIE – Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais

11.2 VACINAS: A "SUJEIRINHA" QUE FAZ BEM OU A TEORIA DA HIGIENE

Constantino Giovani Braga Cartaxo
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho
Otelo Schwambach Ferreira

O tema é inquietante e causa espanto. Há quem denomine o assunto de "vitamina S". S de "sujeirinha".

A SUJEIRA PODE SER BENÉFICA?

A higiene não pode ser negligenciada. A higiene do corpo, dos alimentos, da água, dos dejetos e do ambiente é extremamente importante para a saúde. Muitas enfermidades desapareceram ou foram drasticamente reduzidas devido a medidas higiênicas. Um bom exemplo é o desaparecimento da cólera, em vários países, pelo tratamento adequado da água e pelo destino apropriado dos dejetos humanos. Então, "sujeira" não, higiene sim. O que o título sugere é que uma "sujeirinha" pode ser benéfica.

NÃO ENTENDI! GOSTARIA DE MAIS INFORMAÇÕES!

Há alguns anos, vem se investigando as razões para o aumento da incidência das doenças alérgicas. Há dados informando que 30 a 35% da população dos países industrializados, com estilo de vida dos países ocidentais, sofre com doenças de cunho alérgico. As explicações até então expostas para tentar justificar o aumento dessas doenças — exposição a poluentes ambientais, às causas de alergia, moradias inadequadas, urbanização, sedentarismo e outras — não convenceram. Novas observações foram feitas e fizeram nascer a teoria da higiene.

O QUE A HIGIENE TEM A VER COM AUMENTO DAS DOENÇAS ALÉRGICAS?

Vamos apresentar alguns dados curiosos:

- Na Alemanha mais pobre, a oriental, a ocorrência das enfermidades alérgicas é menor que a da parte ocidental, a mais rica. Num país africano, a população que não teve sarampo, pois estava vacinada, apresentou mais alergia do que a que sobreviveu ao sarampo.
- Foi também observado que recrutas italianos que tiveram contato natural com o vírus da hepatite A tinham menos alergia.

- Crianças japonesas que com teste de Mantoux (para tuberculose) fortemente positivo apresentaram menos alergia. Em um país europeu, a tuberculose na infância reduziu a ocorrência de asma.
- Foi evidenciado que certos componentes bacterianos (endotoxinas) da poeira dos colchões de crianças de áreas rurais protegiam contra a rinite e a asma alérgicas, desde que a exposição tenha sido nos primeiros anos de vida.

MAS QUAL A CONCLUSÃO OU CONCLUSÕES DOS ESTUDIOSOS?

O sistema imunológico necessita de estímulos. Os vírus, as bactérias, os vermes, produtos dos animais e vários outros elementos da natureza são os estímulos para o amadurecimento imunitário. Assim, parece que os excepcionais níveis de asseio e de higiene alcançados por alguns países podem estar privando a população do contato com os estímulos. A higiene, vacinação, disponibilidade de água potável e de esgotamento sanitário, uso dos antibióticos protegem, mas podem dificultar o contato das crianças com estímulos infecciosos leves que são importantíssimos. A "sujeirinha" e uma virose leve de vez em quando podem ajudar. Quando faltam esses estímulos, o sistema imunológico "desocupado" vai produzir as doenças alérgicas. E isso é chamado teoria da higiene. Há dúvidas sobre o assunto. No Brasil, onde há muita pobreza e pouca higiene, há alta frequência das doenças alérgicas, inclusive nas crianças que moram em favelas.

NO RECIFE, AS CRIANÇAS TOMAM BANHO NOS CANAIS IMUNDOS!

Essas crianças foram tão estimuladas por vírus, bactérias, parasitos, toxinas e outros produtos que a imunidade que desenvolveram as capacita a enfrentar desafios como esse. Dá para pensar mesmo que as crianças pobres e que enfrentam tais desafios são de um outro mundo, não longínquo e sim de um mundo que está ao nosso lado. Essa teoria da higiene é mais um mecanismo que usamos para enfatizar a importância de a criançada ter contato com a natureza, brincar ao ar livre, nas praças, na praia, nos jardins, no campo, de evitar o sedentarismo e o excesso de TV.

A MENINADA QUE VIVE NAS FAZENDAS ADOECE MENOS?

É exatamente isso que alguns pesquisadores constatam e que a teoria da higiene tenta explicar. Observações de vários locais do mundo mostram que as crianças criadas no campo, em fazendas e granjas, em contato com animais, com plantas, com os pés descalços, em contato direto com a terra, têm menos doenças alérgicas que as criadas em ambientes urbanos.

É BOM TER UM CACHORRINHO EM CASA?

A única restrição é quando for demonstrado que há alguém na casa com alergia aos produtos do cão. Nos dois primeiros anos de vida, o contato com o cachorrinho

pode ajudar a amadurecer a imunidade e alegrar a criançada. Está bem demonstrado que o mais importante estímulo para o desenvolvimento da boa imunidade é um produto das bactérias (endotoxinas) que existe em grande quantidade no intestino dos animais – vacas, cavalos, porcos, gatos e cães. As toxinas estão presentes na poeira doméstica e no ar das casas em que a higiene não é excessiva. Inaladas ou engolidas, as toxinas, atuam como potentíssimos estímulos para a maturação da imunidade. Essa é a "sujerinha" benéfica.

AS VACINAS PODEM FAZER MAL?

Os benefícios das vacinas são um marco na história da humanidade. O que não podemos esquecer é o conjunto de vantagens que as vacinas nos proporcionam. As crianças que receberam todas as vacinas e que têm contato com praças, jardins, fazendas e granjas, que brincam no ambiente externo da casa em contato com terra, que botam uma "sujeirinha" na boca, que têm a oportunidade de adquirir parasitoses intestinais, que brincam com animais e que são expostas a outras condições salutares de vida terão sua imunidade bem desenvolvida. E são mais felizes. O que a teoria da higiene tenta explicar é que as crianças vacinadas e que vivem trancafiadas em apartamentos, sem contato com a natureza, sem convívio com animais, sem oportunidade de adquirir parasitoses intestinais podem ter sua imunidade menos ajustada a esses estímulos e mais tendentes a apresentar as doenças alérgicas.

Lembrem-se sempre de que o papel de vocês é mais importante que o do médico e dos remédios no manejo das doenças alérgicas. E também percebam a importância, para a criançada, da vida ao ar livre, da luta contra o sedentarismo, dos esportes, das brincadeiras, da participação de uma turminha de amigos, do exercício da liberdade de criar e de ter as próprias experiências e de vários outros aspectos não só importantes para prevenir e/ou controlar as alergias, mas também para formar o indivíduo mentalmente sadio.

Essa proposta educacional visa a auxiliar o médico na sua missão insubstituível.

12 | DOENÇA NO ADULTO: PREVENÇÃO ANTES DA CONCEPÇÃO, NA VIDA INTRAUTERINA E NA INFÂNCIA

João Guilherme Bezerra Alves
Ney Cavalcanti de Albuquerque
Otelo Schwambach Ferreira

Neste capítulo, debateremos os cuidados que devemos adotar antes da concepção, na vida intrauterina e, sobretudo, na infância, para que o ser humano tenha maiores chances de chegar sadio aos 100 anos ou mais.

A PREVENÇÃO TÃO CEDO NÃO É UTOPIA?

Isso não é crença. Não é utopia. É cientificamente demostrado que a prevenção de certos problemas de saúde, alguns graves e letais, começam muito cedo, até antes da geração do ser humano. Vamos dividir as ações em: antes da concepção, na vida intrauterina e na infância.

COMO PODEMOS AGIR ANTES CONCEPÇÃO?

As orientações antes da concepção são da maior importância e podem garantir muita saúde ao concepto para o resto vida in útero e fora dele. As orientações podem ser resumidas nesses dez passos:

1. Saúde mental — Para o casal, um ambiente tranquilo, com menos estresse, ansiedade e sentimentos depressivos, influenciará positivamente em toda a gestação, no parto e na vida toda do concepto. Saúde mental é o modo de como pensamos, sentimos e encaramos o mundo. Devemos sempre nos sentir bem e valorizar a nós mesmo. Em caso de necessidade, procure ajuda o quanto antes.
2. Dieta saudável — A orientação para uma alimentação saudável (frutas, verduras, cereais integrais, laticínios, ovos, carne branca, menos sal, açúcar, gordura) da futura gestante contribuirá para um feto e uma criança com mais saúde, base para um adulto saudável.
3. Atividade física — Praticada de forma regular e contínua, antes, durante e após a gravidez, favorecerá a prevenção de doenças crônicas, tanto na mãe como no seu filho por toda a vida.

4. Manter o peso ideal — Evitar excesso de peso ou obesidade é uma atitude fundamental para evitar muitos problemas durante a gravidez, o parto e por toda a vida, tanto na mãe como no concepto.
5. Vacinas — Verificar se as vacinas estão todas atualizadas, pois uma gestante imunizada evitará muitas doenças infecciosas e graves.
6. Fumo, álcool e drogas — Nem pensar, pois levam danos irreversíveis ao feto que se perpetuam durante toda a vida.
7. Controle de enfermidades — No caso da futura gestante ter alguma doença crônica como, por exemplo, diabetes ou hipertensão, deve manter essas doenças bem controladas antes da gravidez para evitar complicações futuras. Aqui há necessidade da ajuda médica.
8. Ácido fólico — O ácido fólico é uma vitamina B muito importante para evitar defeitos congênitos do cérebro e da medula cerebral — estruturas que se formam logo no começo da gravidez. Quem está pensando em engravidar deve tomar ácido fólico todos os dias (400 mcg).
9. Aprender com a família — Conversar com os pais, avós e parentes em geral, sobre doenças existentes em familiares. Falar com o médico já que, no caso da existência de algumas doenças, pode haver necessidade de um aconselhamento genético.
10. Prevenção da violência — Apesar desse tema ser complexo, não deixa de ser uma realidade nos dias de hoje e tem repercussões de uma geração para outra. O ideal é que a violência seja encarada de forma preventiva. Caso seja identificado algum risco, seja dentro de casa, no trabalho, escola ou algum outro ambiente, procurar ajuda de imediato.

COMO PODEREMOS INTERVIR NA VIDA INTRAUTERINA PARA TERMOS MAIS SAÚDE LÁ NA FRENTE?

A relação do feto com o meio ambiente, não só representado pelo corpo materno, mas com muitos outros aspectos ambientais, não é assunto só de poeta, de pensador.

Hoje, cientificamente é conhecido que a vida fetal não é inerte. Pelo contrário, é uma época de grande aprendizado para o feto, que já apresenta memória e guarda esses ensinamentos para o resto de sua vida. Ele também já tem seus sentidos (tato, paladar, olfato, audição e visão) parcialmente desenvolvidos e consegue sentir e reagir a tudo que lhe rodeia e envolve.

Por exemplo, estudos recentes demonstram que o feto reconhece a voz de sua mãe, sente quando ela acaricia a barriga, percebe o cheiro e o aroma do que a sua mãe se alimenta — algumas moléculas do alimento alcançam o líquido amniótico e o estimulam, tanto pelo o olfato como o pelo paladar pela deglutição do líquido amniótico. Sendo assim, uma gestante está agindo corretamente, ensinando e investindo no futuro de seu filho, quando acaricia sua barriga, conversa, canta, conta estórias para seu filho ainda no ventre.

O feto consegue captar as reações maternas e as vivencia. A tristeza da mãe pode deixar o feto melancólico, o estresse pode agitá-lo. Essas e várias outras reações do feto vão sendo gravadas e podem repercutir ao longo da vida. Mais importante ainda, ele percebe e grava quando é bem-vindo, amado e desejado. Quando sente que é rejeitado, isso significa graves problemas emocionais ao longo da vida. Por tudo isso, a gravidez é uma fase de extrema importância para o desenvolvimento psicológico do ser humano e deve ser uma etapa da vida em que as mães devem curtir muito seus filhos, antes mesmo de nascerem, e demonstrarem o grande amor que lhe devotam.

Afora tudo isso, também é um conhecimento recente que as doenças que matam mais no mundo — as doenças cardiovasculares (infarto, AVC, hipertensão), a obesidade, a diabetes — podem ter suas origens na vida fetal. Por exemplo, um feto mal alimentado, seja por problemas maternos ou da placenta, procura poupar o desenvolvimento do órgão nobre, o cérebro, porém às custas da supressão de nutrientes para os outros órgãos. Isso faz com que determinados órgãos, como os rins, pulmões, pâncreas, não se desenvolvam de forma completa. Por essa razão, esses órgãos não desempenham sua plena função e não atingem a idade inicialmente programada pela mãe natureza, provocando mortes precoces. Os estudos demonstram claramente que as pessoas que tiveram restrição no seu crescimento fetal por carência alimentar e nasceram com baixo peso apresentam maior risco de problemas no coração, obesidade, diabetes e mesmo de outras enfermidades, que ainda estão sendo estudadas.

E COMO AGIR NA VIDA INTRAUTERINA PARA A PREVENÇÃO DE DOENÇAS APÓS O NASCIMENTO?

Aí vão os pilares básicos das ações preventivas:

Alimentação adequada

Há vários itens importantes:

- Começar com uma alimentação saudável na gravidez: frutas, verduras, legumes, cereais integrais, laticínios, carne branca e magra, peixes, ovos.
- Amamentar ao peito. A primeira coisa é dar de mamar, sem qualquer outro alimento, durante os seis primeiros meses de vida.
- Nunca abusar do sal e do açúcar. Em nossa sociedade, ingerimos 5 a 10 vezes mais sal e açúcar do que precisamos. Esse hábito vem da infância. Se acostumamos uma criança desde os primeiros anos de vida a comer com pouco sal e pouco açúcar, ela não vai reclamar, pelo contrário, vai protestar se aumentamos a quantidade de açúcar ou de sal em sua dieta. Isso está comprovado pela ciência, quanto maior a quantidade desses sabores básicos, o doce e o salgado, na dieta de uma criança, mais ela vai saborear o açúcar e o sal. As

papilas gustativas, presentes em nossas línguas, que determinam os sabores básicos (doce, salgado, amargo e azedo), são estímulo-dependentes e se diferenciam na infância, em especial nos primeiros anos de vida. Por isso, a idade ideal para se formar bons hábitos alimentares é na infância. O excesso de sal na dieta, além de dar mais trabalho aos rins, aumenta a chance de pressão alta em indivíduos predispostos. O açúcar, idem. Além de gastar o pâncreas e favorecer o aparecimento de diabetes na vida adulta, contribui para criar excesso de peso e promover cáries dentárias.

- Estimular o consumo de frutas e outros vegetais. Além das vitaminas, eles oferecem sais minerais, potássio, cálcio, ferro e fibras, que facilitam o funcionamento do intestino. Também evitam que o organismo absorva gordura em excesso. Hoje também se sabe que frutas e outros vegetais ajudam na prevenção de câncer. Atenção, pais, a OMS orienta a todos uma ingestão de 400g de frutas e verduras diariamente, pois com essa única medida, o risco de câncer do trato digestivo, desde a boca até o ânus, diminui em 40%.
- Evitar excesso de gordura (colesterol). Nos churrascos, desestimular o consumo da gordurinha da picanha ou da costela do porco. Idem para os excessos de alimentos do tipo *fast food*, como os hambúrgueres, bacon, batatas fritas. Está bem comprovado que as carnes ultraprocessadas, ou seja, modificadas industrialmente com adição de vários produtos químicos, como o presunto, a salsicha, a linguiça, o bacon, o salame, a mortadela, estão associadas ao desenvolvimento de vários tipos de câncer. Por essa razão, devem ser banidas da dieta das crianças. Incentivar o consumo de carne branca, especialmente o peixe, de preferência de água salgada. Além da excelente qualidade da proteína, a ajuda na limpeza dos vasos.

Luta contra o excesso de peso e a obesidade

Menino gordinho não é sinônimo de menino saudável. O peso deve ser mantido dentro do gráfico que o pediatra lhe mostra. Evite excessos de frituras (batata, ovo, bife à milanesa), massas (biscoitos, pão, bolacha, macarrão, pizzas), refrigerantes e doces.

Atividade física

Atividade física é considerada pela OMS como o melhor remédio do mundo, pois além de curar, também previne e reabilita o organismo. Fora isso, está acessível para todos, é fácil de ser realizada e o custo é baixíssimo. Os benefícios para a saúde são inúmeros: fortalece o osso, aumenta a massa muscular, fortalece as articulações, melhora a respiração, controla a pressão arterial, ajuda nas defesas do organismo contra infecções e doenças inflamatórias, ajuda no sono e diminui a ansiedade, entre muitos outros benefícios, além de proporcionar bem-estar. Atividade física é mais importante ainda na infância, pois os seus efeitos benéficos perduram por toda a vida e o hábito saudável da prática de atividade física deve ser criado cedo, pois se transmite para a

vida adulta. A principal atitude que uma pessoa pode tomar para diminuir o risco de morrer do coração ou de ter várias outras doenças crônicas é praticar uma atividade física regular. Uma caminhada de 30 minutos todos os dias, ou alguma outra atividade que seja equivalente: correr, subir escadas ou andar de bicicleta durante 15 minutos ou nadar durante 10 minutos. Para crianças a recomendação atual é de uma hora de atividade física diária, podendo variar de acordo com o gosto da criança: jogar, correr, pular, subir escada, andar de bicicleta ou de patim, nadar, fazer exercício, academia (acompanhada por um profissional), etc. É importante que a criança faça a atividade física que mais lhe agrade, pois do contrário, as chances que abandone essa prática são elevadas. Limitar as horas de tela (celular, TV, videogame, computador e internet) até duas horas por dia. Todos esses conselhos também são válidos para os adultos.

Maus hábitos

O hábito de fumar ou de beber ou, até mesmo, de usar drogas, geralmente começa na adolescência. É melhor prevenir do que remediar. Oriente, acompanhe, arrume tempo para o seu filho, antes que outros o façam. Uma dica: a prática de esportes está associada com um menor risco desses maus hábitos.

Exemplo dos familiares

Para uma criança, o exemplo vale mais do que mil palavras. A vocês, pais, também cabe seguir esses conselhos.

ALGUMAS DESSAS DOENÇAS SÃO GRAVES, NÃO É?

Os problemas que citamos são todos graves ou potencialmente graves. Alguns deles que começam na infância e "explodem" na vida adulta podem causar incapacitações e mortes precoces. As principais doenças dependem da obstrução dos vasos sanguíneos pelas placas gordurosas. É o que a medicina conhece como aterosclerose. Essas placas da aterosclerose começam como umas estrias de gordura e já podem aparecer na infância. Nas artérias do cérebro, as placas são a principal causa do derrame cerebral. Nas do coração, são a mais importante causa do infarto do miocárdio e da angina. As placas ainda podem ocasionar importantes problemas nas grandes artérias do corpo como a aorta, as carótidas, as ilíacas e as renais nas quais produzem dilatações e obstruções com gravíssimas consequências. É importante ficar claro que quando uma pessoa tem um infarto ou um AVC, aquela placa de gordura que ocasionou a obstrução na irrigação do coração ou do cérebro, não surgiu naquele momento. O infarto ou o AVC teve início na realidade, muitas décadas antes, ou seja, na infância, quiçá na vida intrauterina. O processo se assemelha a um cano que se rompe com a ferrugem, pois o processo de decomposição do ferro tem início bem antes do rompimento. Por tudo isso, a prevenção das doenças que matam mais no mundo, as afecções cardiovasculares, deve ter início na infância.

COMO ATUAR, APÓS O NASCIMENTO, PARA EVITAR DOENÇAS NO FUTURO?

Hipertensão arterial, obesidade, derrame cerebral, infarto do miocárdio, aneurisma da aorta, dificuldades emocionais e outros exemplos são problemas dos adultos que começam a ser gestados na infância.

São habitualmente dependentes de uma mistura de múltiplos fatores: genéticos, alimentares, emocionais, ambientais e comportamentais. Os fatores usualmente agem em conjunto, ou seja, o problema de saúde de um adulto que começou a ser cultivado na infância pode depender da interação desses múltiplos fatores. Essa situação é comum. A prevenção de doenças desse tipo nos adultos, com a adoção de cuidados na infância, depende da atuação em vários setores. Por exemplo, orientação para uma dieta saudável e atividade física. Parece bem mais fácil e promissor, criar um hábito saudável em uma criança, do que mudar um hábito não saudável de um adulto. Todas essas doenças não têm cura, apenas podem ser controladas. A única oportunidade para preveni-las é na infância. Em conclusão, parece muito melhor, mais fácil, econômico e eficaz, começar a prevenir essas doenças na infância do que ter que tratá-las na vida adulta.

SE AFERE A PRESSÃO ARTERIAL DAS CRIANÇAS?

Sim. A criança também pode ter pressão alta. Aliás, praticamente, todos os adultos com a chamada hipertensão arterial essencial, já tinham indícios de hipertensão na infância. Ou seja, a hipertensão arterial é uma doença que se apresenta na vida adulta, mas se inicia já na infância, sorrateiramente, sem demonstrar qualquer sinal. Daí a importância de que toda criança, já a partir do terceiro ano de vida, tenha, ao menos uma vez por ano, aferida a pressão arterial.

HÁ TRATAMENTO PARA A PRESSÃO ALTA NAS CRIANÇAS?

Sim. Inicialmente, o pediatra precisa afastar algumas doenças nos rins, no coração e nas glândulas endócrinas. Nesses casos, que não são a maioria, existem outras queixas como dores de cabeça, vômitos, inchação e falta de ar. O tratamento depende da causa. Afastadas essas causas, a criança passa a ser rotulada como portadora de hipertensão arterial primária ou essencial. Para crianças que não apresentam queixas, o tratamento consiste, basicamente, em:

Mudanças na dieta com redução do sal e da gordura; aumento da ingestão de alimentos ricos em fibras, potássio e cálcio, ou seja, incremento da alimentação com frutas, legumes e vegetais.

Orientações gerais como controle do peso para evitar e tratar o excesso de peso e estimulo à atividade física regular, com caminhadas diárias com duração aproximada de 60 minutos.

O EXAME DE GLICOSE DEVE SER FEITO EM TODAS AS CRIANÇAS?

A dosagem da glicose no sangue deve ser feita nos casos de suspeita de diabetes. Essa doença, nas crianças, é diferente da que os adultos apresentam. Elas começam a urinar exageradamente, a comer e a beber excessivamente e perdem peso de forma acentuada. É importante lembrar que a pesquisa de glicose na urina também ajuda no diagnóstico do diabetes nas crianças. A dosagem de glicose também é realizada nas crianças e nos adolescentes com excesso de peso, que apresentem aumento da circunferência abdominal ou que tenham a pressão arterial elevada.

E AS "TAXAS" DE COLESTEROL E DE TRIGLICERÍDEOS?

Rotineiramente, em todas as crianças, não. Em alguns casos particulares, como por exemplo, quando existe familiares com história de infarto, derrame cerebral, trombose ou níveis anormais de colesterol e/ou de triglicerídeos no sangue, é importante avaliar os níveis destas substâncias desde a infância. Não existe idade ideal para fazer isso na situação antes descrita. Se existe história familiar muito evidente de anormalidade no colesterol sanguíneo, é possível que após os seis anos de idade, quando já é mais fácil coletar sangue nas crianças, o exame deva ser feito de rotina. Por outro lado, é importante examinar esses dados químicos do sangue, em todas as crianças, mesmo quando não exista doença cardíaca frequente nos familiares, quando elas forem colher sangue para fazer um outro exame, por exemplo, um hemograma para estudar doença febril.

QUESTÕES EMOCIONAIS NA INFÂNCIA REPERCUTEM NO ADULTO?

É na área comportamental, no psiquismo, que se situa o maior contingente de ações benéficas ou maléficas que poderão resultar em boas ou más consequências no longo prazo. Infelizmente, apesar das leis que pretendem proteger as crianças e os adolescentes, o que se nota, no Brasil e pelo mundo afora, são crianças desrespeitadas, pressionadas, agredidas física e psiquicamente, abusadas sexualmente, forçadas a comer quando existe alimento em abundância ou forçadas a não comer quando falta alimento para suprir as necessidades mínimas, sem espaço para brincar, sem lazer, sem vida ao ar livre, sem colo, sem afeto, sem sorrisos, sem alegrias, sem família estruturada, sem amor, sem escolas apropriadas, sem higiene, sem assistência médica adequada e sem vacinas. É nesse amplo palco de condições desfavoráveis que é forjado o futuro de milhões de cidadãos que, infelizmente, pela vida adulta vão exteriorizar desencanto, tristeza, falta de perspectiva, apelo para as drogas lícitas ou ilícitas, carência de todos os tipos e vários problemas de saúde decorrentes desse conjunto perverso de fatores.

Habitualmente, a criança tende a dar na vida adulta, aquilo que recebeu na infância. Hoje está bem estudado a transmissão transgeracional da violência. Crianças que foram espancadas, quando adultas, com elevada frequência maltratam seus

filhos. O mesmo é observado com outros tipos de agressões (psicológicas, sexuais). Por outro lado, crianças bem tratadas, tendem a ser pais cuidadosos com seus filhos.

COMO EVITAR ALGUMAS INFECÇÕES DO ADULTO?

O capítulo *Vacinas*, neste livro, responde a essa questão.

O QUE FAZER PARA EVITAR A CEQUEIRA E A SURDEZ NA VIDA ADULTA?

Os testes do olhinho e da orelhinha feitos logo após o nascimento são importantes neste sentido. O cuidar cotidiano das crianças, por familiares, outros cuidadores e profissionais da saúde são essenciais para explorar adequadamente quanto qualquer anormalidade for notada.

PODEMOS EVITAR OS PROBLEMAS ORTOPÉDICOS NA VIDA ADULTA?

Existe capítulo sobre esse tema neste livro.

É TERRÍVEL VER ADULTOS CARREGANDO UM CILINDRO DE OXIGÊNIO PARA AJUDAR NA RESPIRAÇÃO. O QUE PODEMOS FAZER PARA EVITAR ISSO?

O diagnóstico e o tratamento adequados da asma nas crianças e nos adolescentes são importantíssimos na prevenção do que se chama Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC), que é a principal razão de os adultos serem dependentes de um cilindro ou de um concentrador de oxigênio na vida adulta. A prevenção da coqueluche com a vacinação apropriada e o diagnóstico e o tratamento correto de enfermidades como a bronquiolite e a fibrose cística, essa última diagnosticada pelo teste do pezinho, também são importantes.

COMO AGIR PARA PREVENIR ALGUNS TIPOS DE CÂNCER DO ADULTO?

A origem da maior parte dos cânceres é desconhecida. Abaixo as recomendações baseadas em evidências científicas para a proteção de câncer que devem ser tomadas na infância e oferecem proteção por toda a vida, segundo o CDC dos EUA:

- Ingerir ácido fólico durante a gravidez.
- Evitar álcool e fumo na gestação.
- Aleitar ao peito, exclusivo, por 6 meses e mais muitos outros meses em que o leite materno faz parte da nutrição da criança.
- Praticar atividade física.
- Evitar que a criança seja fumante passiva.
- Reduzir a exposição a poluentes e agentes químicos cancerígenos.
- Verificar exposição ao dietilestilbestrol na vida intrauterina.

- Evitar, dentro do possível, exposição a radiações em exames médicos, em especial a tomografia.

Existem evidências científicas de que vários tipos de tumores ou cânceres do ser humano têm relação com um grande conjunto de fatores que vão desde o tipo de alimentação ingerida à exposição aos agrotóxicos e vários outros fatores ambientais. É um assunto extremamente complexo e recomendamos que todos leiam o livro *Anticâncer*, escrito pelo Dr. David Servan-Schreiber, editado pela Fontanar.

IR AO PEDIATRA ROTINEIRAMENE FAZ PARTE DESTE CONJUNTO DE MEDIDAS QUE AJUDARÃO A TORNAR A CRIANÇA UM ADULTO SAUDÁVEL?

Familiares e médicos e outros profissionais da saúde atentos e que seguem um programa assistencial planejado e bem executado são importantíssimos. O diagnóstico precoce e o tratamento adequado são forma de evitar dificuldades, que podem ser grandes, para a saúde do adulto.

Assim, mais uma vez, reforçamos a noção de que a assistência pediátrica qualificada, que deve ser oferecida a cada criança, é importante até nesse aspecto. O diagnóstico precoce de vários tipos de câncer, tarefa que os pediatras podem exercer, permite a cura num percentual muito elevado se o tratamento for apropriado. É notória a observação, hoje, que mais de 80% das leucemias sejam curáveis. Evidentemente, isso tem implicações para o bem-estar futuro do indivíduo que pode chegar à vida adulta com saúde.

"A criança é o pai do homem". A frase é do poeta inglês William Wordsworth (1770-1850) exprime bem o espírito do que tentamos mostrar: a saúde e a longevidade do homem de amanhã pode depender de ações desenvolvidas junto às crianças.

Para finalizar, mais uma vez, repetimos que além da amamentação e das outras práticas alimentares ideais para cada grupo etário, da vacinação adequada, da proteção contra os acidentes, dos estímulos cognitivos, da moradia adequada, da prática esportiva, da vida ao ar livre e de uma série de outros aspectos que favorecem a saúde, as crianças, todas elas, deveriam ter assistência pediátrica adequada, o que é essencial para que se transformem em adultos hígidos.

12.1 COLESTEROL ALTO EM CRIANÇAS: TRATAR? QUANDO E COMO?

João Guilherme Bezerra Alves
Ney Cavalcanti
Otelo Schwambach Ferreira

Há muito se sabe que a doença arteriosclerótica se inicia na infância e que os sintomas geralmente só aparecem nos adultos. Também é de longo tempo sabido que,

na maioria dos casos, a elevação do colesterol e dos triglicerídeos no sangue ocorre mais frequentemente na idade adulta.

Por não serem habitualmente muito elevados os níveis de colesterol e de triglicerídeos nas crianças, a recomendação era realizar as avaliações apenas naquelas com história familiar de enfermidade vascular precoce. Mas o grande aumento da obesidade infantil modificou esta recomendação. Segundo as novas normas da Sociedade Americana de Cardiologia, é recomendável solicitá-las não só em crianças com antecedentes familiares de arteriosclerose precoce, mas também naquelas com sobrepeso, obesidade ou hipertensão arterial.

Quando detectada alteração do colesterol e dos triglicerídeos, surge a pergunta: quando e como tratá-la? Sabemos que devemos tratar inicialmente esses tipos de problemas com mudanças dos hábitos de vida. Exercício físico e redução da ingesta de gorduras são métodos seguros por não apresentarem efeitos colaterais.

Acontece que isto é fácil de ser prescrito, mas muito difícil de ser seguido no longo prazo, até pelos adultos, e muito mais ainda por crianças ou adolescentes.

Dessa maneira, nos casos mais graves, só se obterão resultados com o uso de medicamentos. O uso dos remédios com essa finalidade foi recentemente liberado desde os 10 anos.

Que repercussões psicológicas terão o compromisso diário e eterno de tomar remédio? Quais os efeitos colaterais dessas drogas sobre a saúde das crianças? Afinal, as crianças vão usar uma quantidade total de drogas muito maior do que aqueles só iniciaram os medicamentos quando adultos. E crianças não são adultos em miniatura, de modo que, muitas vezes, os seus organismos reagem de maneira muito diferente.

Os benefícios proporcionados serão iguais aos observados nos adultos? São perguntas que ainda não podem ser respondidas.

13 | CUIDADOS COM O BEBÊ. DO PROJETO À PRÁTICA — UMBIGO E FONTANELAS

Adeildo Simões da Silva
Carlos Gonçalves de Oliveira
Ivo de Oliveira
João Gonçalves de Medeiros Filho
João Guilherme Bezerra Alves
Maria Cecília Matheus Azevedo Cruz Barbosa Loyo
Otelo Schwambach Ferreira
Sebastião Tenório da Silva (in memorian)

13.1 NO PROJETO

Muitos acreditam que é a fase mais importante. É ainda no projeto de ter um bebê que o casal, num modelo ideal, deve definir alguns aspectos:

a) Se a sua união é suficientemente sólida para tocar a empreitada de cuidar de um filho por muitos e muitos anos. Com frequência por dezenas de anos. A jornada inclui muitas alegrias e também alguns dissabores.
b) Qual é o melhor momento da vida material — formação acadêmica, estabilidade profissional, moradia própria, condição econômica e outras — para o começo do processo. Muitos estudiosos avaliaram o custo total de cuidar de um filho até que ele seja independente financeiramente. O valor não é pequeno. Na classe média, até os 23 anos, o custo pode chegar a R$ 2 milhões. Só a educação consome R$ 703.000,00.
c) Se apesar de alguns riscos — consanguinidade, doenças de transmissão familiar — a decisão está tomada.
d) Número de filhos planejados.
e) Provável equipe de saúde que os acompanhará e a seus filhos. Inclusive, nessa etapa, até a rede de serviços de saúde pode ser conhecida.

13.2 NA VIDA INTRAUTERINA

Essa é a fase em que devem ser adotadas providências de valor inestimável. Assim, é importante que sejam definidos:

a) O modelo assistencial à saúde dos envolvidos, mãe, pai, filho, principalmente da gestante e do embrião/feto, visando o controle ideal dos eventos importantes desta fase. Assim, devem ser definidos o obstetra que acom-

panhará a gravidez e o parto, o pediatra que atenderá o nascituro, a maternidade onde o parto ocorrerá e muitos outros detalhes envolvidos. O contato com o obstetra é repetitivo, desde o início da gravidez, e com o pediatra/perinatologista deve ocorrer no último trimestre. Deve haver um entendimento prévio sobre o tipo de parto pretendido sendo que a busca pelo modelo natural deve sempre ser o projetado. A amamentação é outro aspecto de transcendental importância. Há profissionais e serviços que que devem ser contatados para maior garantia de sucesso no aleitamento ao peito da mãe que é, sem dúvidas, o aspecto mais importante nos primeiros meses da vida pós-natal.

b) O casal é o motor principal das ações e a participação em sessões de educação para a gravidez, o parto e a amamentação são de grande valia. A consulta a sites educativos na internet também é estimulada.
c) Há vacinação especial para a gestante que deve ser observada.
d) A alimentação, o ganho de peso, o monitoramento da pressão arterial, dos níveis de glicose e de outros itens da saúde da gestante devem ser preocupação constante.
e) A amamentação deve ser bem planejada, pois é, sem questionamentos, o fator mais valioso para a vida do bebê nos primeiros meses de vida.
f) O monitoramento da saúde do embrião/feto pelos métodos clínicos tradicionais e com a ultrassonografia deve ser atenção constante.
g) Finalmente são transcritos dispositivos legais que protegem a gestante em sua relação trabalhista o que dimensiona com propriedade a importância dessa fase no ciclo de vida do ser humano.

13.3 NO PARTO

Desnecessário repetir a importância da assistência ideal ao parto. Com os avanços científicos e tecnológicos à nossa disposição, atualmente, é dificilmente aceitável o parto domiciliar. Portanto, o nascimento do bebê numa maternidade convenientemente equipada e com equipe profissional qualificada para a assistência adequada, mesmo para o mais normal dos partos, é o mínimo que se deseja. Nesse modelo ideal a presença do pai quando do nascimento do filho é de transcendental importância.

Para o parto numa gestação de risco (prematuridade, diabetes gestacional, hipertensão arterial na mãe, presença de doença no feto e outras) é fundamental a assistência numa unidade especialmente qualificada, inclusive com equipe experiente de neonatologistas e UTI neonatal.

Embora num ambiente hospitalar é desejável e possível adotar uma série de ações que visam a humanização em toda o trabalho de parto, objetivando, principalmente, a manutenção de todo o processo como num evento familiar. O papel das doulas e das enfermeiras qualificadas para participar do parto humanizado é ressaltado.

13.4 NA VIDA PÓS-NATAL

A licença maternidade demonstra a importância que o estado moderno dedica à proximidade mãe/filho que é o principal aspecto para o sucesso da vida do bebê nos primeiros meses de vida, no qual está mais susceptível aos problemas de saúde. Assim, a mãe junto ao filho e a amamentação, que depende desta aproximação constante, são os maiores valores a serem preservados,

É observação antiga, sábia e válida: "bebê não nasce com manual". O contato próximo entre os cuidadores, sobretudo a mãe, e a criança novinha é o único mecanismo de conhecer o funcionamento do corpo físico e o comportamento daquele ou daquela que chegou recentemente ao nosso mundo. Assim a licença maternidade é uma bela oportunidade para que seja escrito o "manual de funcionamento deste bebê".

QUANDO A CRIANÇA NOVINHA DEVE TER CONTATO COM A MÃE E O PAI?

Na realidade, esse contato acontece desde os primórdios da gravidez e durante toda a vida intrauterina do bebê. Tanto isso é verdade que estudos atuais demonstram que o bebê ao nascer reconhece a voz de sua mãe, o cheiro do leite (colostro), a pele e muito mais.

O contato após o nascimento deve ser ainda na sala de parto. O pediatra quando define que a criança está bem, deve logo promover o contato do filho com a mãe e o pai. O ideal é que o contato com a mãe seja pele na pele e, neste momento, o bebê pode ter a primeira experiência com a mama materna. Na condição modelar, o bebê deve ir com a mãe para o alojamento conjunto.

Numa condição especial (prematuridade ou outra), o pediatra pode indicar procedimentos especiais no berçário.

QUAIS EXAMES DE ROTINA DEVEM SER FEITOS NO BEBÊ?

O exame clínico realizado pelo pediatra é o mais importante. Exame clínico que inclui a condição do bebê ao nascimento. Além de desobstruir imediatamente a via respiratória, quando preciso, o pediatra que assistiu o parto atribui uma nota (score de Apgar) que define a situação geral da criança.

Se tudo estiver bem, se a criança estiver com boa vitalidade, respirando livremente e corado (com score de Apgar acima de 7), o que ocorre na maioria das vezes, o pediatra faz o exame de todo o corpo do neném para definir a normalidade geral. O exame do olhinho deve ser realizado nessa fase pelo pediatra. O sangue para o exame do pezinho é coletado nos primeiros dias de vida. O teste da orelhinha também pode ser providenciado nos primeiros dias de vida. O exame pediátrico qualificado dispensa o exame da linguinha e o cardiológico ambos realizados por especialistas.

Caso contrário, se a condição geral do bebê não estiver boa (score de Apgar abaixo de 5), o pediatra deve agir rapidamente para garantir a pronta recuperação.

QUAIS VACINAS DEVEM SER LOGO APLICADAS?

BCG e Hepatite B devem ser aplicadas na maternidade. Se não for possível, os pais têm até 30 dias para aplicar as duas vacinas no seu bebê.

E QUAIS DOCUMENTOS LEGAIS A CRIANÇA DEVE RECEBER?

Para o registro de nascimento na maternidade, os pais deverão levar seus documentos e o registro de nascido vivo emitido pela própria maternidade ao funcionário do cartório presente no ambiente hospitalar. O citado funcionário enviará os dados ao cartório para registrar o nascimento e emitir a certidão de nascimento assinada eletronicamente. O funcionário receberá o documento online, imprimirá, assinará e fixará o selo oficial. A certidão de nascimento é entregue na hora e o documento já sai com o número do CPF. A autenticidade e segurança ao processo são garantidas pelo uso de certificação digital e fiscalizados pelas corregedorias de Justiça. No registro cartório, o pai deverá levar a declaração de nascido vivo para o registro da certidão de nascimento.

QUANTO TEMPO PERMANECER NA MATERNIDADE?

No parto fisiológico, normal, em que a criança nasceu em perfeitas condições, a alta pode ser dada precocemente, após 24h a 48h do parto. Nas outras situações, como no parto cesáreo, no nascimento de criança prematura e em várias outras esse prazo é diferente.

COMO PROCEDER COM O BEBÊ EM CASA?

Além de seguir o instinto maternal, de procurar cumprir o que foi aprendido nos cursos para gestante e em outras fontes, vale o apoio de um familiar que vivenciou essa experiência. A amamentação livre ao peito é a principal tarefa. Há profissionais que vão a domicílio para apoiar o pleno sucesso da nutrição no peito da mãe.

E O CONTATO COM O PEDIATRA?

Sempre pensando num modelo ideal, ao ter alta da maternidade, a mãe deve ter o nome e os contatos do pediatra que a ajudará daí para a frente. É sempre útil o telefone do médico assistente ou do posto de saúde para o aconselhamento nas dúvidas. O principal aspecto, ao longo dos primeiros dias de vida, é ter certeza de que a alimentação ao peito está garantindo o ganho desejável de peso do bebê. E as pesagens semanais, na mesma balança, nas mesmas condições (bebê sem roupa) são o mecanismo ideal para ter certeza de que a criança está tendo ganho satisfatório de peso. Tudo isso, preferentemente, com a participação do pediatra.

DEVEMOS CONTRATAR ENFERMEIRA OU CUIDADORA?

O ideal é que os bebês sejam cuidados pelas mães apoiadas por outros familiares. Mas, infelizmente, isso atualmente não é visto com frequência. O parto cesariano e pouca disponibilidade dos familiares quase que obrigam a contratação de profissionais. As pessoas contratadas devem ser qualificadas e ter uma razoável experiência com bebês. Isso é facilmente comprovado com uns dois ou três telefonemas para as patroas anteriores. A enfermeira ou a cuidadora deve aceitar as orientações dos pediatras e devem acatar as ordens e supervisão exercidas pelas mães.

DEVEMOS OUVIR A EXPERIÊNCIA DAS AVÓS E DAS TIAS?

Falamos antes que o melhor modelo para cuidar dos bebezinhos é centrado nas mães e nos familiares, mas essas pessoas experientes podem adotar práticas equivocadas e não aceitas pela pediatria. Assim, é importante que as orientações clássicas da pediatria sejam definidas pelos médicos que cuidam dos recém-nascidos e que as avós e as titias "experientes" cumpram essas condutas.

DEVEMOS MANTER UM ELEVADO NÍVEL DE ATENÇÃO?

Sim. Mas sem "neuras". As crianças normais, frutos de gravidezes e de partos normais, e que nasceram muito bem não devem apresentar problemas importantes. Mas podem apresentar pequenas dificuldades e os medos são até benéficos. Implicam atenção, em "desconfiômetro" ligado. Recomendamos que, principalmente nos primeiros tempos da vida, e em toda a infância e adolescência, vocês se mantenham alertas, desconfiadas, vigilantes. As crianças novinhas podem ter apneias — paradas da respiração —, golfadas, vômitos e outros pequenos probleminhas que precisam de atenção. O medo excessivo, o receio de eventos graves e o de morte, que faz com que as mães não assumam os filhos e as levam a contratar as "enfermeiras" especialistas em bebezinhos, é maléfica.

COMO DEVEMOS PREPARAR O QUARTINHO PARA RECEBER OS BEBÊS? QUAL A MELHOR POSIÇÃO PARA O BEBÊ DORMIR? DORMIR NO QUARTO DOS PAIS? POR QUANTO TEMPO?

Esses assuntos estão discutidos no capítulo *Morte Súbita*, neste livro.

COMO CUIDAR DA PELE E COMO PROCEDER EM RELAÇÃO AO BANHO?

Destacamos que a pele dos bebês:

- No fim da gravidez e nos primeiros dias de vida, a pele é recoberta pelo vérnix caseoso. É material gorduroso que exerce diversos papéis benéficos.

- É mais fina e menos resistente que a do adulto e tem reduzida capacidade de produzir gordura e suor, o que a torna mais susceptível às infecções. Produz melanina de forma lenta e é mais sensível aos raios ultravioletas. Também tem maior tendência ao aparecimento das erupções cutâneas.
- Precisa ser mais bem cuidada, em geral, um banho por dia é suficiente para os recém-nascidos, mas é necessário o asseio a cada troca de fraldas. O excesso de banhos e, sobretudo, do uso do sabonete poderá contribuir para o ressecamento de sua pele. O ideal são os banhos de imersão, com água morna, testada com o dorso da mão e sabonete neutro glicerinado. Atenção especial deve ser reservada ao asseio das dobras, axilas, pescoço e genitais.
- Deve ser cuidada por pessoas que lavam bem as mãos antes e depois de fazer o asseio e trocar os bebês, sejam delicadas e evitem esfregar a pele, mudam as fraldas com frequência, inclusive à noite, lavam as roupinhas de algodão com sabão de coco e não usam alvejantes, amaciantes e outros produtos que não sejam específicos para bebês, empregam loção hidratante específica, evitam loções, óleos ou talcos de forma rotineira, usam os cremes apropriados para prevenir as assaduras, transformam o banho num momento de prazer, de relaxamento e de interação humana.

DEVE-SE EVITAR BANHO DE SOL NOS PRIMEIROS 6 MESES DE VIDA?

Recentemente, a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) vem orientando os pediatras para que não recomendem o banho de sol aos bebês antes dos 6 meses de vida, assim como prescrevam vitamina D nos 2 primeiros anos de vida. Essa orientação foi baseada na maior sensibilidade da pele dos bebês aos raios ultravioletas (UV) e a possíveis riscos de câncer de pele no futuro. Entretanto, nenhum estudo comprovou isso até hoje.

Além disso, deve ser lembrado que a irradiação solar não é exclusivamente composta pelos raios UV. A irradiação solar promove muitos benefícios para a vida: síntese da vitamina D (essencial para o crescimento dos bebês e a maior velocidade de crescimento do ser humano ocorre justamente nesse período dos primeiros seis meses de vida), determina o biorritmo, aumentando o bom astral das pessoas e evitando a depressão, melhora a imunidade, diminui o risco de doenças alérgicas, baixa a pressão arterial, além de muitos outros efeitos, alguns ainda desconhecidos segundo alguns cientistas.

Banho de sol é mais do que banho de sol. Também implica no contato com a natureza, com os estímulos possíveis do sair de casa para uma "voltinha" no bairro, para ouvir o latido de um cão, para receber um bom dia da vovozinha que faz sua caminhada às 6h. É um banho de vida. Esse momento é excelente para um criativo papo com o cuidador. Assim banho de sol não deve ser no carrinho. Deve ser no colo e com alguém que faça uma narrativa sobre o que está sendo vivenciado: "olhe que bela árvore", "veja que mangas lindas". Assim banho de sol não é dentro de casa, é numa praça, numa rua calma, na beira do mar. Quando o bebê estiver mais pesado, o carrinho ajuda.

Acrescente-se ainda que a recomendação de oferecer vitamina D sob a forma de medicamento, aos bebês privados do banho de sol, não tem seus efeitos comparados ao da vitamina D natural, produzida pelo efeito do sol sobre a pele. Ainda mais, parece uma medida totalmente desnecessária oferecer vitamina D para um bebê que está apenas recebendo o leite materno. A não ser que a natureza tenha se enganado nesses mais de 200 mil anos de existência do *homo sapiens*. O mais provável é de que se trate de mais uma influência desmedida da indústria farmacêutica.

O que deve ser evitado é o excesso de raios UV (irradiação acima de 2 a 3 index de UV), o que ocorre em nossa região, habitualmente, após as 8 horas da manhã. Nesses casos, o sol começa a provocar eritema cutâneo, dependendo da cor da pele. O sol pela manhã, cedinho, antes da 8h, tem sido considerado como seguro e não requer proteção, seja através de creme protetor ou roupa.

COMO CORTAR AS UNHAS DO BEBÊ DE FORMA SEGURA?

As unhas dos recém-nascidos devem estar sempre curtas e lisas para evitar que se arranhem. Devem ser cortadas em linha reta, com pouca profundidade. Recomendamos que aproveitem o momento de sono do bebê para o corte. Quando acordado ou chorando, o recém-nascido se movimenta e podemos acabar por machuca-lo. Para evitar cortar a pele embaixo da unha, orientamos que pressione a parte de baixo do dedo contra a unha no momento do corte. O corte convexo é inadequado sendo a causa mais comum da unha encravada. Usem uma tesourinha apropriada e exclusiva do bebê.



Fonte: Heitor Mota (2025).

VOCÊS RECOMENDAM O USO DE TALCOS, CREMES E POMADAS?

Algumas doenças podem ocorrer face ao uso de produtos como os citados na pele dos bebês. Talcos, cremes, pomadas e colônias são usados com a finalidade de evitar "assaduras" e para que os nenéns fiquem cheirosos. Algumas crianças vêm ao consultório com a pele do períneo cobertas de pomadas e os médicos têm dificuldade

de examinar. Dermatites de várias naturezas, inclusive as alérgicas, soldadura dos pequenos lábios nas meninas, rinites e outros quadros respiratórios são potencialmente causados pelo uso desses produtos. A não ser que o médico oriente, o asseio corporal de todas as regiões, inclusive da área das fraldas, é com o mínimo de artificialismos, de cremes, pomadas, talcos. O capítulo sobre a pele trata do tema.

E OS LENCINHOS UMEDECIDOS?

Os lencinhos umedecidos são práticos e a maioria das mães não relata problemas com seu uso. No entanto, não devem ser usados de rotina. A rotina é usar água e sabonete para higienizar o bumbum. Essa recomendação é, sobretudo, importante nas crianças com menos de seis meses de idade. Nelas, a pele é muito delicada e o uso de muitos produtos pode ocasionar reações cutâneas o que é mais visto com o uso dos perfumados. Os lencinhos devem ser usados quando não for possível ou não for prático fazer a higiene dos bebês com água, por exemplo, no carro, num passeio ou em outras situações desse tipo.

E AS CHUPETAS E AS MAMADEIRAS? E OS CONSELHOS SOBRE A AMAMENTAÇÃO? E AS GOLFADAS? E A FIMOSE DO MEU GAROTO? E A ICTERÍCIA?

Consultar capítulos sobre os temas, neste livro.

MEU BEBÊ EVACUA MUITAS VEZES, ISSO É NORMAL?

Em 95% dos bebês normais, o mecônio é eliminado nas primeiras 24 horas de vida. Se isso não ocorrer, deve-se investigar a causa. Aos poucos e à medida que se consolida a amamentação, o mecônio vai mudando de coloração, dando lugar a fezes amarelo-ouro, comumente líquidas e explosivas, com odor característico e que são eliminadas logo após as mamadas. Portanto, é normal que os bebês evacuem, nas primeiras semanas, seis ou mais vezes por dia. Mais adiante, a frequência das evacuações vai diminuindo e, por vezes, as crianças ficam alguns dias até uma semana, sem defecar, sem que isso represente anormalidade. Portanto, em ambas as situações, não há motivo para estresse.

A RESPIRAÇÃO DA CRIANÇA NOVINHA É DIFERENTE?

Sim, a respiração dos bebês é mais rápida e apresenta um ritmo que varia ao longo do dia e das atividades (mamando, dormindo, chorando, etc.). Esse tipo de respiração é conhecido pelo nome de “respiração periódica” e caracterizado por uma alternância de momentos de respiração lenta e superficial com outros de frequência rápida e movimentos respiratórios mais profundos. Isso é comum nos primeiros meses de vida e deve ser considerado como normal. Nesse tipo de respiração as crianças chegam a passar entre 5 a 10 segundos sem respirar.

Os bebês respiram cerca de 30 até 60 vezes por minuto, enquanto um adulto tem uma frequência respiratória por volta de 20 incursões respiratórias por minuto (irpm). Isso se deve a várias razões. Inicialmente, a imaturidade do sistema nervoso central, no caso, o tronco encefálico, localizado entre a medula e o cérebro e que é o órgão que controla a respiração. Em segundo, o maior metabolismo do bebê, pois é um ser em crescimento rápido e necessita maiores quantidades de oxigênio e nutrientes. Em terceiro, a musculatura respiratória ainda não está bem desenvolvida e, por isso, a caixa torácica se expande pouco e há necessidade de usar então a musculatura abdominal (observem que quando o bebê respira a sua barriguinha sobe e desce e a caixa torácica não se expande tanto com em uma criança maior ou um adulto). Por fim, o pulmão ainda se encontra em formação, ou seja, é imaturo e necessita captar maiores quantidades de oxigênio para distribuir por todo o corpo humano.

O CORAÇÃO DO BEBÊ BATE MAIS RÁPIDO?

Sim, cerca de 120 a 160 batimentos por minuto (bpm), enquanto no adulto o normal é entre 60 a 80 bpm. Essa frequência cardíaca no bebê ainda pode ser mais alta nos momentos em que está chorando, sentindo dor ou com algum outro desconforto. Por outro lado, diminui durante o sono e nos momentos de calmaria.

QUAL A RAZÃO DE A CRIANÇA NOVINHA FICAR COM AS UNHAS ARR0XEADAS?

Nos primeiros momentos de vida, a criança geralmente apresenta as extremidades, unhas, arroxeadas. Isso ocorre por uma reação dos vasos que se contraem nas extremidades, habitualmente devido a uma temperatura mais baixa, ou seja, frio. O calor dilata os vasos e o frio os contrai.

Por sinal, precisamos lembrar que as salas de parto de nossas maternidades dispõem de ar-condicionado e toda a equipe de profissionais está paramentada adequadamente. Por isso, muitas vezes, a equipe não percebe que a temperatura da sala está baixa (20Co) para o bebê. Não podemos esquecer que o bebê nasce sem nenhuma roupa e vem de um lugar bem quentinho, o útero materno, onde estava banhado pelo líquido amniótico bem morninho, cerca de 36 C.

ALGUMA OBSERVAÇÃO ESPECIAL SOBRE A MICÇÃO DA GAROTINHA E DO GAROTINHO NOVINHOS?

Um bebê urina entre 15 a 20 vezes por dia. A urina deve sair clara como a água. Quando fica amarelada e/ou a criança urina menos vezes, pode ser um sinal importante que o bebê precisa de uma maior ingestão de água pois ele pode estar se desidratando.

Uma outra observação é que o jato da urina deve ser forte, tanto no garotinho como na garotinha. Em especial, no garotinho, deve chegar a molhar quem está na

frente. Isso é importante que os pais constatem, observando seu bebê urinar sem fralda. A presença de dificuldade para emissão da urina ou a micção em gotas ou com jato fraco pode indicar obstrução (estenose uretral ou fimose extrema) que necessite intervenção precoce.

MINHA NENÉM APRESENTA SECREÇÃO VAGINAL COM SANGUE. O QUE SERÁ?

A presença de fluxo vaginal mucoso ou sanguinolento e o ingurgitamento mamário, que também pode ocorrer nos meninos, resulta da influência de hormônios maternos nos recém-nascidos. Não raro, observa-se até secreção láctea, conhecida como leite de bruxa. Nunca tente espremer as mamas para eliminar essa secreção. Fiquem tranquilas, pois com o tempo esses achados vão desaparecer. No entanto, se as mamas se apresentarem dolorosas e com vermelhidão, entrem em contato com seu médico, pois pode ser mastite.

SEMPRE TEREMOS MUITAS DÚVIDAS?

Na medida exata, o medo de que algo está errado é produtivo e permite a montagem de um esquema para proteger os bebezinhos na fase em que eles mais precisam. O excesso de medo é danoso. Evidentemente, não existem fórmulas mágicas, mas certamente as boas orientações, a adequada assistência familiar e a boa assistência pediátrica serão de grande valia e lhes darão mais segurança e tranquilidade. Mais algumas dicas:

- Amamentem seus filhos, de forma exclusiva, nos primeiros seis meses. Lembrem-se de que amamentar, a par das inequívocas vantagens intrínsecas do leite humano, é, antes de tudo, um ato de amor.
- Acompanhem o crescimento e o desenvolvimento dos seus filhos, comparecendo regularmente às consultas de puericultura, sigam as recomendações médicas, procurem criar um vínculo estável com os pediatras que cuidam dos seus filhos e informem a eles sobre todas as suas dúvidas. Levem suas crianças a um serviço confiável de emergência sempre que ocorra uma situação que pareça mais importante e evitem automedicação.
- Mantenham o calendário vacinal das crianças em dia.
- Tenham confiança, mas sempre desconfiando. Sigam esses preceitos e com o instinto materno, dom sublime e inato das mães, vocês não terão maiores dificuldades de propiciar a seus filhos as condições necessárias para uma saúde completa.

COMO DEVEMOS CUIDAR DO EMOCIONAL?

É mais fácil programar e executar os cuidados com as roupinhas, higiene, quarto, alimentação e vários outros aspectos que envolvem o bem-estar físico do que

programar e executar atos que objetivam o bem-estar psíquico. Mas não vamos ser omissos e vamos recomendar alguns pilares dessa atenção:

- Mães e pais devem estudar, debater, conversar com os mais experientes, ler e comparecer a reuniões, tudo isso para a montagem de um ambiente emocional adequado, desde as fases muito iniciais do projeto de maternidade/paternidade e, sobretudo, desde o princípio da vida pós-natal. Os pais devem estar plenamente cientes de que as crianças novinhas são seres sensíveis e afetivos, elas têm desejos e vontades, percebem, ouvem, veem, amam, sofrem, sentem dor, fome, frio e calor, ficam frustradas, sentem-se protegidas ou abandonadas. Sem dúvida, deve ser terrível nascer e não sentir afeto, carinho, atenção, calor humano, contato físico, proteção contra frio, calor, fome e outros desconfortos, sorrisos, palavras doces, cantigas de ninar, atenção no meio da noite, fralda sequinha, bumbum limpinho, o doce ninar de um colo amigo e o inesquecível sono embalado numa cadeira de balanço.
- Família planejada que produz gravidez e parto programados são um bom início para o bem-estar psicológico. Isso envolve a escolha do parceiro, do melhor momento para a gravidez e de outras variáveis. Envolve a escolha dos profissionais que auxiliarão na tarefa de gestar e parir, do tipo de parto — seguramente o parto natural permite maior vivência emocional do que o parto cesariano marcado — do hospital e de vários outros aspectos que cercam essa fase. Passa também pelo envolvimento dos avós e dos outros familiares.
- É fundamental planejar a amamentação desde cedo, até mesmo antes da gestação, para aumentar as chances de sucesso. Entre todos os cuidados com o bebê, a amamentação é um ato que expressa amor profundo, doação, atenção e carinho, sendo o cuidado mais importante para a construção do bem-estar emocional da criança. No entanto, é essencial ressaltar que, mesmo quando a amamentação não é possível, as mães podem oferecer todo o carinho, dedicação, amor, atenção, afeto e segurança necessários por meio da alimentação artificial. O vínculo e o cuidado afetivo não dependem exclusivamente da forma de alimentar, mas da presença e do acolhimento que a mãe proporciona.
- Escolha adequada das cuidadoras que, além de serem selecionadas para prestar cuidados com o corpo, devem estar aptas a dar carinho.
- Seguramente, na estruturação desse ambiente emocional favorável, deve estar bem presente a importância de rotinas de sono, alimentação, higiene, vestuário, banhos de sol e outros aspectos que serão importantes por toda a vida e mais bem aceitos se começados precocemente.

13.5 CUIDADOS COM O UMBIGO

O QUE ACHAM SOBRE A CONSERVAÇÃO DO SANGUE DO CORDÃO?

Sugiro a leitura do texto É inútil guardar célula-tronco em bancos privados de cordão (https://www.crmpr.org.br/E-inutil-guardar-celulatronco-em-bancos-privados-de-cordao-13-16202.shtmL).

Ou ainda esse trecho: "conforme o diretor da Associação Brasileira de Hematologia, Hemoterapia e Terapia Celular (ABHH), Alfredo Mendrone, explicou ao portal da EBC, a única indicação precisa, absoluta e definida na literatura para a célula-tronco é no transplante de medula óssea. Segundo ele, todas as outras utilizações, em regeneração de tecidos e em terapia celular, ainda são experimentais. De acordo com nota da ABHH, os bancos privados de sangue de cordão têm alimentado um comércio baseado em propaganda enganosa, uma vez que vendem a ideia de que com esse ato é possível garantir qualidade de vida e salvamento em casos de doenças no futuro. Segundo a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), das mais de 90 mil bolsas de sangue de cordão umbilical e placentário armazenadas nos bancos privados, apenas duas foram empregadas para uso terapêutico, ao longo do ano de 2013. Se for considerado o retrospecto de dez anos de armazenamento privado no Brasil, foram utilizadas para terapia 13 unidades, destas, apenas cinco para uso do próprio bebê" (https://www.saude.rj.gov.br/viver-melhor/noticias/2017/01/sangue-do-cordao-umbilical-vale-a-pena-armazenar).

Mais ainda: a divulgação e a propaganda maciças dos bancos de sangue de cordão umbilical que visam ao lucro e que oferecem armazenamento exclusivo para a família, tentando convencer os pais que eles podem ajudar seus filhos comprando um "seguro biológico" podem ser traduzidas pelas seguintes palavras: não faz o menor sentido. (http://soperj.com.br/armazenamento-de-sangue-do-cordao-umbilical-indicacoes/).

COMO É O CORDÃO UMBILICAL NO NASCIMENTO?

No nascimento, o cordão é amolecido, gelatinoso, de coloração branco-azulada. É possível visualizar os vasos sanguíneos no seu interior. Logo após o nascimento, o coto umbilical muda de cor, vai ficando enegrecido, endurecido e mais fino (desidratação, mumificação). O processo pode ser mais lento ou mais rápido. No local em que o coto se fixa na pele é onde ocorrem as alterações para a queda. Nesse local, nada é notado nos bebês com coto mais desidratado, seco, duro. Não se nota secreção e nem cheiro, e a queda se processa, usualmente, entre o quinto e o décimo dia de forma inesperada. Nos outros bebês, onde a desidratação não é tão intensa e o coto é úmido e amolecido é possível notar alguma secreção em geral clara, até com um pouco de sangue, e odor desagradável. Mas isso nada significa nada de especial e quando surgem esses últimos dados, a queda deve estar próxima.

TODOS OS UMBIGOS SÃO IGUAIS?

Há dois tipos básicos: o gelatinoso em que todo o coto é constituído desse material e dos vasos; o cutâneo em que existe pequena porção cilíndrica de pele da parede abdominal antes do início do cordão gelatinoso.

O QUE É A PINÇA PLÁSTICA QUE VI NO UMBIGO DE UMA CRIANCINHA?

A laqueadura do cordão pode ser feita com fita de algodão ou de outro material, com um anel elástico, ou com uma pinça plástica que é atualmente o mecanismo mais usado. Após isso é providenciado o corte do cordão. Depois de dois dias do nascimento, se a mãe ainda está na maternidade, a pinça pode ser retirada. O ideal é que a criança vá para casa sem ela. Mas se for, não há problema. Talvez apenas dificulte um pouco os cuidados com o coto. Alguns pediatras tiram a pinça se a visita ao consultório for feita nos primeiros dias após o nascimento. Não há problema especial se a pinça é deixada até a queda do coto.

COMO CUIDAR DO COTO?

No hospital, as enfermeiras banham os bebês, enxugam e aplicam um pouco de álcool a 70% na base do coto. Não cobrem com gaze e não colocam a famosa cinta que as nossas vovós usavam. Na casa, a orientação é retirar a pinça, evitar cobrir o coto com gaze, faixa ou com outro material, manter o umbigo exposto, para fora da fralda, secar o coto após o banho com gaze esterilizada, lavar bem as mãos, levantar delicadamente o umbigo pela extremidade livre — sem receio, pois é indolor — e tocar o local onde o coto encontra a pele com cotonete embebido em álcool a 70%, repetindo duas ou três vezes ao dia. Após o banho é obrigatória essa higiene.

E O USO DE REMÉDIOS ANTISSÉPTICOS, POMADAS, CREMES?

Nada disso está indicado. Podem inclusive ser maléficos.

O ÁLCOOL É IMPORTANTE?

É discutível a indicação do álcool. Mas a aplicação dessa substância é o cuidado mais simples. O álcool ajuda a desidratar o coto umbilical, o que pode apressar a queda. Os outros animais cortam o umbigo com os dentes ou ele se rompe naturalmente logo após o parto. E nada há, nem sangramentos. E não tocam o umbigo dos seus bebês com álcool e tudo fica bem. Nós, os humanos, somos mais complicados. Há médicos que nada indicam para o curativo do coto.

QUANDO SABEMOS QUE HÁ DOENÇA?

Não existe doença quando o cordão está amolecido, úmido e com secreção na base, mesmo com um pouco de sangue, e com cheiro desagradável. Quando existem essas condições, a recomendação é continuar com os cuidados rotineiros que a queda do coto se processará sem dificuldades. A onfalite, infecção da pele ao redor do coto umbilical, é uma doença que merece atenção. Existe onfalite quando há vermelhidão na pele (celulite) ao redor do umbigo. É comum, ainda, a ocorrência de inchação e secreção purulenta. Febre e decaimento geral indicam doença mais significante. O tratamento é com antibiótico. O médico deve ser ouvido quando a mãe tem dúvida sobre o aspecto do coto umbilical.

O QUE OCORRE APÓS A QUEDA DO COTO?

Após a queda do coto ainda são notados restos do processo normal. Ainda é possível observar a existência de um material esbranquiçado, úmido, que molha a fralda, no local onde estava implantado o umbigo. Isso não tem significado especial e faz parte do processo de cicatrização. Em poucos dias, a cicatrização é completa e o local fica seco e sem cheiro. Assim, poucos dias após a queda do coto, todo o processo está findo. Tudo dura menos de 15 dias. Se a secreção persiste por vários dias, o médico deve ser avisado. A cicatriz habitualmente é mais pigmentada que a pele normal ao redor do umbigo. Isso chama a atenção, mas não tem valor.

QUAL O PRAZO MÁXIMO PARA ESPERAR QUE O COTO CAIA?

A maior parte dos cotos cai na primeira semana de vida. É incomum observar cotos que permanecem até 15 dias de vida. É um sinal de alerta para algumas doenças quando o coto não cai nos primeiros 30 dias após o nascimento.

COMO FAZER PARA QUE O UMBIGO FIQUE BONITINHO?

Os mecanismos naturais de retração dos vasos umbilicais é que puxam a cicatriz para dentro produzindo o umbiguinho que todos queremos. Quando o coto cai, a cicatriz é plana e só ficará invertida tempos após. Esse processo ocorre com o passar dos meses. É só esperar. Também é a natureza que define a aparência final da cicatriz umbilical. Se o umbigo é do tipo gelatinoso, a tendência é que a cicatriz fique em pouco tempo com o aspecto que aprendemos a admirar. Se o umbigo é do tipo cutâneo, a cicatriz não deve ter, em pouco tempo, o aspecto que conhecemos e desejamos.

OUVI UMA MÃE DIZENDO QUE OS MÉDICOS NÃO CORTATAM BEM O UMBIGO!

O profissional corta o umbigo para que o coto fique com aproximadamente 5-7 centímetros. Essa secção do umbigo não tem relação com a forma final da cicatriz

umbilical, nem com hérnias, nem com outro problema umbilical. Na maioria dos bebês, o umbigo é gelatinoso e neles a cicatriz é plana com a parede do abdome e agradável aos olhos. Quando o umbigo é do tipo cutâneo, a cicatriz não fica plana com a parede abdominal. Ela ocorre nesse excesso cilíndrico de pele e é esteticamente menos agradável. Com o passar dos meses, essa abundância de pele desaparece e o aspecto do umbigo passa a ser igual ao outro. Mas algumas vezes, após anos, isso não ocorre e o cirurgião pode ser chamado para eliminar o excesso de pele.

EXISTEM DOENÇAS DO UMBIGO E DO COTO UMBILICAL?

Citamos os principais problemas:

- Acontecem alterações da estrutura da placenta e do próprio umbigo. O pediatra que assiste a criança no momento do parto deve examinar com critério esses órgãos. Anomalias dos vasos sanguíneos do umbigo e da placenta são importantes pistas para alguns problemas da saúde do nenêm.
- Ocorrem frequentemente hérnias umbilicais, mas raramente ocorrem doenças importantes como a onfalocele, que é um grave defeito da parede abdominal.
- Existem ainda as onfalites, já referidas no nosso debate, e um outro tipo especial de infecção o granuloma umbilical. Poucas vezes, a cicatrização não se completa totalmente e resta um resíduo de inflamação que caracteriza o granuloma umbilical. Alguns dias após a queda do coto umbilical, já se pode observar o granuloma em formação que quando bem definido se apresenta como uma bolinha brilhante, úmida, indolor, lá no fundo da cicatriz umbilical. O pediatra diagnostica e trata com facilidade.
- Existem, raramente, doenças em que parte do corpo (intestino, por exemplo) se comunica com o exterior por um canal anormal (fístulas) e isso pode ocorrer na região umbilical. Nesse caso, a criança está sempre com o umbigo molhado, com secreção, com algo que chama a atenção. O caminho é falar com o médico.

E AS HEMORRAGIAS DO UMBIGO?

Eram ocorrências relativamente comuns, junto com hemorragia em outros locais do corpo, até no cérebro, antes da descoberta do papel da vitamina K usada para evitar esses problemas. Hoje é norma nas maternidades dar essa vitamina aos bebês que acabaram de nascer, principalmente nos de risco, como os prematuros. Logo, as hemorragias desse tipo não são vistas como antes.

E O TÉTANO DO UMBIGO?

O tétano no recém-nascido é uma doença em extinção. Infelizmente, ainda é uma ocorrência em certas regiões muito pobres, onde as gestantes não são vacinadas e onde ainda se empregam teia de aranha, esterco, pó de café e outras coisas estranhas

no coto umbilical. Toda gestante deve cuidar da vacinação para evitar que ocorra o tétano neonatal. É evidente também que os partos devem ocorrer em ambientes higienizados e que boas práticas devem ser oferecidas para evitar o tétano neonatal e outras importantes enfermidades.

GOSTARIA DE SABER MAIS SOBRE A HÉRNIA DO UMBIGO.

Com certa frequência, ocorre a hérnia umbilical. É mais vista nos prematuros (até 80%) do que nos bebês nascidos na época certa (cerca de 20%). Aos 5 anos, a frequência do evento cai para cerca de 5%, sem tratamento médico. Ressalte-se: de forma natural sem tratamento médico. A hérnia, como a percebemos, uma protusão na região do umbigo, decorre de um defeito nos componentes da parede abdominal nessa região.

COMO É O TRATAMENTO DA HÉRNIA? O BOTÃO AJUDA?

A retração dos vasos sanguíneos inverte a cicatriz umbilical. É assim também que a natureza corrige as hérnias na maior parte das crianças. A redução da frequência da hérnia — 20% ao nascimento para 5% lá pelos 5 anos de idade — é um processo natural. Se o orifício herniário for grande, de dois ou mais centímetros, a possibilidade de a hérnia desaparecer totalmente é menor. Os pediatras que têm grande experiência seguramente já notaram enormes hérnias umbilicais que desapareceram naturalmente. Muitas pessoas pensam poder ajudar a natureza com o uso de botões ou sementes. Esses produtos são envolvidos em tecido para tornar o contato com a pele mais agradável, comprimidos contra a pele e fixados com adesivo ou com faixas. Ai de nós médicos para contestar a observação popular. Muito agrada às vovós e às babás, muitas vindas do interior, a sapiência do "doutor" que admite esse tipo de tratamento, que usualmente não é maléfico. Mas esses procedimentos devem causar certo desconforto, sobretudo, num clima quente como o nosso e os adesivos podem causar irritação cutânea local, as dermatites de contato, que, algumas vezes, impedem ou dificultam o uso. O cirurgião corrige algumas hérnias, ainda existentes e importantes, habitualmente após os 3 anos de idade.

13.6 FONTANELAS E SUTURAS CRANIANAS

O QUE SÃO AS SUTURAS E FONTANELAS? PARA QUE SERVEM?

Nos primeiros anos de vida, os ossos do crânio estão separados por tecido não ósseo que compõe as suturas — separam dois ossos — e as fontanelas — separam três ossos. Nessa idade, o crânio não é rígido, é maleável, tem certa plasticidade. Isso facilita o parto vaginal e o crescimento do cérebro. Após alguns anos, os ossos cranianos se soldam e constituem numa estrutura única, óssea, rígida, compacta, dura, com pouca plasticidade. Nos recém-nascidos, são bem marcantes as diferenças entre o crânio dos adultos e o das crianças. As figuras ilustram bem o assunto. É pos-

sível constatar as suturas que existirão pela vida afora completamente ossificadas. Também são visíveis as fontanelas e a maior é a moleira. Todas desaparecem com o processo de ossificação da calota craniana.

EXISTEM VÁRIAS FONTANELAS?

Existem, mas a anterior ou grande fontanela, a moleira, é que chama a atenção dos familiares e que tem importância maior na clínica pediátrica. É fácil observar que a fontanela anterior varia de tamanho entre as crianças. Essa variação é normal e habitualmente sem valor. Nas prematuras, as fontanelas e as suturas são mais amplas e mais facilmente perceptíveis.

QUANDO A MOLEIRA REALMENTE DESAPARECE?

A moleira vai diminuindo de tamanho e desaparece até os 2 anos de idade. O mesmo ocorre com todas as fontanelas menores e com todas as suturas que gradativamente vão sendo ossificadas. A outra fontanela mais importante, a posterior, é ossificada mais cedo, antes dos seis meses de idade.

E SE A MOLEIRA DESAPARECE PRECOCEMENTE?

Falamos várias vezes que todas as crianças deveriam ter assistência pediátrica contínua e organizada. Assim, os pediatras poderiam monitorar vários aspectos das modificações físicas, comportamentais e psicológicas vividas por elas. As modificações do perímetro cefálico e do tamanho da "moleira" são itens essenciais. O aumento do perímetro cefálico significa aumento do cérebro e ocorre segundo um programa conhecido que é acompanhado com o gráfico de crescimento do crânio. Se a fontanela anterior parece pequena e o crescimento do perímetro cefálico continua normal, é pouco provável que exista doença. Se a fontanela parece pequena e o crescimento do perímetro cefálico é anormal, há necessidade de diagnosticar o que está ocorrendo. Se ocorrer redução do crescimento do perímetro cefálico mesmo com a fontanela ampla, há necessidade de buscar anormalidades.

O MESMO OCORRE COM AS SUTURAS?

As suturas e as fontanelas menores estarão ossificadas antes dos 2 anos. A aceleração do processo pode impedir o crescimento do cérebro, produzir lesão cerebral e ocasionar deformidade craniana.

ISSO PODE SER GRAVE?

Pode ser grave. Existem doenças chamadas cranioestenose ou craniossinostose que decorrem do fechamento de uma ou mais e até de todas as suturas. A consequ-

ência é o aprisionamento do cérebro que não cresce normalmente. O diagnóstico e o tratamento devem ser precoces.

COMO É DIAGNOSTICADO ESSE PROBLEMA?

O mais importante é a medida repetida do perímetro cefálico e o acompanhamento do seu gráfico de crescimento. O médico pensa em doença quando o gráfico mostra que a circunferência parou de crescer ou está crescendo menos do que o previsto. É nos primeiros 2 anos de vida, quando o cérebro cresce intensamente, que a avaliação do perímetro cefálico é de extrema importância. Outros aspectos que chamam a atenção para a existência do fechamento das suturas são as deformidades do crânio. Raio-X convencional e tomografia computadorizada são úteis no diagnóstico.

O QUE CAUSA O PROBLEMA?

Muitas vezes, a causa não é estabelecida. Outras vezes, é possível chegar ao diagnóstico. Algumas drogas usadas na gravidez podem causar o problema, como é o caso do uso do valproato de sódio, remédio indicado para certos quadros convulsivos. Infecções maternas na gravidez, excesso de vitaminas e outras drogas usadas durante a gestação têm sido vinculadas ao problema.

COMO É O TRATAMENTO?

A conduta indicada é cirúrgica, sendo também fundamental avaliar e tratar adequadamente qualquer condição clínica associada ao problema.

OCORRE TAMBÉM O FECHAMENTO TARDIO DAS FONTANELAS?

Ocorre e existem doenças em que isso é notado. Em certas doenças congênitas, é percebido que as suturas e fontanelas são excessivamente amplas e em algumas elas permanecem assim por toda a vida. Em outras, as fontanelas parecem normais, mas o ritmo de desaparecimento é lento. Na síndrome de Down e na deficiência congênita do hormônio da tireoide, isso ocorre. Em algumas doenças surgidas após o nascimento — exemplo: raquitismo por falta de vitamina D — a moleira permanece aberta após os 2 anos de idade.

E QUANDO A MOLEIRA ESTÁ BAIXA?

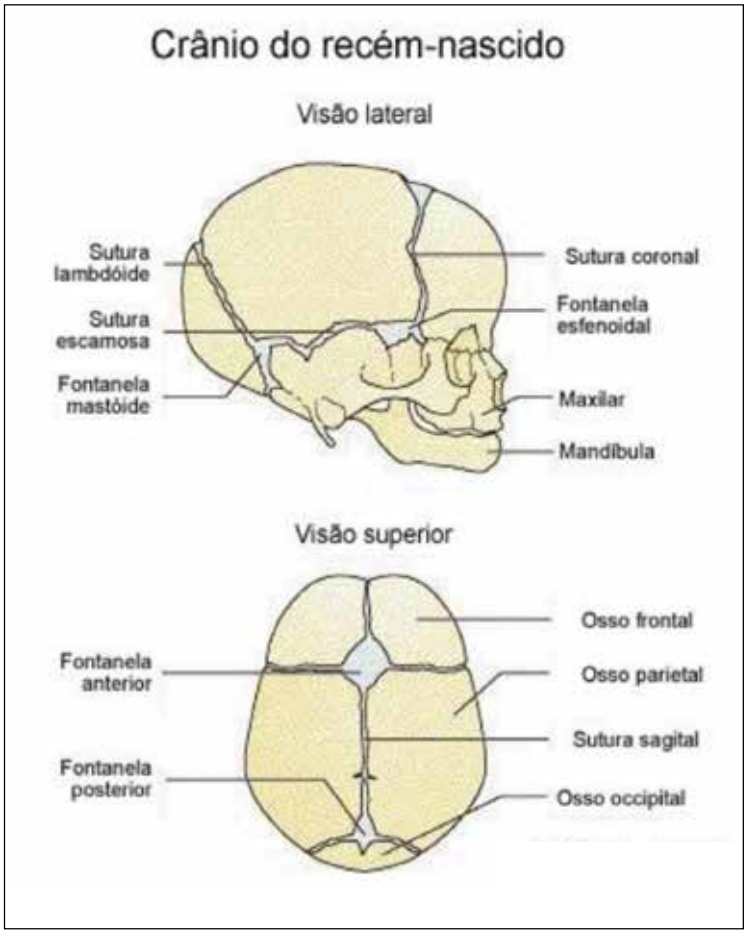
Crianças que estão vomitando, com diarreia, abatidas, com a fontanela baixa, estão desidratadas. Devem ser tratadas rapidamente. Algumas vezes, os familiares notam que a fontanela anterior está um pouco baixa em crianças que não apresentam sintomas. Isso habitualmente não tem valor, mas é sempre bom falar com seus médicos.

O QUE CAUSA A MOLEIRA ALTA?

A meningite é a principal causa. As crianças febris e com sinais de doença importante — vômitos, decaimento, manchas na pele e outros sinais — e com a moleira abaulada devem ser levadas imediatamente ao médico. As doenças que implicam a expansão anormal do cérebro (tumores, no aumento da pressão ou da produção do líquido do cérebro, espinhal, hidrocefalia) isso também ocorre. O excesso de vitaminas A e D também pode levar ao problema. Os médicos devem ser consultados quando o sintoma existe.

E QUANDO A MOLEIRA PULSA?

Os batimentos cardíacos causam esse fenômeno. O aumento e diminuição da fontanela são normais se as crianças estão bem, sem febre, sem vômitos ou outras anormalidades. É prudente relatar o assunto aos médicos. Quando as crianças fazem esforço para vomitar ou para evacuar e quando choram intensamente, a fontanela anterior também fica um pouco saliente.



(FONSECA, I. Exame físico do recém nascido. São Gonçalo,2009. Disponível em: http://www.ebah.com.br/content/ABAAAAMMsAA/exame-fisico-rn. Acesso em: 8 abr. 2012).

13.6.1 ASPECTOS DA LEGISLAÇÃO BRASILEIRA QUE PROTEGE A GESTANTE, A MÃE NOS PRIMEIROS MESES APÓS O PARTO E SOBRETUDO A CRIANÇA

"Os direitos trabalhistas para gestante estão previstos na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) e também pela Constituição Federal, como garantia da proteção e saúde da mulher, mas sobretudo, da criança que por ela está sendo gerada. Provavelmente a licença-maternidade é o mais conhecido desses direitos. Mas além dele, há várias outras normas que devem ser observadas pelos empregadores durante o contrato de trabalho de uma empregada que está grávida.

1- Estabilidade provisória

O Artigo 10 da Constituição Federal proíbe a dispensa arbitrária e sem justa causa da funcionária gestante, desde quando se confirma a gravidez até 5 meses após o parto. Se a gestação é descoberta durante um contrato de trabalho com prazo determinado ou aviso prévio indenizado ou trabalhado, a estabilidade provisória deverá ser respeitada.

Ainda que a empresa só tome conhecimento da condição de sua colaboradora após a rescisão, a estabilidade é devida, devendo a trabalhadora ser reintegrada ao emprego.

2- Reintegração ou indenização

Como mencionado acima, a mulher que descobre a gravidez após uma demissão sem justa causa possui direito à reintegração de sua atividade profissional. Essa garantia busca proteger a mulher e sua criança, uma vez que não será fácil encontrar um novo emprego estando grávida.

No entanto, em algumas situações pode não ser possível reintegrar a trabalhadora, como por exemplo se a função que ela exercia foi extinta. Mas isso não afasta a obrigação da empresa de assegurar sua estabilidade. É aí que entra a indenização substitutiva ou compensatória, que tem o papel de suprir o dever da empresa de proporcionar estabilidade à gestante que foi demitida.

3- Realocação de função

Mulheres que atuam em atividades que ofereçam risco para sua saúde ou da criança podem solicitar mudança temporária de função. A regra também se aplica à lactante. Portanto, havendo comprovação da insalubridade do ambiente de trabalho, a gestante deverá ser transferida para um posto que não ofereça risco, sem prejuízo de sua remuneração e do adicional de insalubridade.

Em situações em que a empresa não tenha postos de trabalho livres de insalubridade, é direito da gestante ser afastada. Assim, o salário-maternidade poderá ser adiantado para a trabalhadora que ficar impossibilitada de exercer seu ofício.

4- Dispensa para consultas médicas

Segundo o Artigo 392 da CLT, é garantida à empregada durante a gravidez, sem prejuízo do salário e demais direitos, a "dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares". Para ter sua falta ao trabalho abonada, basta apresentar o atestado médico ao RH da empresa.

5- Licença-maternidade

Trata-se do período remunerado de 120 dias em que a mulher permanece afastada do trabalho após ganhar seu bebê, e deve ter início a partir do 28º dia antes do parto.

A trabalhadora adotante (que adotar ou obtiver guarda judicial de uma criança ou adolescente de até 18 anos) também tem direito à licença-maternidade com a mesma duração (120 dias).

As empresas cadastradas no Programa Empresa Cidadã devem conceder 180 dias de licença-maternidade, sendo 120 dias pagos pela Previdência Social e 60 dias pagos pela empresa.

As gestantes que atuam no serviço público também têm direito a 180 dias de afastamento.

6- Ampliação do período de repouso

É possível solicitar a prorrogação da licença-maternidade após o nascimento do bebê, pelo período máximo de duas semanas. Para isso, é preciso apresentar atestado médico específico, a ser submetido a avaliação médico-pericial. A prorrogação depende da excepcionalidade do caso, como em situações que envolvam risco para a criança e a mãe.

A trabalhadora gestante que não possui carteira assinada e tem qualidade de contribuinte individual, facultativo ou segurada especial deve apresentar o atestado à perícia médica do INSS para ampliação do período de repouso.

7- Salário-maternidade

O salário-maternidade é justamente a remuneração que a gestante ou adotante recebe durante a licença.

A segurada que possui vínculo empregatício com carteira assinada deve solicitar o salário-maternidade diretamente com seu empregador.

Para quem é contribuinte individual, facultativo ou segurada especial, o benefício deve ser solicitado pelo site .MEU INSS. Em casos de aborto espontâneo ou permitido por lei, a segurada tem acesso ao benefício por 14 dias.

8- Intervalos para amamentação

Como já vimos, um dos direitos da gestante é a estabilidade provisória de 5 meses em seu emprego após o nascimento da criança. Durante esse retorno, é natural que a amamentação aconteça. Por isso, a CLT dispõe em seu artigo 396: "Para amamentar seu filho, inclusive se advindo de adoção, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais de meia hora cada um".

Além disso, o parágrafo 1º prevê a possibilidade de prorrogação do tempo de amamentação: "Quando o exigir a saúde do filho, o período de 6 (seis) meses poderá ser dilatado, a critério da autoridade competente".

13.6.2 DEPOIMENTO DAS MÃES

"Ainda que eu seja uma entusiasta da amamentação, não posso esquecer que a mamadeira é um grande aliado até mesmo da mãe que pretende alimentar seu filho exclusivamente com leite materno. Isso porque permite que ela se ausente (seja para divertimento, seja por alguma obrigação), liberando o estresse natural da fase em que se tem um bebê em casa. Na minha experiência, usada com pouca frequência, com o meu próprio leite congelado, a mamadeira permitiu-me, por exemplo, ir ao cinema e voltar para casa disposta e seguramente com maior produção de leite e não interferiu na amamentação. Acho que o importante é, quando da introdução de outros alimentos, o fazer em copinho e com colher, para não se acostumar com a mamadeira."

"O amor que as mães dedicam aos filhos tem início na gestação e explode no nascimento. Mas é o contato contínuo, corpo no corpo, olho no olho, que determina o desenvolvimento emocional das crianças e o aperfeiçoamento da relação maternal e paternal. A natureza do amor e como nós desenvolvemos a capacidade de amar

nossos bebês são vivenciados pelas mães e seus filhos desde os primeiros contatos. As mães que aprendem a cuidar dos seus próprios filhos, sem delegar a terceiros essa prazerosa atividade, desenvolvem com eles fortíssimo elo emocional e físico.

O primeiro momento do desenvolvimento mais íntimo desse amor é vivenciado na amamentação. O dar o peito cria uma relação de dependência tão íntima que os dois corpos passam a funcionar como se fossem um só. Quando as mães amamentam tudo o mais passa a ser simples e elas estarão mais seguras e capazes de realizar, por si só, todos os demais cuidados para com os seus pequenos. Com muita facilidade, dão o banho, cuidam da troca de roupas e cuidam de todos os outros detalhes sem dificuldades. Fortalecerá ainda mais a relação: olhar os filhos atentamente no momento dos cuidados, massagear seus corpos e permitir o contato de ambos os corpos.

O amor das mães age como um modelo para o amor por si só, influenciando a capacidade de as crianças amarem por toda a vida.

Disse um professor que a principal conclusão na última década das pesquisas em neurociência comportamental é que o cérebro infantil é projetado para ser moldado pelo ambiente onde ele se encontra. Ou seja, os bebês nascem com uma carga genética, mas os genes serão ativados pelas primeiras interações e experiências. O mesmo professor preconiza que o componente decisivo das interações consiste no papel das mães e disse: 'o primeiro relacionamento da criança, com a mãe, atua como um modelo, e molda permanentemente a maneira com que esta criança agirá em seus relacionamentos afetivos no futuro'. Outros pesquisadores entendem da mesma forma e informam que os primeiros meses de vida das crianças constituem o que é conhecido como um período crítico. É o período em que 'os acontecimentos são impressos no sistema nervoso'. Abraços e beijos durante esta fase crítica fazem com que os neurônios cresçam e se liguem adequadamente com outros neurônios, ressalta outro professor.

É possível concluir que mães e filhos são programados biologicamente para viver essa união. Os hábitos de amamentar, dormir junto e vestir favorecem o aparecimento dos dois principais componentes da ligação ideal mães/crianças que são proximidade e toque. Outro importante pesquisador diz que: 'o meio mais fácil e rápido de induzir depressão e alienação numa criança é não tocá-la, não segurá-la ou não carregá-la junto ao seu corpo.'"

Pesquisas mostram que o toque é necessário para o desenvolvimento humano e que a falta dele não afeta somente os indivíduos, mas toda a nossa sociedade. Toque e amor são essenciais para a saúde. A falta de toque e da estimulação amorosa provoca estresse, criando um ambiente que pode danificar o psiquismo dos bebês.

Em qualquer cena de nascimento na natureza, a mãe sempre é a cama, o desjejum, o transporte ou mesmo o divertimento para seus bebês. O mesmo ocorre para a maioria dos bebês humanos do mundo', diz outro estudioso do assunto que ainda ressalta: 'o contato íntimo com os bebês leva a um desenvolvimento mais feliz e saudável'. Os recém-nascidos nascem esperando ser

segurados, manipulados, acariciados, esfregados, beijados e talvez mesmo lambidos! Todos os mamíferos lambem vigorosamente seus recém-nascidos nas primeiras horas e mesmo dias depois do nascimento."

Antes e depois de ter filhos: o que é preciso saber é o inspirador título do livro que o experiente psicólogo pernambucano Luiz Schettini deu a uma de suas dezenas de publicações e que aprofunda e amplia o debate sobre muitos dos temas agora abordados. Vale ler. Ressaltamos que as noções contidas neste texto são uma orientação geral e não substituem a avaliação médica. Assim, leiam este e outros textos sobre os cuidados com os bebês, mas não deixem de fazer contato com o pediatra da criança.

14 | REMÉDIOS COMO ALIADOS

Clovis Artur Almeida da Silva
João Guilherme Bezerra Alves
Magda Carneiro-Sampaio
Otelo Schwambach Ferreira

O uso de remédios nas crianças, nos adolescentes e nos adultos deve ser criterioso e deve obedecer aos seguintes princípios:

1. A maior parte das doenças cura naturalmente, sem remédios. Cicatrização, tosse, vômito, diarreia, febre, coagulação, resposta inflamatória e imune, dor e outros mecanismos protegem o corpo e curam a maior parte dos problemas.
2. Os remédios, inclusive os fitoterápicos, podem causar malefícios, como reações alérgicas, que podem ser graves, além outros tipos de reações adversas. Custam dinheiro que poderia ser melhor utilizado para outras finalidades.
3. Mal-empregados, os remédios educam erroneamente os familiares. Passam a impressão de que resolveram algumas das doenças espontaneamente curadas. Os cuidadores podem, por exemplo, admitir que o que curou uma gripe resolvida pelas defesas orgânicas foi a vitamina C misturada a produtos "antigripais" ou o fitoterápico. Remédios que "parecem" ter curado a gripe passam a ser recomendados para toda a vizinhança que tem gripe, multiplicando o erro.

Mas deve-se reconhecer o extraordinário trabalho dos químicos e de muitos outros cientistas que acrescentaram aos recursos da medicina produtos de extraordinária utilidade, os quais curam ou reduzem os efeitos deletérios das enfermidades de diferentes naturezas. O emprego criterioso dos fármacos implica no diagnóstico com o máximo de precisão da enfermidade que causa os sintomas. Destacam-se, dentre outros avanços os remédios mais utilizados na medicina atual:

a) Antibióticos e quimioterápicos anti-infecciosos — Contam-se aos milhares os portadores de meningite bacteriana salvos pelas penicilinas. Esse é um exemplo dentre outros que poderiam ser citados.
b) Solução de reidratação oral — A hidratação e a reidratação oral foram o principal aspecto na mudança do terrível cenário da mortalidade pelas gastroenterites na infância.
c) Antiparasitários — A ivermectina e outros medicamentos são importantes, sobretudo, em países onde as condições sanitárias não são ideais.

d) Anestésicos — Esses dispensam comentários.
e) Analgésicos e antifebris — Dipirona, paracetamol, ibuprofeno, derivados da atropina e anti-inflamatórios não hormonais também auxiliam o médico no seu labor.
f) Anticonvulsivante e outras medicações com ações sobre o sistema nervoso central — Vale destacar os extraordinários benefícios que o fenobarbital produziu, pelo mundo afora, como medicamento anticonvulsivo. E os antidepressivos, antipsicóticos e fármacos com outras ações sobre o sistema nervoso central são um dos focos principais dos pesquisadores de novos medicamentos.
g) Hormônios — Os hormônios tireoidianos evitaram que muitas crianças com hipotiroidismo congênito se tornassem deficientes mentais com grave retardo do crescimento e permitem que milhões de adultos com deficiência dos hormônios tireodianos vivam normalmente. Os derivados da cortisona ajudam a salvar vidas ao resolver crises graves de asma e reações alérgicas (anafiláticas) intensas. Também são extensamente empregados em dermatoses graves — muitas vezes, incapacitantes — e em muitas doenças. A adrenalina e muitos derivados também são extremamente úteis em quadros asmáticos, reações alérgicas, dificuldades circulatórias e outras situações. Os estrógenos produzidos pelos ovários e seus derivados têm extensa aplicação clínica. Palavras parecidas podem ser ditas sobre a testosterona. O sensacional hormônio do crescimento mudou a expectativa do ganho estatural de garotos e garotas sentenciados a ter baixa estatura por terem nanismo hipofisário.
h) Hemoderivados — Como o fator anti-hemofílico, a albumina e gamaglobulinas hipermimues.
i) Quimioterápica anticâncer — Essa é uma área que tem registrado notáveis avanços.
j) Anti-histamínicos/antialérgicos, imunoterápicos e os modernos imunobiológicos — São úteis em várias condições clínicas.
k) Heparina e outros anticoagulantes — Extensamente recomendados para vários problemas com risco de eventos com excesso da tendência normal para a coagulação do sangue.
l) Outros — Fármacos que agem no coração, na pressão arterial elevada, na deficiência renal, na deficiência da lactase e em distintos problemas de saúde poderiam ser citados. A toxina botulínica e o canabidiol devem ser lembrados. Ainda é possível citar o iodo radioativo e outros produtos utilizados pela medicina nuclear para o diagnóstico e o tratamento de muitas enfermidades.

Mas, apesar dos avanços na farmacoterapia, os pesquisadores e a indústria de medicamentos têm muitos desafios a vencer. Por exemplo, a indústria divulga e vende produtos com nomes atraentes (mucolíticos, mucocinéticos, expectorantes) para ajudar o corpo a eliminar as secreções bronco-pulmonares. Os pesquisadores — que

sempre devem manter postura crítica — até agora não referendam os estudos que apontam efeitos benéficos dessa linha de medicamentos.

Assim, o tratamento com remédios é extraordinária ferramenta da medicina moderna. Usada criteriosamente é essencial para muitas das enfermidades que atingem o ser humano, mas não é solução para tudo e, muitas vezes, precisam ser acompanhadas por outras formas de terapêutica, como as mudanças na dieta e a fisioterapia.

COMO ERA O TRATAMENTO DAS DOENÇAS ANTES DOS REMÉDIOS MODERNOS?

Nos tempos antigos, quando não existiam os antibióticos, os anestésicos, os analgésicos, as cirurgias, os cateterismos e tantas outras maravilhas das últimas décadas, o tratamento das enfermidades era sem drogas, sem cirurgias. Fundamentalmente com "passes", "banhos", "benzimentos", "meisinhas", "poções mágicas" e com os chás. Na época em que não existiam os recursos de hoje, a gripe, a diarreia, o sarampo e muitas outras doenças eram curadas pelos processos naturais que ainda hoje funcionam no nosso corpo. A resolução de muitos problemas da pele, como abscessos e furúnculos, continua sendo feita pelos mesmos processos de outrora. A cicatrização das feridas e a recuperação das contusões ocorriam do mesmo modo que acontecem nos nossos tempos. Há muitos outros exemplos. Mas muitos perderam suas vidas devido à varíola, sarampo e outras doenças por não existirem as modernas vacinas. Muitos outros morreram de pneumonia, meningite, apendicite e distintas enfermidades por inexistirem métodos de diagnóstico e de tratamento adequados. Outros ainda ficaram com sequelas ou incapacitados por falta de medidas preventivas ou terapêuticas que foram desenvolvidas nas últimas décadas.

MUDOU MUITO, NÃO É?

Sim, mas muita coisa permanece como antes. Continuam a ser válidos os princípios básicos do diagnóstico e do tratamento de muitas enfermidades que a própria natureza é que cura. Como já citado, gripe continua a ser gripe, doença viral, que o próprio corpo cura. Verruga comum também é doença viral que tem um ciclo e que desaparece sem tratamento especial. Diarreia aguda bacteriana ou viral cura sem drogas. Meningite viral também cura sem remédios. Mas meningite bacteriana tem que ser tratada vigorosa e precocemente com antibióticos.

O QUE É O EFEITO PLACEBO?

Está demonstrado que a cura da doença depende de muitos fatores. Um é o efeito placebo que pode representar 30% ou mais da resposta ao tratamento. Confiança no profissional, certeza do diagnóstico, apoio familiar, crença no tratamento, fé e outros aspectos do psiquismo ajudam no processo de resposta ao tratamen-

to. Isso é o efeito placebo. Ele pode, inclusive, agir negativamente e diminuir o poder de cura de uma técnica terapêutica. Desconfiança, falta de apoio, palavras de descrédito e outras influências negativas prejudicam a resposta ao tratamento. Os enfermos toleram mais o desconforto e a dor dos tratamentos cirúrgicos se os médicos explicarem antecipadamente que esses problemas ocorrerão, que fazem parte da resposta do corpo agredido, mas que eles serão enfrentados com medidas adequadas. O efeito placebo é, assim, a denominação técnica para esse conjunto de fatores abstratos que interfere na resposta ao tratamento. É possível dizer que a cura depende_do efeito placebo + do efeito real do procedimento terapêutico. Procedimento terapêutico é tudo o que o médico recomenda para melhorar ou curar: cirurgia, remédio alopático ou homeopático, florais de Bach, psicoterapia, fisioterapia e assim por diante. Novamente, falamos que crença, confiança e fé são ações positivas, mas, quando o paciente não acredita no médico ou no remédio prescrito, a chance de bons resultados é menor.

OS PRODUTOS "NATURAIS" AJUDAM? PODEM FAZER MAL?

É possível que o efeito placebo seja o principal benefício dos remédios ditos naturais. Na maior parte deles, não é possível detectar princípio ativo com significante efeito terapêutico. Num ou noutro, como no algodoeiro, existe substância de reconhecida ação farmacológica.

Mas eles também podem fazer muito mal. Muitos dos produtos hoje usados pela medicina tradicional foram oriundos das plantas. O curare (usado na anestesia), os digitálicos (empregados na cardiologia) e potentes drogas contra o câncer e muitos outros produtos tiveram essa origem. O algodoeiro indicado para estimular a produção do leite materno contém um potente alcaloide, o gossipol, que exerce intensos efeitos no corpo humano. Alguns chás, tidos como benéficos ou inócuos, podem conter potentes produtos que, por exemplo, podem causar graves lesões no fígado. O fato de um remédio ser considerado fitoterápico não o isenta de poder provocar efeitos colaterais. É um risco usar qualquer produto sem saber quais seus benefícios e quais seus malefícios. Alguns remédios naturais resultam da extração alcoólica de produtos existentes nas plantas. Portanto, o remédio à disposição do consumidor contém álcool na fórmula que deve ser evitado nas crianças. É importante ler a bula para verificar se o álcool faz parte da fórmula. Da mesma forma, corantes e outras substâncias comumente adicionadas aos medicamentos também podem fazer mal, em especial a pessoas alérgicas às mesmas.

A FEBRE PODE SER TRATADA SEM REMÉDIOS? E O QUE FAZER COM A IRRITAÇÃO DA ERUPÇÃO DOS DENTES? E PARA A DOR DE GARGANTA? E PARA DOR DE OUVIDO?

Esses assuntos são debatidos em outros capítulos deste livro.

E AS GRIPES? DEVEM SER TRATADAS COM OU SEM REMÉDIOS?

A medicina reconhece que não existem remédios eficazes para combater as gripes e resfriados virais. Os sintomas — nariz obstruído, coriza, dor facial, dor de garganta, febre baixa — também não podem ser melhorados com medicamentos. Muitos remédios para as gripes contêm substâncias tóxicas e os que praticam a medicina mais crítica recomendam apenas: hidratação adequada (sucos de frutas cítricas), mel de abelha, limão, própolis, soro fisiológico para lavar o nariz, gargarejos de água e sal, paciência e aguardar o fechamento do ciclo viral.

MAS NA FARMÁCIA ME MOSTRARAM VÁRIOS REMÉDIOS PARA GRIPE!

As doenças gripais são tão comuns e incomodam tanto que a indústria farmacêutica vê nisso uma boa oportunidade para vender. Estamos todos cientes das propagandas sobre "milagrosos remédios" que nada resolvem. A indústria oferece uma misturada enorme de drogas e as farmácias vendem aos montes. Há remédios até com quatro ou mais drogas, as quais aumentam o risco de efeitos colaterais. A medicina não encontra razões para referendar o emprego desses produtos isolados ou misturados. Ao contrário, teme pelos efeitos colaterais e pelos outros malefícios que possam causar.

E PARA A SINUSITE? A INALAÇÃO COM "CABACINHO" AJUDA?

A medicina reconhece que os medicamentos, sobretudo os antibióticos, têm que ser usados com critério e que não funcionam nas sinusites que ocorrem na doença viral. Como nas "gripes", pouco ou nenhum valor têm vários medicamentos ou mistura de medicamentos recomendados na maior parte das sinusites. Existem estudos bem conduzidos que citam que a maior parte das receitas de antibióticos para a sinusite aguda está errada. Além das medidas antes indicadas para as gripes, é possível que a inalação de vapor de água — obtido pelo aquecimento da água, por exemplo, no chuveiro elétrico — ajude. Os adeptos da medicina fitoterápica prescrevem inalação com óleo essencial de menta (mentol) e de eucalipto (eucaliptol) e "cabacinho". Mas esses remédios, tidos como inocentes, podem causar malefícios. Podem irritar as vias aéreas e agravar o quadro, ao invés de produzir alívio. Vocês devem ter os mesmos cuidados com alguns produtos para desobstruir o nariz, em bastões para inalação nasal ou em pomadas para aplicação nas narinas.

QUAIS OS PRODUTOS NATURAIS PARA A TOSSE?

Há capítulo sobre tosse que detalha o tema, neste livro. Algumas palavras sobre o guaco que é um exemplo de fitoterápico que possui reconhecidas ações farmacológicas, algumas indesejáveis. A mais importante é a influência na coagulação do sangue. O guaco é um dos fitoterápicos mais usados para a tosse. Ele está na compo-

sição de muitos produtos usados com essa finalidade. Não deve ser empregado em menores de dois anos e nos portadores de doenças hepáticas e com tendência para sangramentos. É para, mais uma vez, lembrar a todos que muitos dos remédios da medicina alopática são derivados das plantas e que a fitoterapia não é inócua. Os produtos com guaco devem ser usados com cuidado.

E A ASMA? EXISTEM MEDIDAS NÃO MEDICAMENTOSAS QUE AJUDAM?

As medidas não medicamentosas são as mais importantes para os que têm asma, rinite e dermatite de causa alérgica. O capítulo sobre o tema deve ser consultado. Para firmar o aprendizado, são ressaltadas algumas das medidas não medicamentosas essenciais: não expor ao fumo e a outros irritantes respiratórios (fumaças etc); evitar os ácaros, os fungos (mofo), os animais de pelo e pena, e outras causas de alergia respiratória; lutar contra o sedentarismo; estimular a prática de esportes e de vida ao ar livre; fazer a fisioterapia com profissional habilitado para os pacientes mais graves e estimular a fisioterapia domiciliar, como o aprendizado de um instrumento de sopro (flauta é excelente) para os menos críticos. Para os que apresentam dermatite alérgica, é importante descobrir e afastar a(s) causa(s): corantes, medicamentos, certas proteínas alimentares e outras. E também são essenciais higiene e hidratação adequadas.

O VÔMITO E A DIARREIA SÃO TRATADOS SEM MEDICAMENTOS?

As doenças mais comuns e que apresentam esses sintomas se curam espontaneamente. Tem começo, meio e fim, sem tratamento medicamentoso. E tudo isso é ditado pela natureza. Os remédios não fazem parte do tratamento usual desses dois problemas e, com frequência, fazem mal. Os cuidados com a hidratação e com a alimentação são os essenciais. O professor César Pernetta, um dos mais importantes professores de Pediatria do século 20, no Brasil, dizia sempre: "a mãe paciente bem orientada e uma solução hidratante adequada são todo o tratamento da diarreia aguda da criança". Vejam mais no capítulo sobre diarreia.

COMO TRATAR A CÓLICA ABDOMINAL SEM REMÉDIOS?

A dor abdominal da diarreia aguda e da menstruação são bem diferentes das causadas pela apendicite ou pela invaginação intestinal. Nas duas primeiras, o tratamento sem medicamentos resolve quase 100% dos casos. As duas últimas necessitam medidas diagnósticas e terapêuticas muito especiais. O portador de qualquer uma das duas últimas situações, se mantido em casa e medicado com chás e compressas abdominais, terá sua doença agravada e poderá até correr risco maior. O serviço de saúde deve ser consultado. E quando houver segurança que o problema é bem conhecido, cólica menstrual, por exemplo, são recomendados empiricamente: repouso, dieta com menos gordura animal, laticínios e ovos, in-

sistindo na ingestão de vegetais, sementes cruas e nozes; exercício físico moderado e regular; como bolsa de água quente, banho morno e massagens relaxantes auxiliam no alívio da dor.

OS PROBLEMAS DE PELE PODEM SER TRATADOS SEM MEDICAMENTOS?

Vários dos problemas da pele podem ser superados sem drogas, sobretudo sem corticoides. A brotoeja melhora com as mudanças no vestuário, os banhos, o ambiente fresco e as aplicações de água com goma de tapioca ou maisena. A pasta d'água, produto absolutamente natural, também funciona muito bem. Ela pode ser usada para vários outros probleminhas de pele da criança, como o eritema cutâneo, após exposição ao sol. O talco também pode ser empregado, apenas com o cuidado de aplicar com a mão no local afetado. Não usar grande quantidade de talco com esponja, que pode facilitar a aspiração e o aparecimento de quadros respiratórios. As assaduras de região das fraldas se resolvem com vestuário apropriado (as fraldas descartáveis parecem favorecer o aparecimento do problema, as de algodão ajudam na cura) e com medidas higiênicas adequadas. O impetigo, sobretudo quando existem poucas lesões, é resolvido com asseio bem-feito, com muita água e sabão. Os furúnculos e abscessos são melhorados com calor local — bolsas de água morna, compressas aquecidas, "pirão quente" — e asseio local. Essas últimas lesões são resolvidas quando ocorre a drenagem do pus. Não devem ser manuseadas de forma violenta (espremidas) para tentar eliminar o pus "na marra". Deixar que a drenagem se faça normalmente é a melhor solução.

OS PROBLEMAS GENITAIS PODEM SER RESOLVIDOS SEM REMÉDIOS?

Podem. A maior parte dos problemas é causada por asseio inadequado. O excesso ou a falta de asseio, o uso de produtos inapropriados e outros fatores da higiene causam doença no menino e na menina. No menino, o principal problema é o famigerado "exercício". Na menina a exposição a ambientes que favorecem as doenças como o brincar em caixa de areia que entra na calcinha e irrita a genitália. Portanto, as medidas higiênicas apropriadas e outras providências como o uso de *shortinho* quando a menina for para a caixa de areia e a extinção do "exercício" no pênis do menino ajudam muito. O asseio da menina que está com a vulva irritada e sujando a calcinha é com água e sabonete. É sempre importante lembrar que o sabão pode ser um irritante e ocasionar uretrite química e ardor à micção. Se isso não resolve, podem ser usados os banhos de assento de água fervida (1 litro) e vinagre branco (1 colher das de sopa), por 5 a 10 minutos, duas a três vezes ao dia. No menino, com irritação do prepúcio, o mais importante, repetimos, é o asseio adequado e a proibição dos exercícios. Nunca esquecer que o uso do papel higiênico nas meninas sempre deve ser feito na direção da frente para trás e nunca ao contrário. E lembrar sempre que menino ou menina com problema genital que persiste ou volta pode estar sendo sexualmente manipulado.

O QUE ACHAM DA HOMEOPATIA, ACUPUNTURA, FLORAIS DE BACH, "BENZEDEIRAS" E "ESCALDA PÉS"?

Todos esses métodos terapêuticos ajudam e estimulam o indivíduo doente a usar sua potencialidade biológica e sua capacidade de reagir e lutar para resolver, sem drogas, muitas das doenças que o atinge. São úteis desde que quem aplica essas terapêuticas e quem as usa conheçam as limitações de todas elas. Hoje só é admissível tratar meningite bacteriana com internação hospitalar, com todo um "esquemão" de suporte e com antibióticos potentes. Pensar, só o pensar, em usar um desses métodos para tratar meningite é absurdo e pode implicar processo judicial. Indicar exclusivamente qualquer uma dessas modalidades terapêuticas para um paciente com crise grave de asma, que está inclusive com redução do oxigênio sanguíneo, é outro absurdo, outro crime. Muitos médicos alopatas que praticam a medicina científica com muito critério, com muito cuidado, aceitam essas práticas desde que não façam mal ao cliente.

EXISTEM OUTRAS MEDIDAS PARA OS PROBLEMAS DE SAÚDE DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES?

Existem e vejam alguns:

- As doenças alérgicas são resolvidas quando identificadas e evitadas as causas. As drogas minimizam a reação, mas a cura só é conseguida com o afastamento da causa.
- As crianças que entram na escolinha ou na creche passam a adoecer com maior frequência — infecções do ouvido médio, sinusites, bronquites, asma e outros problemas. Algumas delas melhoram muito quando passam um período longe da escola, longe dos coleguinhas que sempre estão com doença viral respiratória e, quando passam a ir para o sol, para as praças, para brincar ao ar livre.
- Muitas doenças ortopédicas são solucionadas sem medicamentos e imobilização. Ainda se observa prescrição de medicamentos anti-inflamatórios não hormonais que apenas acrescentam riscos.
- Os distúrbios comportamentais das crianças são resolvidos com orientações educacionais, portanto, sem medicamentos.
- Paciência é um dos componentes mais importantes para que os familiares e os profissionais permitam que as doenças se resolvam, naturalmente, sem excesso de drogas, de antibióticos. A paciência implica uma espera armada, pronta para agir. A doença que ontem parecia sem importância, hoje pode ser uma pneumonia.
- É importante manter o médico informado sobre o andamento do quadro. Informem tudo, conversem quantas vezes forem necessárias. Esse é um excelente remédio para as dúvidas e para corrigir os rumos.

- Evitem usar os remédios que as “comadres” empregaram nos filhos que estavam com um “problema semelhante” e que “funcionaram”.
- Leiam a bula e evitem os produtos que contenham muitos medicamentos associados. Confiram a fórmula do medicamento, qualquer que seja, para verificar se existe álcool. Se existir, não é recomendável usar nas crianças.
- Consultem a internet que, afora as “porcarias”, pode dar boas “dicas”.
- Procurem sempre conhecer os efeitos colaterais dos remédios.
- Nunca usem antibióticos sem orientação médica.
- Guardem os remédios em locais inacessíveis às crianças.
- Nunca troque o medicamento de frasco ou embalagem, porque os rótulos diferentes ou a falta dos mesmos podem levar a trocas e, portanto, a erros na sua administração.
- Sempre leia o nome do medicamento antes de administrá-lo à criança, sobretudo à noite, porque há embalagens muito parecidas, o que pode levar a trocas de medicamentos.

QUAIS CUIDADOS OS MÉDICOS DEVEM INDICAR PARA A CORRETA APLICAÇÃO DOS REMÉDIOS?

- Fazer prescrição legível para que o cuidador e o funcionários da farmácia não cometam equívocos. É boa norma pedir ao cuidador que leia a receita.
- Informar sobre o remédio: função; se já vem pronto ou necessita de algum preparo, como é feito o preparo, conservação, quais os efeitos indesejáveis, resposta esperada e outros aspectos.
- Explicar, quando mais de um remédio for receitado, se eles podem ser usados juntos e se existe interação entre eles.
- Saber se os clientes já consumiram o medicamento receitado, qual foi o resultado e se houve intolerância ou reação alérgica**.**

É IMPORTANTE LER A BULA?

A Anvisa tem feito um grande esforço para oferecer ao brasileiro bulas mais fáceis de serem compreendidas. Bulas que tragam informações que ajudem os familiares a entender a função de determinado medicamento, a usar o produto com maior precisão e a monitorar os seus possíveis efeitos adversos. O objetivo da Anvisa é envolver mais os familiares com a saúde e com o controle dos medicamentos. Isso pode ser visto na página eletrônica http://www.bulário.bvs.br, na qual também é encontrada uma descrição de cada remédio usado no Brasil. Os médicos ficarão muito felizes com essa participação que tornará o seu trabalho mais profícuo, mais fácil e menos sujeito a erros.

E O USO DOS MEDICAMENTOS FORA DO PRAZO DE VALIDADE?

Cada remédio tem ingredientes ativos (terapêuticos) e inativos (para dar sabor ou para cumprir outras finalidades). Esses ingredientes, sobretudo o princípio ativo, têm prazo de validade. A indústria farmacêutica tem que determinar a data de validade de cada produto. E isso depende de muitos fatores: característica química dos produtos ativos/inativos, apresentação (em pó e diluídos para uso têm validade menor que os comprimidos) e de outros fatores. Vencido o prazo de validade, o remédio passa a perder potência e esse é o primeiro prejuízo. Quanto mais importante a doença, mais valiosa é essa noção. Imaginem o que é tratar meningite com antibióticos fora do prazo de validade. O consumo de produtos após a data de validade apresenta outros riscos, sobretudo aumento da toxicidade. Então é arriscado tomar remédios após o prazo de validade do produto; mudanças físicas (cor, odor, sabor, aspecto da suspensão) comprimidos, drágea ou cápsulas úmidas e/ou se desintegrando são indicadores de que o remédio não deve ser usado.

Sempre confiram o prazo de validade dos remédios, mesmo que o produto seja adquirido hoje na farmácia. Isso é de máxima importância para aqueles que são guardados por meses na farmacinha da casa;

Os produtos com validade vencida não devem ser despejados no sanitário, pois podem contaminar os mananciais de água e não devem ser colocados no lixo, face ao risco de serem usados por outras pessoas. O ideal é que fossem tratados como resíduos sanitários para ter um destino correto.

ISSO É VÁLIDO PARA AS VACINAS?

Essas recomendações são válidas para todos os produtos usados com finalidade preventiva ou curativa. O cuidado é maior com o prazo de validade de vacinas como as que contêm organismos vivos como a Sabin e a antirrábica. Esses organismos morrem depois do prazo estabelecido e não funcionarão. Isso é tão importante que a vacina, antes de ser aplicada, deve ser mostrada aos familiares com destaque especial para o prazo de validade.

A CONSERVAÇÃO DO REMÉDIO É IMPORTANTE?

É importantíssima. Cada produto deve ser conservado de acordo com as recomendações do fabricante. Em áreas tropicais, quentes e úmidas, esse cuidado deve ser maior ainda, pois os produtos podem se deteriorar mais cedo do que o prazo estabelecido se a conservação não for apropriada. Os remédios não devem ser guardados em ambiente quente, úmido, e sem ventilação. Devem ser estocados em lugar ventilado, o mais fresco e o menos úmido possível. Os produtos em pó para ser diluído, como a amoxicilina, são mais bem conservados, após a diluição, na porta do refrigerador. Vacinas, soros e outros medicamentos devem ser conservados sob condições bem definidas. É sempre importante consultar a bula sobre esse aspecto,

sobretudo quando os remédios usados são de elevada potência como os antibióticos e aqueles usados para câncer. Os remédios não diluídos têm um prazo de validade maior e vale o que está definido na embalagem quando estocados adequadamente. Os remédios diluídos têm um prazo de validade muito menor.

PODEMOS USAR O RESTO DO ANTIBIÓTICO PARA A PRÓXIMA VEZ?

O antibiótico que resta, findo o tratamento, deve ser descartado. Os medicamentos que devem ser mantidos em casa, desde que obedecidos os prazos de validade e as condições ideais de estocagem, são os antifebris e alguns outros que serão debatidos no capítulo *Farmacinha*.

E A GUARDA DOS REMÉDIOS?

Os acidentes com remédios são dos mais graves e comuns nas crianças. Um "simples" remédio para desentupir o nariz que é deixado ao alcance de uma criança pequena, se ingerido, pode ser causa de morte. Portanto, os remédios, todos eles, sem exceção, querem sejam para uso das crianças ou dos adultos, devem ser guardados em um lugar muito seguro, como um armário alto, trancado a chave. E vocês devem manter em casa o mínimo de produtos tendo sempre o cuidado de descartar os que foram usados ou com prazo de validade ultrapassado. Nunca falar que remédio é bombom que induz as crianças a consumirem o produto. Dizer que remédio é remédio, que só pode ser dado por papai e mamãe ou outro adulto autorizado.

QUAL A DIFERENÇA ENTRE REMÉDIO GENÉRICO, SIMILAR E DE MARCA?

Os produtos genéricos seguem legislação específica e são protegidos por uma série de dispositivos para tentar torná-los baratos e confiáveis. Os similares não seguem a legislação aplicável aos genéricos e estão mais sujeitos a variações indesejáveis. Há indústrias confiáveis e que comercializam similares de alta qualidade. A amoxicilina similar é vendida por várias indústrias idôneas. O remédio de marca é comercializado pela indústria que descobriu o princípio ativo, é habitualmente mais caro e submetido a controles muito rígidos para que sua potência não seja prejudicada e para que não seja falsificado. A nossa legislação ainda está defasada, pois ainda não compramos a quantidade a ser consumida. É inaceitável pagar por 100mL de um produto quando a quantidade a ser usada será de 80mL. Recomendação valiosa é adquirir os medicamentos nas farmácias confiáveis, pois a falsificação existe.

COMO DEVE SER A DILUIÇÃO DO REMÉDIO EM PÓ?

Erros ocorrem quando os familiares têm de diluir um produto em pó. Muitos antibióticos são vendidos assim. Alguns fabricantes acrescentam o líquido a ser adicionado para a diluição correta. Outros acrescentam um medidor para o preparo

preciso. A maioria não faz isso e os familiares encontram no rótulo um nível com informações duvidosas: "água até este nível". Não é assim. O correto é: acrescentar água com o cuidado de não ultrapassar a marca citada, agitar bem e verificar se a mistura está abaixo da marca, acrescentar mais água sempre com cuidado para que a marca não seja atingida e agitar bem, colocar mais água até que a marca seja atingida e aí a mistura estará correta.

É IMPORTANTE AGITAR O FRASCO ANTES DE DAR O REMÉDIO?

Todos os frascos com os remédios em suspensão devem ser agitados antes de ministrar ao paciente para garantir uma perfeita distribuição do produto ativo.

DAR REMÉDIO DE 6/6 HORAS É CHATO! PODEMOS DAR DE 8/8 HORAS?

Todos os remédios têm que ser usados conforme a prescrição médica. Horário, tempo de uso, ingestão junto de alimentos ou não e várias outras peculiaridades são importantes e devem ser destacadas pelo profissional. A bula ajuda. Há medicamentos que devem ser dados com regularidade como os antibióticos. Têm que ser usados por período definido, na maior parte das vezes por sete ou dez dias. Há outros medicamentos, como os produtos para vermes, que podem ser usados com flexibilidade. É valioso ler a bula ou conversar com o médico sobre o assunto. "Na dúvida, não ultrapasse" também é válido para o uso dos medicamentos.

TEMOS QUE DAR O REMÉDIO DE MADRUGADA?

Acordar crianças resistentes ao uso dos remédios aumenta o grau de dificuldade. O médico deve planejar os horários para que isso não ocorra. Em certas doenças (pneumonia, por exemplo) não se deve protelar o início do tratamento. Se a primeira dose foi dada num horário que complica a continuação, o médico ajusta as próximas doses para facilitar.

COMO MEDIR O REMÉDIO?

As prescrições dos pediatras eram assim: *"dar uma colher das de chá de tantas em tantas horas..."*. Isso mudou. A indústria está facilitando muito a vida dos médicos e dos familiares ao fornecer mecanismos que garantem o uso preciso dos remédios em suspensão. As embalagens desses medicamentos oferecem mecanismos que permitem o correto cumprimento da prescrição: pipeta, seringa (os melhores), copo e colher todos graduados em mililitros. Quando isso não ocorre, os familiares devem usar uma seringa plástica (sem a agulha obviamente) para medir o produto. A seringa facilita a administração do remédio que pode ser feita pela própria criança, lá pelos 4 anos de idade. Evidentemente um adulto deve estar por perto. Os remédios

em gotas devem ser empregues com mais rigor, pois a quantidade do remédio por unidade de medida é maior do que nos produtos em suspensão. Não é recomendável usar o conta-gotas de outro remédio, pois o de um pode conter 30 gotas por mililitro e de outro 20 por mililitro.

PODEMOS USAR OS REMÉDIOS DE PELE LIVREMENTE?

Não. Os remédios para uso local, como os para as doenças da pele, olho, ouvido e genitália devem ser usados com critério, pois podem ser maléficos. O uso dos corticoides na pele, por longo período, produz malefícios. O emprego de colírios com antibióticos no olho é um mecanismo que gera resistência nas bactérias. Qualquer remédio deve ser usado com prescrição médica por familiares conscientes.

COMO DAR O REMÉDIO POR VIA ORAL NA CRIANÇA REBELDE?

Boa parte das crianças durante um período da vida rejeita o uso de medicação oral, a nebulização, a câmara para uso dos *sprays*, o remédio de nariz e o de garganta. Lá vão alguns conselhos para tentar superar esta dificuldade:

- Alguns remédios podem ser repetidos se a criança vomita. A maior parte das penicilinas pode ser dada de novo sem risco. Outros antibióticos e vários produtos como os antifebris não devem ser repetidos de forma liberal, pois há o risco de intoxicação medicamentosa. O médico indica o que fazer.
- Misturar o remédio com o alimento não é boa norma. O alimento é mais importante que o remédio. A adição de qualquer produto muda o sabor do leite, por exemplo, o que pode dificultar a tomada do alimento. Além disso, se a criança deixar de tomar todo o alimento, uma quantidade desconhecida do remédio não é ingerida. Camuflar o remédio em algo que não faça parte da rotina alimentar pode ser aceitável. Misturar com leite condensado, mel de abelha ou mel de ameixa são tentativas válidas. É sempre aconselhável que os familiares expliquem que o remédio está ali, misturado ao produto, pois a "mentira tem perna curta" e deseduca.
- É terrível quando a mãe está tentando dar o remédio e a avó se mostra insegura ou lamuriosa. É importante que quem for dar o remédio às crianças rebeldes o faça com determinação, com certeza de que isso é valioso para a melhoria. A manutenção desse comportamento determinado, muito carinho, e o emprego de métodos não traumáticos de contenção, feitos repetidamente, devem vencer a resistência da criançada mais rebelde. Evidentemente, algumas palavras sobre a importância da tomada do remédio são sempre muito úteis. As ameaças ("*tome para não tomar injeção*", "*tome ou te levo para o médico*") são absurdas.
- Poucos médicos aceitam o uso do supositório quando essa alternativa existe. Mas a via retal não deve ser usada abusivamente. Antes de usar o

supositório, todos os esforços devem ser empregados para que a criança aceite o uso oral.
- A via muscular (injeção) é usada como opção, em certos casos.

EXISTE ALGUM MECANISMO PARA EVITAR ISSO?

É possível que grande parte das crianças não aceita tomar os remédios orais porque foi forçada na primeira vez em que foi preciso usá-los. Assim, recomendamos ser importante que os adultos:

- Conheçam o sabor dos produtos antes de oferecê-los às crianças.
- Procurem, quanto mais cedo melhor, conversar com elas e informar que, vez ou outra, os remédios dados pela boca poderão ser importantes.
- Demonstrem que o sabor dos remédios não é ruim. Deixem que elas toquem com o dedo nos produtos a serem usados e as estimulem a experimentar.
- Tentem fazer com que as rebeldes, quando estiverem sadias, provem o sabor dos remédios que mais provavelmente serão usados. Exemplo: escolham um remédio de febre e após passado o quadro agudo, tentem demonstrar a elas que não é tão difícil aceitar. O mesmo pode ser feito com a nebulização. No intervalo das doenças, nebulizem as crianças com soro fisiológico para tentar fazer com que aceitem. Pode ser feito também com as câmaras de inalação (ou espaçadores). As crianças devem manusear as câmaras em fases distintas daquelas em que estão doentes e os familiares podem simular a aplicação dos medicamentos e assim quebrar o receio do uso do equipamento.
- Ensinem sempre que remédio é remédio e que apesar de “docinho” só pode ser usado com a presença das mamães e dos papais.

MAS OS VÔMITOS PODEM SER OCASIONADOS PELO REMÉDIO, NÃO É?

Os vômitos e outros fenômenos digestivos e gerais podem ser provocados pelo próprio medicamento e não depender da birra ou da dificuldade de tomar o remédio. Quando a causa dos vômitos for intolerância ao remédio, o médico deve ser avisado, pois há alguns “truques” que ele pode recomendar — reduzir a dose, aumentar o espaço entre as tomadas, dar um remédio para aumentar a tolerância ao medicamento — ou até recomendar a suspensão ou a substituição. Mas reafirmamos que os familiares sempre devem conversar com o médico.

E AS REAÇÕES ALÉRGICAS?

Toda medicação apresenta efeitos colaterais. Perguntem sempre aos médicos quais as boas ações, mas perguntem também sobre as más. Sobre qualquer medicação, até sobre os aparentemente inofensivos remédios contra a febre. E leiam a bula

e consultem a internet. Várias reações alérgicas na pele e em outros órgãos, estomatites e glossites (inflação da boca e da língua), diarreias e outros problemas podem ser produzidos pelos remédios. Atenção e cuidado são sempre remédios acessórios quando as crianças estão sendo medicadas.

E A INJEÇÃO?

O emprego da medicação injetável é exceção na prática pediátrica. A maior parte dos remédios para as crianças é por via oral e, raramente, há necessidade de usar por injeção. O uso da injeção muscular dos remédios contra a febre que é prática comum em algumas emergências é aspecto criticável e uma das causas da febrefobia e do temor que as crianças têm dos médicos.

MUITOS FAMILIARES VÃO AO MÉDICO E NÃO USAM A MEDICAÇÃO!

Isso é comum. A melhor maneira e, talvez, única de esclarecer as dúvidas é conversar com o profissional. Se vocês acham que o antibiótico não deve ser dado ou se a vovó ficou com dúvida sobre a real utilidade do medicamento, perguntem a ele. Se vocês acham que 10 dias é muito tempo de medicação, perguntem. Se vocês acham que é melhor dar o genérico no lugar do remédio de marca, perguntem. Se vocês acham que é melhor dar o antibiótico de 12/12 horas ao invés de 8/8 horas, perguntem. Se vocês acham que é exagero o planejamento dietético, perguntem. Ou consultem outro profissional para mudar a orientação. Os médicos são os únicos aptos para prescrever medicamentos e outras condutas. Vamos exemplificar: há pessoas que "morrem de medo" dos antibióticos e chegam a não os administrá-los corretamente. Algumas dessas pessoas dizem: "olha doutor, ele ficou bom do ouvido sem o antibiótico que o senhor prescreveu". Isso é conhecido, muitas infecções são autolimitadas, curam sem antibiótico. Vai depender da carga bacteriana e da defesa imunológica da criança. Mas o que deve ser perguntado é se vale correr esse risco. Da mesma forma que o organismo venceu, poderia ocorrer o contrário. A otite média pode se complicar com osteomielite do osso mastoide ou até com meningite.

QUAIS OS EFEITOS ADVERSOS MAIS COMUNS DOS MEDICAMENTOS?

São muitas os efeitos maléficos que o emprego correto e, sobretudo excessivo de remédios, causa ao ser humano:

- **Reações alérgicas** — Frequentes e algumas vezes mais importantes que a doença que motivou o uso do medicamento (urticária, edema de glote, choque).
- **Reações locais** — Frequentes, existem sintomas gastrointestinais (dor, vômitos e diarreia) nos remédios usados pela boca e sintomas locais (dor, vermelhidão) naqueles aplicados no músculo ou na veia.

- **Sensibilidade individual** — Exemplos: intolerância à metoclopramida (produto contra vômitos) que pode desencadear quadros neurológicos, efeito paradoxal de alguns sedativos que produzem excitação em certos clientes.
- **Infecções por bactérias resistentes** — Exemplos: diarreias graves, pneumonias e outras doenças que dependem da substituição das nossas bactérias normais por outras altamente perigosas.
- **Prejuízo para a resolução normal da doença** — É documentado que uma doença febril viral que deveria durar poucos dias poderá ter seu curso prolongado pelo uso excessivo de remédios de febre e de anti-inflamatórios.
- **Mau exemplo —** Tendência a recomendar a outros o "remedinho" que "curou" uma gripe que seria curada sem drogas.
- **Gasto desnecessário de dinheiro**.

OS MEDICAMENTOS ANTIGOS SÃO MAIS SEGUROS QUE OS NOVOS?

Os médicos conhecem mais os remédios descobertos e usados há décadas do que os descobertos e usados apenas nos últimos anos. As penicilinas, empregadas há mais de 60 anos, em milhões e milhões de pessoas, são muito mais estudadas e conhecidas do que a azitromicina e outros antibióticos lançados recentemente. As penicilinas são evidentemente preferidas quando são adequadas ao tratamento das infecções. Outro exemplo é a preferência que alguns médicos têm pela dipirona e pelo paracetamol. Eles acham que essas últimas drogas usadas há muito tempo são mais seguras que os derivados do ibuprofeno. A última droga e alguns anti-inflamatórios não hormonais (por exemplo, diclofenaco) devem ser destinados para algumas situações especiais.

SÃO FREQUENTES AS ALERGIAS AOS REMÉDIOS?

São muito frequentes. Cerca de 5 a 10% das pessoas que usam remédios para febre, anti-inflamatórios, antibióticos e anticonvulsivantes apresentam reações alérgicas. Repetimos: reações que podem ser muito mais graves, mas muito mesmo, que as doenças que motivaram o uso do medicamento.

OS DADOS PELA VEIA SÃO MAIS PERIGOSOS QUE OS DADOS PELA BOCA?

De uma forma geral, os produtos injetados na veia ou no músculo tendem a causar as reações mais graves. Os supositórios e os produtos aplicados na pele, no olho e no ouvido também induzem fenômenos alérgicos. Os remédios por via oral, pelo fato de serem os mais usados, são os que causam mais reações. Enfim, o medicamento usado em qualquer local do corpo, sob qualquer forma, por qualquer via, pode provocar reação alérgica que pode ser grave.

QUAL A LISTA DOS REMÉDIOS QUE MAIS PROVOCAM ALERGIAS?

Na pediatria, os principais são os antifebris e os antibióticos. Dos antifebris, o acetaminofen (paracetamol) e a dipiriona, os mais empregados, são os principais responsáveis pelas reações adversas. Dos antibióticos, os derivados das penicilinas, também os mais usados, produzem os quadros mais comuns. Mas qualquer outro remédio para febre (ibuprofeno, por exemplo), assim como todos os antibióticos não citados anteriormente e os quimioterápicos (eritromicina, sulfas, furadantina, quinolonas, azitromicina, cefalosporinas e outros) causam alergia. Todos os antiparasitários (mebendazol e tiabendazol para uso oral e até os produtos para sarna aplicados na pele), todos os anti-inflamatórios (aspirina, naproxeno, diclofenaco, por exemplo) também causam. Todos os anticonvulsivantes (fenobarbital, carbamazepina, entre outros), os antissépticos locais (como o merthiolate e os iodados), as insulinas, os anestésicos locais (inclusive os usados pelos dentistas), os contrastes iodados empregados pelos radiologistas, os soros (antitetânico e outros) e as vacinas (tríplice viral, é exemplo), para citar os mais comuns, são causas de alergia e intolerância.

PUXA, A LISTA É ENORME! É PARA TER MEDO?

Esse medo que leva a um estado de alerta é benéfico. Por isso, a informação é importante. É inaceitável que o médico que prescreve um remédio não informe sobre os efeitos benéficos e maléficos. É importante ler na internet e até na bula sobre os cuidados a ter quando se usa um remédio, qualquer que seja. Mesmo que o medicamento seja um creme ou uma pomada para a pele, para a genitália, ou umas gotinhas para o olho ou o ouvido.

E O CORANTE DO REMÉDIO?

A intolerância e a reação alérgica podem ser provocadas pelos outros componentes usados para dar cor e sabor aos remédios. Isso é comum quando o princípio ativo usado não causa alergia. Quando se emprega um xarope antiasmático, cujo componente básico não causa alergia, e surge urticária, é possível que a real causa do problema seja um dos aditivos usados no xarope.

O QUE OCORRE NO NOSSO CORPO QUE CAUSA ESSA ALERGIA?

A genética predispõe os indivíduos à reação alérgica. Filhos de pais com alergia à penicilina têm maior chance de ter o problema. É raro que a alergia ocorra na primeira vez que se usa um remédio e a exposição repetida é que causa o problema. Geralmente, após o primeiro contato é que o corpo produz o anticorpo responsável pela alergia que surgirá num próximo contato.

COMO É A ALERGIA AO REMÉDIO?

As reações variam de leves a graves. Pode ser apenas uma "coceirinha" e discreta vermelhidão onde foi usado um creme cutâneo. Mas pode ocorrer uma reação cutânea gravíssima, parecida com uma queimadura ou um problema circulatório com choque e risco de morte após a ingestão ou aplicação muscular de um medicamento. Vamos dividir as reações em locais e gerais ou à distância:

- **Locais** — Acontecem em qualquer local onde o remédio é aplicado e a reação mais comum é na pele. Podem acontecer quando os remédios são usados no olho, ouvido externo, genitália, mucosa bucal, pleura, líquor e assim por diante. O que se observa é que a doença que motivou o tratamento não cura, persiste ou agrava. Na pele, são observados edema (inchação), secreção, vermelhidão e coceira. A coceira é o melhor marcador da reação alérgica.
- **Gerais ou à distância** — Consistem nas alterações gerais — febre, queda da pressão arterial, coceira e placas de alergia por todo o corpo — e/ou em locais distintos daquele que teve contato com o medicamento. Surgem, predominantemente, o quadro urticariano caracterizado por placas cutâneas avermelhadas que coçam intensamente. Podem ser observadas áreas inchadas nas pálpebras, nos lábios, na genitália. Manifestações de rinite e de asma também acontecem. O edema de glote decorre da reação na laringe e é grave, o choque anafilático e a doença do soro são outros quadros graves.

GOSTARÍAMOS DE SABER MAIS SOBRE AS REAÇÕES MAIS GRAVES.

O problema cutâneo que parece uma queimadura é importante, grave, e necessita tratamento médico qualificado. O edema de glote aparece subitamente, após a medicação, e o indivíduo fica rouco com dificuldade para respirar. Pode surgir até cianose (cor azulada) dos lábios e dos dedos. A pessoa deve ser socorrida rapidamente. O choque anafilático é grave. Surge subitamente após o uso do produto e o indivíduo apresenta sudorese, desmaio a ponto de cair, cor arroxeada nos lábios e nos dedos, torpor mental e queda da pressão arterial. É preciso socorro médico imediato. A doença do soro surge uma semana após o uso de medicamentos, soros ou vacinas. Febre, dor nas articulações e aumento dos gânglios são as principais características.

COMO EVOLUI O QUADRO DE ALERGIA AOS MEDICAMENTOS?

Os sintomas decorrentes da alergia habitualmente são resolvidos em poucos dias. Em poucos casos, a melhoria é lenta e pode durar até semanas ou meses. E, nestes casos, há necessidade de orientação terapêutica contínua, com frequente participação de um dermatologista e/ou alergista competente.

COMO VOCÊS CONCLUEM QUE A REAÇÃO É DEVIDA AO REMÉDIO?

É preciso ter segurança para fazer diagnóstico preciso. Se é definido erroneamente que a causa da alergia foi a penicilina, está sendo eliminado do arsenal terapêutico para a criança o principal grupo de antibióticos. No futuro, quando houver necessidade, serão usados medicamentos mais tóxicos, mais caros e com mais efeitos colaterais. Se é definido erroneamente que a alergia não foi produzida pela penicilina, uma grave reação pode ocorrer se o medicamento é usado. Em alguns casos, o diagnóstico é simples, fácil e definitivo. Noutros não. É comum em Pediatria o surgimento de erupção cutânea numa criança que está com febre e está usando antitérmico. O dilema é se a erupção cutânea foi causada pela própria doença que motivou o uso do medicamento, se é uma reação produzida pelo remédio ou se ainda depende duma interação dos dois. Essa última situação é frequente na mononucleose infecciosa quando a erupção cutânea é muito mais comum quando o cliente está usando penicilina. História familiar (os pais têm alergia?), exame clínico e exames laboratoriais podem ajudar.

COMO SABER SE A REAÇÃO É DO REMÉDIO OU DOS CORANTES?

Quando o médico pensar que os outros componentes da fórmula podem ser a causa da reação adversa, ele pode indicar outro produto com o mesmo princípio, mas com outros aditivos. As farmácias de manipulação auxiliam nessa tarefa. Isso deve ser feito com total segurança, pois se a causa da alergia for o princípio ativo, mesmo num produto especialmente formulado, poderá ocasionar reação.

O QUE FAZER SE FICAR COMPROVADO QUE HÁ ALERGIA A UM REMÉDIO?

A próxima exposição ao medicamento poderá implicar uma reação mais grave, então a resposta é não usar. Isso é tão importante que a informação deve ser registrada com muita atenção. Registrar na memória e:

- Usar uma plaquinha com a informação pendurada no pulso ou no pescoço.
- Registrar a ocorrência na ficha médica, na emergência e na escola.

E NÃO SERÁ POSSÍVEL USAR O REMÉDIO EM HIPÓTESE NENHUMA?

Quando for imperativo usar a droga que causou reação alérgica, pode ser tentada a dessensibilização por alergista, habitualmente no hospital. No domicílio ou mesmo no consultório médico, não é prudente dar qualquer remédio que produziu significativa reação alérgica numa determinada pessoa.

UMA VEZ ALÉRGICO SEMPRE ALÉRGICO?

Algumas vezes é possível, depois de algum tempo, usar o produto que antes havia sido rotulado como causador de reação alérgica. Obviamente, como dito antes, isso deve ser feito com extrema cautela.

COMO É O TRATAMENTO? QUANDO OUVIR O DERMATOLOGISTA?

É óbvio que o primeiro cuidado é suspender o medicamento que causou o problema. O pediatra é competente para resolver a grande maioria dos casos. Ele lança mão de antialérgicos e, algumas vezes, de corticoide. Quando o caso for grave ou quando houver dúvida diagnóstica, a participação do dermatologista, se existem manifestações cutâneas, e do alergista são recomendadas**.**

COMO EVITAR O EXCESSO DE MEDICAMENTOS NAS NOSSAS CRIANÇAS?

Lá vão alguns conselhos:

- Ler sobre as principais enfermidades da criança. Estimular a ocorrência de reuniões na escola e em outros locais para debater assuntos da saúde.
- Usar apenas um remédio quando existe febre. Não cobrar do médico o uso de antibiótico e de outras drogas nas doenças mais simples.
- Evitar o excesso de remédios na pele, nos olhos, na genitália, no ouvido.
- Usar os tratamentos mais simples. Exemplos: para tosse, mel, lambedor ou xarope caseiro, xaropes fitoterápicos. Para nariz entupido e catarro nasal, soro fisiológico. Para olho irritado e com secreção, soro fisiológico ou água boricada. Para secreção e irritação genital, asseio com água com vinagre. Feridas na pele, água e sabão.

E AS MUITAS OUTRAS REAÇÕES CAUSADAS PELOS MEDICAMENTOS?

Além da alergia, existem muitos outros malefícios produzidos pelo uso de medicamentos. Para exemplificar citamos duas situações:

1. No uso adequado de um remédio, pode haver reação indesejável mesmo que todos os rigores da medicina tenham sido obedecidos. Exemplos: é possível notar o aparecimento de diarreia numa criança que está usando uma penicilina corretamente recomendada para tratar uma pneumonia. Os medicamentos para as crises de asma provocam aumento da frequência cardíaca, tremores, excitação e outros efeitos indesejáveis. É sempre a relação custo/benefício que indica o caminho.
2. O uso inadequado de medicamentos é uma realidade lamentável e comum, frequentemente resultando em reações adversas em crianças submetidas a tratamentos de indicação duvidosa ou errônea. Um exemplo claro é o cloranfenicol, que apresenta menos efeitos colaterais no tratamento da febre tifoide,

sua verdadeira indicação, do que quando usado para enfermidades de cura espontânea. Parece, assim, que a natureza nos protege quando os fármacos são utilizados para seus fins originais.

A ANÁLISE DO CUSTO-BENEFÍCIO É INTERESSANTE?

Todos os médicos deveriam pensar nisso quando solicitam exames e receitam medicamentos.

- Ao invés de solicitar antibiótico para as crianças com febre, exijam o diagnóstico preciso.
- Ao invés de exigir remédio para tosse, entendam que esse sintoma cede em poucos dias, sem drogas ou apenas com mel e hidratação.
- Ao invés de cobrar dos médicos remédios antigripais, percebam a gravidade das reações produzidas pelos produtos "inventados" pela indústria farmacêutica e vendidos a "rodo", por todo o país, com a "inocente" participação de vocês.
- Ao invés de cobrar ações "milagrosas" dos médicos, entendam que a maior parte das doenças das crianças cura sem drogas.
- Ao invés de tentar desobstruir o nariz das crianças com drogas que oferecem o risco de graves efeitos colaterais, saibam que o soro fisiológico funciona muito bem e não oferece perigo.

14.1 A "FARMACINHA" DOMÉSTICA

Carlos Gonçalves de Oliveira
Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho
Ivo de Oliveira
João Gonçalves de Medeiros Filho
João Guilherme Bezerra Alves
Magda Carneiro-Sampaio.
Otelo Schwambach Ferreira

É valioso definir uma lista básica de remédios que devem ser mantidos em casa ou levados numa viagem. Evidentemente, serão listados apenas o que vocês devem ter para usar nas doenças ou situações mais simples e menos graves. Vamos deixar para a reflexão dois avisos importantes:

1. Existe maior risco de acidentes com remédios nas casas onde existem muitos medicamentos. O excesso de produtos também favorece o uso errôneo. Em casas onde existe Sorine Adulto e Sorine Infantil, por exemplo, pode

ocorrer o uso nas crianças do produto para os mais velhos. O erro pode produzir graves problemas, pois o remédio dos adultos pode conter substância que não deve ser usada nas crianças.

2. Os cuidadores devem ter consciência do seu limitado poder de reconhecer as doenças e de medicar as crianças. Essa é tarefa complexa e cada capítulo deste livro tem tentado definir esse limite mostrando os riscos de retardar a assistência médica apropriada para as doenças das crianças.

QUAIS REMÉDIOS CONTRA A FEBRE E DOR A FARMACINHA DEVE TER?

Os produtos para as duas situações são os mesmos e devem constar na farmacinha. E as doses e periodicidade também. O capítulo *Febre*, neste livro, recomenda os remédios. Vocês também devem ter na farmacinha bolsas para água fria ou quente que são usadas nos traumas e nas dores abdominais, de ouvido e de cabeça.

E O TERMÔMETRO?

Ajuda, mas a "mão" da mãe já é um excelente termômetro, quase nunca falha. Atualmente, há no comércio vários tipos de termômetros: axilar eletrônico, cutâneo frontal eletrônico, auricular eletrônico e termômetro retal eletrônico. O cutâneo frontal eletrônico é pouco preciso e não recomendamos. O retal não faz parte de nossa cultura e o auricular é muito caro. Sendo assim, o mais prático ainda é o axilar eletrônico, devendo ser mantido por um período mínimo de três minutos para a aferição correta da temperatura axilar.

PODEMOS TER UM SPRAY OU PASTILHA PARA DOR DE GARGANTA?

Podem. Um *spray* com própolis pode ser usado quando houver dor de garganta. Para os maiores, de 8 anos ou mais, uma dessas pastilhas simples, sem drogas, é útil. Também podem ter um antisséptico para gargarejos e bicarbonato de sódio que deve sempre existir. O uso dos *sprays* que contém anestésicos deve ser evitado. Seu uso pode induzir uma reação alérgica aos anestésicos.

A FARMACINHA DEVE TER O QUE PARA O NARIZ ENTUPIDO E A CORIZA?

O produto básico para uso nasal é o soro fisiológico. É o mais barato, o mais útil e que não apresenta efeitos adversos. Existem no comércio flaconetes de 10mL com soro fisiológico. É bom ter alguns que não precisam ser estocados no refrigerador. Quando necessário, despejar o conteúdo de uma ampola em um frasco com aplicador de medicação nasal (frasco usado de rinosoro ou Sorine, por exemplo). Esse soro fisiológico colocado em um frasco deve ser usado por no máximo 48 horas. Assim, após esse prazo, é indicado desprezar o restante,

lavar bem o frasco e despejar o conteúdo de outra ampola no frasco. Quem desejar pode ter uma das soluções comercializadas de soro fisiológico para uso nasal, sobretudo as que liberam um jato mais potente. Preferir sempre os soros sem conservantes, sobretudo o cloreto de benzalcônio usado para evitar a contaminação bacteriana. Esse conservante pode ser responsável pelo desencadeamento de alergia em algumas pessoas e "perenizar" os sintomas alérgicos respiratórios altos em outras. O capítulo *Rinite e sinusite, coriza e obstrução nasal*, neste livro, traz informações adicionais.

PARA A TOSSE, O QUE DEVEREMOS TER EM CASA?

Devem ter mel de abelha e um ou dois xaropes naturais, fitoterápicos. Lembrar que o mel de abelha só deve ser usado após o primeiro ano de vida.

E PARA A ASMA?

Os familiares têm que seguir orientações precisas sobre a identificação precoce da crise, sobre a medicação a ser usada e sobre o reconhecimento da resposta. O programa para cada asmático deve ser individualizado e só o médico pode fazer isso. Mas é essencial que o cuidador de cada asmático saiba como identificar os sinais iniciais da asma e qual medicação usar. Esse remédio deve estar presente na farmacinha e na *necessaire* levada nas viagens.

QUAL COLÍRIO DEVE-SE MANTER NA FARMACINHA?

Apenas o soro fisiológico. As mesmas ampolas antes referidas para uso nasal também servem para quando a criança apresenta secreção ou irritação ocular. Colírios com antibióticos e outras substâncias, como a cortisona, não devem fazer parte da farmacinha.

PARA OS VÔMITOS, O QUE A FARMACINHA DEVE TER?

Os produtos para vômitos são potencialmente tóxicos, têm eficácia duvidosa na maior parte das doenças agudas que produzem vômitos e devem ser recomendados pelos médicos após consultar as crianças. Vejam o capítulo *Vômito*, neste livro, para mais detalhes.

E PARA A DIARREIA?

Também não devem existir remédios para parar a diarreia, na farmacinha. A maior parte das diarreias cura sem remédios. Leiam o capítulo sobre o problema.

SORO PARA A HIDRATAÇÃO ORAL DEVE FAZER PARTE DA FARMACINHA?

Para quem mora numa fazenda, por exemplo, é prudente ter alguns envelopes de um dos soros em pó. Se há diarreia, é só diluir o conteúdo do envelope na quantidade indicada de água fervida e dar às crianças. Os soros apresentados na forma líquida, prontos para usar, são menos práticos para serem guardados por longo tempo.

PARA OS GAZES?

Os produtos que estão aí comercializados e largamente usados pelos familiares, em si mesmos e nas crianças, não têm eficácia provada. Chás (boldo, preto e outros) fazem o mesmo efeito. Assim, é a melhor opção dar os chás que os remédios.

PARA O INTESTINO PRESO?

Os supositórios de glicerina podem fazer parte da farmacinha. Existem para as diversas idades. Não devem ser usados repetidamente, pois a criança que assim está sendo cuidada precisa mesmo é de avaliação médica para melhor definição da conduta. Vejam o capítulo *Constipação intestinal*.

O QUE DEVEMOS TER EM CASA PARA OS PROBLEMINHAS DA PELE?

Além de água e sabonete glicerinado neutro, que são os principais produtos para a pele sadia e até para a pele doente, vocês devem ter pasta d'água que pode ser usada livremente na maior parte dos problemas da pele das crianças das regiões mais quentes. Uma pomada com neomicina deve estar sempre pronta para uso. Mas atenção que ela contém antibiótico e deve ser empregada quando houver algum indício de infecção como secreção amarelada na lesão e vermelhidão cutânea ao redor. A maior parte das feridinhas cura sem remédios.

E O MERCURIOCROMO E O MERTHIOLATE?

São potencialmente tóxicos e não devem existir no lar.

ENTÃO O QUE DEVEREMOS TER PARA LIMPAR AS FERIDINHAS?

Água em abundância e sabão são os mais importantes elementos para o asseio da pele íntegra e da pele ferida ou doente. O permanganato de potássio deve ser adquirido quando o médico prescrever e não deve existir na farmacinha.

RIFOCINA SPRAY É INDICADA?

É um erro usar excesso de antibióticos na pele ou em qualquer outro local do corpo (como os colírios com antibióticos e outros produtos). O *spray* de rifocina, tão popular entre as mães, não deve fazer parte da farmacinha.

PODEMOS TER UMA POMADA COM CORTISONA?

Nas crianças sabidamente alérgicas, o médico pode orientar os familiares a ter uma pomada ou creme com cortisona. Mas esses produtos não devem fazer parte da farmacinha para todas as crianças. Mesmo na pele, a cortisona pode ser maléfica.

A FARMACINHA DEVE TER UM ANTIALÉRGICO?

De rotina, não. Quando o médico diagnosticar um quadro alérgico, ele indicará um produto antialérgico e as condições de uso. E poderá orientar sobre o futuro uso e sobre a necessidade de manter o remédio em casa para uso em outro episódio alérgico. Então, essa é uma recomendação que deve ser programada para os alérgicos e o profissional detalha um programa específico para cada cliente. E aqui nós incluímos também os produtos com cortisona, o mais poderoso antialérgico, que alguns médicos orientam certas famílias muito bem selecionadas para usar em situações muito especiais, por exemplo, crise asmática importante.

Existe o caso especial da anafilaxia — sintomas de obstrução das vias aéreas, que têm início com coceira na garganta, pigarro, edema de lábios e dificuldade para respirar — que pode ser fatal em um curto período de tempo. Nesses casos, a adrenalina auto injetável é uma medida salvadora. Então, para crianças com esse antecedente ou que sejam muito alérgicas, seria recomendado que os pais tivessem ao seu alcance, principalmente quando estivessem em locais mais isolados (fazendas, longas viagens, etc). Entretanto, essa adrenalina autoinjetável ainda não é disponibilizada aqui no Brasil.

E PARA SECREÇÃO NO OUVIDO E PARA A SECREÇÃO GENITAL?

Os especialistas não recomendam pingar qualquer tipo de gota no ouvido. Isso prejudica o exame e faz a criança sofrer mais quando o médico precisa retirar o que foi colocado para ver qual a doença apresentada. Para a secreção genital nas meninas e nos meninos, basta o asseio adequado e, quando for o caso, a avaliação médica apropriada.

É PRUDENTE TER ALGUM ANTIBIÓTICO?

Não. O antibiótico deve ser receitado pelo médico após examinar o cliente. Só após avaliar vários aspectos — órgão ou órgãos afetados, necessidade de exames complementares, intensidade do quadro, bactérias envolvidas, necessidade de controles e outros — é que o profissional indica a medicação.

QUAL O MATERIAL DE CURATIVO QUE DEVEREMOS TER?

Vocês devem ter sempre gaze, algodão e esparadrapo que permitem a realização de um curativo simples.

E A FARMÁCIA PARA OS ADULTOS?

Os remédios para os adultos são potencialmente muito mais tóxicos para as crianças do que os que fazem parte da terapêutica pediátrica. Antidepressivos, sedativos, anti-hipertensivos e vários outros produtos muito perigosos são muito usados pelos adultos. Mesmo os remédios mais simples voltados para o tratamento dos adultos, que possuem componentes perigosos (Sorine adulto) ou em doses muito altas (paracetamol e dipirona comprimidos), são potencialmente tóxicos para as crianças. Os remédios que os adultos devem manter em casa para eventuais "probleminhas" não devem conter componentes perigosos para a gurizada (Sorine adulto, afrin adulto e outros remédios pela boca para desentupir o nariz). É preferível usar apenas soro fisiológico no nariz. E os comprimidos para dor e febre (como dipirona) devem ser guardados como citado a seguir. Os remédios que os adultos usam para problemas especiais (antidepressivos e remédios para o sono, por exemplo) devem ser mantidos num armário bem alto, trancado a chave.

NOSSA FARMACINHA VAI FICAR MUITO POBRE?

Acreditamos ser mais seguro para seus filhos que a farmacinha seja pequena mesmo, com poucos remédios, que vocês sabem usar com segurança. E para encerrar, aí vai mais uma vez os que vocês devem ter: a riqueza dessa farmácia está justamente na sabedoria da utilização de poucos remédios para serem utilizados eventualmente.

O QUE DEVEREMOS LEVAR NAS VIAGENS?

Acreditamos, de início, que todos deveremos ter um seguro saúde confiável que nos assista nos problemas de saúde quando estivermos longe das nossas casas. Todos nós poderemos vivenciar situações importantes (acidentes, apendicite e outras) que devem ser resolvidas de pronto, onde estivermos, e um bom seguro saúde é uma garantia de que poderemos ser atendidos nos melhores hospitais por profissionais competentes. Nas viagens para o exterior, essa recomendação é ainda mais importante. Nesses casos, é sempre importante ter um seguro internacional que cobre apenas o período da viagem. Confiar nos seguros que nos assistem no Brasil podem causar situações indesejáveis. E os remédios que vocês devem levar são os mesmos antes recomendados para a farmacinha doméstica.

DEVEMOS LEVAR UM ANTIBIÓTICO NUMA VIAGEM?

Não aconselhamos. A indicação do antibiótico (tipo, dose, frequência e tempo de uso e outras variáveis) depende do diagnóstico (local afetado, gravidade da infecção, tipo de germe envolvido). E só o exame médico pode definir isso.

ONDE DEVEMOS GUARDAR OS REMÉDIOS? ALGUMA RECOMENDAÇÃO ESPECIAL?

O armário para a guarda dos remédios não deve estar ao alcance das crianças e deve ser trancado com chave. Não deve ficar no banheiro, pois a temperatura elevada e umidade dificultam a conservação dos produtos e se for na cozinha deve estar longe das fontes de calor. A temperatura ideal para a conservação dos remédios é em torno de 15 a 27 graus centígrados. O armário ainda deve ser ventilado e livre de muita luz.

ALGUMAS OUTRAS RECOMENDAÇÕES?

- Guardar os remédios na embalagem original com a bula. Há alguns produtos que exigem refrigeração e, nesses casos, devem ser preservados no fundo do refrigerador para evitar as mudanças de temperatura que ocorrem quando se abre a porta do eletrodoméstico.
- Classificar os remédios em categorias, por exemplo, para dor e febre, para o nariz, para facilitar a busca quando necessário.
- Revisar uma ou duas vezes ao ano a farmacinha para avaliar quais remédios estão fora do prazo de validade.

ONDE LOCALIZAR A FARMACINHA?

A farmacinha não deve ser localizada na cozinha nem no banheiro. O calor e a umidade prejudicam a conservação dos remédios. O excesso de luminosidade também pode atrapalhar. Um armário alto e trancado a chave para evitar que as crianças se acidentem e que atenda às condições anteriores é o melhor local para a guarda dos produtos farmacêuticos.

COMO SABER SE O PRODUTO QUE COMPRAMOS NÃO É FALSO?

Esse é um dos problemas mais críticos atualmente. No Brasil, a falsificação de remédios é problema gravíssimo. A "raspadinha", aquele quadradinho com tinta branca ou metalizada é hoje obrigatório. A tinta quando raspada revela o selo do fabricante e a palavra qualidade e isso garante a originalidade do produto.

Para terminar, lembramos mais uma vez que as graves intoxicações produzidas na casa pela ingestão acidental de remédios. Uma farmacinha organizada, pensada e bem cuidada por pessoas responsáveis e que conhecem o perigo dos medicamentos é peça importante na prevenção de perigosíssimas intoxicações nas crianças.

Lembramos sempre que este texto faz parte de uma proposta educacional e não visa a substituir a orientação médica individualizada.

14.2 RELATO DE UMA CUIDADORA QUE PINGOU REMÉDIO COM NAFAZOLINA PARA DESOBSTRUIR O NARIZ DO FILHO

"Nunca imaginei que teria um susto tão grande por causa de um remédio que coloquei no nariz de meu filho de 2 anos e 5 meses. Antes de mandá-lo para a escolinha, às 7h, percebi que ele estava gripado, com o nariz entupido. Pinguei umas duas gotinhas de Sorine no nariz dele, pois sempre achei que remédio no nariz era tudo igual. Levei o garoto para a escola e fui para a faculdade. A professora ligou e disse que havia alguma coisa estranha acontecendo, porque o meu filho estava mole, gelado e só querendo dormir. Perguntou inclusive se podia levá-lo ao hospital.

Na hora nem me lembrei do tal medicamento que sempre me pareceu inofensivo. Corri para a escola e vi que meu filho parecia um boneco de pano. O pediatra, pelo telefone, diagnosticou o que estava ocorrendo e a criança foi levada imediatamente ao consultório onde foi monitorada, pois seu batimento cardíaco estava lento. Passei horas angustiantes e, após cerca de três horas, a situação do garoto foi voltando ao normal e ele, à tarde, estava normal. Através deste depoimento espero que vocês mães prestem muita atenção no uso dos medicamentos nos seus filhos e evitem a automedicação".

O QUE OCORREU COM O GAROTO?

Os sintomas foram causados pela nafazolina. A mãe usou no filho a apresentação do Sorine indicada para os adultos. E essa apresentação continha a nafazolina, produto com reconhecidos efeitos colaterais, sobretudo sobre o coração e a circulação. O erro era comum. E o pediatra, experiente, diagnosticou o problema pelo telefone.

OUTRO DEPOIMENTO

"Lembro que minha filha usou um remédio no nariz que ela tinha mania de colocar sozinha. Não vi quando, nem quanto ela colocou. Mas de repente ela foi ficando branca e "esmorecida", parecia um molambo. Acho que foi a pressão que caiu muito. Liguei imediatamente para o médico que perguntou sobre as medicações que estava fazendo e eu disse nenhuma, até que ele perguntou por medicação nasal. Quando falei que sim, o médico mandou que eu visse e bula e verificasse se tinha uma tal substância da qual não lembro o nome. E tinha! De imediato, o médico mandou que eu jogasse fora e algum tempo depois falou que essa substância já tinha causado mortes. O médico ainda me recomendou que eu contasse o caso e divulgasse o nome da maldita substância para todas as mães. "

Para ilustrar ainda mais o assunto, transcrevemos dois alertas da Anvisa, descritos a seguir:

1. Sobre a fenilpropanolamina:

> O Ministério da Saúde, através da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, suspendeu por meio da Resolução 96, a fabricação, distribuição, manipulação, comercialização e armazenagem de medicamentos com o princípio ativo denominado FENILPROPALAMINA. A medida foi tomada depois que a "Food and Drug Administration" (FDA), dos Estados Unidos, constatou que a substância vinha provocando reações adversas, FATAIS, em usuários americanos (hemorragia cerebral). No Brasil, a suspensão é preventiva, uma vez que não existem casos relatados.
> A FENILPROPALAMINA está presente em 21 medicamentos, especialmente nos antigripais. Os medicamentos suspensos são os seguintes: Bernadryl dia e noite; Contac; Naldecon Bristol; Acolde ; Rinarin Expectorante; Deltap; Desfenil; HCl de fenilpropalamina; Naldex; Nasaliv; Decongex Plus; Sanagripe; Descon; Descon AP; Descon Expectorante; Dimetapp; Dimetapp Expectorante; Ceracol Plus; Ornatrol; Rhinex AP; Contilen; Koide D.

2. Sobre os fitoterápicos:

> Em setembro de 2011, a Anvisa proibiu o uso e a comercialização no País de nove medicamentos fitoterápicos. A decisão foi publicada no *Diário Oficial da União*. Além do uso e comercialização, a agência proibiu a fabricação e distribuição dos produtos em todo o território nacional. Na lista de proibidos, estão o Chá Sete Ervas 130 g (Rouxinol Produtos Naturais), indicado para queima de gordura; o xarope Flor da Índia (500 mL), da Nutri Plantas, para prisão de ventre; o xarope Flor do Sertão (500 mL), da Elis Natus, para úlcera e pedra nos rins; Flor da Catingueira (500 mL), da Bonature Com. de Produtos Naturais; Umburana Composta (500 mL, sem fabricante informado), para infecção mL), da Natureza Viva ME, indicado para evitar derrame; Elixir de Pai João (250 mL, sem fabricante informado) e Tayucaroba (250 mL, sem fabricante informado), para eliminar cravos e espinhas.

Essas observações devem alertar sobre os efeitos adversos de produtos alopáticos e fitoterápicos. O algodoeiro usado como estímulo à produção de leite contém o produto gossipol que pode ocasionar problemas. Estejam atentos.

É importante consultar sempre os médicos assistentes dos seus familiares antes de usar substâncias desconhecidas, mesmo se rotuladas de fitoterápicas.

15 | LEITURAS COMPARTILHADAS EM FAMÍLIA: LIVROS QUE CURAM!

Giorgio Tamburlini
Jailson de Barros Correia
Josilma Espósito de Barros Correia
Renata Barros Pedulla

LER EM VOZ ALTA PARA UM BEBÊ AJUDA NO SEU DESENVOLVIMENTO?

Isso mesmo! E a explicação vem da neurociência. Muitas evidências científicas têm melhorado a nossa compreensão sobre como são formadas as conexões cerebrais bem no comecinho da vida, pois os bebês nascem aprendendo. Em nenhum outro momento da vida, as novas conexões cerebrais são tantas e tão velozes. Todos os sentidos do bebê estão, o tempo todo, absorvendo o que ocorre no ambiente. Ali começam a ser desenvolvidas as bases de uma infância e vida adulta saudáveis.

POR ISSO OUVIMOS DIZER QUE "OS CÉREBROS DOS BEBÊS SÃO COMO ESPONJINHAS..."

É mais ou menos assim. Particularmente importantes nesse período são as interações humanas, com adultos que demonstram afeto e interagem com a criança, falando com ternura, olhando nos olhos e brincando com o bebê por exemplo! É aí que entra a chamada leitura compartilhada, ou colaborativa. Ler em voz alta para a criança é uma forma excepcionalmente eficaz para estabelecer essas conexões num ambiente seguro e afetuoso para a criança.

O assunto é tão relevante que Organização Mundial de Saúde e Fundo das Nações Unidas para a Infância, por exemplo, já incorporaram a leitura compartilhada para promover o desenvolvimento da primeira infância nas suas diretrizes há vários anos.

SIMPLES ASSIM, LER EM VOZ ALTA E PRONTO? QUANDO COMEÇAR? COMO FAZER NA PRÁTICA?

Bem, talvez fosse melhor dizer: ler com o bebê! Sim, isso mesmo. Com o bebê. Ler de forma interativa, interpretando o texto, permitindo que a criança veja as figuras, toque as páginas e sinta suas texturas...

Ler em voz alta, num ambiente calmo e seguro, mudar a entonação da voz de acordo com o texto. Fazer perguntas! O método dialógico é o mais eficaz, especialmente quando as crianças vão crescendo! Fazer breves pausas na leitura, deixando

tempo e espaço para a criança elaborar e assimilar a estória. O adulto deve manter o ritmo, respeitando o tempo da criança.

E não precisa ser uma grande atriz (ou ator) para ser efetiva leitora. Mas à medida que o adulto também se diverte no processo, vai se soltando, fazendo caras e bocas, gestos com o corpo e as mãos, imitando os sons dos animais, criando vozes para os personagens, apontando as figuras, dizendo e repetindo seus nomes. Quando os adultos leem e releem para as crianças, cria-se uma condição de escuta recíproca que se torna parte integrante do processo de promoção do desenvolvimento e cuidado.

Quanto mais cedo começar a ler para o bebê, melhor. Mas nunca é tarde para iniciar uma rotina de leitura com a criança. É natural que o bebê menor de seis meses não preste atenção por mais que alguns segundos, por isso nessa fase a familiaridade com o livro (tocar, colocar na boca) é a prioridade. Mais adiante, ler por 5 a 10 minutos por dia já é um bom começo. Para crianças maiores, recomenda-se que a atividade tenha de 15 a 20 minutos por dia. É importante ser consistente: tentar fazer todo dia, criando um momento de rotina de leitura, como antes de dormir, na hora do banho ou do lanchinho no meio do dia. O importante é tornar consistente aquele um momento lúdico, de prazer e descoberta!

À medida que os bebês crescem, ler junto com seus pais os ajuda a liberar sua imaginação e criatividade, melhora sua compreensão e desenvolve o conhecimento do mundo ao seu redor. Além disso, com as histórias, as crianças podem aprender valores importantes, como empatia, solidariedade, consequências das ações, respeito às pessoas e à natureza, por exemplo. Lentamente, eles se familiarizam com as narrativas e logo começam a desenvolver suas próprias histórias ou versões de suas histórias favoritas.

Além disso, a leitura também funciona como uma terapia de bem-estar, ajudando as crianças a reduzirem o estresse e diminuir as emoções negativas ao se conectarem com as experiências dos personagens da história.

A CIÊNCIA COMPROVA TUDO ISSO?

Sim, cada vez mais. Vários métodos de estudo têm sido utilizados para comprovar os benefícios da leitura compartilhada em família com bebês e crianças. Desde a comparação do desempenho de crianças ao final do primeiro ano de vida ou quando começam a vida escolar até métodos modernos que capturam imagens da atividade cerebral, demonstrando que a leitura precoce em família traz efeitos benéficos nas redes neurais responsáveis por manter diferentes habilidades e funções cognitivas.

Há comprovação de impactos positivos no desenvolvimento da linguagem, em particular na compreensão narrativa e expressão, além das chamadas funções executivas, como capacidade de manter atenção, fazer planejamento e controle de execução de tarefas, ter flexibilidade na escolha de estratégias e solução de problemas, e na velocidade de processamento e memória. Tudo isso tem efeito benéfico na alfabetização (letramento e numeracia, ou alfabetização matemática), no bem-estar socioemocional das crianças e nas relações parentais.

A leitura compartilhada impacta ainda na atenção sustentada, um aspecto importante quando considerarmos que as crianças de hoje, além de transtornos específicos do desenvolvimento, como o TDAH, tendem a ter dificuldades crescentes em manter a atenção, provavelmente devido ao excesso de estímulos contemporâneos que perturbam a sua concentração.

SERIA UM EXAGERO FALAR QUE OS LIVROS TÊM CAPACIDADE DE AJUDAR NA CURA?

Ao contrário! Embora a estratégia beneficie todas as crianças, há vários projetos avaliando práticas de leitura compartilhada até mesmo em hospitais, com crianças prematuras, em tratamento para câncer ou com distúrbios do neurodesenvolvimento, por exemplo, com resultados bastante promissores.

A LEITURA COM AS CRIANÇAS TAMBÉM FAZ BEM AOS PAIS E À SOCIEDADE?

Sim! Há evidências de que, ao praticarem a leitura compartilhada, os cuidadores melhoram seu senso de responsabilidade, de autoeficácia e de competência parental. Essa melhoria se dá mesmo quando o adulto passa por situações difíceis ou está com depressão, o que também ajuda no estado socioemocional da criança.

Além disso, dados do UNICEF, avaliando cerca de 100.000 crianças de 35 países, demonstraram que as crianças que têm pelo menos um livro em casa tem quase duas vezes mais chances de ter habilidades de alfabetização (letramento e numeracia, ou alfabetização matemática) apropriadas para a idade. E os benefícios cognitivos e relacionais observados nos estudos são até maiores em crianças e pais de baixo nível socioeconômico e cultural. Assim, se essas práticas se tornam políticas públicas, os ganhos são estendidos para toda a sociedade.

15.1 A ESCOLA E A CRIANÇA, DE RAQUEL DE CRASTO

Ana Maria Paiva Beça
Christiana Figueiredo Cruz
Josiane Golin
Maria Mônica Antunes Sales de Melo
Raquel de Crasto
Vera Lúcia de Andrade Lima Anderson

Estimulamos a leitura de *A escola e a criança,* texto de importante valor histórico, escrito há décadas pela professora Raquel Crasto, parceira do professor Paulo Freire na fundação do Instituto Capibaribe, notável colégio na capital pernambucana. O texto é extremamente instigante e deve fazer pensar na nossa função de cuidadores que vai muito além de prover vacinas, alimentação, vestuário, assistência à saúde e outros itens do cotidiano.

A pedagoga Raquel Correia de Crasto, que teria completado 100 anos em 2019, foi convidada em 1955 pelo educador Paulo Freire para participar do grupo que criou o Instituto Capibaribe, a primeira escola do Recife a adotar uma pedagogia considerada alternativa. Raquel faleceu em 2004, mas as práticas permanecem sendo difundidas na escola, que já soma 70 anos de existência.

Nascida em Vicência, na Mata Norte, Raquel foi aluna do primeiro curso de Pedagogia da Faculdade Frassinetti do Recife (Fafire), especializando-se em Orientação Educacional, ramo em que trabalhou com adolescentes e formação de professores. Em 1942, foi nomeada professora da então Escola Rural Alberto Torres, em Tejipió. Em 1943, passou a trabalhar com crianças especiais na Escola Aires Gama. O texto abaixo apresentado foi escrito pela educadora Raquel Correia de Crasto e divulgado em 1992, no terceiro volume do *Conversando com os pais*.

A ESCOLA E A CRIANÇA

Raquel de Crasto

1- Qual a idade ideal para mandar a criança para a escola?

A nossa experiência mostrou a conveniência de não levar a criança à escola antes dos 3 anos, por várias razões: primeiro, necessidade de permanecer um pouco mais entregue aos cuidados individuais da mamãe, basicamente por necessidades psicoafetivas; depois, antes disso, ainda não se estabeleceram definitivamente o controle dos esfíncteres e o processo de linguagem necessário à comunicação com os adultos da escola e também com os companheiros. Isto sem falar em um mínimo de socialização, que garanta a confiança absolutamente necessária ao convívio com as pessoas da escola.

Por isso, entre nós, estabelecemos o limite de 3 anos e meio para entrada das crianças, tendo-se o cuidado de lhes oferecer o mínimo de sistematização possível, na qual sejam garantidas a socialização, a educação sensorial, a espontaneidade, a formação de certos hábitos úteis e indispensáveis ao convívio escolar."

Consideramos de fundamental importância a convivência da criança pequena com a mãe. Mas houve uma mudança na organização e na rotina familiar; a mãe nem sempre é a pessoa que está disponível para acompanhar o crescimento da criança em todos os sentidos. Tornou-se, melhor, então, deixar a crianças aos cuidados da escola maternal, encarregada de promover os cuidados essenciais ao seu desenvolvimento integral, a deixá-la com pessoas, muitas vezes, desconhecidas e pouco preparadas para a função. Passamos, desde 1999, a receber crianças a partir dos 2 anos, para a classe do maternal.

2 – Um problema para muitas mães: deixar a criança em casa com a empregada assistindo à televisão ou levar para a escola?

Reconhecemos a situação conflitiva na mente e na consciência de uma mãe, tendo-se em vista a quase impossibilidade de encontrar pessoas de confiança com quem deixar seus filhos e a necessidade imperiosa de trabalhar. É claro que, entre deixar o filho ou filhos com uma empregada, muitas vezes inadequada para a função, e levá-los para a escola mais cedo do que se pensava, a segunda hipótese prevalece. Aqui, dos males, o menor. Tendo-se, porém, o cuidado de escolher uma escola que concilie as exigências essenciais de instalações com as necessidades psicológicas das crianças. Na escola, a criança encontrará outras crianças, jogos e brinquedos e estará longe da televisão, num período em que ela é dispensável.

3 – Quais os critérios para a escolha da escola?

Sabemos que não é nada fácil escolher a escola do filho. Claro que não deverá ser a criança a responsável por essa escolha. A de uma criança obedeceria sempre a critérios afetivos e nunca deverá ser por aí. Serão os pais que deverão fazer a opção, seguindo sempre critérios psicopedagógicos.

Psicopedagogicamente, todas as escolas deveriam ser simples, porém dotadas de aspectos essenciais indispensáveis. O primeiro deles, o mais importante, é um clima psicológico favorável à segurança, à espontaneidade, à alegria, à simplicidade, à tranquilidade emocional. Ao lado disso, que, repetimos, é realmente o mais importante, vale destacar a adequação pedagógica com as instalações, que variam com o tipo de aluno. Daí, no pré-escolar, por exemplo, devemos contar com áreas verdes, presença de salas amplas e arejadas, móveis leves e simples, jogos variados, tabuleiros de areia, coisas de boneca etc., sanitários e filtros adequados.

A experiência nos mostrou que as aparências são muito relativas, comparadas com o espaço psicológico, ou seja, a compreensão, a alegria, a receptividade, a competência, a motivação que os mestres oferecem no seu dia a dia escolar.

Se pudéssemos unir o útil das boas instalações com o agradável do clima psicológico, seria sempre o melhor. Entretanto, em nosso meio, é raramente possível essa conciliação. Sendo assim, entre as duas opções, exigido o que for essencial, deverá prevalecer a que favoreça um melhor atendimento psicológico.

Muitíssimo importante é a unidade de orientação entre a família e a escola. Caminhando lado a lado com a escola, seja ela tradicional ou progressista, haverá esperança de acerto. Caso contrário, a criança ficará em conflito, em ambivalência, o que gera insegurança

4 – Deve haver um modelo ideal de escola: área verde, *playground*, banheiros apropriados para as crianças etc.?

Um modelo ideal de escola inclui vários aspectos: instalações, localização do prédio, mobiliário, arejamento, iluminação, condições sanitárias, desde o terreno salubre, distante de centros barulhentos e de poluição. Além dessas condições que favorecem o físico, poderíamos lembrar aquelas condições psicológicas que advêm de um corpo docente competente, dedicado e responsável, condições estas que favorecem a compreensão, a alegria, a tranquilidade emocional, o acolhimento.

Uma escola assim muito contribuiria para o desenvolvimento integral do aluno. Penso que esse conjunto não deveria ficar muito diferente da realidade vital do aluno, para não o levar ao desajustamento social de desejar e amar coisas que estariam longe de suas possibilidades. Um luxo refinado, por exemplo, nas instalações, não lhe seria nada útil.

Entretanto, seria possível e muito ajudará se juntássemos o útil ao agradável. A sobriedade aliada à simplicidade e ao bom gosto certamente contribuiriam para a educação do seu espírito.

Na verdade, a escola deve buscar sempre a adaptação da criança à vida. É todo um problema social muito sério. A criança deverá amar a escola e a família, gostando de uma e de outra, em ambas sentir-se bem.

Uma escola modelo, ideal, imodificável, padrão para todos os tempos seria uma contraposição ao desenvolvimento da própria educação, que deverá aperfeiçoar-se, adaptando-se às modificações de cada momento histórico.

5- E quando a criança não quer ir para a escola? Qual deve ser a posição dos pais e da escola?

Depende do caso. É importante a convicção dos pais ao mandarem ou não a criança à escola. Não havendo motivo explicável, caberá a família levá-la para a escola e essa recebê-la, mesmo que a criança reaja fortemente à entrada. Aqui, deve funcionar a firmeza sem violência. Deve vencer a verdade, isso é, o benefício de frequentar a escola, a qual garante a sociabilidade, o desenvolvimento da inteligência e das outras capacidades da criança.

Casos há, porém, em que se faz necessária uma introdução gradual, ponderada, uma conquista psicológica ou pedagógica periódica, até a permanência definitiva.

Algum erro anterior, da família ou da escola, poderia tê-la traumatizado e causado nela essa resistência, como. por exemplo, do lado da família, contemporizando demasiadamente ou, do lado da escola, uma superexigência, ou um certo exagero de conteúdos, etc.

Daí, cautelosamente, devemos considerar que cada caso está a merecer uma atenção especial, ou podendo até receber um cuidadoso atendimento psicológico.

6- Existem orientações e métodos de aprendizagem diferentes? Qual o melhor?

Existem orientações e métodos os mais variados e os mais diferentes. Não queremos agora discutir os seus méritos e possíveis erros a corrigir.

Poderíamos dizer que os melhores métodos serão sempre aqueles que procurem desenvolver a mente do aluno, a sua capacidade de reflexão, aqueles cuja preocupação seja levar o aluno a descobrir a verdade, a autodeterminação, que busquem verdadeiramente formar e não simplesmente informar, que busquem a educação integral da personalidade.

Detectar essas preocupações nos vários métodos é trabalho muito particular dos pais e educadores. O que importa é a unidade de orientação família-escola, é a adesão da família, porque disto dependerá a segurança da criança. Cabe, portanto, aos pais, decidirem sobre qual a orientação a seguir. De sua coerência dependerá o êxito a obter. É claro que essa decisão deverá ser consequência de uma escolha muito consciente.

Por mais paradoxal que pareça, tem mais repercussão, para a segurança da criança, essa unidade de orientação do que mesmo a diferença para melhor entre dois métodos. A ambivalência é mais prejudicial: entre duas atitudes diferentes, a criança, no seu pouco discernimento, não sendo capaz de distinguir com clareza o que é mais certo, vem tornar-se conflitiva, ambivalente e insegura, o que na formação de sua personalidade é mais prejudicial do que a diferença para mais ou para menos na excelência de um método ou de outro.

7- Existem escolas específicas para determinadas crianças?

Sim, tendo-se em vista que as crianças podem apresentar dificuldades especiais que devem ser atendidas individualmente ou em pequenos grupos, por toda a vida ou por determinado espaço de tempo. Misturadas em escolas comuns, poderão passar sem a atenção devida e se instalar definitivamente em suas dificuldades em sentimentos de inferioridade.

Hoje há toda uma gama de profissionais especializados na solução de problemas especiais. Entretanto, é ainda pequeno o número de escolas especiais oferecidas pela sociedade, muitas vezes, chega a ser raro e precário".

Atualmente, a ideia de escola específica foi substituída pela da escola inclusiva, onde o convívio entre crianças diferentes favorece o desenvolvimento e aprendizagens de conhecimentos e atitudes, necessários para a vida em sociedade, sabendo que há casos que requerem profissionais devidamente preparados para atender-lhes em suas necessidades específicas.

8- O esporte nas escolas deve ser estimulado a partir de que idade?

O desenvolvimento físico, um dos aspectos da educação integral, deverá ser considerado desde cedo. Assim o exige o crescimento harmonioso de todos os as-

pectos da personalidade. No decorrer do 1º grau deve merecer atenção especial, dentro ou também fora da escola, acompanhada por especialistas no assunto seguindo metodologia adequada.

Um cuidado especial: a preocupação não deverá ser formar atletas, nem exagerar a competição, mas usar a educação física como meio de educação. No jardim de infância, as atividades recreativas se encarregam da ginástica natural.

Na adolescência, porém, é indispensável a prática de esportes para descarga de energia, higiene mental, desenvolvimento do espírito de grupo, do respeito mútuo, do exercício da legalidade, da justiça, do companheirismo.

9- Como a escola deve proceder para evitar maior incidência de doenças?

A escola deve contar com a consciência da família em caso de suspeita da presença de doenças. É necessário um bom entendimento entre a família e a escola para detectar os males desde o início e contar com a suspensão da frequência até segunda ordem.

São importantes os cuidados higiênicos da escola: objetos individuais, uso da água devidamente filtrada, uso de copos descartáveis na merenda, instalações sanitárias bem cuidadas.

Manter um canal de comunicação permanente com o sistema público de saúde, secretaria de saúde do município e do estado, é fundamental para a prevenção e superação de problemas de saúde coletiva.

10- O lanche na escola deve ser individual (cada um levar o seu) ou coletivo (o mesmo para todos)?

Por uma série de razões, preferimos o lanche coletivo:

- Ajuda a desfazer tabus alimentares.
- Estimula a alimentação das crianças com pouco apetite, pela força do grupo.
- É uma grande economia de tempo e de dinheiro para as famílias.
- Socializa a criança.

Essas são vantagens muito importantes. Entretanto, o lanche coletivo supõe uma série de exigências: orientação de uma nutricionista para proporcionar às crianças uma refeição balanceada, de acordo com as necessidades do grupo a ser atendido; local para o preparo que garanta limpeza total e facilidade de confecção; não transigir na permissão de merenda individual, a não ser por determinação médica; rigor na determinação dos horários para evitar perturbação no andamento das classes.

A merenda aqui, tem função simplesmente complementar, não substitui a refeição essencial.

11- Deve haver tarefas para casa a partir de que idade?

As tarefas de casa são uma atividade auxiliar que atinge três fins: desenvolver o senso de responsabilidade, fixar alguma noção aprendida, estimular o hábito de estudar sozinho, futuramente necessário. Exige cuidados especiais quanto à época, à dosagem, e às circunstâncias ambientais.

Quanto à época em que poderá ser cobrada, podemos dizer, com segurança e por experiência vivida, que nunca deverá ser no pré-escolar nem na 1ª série (...). Pela própria imaturidade e pelo fato de que, não estando ainda alfabetizadas, as crianças não têm condições de ler ordens para executá-las, tendo, por isso, necessidade de recorrer a terceiros para leitura das ordens e sua interpretação, estabelecendo-se uma indesejável dependência.

A partir da 2ª série, já dominando a leitura, os estudantes poderão ler e interpretar as ordens dadas, geralmente por escrito, e assim realizá-las sozinhos para apresentá-las na sala de aula.

Não é necessário que sejam longas, essas tarefas. É importante que as crianças as executem prazerosamente. Muito longas, poderiam ser encaradas como castigo. Nunca mais de quarenta minutos e não precisam ser diárias. Tudo deve variar com a classe, a idade, o grau de responsabilidade e de maturidade, o que vai aumentando progressivamente.

As condições ambientais têm muita importância. Cabe aos pais combinarem com seus filhos o momento de realizá-las e fazê-las cumprir religiosamente o combinado. Criar um clima de silêncio, de compromisso aceito para cumprir, sem a presença permanente de uma pessoa ao lado.

Ser indiferente às tarefas é prejudicial. É importante o acompanhamento discreto, o estímulo, a alegria de ver as tarefas cumpridas e até chegar a olhá-las quando solicitado. Quanto à correção, ficará a cargo dos professores no momento para isso destinado – a sala de aula.

12- Quanto aos horários na escola, devem ser rígidos (entrada, aulas, recreios)?

Achamos que a pontualidade, a assiduidade e a ordem muito ajudam na formação do caráter. Poderíamos, pois, dizer que a inconsistência nos horários levaria à pouca seriedade e à inconsistência na formação de hábitos de vida.

Os horários deverão ser cumpridos seriamente. A inflexibilidade, porém, levaria a uma rigidez insuportável. Havendo motivos justos deverão estes ser atendidos.

A rigidez não constrói. Em se tratando de educação, ela somente prejudica o crescimento harmonioso da personalidade.

O QUE OS EDUCADORES MODERNOS PENSAM SOBRE ESSES ENSINAMENTOS?

"A educação, que deverá aperfeiçoar-se, adaptando-se às modificações de cada momento histórico", enfatizou a professora Raquel. Um dos assuntos atuais é a importância ou não do comparecimento à escola logo nos primeiros anos de vida. Nos Estados Unidos, uma pesquisa recente demonstrou que as crianças que foram à escola antes dos 5 anos renderam mais nos estudos nos anos seguintes. Os autores ressaltaram que a partir dos 3 anos é bom que as crianças sejam levadas ao jardim de infância. Foram evidenciadas vantagens do contato com a diversidade encontrada na escola e desvantagens do contato com o ambiente mais monótono, menos estimulante, menos variado da casa. Aos 12 anos de idade, o vocabulário das crianças que foram mais cedo para a escolinha era mais amplo do que o daquelas que não foram. Mas elas eram também mais agressivas nessa idade como se a ida mais precoce para a escola tivesse também desencadeado um espírito competitivo mais intenso. Os pesquisadores concluíram que o melhor ambiente para o desenvolvimento do aprendizado nas crianças é a soma dos estímulos familiares e escolares.

QUAL O NÚMERO IDEAL DE CRIANÇAS NUMA SALA?

As crianças de 3 a 4 anos são dinâmicas e necessitam de muito espaço. Também são muito turbulentas e não conhecem limites e perigos. Há necessidade de muitas professoras e muitas pessoas de apoio para ajudar a cuidar delas. Evidentemente, quanto mais espaço e quanto menos crianças numa mesma sala melhor. No entanto, a dura realidade da relação custo/benefício impede que a maior parte das escolinhas tenha espaço suficiente para a gurizada. Mas, nessa idade, não mais de 10 crianças numa mesma sala é o ideal. As crianças de 7 a 10 anos têm autonomia e independência mais estruturada e, consequentemente, o direcionamento e o acompanhamento dos professores satisfatório com aproximadamente de 25 crianças por sala.

EXISTEM PROBLEMAS DE MATRICULAR OS IRMÃOS NA MESMA ESCOLA?

Não vemos dificuldades para o aprendizado ou para o comportamento causados pelo fato de os irmãos serem educados no mesmo colégio. Ao contrário, vemos benefícios. O transporte, o uso do material educacional e outros são aspectos positivos. Também é facilitada a negociação, se for colégio particular, pois é possível conseguir mensalidades mais em conta. O diálogo dos familiares com os diretores e com os professores é outro aspecto que poderá ser facilitado se os irmãos estudam no mesmo colégio. Enfim, não vemos aspectos negativos.

QUAL A POSIÇÃO DE VOCÊS SOBRE OS IRMÃOS GÊMEOS NA MESMA SALA?

Essa questão é diferente, pois os gêmeos habitualmente estão no mesmo ano escolar e podem inclusive ser colocados na mesma sala como as mães habitualmente

desejam. Frequentar a mesma sala pode interferir no comportamento e na formação da personalidade de cada um. Em salas separadas, os gêmeos desenvolvem todas as suas potencialidades, características, formas de ser e de agir e até desenvolver atividades pedagógicas independentes de comparações, críticas e competição exacerbada. Evidentemente, isso não é uma postura definitiva. Imaginem gêmeos que moram numa pequena cidade do interior e têm que frequentar uma escolinha que tem apenas uma sala para a idade deles. Eles frequentarão a mesma escola e receberão as lições na mesma sala. As facilidades e as dificuldades não podem ficar restritas a um ou a poucos aspectos. É importante ver o todo que inclui as características emocionais da família, peculiaridades psíquicas das crianças e as particularidades da própria escola como determinantes do resultado obtido.

O QUE ACHAM DA ESCOLA EM TEMPO INTEGRAL?

Hoje, a escola integral é uma necessidade premente da família que pode contar com um local confiável, produtivo e educativo onde as crianças exercitam um convívio social mais intenso através de atividades lúdicas, esportivas e pedagógicas. Não é apenas uma escola integral que produzirá adultos mais brilhantes ou não. Certamente, as vivências escolares mais intensas e contínuas geram estímulos, experiências e conhecimentos que podem ser extremamente importantes no futuro. A experiência de países como a Coreia que exige que a escolaridade seja em tempo integral reforça essa postura. A escola em tempo integral deve reservar um bom tempo para o lazer, para as brincadeiras livres e para os esportes. Assim, esse modelo, em si, não deve ser a causa de cansaço se for inteligentemente implantado.

E O ESTUDO NAS FÉRIAS?

O professor Cláudio de Moura Castro comentou em um dos números da *Veja* de junho de 2010 que as férias poderiam ser mais bem aproveitadas. Informou que as perdas no período de recesso podem ser "devastadoras" para as crianças mais pobres. Observou, o citado professor, que dois terços das vantagens acadêmicas acumuladas pelos alunos mais ricos nos primeiros anos da escolaridade resultam das leituras nas férias. Moura Castro disse ainda que cada período de férias provoca o esquecimento de até 2,6 meses do aprendizado da matemática. Assim, os pais e educadores deveriam planejar o que as crianças deveriam fazer para evitar esse prejuízo e até para realizar algum ganho de aprendizado nas férias. É interessante ler a crônica integralmente para ver outros aspectos citados. Mas existe o outro lado da moeda que precisa ser olhado. As férias têm a função de permitir que os estudantes descansem, de possibilitar que pais e filhos possam interagir mais intensamente, como viajar juntos, de permitir que a própria estrutura educacional pare um pouquinho para planejamento e descanso. E uma excelente opção de leituraé o acesso ao portal http://www.dominiopublico.gov.br que oferece literatura para os pequenos (Literatura Infantil em português) e para os maiores.

QUAL A OPINIÃO SOBRE O ENSINO EM ESCOLAS BILÍNGUES?

É uma situação conflitiva. Como tudo na vida, as crianças que estudam em escolas bilíngues são expostas a benefícios e a malefícios. Cada família deve julgar de acordo com seus valores, sua proposta de vida, seus objetivos futuros qual o melhor modelo a seguir. Não acreditamos que, no longo prazo, possam advir dificuldades comportamentais ou emocionais pelo fato de as crianças estudarem numa escola desse tipo. Certo afastamento da realidade cultural do país de origem, que é o argumento de muitos, é real. Mas isso pode ser vencido.

A ESCOLA PODE AJUDAR A FORMAR HÁBITOS ALIMENTARES SADIOS?

Há colégios envolvidos na formação mais completa dos estudantes e que se preocupam até com a formação de bons hábitos alimentares. Muitas têm hortas para que as crianças se acostumem com a plantação dos legumes e verduras. Outras oferecem aulas de culinárias para estimular a criançada a valorizar os alimentos mais sadios. Há as que proíbem a venda nas cantinas de refrigerantes, de frituras e de outros alimentos que devem ser evitados. Tudo isso pode ajudar os familiares a implantarem nas suas casas hábitos semelhantes. As escolas também têm a função de estimular: as boas práticas higiênicas pessoais e ambientais, o respeito com os colegas, a preservação do patrimônio, o cumprimento dos horários e das obrigações escolares, a prática esportiva, o lazer sadio e tudo o mais que diga respeito à boa saúde e ao bom comportamento.

E A ESCOLINHA DE ARTES?

Toda escola que se preza deve destinar um espaço no calendário para a prática e o convívio com as várias formas de arte (música, teatro e outras). A frequência a uma escolinha de artes é válida se houver um expediente livre na semana que as crianças usariam para ficar em casa vendo filminho. Lá elas modelam no barro, pintam, cantam, dançam e fazem outras atividades culturais e artísticas extremamente agradáveis, sem avaliação, sem teste, sem prova, sem nota, sem competição, que podem ajudar na valoração dessas atividades transcendentais do ser humano. A escolinha de arte ajuda a descontrair as crianças irritadas, tensas e hiperativas, pois os que elas lá desenvolvem pode ser tão gostoso e convidativo que age como terapia.

QUANDO CONTRATAR PROFESSORES PARA AULAS DE REFORÇO?

Isso não é desejável. A própria escola deve identificar as crianças que apresentam uma evolução cognitiva mais lenta e tentar montar mecanismos que as apoiem.

OS EXAMES DE VISTA E DE AUDIÇÃO SÃO IMPORTANTES?

Numa visão mais global, todas as crianças na escola deveriam ser avaliadas por pediatras para que as curvas de crescimento, o estado nutricional, a pressão arterial, a coloração das mucosas (anemia?) e outros indicadores gerais de saúde fossem fiscalizados. Os exames de vista e de audição fazem parte dessa revisão constante.

COMO VOCÊS VEEM O PROBLEMA DA AGRESSÃO NA ESCOLA?

A problemática da agressão física e psicológica na escola (*bullying* *) é um tema que vem crescendo de importância face aos recentes relatos sobre a frequência com que ocorre e às múltiplas feições com que se apresenta. Os estudantes vítimas das agressões têm um perfil definido: são tímidos, sensíveis, quietos e de poucos amigos. Os agressores também são bem tipificados: são os "mandões", os brincalhões, os extrovertidos e os "populares". Muitas vezes, as agressões são vistas como "brincadeiras de crianças" e "sem importância". A violência física é mais fácil de demonstrar. Puxões na orelha e no cabelo, beliscões, socos, rasteiras e agressões mais violentas são vistas. A violência emocional é mais dissimulada e vai desde a colocação de apelidos até a exclusão total do grupo. As crianças agredidas fisicamente manifestam ou não as consequências físicas. As agredidas emocionalmente manifestam de várias maneiras as consequências das violências que vêm sofrendo e uma das mais comuns é a rejeição à escola. Os pais, os educadores, pediatras, os psicólogos, os psicopedagogos e os juristas devem estar alertas para o fenômeno e devem manter uma postura de controle e de repressão contra essas ocorrências. Maiores detalhes sobre o assunto são obtidos na Internet e basta pesquisar com algumas palavras-chaves (exemplo: educação + violência) para que se obtenha riquíssimo material. A psiquiatra Ana Beatriz Barbosa Silva estuda o assunto e é a autora do livro *Bullying: mentes perigosas nas escolas* que oferece excelentes noções sobre o problema. No portal http://www.dominiopublico.gov.br, o item *Pesquisa sobre discriminação no ambiente escolar* oferece dados interessantes sobre o assunto. O grupo de estudo *Ger Vitae*, do Recife, pesquisa e publica material de elevado interesse sobre a temática. A promotoria de educação dos Ministérios Públicos pode ser usada como fonte de denúncias e, em Pernambuco, o acesso é feito no site http://www.mp.pe.gov.br. No mês de outubro de 2010, o Conselho Nacional de Justiça entrou firme na luta contra esse tipo de agressão e elaborou uma cartilha sobre o tema. A cartilha pode ser obtida gratuitamente no endereço www.cnj.jus.br

*O inglês coloquial define *bullying* para descrever uma forma de assédio moral interpretado por alguém que está, de alguma forma, em condições de exercer o seu poder sobre alguém ou sobre um grupo mais fraco.

O QUE OCORRE QUANDO UMA CRIANÇA NÃO SE ADAPTA A UMA ESCOLA?

A entrada das crianças na escola é, sem dúvida, uma fase muito delicada. A primeira escola é um mergulho num mundo novo, desconhecido, embora um seja um espaço onde elas adquirem conhecimentos necessários para a vida em sociedade e para o desenvolvimento pessoal. Com a chegada à escola, dá-se início a primeira separação real da mãe e da sua casa, até então seus maiores vínculos. Para minimizar esse primeiro impacto, pais, crianças e professores, necessitam de um espaço de tempo e de certo grau de paciência para que ocorra uma boa adaptação. O sucesso dessa fase depende basicamente da reação dos pais ao entregarem seus filhos à nova realidade. Os pais devem sentir-se seguros, e, para isso, precisam conhecer a escola, sua filosofia, seu método, seus profissionais, confiando e aceitando-os. Isso gera nas crianças expectativas positivas e segurança. Somente assim as crianças sentir-se-ão capazes de enfrentar esse novo ambiente com menos insegurança. A escola, por sua vez, deve procurar receber as crianças amorosamente, proporcionando-lhes um ambiente acolhedor, dinâmico e prazeroso, onde possam sentir-se motivadas a descobrir e a construir novos conhecimentos. A educação é um processo de relações permanentes, é fruto da ajuda mútua entre escola, pais e crianças com o meio que as cerca. Quando todos se integram, com objetivos e comportamentos comuns, a adaptação flui naturalmente, fortalecendo as relações e a base para o desenvolvimento futuro.

AS ESCOLAS ESTIMULAM A FREQUENTAR MUSEUS?

Visitas a museus, monumentos históricos, praças da cidade, shows populares, teatros, jardins botânicos, estações de tratamento da água devem ser realizadas continuamente.

O QUE ACHAM DA INTEGRAÇÃO FAMÍLIA-ESCOLA?

Esse aspecto precisa ser melhorado. Infelizmente, muitos pais nunca comparecem à escola na qual os filhos estudam. Isso não é exceção. Os familiares devem se aproximar da escola, conhecer o professorado, participar das festividades, prestigiar as competições esportivas, perguntar sobre o rendimento das suas crianças, integrar o conselho de pais e cumprir outras tarefas que poderão resultar num melhor rendimento escolar. Evidentemente, as escolas devem ter modelos de atuação que favoreçam essa participação dos familiares. Devem promover debates educacionais, culturais e sobre a saúde das crianças, por exemplo. Devem promover semanas da ciência, do meio ambiente, da pátria e sobre outros temas sempre com a participação dos pais.

QUAIS SÃO OS MÉTODOS DE AVALIAÇÃO USADOS ATUALMENTE?

Segundo Raquel Crasto, a avaliação escolar deve ser um processo global e contínuo, abrangendo a pessoa do aluno(a) em toda a vida escolar (nível de conheci-

mento, atitudes e habilidades), e do professor como forma de analisar seu trabalho. Global porque considera o aluno(a) em todos os seus aspectos: emocional, social, afetivo, intelectual e mental. Contínua porque deve acontecer durante todo o ano, sem que haja um período específico para avalição, e seja, ela mesma, ponto de partida para definição de objetivos do próximo planejamento, do que se vai ensinar/aprender. Do mesmo modo que Napoleão disse que a guerra era importante para ficar exclusivamente com os generais, podemos dizer que a educação e a avaliação do aprendizado são extremamente importantes para ficar exclusivamente com os professores. O que queremos é dizer que os familiares devem "cair de cabeça" em todos os aspectos da educação dos filhos. Devem acompanhar o andamento do aprendizado e mesmo de uma forma não sistematizada, não profissional, podem e devem avaliar, pelo menos grosseiramente, se seus filhos estão somando conhecimentos que é uma das missões principais da escola. Obviamente, quando os familiares tiverem dúvidas sobre a evolução do aprendizado das crianças, os professores devem ser contatados para rever o assunto.

COMO OS PROFESSORES PERCEBEM QUE UMA CRIANÇA É SUPERDOTADA?

Transcrevemos trechos de uma reportagem publicada na revista *O Globo*, que circulou na Internet e que oferece bons elementos para nossa reflexão:

> O seu filho "viaja" quando ouve algo que não lhe interessa na aula? Ou vira-se para um papo-cabeça com o colega? Ele parece desatento e distraído, mas fica horas superconcentrado no que gosta, como jogos de computador, futebol ou teclados de um piano? Ele é rebelde, respondão e detesta injustiças? Precisa que você lhe explique com todo o carinho os motivos para que obedeça?
>
> Pois seu filho pode ser um "índigo", rótulo criado por especialistas americanos para designar uma criança hipersensível, cujo cérebro recebe muito mais estímulos que a média dos mortais.

A seguir a matéria tenta mostrar como lidar com o "índigo".

- **Sem imposições:** os pais do "índigo" não devem fazer imposições só por necessidade de obediência. Essas crianças sensíveis, talentosas e inteligentes não aceitam explicações do tipo "porque sim" ou "porque não", respostas, segundo elas, tidas como de criança, mas muito usadas por pais autoritários. Essas crianças não funcionam assim e exigem que os pais, com calma, expliquem o porquê de suas ordens.
- **Castigos absurdos:** as ameaças de castigos absurdos, como o "homem do saco vai pegar", "vão passar pimenta na boca" ou "o papai do céu vai castigar", podem fazer o feitiço virar contra o feiticeiro. O "índigo" vai ver que esses castigos não acontecem e perderá o respeito por esses pais.

- **Discussões fechadas:** nunca se deve discutir a respeito do "índigo" na frente dele. Ele vai querer participar da discussão. Até mesmo uma questão marido-mulher, do tipo você demorou a chegar, dá ao "índigo" o direito de se intrometer.
- **Pais divergentes:** se o "índigo" percebe que os pais discordam em muitas questões — e ele percebe tudo — vai acabar manipulando a família inteira. Os pais devem divergir longe do "índigo".
- **Pais atualizados:** os pais do "índigo" devem se atualizar em questões de alta tecnologia para poder acompanhar a criança e conversar com ela. Os "índigos" preferem revistas de ação, desenhos mais elaborados como os do *X-Men*, de tecnologias mutantes, jogos eletrônicos hiperativos como *The Sims*, que é uma simulação da vida real; o *Civilization*, que cria estratégias para a civilização desde o começo do mundo e leva meses para terminar. Se os pais não se atualizam, rapidamente os "índigos" deixarão de falar com eles, com a convicção de que eles não entendem nada mesmo.
- **Redação na escola:** nos Estados Unidos, as escolas assimilaram há algumas décadas a lidar com os "índigos", estimulando suas potencialidades. Uma sugestão é a de redações de temas livres e variados. O "índigo" escreve com pressa, come palavras e teria mais facilidade em escrever sobre o que mais lhe agrada.
- **Professor aliado:** as turmas do "índigo" devem ser pequenas e o professor não deve ser um superior, mas um aliado. Uma maneira de trazer a atenção do "índigo" é lhe passar tarefas significativas, papéis de responsabilidade. Ele deve ser convidado para ser o monitor, um auxiliar do professor e jamais deve ser repreendido em público, muito menos de maneira estúpida ou severa.

E finalmente faz algumas considerações importantes:

A neurociência comprovou que aquela parte do cérebro, que filtra os estímulos externos, trabalha mais devagar nessas crianças. Isso significa que as demais partes do cérebro recebem mais estímulos e trabalham mais rapidamente. Essas crianças são hiperestimuladas e, por isso, são mais inteligentes, sensíveis, intuitivas, criativas e ativas.

Na visão ultrapassadíssima da neurologia, o exame era o encefalograma e o diagnóstico era de lesão cerebral e disritmia, com prescrição de drogas como o Gardenal. Hoje sabemos que os portadores do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) e os "índigos" são apenas diferentes na velocidade do funcionamento cerebral e precisam apenas de ajuda para desenvolver suas potencialidades que são geniais. As drogas, como as à base de ritalina, são indicadas só em casos raríssimos de extrema dificuldade de concentração e devem ser usadas em períodos de um a dois anos no máximo.

Hoje sabemos que o cérebro tem uma enorme plasticidade. Assim como uma terapia altera o seu funcionamento, a droga também o ensina a regular a produção de certas substâncias químicas, o que equilibra a impulsividade dos TDAH.

Os "índigos" sempre existiram, mas nem sempre foram compreendidos como gênios Einstein, que chegou a ser considerado uma criança burra por seus professores, Mozart, Beethoven, Leonardo da Vinci, James Dean e Marlon Brando estão na lista de gente lilás tida como louca.

EXISTE APOIO OFICIAL PARA ESSA SITUAÇÃO?

A Secretaria de Educação de cada estado do Brasil deve ter um núcleo de apoio para essas crianças e adolescentes. No Recife, existe um centro que tem feito um trabalho elogiável nesse sentido. A seguir, reproduzimos um texto produzido pelos profissionais que orientam o trabalho nesse núcleo especializado, publicado na edição de 5 de dezembro de 2010 do *Diario de Pernambuco*:

> Para o estudioso norte-americano James Gallagher, referência internacional em educação especial, o fracasso da escola em proporcionar o desenvolvimento de crianças com deficiência é uma tragédia pessoal tanto para elas quanto para suas famílias. O fracasso em ajudar crianças com altas habilidades, no entanto, é uma tragédia para a sociedade. Essa, de extensão imensurável. Diz o pesquisador: "As crianças superdotadas são parte das diferenças entre o que somos e o que poderíamos ser enquanto sociedade".
>
> Graças ao maior acesso de informações de hoje, o Núcleo de Atividades de Altas Habilidades / Superdotação (NAAH/S) no Recife registrou uma procura 40% superior à do ano passado. Cerca de 62 crianças e adolescentes de até 16 anos são acompanhados pelos profissionais do local.
>
> Foi na instituição, localizada no bairro de Casa Amarela e ligada à Secretaria de Educação do Recife, que Marília de Lima Saatmam, de apenas cinco anos, descobriu que era especial. "Levei Marília à pediatra porque achava que ela era hiperativa. Mas a médica desconfiou e disse que minha filha poderia ter altas habilidades. Pesquisei na Internet e vim parar no NAAH/S. Nós estamos aqui há um ano e, desde então, Marília tornou-se mais espontânea e comunicativa. Acho que ela se *encontrou*", comemora a mãe da menina, Risolene Lima da Silva, de 28 anos. A garota frequenta a turma de crianças precoces do núcleo. Na salinha, sempre em duplas, elas interagem e realizam atividades diversas, acompanhadas por professores especializados.
>
> Marília ainda não pode ser chamada de superdotada mas, desde que tinha um ano e oito meses, já conhecia as letras e os nomes das cores. A superdotação só é avaliada a partir dos sete anos, idade em que os pequenos superdotados começam a desenvolver interesse específico por alguma área de conhecimento. A superdotação não é graduada apenas por testes de QI (quociente de inteligência). Em alguns casos, a partir dessa idade os

prodígios *estacionam* e acabam tendo um desenvolvimento igual ao de outros colegas da mesma idade.

Aos 5 anos, Marília escreve com facilidade e, por isso, está cursando o 2º ano do ensino fundamental numa escola particular. Nesta série, a faixa-etária é 7 anos. Os educadores, no entanto, não recomendam o adiantamento desses alunos. O ideal é manter a criança na série correspondente, mas oferecendo atividades e estímulos extras. Porque, apesar de precoce, o emocional dela ainda não acompanha certas responsabilidades. Marília é o bebê da sala. E isso chega a incomodar. A criança sente que é diferente', alerta Risolene.

Ao contrário do que muita gente pode pensar, ser pai ou mãe de crianças precoces ou adolescentes superdotados não é fácil. O caminho é de surpresa, orgulho e, em seguida, preocupação. Afinal, como deve ser a educação e o tratamento de uma criança *diferente*? A maioria das escolas não está preparada para recebê-las e podem frustrá-las ou, pior, inibir a capacidade desses pequenos.

Susto — É aí que entram as atividades do núcleo de atendimento. Além de oferecer oficinas de áreas diversas como artes visuais, desenho de humor, geometria do origami, jogos teatrais, robótica e comunicação, o NAAH/S dá, sobretudo, ajuda aos pais. "Saber que meu filho era diferente foi assustador. Ele aprendeu a ler aos dois anos. Na época, achei que ele decorava marcas. Depois vi que ele realmente lia. Por isso, decidi matriculá-lo em uma escolinha de bairro e me arrependi. Kauan se transformou na atração do colégio. Alunos e até professores pediam para ele ler no recreio. Foi quando ele começou a mentir e dizer que não lia coisa nenhuma", relata a mãe de Kauan Lucas Rangel, Vanessa Rangel, 29 anos.

O menino tem seis anos e um interesse bem diferente das crianças de sua idade. Ele é fã de política, gosta de ler jornais e assistir ao horário eleitoral gratuito. Diz à mãe que, se pudesse, queria votar. Agora que está no NAAH/S, o menino está trabalhando sua capacidade motora. É que, apesar de ler com a fluência de um adulto, ele ainda encontra dificuldade para escrever. Lá, ele se tornou mais sociável na escola.

Habilidades — Como perceber se seu filho/aluno possui habilidades especiais? Essas crianças são muito questionadoras, curiosas, investigadoras e gostam de afrontar as regras dos pais e dos professores. Por isso, várias vezes, elas levam o rótulo de rebeldes. "Mas é preciso especificar. A criança que não tem limites domésticos não aceita diálogo com o professor. Já o aluno com altas habilidades tem um poder de argumentação lógico e embasado", explica a coordenadora do NAAH/S, Jussara Vieira.

Em Pernambuco, de acordo com o último Censo Escolar, 50 crianças e adolescentes matriculados como superdotadas estudavam na rede regular de ensino. No Brasil, estima-se que existem até 2 milhões de pessoas.

Para atender ao aumento da demanda, o MEC implantou núcleos de assistência em vários estados brasileiros. Os recursos foram poucos, R$ 2 milhões para todas as unidades. O único NAAH/S existente no estado funciona de forma modesta, em quatro pequenas salas do prédio da Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Lá trabalham 11 profissionais entre psicólogas, professores, assistente social, arte-educador e psicopedagoga. O atendimento é gratuito.

Futuro — O futuro de uma criança superdotada é incerto. Embora as altas habilidades lhe garantam *status* perante os colegas e até mesmo os adultos, tudo vai depender de como a família e a escola desenvolvem essas potencialidades. Não se pode cobrar de mais nem de menos, para não desestimular os pequenos prodígios.

Aos 13 anos, João Paulo Lima Tabosa quer ser *designer*. Percebendo seus "dons" para o desenho, uma professora da rede municipal encaminhou o menino para o núcleo de superdotação. Hoje ele é uma das "estrelas" da turma de desenho de humor. O mesmo aconteceu com João Victor da Silva Oliveira Bezerra, de 15 anos. O jovem é "fera" em artes e até ganhou um concurso nacional de poesias para superdotados. Ele ganhou uma bolsa de estudos no curso de pintura a óleo, no ateliê do artista plástico Gilson Braga.

COMO OS PROFESSORES PERCEBEM QUE UMA CRIANÇA NÃO ESTÁ RENDENDO O ESPERADO E O QUE FAZEM?

Vamos dividir a resposta em duas partes:

- O corpo docente deve usar o máximo de informações para avaliar o andamento do aprendizado de cada aluno. Não basta fazer uma avaliação formal, uma prova de conhecimentos, de qualquer tipo, com certa periodicidade para avaliar o rendimento do estudante. Qualidade das tarefas de casa, o próprio desenrolar das atividades de cada educando no dia a dia da escola, no contato com os colegas e com os professores e o nível de comprometimento com as atividades de sala de aula devem somar no conjunto de dados avaliados. A avaliação global depende de muita atenção do corpo docente, depende assim de uma boa relação entre o número de educandos para cada educador. Os familiares também participam da avaliação da evolução do aprendizado e é muito fácil observar, por exemplo, a evolução da alfabetização. A aquisição de conhecimentos gerais também pode e deve ser monitorada pelos familiares.

- A primeira atitude dos professores quando notam que o aluno não está rendendo bem é revisar com os familiares as possíveis causas do problema. A dificuldade pode estar na saúde da criança (anemia, alteração da função da tireoide, deficiência da visão e da audição e outros problemas), na dinâmica emocional dos familiares ou na própria escola.

E AS CRIANÇAS COM SÍNDROME DE DOWN?

O entendimento atual com relação à inclusão de crianças com dificuldades especiais em escolas é um importante avanço social que contribui para o desenvolvimento de atitudes fundamentais à convivência em sociedade. Salvo alguns casos em que o nível de comprometimento tenha uma gravidade que impossibilita a interação de um sujeito com o grupo, a inclusão traz vantagens para todos. Ganha a criança que tem o problema, porque conviver com outros que não apresentam o mesmo problema vai estimulá-la a superar-se; ganham as ditas "normais" porque ampliam seu conhecimento de mundo e desenvolvem atitudes que as tornarão mais habilitadas à vida.

QUAL A POSIÇÃO DOS EDUCADORES SOBRE A INFLUÊNCIA DA TV?

"Se buscamos uma escola viva em que as crianças sintam a realidade do seu meio geográfico e social, e que, ao mesmo tempo, lhes ofereça um clima de espontaneidade e segurança" (Raquel Crasto), tudo que esteja na realidade caberá na escola. A TV e os demais equipamentos tecnológicos que vão sendo criados pela humanidade precisam ser incluídos, de forma crítica e educativa, no cotidiano escolar.

EXISTE O PROBLEMA DO EXCESSO DE ESTÍMULOS EDUACIONAIS?

Esse é um tema habitualmente esquecido e para marcar bem a sua importância recomendamos o texto *Estímulo no ponto certo* escrito pela médica psiquiatra, de Brasília, Maria Célia Couto Mello. É só acessar num site de busca na Internet. Mais informações sobre o assunto são conseguidas na Internet (http://www.terra.com.br/istoe/especial_bebes e em outros locais) e em textos especializados sobre a educação da criança e do adolescente.

16 | LINGUAGEM E FALA

Claudia Longman Mendonça
Cláudia Marina Tavares de Araújo
Elisabeth Cavalcanti Coelho

Propomos abordar inicialmente o estudo do uso da musculatura que participa na emissão dos sons. Ela envolve mecanismos praticados principalmente durante a amamentação e a alimentação como um todo e são essenciais na emissão dos sons e no desenvolvimento da fala. Depois debateremos, de forma geral, as questões sobre o desenvolvimento da linguagem e da fala.

QUAL A RELAÇÃO ENTRE A ALIMENTAÇÃO DO BEBÊ E A FALA?

Os órgãos que usamos para comer são os mesmos que usamos para falar. Assim, lábios, bochechas, língua, dentes, palato e musculatura envolvida na deglutição são essenciais para o falar. É através da alimentação que inicialmente exercitamos e estimulamos a musculatura da boca e da face, o que, mais tarde, será responsável pela produção dos sons da fala.

É IMPORTANTE A ORIENTAÇÃO SOBRE A ALIMENTAÇÃO DESDE O INÍCIO?

Enfatizamos que a textura e a consistência do alimento bem como o material que será utilizado para alimentar as crianças podem ter papel significativo no desenvolvimento das estruturas que utilizamos para comer e falar. O aleitamento ao peito é a melhor forma de nutrir seu filho nos seis primeiros meses de sua vida e favorece o desenvolvimento correto das estruturas orais. Os músculos envolvidos na sucção da mama são intensamente estimulados. O desenvolvimento da capacidade de mamar no peito é a melhor forma de estimular precocemente todas as estruturas e mecanismos que serão usados para a aquisição da capacidade de falar. A alimentação com a mamadeira, nem de longe, se compara à estimulação da sucção ao peito. Se a opção for dar a mamadeira, é aconselhável a utilização de bicos ortodônticos.

A INTRODUÇÃO DE OUTROS ALIMENTOS TAMBÉM É IMPORTANTE?

A introdução de novos alimentos requer paciência e persistência. São necessários cerca de doze a quinze dias para que um novo alimento seja aceito. A fruta e a sopa

devem ser dadas de colher. Não é recomendável liquidificar o alimento. Basta amassar bem. À medida que o produto for sendo aceito, ofereça partículas maiores, sempre com a utilização da colher. Tenha atenção ao paladar da criançada. É importante a exposição aos diferentes sabores e por isso é valioso que a refeição tenha sabores definidos. Assim, é melhor ofertar uma sopa de verdura, com predominância de sabor de um legume e não com sabores de muitos, o que dificulta a identificação de qual é qual. A mesma ideia deve ser aplicada para uma papa de fruta, na qual o sabor determinante deve ser de uma fruta.

O QUE ACHAM DO USO DA MAMADEIRA?

A criança que mama no peito exclusivamente por seis meses não precisa de mamadeira. A partir dessa idade os líquidos devem ser oferecidos no copo. É importante que as crianças participem da refeição. Permitam que elas peguem os alimentos e tentem colocá-los na boca, usando a colher ou a mão. Assim, estarão ajudando no desenvolvimento da sua autonomia alimentar.

A CHUPETA FAVORECE OU ATRAPALHA O DESENVOLVIMENTO DA FALA?

Existe um capítulo sobre o tema. E se o bebê nasce "programado" para chupar o dedo é possível "desprogramar" esse hábito desde o nascimento, usando constantemente a luvinha.

COMO A CRIANÇA COMEÇA A FALAR?

A aquisição de linguagem e de fala do seu bebê depende de muitos fatores que vão desde a condição orgânica e/ou saúde geral até aspectos relacionados ao ambiente físico e familiar. O bebê precisa ter o sistema nervoso e de todos as estruturas envolvidas na fala íntegros. Deve ter audição apropriada e órgãos fonoarticulatórios íntegros, como lábios, língua, palato, bochechas, entre outros. Crianças que não escutam não entram em contato com a língua materna, no nosso caso a portuguesa, e com isso apresentam dificuldades em adquirir a linguagem oral. Diferentemente, quando encontramos crianças com má formação nos órgãos fonoarticulatórios, como no caso das fissuras labiopalatinas, podemos ver alterações no padrão de fala, mas não necessariamente na aquisição da linguagem. Logicamente, a linguagem poderá estar alterada, mas não se pode afirmar que tal alteração esteja relacionada à má formação orgânica. Seria algo associado, mas sem uma relação direta.

ENTÃO NÃO BASTA QUE A CRIANÇA ESTEJA BEM DE SAÚDE FÍSICA?

São importantes a saúde física e a emocional. A criança precisa ter o desejo de falar. Mas ela precisa da necessidade também. Desde o nascimento, o bebê precisa de pessoas ao seu redor para satisfazer suas necessidades físicas e psicológicas. Nesses

momentos, normalmente a mãe e quem mais ajuda a cuidar dos bebês conversam, brincam, falam com eles e, muitas vezes, falam por eles. É comum o que alguns autores chamam de "manhês", ou seja, a fala da mãe falando por seu bebê, inclusive numa melodia bem diferente da sua própria fala. Um exemplo é "que banho gostoso, adoro ficar na água, sabe mamãe?"Através desses "laços", a criança vai se familiarizando com os sons da fala, o ritmo e a melodia, bem como com os elementos linguísticos da língua que a cerca, incluindo-se aí, os gestos (dar *tchau*) e símbolos (sinal de positivo, por exemplo).

A MÃE PODE AJUDAR SEU BEBÊ A FALAR?

Há estudos que comprovam que, ainda no útero materno, as crianças já podem ouvir principalmente a voz da mãe. Alguns comportamentos favorecem a aquisição da linguagem e uma boa produção da fala: conversar muito; chamá-los sempre pelo nome, evitando o vício de chamá-los de "mainha" ou "painho"; fazer muito contato corporal e visual; falar sempre corretamente; responder aos sons que eles emitem; dar atenção quando os bebês produzem sons; variar o local e a tonalidade de suas emissões sonoras; oferecer brinquedos que lhes interessem; chamar atenção aos diferentes ruídos que aparecem ao redor das crianças tais como: liquidificador, carro, apito, avião, campainha, telefone e animais; incentivar os bebês a fazerem movimentos com as estruturas orais: estalar língua, vibrar os lábios, fazer o bico, soltar beijo, soprar pena, bolhas de sabão (a partir do sexto mês); não repreender as crianças quando falarem "errado", não repetir o erro; falar corretamente e mostrar a elas como é a palavra; uma outra opção é estranhar o que foi dito, favorecendo a mudança da posição de erro para o posição de acerto; evitar adivinhar o pensamento dos bebês e não falar por eles; esperar que eles lhe digam o que desejam, ou então que façam algum tipo de movimento linguístico, emitam algum som dentro das suas possibilidades; nesse caso, é importante que as crianças saiam do silêncio, emitam algo da forma que lhes for possível naquele momento; ler e/ou contar histórias infantis, falando sobre as gravuras e interagindo com prazer no discurso; responder e explicar sempre que as crianças solicitarem algum esclarecimento e lembrar que é muito comum que elas solicitem repetições de uma mesma história.

COMO ELAS MOSTRAM QUE ESTÃO ADQUIRINDO A LINGUAGEM ORAL?

A resposta é complexa, mas vamos destacar os pontos principais:

- As crianças começam a produzir sons que se assemelham à fala dos adultos. No início, elas ainda não sabem o que estão falando, estão ensaiando o ritmo e a melodia do discurso enquanto conhecem as estruturas orais para falar.
- É possível que a fala inicial das crianças tenha algum sentido antes mesmo de ter um significado como os adultos conhecem e usam. Com o tempo e com o uso é que elas vão entendendo o sentido do que dizem. De início,

elas dizem “bom” diante de algum alimento que lhes é oferecido sem, no entanto, desejar informar que o alimento é gostoso. Elas podem usar essa palavra simplesmente pela associação que fazem ao receber o alimento de um adulto que costuma falar “bom”; mais na frente o “bom” vai estar associado ao prazeroso.

- Quando os adultos constatam uma produção oral da criança, normalmente respondem, interagem com ela. Pode-se dizer que dessa interação, quando a partir da fala das crianças os adultos respondem e vice-versa é que a linguagem se institui. Os adultos têm o papel de dar sentido às emissões da criançada, com isso fica explícito que a aquisição da linguagem se dá na relação com os outros.
- Num outro momento, as crianças começam a entender como a linguagem das palavras funciona e vão tentando usá-la a partir desse entendimento. Elas fazem os seus caminhos e, é claro, erram muito, porque ainda estão entendendo como devem combinar as palavras, os verbos, os sons. A língua portuguesa é difícil, mas as crianças vão entendendo aos poucos, a partir do uso. É comum que elas digam “eu fazi” ao invés de “fiz”, já que dizem “eu comi, eu vi, eu caí”. Elas generalizam e esses “erros” são sinais de que estão avançando, crescendo, evoluindo.
- No início, dificilmente a criança atende às correções feitas pelos adultos, pois é como se ela estivesse fechada em si mesma, “estudando” a língua. Não precisa haver preocupação, porque mais adiante ela vai tentar falar como os adultos ao seu redor. O interessante é que esses momentos podem acontecer ao mesmo tempo, ou seja, as crianças podem não reparar a diferença da sua fala em relação à dos adultos em uma determinada palavra, e em outro sim, já apresentando uma produção correta. Então, elas erram aqui, acertam ali, e por aí vai, até falarem como é aceito na nossa sociedade.

AS CRIANÇAS TÊM QUE ERRAR PARA DEPOIS ACERTAR?

Como em tudo o que fazemos, nossa aprendizagem decorre de experiências e nelas erramos bastante até podermos chegar ao acerto. Um bom exemplo na infância é quando se começa a andar e se cai várias vezes. Quando se começa a comer e se lambuza. Quando se vai tentar andar de bicicleta, se cai várias vezes. Mas se insiste. Não se desiste até que se domina aquilo que de início eram desafios. E isso é obtido com os conhecimentos advindos das experiências. Com a fala é a mesma coisa, é preciso experimentar. “Errar” para depois acertar.

QUANDO ACONTECE O ATRASO DE LINGUAGEM?

Não se deve associar diretamente atraso de linguagem à idade. Logicamente, quando as condições ambientais são favoráveis e a criança não esboça o início da fala é preciso procurar o pediatra para investigar se existe realmente

atraso da fala e, se existe, buscar as causas. Por exemplo, é preciso verificar as condições auditivas, neurológicas e psíquicas que possam estar relacionadas à não aquisição da linguagem. Havendo condições favoráveis, a criança já deverá emitir algumas palavras por volta de um ano e meio e o vocabulário aumentará gradativamente. Neurologistas, otorrinolaringologistas, fonoaudiólogos e outros especialistas são envolvidos na investigação do paciente que apresenta retardo da fala e vários exames (de imagem como tomografia e ressonância nuclear magnética, audiometria e outros exames otorrinolaringológicos e fonoaudiológicos, genéticos) para definir certos tipos de deficiências auditivas congênitas e outros podem ser necessários.

E AQUELAS CRIANÇAS GRANDES QUE SEGUEM FALANDO ERRADO?

As crianças adquirem a linguagem na interação com os adultos que doam sentido às suas emissões. Além disso, os adultos também as interpretam. Muitas vezes, eles chegam a compreender até os "erros" praticados pelas crianças. Essas, que são entendidas assim, pouco esforço faz para corrigir os defeitos. Se um de vocês estiver num país estrangeiro, falando uma língua que não domina, e usar uma palavra de forma incorreta e não for entendido, o que fará? Tentará dizer de uma outra forma para ser compreendido. Claro! Você precisa ser entendido e essa será a sua única saída. No entanto, se você estiver sendo entendido mesmo usando uma palavra de forma imprecisa não imaginará que está dizendo algo errado. Muito pelo contrário, vai usar sempre da forma "errada" uma vez que dessa forma é entendido, ou seja, o seu dizer faz sentido para o outro que escuta, e você é atendido em seus objetivos. As crianças que erram e são compreendidas mantêm a incorreção por muito tempo. Então, é importante ressaltar que apesar dos erros serem normais no processo de aquisição, os adultos têm papel fundamental na sua correção.

NÃO SE DEVE ENTENDER A CRIANÇA QUE FALA "ERRADO"?

Não é que vocês não possam ou não devam entendê-las. Vocês devem estar cientes de que se as crianças falam de forma incorreta e são entendidas, elas não têm razão para mudar. Logicamente, vocês não vão deixar de entendê-las em tudo, mas é importante que lhe digam: "eu não estou entendendo o que você está me dizendo". Isto não criará nenhum trauma nas crianças e as ajudará a tentar corrigir os erros. Um exemplo muito comum é quando as crianças trocam alguns sons que são muito parecidos, por exemplo: /v/ de vaca e /f/ de faca; /z/ de zebra com /s/ de sapo; /g/ de garrafa e /c/ de casa; /b/ de bola e /p/ de papai; /d/ de dente e /t/ de torta; /x/ de xícara e /j/ de janela. O que os diferencia é a vibração das pregas vocais. Assim, tente fazer *sssssss*, como se estivesse pedindo silêncio e encoste sua mão na frente do seu pescoço. Com certeza, não sentiu nenhuma vibração na região da laringe. Agora você vai fazer o som *zzzzzzz* como se estivesse imitando

uma abelha e vai perceber que há vibração na região, o que evidencia a vibração das pregas vocais. Então, esses dois sons são produzidos da mesma forma, diferenciando-se apenas pela vibração das pregas vocais, que dará a sonoridade dos fonemas sonoros. As crianças no início da aquisição apresentam estas trocas sem que isso seja considerado um erro. Isto faz parte do processo. No entanto, é preciso não a imitar para que ela veja no adulto o seu modelo. Muitos pais terminam falando como o filho por acharem bonitinho, só que essa conduta não ajudará a criança a se deslocar para o padrão de acerto. Seu filho fala: *eu cóstu têssi tôci* (eu gosto desse doce). Nessa produção, há "erros" que se referem apenas a um aspecto, ao aspecto de sonoridade dos sons /g/ e /d/. A falta de sonoridade termina levando a uma fala que parece infantilizada, além de parecer um erro muito maior do que é de fato. Isso acontece porque normalmente quando a criança ainda não sonoriza os sons, provavelmente apresenta "erro" em seis sons.

QUAIS SÃO ESSES SONS?

É importante lembrar que estamos falando de sons e não de letras. Para representar os sons, usamos duas barras. Para melhor ilustrar, entre parênteses são colocadas falas que não apresentam sonoridade: /b/ à **b**ola *(pola);* /d/ à **d**ia, **d**oce *(tia, tôci);* /g/ à**g**aiola, **g**oma, **g**uloso *(caióla, coma, culossu);* /v/ à **v**acina, **v**ela, a**v**ó *(facina, felá, afó);* /z/ à ca**s**a, a**z**ul, e**x**ame *(cassa, assul, issami);* /j/ à **j**ipe, **g**elo, **g**ilete *(chipe, chêlu, chileti)*. Assim, é comum haver confusão no uso dos sons das letras p/b, t/d, k/g, x/j, f/v e s/z. Mas podem haver outras trocas e é importante lembrar que as crianças usam de alguma lógica para trocarem os sons. Então, uma troca que aparentemente não faz sentido para o adulto, a criança encontra razões para produzi-las. Como exemplos deste tipo de trocas, pode-se ter: /b/ à /g/ (bola à *gola*) e /v/ à /x/ (vovó à *xoxó*)

AS TROCAS SÃO SEMPRE LÓGICAS?

Na maioria das vezes, sim! A criança está usando uma lógica que algumas vezes pode não ser entendida pelo adulto, mas ela está ativa neste processo.

QUANDO POSSO LEVAR MEU FILHO AO ESPECIALISTA?

Não se pode falar em idade fixa para ir ao especialista. O sinalizador será a própria criança, ou seja, como ela está lidando com a fase do "erro". Se isso for um fato que a estiver isolando do convívio com outras crianças, ou até mesmo com adultos, o sinal está dado. Aqui, no entanto, é importante salientar que pais e adultos que fazem parte do dia a dia da criança é que provavelmente irão reforçar o erro criando nela uma sensação desagradável no ato de fala. Todo cuidado e atenção para evitar colocá-la em situação de desconforto.

COMO SE PODE AJUDAR UMA CRIANÇA QUE FALA ERRADO?

Pegando o exemplo *eu costu tessi tôci*, encontramos dois erros: a troca do som /g/ por /c/, e do som /d/ por /t/. Para ajudar a criança a sair da posição do erro, ou seja, deslocar-se, é preciso que ela perceba que o que ela disse soou estranho para você. Nessa situação, a atitude do interlocutor é fundamental. Como houve dois erros e você precisa escolher um para estranhar, você pode dizer: *tôci* (doce) como quem diz, o que é isso, não conheço! Diante do fato de não ter sido entendida, provavelmente a criança tentará dizer de uma outra forma. Pode também não perceber que você estranhou a forma de ela dizer, achando apenas que você não escutou e neste caso ela repete da mesma maneira. Depende muito de cada criança se vai haver a mudança ou não. Mas isto não deve ser fator de preocupação para os pais, que devem apenas continuar conversando bastante com os filhos, oferecendo a oportunidade de avançarem na fala, a partir da necessidade de se fazerem entender.

E A GAGUEIRA?

É importante ressaltar que a gagueira pode ser evitada sem dificuldades. É preciso entender que no processo de aquisição da linguagem oral, praticamente todas as crianças passam pelo que se chama de gagueira fisiológica — não patológica, não anormal, ou disfluência fisiológica. Isso acontece com quase todas. Com alguns cuidados é uma fase que passa. Pode ser superada em dois a seis meses de acordo com o ritmo individual. Mas há outras situações que podem ser rotuladas como gagueira patológica, anormal. As duas situações, a gagueira fisiológica e a patológica, são completamente distintas, tem evoluções e abordagens completamente diferentes.

O QUE É A GAGUEIRA FISIOLÓGICA?

É a gagueira que ocorre na fase entre 2 e 5 anos aproximadamente e se caracteriza por repetições, hesitações e prolongamentos na fala. Importante lembrar que nesse momento a criança não tem noção de que está cometendo esses deslizes. Ela quer falar e fala feliz da maneira que pode. Falar não é um problema para ela, embora ouvir uma fala disfluente (gaga) possa ser um problema para o adulto. São características dessa gagueira: repetições – *Eu, eu, eu, eu, eu, eu, eu, eu quero leite; Eu que que que que que que que quero leite;* aqui a criança apenas repete palavras ou sílabas o que chama muito a atenção dos adultos; hesitações: a criança hesita diante da fala, como se não soubesse o que dizer; prolongamentos: também incomoda o adulto, pois chama atenção facilmente: *Eeeeeeeeeeeeeeeeeeeeu vou*.

APÓS OS 5 ANOS NÃO HÁ MAIS A GAGUEIRA FISIOLÓGICA?

Essa faixa etária não deve ser usada de forma rígida. Podemos encontrar crianças maiores com gagueira fisiológica e crianças dentro desta faixa que já apresentam ca-

racterísticas de gagueira patológica. Então, é preciso procurar um especialista que, após avaliar, poderá dar um diagnóstico preciso.

O QUE PODE SER FEITO NA FASE DA GAGUEIRA FISIOLÓGICA?

Alguns cuidados são importantes, como: escutar a criança com atenção, olhando para ela; não demonstrar ansiedade diante das repetições e/ou prolongamentos; manter-se calmo e esperar o tempo que for necessário; não falar por ela: esta atitude poderá levá-la a acreditar que não fala bem e que por isso alguém precisa falar por ela; não pedir que fale devagar; não pedir que respire para falar; lembrar-se de que ela está "falando muito bem", ou seja, não percebe que está hesitando, repetindo ou prolongando sons, sílabas ou palavras. O adulto é que irá mostrar a ela que há algo errado, pelo incômodo que sente ao lidar com esta fase. Deve conversar com a escola sobre a fase em que a criança se encontra, se necessário, solicitar ajuda de um fonoaudiólogo e observar a atitude da meninada e de adultos em relação à fala da criança. Se for preciso, orientar no sentido de ignorar o comportamento "gago".

O QUE ACONTECE SE AS ORIENTAÇÕES NÃO FOREM SEGUIDAS?

Quando a criança começa a perceber que há algo errado com sua fala, ela começa a ter reações de medo diante de situações em que precisa se expor oralmente. Então, ela deixa de falar ou fala com muito medo, o que gera muita tensão. Aí pode estar sendo instalada a gagueira patológica.

QUAIS AS CARACTERÍSTICAS DA GAGUEIRA PATOLÓGICA?

Vejam as mais importantes: muita tensão corporal e facial; ocorrência de "truques" para disparar a fluência, como: piscar olhos, bater as mãos, virar a cabeça, beliscar-se, entre outros, na crença de que ao usá-los consegue fazer a fala sair; ausência de contato de olhos com o interlocutor, pois teme a sua reação; além da hesitação, prolongamento e repetições, acontecem os bloqueios.

EXISTE TRATAMENTO PARA A GAGUEIRA?

Sim. Muitas vezes, mesmo diante da gagueira fisiológica, os pais necessitam de apoio do fonoaudiólogo para se sentirem seguros. Assim, a criança pode frequentar algumas sessões, os pais podem observar o atendimento ou ouvir as gravações para se tranquilizarem. No caso da gagueira patológica, o tratamento será fundamental e a família também será envolvida.

E A ROUQUIDÃO? POR QUE AS CRIANÇAS FICAM ROUCAS?

Esse problema não é na fala nem na linguagem. É na voz! Para falar, é preciso que o ar que sai dos pulmões passe pelas pregas vocais produzindo a voz, que será arti-

culada produzindo os sons. Então, apesar de ser uma questão de voz, envolve também a fala. Quando a voz é produzida de forma inadequada, por exemplo, com força ou em alta intensidade, como o grito, ela pode gerar a disfonia, que é a voz rouca.

O QUE GERA A DISFONIA?

É preciso lembrar que as crianças têm necessidades diferentes e são mais ou menos extrovertidas, líderes, espontâneas. Apresentam comportamentos que as expõem ao abuso vocal. Algumas, pelas suas características, apresentam maior probabilidade de desenvolverem rouquidão, por estarem sempre muito ativas e precisando dominar situações. Outros aspectos podem facilitar a instalação da disfonia: falar em ambientes ruidosos; volume alto de televisão ou de outros aparelhos eletrônicos; brincadeiras competitivas em grupos e de imitar vozes de monstros ou outros personagens; prática de esportes que solicitem a produção da voz durante o esforço; hábito familiar de falar alto ou gritar; participar de corais infantis sem a orientação específica de um profissional.

DISFONIA TEM TRATAMENTO?

Estamos falando da disfonia funcional, muito comum nas crianças, pelos motivos já citados. Mas esSa disfonia poderá gerar algum problema orgânico, como os nódulos vocais, que são lesões nas pregas vocais causadas pelo mau uso ou abuso da voz. A voz fica abafada e muitas vezes as veias do pescoço saltam quando a criança fala. Ela precisa fazer mais esforço para ser ouvida. No caso da disfonia funcional, torna-se necessária a orientação aos pais e à criança acerca dos abusos vocais para evitar o aparecimento de nódulos. E, no caso da disfonia orgânico-funcional, ou seja, onde já existem os nódulos, deve-se, além de modificar o padrão vocal da criança e do ambiente, com as orientações de saúde vocal, realizar fonoterapia para que haja a reabsorção dos nódulos.

COMO EVITAR, ENTÃO, O APARECIMENTO DOS NÓDULOS?

Observem alguns cuidados básicos: propiciar um ambiente sonoro favorável à criança, isso é, reduzir o volume dos aparelhos eletrônicos da casa e modificar o hábito de falar alto e/ou gritar; evitar que a criançada use gelados em excesso (picolés e sorvetes); oferecer água natural a criança várias vezes ao dia para a manutenção da hidratação das pregas vocais.

Evidentemente o que aqui foi debatido não substitui a consulta com o pediatra que poderá solicitar estudos especiais com o neurologista, o otorrinolaringologista e o fonoaudiólogo, e até requisitar certos exames para definir com precisão o que está ocorrendo quando os familiares suspeitam de anormalidades na aquisição e no desenvolvimento da fala nas crianças.

17 | ATIVIDADE FÍSICA

O Dr. Miltom Medeiros foi pediatra competente e professor de Pediatria e de Radiologia Pediátrica. Foi criador do departamento de radiologia do IMIP, atleta e professor de natação.

17.1 A CRIANÇA E OS ESPORTES: NATAÇÃO

Miltom Medeiros

O ser humano precisa ter atividade física durante toda a vida. As crianças devem praticar esportes. Isso será útil para o seu bem-estar físico e também para sua integração na sociedade, desenvolvendo qualidades como sociabilidade e espírito de cooperação.Quando começar?

Pondo de parte os exageros, apenas um esporte deve ser começado logo no primeiro ano de vida, mais como medida de segurança do que pelo esporte em si. Este esporte é a natação. Vejamos o porquê.

Aprender a nadar é, para a criança, tão importante quanto fazer as vacinações, pois é um seguro de vida, contra afogamento acidental, inclusive na própria residência.

Atualmente, com o número de piscinas domiciliares cada vez maior, a morte por afogamento na própria residência já é preocupante, tanto que em alguns lugares já consta de lei que piscinas residenciais sejam cercadas.

Há alguns anos, em João Pessoa, uma professora estava dando um passeio de bote com um grupo de alunos na lagoa do centro da cidade. O bote virou e diversas crianças morreram afogadas a poucos metros da borda, tragédia essa perfeitamente evitável se as crianças soubessem se locomover na água alguns metros.

O bebê pode se tornar seguro na água em alguns meses, o que não quer dizer que tenha se tornado um nadador, mas o importante é que ele adquira a capacidade de se locomover na água, sem pânico, podendo se dirigir para onde quiser.

Mais adiante, quando a criança já estiver no colégio, vai poder praticar diversas atividades físicas, e deverá ser estimulada.

Quanto ao esporte competitivo propriamente dito, as crianças são divididas em cate-

gorias para que haja uniformidade nos grupos, e desse modo se evitem as lesões traumáticas, o máximo possível. Uma pergunta frequente é: o esforço pode fazer mal ao coração?

A resposta é: não, desde que a criança não tenha uma lesão cardíaca congênita ou adquirida, ou seja, se a criança tiver um coração normal, não há perigo algum de uma insuficiência cardíaca, por maior que seja o esforço. O músculo cardíaco é muito mais resistente do que o músculo esquelético.

Naqueles casos noticiados de atletas adultos que tiveram uma crise cardíaca e morte durante o esforço físico, ficou sempre demonstrado que eles tinham lesão cardíaca anterior.

Entretanto, no mundo atual não é raro que crianças estejam competindo sob a ação de estimulantes, o que é triste e vergonhoso, mas infelizmente é verdadeiro. Nesses casos, pode haver perigo real, porque sob a ação de substâncias estimulantes do sistema nervoso central, o limiar natural de defesa pode ser ultrapassado, e haver perigo de morte.

Os pais ou responsáveis pelas crianças que tomam parte em competições devem se informar se seus filhos tomam comprimidos ou outras substâncias para competirem, e consultarem seus médicos.

17.2 GENERALIDADES

Aguinaldo Jurema (in memorian)
Fernando Azevedo
João Guilherme Bezerra Alves
José Ângelo Rizzo
José de Andrade Nunes
Moacyr Saffer
Otelo Schwambach Ferreira.
Wilson Rocha Filho

Atividade física é definida como qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que requeiram gasto de energia. Isso inclui diversas atividades como no lazer (jogar, correr, pular...), no transporte (andar a pé, de bicicleta, patins...), no domicílio (lavar pratos, varrer a casa...) e no trabalho. A atividade física quando é planejada e estruturada e tem como objetivo melhorar a força muscular, a flexibilidade e o equilíbrio, é chamada de exercício físico. A atividade física é considerada pela OMS como o melhor remédio do mundo, pois serve para muitas doenças, além de ser uma importante medida para evitá-las e preveni-las. Atividade física faz bem para a cabeça, coração, pressão, pulmões, ossos, músculos, articulações, ou seja, todo o organismo físico e mental. Atividade física pode ser feita por todas as pessoas, independentemente da idade, apresenta um baixo custo e são extremamente simples de serem realizadas.

ESSE REMÉDIO, BOM, BARATO E DISPONÍVEL PARA TODOS, DEVERIA SER UTILIZADO POR TODAS AS PESSOAS?

Sim, mas infelizmente não é o que acontece. Mais da metade das pessoas são fisicamente inativas. A OMS considera que as pessoas para serem fisicamente ativas devem fazer ao menos 150 minutos por semana de atividade física, ou seja, atividades nas quais as pessoas sintam o coração bater mais rápido ou transpirem. Isso significa que deveríamos nos exercitar pelo menos meia hora por dia, de segunda a sexta. Veja se esse é o seu caso.

A PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA TEM ALGUMA VANTAGEM ESPECIAL PARA AS CRIANÇAS?

Sim, várias. A atividade física ajuda no crescimento e desenvolvimento da criança para que ela atinja todo o seu potencial genético nato. Ajuda na prevenção das doenças crônicas, principais causas de morte na vida adulta, como as doenças cardíacas, o acidente vascular cerebral (derrame cerebral) e a diabetes. Além disso é muito importante para aquisição do hábito de realizar atividade física pois essa prática é transmitida para toda a vida. Crianças que praticam atividade física têm uma chance alta de serem adultos fisicamente ativos. Todos sabem como é difícil colocar um adulto que nunca fez atividade física para ser fisicamente ativo.

EXISTEM AINDA OUTROS BENEFÍCIOS?

Sim, atividade física contínua e regular proporcional bem-estar, satisfação e alegria de viver. O desenvolvimento e/ou o aperfeiçoamento de muitas outras características úteis por toda a vida e em todas as atividades humanas — companheirismo, espírito de equipe, solidariedade, aceitação da hierarquia, disciplina, paciência, convívio com a vitória e com a derrota, obstinação, cumprimento de horários, definição de metas a alcançar e muitos outros aspectos — também são observados na meninada. Menos tristeza, solidão, obesidade e mais saúde geral também são produtos de extraordinário valor.

E O VALOR PARA O CONTROLE DO PESO?

A prática esportiva e a atividade física são importantes para o controle do peso e para outros aspectos que tipificam a boa saúde. Vários estudos têm demonstrado que indivíduos obesos ou que estão com excesso de peso, mas que fazem atividade física regularmente, que comem frutas, verduras, cereais integrais, possuem o mesmo risco de morte por doenças cardiovasculares que indivíduos magros saudáveis. O risco de hipertensão arterial e hipercolesterolemia pode ser mais elevado em pessoas magras, mas sedentárias, sem hábitos saudáveis, do que nas que apresentam sobrepeso, mas são ativas.

ESTÁ DIFICIL É ARRUMAR ESQUEMA!

As casas com seus grandes quintais desapareceram das grandes cidades e a vida tumultuada dos dias de hoje com muito trânsito e a violência, estão dificultando o acesso das crianças às ruas, praças e outros locais onde possam brincar, correr, pular, praticar amarelinha, jogar peteca, bater uma bolinha e exercer outras atividades físicas, livremente, sem compromissos. A tendência para o sedentarismo, na frente das telas (celular, TV, videogames, etc.) é um destino inquestionável. É importante que todos procurem criar esquemas, horários e oportunidades para que as crianças tenham atividade física. E, se possível, é importante que os pais criem esquemas para que elas, quanto mais cedo melhor, exerçam uma prática esportiva regular adequada a seu grupo etário.

Chamar atenção também para os políticos e gestores da saúde pública para que ofereçam áreas verdes nas grandes cidades. Estudos comprovam que morar perto de áreas verdes faz bem para a saúde.

QUAL O PAPEL DOS PAIS? É IMPORTANTE TER TREINADOR?

Inicialmente, o exemplo, pois para as crianças vale muito mais do que palavras, orientações ou mesmo determinações. As atividades como correr, pular, jogar amarelinha e muitas outras são atribuições que os pais devem prover para seus filhos. Essas atividades também podem ser estimuladas, diversificadas e desenvolvidas por recreadores ou treinadores. Basta espaço e algumas crianças juntas para que vários jogos e brincadeiras entrem na pauta do dia. A geração das crianças atuais é provavelmente acostumada aos "jogos enlatados", jogos de Internet, videogames e excesso de brinquedos que inibem a criação livre das atividades e das brincadeiras. Certamente, pais e mães podem e devem exercer o papel de estimulador. Há material impresso e eletrônico na internet que ajuda os familiares nessa função. Basta ainda os pais voltarem à sua infância e repetir e ensinar para a criançada as brincadeiras do seu tempo. Mas o melhor instrumento é a boa vontade. O treinador ou instrutor é importante para o aprendizado de algumas práticas físicas especiais, como a natação, que também pode ser muito ajudada pela mãe ou pai. Mas, ele, o treinador é essencial se a atividade física começar a ter as características de esporte que visa à formação de uma equipe e que objetiva a competição.

O TREINADOR E O LOCAL DAS ATIVIDADES MERECEM ATENÇÃO ESPECIAL?

O recreador, o treinador e o local para o exercício livre das brincadeiras devem ser bem escolhidos. Os pais devem acompanhar o desenvolvimento da programação esportiva. Mais do que o desempenho físico, é importante que os pais aquilatem a satisfação que a prática esportiva está produzindo na criançada. Também é importante observar a conduta do treinador perante o aluno ou equipe. Alguns itens devem ser olhados com mais atenção: forma de falar, forma de exigir cumpri-

mento de metas e desafios, cuidado com possíveis lesões, principalmente nas práticas mais vigorosas ou treinos mais intensos. Seguramente, há que se ter cuidado com os valores pessoais e com o caráter desses profissionais. Estamos assistindo, a todo momento, notícias sobre pedofilia.

O QUE FAZER COM OS QUE PREFEREM TELAS?

Raras vezes, problemas orgânicos como anemia, alteração da tireoide e vários outros problemas justificam a preferência pelo sedentarismo. Os pediatras devem ser consultados. É importante verificar se essas crianças estão sendo estimuladas a correr, a brincar, a ter amigos que sempre estimulam a prática física. Com frequência, o erro é dos familiares que não se preocupam com a questão, pois, por natureza, todas as crianças adoram correr, pular, cair na água, andar de "motoca" ou de bicicleta e a conviver com colegas. Mas o diverso comportamento humano explica que há indivíduos mais afeitos às atividades intelectuais, à leitura, ao sedentarismo. E há os esportistas. O ideal é a junção, "mens sana in corpore sano" (Mente sã em corpo são), como diz a citação latina do poeta romano, Juvenal, datada de cinco séculos antes de Cristo.

É PRECISO EXAME MÉDICO PARA A PRÁTICA ESPORTIVA?

Para as atividades físicas comuns e mesmo para o início de qualquer prática esportiva, basta o exame pediátrico rotineiro. Mas, na medida em que a atividade esportiva passa a ser mais competitiva, a exigir mais esforço no treinamento e nas disputas, há necessidade de um planejamento especial para a saúde geral e particularmente para a nutrição.

O EXCESSO DE ATIVIDADES FÍSICAS PODE SER MALÉFICO?

O que preocupa é a falta e não o excesso de atividades físicas. Mas o excesso ou as atividades físicas que mais exigem dos músculos, dos ossos, das articulações podem produzir lesões corporais. Estão sendo observadas nas crianças e nos adolescentes algumas lesões antes vistas nos esportistas adultos, como é o caso da lesão do ligamento cruzado anterior do joelho. Essa lesão é produzida quando as crianças parecem se exceder na prática de vários esportes extremamente competitivos — judô, futebol. Certamente, a dedicação abusiva aos esportes pode causar até outros prejuízos como a desatenção com o aprendizado geral.

COMO SABER O QUE É EXCESSO?

É difícil ou impossível situar com precisão. Mais complicado ainda é dizer às crianças e aos adolescentes que estão felizes com os esportes que eles estão exa-

gerando. Pode haver o excesso de exercícios quando surgem: dores nos membros, hematomas e outras lesões traumáticas, insônia, baixo rendimento escolar e mudanças comportamentais. É claro que a avaliação médica deve ser feita. O pediatra, dentre tantas outras tarefas, deve revisar quantas horas semanais estão sendo usadas para a escola, o esporte, a televisão, o computador, o lazer, e as outras atividades. É uma queixa comum na adolescência o excesso de atividades que pode causar insônia ou excesso de sono durante o dia, irritabilidade, dificuldades alimentares e escolares, e outros sintomas.

QUAL ESPORTE SELECIONAR?

Para a saúde, para a vida, para o bem-estar, qualquer um vale. Quando os familiares, sobretudo os pais, praticam um esporte, esse tende a ser o preferido pelos filhos. Quando há um campo de futebol disponível perto da casa, isso obviamente favorece a prática desse esporte. Assim, a prática esportiva a ser desenvolvida depende das facilidades disponíveis e de vários outros fatores facilitadores ou não. Entretanto, prioritariamente, o gosto da criança deve ser respeitado. Não adianta forçar um esporte que a criança não goste. Atividade física deve ser contínua e sem a aderência da criança, esse é um objetivo quase impossível de ser tingido.

QUAIS AS IDADES PARA AS VÁRIAS ATIVIDADES FÍSICAS?

Citamos, para entendimento de vocês, que a prática dos diversos tipos de atividade física vai depender, logicamente, da idade das crianças, entretanto, há consenso de que quanto mais cedo, melhor. Inclusive, sabe-se hoje que as gestantes, ao realizarem atividade física, trazem benefícios tanto para elas como para seus bebês ainda no útero — grávidas que praticam atividade física têm maiores chances de terem uma gravidez saudável e um parto sem complicações. Para os bebês nos primeiros meses de vida, o aleitamento materno tem sido considerado como uma atividade física, pois ele gasta mais energia mamando do que chupando uma mamadeira. Nos primeiros 6 meses, estimular os bebês novinhos com massagens, flexões e extensões dos bracinhos e das pernas, colocar no braço e se movimentar juntamente com o bebê devem ser praticas estimuladas. A partir dos 6 meses, os bebês devem ser colocados no chão em locais seguros e previamente preparados. Lá pelos 9 ou 12 meses as crianças ficam de pé e começam a ensaiar os primeiros passos. Após o estabelecimento da capacidade de andar com certa firmeza, em torno de 1 ano e 6 meses de idade, a casa passa a ser pequena. É a idade dos parques, das praças, a casa não é suficiente para que as crianças brinquem, corram, chutem, pulem e rolem.

E QUAL A IDADE PARA A NATAÇÃO?

Alguns indicam que após os 6 meses as crianças sejam colocadas em contato com as piscinas. Não para aprender natação. Mas para sair dos apartamentos cada vez

menos espaçosos, ter contato com outras pessoas, conviver com a água, com o sol e com o ar livre que geram aprendizado e experiências úteis. O aprendizado real da natação, que exige amadurecimento motor muito fino, só é alcançado após os 4 anos e só deve ser estimulado após essa idade.

MAS A NATAÇÃO NÃO É INDICADA PARA EVITAR ACIDENTES?

Isso não está bem provado. O contato com as piscinas, nas crianças de menos de 4 anos, é tido, por muitos estudiosos, como uma atividade de lazer e de adaptação para o início do aprendizado que só deve ser estimulado após o quarto aniversário. Assim, o contato com a água antes dessa idade não é para transformar as crianças em nadadoras nem as capacitar para sobreviver na água. Inclusive, alguns estudiosos falam que antes do quarto ano as crianças são incapazes de reconhecer os perigos da água e de usar as estratégias de segurança apropriadas. Falam ainda com muita ênfase que a habilidade de nadar é diferente da capacidade de se manter na superfície da água para evitar o afogamento. Ao redor do primeiro ano as crianças, muito bem treinadas, repetidamente treinadas, por muito tempo treinadas, podem realizar apenas movimentos rudimentares de natação. Há inclusive o receio de que o agradável contato com a água, mesmo que orientado por instrutores ou familiares habilitados, possa representar um risco ao estimular as crianças a entrarem sozinhas.

ENTÃO, O QUE DEVEMOS FAZER?

É prudente pensar nas recomendações da Academia Norte-Americana de Pediatria: as crianças estão aptas ao aprendizado da natação após o quarto ano. Os programas aquáticos para as crianças não devem ser desenvolvidos para reduzir o risco de afogamento. Os pais não podem ficar seguros de que seus filhos ao frequentarem esses programas não sofrerão afogamentos. As crianças ao redor da água devem estar a um braço distante de um braço de um adulto. Todos os programas que envolvem o contato com a água para as crianças devem incluir informações sobre as limitações cognitivas e motoras, sobre os riscos do afogamento, sobre as estratégias para prevenir esse acidente e sobre o papel dos adultos no cumprimento desses objetivos. Outros problemas produzidos pelo contato com a água — intoxicação hídrica, hipotermia e doenças infecciosas — devem também fazer parte dos cuidados a adotar com as crianças.

A DANÇA É RECOMENDÁVEL COMO ATIVIDADE FÍSICA?

As danças populares e o balé clássico são extraordinários na formação do caráter, na elevação do nível intelectual e na melhoria do corpo como um todo.

E O BASQUETE AJUDA A CRESCER E A GINÁSTICA OLÍMPICA ATRAPALHA O CRESCIMENTO?

Isso não é verdade. A prática de qualquer esporte ajuda no crescimento. No caso do basquete e da ginástica olímpica, as crianças mais altas e as mais baixas, respectivamente, apresentam maior habilidade para esses esportes.

A EDUCAÇÃO FÍSICA NAS ESCOLAS CONTA?

Conta, sem dúvida. Mas é uma pena que a educação física na escola não seja mais bem trabalhada, mais exigente. Alguns familiares chegam ao consultório do pediatra solicitando atestado para justificar as faltas ou o afastamento das atividades físicas escolares. É uma lástima que os familiares façam o pedido e uma lástima maior ainda que alguns pediatras atendam.

E AS ACADEMIAS DE GINÁSTICA?

Os pais sempre perguntam sobre isso. Sem dúvida, o melhor é a atividade física livre, desprogramada, espontânea: brincar, pular, correr, bater uma "pelada". Excelente também é a atividade esportiva regular: futebol, voleibol, basquetebol, natação, equitação, ciclismo, dentre outros. Essas atividades praticadas ao ar livre, numa turma ou numa equipe, permitem as importantes experiências que o convívio em comunidade oferece. Mas há espaço também para as academias em ambientes fechados. O Canadá foi pioneiro na implantação de academias para crianças, bem diferentes das de adultos, e que vem crescendo muito nos países ricos. Essas academias funcionam como um parque para crianças, oferecendo oportunidades que elas não têm em casa para se movimentarem em diversos brinquedos, com segurança e a orientação e a supervisão de treinadores qualificados.

QUAL A IDADE EM QUE CRIANÇAS E ADOLESCENTES SÃO LIBERADOS PARA IREM À ACADEMIA?

Recentemente, os estudos têm demonstrado que a prática de exercícios físicos anaeróbicos (musculação e resistência) traz benefícios às crianças e adolescentes. Esses exercícios ao aumentarem a massa muscular e a densidade óssea, competem para prevenir a sarcopenia (perda da massa muscular) e a osteopenia (perda de massa óssea), tão comuns após a quarta/quinta década de vida. Obviamente que teve ter a supervisão direta de um professor de educação física devidamente habilitado.

E AS VITAMINAS, AMINOÁCIDOS, PROTEÍNAS E SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS?

Frequentemente, o pediatra é consultado, principalmente pelos familiares dos adolescentes que frequentam academias, sobre a necessidade de suplementação alimentar, vitamínica e coisas assim. São levados ao consultório enormes frascos de produtos vindos do exterior, bem apresentados e caros, que "contém maravilhas capazes de criar massa muscular e de melhorar o rendimento". Isso é mentira

pura. É propaganda para vender produtos sem nenhuma fundamentação. É mecanismo de obter lucro e os familiares devem estar atentos a essas academias que permitem e até promovem esse tipo de comércio, pois alguns desdobramentos, como o consumo de hormônios, podem ser estimulados. Apenas os superatletas precisam de cuidados nutricionais e médicos especiais. Neles, tudo é medido, avaliado e corrigido para que o rendimento seja ótimo. Médicos que fazem medicina esportiva, fisiologistas que estudam cada item do corpo, psicólogos que apoiam os atletas, nutricionistas especializados em nutrição esportiva e vários outros especialistas compõem o time para que os resultados sejam ótimos. As crianças e os adolescentes que fazem atividade física livre e praticam esportes sem visar a "recordes olímpicos" devem receber apenas os cuidados nutricionais normais, vitaminas e minerais da alimentação rica, as proteínas da dieta sadia da casa e os outros componentes da refeição saudável e nada mais.

E OS HORMÔNIOS? E OS ESTIMULANTES?

Temos assistido a uma série repetitiva de exemplos de atletas e até de pessoas normais que usam hormônios e várias outras substâncias para obter melhores resultados nas competições ou simplesmente para ficar com o "corpo sarado". Temos visto jovens falecer com o uso de produtos para uso veterinário, cânceres e vários outros problemas ocorrerem como consequência do uso descontrolado de hormônios, jovens de nível universitário, com um brilhante futuro, que de repente surgem com uma massa muscular anormal que antes não tinham, por estarem usando derivados da testosterona. Sabemos que alguns inescrupulosos instrutores das atividades físicas vivem do tráfico dessas substâncias ilegais e seduzem os jovens a consumi-los. Existe o que é bonito, elogiável e que deve ser reproduzido, mas também existe o que é condenável e que deve ser reprimido e punido. Os familiares devem estar atentos.

COMO EVITAR ACIDENTES DURANTE AS ATIVIDADES FÍSICAS?

A atividade física de qualquer tipo expõe aos acidentes de vários tipos e de várias intensidades e gravidades. A criançada deve estar sempre supervisionada por adultos quando exercendo seus exercícios físicos. Os familiares, babás, recreadores, instrutores, professores de educação física e todos os que supervisionam as atividades físicas e esportivas devem estar preparados para tentar evitar os acidentes e para prestar os primeiros-socorros se eles acontecerem. Eles devem estar avisados para os tipos de acidentes que cada atividade predispõe. Por exemplo, quem supervisiona a natação deve estar alerta para o afogamento. Isso é o mais valioso. Estar alerta e preparado. E a criançada deve estar protegida. A equitação exige equipamento de proteção especial. O hóquei e a patinação idem. A natação requer o uso de boias até que a criançada esteja apta a sobreviver por alguns minutos na água sem problemas.

Novamente citamos que os nossos encontros e os textos não substituem a orientação especializada dos profissionais que estudam cada um dos temas que temos debatido. Orientamos finalmente que todos leiam também o capítulo *Brincadeiras e brinquedos — A importância do brincar* que complementa o que debatemos hoje.

17.3 NATAÇÃO: ÁGUA CLORADA E SAÚDE

Aguinaldo Jurema (in memorian)
José Ângelo Rizzo
Wilson Rocha Filho
Fernando Azevedo
Moacyr Saffer
José de Andrade Nunes
Otelo Schwambach Ferreira

São universalmente reconhecidos os benefícios dos esportes e da natação em particular para o bem-estar e para a saúde das crianças e dos adultos. Os terríveis acidentes na água podem ser prevenidos pelo aprendizado da natação. Aprender a nadar é quase uma obrigação. Os problemas de saúde produzidos pelo cloro, usado no tratamento da água das piscinas onde quase todas as crianças aprendem a nadar, têm sido revisados.

O CLORO É IMPORTANTE NO TRATAMENTO DA ÁGUA?

Destacamos alguns aspectos. O cloro, na natureza um gás, e alguns derivados — hipoclorito de sódio, líquido, como na água sanitária, e o hipoclorito de cálcio, em pastilhas ou granulado — são importantes meios para a desinfecção da água. Eles são poderosos desinfetantes contra as bactérias da febre tifoide e das terríveis epidemias de diarreia. Há mais de 100 anos o cloro evita as doenças que se disseminam pela água e ainda evita milhões de quadros diarreicos e mortes. Os produtos clorados tiram sabores e odores desagradáveis e o nitrogênio não desejado da água. Eles agem contra as algas, mas não agem contra todos os micróbios, como as amebas e as giárdias. Mais de 90% dos 400 milhões de copos de água que os europeus tomam por dia são de água clorada. Há quem diga que a cloração da água é a mais significativa conquista da saúde pública do milênio passado e é um dos mais importantes fatores para o significativo aumento da expectativa de vida observado no último século. Ao lado desses maravilhosos benefícios, há a preocupação de que muitas doenças possam estar sendo produzidas pelo cloro.

QUAIS AS PARTICULARIDADES NA HIGIENIZAÇÃO DA ÁGUA DA PISCINA?

A desinfecção da água das piscinas é um processo particular devido aos muitos contaminantes que a poluem. Há dois grandes grupos de fatores que degradam água acumulada nas piscinas: os ambientais e os dependentes dos usuários. Os últimos são, sem dúvida, os mais importantes. Elementos indesejáveis do ar são encontrados mais nas piscinas abertas do que nas fechadas. Mas os banhistas são os principais poluidores ao contaminar a água com variadíssimos materiais. A contribuição do ser humano é com material solúvel (urina e suor), material coloidal (secreção nasal, da pele e da faringe, cremes e óleos e outros produtos cosméticos), material em suspensão (restos de pele e pelos) e micro-organismos (bactérias, vírus e parasitos).

NÃO IMAGINAVA QUE PUDÉSSEMOS POLUIR TANTO A ÁGUA DA PISCINA!

É estimado que uma pessoa, ao usar a piscina, emite 30-50 mL de urina e contribui com três gramas de material orgânico. Tudo isso é alimento para as bactérias. O banho numa piscina não devidamente higienizada pode produzir doenças menos graves — conjuntivite, rinites, faringites, otites e micoses cutâneas —, mas podem ocasionar doenças mais graves, como diarreias e meningites.

E A CLORAÇÃO RESOLVE O PROBLEMA?

Ressaltamos alguns aspectos importantes:

- A cloração da água das piscinas visa matar os micróbios sensíveis a esses agentes químicos e causadores de doenças.
- O processo de higienização da água da piscina varia com o uso, número de usuários, origem da água e vários outros fatores como até a qualidade da higiene pessoal dos frequentadores.
- Além da cloração que deve obedecer a controles de qualidade, há necessidade de outros processos como o uso de filtros para que a água seja considerada de boa qualidade para a prática da natação.
- É importante que os familiares prestem atenção a esses aspectos e que façam perguntas sobre o controle da cloração para que eles se sintam obrigados a manter criteriosos mecanismos de proteção aos usuários.
- Atualmente, há preocupação com os malefícios do contato com a água clorada. O cloro reage com os produtos orgânicos e forma compostos irritantes para os olhos e para outros setores do corpo.
- Há recomendações para que as famílias controlem a quantidade de produtos clorados na água usada na casa, comprem água engarrafada não clorada ou instalem purificadores domésticos para reduzir o cloro na água consumida.

O ASSUNTO É ANTIGO, NÃO É?

O professor Aguinaldo Jurema, destacado otorrinolaringologistas que atuou no Recife, em 1992, no volume 3 do *Conversando com os pais*, série de livros educativos para os familiares, assim se pronunciou:

"Observo que a água superclorada (a água potável já é clorada) produz ou agrava os sintomas das doenças nasais e prejudica o funcionamento do nariz em expressivo número de crianças. O grupo que mais sofre é o de crianças alérgicas. O mau funcionamento do nariz predispõe ao aparecimento das sinusites. Também dificulta funcionamento das trompas de Eustáquio e facilita a instalação das otites médias. A água de piscina não tratada com substâncias químicas irritantes não deve ser nociva ao nariz, porém o é para os ouvidos externos como qualquer água. A água do mar é mais saudável para o nariz, pois sua composição assemelha-se ao soro fisiológico. Contudo, para as crianças que têm eczema ou fungo no ouvido externo, qualquer tipo de água que provoque umidade, associada ao calor tropical, poderá causar otite externa."

É PACÍFICA A ACEITAÇÃO DE QUE A ÁGUA CLORADA FAZ MAL?

O tema é controverso. Vamos transcrever algumas posições médicas.

Pesquisador dos Estados Unidos — "Há evidências de que os nadadores e os mergulhadores têm frequência maior de rinite e de sinusite. A origem não é bem conhecida e não tem havido terapia efetiva a não ser ficar fora da água clorada."

Prof. José Ângelo Rizzo — "Algumas evidências científicas mostram que a água clorada das piscinas pode agravar a asma e a rinite. Isso ocorre especialmente em crianças que não têm um bom controle da respiração e permitem que a água penetre nas suas narinas. Minha experiência pessoal mostra que crianças com rinite alérgica e que frequentam piscina, quando ainda não foi atingido um controle clínico satisfatório da doença, têm o quadro clínico de obstrução e de secreção nasal exacerbados. Aumenta, assim, a possibilidade de sinusites e otites e há maior dificuldade no controle clínico. A piora da rinite pode agravar os sintomas de asma naquelas crianças que têm ambas as doenças e é estimado que 50 a 80% das crianças que tem asma também tem rinite. Após três ou quatro meses de tratamento, e se as crianças gostam, e querem nadar, liberamos a participação em natação, sempre recomendando aos pais observarem o comportamento dos sintomas nasais. Se houver piora, recomendamos suspender a natação por mais tempo."

Prof. Fernando Azevedo — "Tenho falado sobre os problemas de saúde das crianças que têm contato com as piscinas cloradas porque, há algum tempo, uma das sociedades americanas de alérgicos exigiu das autoridades que as piscinas fossem ozonizadas ou que fossem usadas outras substâncias esterilizantes. Na prática,

vejo relação entre natação em piscina clorada e doenças respiratórias e até dermatológicas. Professores de natação queixam-se do desgaste de suas sungas e maiôs que, às vezes, não duram 15 dias pelo ataque do cloro e, num dos artigos, a natação cria problemas em alguns pelos vapores do cloro, o que também já tinha lido. Quanto aos benefícios da natação para os asmáticos é inquestionável e melhor que os esportes de explosão que, em muitos, determina crises de asma de esforço. A natação pela gradualidade do exercício é melhor. Xuxa e Gustavo Borges eram asmáticos. Spitz era asmático e foi recordista com muitas medalhas de ouro em uma olimpíada. Quem inventou a natação para os bebês foi a turma dos acidentes na infância que continua preocupada com os afogamentos. A criança que faz natação a partir dos 6 meses ou mesmo 1 ano tem mais chances de sobrevivência se entrar nas piscinas desacompanhada dos pais. Se pegar otite ou sinusite, a gente trata. Ainda dentro desse assunto, crianças com tubos de ventilação nos tímpanos sofrem prejuízos apenas em mergulhos profundos. A pressão de dentro para fora impede qualquer risco de penetração de água nos ouvidos numa recreação normal em praia e piscinas."

Prof. Moacyr Saffer — "A mucosa nasal responde de forma idêntica, com reação inflamatória, se o agente agressor for físico (mudanças de temperatura), químico (cigarro, cloro, combustão fósseis) ou biológico (vírus, bactérias, fungos). Olha, sendo o cloro um gás irritante, não tem mais o que discutir sobre sua influência nas vias aéreas. Minha mulher é uma desportista e teve que abandonar a natação porque era sempre a mesma coisa: 15 dias de piscina e fazia sinusite purulenta. Chamo a atenção de ser em piscina fechada, o que não existe no Recife por causa do calor. Aqui, no sul, fica uma atmosfera com gás em suspensão que os pais reclamam do cheiro e que impregna a roupa. Uns alérgicos são mais sensíveis, mais reativos que outros e respondem com maior intensidade inflamatória ao fator agressivo, é assim que temos que pensar. Essa sim é uma evidência para a qual não precisamos juntar 1000 casos semelhantes. Pacientes que suportam a agressão do cloro ficam. Os outros vão para o futebol, ou outro esporte."

Prof. Wilson Rocha Filho — "A relação entre cloro e doenças respiratórias ainda é um assunto muito controverso. É importante lembrar que não é a água clorada que entra pelo nariz a causa de sinusite e até asma. Água no nariz, mesmo em quantidade muito pequena, é uma coisa muito desagradável e felizmente acontece raramente. Caso contrário, a maioria das crianças iria detestar qualquer tipo de água. Como já foi mencionado, o cloro da piscina reage com suor e urina e cria um gás poluente que irrita os pulmões. Por isso, é que piscinas fechadas concentram maior quantidade desse gás poluente. A fumaça do cigarro e a poluição de grandes cidades são muito piores que a poluição em volta de uma piscina. Os trabalhos que tentam relacionar a natação em piscinas cloradas com sinusite ou asma são muito controversos e não nos permitem chegar a conclusões e muito menos recomendações para serem aplicadas nas crianças de uma maneira geral. A impressão clínica e a experiência pessoal certamente são válidas para formar uma hipótese.

Mas a hipótese não deve ser aceita como fato definitivo até ser confirmada cientificamente. Isso ainda não aconteceu em relação ao cloro de piscinas e doenças respiratórias. Sabemos apenas que exposições prolongadas, acima de 20 horas semanais, não causam asma, mas podem agravar um quadro de asma existente. Portanto, há necessidade de uma exposição por pelo menos quatro horas por dia, durante cinco dias na semana, para que alguma coisa de ruim aconteça. Somente atletas de competição atingem esse número de horas numa piscina. Não é necessário nadar. Professores de educação física e outros profissionais que trabalham em volta da piscina por tempo prolongado, se asmáticos, também podem piorar o seu estado clínico. Ora, minha gente, nossas crianças ficam, no máximo, entre duas e quatro horas por semana em contato com esse tal gás poluente, indicando um risco mínimo de o cloro causar algum mal. Não se iludam! Piscinas ozonizadas também possuem cloro. É recomendação da Anvisa: toda piscina pública, seja ela ozonizada ou não, deve conter cloro! É lei, pois o cloro previne uma série de doenças graves que podem ser transmitidas pela água da piscina.

É verdade que alguns tratamentos não funcionam e até prejudicam o paciente. O fato é que as conclusões médicas com frequência são baseadas em experiências clínicas e observações do dia a dia, que geralmente não são confiáveis. Está claro que a maioria dos tratamentos nunca foi avaliada por estudos bem elaborados e são usados simplesmente porque os médicos sempre acreditaram que eles funcionam. A proibição de nadar se encaixa perfeitamente nesse perfil. Em um país de clima tropical como o Brasil, onde 80% do tempo as condições são ideais para nadar, quando cada vez se faz mais necessário estimular nossas crianças a terem atividades ao ar livre e quando a medicina está cada vez mais preocupada com a qualidade de vida dos seus pacientes proibir natação sem que haja uma prova irrefutável do seu malefício não nos parece o caminho mais correto. É nossa opinião que proibir natação nessas circunstâncias afetará mais negativamente a qualidade de vida da criança e sua família, sem necessariamente melhorar os sintomas respiratórios.

Em nosso serviço, não proibimos a natação e, pelo contrário, estimulamos a sua prática. Não me lembro, em 25 anos tratando de crianças com doenças respiratórias, de deixar de controlar um quadro de asma ou sinusite de repetição simplesmente porque a criança nadava regularmente. Proibir natação no Brasil vem se alastrando como um rastilho de pólvora, baseado em meias verdades. Acontece que uma meia-verdade pode ser uma mentira inteira. E, enquanto a mentira dá a volta ao mundo, a verdade não tem tempo nem de calçar o sapato! A medicina é cheia de mitos tirados de impressões clínicas, opiniões pessoais, pesquisas defeituosas, interpretações erradas e lapsos temporários de médicos famosos. Esses mitos se tornam fatos e qualquer tentativa de contradizê-los encontrará grande resistência. É exatamente o que está acontecendo com esta questão de cloro em piscinas!

Não torne uma criança feliz em uma criança infeliz com tratamentos desnecessários. Até que se prove o contrário, proibir natação é mais uma dessas ecomendações desnecessárias. Cabe àqueles que proíbem a natação o ônus da prova de sua eficácia e ela ainda não existe!"

AS POSIÇÕES SÃO UM TANTO DISCORDANTES. EM QUEM ACREDITAR?

A modelagem terapêutica para cada situação, para cada caso, para cada criança doente, deve ser feita pelo médico. Assim, a suspensão da natação em piscina com água clorada ou a recomendação de praticar o esporte na piscina com água ozonizada se disponível, por exemplo, habitualmente faz parte de uma estratégia terapêutica global que envolve: outras medidas ambientais (prática dos esportes "aéreos" como futebol, por exemplo, e redução da exposição a alérgenos e a irritantes respiratórios) e medicamentosas. Numa situação dessa, onde um conjunto de medidas foram implementadas, a melhoria quando acontece não deve ser creditada a uma medida isolada (à suspensão da natação em piscina clorada, por exemplo) mas, sim, à toda a terapêutica instituída. O médico deve ter cuidado para não instalar a "fobia das piscinas", pois isso pode aumentar a chance dos terríveis acidentes nos rios, nos açudes, nos mares e nas próprias piscinas.

E AS OUTRAS DOENÇAS PRODUZIDAS PELOS DERIVADOS DO CLORO?

Há dados sugerindo que doença cardíaca, câncer e asma podem estar relacionados a certas substâncias resultantes da reação do cloro com outras moléculas. Há milhares delas que surgem da reação do cloro com as milhares de moléculas orgânicas existentes, como as dos materiais em decomposição das plantas e dos animais. Alguns dos produtos cloro-orgânicos formados, como os trihalometanos (THM'S), podem ter capacidade de produzir câncer principalmente do cólon, do reto, dos rins e da bexiga. Esses aspectos estão preocupando os que estudam os riscos x benefícios da água clorada.

E OS OLHOS VERMELHOS E OS CABELOS DESCOLORIDOS?

A conjuntivite química produzida nos usuários das piscinas pelos produtos clorados é uma realidade incontestável. Algumas crianças são muito sensíveis. Aconselhamos a lavagem dos olhos com soro fisiológico após os banhos de piscina. O oftalmologista deve sempre ser ouvido, pois a causa da irritação ocular pode ser outra ou pode ser uma mistura de conjuntivite química do cloro e outra doença. Aqueles que usam a piscina por muitas horas também podem ter os cabelos descoloridos e as roupas de banho precocemente imprestáveis.

A MEDICINA EVOLUI. HÁ NOVIDADES SOBRE O CLORO E AS DOENÇAS?

Destacamos dois estudos:

I. Pesquisadores suecos mostraram que as crianças que frequentam as piscinas cloradas têm alterações de células respiratórias que são produzidas pela inspiração dos gases de cloro. Essa é mais uma evidência de que a

exposição aos gases como o dióxido de enxofre, ao ozônio e ao cloro aumentam o risco de doenças respiratórias. Os que praticam a natação competitiva parecem ter mais sinais de inflamação respiratória e até de asma pela inalação do cloro e de vários derivados, principalmente, pela cloração da amônia que existe nos produtos orgânicos da água da piscina. A reação do cloro com a amônia gera cloraminas que são muito tóxicas. A natação que é indicada para tratar o asmático pode causar asma. O ozônio que é indicado como uma melhor alternativa que o cloro para a esterilização da água das piscinas também pode ser maléfico.

II. Um outro grupo de estudiosos informa que a camada de gases clorados logo acima da superfície da água foi responsável pela maior ocorrência de asma em quase 2.000 crianças observadas. Eles constataram que o risco de desenvolver doença era maior nas crianças que permaneciam mais tempo nesse ambiente.

AS PISCINAS FECHADAS SÃO PIORES QUE AS ABERTAS?

As piscinas fechadas, sem ventilação apropriada, favorecem a inspiração de maior quantidade de gases de cloro. Não são as melhores. As preferidas são as abertas. Mas nos locais de clima frio, isso nem sempre é possível. Então há que se instalar eficientes mecanismos de renovação do ar.

É O CLORO OU SÃO OS SEUS GASES QUE FAZEM MAL?

Provavelmente as duas coisas. No ouvido externo, é provável que o excesso de umidade e não o cloro é que faça mal. Tanto é que um dos tratamentos e uma das prevenções para esse problema é desidratar o conduto com álcool absoluto. As vias aéreas superiores — nariz e seios paranasais — são agredidas tanto pela água clorada, que entra nessas estruturas durante os mergulhos, quanto pelos gases com cloro quando o nadador está com a cabeça fora da água. A agressão das vias inferiores, onde a água não tem acesso, só pode ser produzida pelos gases clorados.

E AS PISCINAS QUE USAM ÁGUA NÃO CLORADA?

Há recomendações, pelo mundo afora, para tornar a prática da natação e o uso das piscinas na recreação mais segura, com menos acidentes e menos problemas para a saúde. Têm sido divulgadas, afora as condições mínimas exigidas, noções sobre a melhoria da ventilação das piscinas fechadas, o aperfeiçoamento da higiene dos usuários, a melhoria da circulação da água e o emprego de desinfetantes não clorados. A alternativa mais usada hoje é a desinfecção da água com o ozônio que parece mais saudável que o cloro.

COMO É ESSA DESINFECÇÃO COM O OZÔNIO?

Há muito, o ozônio é reconhecido como um potente germicida. Ele já substitui o cloro em vários países da Europa, nos Estados Unidos e no Canadá, evidentemente com a aprovação dos órgãos governamentais que controlam a oferta de água para a população, na desinfecção da água para consumo humano. E os resultados dessa estratégia têm sido excelentes. Para a desinfecção das piscinas, desde 1980, nos Estados Unidos a ozonização é aceita como uma alternativa ao cloro. Atualmente nesse país, o ozônio é empregado no tratamento da água para o consumo da população, da água dos esgotos e da água das torres de refrigeração, para o controle do odor, para a purificação da água engarrafada, na aquacultura, na água usada na lavagem dos vegetais, frutas e legumes e em vários outros processos sanitários dos alimentos.

COMO O OZÔNIO FUNCIONA?

O ozônio é o mais poderoso desinfetante. Ele destrói algas e bactérias, inativa os vírus e oxida muitos produtos orgânicos e inorgânicos contidos na água. Essas ações são mais intensas que as produzidas pelo cloro. O surgimento de bactérias resistentes ao cloro torna essa diferença ainda mais notável.

E AS PISCINAS COM ÁGUA DO MAR?

A água do mar é mais saudável para o nariz por ter composição parecida com a do soro fisiológico. No entanto, ela precisa ser tratada para ser usada nas piscinas. Contudo, os ouvidos externos das crianças que têm eczema ou crescimento excessivo de fungo são muito sensíveis a qualquer tipo de umidade o que, associado ao calor tropical, pode agravar essas condições.

COMO PREVENIR E TRATAR AS OTITES DA PISCINA? E AS SINUSITES?

Existem capítulos sobre as otites e sobre as sinusites que abordam os temas. Reiteramos o conselho de ouvir o médico sempre que houver indícios de anormalidades com a saúde das crianças e dos adolescentes. Os textos fazem parte de uma proposta educacional e não têm a pretensão de substituir a consulta médica.

18 | ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

18.1 ALEITAMENTO MATERNO

Cristiana Almeida de Menezes
Gerusa Maria da Silva
Jailson de Barros Correia
João Gonçalves de Medeiros Filho
João Guilherme Bezerra Alves
Maria Bernadete Marques Dantas
Otelo Schwambach Ferreira
Tarciana Mendonça de Souza Almeida
Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva

18.1.1 UM POUCO DA TEORIA

COMO A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE VÊ A AMAMENTAÇÃO?

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o aleitamento materno é uma das formas mais eficazes de garantir a saúde e a sobrevivência da criança. De acordo com a OMS, o aleitamento materno reduz em 13% a mortalidade até os 5 anos. Tem ainda efeito protetor contra obesidade infantil, pois cada mês de amamentação materna está associado à redução de 4% no risco de desenvolvimento de excesso de peso, condição cada vez mais frequente no mundo.

POR QUÊ?

Todos os que estudaram o tema, sob os vários ângulos (biológico, médico, psicológico, antropológico, sociológico, econômico e de qualquer outra natureza) demonstraram que a amamentação é essencial, insubstituível e o mais importante cuidado a oferecer às crianças nos primeiros meses de vida.

E essas vantagens dependem das características do leite humano:

- Fornece quantidades de água, proteínas, gorduras, açúcares, cálcio, magnésio, sódio e outros sais e vitaminas necessárias ao sadio crescimento das crianças.
- Contém inúmeros fatores anti-infecciosos, anticorpos e células vivas, tudo pronto para agir.

- É ajustado à necessidade da criança. Por exemplo, o leite que a mãe do prematuro produz tem composição alterada para atender à necessidade do filho. As mães de gêmeos produzem um maior volume de leite humano, por exemplo.
- Tem mais água no início da mamada e logo aumentam as quantidades de sais e vitaminas, açúcares e proteínas. Ao final da mamada há um aumento do conteúdo de gorduras o que é importante para desencadear os fenômenos da saciedade, do "estar com a barriguinha cheia". Esse é um mecanismo para proteger da obesidade.
- Dispensa a esterilização e já vem pronto para ser consumido. É oferecido pelas mamas maternas que traz também oportunidade de fortalecimento do vínculo afetivo mãe-filho.
- Aumenta o espaço entre as gestações, pois a mãe que amamenta, sem uso de anticoncepcional, engravida menos do que as que não amamentam.
- Reduz a ocorrência de doenças e de mortes infantis, principalmente infecciosas, a curto e longo prazo.
- Oferece ainda outras vantagens como: instalação adequada da flora intestinal e melhor desempenho em testes de inteligência.

E A INDÚSTRIA DE LEITES NÃO PODE PRODUZIR PRODUTO IGUAL?

Muitos aspectos do leite materno e da amamentação são impossíveis de serem imitados. Como exemplos podemos citar as células vivas que existem no leite humano e a interação afetiva mãe/filho que não são industrializáveis.

COMO OS HOMEOPATAS VEEM A AMAMENTAÇÃO?

A amamentação aglutina tendências. É mais uma das vantagens. Os que praticam a medicina dos últimos séculos, como os alopatas e os homeopatas, e os que praticam a medicina milenar como os acupunturistas (chinesa) e os ayurvedas (indiana) estão lado a lado defendendo a amamentação. É possível até que seja o único aspecto da prática médica que os coloca na mesma posição. Todos defendem a amamentação.

O LEITE MATERNO É REALMENTE O MELHOR NOS TEMPOS INICIAIS DA VIDA?

Sem dúvidas. As evidências científicas sobre os benefícios do aleitamento materno desde a primeira hora de vida são cada vez mais presentes na literatura. Baseados em estudos de metanálises, é muito forte o consenso de que a amamentação reduz a mortalidade infantil entre 4 e 10 vezes em locais de baixa renda. Em populações de alta renda, também são descritas vantagens como proteção contra otite média em crianças menores de 2 anos, internações por pneumonia e diarreia, entre outros.

O QUE É A MAMA E COMO FUNCIONA?

A internet oferece muito material para o estudo das mamas e do seu funcionamento. Um texto fácil de ser entendido, acessado pelo Google, é *Anatomia e fisiologia da mama*. Principais problemas mamários. Disponível no site unip.br.

COMO ACONTECE A PRODUÇÃO E A LIBERAÇÃO DO LEITE?

O texto antes referido oferece dados ilustrativos fáceis de compreender. Mas basicamente é assim:

- Na gravidez, os estrógenos e progesterona preparam o tecido glandular para a produção láctea, o tecido responde e as mamas aumentam de volume já havendo pequena produção de leite ao final da gestação. As aréolas ficam escurecidas e ao seu redor aumentam e surgem pequenas protuberâncias que secretam substâncias que lubrificam e protegem o mamilo contra as infecções durante a amamentação. Essas substâncias possuem odor e sabor que estimulam sensorialmente o recém-nascido.
- Após o nascimento, com a saída da placenta, começa a produção mais abundante de leite. O rápido aumento no volume de leite produzido é chamado de apojadura e acontece entre 36 e 120h pós-parto.
- Quando o bebê suga a mama, a sucção estimula as terminações nervosas da aréola. Esses estímulos fazem com que a hipófise produza um hormônio chamado prolactina que estimula as mamas a fabricarem o leite e a ocitocina que faz a ejeção (descida) do leite, por isso, quanto mais o bebê suga, mais esse mecanismo é ativo e mais leite é secretado. As mamas funcionam em regime de demanda: se a criança para de sugar, elas deixam de produzir. No caso de gêmeos, as mamas duplamente estimuladas tendem a produzir quantidade suficiente para as duas crianças.
- Como dito, a sucção do bebê estimula a secreção da ocitocina que provoca a contração das células musculares dos ductos mamários, e, consequentemente, a ejeção do leite que é essencial para a amamentação. Esse mecanismo é sensível às angústias e aborrecimentos, mães relaxadas têm melhor reflexo mediado pela ocitocina.
- Existe ainda a presença de peptídeos inibidores da produção láctea, que se não retirados ajudaram a diminuição e até cessar da produção de leite.
- Dessa forma, as glândulas mamárias não estimuladas reduzem drasticamente e rapidamente a produção láctea. Para a manutenção da produção do leite, são necessários estímulos repetitivos obtidos pela amamentação no peito ou extração de leite.

ENTÃO O SISTEMA NERVOSO É ESSENCIAL NO PROCESSO?

A supervisão que o sistema nervoso exerce sobre todo o processo demonstra quão importante o leite humano é. O sistema nervoso assume um papel valioso na amamentação e permite que o afeto, o amor, o desejo de amamentar, o sentido de preservação da vida influencie beneficamente em todo o ciclo da produção e da liberação do leite. Um estudioso do assunto diz que o leite materno também é produzido na "cabeça das mães". Também possibilita que influências negativas (como o desejo de não amamentar, o medo, o insucesso de experiências anteriores) dificultem o processo.

A OCITOCINA QUE VOCÊS FALAM CAUSA A CONTRAÇÃO UTERINA?

É a ocitocina que contrai o útero durante e logo após o parto. Após o nascimento, é a ocitocina que tem um papel fundamental na expulsão da placenta, diminuição do sangramento (por isso é tão importante o aleitamento na primeira hora pós-parto), o que permite que o útero volte ao normal. As cólicas nas mães quando os bebês mamam indicam que a ocitocina está agindo para a ejeção do leite e para a contração uterina. As cólicas desaparecem logo após os primeiros dias.

AMAMENTAÇÃO É ATO INSTINTIVO OU NÃO?

O princípio básico é o instinto que leva as mães a protegerem os filhos, a lutar para que sobrevivam, a correr riscos para o seu bem-estar, a dar parte do seu corpo para que vivam. As mães de outros mamíferos também agem assim. O ser humano pode usar o cérebro para aperfeiçoar o que a mãe natureza construiu com tanto esmero. O ser humano pode ser estimulado a amamentar, a praticar a amamentação com maior chance de acerto, a corrigir os possíveis problemas. O que é inato, instintivo, pode ser aperfeiçoado.

O QUE É COLOSTRO E O QUE É LEITE MADURO?

O colostro é um tipo de leite secretado durante a gravidez e nos primeiros dias após o parto. Ele é muito rico em fatores de defesa, como imunoglobulinas e outros agentes antimicrobianos, substâncias imunomoduladoras e agentes anti-inflamatórios. As imunoglobulinas representam grande parte da fração proteica do colostro, constituindo elementos muito importantes na proteção do bebê contra microrganismos produtores de doenças. Segundo o Ministério da Saúde, o período de colostro se estende até o sétimo dia pós-parto.

O leite maduro é produzido a partir da segunda semana após o parto. Comparando-o com o colostro, ele apresenta mais lactose e mais gorduras. Esse fato é muito importante para o crescimento do bebê. Tudo isso comprova que o leite materno vai adequando sua composição à medida que a criança cresce e muda suas necessidades.

QUAIS OS FATORES QUE PROMOVEM E OS QUE ATRAPALHAM A AMAMENTAÇÃO?

As mães que amamentam são submetidas às influências positivas e negativas. Se predominarem os fatores favorecedores, a amamentação tem alta possibilidade de ser bem-sucedida. Quando não, a amamentação pode falhar. Mas o fator mais importante é sempre a determinação de amamentar, de dar o peito aos filhos, de suportar os primeiros dias que são mais difíceis e logo passam, de tolerar a impaciência de certos companheiros, familiares e amigos ou o pouco estímulo de alguns pediatras. Resumidamente, segue a lista de alguns fatores que agem promovendo ou dificultando a amamentação.

Fatores que promovem: experiência pessoal e familiar anterior positiva, preparo para a prática da amamentação como a presença em cursos e em grupos de estudo sobre o assunto, apoio dos familiares e do companheiro, apoio dos empregadores públicos e privados, apoio pediátrico, ajuda dos grupos de promoção à amamentação, início precoce da amamentação que idealmente deve começar na sala de parto, rotinas hospitalares favorecedoras, crianças de termo e sadias e outras condições.

Fatores que prejudicam: além da falta de um ou mais dos fatores promotores da amamentação, atrapalham o processo a indústria de fórmulas infantis, bicos, chupetas e mamadeiras que, muitas vezes, não cumprem a legislação brasileira que protege a amamentação do marketing abusivo; a opinião contrária de pessoas próximas que cobram respostas rápidas das mamas; crianças prematuras e com algumas doenças; mães preocupadas com outros afazeres e muitas outras condições.

ESSES FATORES SÃO MODIFICÁVEIS?

De uma maneira geral, sim. Falta o total cumprimento da Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos Infantis, Bicos Chupetas de Mamadeiras — NBCAL; o apoio do companheiro, da família, dos amigos e dos profissionais de saúde; a falta de orientação/informação e manejo para a resolução precoce dos problemas da mama puerperal; o devido cuidado com medos e tabus; a pressa, tensão, cobrança excessiva e impaciência são alguns dos principais fatores adversos que atrapalham e podem obviamente ser resolvidos.

AS MAMAS PEQUENAS DIFICULTAM A AMAMENTAÇÃO?

O volume das mamas é dado pela soma do tecido glandular mamário com outros tecidos, sobretudo da gordura (tecido adiposo) principal responsável pela forma e tamanho das mamas. Em resumo, mulheres com seios pequenos são capazes de amamentar suas crianças, sim.

A GRAVIDEZ PLANEJADA INTERFERE NO SUCESSO DA AMAMENTAÇÃO?

Gravidez "curtida", pensada, favorece a amamentação e todos os outros cuidados para a sobrevivência das crianças. As mães ou os casais que programaram

sua família enfrentam com muito mais tranquilidade a gestação, parto, pós-parto, amamentação e tudo o que diz respeito aos filhos. Mães ou casais que não pensaram na procriação, que não planejaram sua família, têm mais dificuldades com todos esses aspectos.

É IMPORTANTE O PRÉ-NATAL PARA QUE A AMAMENTAÇÃO SEJA BEM-SUCEDIDA?

Sem dúvidas. É no pré-natal que as futuras mães têm a oportunidade de conhecer as extraordinárias vantagens da amamentação para elas e seus bebês; conhecer os principais problemas e aprender sobre sua prevenção e solução; ser orientadas sobre posicionamento e pega; aprender sobre a extração e conservação do leite; ter as mamas examinadas e vários outros aspectos da amamentação.

MUITA ORIENTAÇÃO, MUITA "NEURA" E MUITA EXPECTATIVA PODEM ATRAPALHAR?

Vivenciamos situações em que as mães destinaram muita "energia" no preparo e a amamentação foi um fiasco. Conhecemos outras que tocaram a vida com o máximo de naturalidade, sem valorar muito o assunto, e a amamentação foi um sucesso. Como tudo na vida, o excesso pode ser danoso. Pode criar uma expectativa irreal e frustrar nas primeiras dificuldades. Concordamos que não se deva criar "neuras", cobrança excessiva e irracional. O ideal é que tudo ocorra de uma forma natural e que as orientações sejam passadas com suavidade, tolerância e sem radicalismos.

O PARTO VAGINAL FACILITA A AMAMENTAÇÃO?

As mães que têm parto vaginal se recuperam muito rapidamente. Aquelas submetidas ao parto operatório se recuperam mais lentamente, mas a via de parto por si só não deve ser obstáculo importante ao aleitamento materno. Em ambos os casos, os bebês devem ter contato pele a pele com suas mães imediatamente após o parto, por pelo menos 1 hora, e apoio ao início da amamentação, quando a criança mostrar sinais de prontidão para mamar, durante a primeira hora após o parto, desde que a "dupla" esteja bem.

TODAS AS MULHERES SÃO CAPAZES DE AMAMENTAR?

A mãe natureza, ao dotar as mulheres e as outras mães mamíferas das glândulas mamárias e ao colocá-las sob o controle do sistema nervoso central, montou um esquema excepcional para garantir a sua missão. E esse esquema não foi montado para falhar. As mulheres têm alta possibilidade de amamentar seus bebês. O modelo foi testado por milhares e milhares de anos e continua funcionando. Sim, as mulheres são capazes de amamentar com sucesso!

A PRODUÇÃO DE LEITE VARIA DE MULHER PARA MULHER?

A quantidade da secreção láctea varia de mulher para mulher da mesma forma que variam outros aspectos da biologia de cada um de nós. São conhecidas as extraordinárias nutrizes que alimentam duas ou três crianças com o seu leite. Também varia de mulher para mulher a ejeção láctea e há algumas que enquanto amamentam em uma mama eliminam grande quantidade de leite pela outra. Em outras mulheres, isso não ocorre. A produção e a liberação do leite podem ser melhoradas com estímulos, apoio e orientação técnica apropriada.

É VERDADE QUE AS MAMAS FICARÃO FLÁCIDAS, FEIAS APÓS A LACTAÇÃO?

Na gestação, as mamas aumentam o seu volume, o mesmo ocorre após o parto, principalmente nos primeiros dias quando há a apojadura. É importante que a mulher use um bom suporte, sutiã, durante o dia e a noite. Além disso, se faz necessário manter a amamentação sobre livre demanda e extrair leite se notar que as mamas estão muito cheias. Entretanto, a genética modula a forma das mamas sendo um fator determinante da flacidez com o passar dos anos.

A AMAMENTAÇÃO É BOA PARA A SAÚDE DAS MULHERES?

Todo órgão humano que não exerce a função sofre algum malefício. “A função faz o órgão” é um dos chavões da biologia. A mama que não é usada para lactação adoece mais. A que funciona plenamente tem menos câncer. A amamentação também diminui a incidência de câncer de ovário e de endométrio, além da hemorragia no pós-parto e, consequentemente, a anemia pós-natal. O peso da mulher que pariu e que amamenta volta mais rapidamente ao peso de antes da gestação. A amamentação também diminui a chance de depressão pós-parto. Esses são alguns dos muitos benefícios comprovados que a amamentação traz à saúde da mulher.

O LEITE MATERNO AJUDA NA ACEITAÇÃO DE CARDÁPIO VARIADO NO FUTURO?

As crianças que mamam são acostumadas a experimentar um alimento que não é monótono, que apresenta texturas e sabores diversos ao longo de uma única mamada e ao longo de toda a amamentação. A amamentação prepara o paladar das crianças para sabores e texturas distintas. O leite artificial é monótono. Do início ao fim da ingestão do leite artificial de uma mamadeira o sabor e a textura são os mesmos. As crianças que tomam leite artificial são acostumadas a um alimento muito padronizado. Essa é a explicação para justificar porque as crianças amamentadas ao peito são mais receptivas para receber outros alimentos no futuro. Evidentemente, há outros fatores envolvidos.

EXISTEM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS PELO LEITE MATERNO?

Sim, em poucas situações. O caso mais clássico ocorre com a HIV / AIDS quando, se a mãe está com o vírus, a amamentação deve ser suspensa. O bacilo da tuberculose não passa pelo leite e a mãe pode amamentar. Entretanto, recomenda-se, se a mãe tem tuberculose, cuidados especiais com as secreções respiratórias e com a saliva. A mãe deve ser tratada, mas o aleitamento deve ser mantido. No caso de sífilis, a amamentação é mantida e a mãe deve ser corretamente medicada. Infecções como rubéola, caxumba, hepatite "A", "B" e "C", dengue e as gripes epidêmica e pelo vírus H1N1 não contraindicam a amamentação. Se há dúvidas consultem os pediatras. Na seção *Muito da prática*, há mais informações sobre o tema.

O LEITE MATERNO CURA DOENÇAS? E QUAIS DOENÇAS ELE EVITA?

Sim, o leite materno é capaz de curar e prevenir várias doenças. Para a diarreia aguda, é um excelente remédio uma vez que ajuda a manter a criança hidratada apesar das evacuações frequentes. O leite humano protege as crianças contra várias doenças infecciosas (as digestivas e as respiratórias são as principais). Além disso, crianças amamentadas têm menor risco de desenvolverem doenças crônicas como diabetes, alguns tipos de câncer, excesso de peso, obesidade, hipertensão arterial, aumento do colesterol e doenças alérgicas, como asma e rinite. Ainda protege contra hábitos bucais deletérios e problemas dentários e fonoaudiológicos deles decorrentes, entre outras enfermidades.

LI QUE O LEITE MATERNO PROTEGE ATÉ CONTRA A PRESSÃO ALTA. É REAL?

Estudo recente de 2021 aponta que embora os benefícios do aleitamento materno exclusivo sejam indiscutíveis, qualquer aleitamento materno, independente da duração ou exclusividade, está associado à menor pressão arterial aos 3 anos de idade da criança.

É RECOMENDADO USAR O LEITE MATERNO COMO COLÍRIO?

O tema é polêmico. Alguns pediatras não recomendam por temer que o leite humano sirva como meio de cultura para o crescimento de bactérias. Há, por outro lado, pediatras que indicam o uso do leite humano como colírio argumentando que a população há muitos anos adota essa prática. Outros pediatras que aceitam esta medida não têm constatado nenhum problema em uma clientela muito bem controlada, mas isso deve ser muito bem discutido com os médicos assistentes e mesmo com os oftalmologistas, para basear a rotina em trabalhos científicos robustos.

ALGUNS MEDICAMENTOS QUE USAMOS PODEM PASSAR PARA O LEITE?

A maior parte dos medicamentos passa para o leite em quantidades tão pequenas que, raramente, afetam a criança. De um modo geral, parar de amamentar é

mais perigoso que os riscos atribuíveis à pequena quantidade dos medicamentos que passam para o leite. Existem manuais do Ministério da Saúde e da Sociedade Brasileira de Pediatria que trazem listas de medicamentos liberados e contraindicados. Existem ainda sites para consultas como o https://www.e-lactancia.org que também traz informações relevantes. De qualquer modo, se faz necessário entrar em contato com o pediatra antes de iniciar qualquer medicamento para a mulher que amamenta.

POSSO DAR LEITE DE OUTRA PESSOA A MEU FILHO?

O ideal é que as mães amamentem os seus próprios filhos. Existe o risco de transmissão de doenças pelo leite humano, ainda que seja leite de parentes muito próximos como sua própria irmã. É essencial submeter o leite à pasteurização e ao controle de qualidade num banco de leite humano para o uso em filhos de outras mulheres. Só após o controle de qualidade sensorial, fisioquímico, pasteurização e controle microbiológico é que o leite humano será liberado para uso por outras crianças.

PODEMOS ENGRAVIDAR DURANTE A AMAMENTAÇÃO?

O aleitamento materno atrasa o retorno da ovulação e da menstruação e é uma forma importante de retardar uma nova gravidez. A liberação da produção de grandes quantidades de prolactina é responsável pelo espaçamento intergestacional produzido pelo aleitamento materno. A eficácia depende da amamentação contínua, regular, exclusiva com menos de 6 meses pós-parto e sem retorno à menstruação. Vários casais e seus médicos optam por acrescentar algum outro método anticoncepcional caso outro bebê não esteja nos planos em curto prazo. A norma é sempre conversar com seu médico e discutir a anticoncepção durante a amamentação e em todos os períodos de sua vida reprodutiva.

E O USO DAS INJEÇÕES E PÍLULAS ANTICONCEPCIONAIS?

São prescritas pelo médico as que não contêm estrógeno, e, sim, apenas progesterona. Se a mulher desejar e não houver contraindicação médica, o DIU pode ser inserido durante a sua permanência no hospital. O momento mais indicado para colocação do DIU é logo após a expulsão da placenta. Porém, pode ser inserido a qualquer momento dentro de 48 horas após o parto. Passado esse período se deve aguardar, pelo menos, quatro semanas para a sua inserção. A camisinha é outra opção que deve ser pensada.

EXISTEM LEIS QUE GARANTEM A AMAMENTAÇÃO?

A Consolidação das Leis do Trabalho garante que as mães se afastem do trabalho (licença-maternidade) por 120 dias ou por 180 dias quando elas são funcionárias

das empresas estatais (federais, estaduais e municipais). A legislação também incentiva as empresas privadas a adotarem a licença de 180 dias. Há ainda dispositivo legal que permite que as mães tenham dois descansos especiais de meia hora cada um durante a jornada de trabalho de 8 horas diárias até completar 6 meses de vida. Geralmente, as mães juntam e usam esse direito de uma hora, no início ou no final do dia de trabalho. A propósito, lembramos a importância de creches em locais de trabalho. Essa é uma reivindicação que todas devem fazer mesmo sabendo que, na realidade, é difícil. Na ausência de creche, a mulher tem direito a um auxílio para a creche. Há empresas que também disponibilizam uma sala denominada sala da mulher trabalhadora que amamenta. O espaço é usado para extração do leite materno e seu congelamento. Na saída, a lactante leva seu leite extraído e congelado, em caixa isotérmica com baterias de gelo, para casa a fim de ser usado pelo seu filho de preferência no copo ou colher. Indague se sua empresa dispõe desse tipo de serviço.

QUAIS AS PROPOSTAS DOS BANCOS DE LEITE HUMANO (BLH)?

Os BLH promovem, protegem e apoiam o aleitamento materno visando à prevenção e cuidado dos problemas que podem acontecer durante a amamentação, além de oferecerem os serviços de coleta, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade sensorial, fisioquímico e microbiológico e distribuição, com priorização definida pelo Ministério da Saúde para recém-nascidos prematuros e/ou doentes, cujas mães ainda não têm condições de extração do próprio leite materno.

COMO FUNCIONAM OS GRUPOS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO?

Há aspectos a aprender para bem executar e prolongar a amamentação. A maioria das mães precisa de apoio e incentivo constantes. Assim, vários grupos se organizaram, nas universidades e fora delas, alguns como ONGs, para auxiliar na tarefa de estimular a amamentação. Muitos estão ligados aos bancos de leite humano que são o cérebro de muitos desses movimentos. Nas redes sociais, também encontramos alguns perfis de apoio à amamentação com informações e orientações de qualidade.

TODO ESSE "AUÊ" SOBRE O USO DO LEITE HUMANO TEM FUNCIONADO?

O aleitamento materno é objeto de campanhas em todo o mundo. Muitas entidades estatais e não estatais se engajam para o sucesso da Semana Mundial da Amamentação, Dia Mundial de Proteção do Aleitamento Materno, Semana Mundial de Doação de Leite Humano e dos outros eventos que contribuem para informar, conscientizar e incentivar as mães, os familiares e a comunidade sobre o tema. Os resultados são perceptíveis. Há cerca de 20 anos o percentual de mães que amamentava seus filhos era bem menor que hoje. Também era menor o número de profissionais envolvidos.

POSSO COLETAR O MEU LEITE EM CASA E LEVAR PARA O BLH?

Podem, se a coleta for para uso de seu próprio filho para a volta ao trabalho, para que o seu leite seja pasteurizado num BLH, caso contrário, se for para doação de leite será transportado pelo próprio BLH. Há necessidade que se sigam algumas regras, orientadas pelos bancos de leite humano e postos de coleta de leite humano, sobre higienização, coleta e conservação do leite humano, como por exemplo: ferver o frasco de vidro e a tampa rosqueável de café solúvel por 15 minutos após o início da ebulição ou receber o frasco esterilizado pelo BLH, no caso de doação do leite; não encher totalmente o frasco para não quebrar quando do congelamento; deixar aproximadamente dois dedos do frasco sem leite; manter o leite humano extraído congelado no congelador ou freezer por até 10 dias, para dar tempo de entrar na rotina da pasteurização do BLH e levar para o BLH em caixa térmica com baterias de gelo, na proporção de um volume de leite para três volumes de baterias de gelo, sem acrescentar gelo em escamas ou em cubos. Se a mulher decidir ajudar a salvar vidas, doando leite humano extraído e morar na região metropolitana de um município que tenha BLH, ela deve entrar em contato por telefone, posteriormente se cadastrar e se for liberada como doadora, seu leite será transportado pelo próprio BLH. As diversas outras questões sobre higienização, coleta e conservação do leite humano extraído serão contempladas no item *Como fazemos para extrair o nosso leite?*

18.1.2 MUITO DA PRÁTICA

Cristiana Almeida de Menezes
Gerusa Maria da Silva
Jailson de Barros Correia
João Gonçalves de Medeiros Filho
João Guilherme Bezerra Alves
Maria Bernadete Marques Dantas
Otelo Schwambach Ferreira
Tarciana Mendonça de Souza Almeida
Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva

COMO PREPARAR A MAMA PARA A AMAMENTAÇÃO?

A “preparação” das mamas para a amamentação, tão difundida no passado, não é mais uma orientação rotineira. A gravidez se encarrega disso. Manobras para aumentar e fortalecer os mamilos durante a gravidez, como esticar os mamilos com os dedos, esfregá-los com buchas ou toalhas ásperas, tomar sol diariamente na região mamilo-areolar e uso de óleos ou cremes, não são recomendadas, pois na maioria das vezes não funcionam e podem ser prejudiciais, inclusive deixando a pele do lo-

cal com maior sensibilidade. O uso de conchas ou sutiãs com um orifício central para alongar os mamilos também não é eficaz e, por isso, não mais recomendado. A maioria dos mamilos curtos apresenta melhora com o avançar da gravidez, sem nenhum tratamento. Em mulheres com mamilos verdadeiramente invertidos, a intervenção logo após o nascimento do bebê é mais importante e efetiva que intervenções no período pré-natal.

QUANDO COMEÇAR A DAR O PEITO?

Idealmente na primeira hora após o parto. O sucesso da nutrição com o leite humano muito depende do que acontece nessa "hora de ouro". Estudos em vários locais demonstram isso. Mãe e criança que começam a praticar a amamentação muito cedo têm maior chance de se entrosar e de ter sucesso nessa excepcional missão.

DEVE HAVER UM CUIDADO MAIOR PARA QUE TUDO FUNCIONE BEM? O QUE NUNCA DEVE SER ESQUECIDO?

É não separar mãe do filho. Mandar criança para o berçário é coisa do passado. E como diz a máxima que criança não nasce com "manual de funcionamento", esSe manual é próprio para cada bebê e começa a ser escrito nas primeiras horas de vida. É essencial que, após um tempo mínimo de descanso, também usado para que a dupla mãe e filho se preparem, o bebê e a mamãe comecem a interação visando a amamentação. Deve haver contato pele a pele e o filho novinho deve iniciar o processo de conhecimento do corpo materno, obviamente e principalmente das mamas.

MAS O BEBÊ ESTÁ PRONTO PARA MAMAR?

Prontinho. Bebê nascido em família planejada, de gravidez normal, de parto sem transtornos e que nasce bem e sadio está apto para a amamentação, emite sinais de que está prontinho para começar a interagir com a mama materna. É fantástico observar esses mesmos fatos na biologia de todos os mamíferos.

QUAIS OS SINAIS QUE ELES MOSTRAM?

O bebê leva as mãos à boca e faz tentativas de sucção. Emite sons e tenta tocar o mamilo materno. Foca na área escura da mama, que serve de alvo. Movimenta-se em direção à mama e ao ter contato com o mamilo pega a mama com a boca muito aberta. Abre a boca, estica e vira a cabeça para procurar pelo peito materno. Coloca a mão na boca, chupa / morde as mãos, dedos, lençol ou qualquer objeto que toque a região perioral. Faz movimentos rápidos com os olhos fechados ou abertos e joga a cabeça para frente e para trás. Franze as sobrancelhas, fica agitado e pode chorar. Esses sinais são importantes para que a mulher posicione o seu filho no peito, antes de ficar agitado, chorando muito, o que dificulta a pega adequada.

HÁ PERIGO PARA AS CRIANÇAS ESPERAREM A CHEGADA DO LEITE MATERNO?

Não. A descida do leite ocorre entre o terceiro e o quinto dia depois do parto. Nesse período, o recém-nascido está sendo nutrido com o extraordinário colostro que supre todas as suas necessidades. Nos primeiros dias, são reduzidas as exigências nutritivas. Não se deve oferecer fórmula, chás, água com glicose ou outro açúcar. Isso atrapalha. O estômago do bebê fica cheio, ele solicitará menos o peito, o que não é bom para a produção de leite.

OFERECER UMA GAZE MOLHADA COM GLICOSE É CORRETO?

Isso não é indicado. Os bebês podem ficar nauseados e passar longo tempo dormindo sem mamar, além do risco de acidentes. Sugerimos colocar os bebês para sugar o peito das mães para se acalmarem e estimularem a produção e descida do leite.

COMO DEVE SER A PEGA ADEQUADA? O QUE FAZER QUANDO OS MAMILOS SÃO PLANOS?

A pega adequada ocorre quando o bebê abocanha a aréola — parte escura ao redor do mamilo — e não só o bico do peito. Seguem alguns pontos chave para uma pega adequada:

1. A boca do bebê deve estar bem aberta, com o lábio inferior projetado para fora (evertido), o queixo tocando o peito (boca de peixe).
2. A aréola deve estar mais visível acima, do que abaixo da boca do bebê.
3. As bochechas devem estar arredondadas, o bebê suga lenta e profundamente e emite sons de deglutição do leite.

A boca dos bebês modela o mamilo materno. Então, não há necessidade de preocupação com o mamilo plano, se a pega for adequada.

QUAL A POSIÇÃO PARA AMAMENTAR?

A melhor posição é aquela que for mais confortável para vocês e seus bebês. Vocês podem estar deitadas, sentadas, de pé, andando. À noite, muitas vezes, vocês podem se deitar de lado com o bebê e amamentar. A criança deve ficar bem de frente para as mamas, com a cabeça e o tronco alinhados, a cabeça e o corpo do bebê devem estar apoiados (assim como o corpo e as nádegas, no caso de recém-nascidos e lactentes jovens), o queixo tocando a mama e o bebê mantido próximo ao corpo da mãe.

DEVEMOS DAR A CHUPETA?

Os bebês têm grande necessidade de sugar. Nada melhor que sugar os pei-

tos maternos para satisfazer essa necessidade. O uso da chupeta causa confusão de pega, pois o bebê usa grupos musculares diferentes ao sugar o peito ou a chupeta.

O USO DA MAMADEIRA INTERFERE NA AMAMENTAÇÃO?

A recomendação é colocar o bebê no peito logo após o nascimento. Quanto mais cedo melhor. Não ofereçam mamadeira, pois a "lei do menor esforço" funciona desde cedo. A mamadeira permite que os recém-nascidos, fácil e rapidamente, ingiram grande quantidade de leite ou de outro líquido. Por causa dessa facilidade, eles tendem a rejeitar a mama. Pensem como eram as coisas desde muitos anos: "peito, peito, peito". A amamentação implica luta, busca do ideal, do melhor. Envolve contato íntimo e, por isso, muita aproximação física e afetiva entre mãe e filho. Vocês se expõem aos filhos e eles a vocês. Há entrega, doação e necessidade de que vocês ciclem as suas vidas em função das dos seus filhos, por um determinado período. Os bebês aprendem a conquistar o que querem! A mamadeira qualquer pessoa dá. O peito, só vocês, as mamães. A sucção no peito é diferente da sucção da mamadeira. A amamentação envolve vários músculos, a língua faz movimentos de ondulações para espremer o mamilo e a aréola no palato. Na mamadeira, a língua fica praticamente passiva. Quando for absolutamente necessário dar alimento que não seja no peito, é preferível usar colher ou copo.

QUANTO TEMPO DEVE DURAR CADA MAMADA?

O tempo é livre. Existem os nenês "gulosos", os "preguiçosos", os "irrequietos" e os "biqueiros". Há os de "pavio curto" e os de "pavio longo". As características das crianças e também as das mães fazem variar o tempo da sucção e tudo o que envolve a relação mãe/filho. A preocupação com a duração da mamada prejudica a amamentação. Lembrem-se de que há muitos séculos, muito antes do relógio, as mães aleitavam seus filhos. Se recordem que os animais dão leite às crias sem marcar tempo, sem alguém para dar "pitaco". O instinto, a natureza, a necessidade de preservar o filho sadio e outros impulsos gravados na sua biologia dirigem todo o processo. Então, a lactação no ser humano também é processo natural e não deve estar submetida a esquemas rígidos. Os seus filhos podem não se enquadrar num programa que limite o acesso à mama. O relógio, como símbolo dessa limitação, atrapalha. Pensem que o peito oferece leite, amor, carinho e afeto. Se não é possível precisar a quantidade de alimento que seus filhos necessitam naquele dia, naquela mamada específica, muito menor é a capacidade de o pediatra, ou de quem quer que seja, de dizer quanto de amor, de afeto, de proteção, de "curtição" que eles necessitam! A recomendação é deixar as crianças mamarem livremente, sem horário, sem esquema.

EM CADA MAMADA, DEVO DAR UM OU OS DOIS PEITOS?

Há bebês que mamam num peito e logo em seguida no outro e há os que se contentam com apenas um peito. Vocês devem conhecer seus filhos e atender às características deles. E para aqueles que se fartam com um peito por mamada é recomendável alternar. Agora no esquerdo e na próxima será no direito. Se o bebê sugou as duas mamas na mesma mamada, na próxima começa com a última que mamou.

HÁ RIGIDEZ NO HORÁRIO DA AMAMENTAÇÃO?

É natural que no início da amamentação exista certa irregularidade no esquema. Há fases em que os bebês mamam repetidamente e outras em que dormem três, quatro a cinco horas. É importante sempre lembrar que a mamada frequente estimula a secreção láctea. Após três a quatro semanas, de forma natural, não imposta, o bebê começa a estabelecer certa rotina horária. O mais comum é que a criançada queira mamar a cada uma e meia a quatro horas. Isso é flexível e adaptável para mãe e filho. Estejam sempre prontas a tolerar que o filho que nasceu recentemente tenha um comportamento bem diverso do anterior e ainda mais diferente do que ocorre com o filho da amiga.

E SE ELES PREFERIREM MAMAR MAIS À NOITE?

Algumas vezes, os bebês preferem mamar mais à noite e dormem praticamente durante todo o dia. Isso cansa as mães que, às vezes, ficam exaustas e estressadas o que pode ocasionar diminuição da produção de leite. Nesses casos, após algumas semanas de vida, talvez seja prudente orientar para que as mães tentem interferir no horário do sono diurno. Uma sugestão é permitir períodos de sono de, no máximo, três horas durante o dia. Outra recomendação importante é que durante o dia o ambiente deve ser claro e ventilado. E durante a noite deve predominar a penumbra e o silêncio.

MESMO NOS BEBÊS MAIORES, ISSO É ACEITÁVEL? DAR O PEITO À NOITE?

Só quando as mães estiverem muito cansadas e seus bebês crescendo bem, com peso adequado, é aceitável tentar interferir nessa rotina de mamar muito à noite. Uma sugestão é extrair leite materno durante o dia para ser ofertado por outra pessoa, de colher ou copo, às crianças, à noite. Mas, lembrem: mamar durante a noite é muito importante para a produção de leite, pois é durante a madrugada que há aumento do hormônio prolactina, responsável pela produção de leite, principalmente até a amamentação ser estabelecida.

É BOM ACORDAR O BEBÊ PARA MAMAR DURANTE A MADRUGADA?

Quando o bebê está bem e ganhando peso adequado, não há a necessidade de acordá-lo durante a noite.

E SE OS BEBÊS DORMEM MUITO?

Há muitos modelos da relação criança/peito e muitos modelos de sono. Há os que querem o peito com muita frequência e os que solicitam a cada hora ou a cada duas, três, quatro ou cinco horas. Há os que dormem horas seguidas e há os que dormem curtos espaços de tempo. Quando tudo está bem (bom aspecto geral, seis ou mais micções nas 24 horas, boa vitalidade geral e no momento da amamentação, ganho de peso esperado, exame pediátrico normal) é pouquíssimo provável que exista problema. Mas, lembre-se que é fundamental o acompanhamento pelo pediatra.

AS CRIANÇAS TÊM UM PAPEL IMPORTANTE NA AMAMENTAÇÃO?

As crianças calmas, relaxadas, tolerantes, são mais fáceis de serem amamentadas. Essas, pela vida afora, deverão ser mais fáceis de serem cuidadas. Por outro lado, as irrequietas, de "pavio curto", são mais difíceis de serem amamentadas. Dentre as tarefas que a mãe desempenha, há mais essa: conhecer as peculiaridades emocionais dos filhos e procurar mecanismos de ajustes. A amamentação favorece a adaptação mãe/filho.

SE AS CRIANÇAS CHORAM MUITO, PODE SER POUCO LEITE?

A produção de leite materno varia. Há períodos em que a mama produz maior quantidade de leite e outros em que produz menos. A liberação do leite materno estocado nas mamas também sofre variações: ora o leite materno é solto com mais facilidade, ora com menos. As preocupações, a tensão e o estresse reduzem a capacidade que tem a mama de liberar o leite produzido e a criança pode chorar reclamando. Se isso ocorre, não se apressem. Tenham paciência, não deem mamadeira precipitadamente. Com perseverança e calma, tudo volta ao normal. Lembrem-se de que o humor de seu filho varia. Há dias em que pode estar "chateado", com o "pavio menor". Não tomem medidas apressadas. Certifiquem-se de que as outras causas do choro — xixi, cocô, frio, calor — não estão interferindo. Nossa sugestão é aumentar a frequência das mamadas e esperar o outro dia, que pode ser diferente. Falem com o pediatra. Ele é capaz de orientar adequadamente.

É ANGUSTIANTE NÃO SABER O QUANTO AS CRIANÇAS MAMAM! O QUE FAZER?

Peito da mãe não é "bomba de gasolina": um, dois, 10, 20 litros... Peito não tem marcador: 10, 20, 50, 100 mililitros... Peito de mãe, amamentação e saciedade são questões complexas que envolvem aspectos físicos (o volume de leite ingerido) e emocionais (troca de afeto). O fato de vocês não saberem quanto os seus bebês estão mamando é mais uma das vantagens da amamentação sobre a mamadeira. A nutrição dos bebês com leite materno é um dos primeiros desafios que mães, filhos e familiares têm que vencer juntos. Nutrir, sem se importar com a quantidade de ali-

mento ingerido pelo filho, é importante para toda a vida. Mães que não estão excessivamente ligadas a essa questão aceitarão melhor quando os filhos, aos 2, ou 7, ou qualquer outra idade, estiverem comendo "pouco"! A mamadeira permite aferição do volume que a criança ingere e neurotiza o processo da nutrição. O importante é estar alerta para outros indicadores de saúde e não para a quantidade de alimento ingerido. Alguns desses indicadores são: ganho de peso adequado por dia, eliminação de pelo menos seis "xixis" no período de 24 horas e avaliação do pediatra. Esses indicadores podem acalmar as mães.

SE TIRARMOS O LEITE E SÓ OBTEMOS 15 ML! DAMOS MAMADEIRA?

A sucção é o maior estímulo para que o leite materno seja ejetado. Não há processo de extração que funcione tão bem quanto a boca do bebê. Os 15 mL retirados com a bomba extratora ou manualmente não significam escassez de leite. Pode haver muito leite que a extração por métodos artificiais não consegue tirar. O que é fundamental é observar a criança e os outros indicadores de crescimento, de saúde e de bem-estar.

AS CRIANÇAS QUE TOMAM LEITE DE LATA DORMEM MAIS. O QUE OCORRE?

O leite materno e o artificial, habitualmente de vaca, são distintos. O leite materno tem cor, odor, sabor e características próprias. Ele é rapidamente digerido, facilmente aproveitado e logo o bebê volta a solicitar mais alimento. Isso é ótimo! Quanto mais sucção, mais leite é produzido. Já a digestão do leite de vaca é mais lenta. Ele deixa o bebê "empachado", com o leite "pesando" no estômago. O bebê que tomou o leite de lata passa horas "desmaiado", sem estimular o peito, o que é um desastre para a amamentação. Então, o leite materno não é fraco. O leite materno é diferente e são essas diferenças que o fazem maravilhoso, miraculoso, extraordinário!

O LEITE PODE CHEGAR A ACABAR?

A produção do leite materno depende do balanço entre fatores promotores e inibidores da lactação. O leite diminui e pode até secar se não houver estímulo suficiente para manter uma boa secreção. Para garantir produção, a maneira mais antiga e eficaz é colocar o bebê no peito para sugar com frequência, quando o bebê desejar.

QUANDO O LEITE ACABA, A PRODUÇÃO ESTÁ ENCERRADA DE VEZ?

Primeiro, é preciso derrubar um mito: o leite não acaba. O que acontece, muitas vezes, é que a falta de estímulo reduz a produção. Um trauma psicológico que afete a mulher ou simplesmente a ausência de sucção do bebê, devido à introdução de mamadeira, por exemplo, são algumas das causas mais comuns. Mas isso pode ser revertido. Para que as mamas voltem à ativa, nada melhor que o estímulo do próprio

bebê. As mães não devem confundir "leite secando" com uma diminuição da produção que pode indicar que mãe e bebê estão se ajustando, que a mãe está produzindo a quantidade que o filho necessita. Se a mãe continuar insegura ou as dúvidas continuarem, é bom consultar o médico.

O LEITE MATERNO É BOM PARA OS PREMATUROS?

O leite humano é o melhor para todos os bebês, inclusive para os prematuros. Para estes últimos o leite das mães é mais importante ainda, pois contém mais proteína. Os prematuros precisam de proteína extra e ganham mais peso com o leite de suas próprias mães. Os anticorpos passados pelo leite elaboram as defesas do organismo, o que é importante para evitar infecções nos prematuros que, de uma forma geral, tendem mais a adoecer. O calor do corpo da mãe é vital para manter o neném prematuro bem aquecido. Carinho, amor, aconchego e leite materno, enfim, essa é a receita infalível para qualquer recém-nascido, sobretudo se nasceu antes do tempo. Muitas vezes, é necessário que a mães extraiam seu leite, para ser oferecido através de outras técnicas como a alimentação por sonda, até que os prematuros tenham condições de mamar diretamente no peito. O pediatra orienta sobre isso.

E QUANDO O BEBÊ QUE MAMA VOMITA SANGUE?

A causa mais comum de sangue no material vomitado pelo bebê que mama é a ingestão de leite com sangue da mãe. Isso é muito comum quando o peito está fissurado, rachado, ferido. O sangue deglutido pelo bebê, nessa situação, não causa malefícios. Um pouco desse sangue pode ser observado no material golfado ou vomitado. Isso, geralmente, não representa problema, mas causa um montão de dúvidas. Porém, o pediatra precisa ser avisado, pois há outras causas de sangue no material vomitado.

MEU BEBÊ TOMA MEU LEITE E EVACUA VÁRIAS VEZES. O QUE FAÇO?

Isso não é doença. Não é diarreia. É normal. O leite materno produz flora intestinal especial e provoca aumento do número de evacuações moles, explosivas, com gás. Essa é mais uma das vantagens do leite materno. A criança, alimentada com outros leites, apresenta, geralmente, dificuldade para evacuar.

ALGUNS BEBÊS QUE MAMAM FICAM DIAS SEM EVACUAR, NÃO É?

Certas criancinhas que tomam apenas o leite das mamães podem evacuar a cada três, cinco ou mais dias. Isso também preocupa as mães. Habitualmente, os bebês estão bem, sem qualquer incômodo, não apresentam abdome distendido e quando evacuam, após esses vários dias, as fezes são amolecidas e eliminadas sem sofrimento. Os pediatras explicam às mães que isso é normal e que não há nada a fazer.

O supositório de glicerina e a introdução de suco de laranja ou outro alimento laxante para os bebês, nessa situação, não são indicados. Podem, inclusive, prejudicar o bebê e a amamentação. Mas existem doenças que retardam a eliminação de fezes. Assim, os pediatras devem ser avisados quando bebês jovens passam dias sem evacuar, mesmo que tudo aparentemente esteja normal.

E QUANDO O BEBÊ FICA AMARELINHO, PODE SER DO MEU LEITE?

O bebê "amarelinho", com icterícia, deve ser avaliado pelo pediatra. Existem várias causas de icterícia: diferença do tipo sanguíneo entre as mães e os filhos o que pode provocar intensa destruição das hemácias nas crianças, doenças infecciosas congênitas ou adquiridas após o parto, defeitos das vias biliares e outras. Uma causa de icterícia é o leite materno. Isso não é doença. Não causa sintomas, não retarda o ganho de peso, não produz irritabilidade, não causa qualquer tipo de dificuldade para as crianças. É produzida por substâncias de ação hormonal que existem no leite humano e que interferem no metabolismo das bilirrubinas, os pigmentos da icterícia. Essa icterícia aparece de um modo geral, no início da segunda semana de vida e pode durar alguns meses. A amamentação nunca deve ser suspensa se ficar definido que a icterícia é produzida pelo leite materno. Os prejuízos de parar a amamentação são importantes.

DEVEMOS OFERECER ÁGUA PARA OS BEBÊS QUE MAMAM NO PEITO?

Durante a amamentação, o leite humano oferece a quantidade de água que as crianças precisam. Não é necessário ofertar água extra.

É NECESSÁRIO DAR VITAMINAS E FERRO DURANTE A AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA?

Não. As quantidades e a forma com que o cálcio, o fósforo, o ferro, os outros minerais, e as vitaminas, estão no leite materno satisfazem inteiramente as necessidades orgânicas do bebê nos primeiros seis meses de vida durante a amamentação exclusiva. Nada deve ser acrescido, a não ser que haja alguns fatores de risco para anemia, por exemplo, que o pediatra identificará nas consultas de acompanhamento. Entretanto, no caso de bebês prematuros são preconizadas algumas suplementações com vitaminas, sais minerais e ferro.

MAS MUITOS PEDIATRAS ESTÃO INDICANDO VITAMINA D E FERRO, NÃO É?

A orientação sobre a prevenção da anemia por deficiência de ferro da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) para os lactentes em aleitamento materno exclusivo, sem fator de risco para anemia, deveriam iniciar suplementação de ferro oral apenas a partir dos 6 meses de vida e por 24 meses. Se houver fatores de risco para a anemia,

a SBP preconiza introdução da suplementação de ferro a partir dos 3 meses de vida. Em se tratando da Vitamina D, a SBP orienta a suplementação a partir da primeira semana de vida, inclusive para recém-nascidos e lactentes em aleitamento materno exclusivo, independente da região do país. Mas, lembramos que sempre é importante que vocês discutam tudo com o pediatra. E para completar a resposta, com visão científica de abril de 2024, reproduzimos mensagens divulgadas pelo Prof. João Guilherme Alves, sobre os dois temas:

FERRO: BEBÊS AMAMENTADOS NECESSITAM DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO?[1]

A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda que os bebês exclusivamente amamentados, nascidos a termo, recebam suplemento de ferro por volta dos 4 meses de idade. Essa suplementação é recomendada até que alimentos ricos em ferro sejam introduzidos na dieta. Para os prematuros ou que nasceram com baixo peso (<2.500g), a recomendação é iniciar o ferro mais cedo, por volta do 1° ao 2° mês de vida. Sabe-se que os recém-nascidos a termo, apresentam reservas de ferro suficientes para os primeiros 6 meses de vida. Por essa razão, a Center for Disease Control (CDC) recomenda a suplementação com ferro apenas aos 6 meses, para os bebês amamentados e que não recebam (ou não aceitem) alimentos enriquecidos com ferro. A razão é a de que o leite materno, apesar de aparentemente conter uma quantidade de ferro considerada pequena, supre bem as necessidades do organismo no primeiro semestre de vida. Após os 6 meses de vida, os bebês necessitam de uma fonte complementar de ferro, afora o leite materno. Para as crianças que recebem fórmulas lácteas enriquecidas com ferro, não há indicação para a suplementação com ferro através de medicamentos. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a suplementação diária com ferro oral dos 4 aos 23 meses de vida, reduz a prevalência de anemia, entretanto, as reações colaterais da administração do ferro e os efeitos sobre o crescimento e o desenvolvimento das crianças são incertos. Em conclusão, apesar das dúvidas sobre o tema, mesmo entre as grandes instituições mundiais de saúde, o que aponta para a necessidade de mais estudos, cada criança deve ter uma avaliação criteriosa e a suplementação de ferro não deve ser iniciada antes dos 4 meses de idade, em bebês nascidos a termo e exclusivamente amamentados.

Fontes:https://www.cdc.gov/breastfeeding/breastfeeding-special-circumstances/diet-and-micronutrients/iron.html

VITAMINA D: BEBÊ QUE MAMA PRECISA TOMAR VITAMINA D?

A vitamina D tem várias funções no nosso organismo, em especial no metabolismo do cálcio e do fósforo, competindo para a saúde óssea. A vitamina D2 (ergocalciferol) e a vitamina D3 (colecalciferol) são obtidas respectivamente de fontes alimentares vegetais e animais. A vitamina D3 também é obtida através da pele (7-dehidrocolesterol)

1 CENTERS for Disease

pela ação dos raios solares ultra-violeta. As doses recomendadas na infância são de 400 UI (< 1 anos de idade) a 600 UI por dia. Apesar do leite materno apresentar uma quantidade relativamente baixa de vitamina D, as crianças amamentadas exclusivamente nos seus primeiros 6 meses de vida, crescem de forma bastante adequada e apresentam uma saúde óssea íntegra. Além do mais, estudos em crianças em países com clima temperado, têm mostrado que um total de apenas algumas horas de exposição ao sol no verão, produz vitamina D suficiente para evitar deficiência por vários meses. Em nossa região, a exposição solar é tanta que não vemos formas graves de deficiência de vitamina D, conhecido com o nome de raquitismo, mesmo em crianças com graves privações nutricionais. Por tudo isso, o questionamento da orientação de suplementação com vitamina D para bebês exclusivamente amamentados. Será que a natureza errou na dosagem da vitamina D do leite materno? E o tradicional banho de sol dos bebês, sempre cedinho, é uma prática equivocada? Baseado nas evidências científicas atuais as respostas são negativas a essas duas questões. Acrescentamos ainda, o risco de suplementar bebês com vitamina D pois ela é lipossolúvel e pode se acumular no organismo. Em casos de dosagens em excesso pode causar intoxicação, caracterizada pelo aumento do cálcio circulante (pode prejudicar a função renal e das artérias), elevação do fósforo e diminuição do hormônio da paratireoide. Os bebês apresentam choro contínuo (cefaleia e dores ósseas), irritabilidade, perda de apetite, decréscimo no ganho ponderal, entre outros sinais e sintomas. Vários casos de intoxicação por vitamina D em bebês amamentado vem sendo reportados (Clin Case Rep. 2023;11: e7635).

A ALIMENTAÇÃO DA MÃE INTERFERE NO LEITE MATERNO?

É aconselhável que vocês tenham uma alimentação absolutamente livre. Se seus filhos apresentarem dificuldades, como sangue nas fezes, lesões na pele, falta de ganho de peso etc., os pediatras deverão ser consultados e apenas eles poderão relacionar a alimentação das mães aos problemas apresentados e sugerir modificação dietética.

QUAIS ALIMENTOS DEVEMOS CONSUMIR?

Não existe um cardápio específico para as mães que amamentam. O ideal é que vocês se alimentem da forma mais saudável possível. As mulheres sentem mais sede na fase da amamentação, dessa forma tome mais água para matar a sede. É recomendado que vocês façam cinco ou seis refeições e caprichem nos legumes, verduras, grãos e frutas. Não é necessário aumentar o consumo dos doces.

QUAIS ALIMENTOS QUE CONSUMIMOS PODEM CAUSAR PROBLEMAS NOS FILHOS?

O alimento que os médicos mais relacionam com algumas dificuldades apresentadas pelos bebês é o leite de vaca que a mãe ingere. Mas a população tem receio de ingerir crustáceos, carne de porco, café, chocolate, nozes, castanhas, amendoim, ovos e outros produtos durante a amamentação. Não há evidências científicas de

que isso esteja correto e a orientação é que as mães comam todos os alimentos que são importantes para sua nutrição, inclusive o leite de vaca ou outros alimentos que só deverão ser suspensos sob orientação médica. Se houver problemas mais significantes com o bebê, os pediatras devem ser consultados e eles poderão orientar medidas especiais com retirada de um ou mais alimentos na dieta da lactante. O álcool também deve ser evitado. A substância pode dificultar a absorção de nutrientes pela mãe, além de ser absorvido pela criança através do leite materno.

EXISTEM ALIMENTOS QUE AUMENTAM A PRODUÇÃO DO LEITE?

Não existem alimentos que, de uma forma particular, incrementem a produção láctea. O maior estímulo para a produção de leite é a sucção do bebê. As mamas devem ser estimuladas, para que a secreção do leite se faça de forma contínua e abundante. Isso é tão importante que se o bebê não mamar por algum motivo, é importante realizar a extração do leite materno para estimular a produção.

O POVO FALA QUE COMIDA DE MILHO AUMENTA O LEITE. É VERDADE?

A população pensa que alguns alimentos favorecem a secreção láctea. Comida de milho, sangria de vinho, cerveja preta, caldo-de-cana entre outros, segundo a experiência popular, aumentam a secreção. A visão médica é recomendar alimentação balanceada, com líquidos para saciar a sede. Comam o que gostam e o que querem, mas sempre estejam atentas para evitar os excessos alimentares. E, cuidado com as bebidas ou alimentos que contêm álcool, pois passam para a criança por meio do leite materno, se não respeitados os volumes permitidos e intervalos entre a ingestão do álcool e a mamada, além de outros problemas que podem causar para a amamentação.

PODEMOS FAZER RESTRIÇÃO ALIMENTAR DURANTE A AMAMENTAÇÃO?

A alimentação de vocês deve ser rica, variada, mas sem exageros. É possível uma restrição dietética, bem orientada, bem pensada, que leve a uma perda moderada de peso, sem prejuízo da lactação. A amamentação, inclusive, é uma forma natural para vocês reduzirem o peso. As dietas muitos restritivas, com baixíssimo número de calorias, não são recomendáreis. É estimado que lactantes necessitam consumir em torno de 500 calorias a mais por dia do que as necessárias em outra fase da vida. Portanto, invistam numa alimentação saudável. Mas é aceitável uma restrição alimentar bem orientada, bem pensada, que leve a uma perda moderada, sem prejuízo da lactação.

PODEMOS FAZER EXERCÍCIOS PARA PERDER PESO?

Os exercícios, as atividades físicas e tudo o que seja prazeroso é recomendável. Conversem com os médicos obstetras para discutirem com eles quando essas atividades podem ser iniciadas após o parto.

OS ADOÇANTES E OS ALIMENTOS LIGHT E DIET ESTÃO LIBERADOS?

A recomendação médica é fazer um uso leve ou moderado das substâncias adoçantes. Elas não são saudáveis. O melhor é usar açúcar em menor quantidade. Se vocês, mesmo assim, desejarem usar os adoçantes, o ideal é que tomem a menor quantidade possível. Os produtos light e diet também não devem ser consumidos livremente durante o período da lactação. Existem produtos químicos nesses ultraprocessados o que pode não é bom para a sua saúde. É mais importante selecionar os alimentos mais ricos e saudáveis.

E PODEMOS TOMAR UMA CERVEJINHA SE ESTAMOS DANDO O PEITO?

Bebidas com baixo teor alcoólico (cerveja e vinho) podem ser consumidas com moderação. Em excesso, porém, podem atrapalhar o sistema hormonal que mantém a amamentação. Mas vocês não devem exagerar e só beber esporadicamente, pois o álcool ingerido pode passar para o bebê. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria, a genitora deve esperar 2h sem amamentar para cada drink consumido (um drink corresponde a 340 mL de cerveja, 141,7 mL de vinho ou 42,5 mL de bebidas destiladas).

AS MÃES PODEM FUMAR DURANTE A AMAMENTAÇÃO?

Fumar durante o período da amamentação prejudica os bebês. Há cerca de 4000 substâncias nocivas no cigarro, muitas passam para o leite e podem influenciar a saúde da criança. Segundo o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, do Ministério da Saúde do Brasil, a exposição da criança a essas substâncias aumenta o risco de doenças respiratórias alérgicas, pode afetar a produção e o sabor do leite materno e assim interferir no seu ganho de peso. Aproveitem o período da amamentação para largar o vício. Se, entretanto, a mulher não conseguir parar de fumar, alguns cuidados devem ser tomados para minimizar danos, como: fumar o menor número de cigarros possível, não expor a criança à fumaça, tentar não fumar em casa e não permitir que outras pessoas da família o façam. Se não for possível, amamentem depois de fumar, fumem longe do seu filho, se possível do lado de fora da casa e procurem não fumar até a próxima mamada. Importante deixar claro que apesar da mulher ser desencorajada a fumar durante a amamentação, o risco de fumar e amamentar é menor que o risco de desmamar a criança por causa do cigarro.

AS CRIANÇAS QUE TOMAM LEITE MATERNO PODEM ENGASGAR?

Os bebês jovens alimentados com mamadeira “engasgam” muito mais frequentemente que os amamentados no peito. Essa é mais uma vantagem da amamentação e mais uma desvantagem do uso da fórmula infantil. O “engasgo” que ocorre quando a criança mama no peito habitualmente é sinal de que ela não está mamando ade-

quadamente. A pega do mamilo e da aréola pode não estar adequada ou outra dificuldade na técnica da amamentação pode estar ocorrendo. Algumas vezes, parece que o reflexo de ejeção do leite é tão forte que enche excessivamente a boca do bebê o que pode causar certa dificuldade na deglutição. Nesse caso, o jeito é tirar a criança do peito, dar um tempinho e voltar a botar no peito. Uma boa orientação é posicionar a criança de frente para você, verticalizada e apoiada/sentada na sua coxa, esta posição é chamada de posição cavaleiro. Mas se os "engasgos" estão acontecendo com frequência, é importante comunicar o fato ao pediatra, pois há doenças que se manifestam dessa forma.

AS CRIANÇAS QUE MAMAM NO PEITO PODEM TER REFLUXO GASTROESOFÁGICO?

As crianças amamentadas podem ter refluxo, mas a ocorrência do problema é muito menor do que acontece nas alimentadas com fórmula infantil.

DEVEMOS DAR O PEITO SE ESTIVERMOS GRIPADAS, COM FEBRE, COM DIARREIA OU COM COVID-19?

Sim, devem continuar a dar o peito. O leite materno, se vocês estiverem com esses problemas citados, evita que as crianças apresentem complicações. É pouco provável que seus filhos aleitados ao peito adoeçam, mas se acontecer, as doenças serão mais simples e a recuperação mais imediata. Se vocês estão com coriza, dor de garganta, "virose", é prudente proteger o rosto com uma máscara e lavar as mãos antes de amamentar e todas as vezes que forem segurar ou cuidar do bebê. Mesmo em se tratando da Covid-19, até o momento, não existem dados suficientes que permitam concluir que ocorra transmissão vertical do SARS-CoV-2 pelo leite materno. Em relação à infecção por SARS-COV-2 (Covid-19) os benefícios da amamentação superaram o risco de infecção por SARS-CoV-2 em bebês. Dessa forma, a amamentação está liberada mesmo nas mães infectadas ou com suspeita. No entanto, como a mulher lactante infectada pode transmitir o vírus pelas gotículas respiratórias durante o contato com a criança, se faz necessário seguir normas higiênico-sanitárias, como:

a) Lavar as mãos por pelo menos 20 segundos antes de tocar o bebê, antes de amamentar, ou antes, de extrair o leite materno (extração manual ou na bomba extratora).
b) Usar máscara facial (cobrindo completamente nariz, boca e queixo) durante as mamadas e evitar falar ou tossir durante a amamentação.
c) Trocar a máscara imediatamente em caso de tosse ou espirro ou a cada nova mamada.
d) Considerar a possibilidade de solicitar ajuda de alguém que esteja saudável para oferecer o leite materno em copinho, xícara ou colher, caso não se sinta confortável em amamentar estando doente.

e) Seguir as orientações do Ministério da Saúde, oferecidas por seu médico, sobre isolamento e quarentena, tanto para a mulher suspeita ou portadora da Covid-19.

POR QUANTOS MESES DEVEMOS AMAMENTAR?

A orientação atual é de, no mínimo, seis meses de aleitamento exclusivo, sem água, chás, sucos e outros alimentos. A partir daí, há necessidade da introdução de alimentos complementares. Importante consultar o Guia Alimentar Para Crianças Brasileiras Menores de 2 Anos, do Ministério da Saúde do Brasil, e seguir a orientação de seu pediatra. A amamentação deve continuar a ser estimulada por dois anos ou mais. Não há tempo para suspender a amamentação. O fim da lactação ao peito depende da dinâmica emocional "mãe e filho", da aceitação de novos alimentos, de múltiplos fatores. Há crianças que mamam dois, três ou quatro anos e não se percebem nelas distúrbios emocionais ou de outra natureza. Mãe e filho decidem juntos até quando!

COMO FAZER O BEBÊ ARROTAR?

O arroto é provocado pela ingestão de ar durante a alimentação. Nos bebês, os arrotos barulhentos, sonoros, são mais ouvidos nos que usam mamadeira. A sucção ao peito quando feita de forma adequada não permite muita deglutição de ar e assim é até possível que o bebê não arrote após a mamada. Então, a falta do arroto deve ser lida como um sinal de boa pega do mamilo e da aréola e de boa técnica alimentar. Mas o arroto não indica, por si só, erro da técnica. Por isso, é clássico que, mesmo após uma mamada com boa técnica, a mãe deve segurar a criança no colo e deixar o corpo dela o mais em pé possível, com a cabecinha apoiada no ombro, por cerca de dez minutos. Vale dar os tapinhas nas costas para agilizar o processo.

EXISTE O RISCO DE SUPERALIMENTAÇÃO NOS BEBÊS QUE MAMAM NO PEITO?

O risco é inquestionavelmente maior nas crianças alimentadas com fórmula infantil e mamadeira. Os cuidadores sempre arranjam um jeitinho de "empurrar" aquele restinho de leite que sobra na mamadeira. Assim, as crianças comem mais do que necessário. No peito materno, isso é impossível. Mas, mesmo no peito, algumas vezes, podemos observar crianças que ganham muito peso o que provavelmente é atribuído a fatores genéticos e não à amamentação em si. No médio e longo prazo, entretanto, as crianças amamentadas mesmo que tenham ganhado muito peso durante o aleitamento materno exclusivo tendem a alcançar um padrão ideal de peso.

E SE ELAS NÃO ACEITAREM OUTROS ALIMENTOS APÓS OS 6 MESES DE AMAMENTAÇÃO EXCLUSIVA?

A situação relatada mostra o magnífico vínculo que a amamentação estabelece entre mães e filhos. As próprias crianças podem lutar para preservar o contato com as mamas maternas e percebem que as outras formas de ofertar alimentos são uma ameaça a essa intimidade. Quando essa dificuldade ocorre, é recomendável que outras pessoas ofereçam os outros alimentos. Outra medida é não oferecer o peito imediatamente após a recusa a tomar os outros alimentos. Seguramente, essa fase é transitória e logo as mães estão ofertando, sem encrencas, os outros alimentos a seus filhos. Aliás, estudos mostram que crianças amamentadas exclusivamente por 6 meses têm menor risco de problemas de aceitação da dieta complementar.

O QUE FAZEMOS COM AS PRESSÕES PARA DAR O LEITE ARTIFICIAL?

As pressões atrapalham. As pessoas habitualmente querem soluções rápidas. Querem que as crianças fiquem saciadas de imediato. Com a amamentação, isso ocorre lentamente. Com o uso do leite artificial, isso acontece de imediato, embora depois venham as consequências danosas dessa prática. Quando o ambiente é favorável: as avós, tias e amigas amamentaram, e existe apoio, as possibilidades de lactação bem-sucedida aumentam. Conscientização adequada sobre a importância da amamentação é capaz de levar a mãe a superar as pressões adversas. O papel do pai é fundamental nesse processo. A participação dele deve ser estimulada. O papai pode ajudar colocando o bebê no peito materno, segurando-o após as mamadas, agindo com carinho e paciência com a mãe que, nessa fase da vida, encontra-se altamente carente e frágil. Amamentar não é só para o binômio mãe/filho. É assunto que interessa a toda a família.

O ALGODOEIRO AUMENTA O LEITE?

O algodoeiro (extrato ou chá) vem sendo usado para estimular a produção láctea. Afinal, se a mulher acredita que haverá aumento na produção e mantiver a sucção no peito, faz parte do efeito placebo. Do ponto de vista científico, existe pouca evidência do efeito dessas substâncias galactogogas (substâncias usadas para aumentar a produção de leite). Importante ter em mente que tudo que você usar durante a amamentação precisa ter a autorização de seu pediatra. Ressaltamos: aumentar o leite depende, principalmente, da sucção do bebê. Existem também medicações que podem ser prescritas e usadas com acompanhamento médico.

O ALGODOEIRO FUNCIONA ACALMANDO AS MÃES?

É possível. Voltamos a ressaltar a intensa relação entre o sistema nervoso e as mamas. O exemplo citado por uma senhora de que, quando sua filha tinha 3 meses, um aborrecimento muito grande fez o leite desaparecer e as palavras tranquilizadoras

do pediatra e o algodoeiro “na hora” fizeram tudo voltar ao normal, deve demonstrar isso. Isso mais provavelmente decorre muito de fatores psíquicos que podem provocar essas mudanças súbitas do que da ação do remédio que para funcionar precisa de um bom tempo.

E QUANDO O LEITE SE ACUMULA... O QUE FAZER?

Se isso ocorre, as recomendações são fazer massagens suaves, extraindo o leite com a mão (de preferência) ou com a bomba de extração elétrica e manter o aleitamento materno sob livre demanda (quando o bebê desejar). O uso de compressas é desnecessário.

PODEMOS RETIRAR O LEITE MATERNO E DAR AO FILHO POSTERIORMENTE?

Essa é uma excelente ideia. Para isso, vocês podem esterilizar vidros com tampa de plástico rosqueável (de café solúvel) para estocar o leite extraído. Os frascos de vidro são os melhores porque o leite não fica aderido às suas paredes. É importantíssimo lavar bem os frascos e as tampas, e, esterilizar tudo. Na esterilização, os frascos e as tampas são totalmente imersos em água limpa e fria para a fervura. A fervura deve durar 15 minutos após o início da ebulição. Antes de extrair o leite você deve retirar todos os adornos como pulseiras, anéis, relógios etc., lavar as mãos e antebraços, até o cotovelo com água e sabão e as mamas apenas com água, proteger o nariz e a boca com máscara ou pano limpo e prender os cabelos com lenço ou touca de banho. Massagear levemente as mamas e desprezar os primeiros cinco jatos de leite. Quando encher o frasco de leite fazê-lo até no máximo 2 cm abaixo da tampa plástica para evitar que o frasco quebre após o congelamento. Usar um vidro esterilizado para cada extração. Podendo, entretanto, acrescentar o leite humano ao vidro contendo leite já congelado, durante 48 horas. Mas atenção: constará no vidro a data da primeira coleta. O leite mantém suas qualidades e pode ser usado quando conservado na geladeira por até 12 horas (nunca nas portas da geladeira) e no congelador ou freezer por até 15 dias. O ideal e não deixar o leite extraído na temperatura ambiente. Se o leite for pasteurizado pode ser conservado por até seis meses no congelador ou freezer. Para descongelar, devemos ferver a água, desligar o fogo e colocar o frasco de leite congelado, rodando-o vagarosamente para a homogeneização. Quando observarmos que resta apenas uma parte de leite congelada (pequena “pedra de leite”) de em torno de 3 cm, devemos retirar o frasco do banho-maria e continuar homogeneizando vagarosamente até que o leite esteja uniforme, completamente descongelado. O leite descongelado pode ser oferecido à criança usando colher ou copo. Separar o volume que será usado e o restante guardar na geladeira por 12 horas, se leite cru e por 24 horas, se o leite for pasteurizado (não usar a porta da geladeira para a refrigeração). Nunca guardar leite que já tiver tido contato com a boca da criança. Aconselhamos que vocês façam estoque a partir do momento que ocorrer uma adaptação entre mãe e filho.

POSSO MISTURAR O LEITE EXTRAÍDO COM A FÓRMULA INFANTIL?

Não é orientação segura. Seria ideal vocês primeiro oferecerem o leite materno extraído e só depois o complemento, quando prescrito pelo pediatra em casos especiais. Dessa forma, o leite materno atapetará, com todos os seus componentes, o trato gastrointestinal de seus filhos. Certo?

POSSO DAR O LEITE DE OUTRA MÃE?

O leite de outra mãe só pode ser usado pelo seu filho se for pasteurizado e submetido a todos os processos de controle de qualidade de um Banco de Leite Humano.

COMO FAZEMOS PARA EXTRAIR O NOSSO LEITE?

Após todo o processo de higienização que já foi descrito anteriormente, vocês colocam a mão aberta com os quatro dedos abaixo da aréola e o polegar acima da mesma e empurrem a mama em direção ao tórax. A seguir, façam movimentos repetidos, rítmicos, como se quisessem aproximar os dedos polegar e indicador. Outra forma de retirar seu leite é através da bomba elétrica que requer mais cuidados com a esterilização e com a possibilidade de machucar as aréolas. Todos os métodos devem ser indolores. Sempre dar preferência à extração manual, que minimiza os riscos de contaminação microbiana e evita problemas nas mamas, como as fissuras. Qualquer tipo de extração de leite humano pode ser aplicado antes da amamentação para deixar as mamas mais confortáveis, em caso de ingurgitamento mamário, e, ao longo do dia, quando a mãe sentir que o peito cheio está provocando dor e/ou a criança ainda estiver dormindo. Além disso, para quando a mulher voltar ao trabalho.

AS CIRURGIAS DE MAMA ATRAPALHAM A AMAMENTAÇÃO?

As próteses com silicone não interferem na amamentação porque são colocadas por trás do músculo, distante do tecido mamário. Nessa posição, não influenciam a produção de leite, principalmente quando o corte para a sua introdução não for na aréola. A prótese volumosa pode interferir com a anatomia e a fisiologia das mamas e prejudicar a amamentação. As cirurgias redutoras quando causam lesão na glândula interferem na produção de leite. Parece, no entanto, que o principal obstáculo que as mães submetidas às cirurgias mamárias apresentam é de ordem psicológica, pois além de terem receio de que a produção láctea seja prejudicada, há o receio de que a estética seja alterada.

PODEMOS DAR O PEITO QUANDO ENGRAVIDAMOS NOVAMENTE? HÁ PROBLEMAS PARA O FETO?

Há questões para falar sobre o assunto:

- A amamentação deve ser continuada se a gravidez é normal, porém se existe sangramento, dor ou outras alterações é importante discutir o assunto com o obstetra.
- Muitos pensam que os nutrientes que a gestante consome podem ser insuficientes para os três: mãe, filho que mama e feto. As grávidas que amamentam têm que ter cuidados ainda mais especiais com a alimentação e devem aumentar a ingestão alimentar: mais 500 calorias ao dia além do que as grávidas que não amamentam ingerem.
- A gravidez nas desnutridas que estão amamentando precisa de cuidados especiais.
- Em relação à composição do leite materno da mulher grávida, esse pode e deve ser usado sem receio.

OS DEFEITOS CONGÊNITOS DA CRIANÇA INTERFEREM NA AMAMENTAÇÃO?

O leite materno é remédio para criança doente: remédio e vacina. Lembrem-se sempre disso. Há, porém, problemas que preocupam as mães e que prejudicam a lactação. Portadores de malformações faciais como fenda palatina e fissura labial representam um desafio especial.

POSSO SAIR COM MEU FILHO QUE AINDA MAMA?

Vocês que amamentam não devem viver enclausuradas, sem contato com o mundo. O bebê é "portátil" e a nutrição ao peito oferece segurança e praticidade. Vocês não precisam levar mamadeiras e outros apetrechos. Todos os familiares, vocês e os seus filhos devem ser estimulados a sair, passar fins de semana com avós ou amigos, ou mesmo, em hotéis ou praia. Assim, vocês tornam a oferta do peito mais natural e mais feliz. Lembrem-se de que seus filhos percebem o mundo, desde o nascimento. Os passeios também serão experiências agradáveis e enriquecedoras para as crianças. Devemos, entretanto, ter cuidado com aglomerações e locais fechados, principalmente pela circulação dos vírus respiratórios.

E SE OS BEBÊS QUISEREM TRANSFORMAR NOSSO PEITO EM CHUPETA?

Isso demonstra quanto o peito é fonte de amor, de troca afetiva, de curtição. A sucção não nutritiva é importante para o desenvolvimento afetivo dos bebês. O limite entre o tolerável, o legal e o gostoso e o que incomoda e atrapalha deve ser traçado pela dupla mãe/filho. As mães que se sentem incomodadas devem ser avaliadas individualmente para rever a técnica e discutir amplamente o assunto com os profissionais que apoiam e entendem do aleitamento materno.

O QUE SÃO FISSURAS MAMÁRIAS?

Logo nos primeiros dias da amamentação, os mamilos podem ficar "irritados", "assados", feridos. Há ocasiões que se formam "rachaduras", fissuras que causam dor e sangramento. Há várias causas para a fissura. A pega inadequada do peito é a principal. O adequado é que o mamilo e a aréola sejam abocanhados. O problema está na pega apenas do bico do peito. O ferimento e a dor decorrem disso. Outras causas de fissura são mamas ingurgitadas que também causam má pega e a higienização excessiva que retira a gordura que protege o mamilo. Ah! É importante não interromper bruscamente a mamada retirando subitamente os bebês do peito, pois pode causar fissuras. Introduzam o dedo mínimo na boca das crianças e, pouco a pouco, elas vão soltando o peito da mãe.

GOSTARÍAMOS DE SABER SOBRE AS MASTITES E OS ABSCESSOS.

A mastite pode ser um problema durante a amamentação. Por alguma alteração na pega do peito ou por outros fatores como, por exemplo, excesso de leite retido na mama que fica parado, pode ocorrer entrada de bactérias da pele para o interior do órgão. A mama fica avermelhada, dolorosa, dura e pode surgir febre. É sempre importante consultar o médico. Não há o menor perigo de seus filhos adquirirem a infecção. A doença pode se agravar se o excesso de leite não é retirado da mama. A extração do leite faz parte do tratamento da mastite e nada melhor para retirar o leite do peito da mãe do que a boca do bebê. Além disso, devem ser feitas massagens delicadas antes da extração do leite. O médico pode indicar o uso de antibiótico. É importante saber que todos os antibióticos usados até agora para mastite não interferem na saúde das crianças que estão sendo aleitadas, nem prejudicam a secreção láctea. Continuem amamentando. Caso esteja saindo pus de uma mama, desprezem o leite desta glândula e continuem amamentando na outra. Mas sempre dialoguem com o médico. Em relação ao abscesso, é mais grave que a mastite. O diagnóstico é dado pelo médico e confirmado pela USG da mama. A conduta nesses casos é drenar esse abscesso, procedimento realizado pelo médico em ambiente hospitalar, de preferência.

E COMO PROCEDO NO DESMAME?

O tema é bem discutido nos outros capítulos que abordam a alimentação das crianças. Mas daremos algumas "dicas" importantes. Ofereçam, a partir do sexto mês, os alimentos de boa qualidade, frescos, bem conservados e disponíveis na casa. Assim, o aleitamento passa a ser complementado. Muito importante ler o Guia Alimentar para Crianças Brasileiras menores de 2 Anos do Ministério da Saúde. Excelente documento! De grande valia para a introdução da alimentação complementar, com muitas dicas práticas e até receitas regionais. Para o sucesso a introdução de alimentos complementares, as crianças devem estar junto dos familiares quando esses

se alimentam, para aprender. Deixem as crianças tocarem e pegarem nos alimentos para explorarem diferentes texturas e ter prazer de levá-los à boca. "Paciência" é a palavra chave do desmame. Mas fiquem avisadas. Quando vocês chegam em casa, a "paixão" abre o "apetite afetivo" e os bebês, mesmo de barriguinha cheia, solicitam a mama. O mais comum é o desmame processar-se naturalmente, de forma não traumática, e até pouco sentido por vocês, mães, e pelas suas crianças. Se, porém, a "dupla" tiver comportamento passional ou possessivo, os dois extremamente apegados à amamentação, o desmame é mais difícil. O desmame sempre deve ser conduzido com cautela, sem prazo, sem último dia.

18.1.3 DEPOIMENTOS DE CUIDADORES E PROFISSIONAIS

OPINIÃO 1

MÃE — "Eu me sinto muito insegura de tirar o leite para guardar porque não sei se vai dar tempo de o peito encher novamente até a hora em que ele quiser mamar. Por mais que eu saiba que quanto mais se tira, mais leite se tem, fico sem saber em quanto tempo o leite vai ser reposto no peito. Imagino que não existe um tempo certo, mas o assunto poderia ser abordado de forma a dar uma ideia. Ainda sobre extração de leite humano, tenho utilizado uns saquinhos de plástico para guardar o leite. São muito práticos porque não precisa guardar recipientes de café solúvel e esterilizar. Esses sacos são próprios para isso e descartáveis. Sei que não servem para quem vai pasteurizar. Coisa de americano, mas vende aqui nas lojas de bebê, talvez seja uma dica interessante."

PROFISSIONAIS — "Realmente não há risco de o leite faltar para o seu bebê. 'Peito é fábrica e não estoque', o que significa que na hora que o bebê sugar, o leite vem. Quanto ao uso dos sacos referidos, podem ser utilizados, não há problemas! Entretanto, como dito, não servem se a senhora for pasteurizar ou doar leite para um Banco de leite Humano."

OPINIÃO 2

MÃE — "Notei que quando o desmame estava indo bem tudo desorganizava quando o bebê adoecia. O que ocorre?"

PROFISSIONAIS — "A sua observação nos ajuda a mostrar mais uma maravilha da amamentação. As crianças doentes buscam mais as mamas maternas. Isso é comuníssimo. Então, se o desmame estava em curso, elas voltam a mamar com mais intensidade e frequência. É a sabedoria da natureza. As crianças sabem muito bem, muito mais que os cientistas, que as mamas maternas são conforto, segurança, proteção. Agredidas pela doença ou por qualquer outro

fato — um susto, por exemplo — as crianças procuram o porto seguro das mamas das suas mães. Mas isso dura pouco e logo o desmame segue o seu curso."

OUTROS DEPOIMENTOS

Finalmente, transcrevemos as experiências relatadas por algumas mães, pais e avós sobre a amamentação. Agradecemos a Isis, Beth, Ana Tereza, Ana Regina, Edineide, Paulo, Diana e Tereza que, em 1989, participaram da elaboração dos primeiros livros da série *Conversando com os pais.* Infelizmente, lá se vão mais de 30 anos e não tivemos condições de registrar os dados pessoais de alguns desses colaboradores. Mas fica a informação e o nosso agradecimento. Agora, recentemente, outros familiares participaram da elaboração do texto atual e as informações cadastrais sobre eles são completas. Vejam os depoimentos antigos e os atuais:

"Com a minha primeira filha, contei com o apoio do meu marido. O início foi tranquilo. Nos dias que se seguiram, surgiram dificuldades: rachaduras, dores nas mamas que ficaram enormes e cheias, mas foram superadas essas dificuldades e a garota mamou até o quarto mês. Com a segunda filha, iniciei complemento no segundo mês. Arrependo-me por não ter insistido mais, principalmente quando comparo a saúde das duas, a da primeira é bem melhor!"

"Com meu primeiro filho, o leite era muito, mas a minha expectativa era grande para que não faltasse. Os palpites eram incontestáveis: 'Se você se aperrear, o leite vai acabar' [...] Talvez a cobrança tenha me angustiado a tal ponto que só amamentei dois meses e meio. Com a segunda filha, foi tudo diferente. Eu estava mais firme e amamentei até o quarto mês. E o terceiro filho mamou cinco meses, apesar de sempre me preocupar com o leite, para que não faltasse. Consegui segurar a barra. É notável o amadurecimento vivenciado pela mãe a cada novo filho. Gostaria de lembrar, apenas, que não falta leite se o bebê mamar. É a lei da oferta e da procura, então o segredo é: 'Peito neles.'"

"Amamentar foi uma deliciosa e gratificante experiência. Eu sempre soube que iria amamentar. Com o primeiro filho, foi só peito até quatro meses. Já com a segunda filha, iniciei outros alimentos no segundo mês e parei com o peito. Também doei bastante leite para outras crianças, salvei vidas! Acho que toda mãe que tem tanto leite, a ponto de encharcar fraldas com o que vaza, deveria doar. Essa é uma forma real de ajudar alguém."

"Bem, minha experiência foi cheia de surpresas e incrivelmente gratificante. Eu não consegui formar bico, apesar das mamas estarem grandes. A desmamadeira foi uma companheira importante. Embora causasse dor, o resultado foi gratificante. Muitas vezes, deixei leite para ir trabalhar. Foi corrido, sacrificado, mas com absoluta consciência de que era importante amamentar. Va-

leu a pena dar o melhor de mim. Como escrevi o depoimento há muitos anos, acrescentaria que, hoje aos 52 anos de idade, faria tudo de novo e que o ato de amamentar um filho é uma emoção tão sublime quanto a de vê-lo nascer."

"Olhe, no começo, foi super doloroso. As mamas eram volumosas, tinham excesso de leite, a criança não dava conta. Sempre, após as mamadas, retirava leite. Doei leite para três crianças na época! A quem estiver lendo esse pequeno relato, quero mandar um recado: 'Não desista, mesmo nos momentos mais difíceis, depois terá sua recompensa.'"

"Minha filha mamou até os três anos de idade. Precisei suspender a amamentação porque engravidei novamente e tive problemas que me fizeram usar hormônios contraindicados na amamentação. Expliquei tudo e choramos muito. Ela mudou bastante comigo, afastou-se por um tempo, depois, aos poucos, foi se recuperando. Insistia que os 'peitinhos' eram dela e que o bebê não iria mamar. Quando o novinho chegou, ela já não quis mais mamar, dizendo que só os bebês mamam... e assim ficamos nós. Vez por outra, ela alisava, beijava os peitinhos, mostrando que a ligação profunda entre nós iria existir sempre."

"Demorei muito a ter um filho pelo lance de liberdade, viagens, farras, cervejinhas. Achava que um filho iria cortar isso. Quando resolvi tê-lo, decidi também amamentar e foi tão gratificante! Não me senti presa como eu pensava, acho que o amor foi tão grande que tudo ficou diferente."

"O apoio que o pai dá é importante, principalmente nos primeiros dias. Acho que a gente tem que amenizar as coisas, acalmar a companheira e ajudar para que a amamentação seja prazerosa e não feita por obrigação."

"Queria dar o melhor de mim. Não tem dinheiro que pague esta ligação! Eu me sentiria impotente por ter gerado e não poder alimentá-lo. Por isso, enfrentei os problemas e consegui amamentar!"

"Minha filha foi mãe aos 16 anos e acho que cresceu e amadureceu com a amamentação, além de desenvolver muito a sua afetividade com o nenê."

"Desde que descobri a gravidez, li muito sobre a amamentação e me preparei, física e psicologicamente, para amamentar meu bebê até quando fosse possível. Nos primeiros cinco dias, tudo parecia indo bem, com as dificuldades normais. Porém, a 'descida' do leite coincidiu com um problema de saúde meu, e, por conta das medicações que usei, após uma semana do parto, além da ansiedade e do estresse vividos, a produção de leite começou a diminuir. Acho que o fato de meu filho ser muito tranquilo, preferia dormir a sugar o peito, também contribuiu para essa escassez. Enfim, após todas as tentativas e esfor-

ços, com quinze dias tive que complementar com o leite artificial para garantir o ganho de peso do meu filho. Mas, mesmo assim, insisti na oferta do peito e sempre dava antes do leite, nem que fossem algumas gotas. Por três meses, a amamentação não exclusiva foi prazerosa e gratificante para mim, apesar de todos os problemas. Assim, sem culpas ou expectativas, pretendo tentar novamente com o próximo filho para, quem sabe, dessa vez, conseguir resultados melhores. O importante é não desistir, jamais!"

"Amamentar não é fácil. Nossa história com a amamentação foi bastante rica: mastite; pediatras ameaçando com latas de leite devido ao ganho de peso um pouco lento de minha filha; familiares às vezes insinuando que alguns choros pudessem ser de fome. Só não houve as dolorosas fissuras (ficou no 'quase'). Amamentar é decisão. Primeiro da mulher e segundo do casal. O pai também amamenta quando traz aquela água preciosa, quando acorda junto de madrugada, quando tranquiliza sobre o leite e faz cálculos do ganho de peso do bebê para argumentar em favor do peito."

"Amamentar é ato de amor. É doação. Não têm preço aqueles olhinhos encarando, o aconchego. De início, o planejamento era de amamentar por seis meses. Depois, até um ano. Foi passando... A amamentação da nossa filha foi até um ano e dez meses quando já estava com sete meses de gestação do segundo. O garotão mama exclusivamente no peito ainda hoje, aos cinco meses de idade."

"Mulheres, não desistam! É verdade que uma mamadeira dada com amor também vale. Mas um leitinho dado no peito não tem preço."

"Desde que descobri que estava grávida, passei a me preparar para amamentar minha filha. Li diversos livros acerca da amamentação, sua fisiologia, os mitos que a cercam e passei a participar de diversos fóruns acerca do assunto. Aprendi, na teoria, tudo o que era preciso: que não existe leite fraco; que meu leite seria suficiente para satisfazer as necessidades da minha filha exclusivamente até os 6 meses, pelo menos; que, com a pega correta, amamentar não é doloroso e que deveria amamentá-la em livre demanda, sempre que solicitasse porque, quando mais ela sugasse, mais leite eu teria.

Passei, então, a imaginar como seria maravilhoso ter a filha em meus braços, olhando para mim tranquilamente enquanto se alimentava e recebia do meu corpo, que antes a gerou, todos os nutrientes necessários para fazê-la crescer plena e feliz. Quando ela nasceu, no entanto, percebi que tudo o que eu havia lido não havia me preparado para o que há de mais fundamental na arte de amamentar: a aceitação de que minha filha é um ser humano único, que não pode ser enquadrada em modelo algum e, mais importante, que age — desde

tão novinha — sempre movida pelas suas necessidades e não pelas minhas. Pois bem. Minha filha, hoje com quase três meses, mama, mas raramente de forma tranquila. Enquanto se alimenta, minha filha se contorce, se mexe inteira, puxa o bico do meu seio às vezes de forma dolorosa até, solta o peito, ri e o procura novamente. Até hoje, houve poucas mamadas iguais às que eu imaginava — minha filha tranquila me olhando, como nas imagens que estamos acostumadas a ver. Mas se sacia. E cresce, ganha peso.

Ela dificilmente mama de hora em hora, ou de duas em duas, ou de três em três. Na verdade, minha filha já passou até seis horas sem querer mamar durante o dia e, quando mama, não fica no seio por mais de 3, 5 minutos.

Eu, que havia lido demais sobre livre demanda, me questionei. Mas como pode um bebê se saciar em tão pouco tempo, depois de tanto tempo sem comer? No auge do desespero — achando que ela passava fome, imagine — quis lhe dar mamadeiras com o meu leite e insisti, por diversas vezes, para que mamasse mais, irritando-a. Acontece que, não interessa como, o fato — que hoje tento aceitar — é que a garota mama sim a cada cinco, seis horas, por dois, três minutos e se desenvolve bem. É o suficiente para ela. Ela não tem que mamar a cada duas ou três horas por vinte minutos em cada seio para apascentar meu coração. Ora, com apenas três meses, cabe a mim, sua mãe, tranquilizá-la, e não o inverso.

Eis hoje o meu desafio: ao ver minha filha pegar o meu peito e soltá-lo dentro de dois, três minutos, para o seu bem, para que cresça feliz e saudável, tenho de afastar de mim a ideia de que ela 'mama pouco', e pensar, radiante: 'eu tenho tanto leite e minha filha é tão esperta que já descobriu como mamar com eficiência e rapidez!'. Viva minha filha, que, com menos de três meses, tem ensinado a mamãe que nem tudo pode ser tão cartesiano no mundo."

18.1.4 LEITURAS RECOMENDADAS (LIVROS, SITES E REDES SOCIAIS)

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Banco de leite humano.** Rio de Janeiro, RJ: FIOCRUZ, [202-]. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/banco-de-leite-humano.

KING, F. S. **Como ajudar mamães a amamentar.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd03_13.pdf.

MILLER, Nike. **O matador de bebês.** Recife: IMIP, 2023. 167 p. Disponível em: http://higia.imip.org.br/bitstream/123456789/947/1/O-MATADOR-DE-BEBES_2023-DIGITAL.pdf.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 80 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_crianca_brasileira_versao_resumida.pdf.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Aleitamento materno.** Rio de Janeiro, RJ: SBP, c2025. Disponível em: https://www.sbp.com.br/departamentos/aleitamento-materno/.

VALDÉS, V.; SÁNCHEZ, A. P. **Manejo clínico da lactação: assistência à nutriz e ao lactante.** São Paulo, SP: Thieme Revinter, 2020. 128 p.

18.2 QUANDO AMAMENTAR NÃO É POSSÍVEL

Jailson de Barros Correia
João Guilherme Bezerra Alves
João Gonçalves de Medeiros Filho
Maria Bernadete Marques Dantas
Otelo Schwambach Ferreira
Tarciana Mendonça de Souza Almeida
Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva

A amamentação é tão importante que dificulta a abordagem do tema que propomos a debater. O leite humano é inigualável, tão maravilhoso e importante para os bebês que é difícil admitir que alguns deles, antes dos 6 meses, usem outro alimento. É complicado falar sobre a não amamentação.

Mas é fato concreto que algumas mulheres se deparam com grandes dificuldades no manejo da amamentação, têm fluxo insuficiente por falta de orientação em relação à pega e posicionamento de bebê, se submeteram à cirurgia mamária antes da gestação para grande redução das mamas, têm alguma doença que contraindique a amamentação como as portadoras de HIV ou HTLIV ou não desejam amamentar.

Então, é importantíssimo que revisemos o tema e mesmo diante das dificuldades apontadas.

CONHECEMOS CRIANÇAS QUE NÃO MAMARAM E FORAM ALIMENTADAS DESDE NOVINHAS COM LEITE NÃO MATERNO E SÃO NORMALÍSSIMAS. POR QUE ENTÃO ESSA "NEURA" TODA?

Realmente muitos recém-nascidos e lactentes foram alimentados sem o leite da mãe e se tornaram adultos normais. Entretanto, outras crianças adoeceram e morreram cedo pela falta do leite materno para a sua alimentação e não tiveram a oportunidade de se tornar adultos normais e de viver por muitas décadas. Atualmente,

com o que se conhece da biologia do leite materno, da biologia das crianças amamentadas e da biologia dos adultos que mamaram nas suas mães, é possível afirmar que aquelas que foram alimentadas sem leite materno e que se tornaram adultos, teriam sido crianças mais sadias e adultos mais saudáveis, e, provavelmente, viveriam mais tempo se tivessem sido amamentados. Não é "neura". Quem não tem a oportunidade de mamar abundantemente e por muitos meses nas suas mães estão em desvantagem biológica.

MAS ALGUMAS VEZES É NECESSÁRIO O LEITE ARTIFICIAL!

Algumas vezes o leite artificial é necessário, a adoção é um excelente exemplo, há que se usar alimento diferente do leite materno para nutrir a criança. Algumas vezes, entretanto, mesmo no caso de adoção, a mãe adotiva pode amamentar o seu filho com a técnica chamada de lactação adotiva, essa técnica envolve estímulos repetidos na aréola e algumas vezes o uso de medicamentos. Voltando ao que falávamos anteriormente, se não é possível nutrir as crianças com leite materno, indiscutivelmente o melhor para os primeiros meses de vida, há que ser com outro alimento. Essas crianças que não tiveram a oportunidade de se alimentar com o leite materno têm chance de serem sadios durante a infância e se tornarem adolescentes e adultos sadios desde que bem orientados e acompanhados pelo seu pediatra de perto. É evidente que são necessários cuidados especiais — higiene, preparo, respeito ao apetite e outros — para o sucesso dessa alimentação não fundamentada no leite materno nos primeiros meses de vida. Recomendamos a leitura dos capítulos: Crianças menores de 6 meses que não estão sendo amamentadas exclusivamente e Alimentação de crianças não amamentadas do Guia Alimentar para Crianças Brasileiras Menores de 2 anos, do Ministério da Saúde. Enfatizaremos aqui que, em biologia, as coisas não são absolutas, lei do tudo ou nada. Portanto, crianças que mamam no peito têm estatisticamente mais chances de serem mais sadias, inclusive no que se refere ao quociente de inteligência. Mas isso não significa que crianças alimentadas com outros leites não possam ser sadias e inteligentes também.

QUAIS AS CAUSAS QUE IMPEDEM CERTAS MULHERES DE AMAMENTAR?

As causas são variadas e complexas. Muitas estão relacionadas ao corpo e ao psiquismo das mães. Outras à prematuridade e ao comportamento das crianças. Outras ainda estão ligadas às circunstâncias que cercam a maternidade e a amamentação ou à ação dos médicos e dos outros profissionais da área de saúde que assistem ao binômio mãe-filho. Algumas vezes é possível definir uma causa predominante que interfere intensamente e até impede a alimentação bem-sucedida ao peito. Mas, na maioria, não é possível identificar um fator decisivo. É possível que o analista arguto, que além de avaliar as questões físicas analisa o comportamento das mães, dos familiares e até das crianças, e mais alguns fatores intervenientes, possa apontar um conjunto complexo de mecanismos que não favore-

cem ou mesmo impedem a amamentação. Cada caso é um caso. A problemática que atrapalha a amamentação é diferente nas diferentes famílias. E na mesma família a problemática observada na amamentação do primeiro filho pode não se repetir no segundo.

MAS AS MÃES SÃO O FATOR MAIS IMPORTANTE, NÃO É MESMO?

As mães motivadas, preparadas e apoiadas são um dos pilares mais importantes no processo. Mas repetimos que as crianças, os pais, os outros familiares, as enfermeiras, os pediatras, as enfermeiras contratadas para ajudar a cuidar dos bebês no domicílio e as babás também são peças importantes e podem auxiliar, mas também podem atrapalhar o processo da amamentação. É importante destacar que quando concordamos que as mães são um dos pilares mais importantes estamos nos referindo a seres que devem ser respeitas, têm peculiaridades próprias, características anatômicas especiais, cujos valores e objetivos têm que ser considerados e preservados. Quando elas se propõem a amamentar os filhos não têm a certeza de que tudo irá às mil maravilhas. Então, dificuldades existem. E existem mulheres que não conseguem amamentar. Em todos esses casos, a ajuda de profissional especializado é fator fundamental para o sucesso do aleitamento materno.

A INDÚSTRIA DE ALIMENTOS TAMBÉM ATRAPALHA?

O conhecimento científico permitiu que a indústria desenvolvesse produtos usados na alimentação infantil. Esses produtos nada têm em comum com o leite materno, mas, em situações específicas, podem ser usados como substitutos quando há alguma contraindicação para o aleitamento materno —problemas da mama puerperal que não tiveram adequado manejo e/ou a mulher decidiu por não amamentar. O sucesso desses alimentos ultraprocessados, há décadas, é muito grande. Esse sucesso tem sido conseguido por poderosas campanhas de marketing, muitas vezes abusivas, e que em inúmeras ocasiões ferrem a lei brasileira. Essas propagandas são monitoradas pela Norma Brasileira de Comercialização de Alimentos Infantis, Bicos, Chupetas e Mamadeiras (NBCAL) que muito tem contribuído para a proteção do aleitamento materno e para coibir excessos. Então, a disponibilidade de fórmulas e alimentos infantis, bicos, chupetas e mamadeiras para lactentes e crianças pequenas e a propaganda maciça são um terrível inimigo a ser enfrentado pelos que defendem a amamentação. Há abundantes trabalhos científicos que demonstram o papel fundamental do leite materno na prevenção de doenças do adulto que têm raízes na infância. O diabetes, a obesidade, as alterações do colesterol e das outras gorduras do sangue e a hipertensão arterial são exemplos marcantes. A dedicação exclusiva que a amamentação impõe às mulheres no início da amamentação neste mundo de respostas imediatas e multitarefa, além da dificuldade que têm nos seus empregos, a maioria com licença maternidade de 120 dias, com a orientação de aleita-

mento materno exclusivo de 180 dias, por exemplo, são outros dos muitos obstáculos a serem transpostos. Há direitos específicos da mulher trabalhadora que amamenta que devem ser difundidos e conhecidos por todos. O Brasil tem uma das melhores políticas para a mulher trabalhadora que amamenta com emprego formal, entretanto uma grande parcela não está protegida pela Lei por trabalhar informalmente. Muitos outros fatores, principalmente os atribuídos ao marketing das companhias de alimentos infantis, têm contribuído para que o uso de fórmula infantil, bicos, chupetas e mamadeiras tenham um lugar desproporcional à sua real indicação para recém-nascidos, lactentes e crianças pequenas em todo o mundo. No Brasil a história da luta contra a propaganda abusiva dos produtos que constam na NBCAL se iniciou com a visão de futuro e o protagonismo do Prof. Fernando Figueira, fundador do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira — IMIP, que em 1974, então Secretário de Saúde de Pernambuco, baixou uma portaria que proibia a distribuição de latas de leite e mamadeiras nas maternidades do Estado. Esse ato de proteção ao aleitamento materno aconteceu sete anos antes da Organização Mundial de Saúde ter assinado o Código Internacional de Comercialização de Substitutos de Leite Materno, em 1981.

QUANDO NÃO HAVIA LEITES ARTIFICIAIS AS MÃES AMAMENTAVAM MAIS?

É claro que sim. Mas não se pode atribuir que o desprestígio observado na atual prática da amamentação seja decorrente apenas desse fator. Já citamos o grande papel do marketing das indústrias de alimentos infantis. Entretanto, o imediatismo dos tempos modernos também tem um importante papel no declínio do aleitamento materno, pois impõe um ritmo muito dinâmico à vida e dificulta a instalação e a manutenção da amamentação que, como processo biológico, é lento, gradual, e necessita tempo para adaptação e ajuste. Podemos ainda citar o trabalho das mães fora do domicílio como algo que impacta na amamentação

É COMPLICADO, NÃO É?

A interpretação dos fenômenos biológicos é sempre complicada. Sobretudo é mais difícil interpretá-los quando estão envolvidos os fatores psicológicos. Mais complexo ainda fica o entendimento das variáveis mercadológicas — a desleal competição entre as fórmulas infantis e a amamentação — que participam do jogo. Para algumas duplas, mãe-filho, a amamentação é natural, simples, sem dificuldades. Logo que os bebês nascem eles vão ao peito, abocanham o mamilo, e as duplas, como velhos mestres, tocam a vida, sem atropelos, sem dúvidas. Para outras duplas, embora tudo parecesse bem desenhado — mães preparadas, mamilos maravilhosos, psiquismo aparentemente legal — o processo é sofrido, difícil, doloroso, complexo. Entre a primeira e a segunda situação há uma série enorme de graus de dificuldades superáveis com apoio, amor, paciência, orientação técnica adequada e, em algumas ocasiões, muita perseverança, luta e desprendimento.

E AS INFECÇÕES?

Solicitamos que leiam o relato Aleitamento materno, na versão impressa deste livro, para ter informações sobre as infecções, sobre os medicamentos e sobre outros aspectos que podem interferir com o aleitamento materno, como as cirurgias plásticas mamárias redutoras com grande retirada de tecido mamário.

OS PEDIATRAS, OBSTETRAS, ENFERMEIROS, ODONTOPEDIATRAS, FONOAUDIÓLOGOS E OUTROS PROFISSIONAIS COM TREINAMENTO EM MANEJO DA AMAMENTAÇÃO SÃO IMPORTANTES PARA TENTAR PRESERVAR O ALEITAMENTO MATERNO?

Sem dúvida. Todos os profissionais da área de saúde — desde o pré-natal até a maternidade — têm que ser devidamente preparados para orientar tecnicamente, promover, proteger e apoiar ao aleitamento materno para que as mães e filhos consigam ter uma boa experiência com a amamentação. Mas, do mesmo modo que ajudam, podem dificultar ao prestar informações equivocadas, ao não apoiar adequadamente nos primeiros dias de adaptação. Evidentemente tudo isso pode ser decisivo para o sucesso do aleitamento materno.

EU FIQUEI APAVORADA COM A IDEIA DE DAR OUTRO LEITE A MEU FILHO!

Esse sentimento é comum. A amamentação é tão natural, tão maravilhosa e integra tanto a dupla mãe-filho que muitas mulheres se sentem tristes, frustradas, decepcionadas, deprimidas, inferiorizadas. É papel do pediatra e de todos os profissionais que assistem a puérpera ajudar àquelas que não podem, não conseguem, ou mesmo não querem, verdadeira e conscientemente, amamentar. É preciso cuidado extremo para não estigmatizarmos crianças que não foram amamentadas e mulheres que não amamentaram. Evitar com nossas ações e postura o sentimento de culpa, respeitar, apoiar e sempre se dispor a ajudá-las a manter uma boa relação com seus filhos é o principal.

E O QUE AS MÃES QUE NÃO CONSEGUEM AMAMENTAR DEVEM FAZER?

A indústria produz opções direcionadas ao recém-nascido e lactente. Há também as direcionadas para crianças com algumas necessidades especiais que, infelizmente, por alguma razão, não mamam no peito. Citaremos como exemplo as fórmulas infantis prescritas para crianças que desenvolveram alergia à proteína do leite de vaca. Porém, é de grande importância informar a todos que manuseiam as fórmulas, utensílios e água usada, da necessidade de assepsia rigorosa, da esterilização dos utensílios, fervura da água, assim como do seguimento das orientações quanto à diluição destes produtos. O sistema digestivo dos recém-nascidos e de lactentes poderá passar por um período de adaptação com algumas dificuldades como: flatulência, distensão ab-

dominal, constipação e/ou diarreia. Consulte sempre o pediatra caso haja dúvidas ou apareça algum sintoma descrito acima ou qualquer outro. Recomendaremos a leitura dos capítulos, deste livro que tratam da alimentação no primeiro ano de vida.

E OS ASPECTOS EMOCIONAIS?

As mães que se envolvem com a esterilização, com o preparo do alimento e com a oferta da mamadeira, se envolvem emocionalmente mais com os filhos. Muitas das ofertas afetivas da amamentação poderão ser conseguidas se as mães ao oferecerem a fórmula infantil, tocarem seus filhos, permitirem um contato corporal bem íntimo, olharem nos olhos das crianças, acariciarem, conversarem ao longo da alimentação e demonstrarem carinho e interesse. Desse modo, as necessidades psíquicas são supridas e as carências pela falta da amamentação são minimizadas.

MENSAGENS PARA A MÃE QUE NÃO CONSEGUIU AMAMENTAR

> "Quando minha filha nasceu, eu tinha certeza de que tudo o que mais queria era amamentá-la. Ser mãe fazia parte dos meus projetos desde o tempo em que ainda brincava de bonecas. Só que não bastava ser mãe: era preciso ser uma boa mãe, capaz de todas as doações necessárias à total felicidade do bebê.
>
> Recebi minha filha, para juntas exercitamos a nossa vivência no mundo: a minha, de mãe e a dela, de um ser que em tudo dependeria de mim. A primeira regra básica era, sem dúvida, a amamentação.
>
> O pediatra era enfático: 'peito 24 horas... toda vez que chorar, peito'. Entretanto, o meu leite não chegava (nem chegou) e, enquanto minha filha chorava de fome, eu chorava de angústia.
>
> Comprometida com a felicidade dela, que deveria ser total, qualquer sintoma que indicasse o contrário, além de me ser terrivelmente frustrante, deixava-me com uma dolorosa sensação de impotência. O que fazer? Buscava o pediatra que, na distância do seu consultório, era breve e lacônico no telefone e, repetindo sempre as mesmas palavras: 'Nada de mamadeira, só peito'.
>
> A essas alturas, eu me angustiava com a minha filha e também com a espécie de mãe que estava sendo: se amamentar deveria constituir o ápice da vida de toda mulher, o sublime momento da relação mãe-filho, o que é que se passava no meu corpo ou na minha mente que me impedia de responder a esse modelo?
>
> O momento exigia mais do que questionamento, exigia atitudes. Eu precisava fazer alguma coisa por nós duas. Desobedeci ao pediatra e alimentei minha filha com a mamadeira.

> E, contraditoriamente, após todo o sufoco dos primeiros dias, eu experimentava, enfim, os prazeres da maternidade. Pude, então, ter minha filha aconchegada ao colo, dormindo tranquilamente ou, então, simplesmente contemplá-la saciada, deslumbrando-me com a beleza da minha 'cria'.
>
> Eu tinha consciência de que, certamente, aquele não era o melhor caminho, mas era o caminho possível; o meu próprio caminho, enfim.
>
> A alimentação com a mamadeira não me criou muitos problemas. Cuidava eu mesma tanto de prepará-la como de esterilizá-la. Cada vez que minha filha tomava toda a quantidade oferecida, eu aumentava um pouco a próxima mamada.
>
> Por volta dos 3 meses, foram introduzidos os suquinhos. O pediatra, já convencido da minha impossibilidade, orientava a alimentação dela com sugestões do que poderia ser oferecido.
>
> O meu segundo filho também foi alimentado com mamadeira. Mais uma vez, os fatos se repetiram.
>
> Hoje, a avaliação que faço dos meus filhos é que eles são como todos os outros, amamentados ou não! Têm as mesmas tosses, as mesmas capacidades e as mesmas dificuldades.
>
> Compreendi, também, que ser mãe é um processo que se aprende e se redefine a cada dia e do qual falhas e limites também fazem parte. A amamentação é, sem dúvida, muito importante, mas não esgota esse processo, pois carinho e amor precisam ser exercitados continuamente!"

OBS: O depoimento foi escrito em 1989 e, por essa razão, está citado o uso dos sucos de frutas aos 3 meses de idade, o que era a prática alimentar na criança novinha, naquela época.

> "Como mãe, talvez a principal lição aprendida até agora é que tem sido difícil sustentar todas as minhas convicções que mudam quando a realidade muda. Se não deu para amamentar exclusivamente no peito até 6 meses por um conjunto de razões, se foi o caso de ceder e deixar usar chupeta (controladamente), etc., não devo me sentir fracassada. Cada mãe cada uma, cada filho cada um."

Os depoimentos ajudam a aliviar o sentimento de culpa da mulher que não pode, não conseguiu ou não quer dar o peito. Lembramos apenas, que além de reconhecer a importância do leite materno, comprovada cientificamente, os profissionais da saúde podem ajudar a entender e a sanar ou amenizar muitas das dificuldades surgidas na amamentação.

Como são relatos de situações vividas há alguns anos, divulgados na primeira edição do Conversando com o pediatra, provavelmente as senhoras e seus filhos podem não ter tido a assistência ideal para solucionar os problemas relacionados à mama puerperal. Como sempre temos feito, repetimos que as orientações que o capítulo oferece, não substituem a orientação médica individualizada. Consultem os pediatras!

18.3 MAMADEIRA: ESTERILIZAÇÃO E ASSUNTOS CORRELATOS

Cristiana Almeida de Menezes
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

É assunto habitualmente negligenciado pelos cuidadores e pelo pessoal da saúde e até pelos pediatras. É tema de grande importância prática. A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa) tem demonstrado interesse pela matéria e quem tiver interesse especial deve consultar as recomendações desse órgão público.

É OBRIGATÓRIO O USO DA MAMADEIRA?

Não:

1. Nos recém-nascidos: o ideal é que as crianças novinhas conheçam apenas as mamas maternas e, quando for preciso, é preferível usar copinho ou seringa. É fantástico verificar como as criancinhas desse grupo etário podem ser nutridas sem a mamadeira. Mas a mamadeira auxilia, sem dúvidas.
2. Nas crianças das outras idades: as que mamaram só no peito, após os 6 meses, devem ser estimuladas a usar o copinho e a colherzinha. A mamadeira é desnecessária e mais prejudicial do que benéfica. Isso favorece o contato com uma ampla variedade de alimentos (frutas, grãos, carnes, legumes e verduras), enquanto a mamadeira limita as experiências alimentares e prende as crianças ao leite.

EXISTEM CRIANÇAS QUE NÃO ACEITAM A MAMADEIRA?

Alguns espertinhos não aceitam nada que se pareça com o peito materno. Aceitam o copinho e a colher, mas não o bico da mamadeira. E isso tem que ser respeitado e estimulado. Mas a mamadeira é bem aceita e prática para dar alimentos líquidos — leite, água, sucos — mas não é insubstituível. Aliás, é facilmente substituível.

AS MAMADEIRAS DE VIDRO SÃO MELHORES QUE AS DE PLÁSTICO?

O bisfenol A (BPA) de alguns plásticos migra para os alimentos quando aquecido. Pesquisas associaram essa substância a maior incidência de problemas cardíacos, hepáticos, neurológicos, endocrinológicos (diabetes) em recém-nascidos e em crianças maiores. O BPA é responsável pelo crescimento de células cancerígenas, redução do esperma e outros problemas ligados às células reprodutivas. Também está associado à puberdade precoce. Em vários locais do mundo desenvolvido, os produtos com BPA estão sendo proibidos, sobretudo em mamadeiras, copos e embalagens de comida para crianças de até 3 anos. Em setembro de 2011, a Anvisa proibiu a produção e a comercialização de mamadeiras contendo o bisfenol (BPA). O ideal é que as mamadeiras e os outros recipientes usados na alimentação das crianças sejam de vidro. Para evitar que as mamadeiras se quebrem, existem capas protetoras. Para mais detalhes sobre o BPA, acesse o endereço eletrônico: https://www.gov.br/anvisa/pt-br/setorregulado/regularizacao/alimentos/bisfenol-a.

COMO DEVE SER O FURO DO BICO DA MAMADEIRA?

Hoje a maior parte dos bicos vem furada. Isso é importante, pois um dos erros é usar bicos com furos muito pequenos ou muito grandes. Os furos dos bicos devem permitir o fluxo de cerca de 20 gotas por minuto. O gotejamento muito lento ou muito rápido não é desejável. Para o leite puro, os furos têm que ser menores. Para o leite misturado a uma fruta, por exemplo, os furos têm que ser maiores. Os fabricantes oferecem bicos com diferentes tipos de furos. Existe legislação específica sobre o tema que pode ser vista no site da Anvisa. Os bicos de silicone são os preferidos. Os de látex podem induzir reações alérgicas. Os bicos não devem ser usados por mais de três meses. É importante ler as instruções dos fabricantes sobre a validade de cada produto.

COMO OFERECER A MAMADEIRA?

A mamadeira deve ser ofertada com inclinação que permita que o bico fique completamente cheio de leite. Isso é para evitar que as crianças engulam ar, o que pode favorecer o surgimento das golfadas. As pessoas que oferecem a mamadeira devem olhar diretamente para a face das crianças. Ao primeiro sinal de saciedade, devem suspender a oferta do alimento. Dar a mamadeira olhando para a novela ou o celular não é recomendável. Tentar empurrar goela a baixo os 10 ou 20 mL de leite que ainda existem também é erro grosseiro.

DAR O ALIMENTO COM A MAMADEIRA É MAIS FÁCIL DO QUE DAR COM A COLHER?

A força do tradicional, dar a mamadeira, cria dificuldades até em pensar nos outros métodos de alimentar as crianças. Talvez a alimentação de uma criança novinha com colher ou copinho exija mais trabalho, mais atenção, mais tempo. É mais fácil

prestar atenção na telinha se o alimento está sendo dado com a mamadeira. Mas vencidas as primeiras experiências de ajustes, o fornecimento da comida sem mamadeira é realizado sem obstáculos. E o alimentar com colher e copinho permite uma interação maior entre quem dá e quem toma o alimento.

ALGUMAS CRIANÇAS FICAM VICIADAS NA MAMADEIRA!

É comum observar crianças de 4, 5, 6 ou mais anos tomando alimento na mamadeira. Provavelmente, foram alimentadas exclusivamente com esse método. Isso não é bom, pois pode produzir problemas dentários e de outra natureza. O uso da mamadeira deve ser desestimulado logo após o primeiro ano de vida. Significa deixar a meninada tocar nos alimentos e levar à boca. Significa dar alimento com a colher, com o copinho e com o canudinho. É valioso mostrar que é legal comer como a mamãe e o papai fazem e que o amigo come de colherzinha. Nada de postura agressiva, autoritária. Essas atitudes podem fazer com que a mamadeira seja o símbolo da resistência pela autonomia. Tem que ser com sutileza, sem prazo.

PODEMOS DAR A MAMADEIRA COM AS CRIANÇAS DEITADAS?

Não, sobretudo se elas estiverem dormindo. A mamadeira deve ser dada às crianças acordadas, quando demonstrarem sinais de fome, no colo, em uma posição semissentada. Isso evita que elas engulam ar. As crianças que tomam a mamadeira na posição deitada podem ter: maior ocorrência de golfadas, grave tipo de cárie, inflamação do ouvido e pneumonia por aspiração de leite, obesidade e dificuldades emocionais, além de dificuldades em estabelecer uma relação prazerosa com a alimentação. O ato de comer é voluntário, consciente e deve ser um ato de prazer. Dar alimento à criança que está dormindo é superproteção e revela preocupação excessiva, desnecessária, indesejável. Para as crianças que foram acostumadas a comer dormindo, tentem o seguinte:

- Nas de menos de 3 ou 4 anos, é possível reduzir a quantidade de leite à noite, por exemplo, 5 –10 mL em cada mamadeira a cada dois ou três dias. É possível diminuir a quantidade do pó do leite. Exemplo: tirar ½ concha do leite a cada cinco dias até que a mamadeira contenha apenas água.
- Nas que tem mais de 4 ou 5 anos, falar sobre a importância de não ingerir alimentos à noite, deem exemplos de crianças que não comem dormindo e falem com o pediatra. Para as rebeldes coloquem o leite no quarto, num copo, e digam que aquelas que desejarem acordem e tomem.

A MAMADEIRA AUMENTA O RISCO DE OBESIDADE?

Sim, isso é verdade. Existe capítulo sobre o tema obesidade.

QUAIS OS OUTROS PROBLEMAS CAUSADOS PELA MAMADEIRA?

Há vários problemas aceitos como malefícios produzidos pela mamadeira: infecções intestinais, redução das experiências alimentares, problemas dentários, constipação intestinal, problemas das vias aéreas superiores, pneumonias, refluxo gastroesofágico e dificuldades emocionais.

QUAL O MELHOR TIPO DE MAMADEIRA?

A Anvisa fornece informações sobre mamadeira, bico, chupeta e protetor de mamilo que esclarecerão várias dúvidas sobre os temas. Vocês devem comprar produtos de boa qualidade. Existem vários. Os bicos que já vem com o orifício são os melhores e alguns são ortodônticos. Orifícios muito grandes ou muito pequenos aumentam a deglutição de ar e produzem cólicas. Também aumentam o risco de o alimento ir para a árvore respiratória, além de cansar e irritar o bebê. É evidente que quanto mais espesso, "grosso", for o alimento, maior deve ser o orifício. Bebês prematuros e com doenças especiais (palato fendido e fissura labial) precisam de bicos especiais. Veja isso com o médico. O bico tem vida útil. Substitua-o ao menor sinal de deterioração.

E AS MAMADEIRAS MODERNAS QUE ARMAZEMAM O PÓ E A ÁGUA EM RECIPIENTES SEPARADOS QUE SÃO MISTURADOS NA HORA DE ALIMENTAR A CRIANÇA?

Quando vocês forem sair com as crianças que tomam leite na mamadeira, o ideal é levar o alimento já pronto, esterilizado. As mamadeiras devem ser mantidas refrigeradas, em recipiente térmico, com bolsa gelada ou gelo. Na hora de oferecer, basta amornar o leite. Esses utensílios modernos em que o leite em pó e a água estão separados na mesma mamadeira devem ser usados após os 6 meses de idade. A preocupação é com a higienização que pode ser falha. O emprego do potinho para a guarda do leite em pó que será usado também facilita a vida da mãe. O pó é misturado à água fervida e o leite está pronto.

E AS ANTICÓLICAS E ANTIRREFLUXO?

A indústria está sempre tentando encontrar mecanismos de diferenciar seus produtos para vender mais. Algumas mamadeiras "modernas" pretendem evitar as cólicas, reduzir as golfadas e mesmo tratar o refluxo gastroesofágico. Na verdade, o que essas mamadeiras conseguem é manter o bico cheio de leite e evitar que as crianças deglutam ar. Isso é conseguido com as mamadeiras clássicas, antigas. É só ter o cuidado de oferecer o leite com a mamadeira inclinada de tal modo que o bico esteja sempre cheio de leite. Os pediatras indicam as mamadeiras antirrefluxo e anticólica como placebo para acalmar as mães.

COMO DEVE SER FEITA A HIGIENE DA MAMADEIRA?

É o aspecto mais importante dessa apresentação. A higiene adequada do leite dado por mamadeira, da própria mamadeira e do bico salva vidas. Evita as diarreias infecciosas que podem ser letais. Portanto, a esterilização adequada das mamadeiras, bicos e demais utensílios usados e o preparo correto do alimento minimiza esse risco.

Existem duas estratégias para a limpeza e a esterilização da mamadeira e do bico e o preparo do leite: preparo uma a uma e preparo de duas ou mais mamadeiras ao mesmo tempo.

COMO É O PREPARO UMA A UMA?

É a prática adotada rotineiramente e oferece desvantagens. É o método mais difícil de ser padronizado por usualmente envolver várias pessoas. Facilita a ocorrência de erros na diluição do leite, favorece a contaminação bacteriana do alimento e é mais trabalhoso, pois envolve a repetição 6-8 vezes ao dia. É praticado até em horas noturnas em que o sono impede a obediência às regras da correta assepsia. É mais caro e predispõe a maior número de acidentes que ocorrem nas atividades que envolvem trabalho na cozinha.

A Anvisa assim recomenda: "lave a mamadeira em água corrente, encha uma bacia com água morna (30°C) e pingue algumas gotas de detergente; misture; coloque a mamadeira e aguarde 10 minutos; depois, esfregue-a com uma escovinha própria, nunca use a esponja da cozinha, a menos que seja nova; enxague e ferva por 3 minutos", (set. de 2020).

Maior segurança será conseguida colocando todo o material, após execução das tarefas antes citadas, em recipiente de plástico, durante 1 hora, numa solução com água suficiente para cobrir tudo, duas colheres de sopa de água sanitária e duas colheres de sopa de bicarbonato de sódio. Depois disso, deve-se lavar tudo com água limpa corrente.

QUAIS CUIDADOS AO MISTURAR O LEITE EM PÓ COM A ÁGUA?

O leite em pó deve estar guardado em recipiente hermeticamente fechado e a água deve ser de boa qualidade e fervida. Pode ser usada a fervura em panela, em micro-ondas ou com aquecedor elétrico.

COMO É O PREPARO DE VÁRIAS MAMADEIRAS AO MESMO TEMPO?

Essa prática possibilita a esterilização de várias mamadeiras, de bicos e dos outros utensílios, ao mesmo tempo. O preparo do leite de forma mais metódica por uma única pessoa e evita muitos dos erros antes citados quando se prepara cada mamadeira isoladamente. A prática de limpar cada mamadeira, como a sugerida pela Anvisa, é aplicada aqui.

COMO FAZER ESSA ESTERILIZAÇÃO DE VÁRIAS MAMADEIRAS E O PREPARO DO LEITE?

Vejam como é prático e valioso que essa rotina seja aprendida e praticada por uma única pessoa, facilitando o cumprimento do ritual repetidamente. Quando possível a cozinha deve ficar isolada para o cumprimento da rotina. Não deve ser usada ao mesmo tempo para as outras tarefas da casa.

- Lavar bem todas as mamadeiras e outros utensílios anexos e então estocar numa caixa plástica.
- Ferver (10 min) tudo numa panela comum ou numa que tem grade interna para as mamadeiras (nesta última panela, as mamadeiras fervem de boca para baixo).
- Deixar esfriar um pouco e preparar o leite diretamente nas mamadeiras — é útil uma pinça nesta fase para o manuseio das mamadeiras e outros utensílios.
- Adaptar os bicos e fechar as mamadeiras, ferver (20 min) as mamadeiras em banho maria com os bicos para cima.
- Deixar esfriar e guardar na porta do refrigerador. Aquecer em banho-maria (aquecedor elétrico de mamadeira) e oferecer.
- Respeitar cuidados básicos: mãos lavadas, água fervida para o preparo do leite, não processar outros alimentos ao mesmo tempo. Algumas mamadeiras não permitem essa fervura.
- Preparar (4 a 8) mamadeiras para uso por 12 horas ou 24 horas.

E COMO GUARDAR AS MAMADEIRAS PRONTAS?

O alimento assim preparado é estocado no refrigerador. Quando necessário é rapidamente aquecido e oferecido à criança.

ESSA ESTERILIZAÇÃO NÃO ALTERA OS ALIMENTOS?

Vejam o que informam os pesquisadores Salles, Fiates, Liberatore e Jorge que estudaram o assunto: “o método de esterilização terminal em banho-maria é eficaz e garante um alimento seguro do ponto de vista microbiológico e adequado nutricionalmente”. Eles pesquisaram e verificaram que o leite assim esterilizado fica isento de bactérias, livre do risco de produzir infecções, e não sofre mudanças no valor nutritivo.

POR QUANTOS MESES DEVEMOS FAZER ESSA ESTERILIZAÇÃO RIGOROSA?

Após os 6 meses de idade, quando a criança tem contato com o chão e leva tudo à boca, a esterilização passa a ser menos rigorosa. Aos 9 ou 12 meses de idade, aconselha-se que os utensílios da alimentação sejam cuidadosamente lavados e que o

preparo e o manuseio dos alimentos sejam feitos com normas adequadas de higiene. Como são feitos para o adulto.

PODEMOS FERVER O LEITE DE SOJA DESSE JEITO?

É possível usar o método para o leite de vaca ou de soja, sem acréscimos, como para o leite adicionado de farinhas de aveia, de milho ou de arroz. Os sucos não devem ser fervidos. Devem ser colocados em mamadeiras esterilizadas pela fervura. As sopinhas são introduzidas na alimentação lá pelos 6 meses de idade. Portanto, numa idade em que a esterilização terminal já não é tão importante. A esterilização terminal é indicada para os alimentos preparados para serem dados várias vezes ao dia e o leite é o melhor exemplo. A sopinha é dada apenas uma vez e é pouco prático usar essa esterilização para esse alimento.

COMO FAZER A ESTERILIZAÇÃO DA ÁGUA QUE A CRIANÇA BEBE?

A água deve ser fervida por 10 minutos. Mais uma vez, é destacada a amamentação ao peito materno e lembrado que as crianças que mamam na mãe não precisam de suplementação de água.

PODEMOS USAR OS ESTERILIZADORES DE MICRO-ONDAS?

Não existem comprovações científicas que proíbam o aquecimento com o micro-ondas para processar os alimentos das crianças ou dos adultos. Há muita celeuma sobre o tema, embora os defensores de uma postura mais natural defendam a fervura no fogão como o método ideal para esterilizar os alimentos das crianças. Assim, embora defendamos a fervura no fogão, não é possível informar que o emprego da fervura da água e da esterilização no micro-ondas seja maléfico. A alternativa de usar alguns esterilizadores elétricos também é válida. Mas veja que a técnica da esterilização terminal, como ensinada, é para a fervura da água usando o fogão doméstico.

E O MÉTODO "MILTON"?

O cloro é o agente esterilizante da solução de Milton que foi extensivamente empregada décadas atrás para a esterilização das mamadeiras. Atualmente, é pouco usado. Ainda há defensores do uso desse método e o texto abaixo encontrado na internet oferece informações gerais:

PRODUTO PARA DESINFECÇÃO DE MAMADEIRAS, CHUPETAS E UTENSÍLIOS INFANTIS

1 pastilha para 1 litro de água — 15 minutos — sem fervura, sem enxágue e sem complicação! Elimina o vírus da Covid-19.

Todos os utensílios que entram em contato com os bebês devem ser corretamente higienizados com frequência. Assim sendo, mamadeiras, chupetas, bombas tira-leite, potes, garrafas, copos, talheres, assim como mordedores e brinquedinhos devem ser submetidos a um processo de higienização.

O método de desinfecção à frio utilizando as pastilhas efervescentes Milton elimina bactérias e vírus testados, dispensa a fervura e oferece muitas vantagens em relação aos métodos convencionais:

Outras vantagens: ideal para viagens e passeios, uma solução pode ser usada por 24 horas. Elimina o risco de derretimento e desgaste dos utensílios. Mais seguro, evitando queimaduras.

Modo de Usar: lave os utensílios em água corrente para remoção dos resíduos; prepare a solução com 1 pastilha de Milton para cada 1 litro de água; não usar recipiente metálico; mergulhe os utensílios na solução de forma que fiquem submersos e aguarde 15 minutos; retire e deixe escorrer a solução — não precisa enxaguar.

Princípio ativo: Dicloroisocianurato de sódio - 40,8% de cloro ativo.

POSSO GUARDAR O LEITE QUE SOBRA E USAR POSTERIORMENTE?

Não. O leite que sobra, após tomada uma parte, não deve ser guardado para o uso posterior. Deve ser desprezado ou usado para outra finalidade, como fazer uma vitamina de frutas para dar para o filho maior.

18.3.1 DEPOIMENTOS DE CUIDADORES

> “Reforçando aos pais a não necessidade do uso da mamadeira. Estou passando por isso em casa, porque meu pai insiste que comida de criança é dada na mamadeira e não em prato, colher e copo, porque elas se lambuzam muito e porque, na minha época de criança, eu só comia na mamadeira. Outra ‘peitica’ que tenho em casa é ficar dizendo que minha filha não tem de tomar mingau para ficar forte, quando a menina está comendo de tudo. Isso é um pensamento de 20/30 anos atrás que ainda continua na cabeça de muita gente. A esterilização terminal é aprendida com a rotina. Quem dá de mamar não passa por nada disso.”

> “Não imaginava que o plástico poderia ser tão nocivo, pois vemos em todos os lugares, com todas as pessoas esse tipo de mamadeira, e nem sabia que existia a de vidro. Fiquei um pouco assustada, pois um dos meus filhos usa a mamadeira e por enquanto me parece que não é possível tirar.”

> "Entrei em pânico quando fiz essa esterilização de várias pela primeira vez. Minha bebê tinha apenas duas semanas e não tomava uma quantidade certa de leite. Algumas vezes, ela pedia 20 mL, outras vezes 30 mL e outras 40mL. Isso de hora em hora. Eu possuía um arsenal de mamadeiras, de três modelos diferentes. Quando fui pôr em prática a técnica da esterilização de várias mamadeiras surgiram dois obstáculos: um, não consegui encontrar o aquecedor de mamadeiras nas lojas da minha cidade e tive que recorrer à internet; e dois, algumas mamadeiras, que possuíam um sistema de rosca na base, vazaram todo o leite. Por outro lado, como optei por preparar todas as mamadeiras com 60 mL, achei que estava havendo muito desperdício de leite, pois minha bebê não tomava tudo. No entanto, ultrapassada essa fase inicial de adaptação, tudo foi se ajustando e a esterilização entrou no cotidiano."

A consulta médica é essencial e insubstituível.

18.4 ALIMENTOS DISTINTOS DO LEITE MATERNO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA

Carlos Gonçalves de Oliveira
Christiana Meireles
Cristiana Almeida de Menezes
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

18.4.1 COMPLEMENTAÇÃO ALIMENTAR ANTES DO SEXTO MÊS PARA AS CRIANÇAS QUE MAMAM AO PEITO

COMO AGIR SE A MÃE TEM LEITE E TRABALHA FORA DE CASA?

Alguns conselhos:

- O leite materno desmamado, dado de colher ou copinho, é a primeira alternativa. Ver o capítulo Amamentação para mais detalhes. Nos finais de semana e feriados, o correto é dar exclusivamente o peito.
- Se não for possível a primeira alternativa, é correto usar um dos produtos derivados do leite de vaca, as fórmulas lácteas para bebês. Essa fórmula deve ser oferecida após a mamada, na menor quantidade possível e, idealmente, com colher ou copinho.

E QUANDO O LEITE MATERNO É INSUFICIENTE LOGO NO INÍCIO DA VIDA DO BEBÊ?

Se, além do leite humano, há necessidade de dar outros alimentos, o correto é complementar com uma das fórmulas industrializadas apropriados para o grupo etário.

DETALHEM MAIS ESSA ALIMENTAÇÃO COMPLEMENTAR!

Cada caso é um caso. A alimentação das crianças quando as mães se ausentam da casa por quatro horas por dia é diferente da alimentação daquelas cujas mães se ausentam por oito horas por dia. A opção rotineira é o uso de fórmulas alimentares para bebês. E a questão central é tentar não usar a mamadeira. Dar de copinho ou de colher. Há pediatras que indicam sucos e papas de frutas e de legumes antes dos 6 meses. Outros indicam a partir do sexto mês. Deve então ser montado um programa individualizado com a ajuda do pediatra.

QUAIS MUDANÇAS OCORREM QUANDO INICIAMOS OUTROS ALIMENTOS?

As crianças exigem mais o peito da mãe à noite. Talvez para suprir a necessidade afetiva. Como os outros alimentos são de digestibilidade mais difícil, há um espaçamento maior entre uma refeição e outra. A cor, a consistência, o odor das fezes e o número das evacuações também mudam. As evacuações ficam menos numerosas e pode começar a constipação intestinal. É possível notar maior pigmentação na urina. Mas, sem dúvida, o mais importante, é que o ganho mensal de peso, de forma geral, passa a ser maior. Isso não é bom.

COMO MONITORAR SE TUDO VAI BEM COM ESSA NOVA ALIMENTAÇÃO?

Esse é o aspecto principal. As visitas pediátricas rotineiras respondem a essa dúvida. Os desvios do peso no gráfico de crescimento devem ser monitorados como também as manifestações de intolerância e/ou alergia ao alimento artificial. Muita atenção, sobretudo, ao excesso de peso.

18.4.2 ALIMENTAÇÃO EXCLUSIVA COM ALIMENTOS DISTINTOS DO LEITE MATERNO ANTES DO SEXTO MÊS DE VIDA

O QUE É MELHOR PARA O BEBÊ QUE NÃO PODE MAMAR NO PEITO?

No mundo, estão amplamente disponíveis as fórmulas lácteas para bebês derivadas do leite de vaca. As fórmulas com a proteína da soja são uma alternativa válida. Como norma geral, todo produto deve ser adaptado às necessidades nutricionais, peculiaridades digestivas, características do metabolismo e singularidades do funcionamento do corpo das crianças novinhas.

OS LEITES DE OUTROS ANIMAIS CRIAM OS NOSSOS FILHOS COM SAÚDE?

Como o leite materno, não. O leite de vaca é adequado para o bezerro. Para vocês terem ideia das diferenças, a proteína do leite de vaca é quase três vezes mais pesada do que a do leite humano. Além disso, a qualidade das duas é muito diferente. As crianças novinhas não conseguem digerir bem a proteína do leite da vaca. Por isso, nos primeiros meses de vida, quando for imperioso usar o leite que vem direto da vaca ou do saquinho, são usados os artifícios de diluir, de ferver por bom tempo os aludidos produtos. Mesmo assim, é enorme a chance de acontecer alergia, diarreia, vômito e outros problemas. Além disso, quando o preparo é errado, com muita água ou excesso de farináceos, podem ocorrer carências principalmente proteicas com riscos de diarreia e desnutrição. Essas manipulações não são possíveis com o leite humano. Mais um ponto para ele.

EXISTEM FÓRMULAS MAIS ADEQUADOS PARA OS BEBEZINHOS?

Existem. São as chamadas fórmulas lácteas modificadas para tentar imitar o leite humano. Elas são basicamente derivadas do leite de vaca. No processo de industrialização, as proteínas são selecionadas e alteradas, tornando-se mais "leves" e fáceis de serem digeridas. Além disso, são adicionados vitaminas e alguns minerais importantes como o ferro. Sem dúvida, mesmo a anos-luz de distância da qualidade do leite humano, essas fórmulas são bem menos agressivas, causam menos alergias e, portanto, são mais adequadas para o bebê. Entretanto, não deixam de ser alimentos processados e apresentam grandes quantidades de compostos que podem ser nocivos à saúde (gorduras trans-saturadas, excesso de sal e açúcar, ausência de fibras e a presença de outros compostos químicos).

FALEM SOBRE A ALIMENTAÇÃO DESSAS CRIANÇAS.

Vejam algumas normas gerais:

- Escolher o mecanismo de alimentar essas crianças novinhas que não mamam. Há tendência de evitar a mamadeira e de tentar oferecer o alimento com copo ou colher.
- Cuidar da esterilização. As diarreias que matam milhões de crianças, em todo o mundo, podem ser prevenidas pelo preparo adequado do alimento.
- Zelar para que a diluição seja exatamente a prescrita pelo médico ou a recomendada no rótulo. Não é correto colocar mais pó da fórmula para tornar a criança "mais forte". Também não é correto colocar menos.
- Deixar que as crianças definam o quanto querem comer. Interferência para que elas comam mais, para que "tomem o restinho", é maléfica.
- Ofertar a mamadeira olhando para a criança, nunca para a TV. Ao primeiro sinal de estômago cheio, de saciedade retirem a mamadeira.

- Escolher uma fórmula apropriada ao grupo etário e o pediatra é o melhor conselheiro para isso. Há diferenças de qualidade e preço que devem ser consideradas quando da escolha do produto.
- Caso não seja possível ofertar um leite modificado e a alternativa for o leite de vaca integral, ouvir o pediatra sobre esse assunto.
- Há pediatras que introduzem mais precocemente os sucos de frutas cítricas (laranja, por exemplo) e mais tarde a papa de frutas. Sucos em conservas não devem ser utilizados.
- Gradativamente, com orientação do pediatra, com os conhecimentos das leituras e com os conselhos dos que alimentaram crianças pequeninas, outros alimentos podem ser introduzidos guardando as regras da quantidade, qualidade, adequação e higienização.
- Se a mamadeira estiver sendo usada, a colher e o copinho devem ser introduzidos após os 3 meses para dar as frutas líquidas e pastosas.

O USO PRECOCE DE ALGUNS ALIMENTOS PODE SER MALÉFICO?

Ultimamente, há grande preocupação com a alergia alimentar. Há recomendações de iniciar sucos de frutas e alimentos pastosos com grãos e outros vegetais, mesmo nas crianças não amamentadas, após os 6 meses de idade. Há duas considerações a fazer. A primeira é que o leite de vaca e o de soja são os principais causadores de reações alérgicas. Os leites modificados causam menos essas reações, mas podem provocá-las. A segunda é que há estudos científicos recentes que não mostram diminuição da incidência de alergia alimentar quando é atrasada a introdução desses outros alimentos. Uma publicação de uma importante revista pediátrica dos Estados Unidos citou: "o atraso na introdução de leite de vaca ou de outros alimentos pode não ajudar na prevenção do desenvolvimento de alergia". Assim, não há evidências provadas que o retardo na introdução de outros alimentos após os 4-6 meses previne o surgimento de alergias.

PODE SER OFERECIDA QUALQUER FRUTA?

A observação para evitar o morango e o abacaxi pela maior probabilidade de provocarem alergias é questionada. As evidências são escassas para tal recomendação que pode mais prejudicar do que ajudar. Banana amassada, maçã e pera raspadas, sapoti, dentre outras, são frutas que podem ser ofertadas. As frutas podem ser cruas ou cozidas.

E O COQUETEL DE FRUTAS?

É importante saber qual é o sabor do mamão, da maçã, da laranja e assim por diante. É boa norma, de início, ofertar as frutas puras. Isso é válido para os sucos e para as papas de frutas. Quando a criançada conhecer bem as frutas, é

aceitável misturar, fazer o coquetel usando duas ou mais delas. Até alguns legumes como a cenoura e a beterraba são associados. Há crianças que aceitam muito bem laranja com tomate, laranja com beterraba, laranja com cenoura. A rede na qual se coloca uma pequena porção da fruta é uma opção para ensinar a criança.

QUAL A CONCLUSÃO DE VOCÊS?

O consenso é que deve ser feito de tudo para a amamentação exclusiva no peito por 6 meses. E que a oferta de alimentos não lácteos (frutas, papinhas de legumes etc.) apenas após os 6 meses. Mas há pediatras que orientam dar esses alimentos antes desta idade para crianças não amamentadas no peito. Assim admitem ofertar lá pelos 3 meses as frutas e logo aos 4 as papinhas de vegetais. E que o desenvolvimento de alergia depende de muitas outras variáveis e a principal é a herança que ainda é o principal fator predisponente ao desenvolvimento de quadros alérgicos nas crianças. Mas há pediatras que pensam de forma diferente. Há necessidade de estudos científicos para deixar claro se a introdução de alguns tipos de alimentos no primeiro ano de vida, ou mesmo antes da criança nascer, nesse caso pela sua mãe quando ainda gestante, pode aumentar ou não o risco de alergia.

AS PAPINHAS, QUANDO OFERECÊ-LAS?

Alguns pediatras opinam que há necessidade de se complementar o leite com alimentos que forneçam vitaminas, proteínas de origem vegetal e alguns alimentos minerais (como o ferro), muito importantes para o crescimento após o terceiro mês de vida. Os princípios da boa nutrição não devem mudar. E faz parte desses princípios enfatizar que as papinhas:

- Não visam a saciar a fome. O alimento que faz a criança crescer é o leite humano ou a fórmula. O leite ou a fórmula, nessa ocasião, deve ser ofertado após a papinha.
- Objetivam o aprendizado do sabor e das texturas, experimentar a diversidade alimentar. Isso se consegue com pequenas quantidades e sem pressão. Nada de fazer aviãozinho e empurrar comida de goela abaixo. Comer tem que dar prazer, tem que ser gostoso. Há estudos que mostram que, às vezes, é necessário apresentar o mesmo alimento 8-10 vezes para que haja aceitação. Portanto, muita paciência.
- Pretendem estimular todo o processo de mastigação e deglutição. As papinhas devem ser sempre preparadas na hora e com frutas frescas. As industrializadas, vendidas nos supermercados, apenas devem ser oferecidas em situações excepcionais.

COMO PROCEDER?

Ofereçam de início a papinha de frutas com a colher, antes do leite das 14 ou 15 horas, por exemplo. O uso de banana amassada é uma boa opção. Maçã e pera raspada, também. Um pouco de leite deve ser oferecido a seguir.

A papa seguinte é a de vegetais — sem ou com o mínimo de sal —, lá pelo quarto mês. É fácil de ser preparada, dá um prazer muito grande à mãe. Nesse caso, é importante a aceitação do sabor salgado que passa a ser identificado um pouco mais tarde que o doce. Aí vão alguns conselhos práticos sobre o preparo:

- Usar legumes cozidos sem ou com pouco sal de modo a ficar "insosso" para quem faz. Começar com poucos legumes (dois, por exemplo) e acrescentar outros, aos poucos.
- Começar com legumes de cores diferentes, como batatinha e cenoura, para que diferentes nutrientes sejam oferecidos. Após o cozimento em água e sal, refogar em óleo de milho, girassol, canola ou oliva. Nessa fase, acrescentar alho, cebola, cheiro verde, pimentão para que fique um alimento saboroso.
- Ofertar essa papinha salgada entre 10 e 12 horas. Lembrar que a papinha não objetiva encher a barriga, pois o leite é oferecido em seguida. Tentar, após os 4 ou 5 meses de idade, a introdução da sobremesa: frutas machucadas ou raspadas.
- Saber sempre que melhor do que a insistência é apresentar o alimento outras vezes, em dias diferentes, para que ocorra o aprendizado de sabor.

ALGUMAS CRIANÇAS FICAM AMARELAS COM A CENOURA. POR QUÊ?

A cenoura, o mamão e o jerimum contêm pigmentos — carotenos — para a formação da vitamina A. Se oferecidos em grande quantidade, pigmentam a pele das crianças de amarelo, o que é bem visto nas palmas dos pés e nas palmas das mãos. Não é maléfico, mas habitualmente os pediatras recomendam redução desses itens na alimentação das crianças que apresentam essa característica.

ENSINEM A FAZER A SOPINHA!

A nossa proposta é fornecer princípios gerais sobre a alimentação. O preparo da sopinha é conhecimento de quem pratica a culinária. Uma vovó ficará muito feliz de ensinar o preparo desse alimento. O que ressaltamos é que os produtos usados no preparo da sopinha devem ser de boa qualidade, bem selecionados, fresquinhos e tenros para facilitar a cocção, sem agrotóxicos.

HÁ CRIANÇAS QUE RECUSAM A COLHER. COMO FAZER?

Essa reação é comum e normal. Existe um reflexo de defesa da criança menor que faz com que ela "expulse" da boca tudo que não for líquido. Esse reflexo diminui após o quarto ou quinto mês. A persistência e o tempo farão seu filho aceitar melhor o alimento não líquido. A rejeição inicial a um alimento não implica rejeição permanente. Depois de alguns dias, com paciência e carinho, volte a oferecer e é comum que ele sinta prazer com o que é ofertado. Mas nunca force.

ALGUMA NOVIDADE PARA O QUINTO MÊS?

No quinto mês, a criança já está bem ativa e necessita de maior quantidade de calorias. Devem ser dadas papas com maior valor calórico como a de leite com cereais no jantar, sempre dentro dos mesmos princípios gerais: pequeno volume e leite a seguir, sem forçar. Os mais indicados são as farinhas de milho, de aveia e de arroz. Os tubérculos, como o cará e o inhame, são apropriados para essa fase.

É ESSENCIAL OFERECER OVO, CARNE E FÍGADO?

Lá pelo quinto mês de vida, a criança precisa receber alimentos que contenham ferro de boa absorção — há alimentos que contém ferro não bem absorvido. Durante a gravidez, as mães passam para os fetos grande quantidade de ferro que garantirá, até 5 a 6 meses, que as crianças não apresentem anemia. Mas a partir dessa idade, esse ferro já não existe e há necessidade de aporte de alimentos ricos no mineral para manter as crianças sem anemia. Por essa razão, logo após a introdução da papa de cereais, entre 5 e 6 meses, a criança deve receber a gema de ovo cozida, a carne vermelha e o fígado, na papa de vegetais. Pode-se começar com ¼ da gema cozida e ir aumentando aos poucos. O fígado deve ser cozido normalmente, como para o adulto, amassado e oferecido duas vezes por semana, na papa de vegetais. Alguns comentários:

- A gema de ovo é introduzida precocemente devido ao seu alto teor em ferro. Esse ferro não é bem absorvido pelo organismo. A gema é mantida porque possui um tipo de gordura muito importante para o desenvolvimento cerebral.
- Algumas pessoas têm preconceito com a ingestão do fígado, acham que é um órgão sujo, que "guarda" muitas toxinas, etc. Isso não é científico, o fígado é uma das maiores fontes de ferro de boa absorção.
- Os pescados devem ser usados desde que de boa procedência, sadios, preferentemente frescos. Suas proteínas são excelentes. Os crustáceos não devem ser oferecidos nessa idade.

A recomendação de não oferecer clara de ovo antes de um ano pelo perigo do desencadeamento de alergia que impede que a criança receba algumas vacinas (a do sarampo, por exemplo) não é atualmente aceita. A clara contém um perfil de nu-

trientes essencial para a saúde da criança (micronutrientes, antioxidantes, fosfolipideos) que tem papel essencial na maturação do sistema nervoso. Além disso, é uma proteína de baixo custo o que é importante para os brasileiros.

QUANDO INTRODUZIR ARROZ INTEGRAL, ERVILHA, LENTILHA, FEIJÃO?

Alguns pediatras, mais liberais, permitem a introdução de grãos a partir do quarto mês de vida. Assim, arroz integral, ervilha, lentilha, grão de bico e o nosso feijão são, por esses pediatras, incluídos no cardápio da criançada na idade citada. Devem fazer parte da papinha de legumes e carne, e ofertados em pequena quantidade. Obviamente, há necessidade de preparo diferente da papinha de vegetais desde que os grãos necessitem cocção mais longa.

PODEMOS USAR O ÓLEO OU A MANTEIGA?

Nos primeiros meses em que se dá a sopinha, não se recomenda o uso das gorduras. Lá pelo quinto mês, para aumentar a oferta calórica e para ajudar na palatabilidade da sopinha ou da papinha de legumes e carnes, um pouquinho de gordura pode ser usado. Obviamente, são preferidas as gorduras menos maléficas como os óleos de milho, de canola, ou de girassol.

QUANDO USAR O LEITE DE SOJA?

A fórmula com soja pode ser usada desde o início quando for a opção do pediatra ou quando há alergia ao leite de vaca. As crianças que apresentam alergia ao leite de vaca têm história familiar dessa enfermidade e desenvolvem doenças alérgicas na pele, no trato digestivo e no respiratório. Parte delas também pode ser alérgica à soja. O uso do leite de soja é usualmente mais caro que o de vaca e a indicação desde os primeiros tempos da vida, para evitar alergia ao leite de vaca, é questionável. É importantíssimo que a fórmula com leite de soja seja escolhida com critério para que as vitaminas, minerais e os outros nutrientes que a criança necessita sejam ofertados apropriadamente.

OUVI FALAR EM ALGUMAS FÓRMULA ESPECIAIS.

Existem fórmulas lácteas indicadas para situações especiais. As sem lactose destinam-se a crianças com distúrbios relacionados à digestão deste açúcar. Existem fórmulas para as crianças com a doença do refluxo gastroesofágico.

Isto é o que a indústria de fórmulas alimentares divulga. Os médicos mais céticos sempre perguntam se há base científica sólida para o uso de tais fórmulas. Ou se o que existe é uma poderosa máquina de vendas para a indústria de leite em pó comercialize os seus produtos. Essas fórmulas custam caro e não há estudos que comprovem seus efeitos. Caso tenham algum efeito, seria apenas pela maior viscosidade observada. Mais prático e econômico orientar os pais para engrossarem o leite

com adição de farinhas ou frutas. Estudos como o de Barbieur, Levy e Vandenplas[2] nos fazem pensar prudentemente sobre essas fórmulas em lindas embalagens, com nomes charmosos e divulgadas por moças e rapazes charmosos pelo mundo afora.

Nos pacientes filhos de pais alérgicos, podem-se utilizar os leites hipoalergênicos na tentativa de reduzir a sensibilização às proteínas do leite de vaca. O mesmo comentário antes expresso é aplicado aqui. Impressiona a inexistência de estudos e o que a propaganda dissemina. Propaganda enganosa!? Existem fórmulas com as proteínas parcialmente ou extensamente hidrolisadas, bem mais caras que as comuns, para crianças com quadros clínicos importantes de intolerância e alergia às proteínas do leite de vaca ou de soja.

E AS COALHADAS, IOGURTES E OUTROS LEITES FERMENTADOS?

Podem e devem ser ofertados para os que consomem leite de vaca, em qualquer das suas formas, a partir dos 3 ou 4 meses de idade. São preferíveis os iogurtes e coalhadas feitas em casa.

CONHEÇO ADULTO CRIADO COM LEITE DE VACA DA FAZENDA!

Mostrar apenas os que estão bem e esquecer os que foram prejudicados e até os que morreram com essa prática não é bom ensinamento. A melhor alternativa é sempre o leite humano. Isso será repetido inúmeras vezes, até a exaustão. Se não for possível, a alternativa é usar o leite de vaca modificado, por complexos processos industriais, para os bebês dos primeiros meses de vida. E se essa última opção não for viável, as criancinhas têm que ser nutridas com outros alimentos. Nutrição é prioridade na infância.

COMO PREPARAR O LEITE DE VACA IN NATURA PARA UM BEBEZINHO?

O leite de vaca integral, in natura, é a opção menos interessante. Mas se é a opção que resta, aí vão algumas dicas para usar nos bebezinhos: ferver um litro de leite por 20 a 30 minutos — manter o leite em movimento para evitar que transborde da panela. Repor a quantidade de água perdida na fervura para que o volume volte ao 1 litro do início da fervura. Em seguida acrescentar mais água fervida até que o volume final fique 1,3 litros. Adicionar duas colheres das de chá rasa de açúcar para cada 100 mL do leite diluído — total 26 das de chá de açúcar para 1,3 litro do leite. Acrescentar uma colher das de chá rasa de óleo vegetal — 13 colheres das de chá para o leite diluído. Distribuir o leite assim preparado em um certo número de mamadeiras e aquecer em banho-maria quando for usar. Preparar a metade da receita se for o caso.

2 Barbieur J, Levy EI, Vandenplas Y. Efficarcy and safety of medical and nutritional management of gastroesophagic reflux in formula-fed infants: a narrative review. Current Opinion in Pediatrics, 2022;34(5):503-9. DOI: https://doi.org/10.1097/mop.0000000000001147.

PODEMOS USAR O LEITE INTEGRAL EM PÓ?

Não é a melhor opção. Antes dos 4 meses, para cada 100 mL do leite preparado, usar duas medidas (10 g) do pó, duas colheres das de chá rasas de açúcar, uma colher das de chá de óleo mineral e água fervida para completar 100 mL. Há médicos que mandam acrescentar uma colher das de chá rasa de amido. Após os 4 meses, para cada 100 mL usar três medidas do pó do leite. Os outros componentes são os mesmos. Como esses leites não trazem medidor, podem ser usados os de cinco gramas de outros leites.

ESSE LEITE ATENDE TODAS AS NECESSIDADES DAS CRIANÇAS?

Não. Há necessidade de adicionar ferro e algumas vitaminas. O pediatra orientará sobre a adição de frutas, de outros alimentos e de remédios que auxiliem a suprir os requerimentos diários das vitaminas essenciais.

ELE PODE SER USADO COMO COMPLEMENTO AO LEITE DA MÃE?

Não é o melhor, mas pode. E tem que ser preparado da mesma forma.

POR QUANTO TEMPO USAR O LEITE DE VACA *IN NATURA* DILUÍDO?

Como ensinado antes, até os 3 meses. Após isso, a água vai sendo retirada gradualmente e lá pelos 5-6 meses, a meninada pode tomar o leite sem diluição. Mas a fervura continua sendo essencial para a esterilização e a adição da água perdida também é fundamental. Assim, aos 6 meses, o leite que a criança ingere pode ser o leite com a quantidade de água que saiu do peito da vaca. Se forem perdidos 200 mL de água na fervura, adicionar essa mesma quantidade para restaurar as qualidades originais do leite.

PODE COLOCAR UM "ENGROSSANTE"?

É hábito cultural no nosso meio usar alguma farinha ou fruta para "engrossar" o leite. A luta, nos nossos dias, contra a obesidade é tão grande que não é boa conduta adicionar farináceos ou qualquer outro alimento que aumente a oferta de calorias. O ideal é não empregar os "engrossantes". Mas as avós informam que uma quantidade bem pequena, para "temperar" o leite, pode tornar o alimento mais gostoso. Quantidade pequena significa uma colher das de chá, rasa, para cada 100 mL do leite. Mas produz obesidade, um assunto hoje muito importante — sugerimos que todos leiam o capítulo o tema neste livrinho. Tentar reduzir o açúcar quando for adicionar a massa ajuda a evitar o ganho excessivo de peso.

POSSO DAR LEITE COM CHOCOLATE?

Chocolate na forma de confeitos, guloseimas, barrinhas, bombons devem ser evitados. Os leites achocolatados, preparados em casa ou industrializados, adorados por muitas crianças, devem ser oferecidos mais tardiamente possível.

A PREVENÇÃO DO EXCESSO DE PESO COMEÇA CEDO, NÃO É?

Falaremos sobre alguns itens para os que tomam alimento na mamadeira:

- Antigamente, os pediatras diziam que o correto era encher a mamadeira e as crianças deveriam tomar o alimento até sobrar um pouco. Eram vistas crianças de poucos meses tomando uma mamadeira inteira de leite e mais outra porção, somando 300 mL ou mais por vez. Isso causa obesidade. O ideal, desde os primeiros meses, é que as crianças se contentem com porções menores de alimentos e se acostumem a terminar a refeição com um pouquinho de fome, sem resto de alimento na mamadeira. Certamente, os dados da curva de crescimento e todos os outros indicadores de saúde devem estar perfeitos.
- Não aumentem imediatamente a quantidade de alimento quando as crianças de meses de idade rasparem a mamadeira. Esperem alguns dias antes que essa providência seja adotada. Existem vantagens de ensinar desde cedo aos nossos filhos que comer menos 10 mL de leite ou de outro alimento é boa prática.
- Observamos muitas mães dando comida aos filhos de noite, sem que eles solicitem, isso é errado. Se eles não solicitam alimentos, se estão dormindo tranquilos, deixe-os dormir. As babás são mestras nessa técnica de dar alimentos à noite, nos primeiros dois ou três meses de vida. É aceitável dar alimento à noite se as crianças manifestam sinais de fome. Os bebês que tomam o leite materno tendem a “pedir comida” a intervalos de duas e meia a quatro horas. Isso pode incluir as madrugadas. Logo esses bebês tendem a mamar menos à noite. Quando os que estão em aleitamento materno exclusivo começam a receber diferentes alimentos, é possível manejar a dieta para tentar que não comam à noite. Oferecer no início da noite, lá pelas dezoito horas, no sexto mês, uma refeição à base de tubérculos, legumes e grãos do tipo aveia e arroz integral, complementada com pequena quantidade de leite, pode permitir uma noite sem alimentos.
- Outro é sobre o açúcar e os “engrossantes” que falamos em outra pergunta.
- A mamadeira deve ser ofertada de forma tal que todos notem o primeiro sinal de saciedade; dar a mamadeira sem prestar atenção a esses sinais é erro.

EXISTEM RISCOS DE PROCEDER ASSIM?

Os pediatras têm que ser ouvidos e têm que acompanhar a curva de crescimento da meninada. Os familiares devem estar atentos para os sinais de fome que mesmo nas crianças novinhas são marcantes. Se há fome, há que se ofertar mais alimento.

18.4.3 ALIMENTAÇÃO APÓS O SEXTO MÊS DE VIDA

AS CRIANÇAS QUE MAMARAM NO PEITO TÊM MAIS DIFICULDADE DE ACEITAR OS OUTROS ALIMENTOS?

Falamos em outra sessão que o leite materno não é tão monótono quanto o leite artificial e isso parece justificar que as crianças amamentadas são mais receptivas para aceitar outros alimentos. Sabe-se hoje que a alimentação materna tem influência no sabor do leite, os sabores dos alimentos ingeridos pela mãe passam para o leite e isso vai sendo gravado pelo bebê e influência na sua aceitação de novos alimentos. Falamos que há muitas outras variáveis envolvidas. Uma delas é a extraordinária ligação afetiva das crianças com as mães. Os novos alimentos têm sabor, textura e cheiro diferentes do leite materno. A forma de ofertá-los também é muito distinta. Embora seja possível certa dificuldade na adaptação dessas crianças, parece que as dificuldades são mais difíceis de transpor nas que não mamaram. Todas, umas mais cedo, outras mais tarde, aceitarão os novos alimentos com muito prazer. Paciência e jeitinho são excelentes mecanismos de fazê-las aceitar. Alguns espertinhos preferem que esses novos produtos sejam ofertados por pessoa diferente da mãe. Muitos não aceitarão a mamadeira, o que é extremamente salutar e passarão a comer com copinho, colherzinha e com as mãos.

DEPOIS DO SEXTO MÊS, A CRIANÇA JÁ PODE COMER DE TUDO?

Mesmo nessa idade, o leite materno continua sendo a melhor fonte de nutrientes. A indústria desenvolveu fórmulas lácteas apropriadas para o uso no segundo semestre de vida e todas contêm ferro e vitaminas. A partir do sexto mês, o esquema alimentar passa a ser mais variado e além dos alimentos já oferecidos é importante acrescentar outros grãos (lentilha, ervilha, feijão) e vegetais (inhame, cará, batata-doce). É hora também de os garotos e garotas usarem as mãos para levar os alimentos à boca. Dessa maneira, tirinhas de carne, de frutas e de pão, que permitem uma pegada firme, devem ser oferecidas sempre com a supervisão de um adulto. Introduzir doces como sobremesa, no sétimo mês, pode ser uma medida preventiva. Pretende ensinar a não consumir as guloseimas nos intervalos das refeições.

SUGIRAM UM CARDÁPIO DE REFERÊNCIA PARA BEBÊS A PARTIR DOS 6 MESES.

Lá vai uma orientação geral:

- Se a criança mama, o café da manhã é no peito da mãe. Nos que não mamam, é o leite adaptado ao primeiro ano de idade. Os dois grupos devem ser estimulados a ir para a mesa e consumir os alimentos dos familiares: queijo, pão, batata-doce e outros alimentos regionais que eles possam consumir.
- Lá pelas nove horas, o bom é um lanche: iogurte ou outro leite fermentado, biscoito ou as extraordinárias frutas. Os que mamam podem querer dar uma "bicadinha" na mãe.
- Ao meio-dia ou um pouco mais tarde, é momento do almoço, da comida pastosa, amassada. Não há necessidade de usar liquidificador ou peneira para o preparo desse alimento. A criança deverá ser capaz de desenvolver o sistema sensório-motor oral começando com o enfrentamento da diversidade de sabores, cores e texturas dos grãos, legumes variados, carne (galinha, peixe ou boi) ou víscera (fígado). O leite é sempre a melhor opção de sobremesa, sobretudo o da mamãe.
- Por volta das 15 horas, outro lanchinho.
- Às 18 ou 19 horas, uma sopinha, ou papa de cereais com leite. O leite continua sendo uma boa sobremesa e, os que são amamentados, não perdem a oportunidade de ter contato com os peitos das mães.
- Entre 21 e 23 horas, alguns solicitam um leitinho para dormir com a barriguinha forradas. Os que mamam solicitam a mama e habitualmente fazem isso ainda de madrugada, o que é menos comum nos que não amamentam nessa idade.

E NOS PRÓXIMOS MESES?

Do sétimo para o oitavo mês, continuem a ofertar leite e, de forma ainda mais marcante, os alimentos que constituem a dieta da casa. É claro que se o costume é abusar de temperos (pimenta etc.), a comida da criança deve ser separada antes da entrada dos condimentos. Lembrando sempre: acostumar-se com pouco sal e pouco açúcar é prevenção de muitas doenças, (do coração, do cérebro, diabetes...). Serão introduzidos: feijão e arroz integral bem cozidos e amassados, carne moída, o peixe e o frango desfiados e tudo o mais. Alimentos com proteínas "pesadas" como a clara de ovo, chocolate e derivados de peixe de carne escura (atum) devem ser oferecidos depois do primeiro ano de vida.

TENHO UM SOBRINHO DE SEIS MESES QUE COME TUDO ISSO!

Isso pode acontecer, claro! As recomendações delineadas aqui derivam do conhecimento científico e refletem os conselhos sobre as práticas nutricionais para as crianças de menos de um ano em todo o mundo. O fato de uma criança de seis meses não ter problemas com a antecipação do uso de alimentos que deveriam ser introduzidos mais tarde pouco significa.

E PARA AS CRIANÇAS QUE MAMARAM NO SEIO ATÉ OS SEIS MESES?

Para as que recebem leite materno exclusivo até seis meses, os alimentos (sucos, papas etc.) são introduzidos na sequência descrita, com intervalos de cinco a sete dias, a partir do sexto mês. Para crianças com aleitamento misto, essa introdução pode variar, de acordo com a quantidade de leite de vaca (industrializado ou não) oferecido. Para crianças que usam esse complemento apenas uma vez por dia basta oferecer água (às vezes, a criança nem aceita) e sucos, pensando em facilitar o trabalho renal. Para aquelas cujas mães trabalham dois expedientes e só mamam à noite, pode-se introduzir os alimentos como para os que não mamam. Nos casos intermediários, usa-se o bom senso, dentro da premissa: quanto mais leite não humano maior a necessidade de líquidos e de outros alimentos. Mais uma vez o lembrete: durante toda a vida, o leite e seus derivados são alimentos muito importantes, como fornecedores de proteínas de alto valor para o organismo (mesmo quando acaba a fase de lactação) e de outros nutrientes fundamentais à saúde, como o cálcio, importante contra a osteoporose.

E OS REMÉDIOS COM VITAMINAS?

O uso de suplementos vitamínicos é dispensável na rotina alimentar da criança, à exceção de situações especiais. A oferta de vitaminas e minerais deve ser feita única e exclusivamente com uma dieta adequada. Sempre é mais saudável e econômico adquirir vitaminas nas feiras através das frutas e verduras do que nas farmácias.

As principais vitaminas e suas fontes mais importantes são:

- Vitamina D: exposição da criança à luz solar.
- Vitamina A: leite humano, fígado, leite, manteiga, ovos, queijos, folhas verdes, batata-doce, vegetais e frutas de cor laranja (manga, cenoura, maracujá, abóbora, pimentão, mamão).
- Vitamina E: trigo, óleo de soja, derivados de milho.
- Vitamina C: frutas cítricas, goiaba, manga, caju, tomate, hortaliças.
- Vitamina B: carne, fígado, leite, hortaliças, frutas, feijão, cereais.

QUAIS CUIDADOS HIGIÊNICOS PARA OS ALIMENTOS NÃO LÁCTEOS?

Os principais são lavar as mãos com sabão antes de manipular alimentos, consumir produtos preferencialmente frescos, lavar adequadamente os alimentos crus (verduras e legumes devem ser lavados em água corrente e deixados de molho, por uma hora numa solução com um copo de vinagre ou 20 gotas de água sanitária por litro de água), usar utensílios adequadamente limpos, armazenar os produtos perecíveis ou preparados em geladeira ou consumir em até duas horas quando fora da geladeira, reaquecer adequadamente os alimentos já preparados, proteger os ali-

mentos contra animais (baratas, moscas, ratos, formigas), não utilizar mamadeiras e bicos, e sim copo e colher.

E O EXCESSO DE PESO CONTINUA A SER PREOCUPAÇÃO?

Continua e complementamos a resposta à pergunta formulada quando discutimos o item anterior sobre as mamadeiras noturnas. Lá pelos 10 a 12 meses, até a mamadeira das 22 horas pode ser suspensa. Há duas técnicas para retirar essas mamadeiras noturnas. A primeira é reduzir gradativamente a quantidade de alimento oferecida (por exemplo: a cada dois dias, reduzir 10 mL, até zerar). A segunda é reduzir o leite em pó (por exemplo: se são preparados 210 mL de leite, com sete medidas, a cada dois dias, reduzir uma medida até que apenas exista água na mamadeira).

18.4.4 PARTICIPAÇÃO DOS CUIDADORES, DA NUTRICIONISTA E DA EQUIPE MÉDICA

CUIDADORES

> "No meu país, Ucrânia, é assim que as mães alimentam os filhos no primeiro ano de vida: Leite materno e fórmula nos primeiros 6 meses de vida. A partir de 6 meses, primeira comida legumes verdes cozidos. Pode ser brócolis, abobrinha, couve-flor. Depois pode ser purê de jerimum, ameixa seca, maçã verde cozida no forno, banana, pera. Depois papas de 5% (5 g de grãos moídos por 100 mL de água). Papa de arroz, grechka, milho, aveia. A carne é permitida a partir de 8 meses, apenas frango, peru, coelho, cordeiro. Peixe a partir de 8 meses. São proibidos salmão e truta e permitidos bacalhau, pescada, arinca. Iogurte natural, queijo cottage e kefir a partir de 8 meses (todos esses produtos são completamente diferentes do Brasil). Não contém açúcar e são bem gostosos e saudáveis. Ovos a partir de 1 ano."

> "Em regiões distintas do Brasil, são observados cardápios diferentes para as crianças. Essa diversidade depende da cultura local e da produção e da disponibilidade de alimentos e de outros fatores. O exemplo da Ucrânia mostra que existem características próprias da alimentação da turminha no primeiro ano de vida."

> "Achei inadequado colocar biscoito no lanche das nove horas. Por que não oferecer uma frutinha amassada no garfo (mamão, banana, etc.) ou ralada na colher (maçã, sapoti, por exemplo)? Até hoje, meu filho só leva frutas no lanche da escola junto com água de coco. Ele só come biscoito/bolo (tipo maisena, por exemplo) esporadicamente nos finais de semana, pois também come frutas nos lanches da tarde em casa e no final de semana."

"Nunca usei peneira nem liquidificador e, no meu filho, não fez falta."

"Acho interessante que as nutricionistas também indiquem alimentos mais saudáveis do tipo: arroz integral, macarrão integral (sem ovos até 1 ano), soja, queijo branco (ricota, minas frescal) e orientem a composição do prato com legumes: uma porção verde (vagem, chuchu ou couve-folha, etc.), uma porção branca (batata, couve-flor ou inhame, etc.) e uma laranja (jerimum ou cenoura, etc.) + proteína (soja, carne, frango) + carboidrato (arroz, macarrão)."

"Pode ser que o garoto mude o padrão alimentar. Mas até agora ele come bem e variado. Acho que alimentação é hábito e o começo certo define tudo. Ele mamou exclusivo até os quatro meses e meio e continuou no peito até 1 ano. Só introduzi o leite de lata quando o leite materno estava bem escasso. Acho também que o segredo foi que quando o leite do peito já não era suficiente, complementei com frutinhas e depois fui introduzindo os outros alimentos. Só introduzi o leite de lata, quando o leite do peito estava pouco mesmo."

NUTRICIONISTA

"A peneira e o liquidificador são usados tradicionalmente no Brasil e seguramente pelo mundo afora para transformar os alimentos cozidos ou crus de diversos tipos e texturas (legumes, carnes e grãos cozidos, e frutas) em papas ou purês para a alimentação das crianças de seis meses. A recomendação de não usar a peneira e o liquidificador seguramente será questionada e não seguida por muitos familiares. Para verificar a receptividade dessa orientação, usamos a internet para que os pediatras, os nutricionistas e as mães que estão ajudando a elaborar e a criticar esses textos opinassem sobre o tema."

EQUIPE MÉDICA

"O que vocês acham de não empregar a peneira e do liquidificador no preparo dos alimentos para as crianças. Há um grupo de nutricionistas aqui do Recife que tem condenado o uso desses utensílios tão tradicionais!?"

CUIDADORES

"Logo que indicado pelo pediatra, iniciei a dar alimentos não lácteos para meu filho. Iniciei com quatro legumes / tubérculos / sementes sempre ofertando alimentos com cores diferentes. Por exemplo: branco (inhame, cará, macaxeira), laranja/vermelho (batata baroa, jerimum, beterraba) e verde (chuchu, ervilha natural, brócolis, vagem, lentilha) mais uma carne, frango ou peixe. Nunca usei liquidificador ou peneira, mas cozinhava bastante os alimentos para facilitar a "mastigação". Resultado: sucesso total. Amassava os alimentos separados por

cor, sempre que possível e ele acostumou-se com um prato colorido."
"Entendo que a vida moderna não mais permite tanta complicação, especialmente quando desnecessária e sem utilidade. Ficam os meus elogios à abalizada opinião que recomenda o não uso da peneira e do liquidicador."

"Pensei que a restrição do liquidificador e da peneira era total e logo pensei nos suquinhos, papinhas e sopinhas. Como ficam esses alimentos? Alguma restrição à peneira e ao liquidificador? Quanto ao almoço, não vejo nenhum problema ou transtorno causado pela impossibilidade de uso do liquidificador ou da peneira, acho que porque nunca usei esses utensílios para aquela refeição."

"Acho ótimo quem amassa os alimentos. Mas 'peraí né, senhores médicos': não exageremos. Claro que, no princípio, nas primeiras comidinhas, jamais nenhuma mãe dará um alimento simplesmente amassado! Acho que isso deve ser introduzido aos poucos (texturas...). Já é muita diferença deixar de tomar leite e passar a comer... Bom senso e calma é sempre melhor!"

"Em relação à peneira e ao liquidificador, eu não sei. Aqui nos EUA, eles iniciam alimentação a partir dos 4 meses com cereal fortificado com ferro e, aos 6, introduzem purê de batatas, bolachas para bebês e suco natural. Não existe orientação para peneirar ou liquidificar os alimentos. Entretanto, não tenho experiência com bebês/crianças. Essa é uma regra geral. No Brasil, talvez seja melhor tentar sugerir o não uso da peneira/liquidificador, mas deixar em aberto para que os pais / responsáveis não se sintam 'culpados'."

"Mamãe ficava dizendo que era 'frescura' não passar no liquidificador. Ela sempre fazia o mais prático. Ela dizia: 'esses médicos inventam essas coisas de não dar comida em mamadeira, de não bater, manda ele vir dar comida de colheradas'."

"Na minha experiência, liquidificador é essencial! Principalmente em vegetais e frutas mais fibrosos, no caso da couve, da manga, do caju, etc. Mas sempre peço para não triturar muito. Usar o botão pulse (será que o nome é esse?), porque dá uma melhorada na consistência e não deixa tão líquido. Peneira usei bastante quando eles eram menorzinhos. No caso dos meus, iniciaram a alimentação aos 3-4 meses. Agora, aos 9 meses, já estão bastante habituados às diversas texturas. Exemplo: amasso o arroz junto com feijão, pico a carninha, faço um purê do vegetal (jerimum, batata, cenoura, etc.) amassando com o garfo. Tendo alguma coisa mais fibrosa/durinha, nem penso 2 vezes, uso meu amigo liquidificador! Na minha leiga opinião, o mais importante é a certeza de que eles estão recebendo uma boa variedade, de forma segura, sempre. Não quero meu filho entalado!"

"Na minha opinião, frutas e legumes podem ser amassados com o garfo sem problemas. No entanto, carnes e grãos não, pois são duros e grandes para o

primeiro contato do bebê com o alimento (além do risco de se engasgar). A minha sugestão é iniciar com carnes e grãos triturados e, aos poucos, inserir pequenos pedaços de arroz, macarrão etc."

"Acredito que seja mais fácil acostumar a criança com alimentos amassados apenas no garfo. Em qualquer local, poderemos fazer isso e não necessitaremos de liquidificador ou peneira. Também não sabemos a origem ou a limpeza destes equipamentos. Esse também é um ponto muito importante. Para meu filho, sempre amassei tudo no garfo. Às vezes, encontro um pouco de resistência para fazer o mesmo com meu neto, mas sempre que estou com ele na hora das refeições, procuro fazer desta forma: o purê de inhame com queijo, o purê de macaxeira, ou mesmo de batata inglesa. Encontro mais resistência na sopa, pois ele sempre gosta de tomar na mamadeira."

NUTRICIONISTA

"A questão do uso ou não da peneira e do liquidificador no preparo das dietas de bebês normais precisa ser posta de maneira não intransigente, mas firme. Existem casos específicos nos quais é preciso programar a alimentação de forma particular. Eu chamo de formas 'alternativas' de alimentação, tipo: 'dieta do pó' (como eu digo), cinco medidas do leite X + três medidas dos produtos Y + duas medidas do produto Z, quatro a cinco vezes ao dia; ou a 'dieta fácil' (em que as mães são experts...) mistura inhame ou jerimum com leite, sopa de feijão com legumes ou caldo de carne com legumes e passe no liquidificador, depois de liquidificar, peneire tudo e oferece na mamadeira..."

EQUIPE MÉDICA

"Essas práticas continuarão existindo para situações em que a criança não está conseguindo se alimentar conforme o padrão da idade e, consequentemente, não ganha o peso esperado. Nessas situações, vale tentar todas as maneiras não traumáticas de alimentar essa criança. Vencida essa etapa, a família deve ser encorajada a ir, paulatinamente, tentando modificar a textura e a consistência da dieta. Por vezes, isso só é possível, ou seja, a criança só aceita, com a intervenção da fonoaudióloga trabalhando a motricidade oral. Esse trabalho pode ser necessário pois, devido à ingestão contínua da dieta líquida/pastosa/ homogênea, a criança apresenta uma musculatura hipotônica e hipersensível passando a não dar conta do sólido na boca. Normalmente, a família refere que a criança apresenta 'vontade de vomitar', 'nojo' ou sensação de 'arrepio' ao ver, sentir o cheiro ou tocar naqueles alimentos. Os alimentos campeões de rejeição são os pastosos, frutas ou feijão. Como existem graus de sensibilidade, há crianças que não suportam qualquer 'comida de panela'. Existem casos menos extremos em que a criança come os

alimentos se 'não forem misturados'. Enfim, são muitas considerações sobre o uso indiscriminado e precoce de liquidificador e peneira no início da alimentação infantil."

18.4.5 OS DEZ PASSOS PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

O texto *Dez passos para uma alimentação saudável*, editado pelo Ministério da Saúde do Brasil e pela Organização Pan-Americana de Saúde, disponível na internet, é útil. Vejam o resumo:

PASSO 1

- Dar somente leite materno até os 6 meses, sem oferecer água, chás ou qualquer outro alimento.
- Aleitamento materno exclusivo: quando a criança recebe somente LM, com exceção de suplementação de vitaminas e minerais.
- Aleitamento materno predominante: quando o lactente recebe, além do LM, água ou bebidas à base de água, como sucos e chás.
- Aleitamento materno: quando recebe LM, independentemente de estar recebendo qualquer outro alimento.

PASSO 2

- A partir dos 6 meses, introduzir de forma lenta e gradual outros alimentos, mantendo o leite materno até os 2 anos de idade ou mais.
- Com a introdução da alimentação complementar, é importante que a criança beba água nos intervalos das refeições.

PASSO 3

- Após seis meses, dar alimentos complementares (cereais, tubérculos, carnes, leguminosas, frutas, legumes), três vezes ao dia, se a criança receber leite materno, e cinco vezes ao dia, se estiver desmamada.

ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA EM ALEITAMENTO APÓS SEIS MESES

- 6 – 7 meses: aleitamento materno; uma papa de frutas no meio da manhã; uma papa salgada no final da manhã; uma papa de frutas no meio da tarde.
- Após 8 meses: substituir a papa de frutas do meio da tarde por papa salgada.
- Após 12 meses: aleitamento materno; uma papa de frutas no meio da manhã; uma papa salgada no final da manhã; uma papa salgada no meio da tarde dois lanches de frutas ou mingau de prato.

ESQUEMA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS TOTALMENTE DESMAMADAS

- Menos de quatro meses: alimentação láctea 6-8 vezes.
- Quatro a oito meses: três mingaus de prato; duas papas de fruta; uma papa salgada.
- Mais de 8 meses: substituir um mingau de prato por papa salgada.

PASSO 4

- A alimentação complementar deve ser oferecida sem rigidez de horários, respeitando sempre a vontade da criança.
- É importante que as mães desenvolvam a sensibilidade para distinguir o desconforto (sono, frio, calor, fraldas molhadas, dor, necessidade de carinho) para que elas não insistam em oferecer alimentos à criança quando essa não tem fome.

PASSO 5

- A alimentação complementar deve ser espessa desde o início e oferecida de colher. Começar com consistência pastosa (papas/purês) e, gradativamente (alimentos de transição), aumentar a consistência até chegar à alimentação da família.

PAPA SALGADA

- Cozinhar bem todos os alimentos; amassar com garfo; não liquidificar e não passar na peneira. A papa deve ficar consistente, em forma de purê grosso, e deve conter um alimento do grupo de cereais ou tubérculos, uma das hortaliças (folhas ou legumes) e um do grupo dos alimentos de origem animal (frango, boi, peixe, miúdos, gema de ovo) ou das leguminosas (feijão, soja etc.).

PASSO 6

- Oferecer à criança diferentes alimentos ao dia. Uma alimentação variada é uma alimentação colorida.
- Só uma alimentação variada evita a monotonia da dieta e garante a quantidade de ferro e vitaminas que a criança necessita, mantendo uma boa saúde e crescimento adequados.
- Os alimentos devem ser oferecidos separadamente, para que a criança aprenda a identificar as suas cores e sabores. Colocar as porções de cada alimento no prato, sem misturá-los.

Fontes de ferro: Fígado, carnes (vermelhas e brancas), carne de sol, feijão, lentilhas, soja, vísceras, folhas verdes escuras, beterraba, gema de ovo, açaí, ameixa preta seca, mangaba.

PASSO 7

- Estimular o consumo diário de frutas, verduras e legumes nas refeições.

PASSO 8

- Evitar açúcar, café, enlatados, frituras, refrigerantes, balas, salgadinhos e outras guloseimas, nos primeiros anos de vida. Usar sal com moderação.

PASSO 9

- Cuidar da higiene no preparo e manuseio dos alimentos, garantir o seu armazenamento e conservação adequada.

PASSO 10

- Estimular a criança doente e convalescente a se alimentar, oferecendo sua alimentação habitual e seus alimentos preferidos, respeitando a sua aceitação.
- As crianças doentes, em geral, têm menos apetite. Por isso, devem ser estimuladas com alimentos de sua preferência, além de aumentar a oferta de líquidos.
- Para a criança com pouco apetite, oferecer um volume menor de alimentos por refeição e aumentar a oferta.
- No período de convalescença, o apetite aumenta. Assim, aumentar a oferta, concedendo mais uma refeição ou aumentando a densidade calórica.
- Nas refeições salgadas, acrescentar uma colher de sobremesa de óleo para crianças de menos de um ano e uma colher de sopa para as maiores de um ano.

CUIDADOS ESPECIAIS

Evitar, no primeiro ano de vida, alimentos como amendoim, nozes, peixe, ovo, chocolate, quando houver história de alergia alimentar. Introduzir mel de abelha após o primeiro ano para reduzir risco de botulismo. Oferecer clara de ovo aos 10 meses se não tiver antecedentes de alergia nos familiares. Mamadeiras são contraindicadas. É importante a participação ativa da criança na alimentação. Após os 12 meses, dieta convencional do adulto. Suplemento de vitamina B se a mãe é vegetariana, de ácido fólico se em uso de leite de vaca ou cabra, de ferro se criança recebe leite de vaca em pó ou in natura a partir dos 2 a 3 meses até 1 ano, dose: 1-2 mg/kg/dia.

Ao fim, como sempre temos feito, salientamos que o texto faz parte de um modelo de assistência à saúde que prioriza a educação dos familiares. Não substitui a orientação profissional individualizada.

18.4.6 ALIMENTAÇÃO APÓS O PRIMEIRO ANO DE VIDA

I. PARTE CONCEITUAL

A erupção dentária, por volta dos 6 meses, determina o início da aquisição da competência para o corte e a trituração dos alimentos. É a hora da introdução das comidinhas pastosas. Nessa idade, a oferta das papinhas de frutas inicia o aprendizado da nutrição com alimentos pastosos, que continua com a oferta das papinhas de legumes, grãos e carnes. A aprendizagem e a adaptação são processos lentos e resultam na aceitação do cardápio familiar com alimentos de diversas consistências e texturas.

Agora serão abordados aspectos nutricionais e alguns sociais, emocionais e comportamentais que cercam a alimentação das crianças que já venceram os primeiros 12 meses de vida.

COMO É A ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA BRASILEIRA?

Há dados científicos mostrando que 95% delas não comem o teor adequado de fibras, 60% não ingerem quantidades apropriadas de vitamina D, 45% não recebem o aporte diário adequado de cálcio e 22% não comem as necessidades diárias de vitamina E. Por outro lado, 100% consomem mais sódio do que o necessário. Se a análise for ampliada, é fácil constatar outros erros que precisam ser corrigidos.

QUANTO E COMO AS CRIANÇAS PRECISAM COMER?

As quantidades de calorias — energia para o corpo funcionar — e de nutrientes essenciais — água, fibras, proteínas, açúcares, gorduras, minerais e vitaminas — que as crianças necessitam variam de acordo com idade, sexo, constituição genética que determina importantes aspectos do indivíduo como a estatura final e a velocidade do crescimento, temperatura ambiente, atividade física e outras variáveis. A nutrição deve garantir crescimento, atividade física, brincadeiras, escolaridade, evacuações e micções normais, ausência de anemia e de outros problemas de saúde, satisfação com a tomada do alimento e vários outros aspectos. Os pais e os pediatras são os juízes do alcance desses objetivos. A pirâmide alimentar dá uma ideia de como deve ser o consumo alimentar ideal. Ela demonstra como os vários grupos de alimentos devem compor a alimentação saudável.

POR FAVOR, TROQUEM EM MIÚDOS!

Os açúcares e/ou massas, gorduras e óleos são os alimentos com maior conteúdo calórico. Os açúcares e as massas devem fornecer 55 a 65% das calorias diárias.

Já as gorduras e óleos devem oferecer 20 a 30% da ingestão calórica total. As calorias restantes são oriundas dos alimentos proteicos (carnes, leites, ovos, feijões e outros alimentos) e correspondem a 15 a 20% do total das calorias necessárias. A ingestão adequada de calorias, distribuída pelos vários grupos de alimentos, como citamos agora, permite que as crianças cresçam, ganhem peso e altura, façam cocô, exerçam suas brincadeiras e mantenham a saúde normal. Quando a ingestão de calorias não é suficiente, o organismo queima suas reservas de açúcares, de gorduras e de proteínas e há perda de peso. A oferta de alimentação rica em produtos vegetais (frutas, grãos, hortaliças, batatas, tubérculos e outros), em produtos animais (carnes, leite e derivados, ovo e vísceras de animais) e em água é suficiente para que as crianças se mantenham normais. Quando a ingestão de um ou de vários desses nutrientes não é satisfatória, sobretudo por muito tempo, há sintomas de doença.

OS NUTRIENTES DE ORIGEM VEGETAL SÃO MELHORES?

A boa nutrição depende de uma grande variedade de produtos animais e vegetais. Há diferenças na digestibilidade e no aproveitamento dos alimentos de origens diversas que, de uma forma geral, não interferem na saúde. A diferença mais importante é sobre o conteúdo do colesterol nas carnes dos distintos animais. Os peixes são os únicos animais sem colesterol nos seus tecidos. Neles existe um tipo especial de gordura recomendada para a alimentação de todos, ômega-3, gordura insaturada que ajuda no combate do colesterol e traz outros benefícios para a saúde. Os outros animais têm colesterol na composição de suas carnes e vísceras, o que favorece o aumento do colesterol sanguíneo.

QUAL A REAL IMPORTÂNCIA DA ÁGUA NA ALIMENTAÇÃO?

O corpo das crianças chega a ter 80% de água. Os adultos têm um pouco mais de 60%. Há informações mostrando que:

- A redução da hidratação é a principal causa de fadiga e de cefaleia. 80% dos adultos que sofrem dores nas costas e nas articulações melhoram com a oferta abundante de água. Redução de 2% da água corporal causa incoerência da memória de curto prazo e outros problemas do rendimento intelectual.
- A pouca ingestão de água favorece o surgimento de cálculos renais. Assim, a ingesta adequada de água é um dos principais itens no tratamento de várias doenças: renais, aumentando o fluxo urinário; respiratória, é o melhor dos expectorantes; dermatológicas, pois auxilia na hidratação da derme etc.
- Até alguns tipos de cânceres, como o de bexiga, são evitados com a oferta abundante de água. A oferta de água durante o dia é uma das estratégias para lutar contra a obesidade.

E A IMPORTÂNCIA DAS FIBRAS?

Elas são componentes não digeridos dos vegetais. Seus benefícios: aumentam da permanência do bolo alimentar no estômago e ajudam a manter a sensação de saciedade por mais tempo; diminuem a velocidade de absorção da glicose e evitam mudanças bruscas nos níveis do açúcar e da insulina — relacionadas com a prevenção da diabetes e da obesidade; retiram parte do colesterol naturalmente presente na refeição e ajudam a proteger contra o aumento do colesterol sanguíneo; servem de alimento para as bactérias boas do nosso intestino e auxiliam na proteção contra o câncer de intestino; regulam o funcionamento adequado do intestino, principalmente quando a ingestão de fibras está associada à adequada ingestão de água e outros líquidos; são importantíssimas para uma defecação normal e previnem o aparecimento de doenças intestinais — constipação, fissuras, hemorroidas, divertículos e outras.

QUAIS OS ALIMENTOS RICOS EM FIBRAS?

As fibras existem nos vegetais e não existem nas vísceras, carnes, óleos, azeites, manteiga e margarina. Os grãos (milho, grão de bico, ervilha, lentilha, gergelim, aveia, arroz integral e pães feitos com trigo integral e o farelo de trigo), as verduras folhosas (repolho, alface, agrião, espinafre e outras), outros vegetais (abóbora, abobrinha, pepino, berinjela, quiabo, maxixe, vagem, broto de feijão, aspargo, batata inglesa com a casca, tomate, inhame, cará, macaxeira), as frutas (laranja, maçã, pera, uva, abacaxi, manga, tamarindo, ameixa, uva passa, abacate e figo, sobretudo se ingeridas inteiras, na forma natural, e não apenas sob a forma de sucos) são exemplos de alimentos que devem ser ingeridos. A ingestão abundante de água é importante.

QUAL A IMPORTÂNCIA DA MASTIGAÇÃO?

As equipes da nutrição dizem que “a mastigação é uma das fases iniciais do processo digestivo, que se inicia no cérebro. Assim, o que ocorre na boca visa à degradação mecânica dos alimentos. Essas porções menores ligam-se entre si pela ação da saliva, obtendo o bolo alimentar, pronto para ser deglutido. A mastigação é um processo que precisa ser incentivado. O exercício de sucção do leite materno (do seio) ou os alimentos oferecidos em pedacinhos mesmo quando os dentes ainda não erupcionaram ajudam a musculatura da cavidade oral a trabalhar e, quando a criança precisa “mastigar”, ela aceita muito bem. Temos que ter atenção com os alimentos muito processados, muito homogeneizados, como os excessivamente cozidos, liquidificados e peneirados. Eles são fáceis de serem ingeridos e não estimulam a mastigação. O resultado pode ser uma criança “preguiçosa” para lidar com sólidos na boca. Há que se dar muita importância à textura dos alimentos no desenvolvimento sensório-motor-oral da criança pequena. Quando as crianças, desde bebês, recebem os alimentos apenas amassados com garfo (e não homogeneizados pelo uso do liquidificador/peneira), eles são estimulados a aprender a lidar com os sólidos na boca. Em

alguns casos, quando recebem a comidinha muito homogênea, mais tarde não aceitam 'verdurinhas', como a folhinha do coentro ou a casquinha do tomate no feijão'. Até os gominhos do suco de laranja são rejeitados. Assim, temos que dar 'trabalho' aos pequenos para que eles cresçam aprendendo a comer os alimentos como nós comemos... Basta dar uma leve amassada com o garfo... Num pratinho de almoço, por exemplo, deve-se estimular a apresentação em separado: carne picadinha com garfo e faca bem miudinha, feijão amassado, legumes amassados, arroz amassado, mas cada um apresentado isoladamente. Aqueles pratinhos tipo 'sopinha', nos quais se cozinha tudo junto, devem, aos poucos, serem substituído, evoluindo para um prato semelhante ao dos adultos, respeitando a dieta dos pequenos".

COMO ESTIMULAR A INGESTÃO DOS ALIMENTOS SAUDÁVEIS?

Há dois componentes fundamentais:

- As crianças conhecem os alimentos que os pais comem — as crianças não vão ao mercado. As que têm a oportunidade de acompanhar os seus pais nas compras devem ser educadas sobre a escolha dos produtos saudáveis. Nossas crianças são bombardeadas por propaganda de alimentos artificiais. O sabor, o cheiro, a cor, a consistência e o rótulo são cuidadosamente estudados e testados para agradar aos "baixinhos". É zero a propaganda e quase zero a divulgação dos alimentos e cardápios saudáveis e naturais. Se continuarmos comprando biscoitos enfeitados com bichinhos, iogurtes coloridos e bem apresentados, refrigerantes sedutores, sopinhas e papinhas de frutas cheias de charme, não devemos esperar que as crianças tenham interesse pelos alimentos mais sadios e naturais.
- O maior exemplo para as crianças é a rotina alimentar da casa — familiares que não têm horário de refeição em conjunto, não comem alimentos saudáveis, permitem que os alimentos artificiais sejam expostos em recipientes transparentes ou nas prateleiras mais baixas da geladeira, não determinam um modelo alimentar a ser seguido e não estabelecem limites, favorecem o desregramento alimentar.

MAIS DADOS POR FAVOR!

Para marcar a importância do exemplo familiar resumimos alguns dados da pesquisa publicada pela revista Saúde. Reunir a família nas refeições estimula a união entre pais e filhos e ajuda no desenvolvimento social e cognitivo das crianças. A pesquisa destacou que:

- 49% dos paulistanos jantavam em família todos os dias. Mas 69% se alimentavam enquanto assistiam à TV e 93% das paulistanas consideravam esse o principal momento de conversa com os filhos. No estudo global, em vários

continentes, 60% dos entrevistados disseram que essa é a hora de estar com a família enquanto 79% dos brasileiros compartilhavam dessa mesma ideia.

- A televisão ligada prejudica a interação familiar e dificulta a cumplicidade que deve haver entre pais e filhos, prejudicando a ingestão de alimentos mais sadios. A pesquisa cita que a conversa ao redor da mesa estimula o desenvolvimento social e cognitivo da criançada e amplia o seu vocabulário.

E LÁ FORA, COMO É?

Pesquisa no Reino Unido mostrou que as crianças que faziam regularmente as refeições com os pais tinham quase o dobro de chance de tirar notas boas comparadas com as que não desfrutaram do hábito. E os adolescentes que adotavam o ritual apresentaram menores probabilidades de se envolver em brigas ou de serem suspensos da escola. Eles também ficam menos vulneráveis ao uso de drogas, sexo sem proteção e depressão. A reportagem da BBC lança mais luz sobre o assunto e mostra com muita ênfase.[3] Refeições em família: Como as crianças se beneficiam do contato com os pais à mesa" https://www.bbc.com/portuguese/geral-45424589

ESSAS ATITUDES SÃO SUFICIENTES?

Elas são essenciais e é possível afirmar que o desenvolvimento de um bom padrão alimentar começa por elas. Devemos ainda acrescentar que as crianças devem ter tempo para a alimentação, não se estendendo além de 40 minutos. Elas podem comer sobremesas que nunca devem ser apresentadas como compensação ("se comer, ganha sobremesa") e sim como complementação da refeição. As sobremesas mais indicadas a serem oferecidas são as nossas deliciosas e doces frutas. Precisamos diminuir a supervalorização do doce, principalmente com as crianças bem pequenas. Elas devem tomar pequena quantidade de líquidos nas refeições e devem ser envolvidas no preparo dos alimentos ou na montagem da mesa de refeição. Evidentemente, é fundamental variar o cardápio para evitar a monotonia alimentar. Então não é boa norma ofertar sempre os mesmos produtos apenas porque as crianças gostam. É importante que as crianças, mesmo quando almoçam em casa, sem os pais, sirvam-se à mesa e, tão logo possam, façam o seu prato, escolhendo a variedade (com ajuda do adulto acompanhante) e decidindo, de alguma maneira, a quantidade. Colocar muita ou pouca comida no prato traz uma série de experiências: "coloque pouca comida para não estragar", "se colocou no prato, coma!", ou "faça seu prato com um representante de cada grupo alimentar", dentre outros exemplos. Caso os pais não possam participar do almoço dos filhos, durante a semana, devem deixar cardápios bem estruturados e variados para que as funcionárias sigam algum roteiro. Deixar a criatividade por conta da cozinheira e/ou babá pode empobrecer o cardápio.

3 Idoeta PA. Refeições em família: Como as crianças se beneficiam do contato com os pais à mesa [Internet]. 2018 Nov 12; [about 10 screens]. Available from: https://www.bbc.com/portuguese/geral-45424589.

QUER DIZER QUE AS CRIANÇAS NÃO PODEM COMER GULOSEIMAS?

Não, muito ao contrário. As crianças podem comer de tudo, até as guloseimas. Mas elas não devem fazer parte do cardápio rotineiro, habitual. Elas devem saber, saber muito bem, e isso deve ser dito e praticado rotineiramente, que a bala, o sorvete e o refrigerante vão ser experimentados nas festinhas, no fim de semana, quando papai e mamãe estiverem com elas no restaurante. O que defendemos é que as crianças não têm condições, por não saberem o que é bom e o que é mau, de definir a rotina alimentar. Essa é função dos pais. Evidentemente, as crianças têm o sagrado direito de optar por uma sopinha mais ou menos espessa, têm o sagrado direito de optar pelo leite temperado por uma farinha ou uma fruta, pois estão optando por variantes de alimentos saudáveis. Assim, a rotina deve ser inteligentemente montada, ouvindo as crianças, permitindo uma certa margem de manobra. O que acontece, atualmente, é que as crianças têm uma vida social muito intensa e são frequentemente convidadas para festinhas de aniversários. Nelas, a criançada é abarrotada de guloseimas muito calóricas e de baixo valor nutricional e, ao final, ganham a famosa "lembrancinha" que é sempre uma caixinha com mais bombons e chocolates para continuar se fartando em casa. Os pais têm que estar atentos a essa "invasão" de doces que rendem a semana toda e quando estão acabando, novos eventos surgem. Há quem negocie com os filhos para que a ingestão do conteúdo da sacolinha aconteça somente no ambiente da festa.

COMO EVITAR AS GULOSEIMAS NAS FESTINHAS?

Um truque praticado por algumas mães ensina que, antes de ir aos encontros sociais, sobretudo os aniversários da meninada, seja oferecida às crianças uma alimentação caseira, rotineira, rica de nutrientes. Dessa maneira, elas chegarão às festas com o "buchinho cheio" e estarão mais interessadas nas brincadeiras do que nos doces.

MEU FILHO NÃO COME TUDO QUE COLOCO NO PRATO. É NORMAL?

As crianças têm, desde o nascimento, mecanismos de saciedade que devem ser muito bem respeitados. Assim quando demonstram os mínimos, os primeiros sinais de "barriguinha cheia", a ingestão deve ser suspensa e todos devem respeitar esses avisos da biologia. Ocorre que nós, adultos, por termos ideias errôneas sobre as necessidades nutricionais das crianças, por não as observarmos corretamente, por trazermos vícios da época em que éramos meninos ou meninas, por ansiedade e por outras razões, achamos que a quantidade que eles devem ingerir é a que nós definimos. Usualmente, quando resta algum alimento na mamadeira, no copo ou no prato, os adultos que estão observando a alimentação têm a impressão falsa de que as crianças comeram pouco e que vão ficar com fome. Por isso, a melhor estratégia é ofertar pequenas porções de alimento e permitir que elas solicitem mais.

COMO SEI SE MEU FILHO COMEU O SUFICIENTE NUMA REFEIÇÃO?

Crianças que, após a refeição, ficam tranquilas, calmas, brincam normalmente, não choram e não ficam irritadas devem ter comido o suficiente. Evidentemente, as crianças que falam podem informar que ainda estão com fome. Ao contrário, quando a porção não foi suficiente para matar a fome, elas sinalizam falando, ou ficam inquietas, irritadas ou pedem outra alimentação num intervalo muito curto.

COMO AVALIAMOS SE A ALIMENTAÇÃO ESTÁ ADEQUADA?

Os familiares atentos têm mecanismos de ler seus filhos e para verificar, dentre vários outros aspectos, se a alimentação está sendo adequada no médio e no longo prazo. Primeiro, há o indicador do consumo alimentar. Crianças normais não são as que comem muito. O modelo ideal são as que consumem porções aceitáveis de vários produtos de forma continuada. Esse indicador é o que mais transtorna os familiares que estão sempre julgando que seus filhos comem menos do que deveriam e eles estão sempre pressionando os pediatras com a queixa de falta de apetite. Segundo, há os indicadores de saúde geral. Crianças que brincam, correm, pulam e sorriem, que estão coradas, que não adoecem excessivamente, que evacuam e urinam normalmente, que se comportam como seus coleguinhas e que nada apresentam de anormal, devem estar bem nutridas. Mesmo que os familiares achem que elas comem pouco, devem estar normalmente nutridas. Mas é sempre bom desconfiar, observar bem e relatar aos pediatras as observações de vocês. E mesmo que tudo pareça muito bem, é importante a fiscalização periódica feita pelos pediatras, pois há problemas que eles podem descobrir no exame rotineiro. Há problemas que não são percebidos pelos familiares e que os pediatras têm mecanismos de evidenciar.

COMO OS MÉDICOS AVALIAM?

É recomendação universal para que todas as crianças e adolescentes, em qualquer parte da terra, sejam assistidos de forma contínua, programada, qualificada, pelos pediatras habilitados para verificar se as crianças são normais e, portanto, se a nutrição e as outras condições para chegar à vida adulta com saúde estão sendo mantidas em nível ótimo. Os pediatras analisam: se existem doenças que causam falta de apetite; a adequação dos ganhos de peso e de altura, sobretudo pela análise dos gráficos de crescimento; como os pais lidam com os aspectos emocionais e comportamentais relativos à alimentação dos seus filhos desde o nascimento. Após essa análise, é que os médicos definem se as crianças são ou não saudáveis e se a falta de apetite é real ou faz parte de uma visão distorcida das necessidades nutricionais ou é evidência de um contexto de ansiedade familiar.

MAS COMO MONTAMOS OS CARDÁPIOS PARA AS VÁRIAS IDADES?

Os pilares básicos para que se consiga isso são:

- O conhecimento sobre os principais aspectos da nutrição saudável. Ter "grana" e comprar os produtos errôneos é infelizmente comum.
- A oferta de alimentos variados: leite e derivados, carnes, vísceras, feijão, produtos com trigo, arroz, ervilha e outros grãos, verduras, frutas, água. Assim é possível fornecer as calorias, as proteínas, as gorduras, os açúcares, a água, os minerais, as vitaminas.
- É importante, desde o início, tentar fazer com que a primeira refeição, de manhã, seja abundante e rica e que, ao longo do dia, as refeições sejam ricas dos principais nutrientes necessários para a manutenção da normalidade. É importante que a última, antes do sono da noite, seja mais simples e leve.
- A composição do cardápio deve respeitar a disponibilidade local de alimentos e a cultura familiar.
- É preciso respeitar o apetite e a sede, mecanismos reguladores que são capazes de fazer com que cada indivíduo busque se alimentar e se hidratar adequadamente.
- O respeito à individualidade. Há crianças que não gostam de leite e que consomem seus derivados, há as que comem pequenas porções de alimentos e as que comem grandes porções (ambas podem ser sadias), há as que gostam de inhame e as que não gostam.
- A fiscalização do pediatra.

QUANDO OFERECER O CUSCUZ, A TAPIOCA E O PIRÃO?

Logo após o primeiro ano de idade, ou até um pouco antes, a criançada deve ser estimulada a experimentar, para mais na frente consumir os alimentos tradicionais da sua região. Evidentemente, devem ser observadas a consistência e outras características dos pratos típicos e a idade das crianças para, com critério e senso crítico, oferecer os alimentos apropriados. O pirão de peixe é um excelente exemplo e pode ser ingerido pela turma de menos de um ano de idade. O pirão de ovo e o pirão ou tutu de feijão são outros exemplos. A tapioca e o cuscuz, tão típicos do Nordeste, por sua consistência, devem ser apresentados muito cedo à criançada. Elas devem conhecer a realidade da sua região e da sua família e devem ser estimuladas a participarem da alimentação que ajuda a caracterizar a cultura de onde moram.

A ERUPÇÃO DENTAL INDICA A HORA DE INTRODUZIR ALIMENTOS?

A erupção dental sinaliza a capacidade de cortar, triturar e esmagar os alimentos em suas várias apresentações. Aos doze meses de idade já devem ter erupcionado todos os incisivos. Assim, nessa idade, as crianças devem tomar alimentos tenros

(pedaço de frutas, de pão, de biscoito e tirinha de carne bem cozida) em suas mãos para cortá-los com esses dentinhos. A erupção dos caninos (16 a 18 meses de idade) e dos primeiros molares (15 a 16 meses) marcam a possibilidade de triturar e esmagar os alimentos. Então, com um 1 e meio, as crianças podem cortar e triturar os alimentos e é hora de introduzir os alimentos que precisam ser submetidos a esses processos mastigatórios (grãos e pedacinhos de carne, todos bem cozidos). Os segundos molares que nascem aos vinte a trinta meses marcam, ainda de forma mais definitiva, essa capacidade. Evidentemente, isso é parte do processo, pois também há necessidade de amadurecimento neurológico para que as crianças peguem o alimento, levem à boca e mastiguem. Então, há necessidade da integração de várias capacidades para que essa função seja exercida e isso vai ocorrendo lentamente. Assim a competência para pegar o garfo com uma mão e a faca com a outra e cortar a carne só vai ser possível lá pelos 6 anos de idade. Isso tudo é para dizer que os familiares devem observar o surgimento dessas habilidades que vão indicando os caminhos a seguir. Devemos lembrar que, mesmo antes de erupcionar, os dentinhos já estão sob a gengiva e permitem uma certa força na mordida. Observem a gengiva do desdentado: ela é atrofiada e composta basicamente por "tecido mole". A gengiva dos bebês tem tanta força que pode até nos machucar se colocarmos nosso dedo e eles "morderem". Essa característica é primordial no domínio do alimento sólido (grão de feijão, milho etc.) na boca "sem dente".

QUAIS ALIMENTOS OFERECER PARA CRIANÇAS ACIMA DE 1 ANO?

A alimentação adequada deve olhar para a quantidade, a harmonia e a adequação do que é ofertado. Esses quatro elementos são os princípios que regem a boa alimentação. Em geral, as crianças podem comer tudo, respeitadas as regras que caracterizam a boa alimentação. A oferta ideal de alimentos para as crianças de 1 a 3 anos deve conter 45-65% de açúcares/carboidratos, 30-40% de proteínas e 5-20% de gorduras. Na idade de 4 a 18 anos, deve conter 45-65% de açúcares/carboidratos, 10-30% de proteínas e 25-35% de gorduras. Essa noção é dada para ressaltar a importância da oferta de proteínas nas crianças de menor idade, quando elas estão com intenso ritmo de crescimento e assim com intensa necessidade desse componente nutricional.

A RESPOSTA NÃO É PRÁTICA. COMO DEVE SER O CARDÁPIO?

De uma maneira geral, o cardápio é composto de:

- Primeira refeição: aproximadamente 200 mL de leite e outros alimentos do café matinal dos familiares: pão, queijo, inhame, batata-doce e frutas. O leite deve ser tomado no copo ou numa alimentação para ser dada de colher tipo papa de aveia.
- Lanche: deve ser uma refeição leve, não copiosa, para que as crianças cheguem com fome ao almoço: frutas ou um iogurte.

- Almoço: deve ter a consistência pastosa, tipo purê, e conter fragmentos bem pequenos de carnes, vísceras ou legumes, pois a mastigação ainda não é bem desenvolvida nessa idade. Os alimentos devem ser bem cozidos para que possam ser esmagados pelo garfo ou cortados em fragmentos pequeninos. Devem ser ofertados grãos das leguminosas (feijão, fava, ervilha, lentilha, grão de bico) + grãos dos cereais (arroz, trigo, milho), suavemente amassados + carne ou víscera bem picadinha + vegetais (cenoura, chuchu, jerimum ou abóbora, batata-doce ou inglesa, inhame, macaxeira ou aipim e outros) também bem picadinhos ou amassados. Evidentemente, esses alimentos não são ofertados todos juntos e, a cada dia, é possível fazer uma mistura diferente. Pouco sal, paciência, calma, tempo e persistência são ingredientes essenciais.
- Lanche da tarde: parecido com o da manhã, tendo o cuidado de variar.
- Jantar: sopa com grãos das leguminosas, cereais, carnes (peixe, frango e outras), vísceras, batatas, verduras e um pouco de leite.
- Refeição das 22h: nessa idade, essa refeição não deve existir.

MAS ESSE PROCESSO É DINÂMICO, NÃO É?

A evolução do cardápio é um processo dinâmico e o que é aceito pelas crianças de 13 meses pode ser um pouco diferente do que é ingerido pelas de 20 meses. Elas próprias vão indicando os caminhos na medida em que passam a se interessar pelo que os familiares comem. Daí a importância da participação na alimentação dos adultos. As mudanças mais importantes ao longo desse segundo ano de vida são na consistência, pois o conteúdo não é muito diferente. O feijão e os outros grãos devem ser cada vez menos homogeneizados para que eles passem gradualmente a serem levados à boca como se apresentam. Os fragmentos de carnes, vísceras e legumes devem ser cada vez maiores.

AS CRIANÇAS, APÓS 1 ANO, DEVEM TOMAR QUE VOLUME DE LEITE?

Se elas conseguem tomar 200 mL de leite por vez, duas vezes ao dia, e mais uma certa porção de derivados do leite (queijos, iogurtes) está ótimo. Não é definido com precisão até qual idade o leite e seus derivados são importantes e em qual quantidade para a nutrição humana. O que se sabe bem é que até os 4 ou 5 anos o ser humano está habilitado a digerir a lactose, o açúcar do leite. Após essa idade, muitas pessoas adoecem por falta da enzima lactase que produz essa digestão. Então, esse pode ser um sinal da natureza de que leite em grande quantidade após os 4 ou 5 anos deve ser evitado. Leite, iogurtes, coalhadas e queijos continuam como uma fonte importantíssima de proteína e de cálcio, as crianças mais velhas, os adolescentes e até os adultos que consomem podem ser beneficiados por isso.

QUAL A POSIÇÃO DE VOCÊS SOBRE OS "POTINHOS"?

Os potinhos com as papinhas de frutas ou sopinhas devem ser exceção mesmo para as crianças pequeninas. A base da alimentação das crianças após o primeiro aniversário deve ser com produtos naturais como as frutas que podem ser consumidas sem transformação especial ou com o mínimo de manipulação (sucos, saladas) e com outros produtos também naturais de origem vegetal (hortaliças, batatas e outros), ou animal preparados em qualquer cozinha domiciliar, todos encontrados nos supermercados e feiras pelo nosso imenso país. É evidente que os pães, os biscoitos e bolachas, o leite e seus derivados, que nós consumimos, também fazem parte da alimentação que pode ser consumida pelas crianças.

O QUE MAIS SOBRE A ALIMENTAÇÃO ENTRE 1 E 2 ANOS?

As crianças dessa idade ainda são muito dependentes dos adultos e precisam de assistência especial durante a alimentação. Elas estão começando a usar as mãos com mais desembaraço, mas ainda não podem sozinhas suprir os seus pratinhos nem cortar os alimentos. Perto de 1 ano de idade, elas habitualmente recebem os seus pratinhos montados e os adultos devem estar juntos para supervisionar a tomada dos alimentos. Lá na frente, perto do segundo aniversário, é possível que elas possam escolher entre os alimentos oferecidos, no almoço, por exemplo, os seus preferidos e começar a colocá-los nos seus pratinhos. Mas, mesmo nessa idade, a importância dos adultos supervisionando, ajudando, é importante. As frituras devem ser consumidas com parcimônia.

E O CARDÁPIO DAS CRIANÇAS DE 2 A 5 ANOS?

Gradativamente, o cardápio passa a se aproximar do dos adultos:

- Primeira refeição: aproximadamente 200 mL de leite e outros alimentos do café matinal dos familiares: pão, queijo, ovo, inhame, batata-doce, frutas e alimentos da culinária regional como o muxá do Espírito Santo. A mamadeira não deve ser usada nessa fase e o leite no copo ou como uma papa com cereais devem ser oferecidos. Um sanduíche com queijo também é um alimento que as crianças dessa idade consomem com prazer.
- Lanche: habitualmente, no colégio, continua sendo uma refeição leve, não abundante, como uma porção de frutas.
- Almoço: deve ser o consumido pelos adultos, pois a meninada já tem competência para bem mastigar os alimentos. Os grãos (feijão, ervilha, arroz preferentemente integral, trigo sob a forma de macarrão e outros), carnes e vísceras cortados em fragmentos não muito pequenos são importantes na nossa cultura. Um alimento usado provavelmente de forma excessiva é o purê de batata inglesa que fornece exclusivamente açúcares; o purê é

associado a outros alimentos também ricos em açúcar (tipo arroz e macarrão); isso é seguramente errôneo; quando a refeição oferecer um desses alimentos, exemplo, o purê, não deve ofertar os outros; e esse é o período mais propício para a introdução das hortaliças, dos vegetais folhosos, das batatas e dos tubérculos (alface, repolho, couve, agrião, espinafre, jerimum ou abóbora, chuchu, batatas-doces, inhame e outros) sob várias formas; podem ser ofertados em saladas ou cozidos; há necessidade de variar o cardápio e pouco sal, paciência, calma, tempo e persistência são ingredientes essenciais; uma sobremesa pode ser oferecida.

- Lanche da tarde: parecido com o da manhã, tendo o cuidado de variar;
- Jantar: sopa com legumes, verduras e grãos, carne e vísceras como a dos adultos; um pouco de leite pode ser tomado, mas nunca na mamadeira; em algumas residências essa última refeição ainda oferece sanduíches, inhame e outros alimentos da culinária regional.

O QUE MAIS É IMPORTANTE NA ALIMENTAÇÃO DESSA IDADE?

A participação dos adultos passa a ser cada vez menos importante e a criança de quatro ou cinco anos escolhe seus alimentos, monta seus pratos, faz suas misturas e usa as mãos com destreza suficiente para tomar sozinhos os seus alimentos. Cortar a carne ainda é uma tarefa que precisa de ajuda. As frituras devem ser evitadas. As frituras, nessa e nas outras idades, e o excesso de sal devem ser evitados. Novamente, ressaltamos a importância da conservação e do preparo higiênico dos alimentos para evitar doenças.

QUANDO LEVAR AS CRIANÇAS PARA OS RESTAURANTES?

O bom senso indica que devem ir aos restaurantes as crianças que podem comer os alimentos servidos nesses estabelecimentos. Ir com as de um ano ou um ano e pouco para se alimentar em restaurantes não parece recomendável. É possível que a partir dos três ou quatro anos de idade seja possível que elas se alimentem nesses locais. Muito importante é que o estabelecimento seja aberto, tenha espaço para a turminha dessa idade se movimentar e ofereça um cardápio que possa ser ajustado às características da meninada. Há sempre que se ter muito cuidado com a qualidade da cozinha para que elas não consumam alimentos deteriorados.

QUANTOS OVOS PODEM SER DADOS POR SEMANA?

É pergunta comum dos familiares, pois há crianças “vidradas” em ovo. Acreditamos que dar um ovo de galinha por dia é uma boa norma. Mas há os que querem comer dois ou mais por dia. Para esses, talvez a boa conduta seja conversar e tentar que comam menos. Mas também não há que se armar uma encrenca por isso. Crianças são assim: apaixonam-se por um tipo de alimento e tempos após

mudam. Então, para os apaixonados pelo ovo, para os que querem dois ou mais, um ou dois dias da semana deixem que comam esse número de ovos, e esperem que após algum tempo essa paixão diminua. Os ovos de galinha de capoeira e os ovos de codorna são duas boas opções.

E O CARDÁPIO DOS 5 ANOS ATÉ O INÍCIO DA ADOLESCÊNCIA?

Nessa fase, as crianças participam ainda mais intensamente e já podem tomar sua alimentação sem a presença próxima do adulto. Mas sempre é importante que alguém continue a supervisionar de longe o que está sendo consumido, pois há uma grande tendência a desvios do que é sadio. O consumo de vegetais de todos os tipos (grãos e hortaliças) e de frutas deve ser sempre prestigiado. As carnes e as vísceras devem ter um lugar especial na alimentação da turma dessa idade. As frituras e o excesso de sal devem ser evitados.

QUAL O CARDÁPIO DOS ADOLESCENTES?

Os adolescentes apresentam aumento das necessidades nutricionais devido a aceleração do crescimento da puberdade e do aumento da massa corporal. O ganho ponderal e ósseo é maior nos adolescentes e por mais tempo que nas adolescentes. Eles ganham mais massa muscular e menos massa gordurosa quando comparados com elas. Há aumento da densidade óssea. Como consequência de todos esses fatos, há um aumento de apetite em ambos os sexos. Eles comem o que os adultos consomem, em maior quantidade, e devem ser mantidas as regras gerais da boa alimentação e a restrição dos alimentos como fast foods tão comuns e desejados pelos adolescentes. Reforçamos sobre os malefícios das frituras e do excesso de sal.

E O COMER NA FRENTE DA TELEVISÃO?

A alimentação deve ser tomada na mesa, preferentemente com o adultos. A rotina da alimentação (horários, lavagem prévia das mãos, local) deve conter certos rituais para que o resultado, no longo prazo, seja satisfatório. Comer na frente da televisão, seguramente, não faz parte dos ritos.

QUANDO OFERECER CAMARÃO E LAGOSTA?

Nada há que impeça que as crianças de um ou mais anos experimentem todos os alimentos sadios consumidos pelos familiares, inclusive camarão, lagosta, sururu, ostra e outros frutos do mar. Falamos em alimentos sadios, pois eles são sensíveis às más técnicas de conservação e se deterioram com facilidade. Assim, podem ser veículo de importantes infecções alimentares.

E AS SUGESTÕES DE LANCHES PARA ESCOLA, CRECHE E PASSEIOS?

Os lanches devem ser leves, compostos de alimentos naturais (sucos, frutas, doces caseiros, sanduíches leves, bolos, biscoitos), sempre adaptados ao cardápio familiar e variados a cada dia quanto ao tipo, cor, cheiro e apresentação. Algumas escolas adotam o lanche saudável e os pais são desestimulados a mandar produtos artificiais (salgadinhos, refrigerantes, etc.) e a oferecerem alimentos naturais e leves. Vale a pena propor a escola do seu filho e aos demais pais, atitudes como estas.

QUAL A POSIÇÃO QUANTO AOS FAMOSOS SALGADINHOS?

Devem ser evitados e nunca deixar à critério da criança a quantidade a ser ingerida. Liberar um pacote de salgadinhos ou de batata frita ou de outros alimentos é um erro grosseiro. Os salgadinhos rompem a educação alimentar e são grave empecilho à montagem de um cardápio sadio. Não devem ser comprados para a casa. O sal que contém são um problema à parte.

COMO CUIDAR DAS CRIANÇAS QUE COMEM POUCO? QUANDO A CRIANÇA DEVE TOMAR REMÉDIOS PARA ABRIR O APETITE? E VITAMINAS? DEVEM SER UTILIZADAS?

Esse assunto é debatido no capítulo 42 deste livro.

A DIETA DA CRIANÇA TEM RELAÇÃO COM DIABETE E PRESSÃO ALTA?

Esse e outros assuntos sobre a alimentação são debatidos nos capítulos 18, 25 e 42 deste livro.

E A ALIMENTAÇÃO VEGETARIANA E A MACROBIÓTICA?

Algumas observações sobre essa questão importante:

- O ser humano não é exclusivamente herbívoro nem exclusivamente carnívoro. É onívoro e se alimenta de diferentes produtos vegetais e animais.
- Todo o saber científico acumulado sobre a nutrição humana continua a referendar que é sábio nós nos alimentarmos com pequenas porções de variados produtos animais e vegetais. Não é sábio restringir a alimentação a apenas uma linha de produtos.
- Algumas famílias decidem não oferecer carnes e derivados para os filhos. Isso deve ser feito com responsabilidade, uma vez que alguns nutrientes essenciais como a vitamina B12 só estão presente nos alimentos de origem animal. Uma forma de atenuar a exclusão das carnes (de boi, de frango, peixe etc.) é usar o leite e o ovo.

- As famílias que decidem excluir as carnes da dieta do filho precisam desenvolver habilidade culinária para fazer as combinações adequadas dos grupos vegetais (leguminosas + cereais, hortaliças cruas e cozidas, frutas diversas, tubérculos, oleaginosas, por exemplo).
- E essas mesmas famílias devem lembrar que as crianças precisam ser bem apoiadas para não se sentirem estranhas "no ninho". Em outras palavras, enquanto as crianças são pequeninas, as famílias conseguem fazer com que elas comam uma linha de produtos, depois, na escola e nas festas de aniversário dos colegas, elas vão ser expostas aos fast foods e precisam estar muito seguras para não entrarem em conflito com o mundo que as cerca.
- As famílias que decidem adotar uma postura alimentar muito restritiva têm que ter muito cuidado com a saúde dos filhos e os pediatras também.

ONDE PODEREMOS LER MAIS SOBRE O TEMA?

As fontes de leitura sobre o tema são muito amplas e a internet oferece amplas opções de leitura. Uma fonte que recomendamos para os familiares é o livro *Crescendo com saúde: o guia de crescimento da criança*, de Maria Luiza de Brito Ctenas e Márcia Regina Vitolo.

II. PARTE PRÁTICA

OBSERVAÇÕES DE UMA COLABORADORA:

Agora repassamos as observações de uma das nossas colaboradoras:

> "Quando nos tornamos pais, todos pensamos fazer o melhor para nossas crianças. Isso na educação, no quotidiano, na alimentação. Mas, muitas vezes erramos. Em teoria, alimentar uma criança corretamente é muito fácil. Na prática, não é assim. Eu que nasci e fui criada em outro país, quando cheguei ao Brasil, já com um filho, entre outras coisas, tive dificuldades para lutar contra os refrigerantes, os salgadinhos, a quantidade de óleo usada pela empregada na comida. Notei também que muitas mães acham que suas crianças não comem o suficiente, que grande número de pessoas acha que uma criança gordinha é sinônimo de saúde, mesmo se depois os critérios de beleza mudam e essa criança gordinha de hoje tem que fechar a boca no futuro. Ela então sofre.
>
> Então, pensei que uma reunião sobre alimentação das crianças poderia dar algumas regras básicas:
>
> I. Não forçar.
> II. Não parabenizar o que come.

III. Definir que a gente come para se alimentar, não para agradar papai e mamãe.
IV. Nada de prato cheio.
V. Tomar cuidado com o lanche;
VI. Não “beliscar”.
VII. É importante variar a comida.
VIII. Tentar respeitar os horários de refeições.
IX. Ressaltar a importância das refeições tomadas em família, pois são um momento de convívio e de troca, que tem que ser vivida na tranquilidade, na mesa, com a televisão desligada.
X. Os pais, como sempre, devem dar o exemplo.

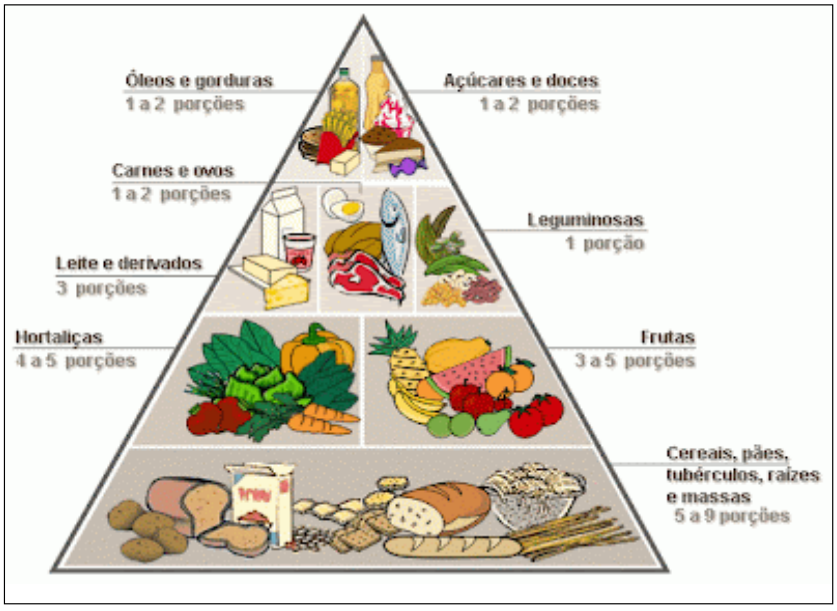
E, sem dúvida, vocês já devem ter feito algo igual. Isso são apenas as reflexões de uma mãe que procura ter bom senso!”

III. PIRÂMIDE ALIMENTAR

A pirâmide alimentar é um instrumento educacional para que os familiares e as próprias crianças entendam a importância de cada um dos grupos de alimentos que compõem a alimentação. Ela demonstra que há alimentos que devem ser ofertados com maior abundância e frequência e outros com menor abundância e frequência. Os alimentos da base da pirâmide devem estar na mesa com maior abundância do que os que estão no ápice.

A pirâmide é vista em vários sites da internet. Abaixo um dos modelos encontrados.

Figura 1– Pirâmide alimentar para uma alimentação equilibrada e variada.



Fonte: Educação na mão (2025c).

Abaixo, a tabela mostra os alimentos que devem ser mais consumidos (base da pirâmide — nível 1), os que devem ser moderadamente consumidos (meio da pirâmide — níveis 2 e 3) e os que devem ser pouco consumidos (topo da pirâmide — nível 4).

Tabela 1- Alimentos que devem ser mais consumidos

Número de porções ao dia recomendada de acordo com a faixa etária, segundo grupos da Pirâmide Alimentar	Níveis da Pirâmide	Grupo Alimentar	Idade			
			6 a 11 meses	1 a 3 anos	4 a 11 anos	adolescentes
	1	Cereais, pães, tubérculos e raízes	3	5	5	5 a 9
	2	Verduras e legumes	3	3	3	4
		Frutas	3	4	3	5
	3	Leites, queijos e iogurtes	3	3	3	3
		Carnes e ovos	2	2	2	2
		Feijões	1	1	1	1
	4	Óleos e gorduras	2	2	1	1
		Açúcar e doces	0	1	1	2

Fonte: Os autores.

QUANTIDADE DE ALIMENTOS QUE REPRESENTAM UMA PORÇÃO:

- Pães, cereais, tubérculos e raízes: 1 e ½ colher de sopa de aipim cozido ou macaxeira ou mandioca ou 2 colheres de arroz branco cozido ou aveia; 1 unidade média de batata cozida; ½ unidade de pão francês; 3 unidades de biscoito de leite ou biscoito tipo cream-cracker;4 unidades de biscoito tipo “maria” ou “maisena”.
- Frutas: ½ unidade de banana nanica ou caqui ou fruta do conde; 1 unidade de caju ou carambola ou kiwi, laranja, pera, laranja-lima, nectarina ou pêssego; 2 unidades de ameixa preta, ou vermelha; 4 gomos de laranja-baía ou seleta; 9 unidades de morango.
- Verduras, legumes e hortaliças:1 colher de sopa de beterraba crua ralada, cenoura crua, chuchu cozido, ervilha fresca ou couve manteiga cozida;2 colheres de sopa de abobrinha ou brócolis cozidos; 2 fatias de beterraba cozida;4 fatias de cenoura cozida; 1 unidade de ervilha torta ou vagem; 8 folhas de alface.
- Leguminosas:1 colher de sopa de feijão cozido, ervilha seca cozida, ou grão de bico cozido; ½ colher de sopa de feijão branco cozido, lentilha cozida ou soja cozida.
- Carne bovina, frango, peixe e ovos: ½ unidade de bife bovino grelhado, filé de frango grelhado, omelete simples, ovo frito, sobrecoxa de frango cozida ou hambúrguer (caseiro); 1 unidade de espetinho de frango, ovo cozido ou moela; 2 unidades de coração de frango; 1 filé de merluza ou pescada cozido;

½ unidade de peito de frango assado, sobrecoxa ou coxa; ½ fatia de carne bovina cozida ou assada; 2 colheres de sopa de carne bovina moída refogada.

- Leites, queijos e iogurtes: 1 xícara de chá de leite fluido; 1 pote de bebida láctea, iogurte de frutas ou iogurte de polpa de frutas; 2 potes de leite fermentado ou queijo tipo petit suisse; 2 colheres de sopa de leite em pó integral; 3 fatias de muçarela; 2 fatias de queijo minas, pasteurizado ou prato; 3 colheres de sopa de queijo parmesão.
- Óleos e gorduras: 1 colher de sobremesa de azeite de oliva, óleo de soja, milho ou girassol; 1 colher de sobremesa de manteiga ou margarina.
- Açúcares: ½ colher de sopa de açúcar refinado; 1 colher de sopa de doce de leite cremoso ou açúcar mascavo grosso; 2 colheres de sobremesa de geleia; 3 colheres de chá de açúcar cristal.

As noções contidas nos textos deste livro vislumbram a importância de educar os familiares para bem cuidar da saúde das nossas crianças e dos nossos adolescentes. Não substituem a orientação profissional individualizada.

PARTE II
PRINCIPAIS PROBLEMAS



FOTO: UNSPLASH

19 | CERCA DE 100 DOENÇAS ATÉ OS 10 ANOS DE IDADE

Carlos Gonçalves de Oliveira
João Gonçalves de Medeiros Filho
Otelo Schwambach Ferreira
Magda Carneiro-Sampaio
João Guilherme Bezerra Alves

Toda criança normalmente tem, até os 10 anos, cerca de 100 doenças. Esse é o modelo biológico estruturado para que o ser humano desenvolva o seu principal sistema de defesa, o imunológico. Para ter saúde, a criança precisa ter contato com germes que causam infecções. É assim que desenvolve seu esquema de proteção contra muitas doenças comuns. Isso é baseado, sobretudo, na memória imunológica que ela guarda do contato com os agentes infecciosos.

As vacinas do calendário usual e outras dadas em circunstâncias especiais, como no caso da Covid-19, também estimulam o sistema imunológico. Algumas infecções, hoje incomuns face à vacinação rotineira, eram frequentes na época em que a proteção vacinal não existia. O sarampo é um bom exemplo: até os anos de 1960, 70% de todas as crianças contraíam sarampo e algumas desenvolviam quadros graves, que podiam levar até à morte. Hoje o sarampo é incomum.

É DE ASSUSTAR! 100 DOENÇAS!? É ISSO MESMO?

É aproximadamente esse o número de problemas de saúde que todas as crianças normais devem ter até completar 10 anos de idade. Isso ocorre no Brasil, na Europa, na América do Norte e na Ásia. É assim em todo o mundo.

E COMO VOCÊS SABEM DISSO?

Esse número, mais ou menos 100 doenças até os 10 anos de idade, é revelado em várias pesquisas realizadas pelo mundo. São estudos bem-feitos nos quais o nariz entupido, a feridinha na pele, a cárie dentária, o corte na pele, o olho irritado, a verruga, um episódio de vômito, outro de diarreia, alguns dias de tosse, uma pontinha de febre, a secreção genital na menina, o prepúcio edemaciado, a escabiose, a pediculose de couro cabeludo, o terçol, enfim, todos os desvios do normal, são rotuladas como doenças.

MAS NÃO SÃO DOENÇAS IMPORTANTES. ESTOU CERTA?

A grande maioria é representada por doenças sem gravidade. Sobretudo na criançada bem cuidada, bem nutrida, bem vacinada, bem protegida contra os acidentes e bem e precocemente assistida pelo sistema de saúde, as doenças são usualmente simples, sem gravidade e não necessitam remédios especiais nem de médicos com qualificação especializada. Habitualmente, são problemas solucionados em casa ou em estruturas assistenciais simples. Mas, vez ou outra, pode haver uma pneumonia ou outra enfermidade que necessita cuidados especiais. Os cuidadores devem estar sempre muito alertas com a meninada.

QUAIS SÃO ESSAS 100 DOENÇAS?

A variedade é muito grande: cáries, traumas e outros problemas dentários; rinites, faringites, otites médias, sinusites, traqueítes, bronquites e várias outras doenças respiratórias; parasitoses, diarreias infecciosas e não infecciosas e outros distúrbios gastrointestinais; urticárias, eczemas, outras reações alérgicas dermatológicas; impetigo, sarna, distintas infecções e doenças da pele e dos tecidos próximos; hematomas, feridas na pele, entorses, fraturas e outros problemas traumáticos; fimose e doenças do prepúcio nos meninos; vulvites, vaginites e aderência dos pequenos lábios nas meninas; cefaleias e enxaquecas; algumas infecções próprias da infância, como a roséola e a doença mão-boca-pé; diferentes viroses com febre ou outros sintomas; enurese noturna; distintos problemas emocionais e comportamentais; dificuldades ortopédicas como as dores do crescimento; problemas oftalmológicos; estomatites; cistites e outras doenças urinárias; otite externa; e várias outras.

QUAIS SÃO AS ENFERMIDADES MAIS VISTAS NAS CRIANÇAS?

- As doenças respiratórias são as mais comuns. Cerca de 60 a 70 dos aproximadamente 100 problemas de saúde que as crianças apresentam, antes dos 10 anos, são respiratórios. Resfriado, gripe, faringite, amigdalite, sinusite, otite média, laringite, traqueíte, bronquite, asma, pneumonia e outros problemas de natureza respiratória são as doenças mais comuns na primeira década de vida. Dessas, cerca de 95% ou mais são doenças causadas por vírus. Portanto, quando o médico refere que a doença do seu filho é viral, ele tem alta possibilidade de estar absolutamente correto. São doenças simples, diagnosticadas sem exame laboratorial e tratadas em casa sem antibióticos.
- As enfermidades digestivas formam outro conjunto importante dessas 100 doenças. Durante os primeiros anos de vida, a criançada apresenta vários quadros com episódios de vômitos, diarreia, distensão abdominal, cólicas, com ou sem febre, de várias origens. Cerca de 70 a 80 das doencinhas, das 100 programadas na primeira década de vida, são respiratórias e digestivas.

- As outras (20 a 30) para somar as 100 atingem os diferentes órgãos corporais: olho, pele, genitais, vias urinárias, músculos, ossos, articulações, sistema nervoso e outros.

QUAL A IMPORTÂNCIA DESSA NOÇÃO PARA NÓS?

É grande o valor dessa informação.

- As vacinas e todo o conjunto de ações médicas e sociais para a prevenção de doenças e de acidentes conseguem evitar problemas importantes. Mas não conseguem evitar todos. Os pais devem estar prontos para enfrentar várias doencinhas que, embora sem gravidade, precisam de orientação apropriada.
- Os cuidadores precisam valorizar que as doenças respiratórias representam o principal problema a enfrentar. E não devem se angustiar quando a criança novinha apresentou o segundo resfriado. Precisam saber que faltam mais algumas dezenas de infecções respiratórias até os 10 anos.
- Também precisam ter conhecimento de que as principais doenças são virais e que o médico não tem como evitá-las nem como tratá-las.
- Outro aspecto relevante é o conhecimento que as doenças são usualmente simples, não graves e a maior parte pode ser resolvida no domicílio.
- É preciso também saber que o papel do pediatra é muito importante, pois há doenças que necessitam medidas especiais.

HÁ CRIANÇAS QUE PARECEM ADOECER MAIS, NÃO É?

Há diferenças individuais e sociais que fazem variar o número, o tipo e a gravidade das enfermidades que atingem as crianças. A condição de alérgico é uma delas. A criança alérgica tem todas as doenças da não alérgica, que já são muitas, e também apresenta as da sua condição especial. Então, vive com mais catarro, coriza, gripe, otite e tosse, tem dermatite, conjuntivite, toma mais antibiótico, vai mais a médico do que a que não tem alergia. Outro aspecto é a exposição precoce a creches e escolinhas que aumentam a frequência das doenças respiratórias. As crianças que vivem em fazendas adoecem menos. As da cidade, frequentemente em aglomerações — aniversários e *shoppings* — adoecem mais**.** As crianças pobres, que moram em casas precárias (miseráveis), sem água encanada e sem esgotos, não adequadamente vacinadas, expostas aos acidentes, mal alimentadas, adoecem mais e também podem apresentar doenças mais graves. As imunodeficiências congênitas, que levam a uma menor resistência às infecções, felizmente são doenças raras, a maior parte delas raríssimas.

QUAL A IDADE EM QUE A CRIANÇA MAIS ADOECE?

É clássica a observação de que a primeira doença respiratória, habitualmente o primeiro resfriado, é por volta dos 9 meses de idade. É quando a imunidade herdada da

mãe cai muito e também quando as crianças começam a circular, a se expor. As doenças são mais frequentes até os 5 anos de idade. A partir daí, como o sistema imune está mais desenvolvido, quase atingindo a sua maturidade e a criança já teve contato com vários tipos de vírus, e assim tem memória imunológica que deixa proteção duradoura, a frequência das doenças respiratórias e também das digestivas diminuem.

OITO GRIPES POR ANO?

Numa fase da vida, são seis a oito doenças respiratórias por ano. O aparecimento delas não é organizado. Não basta dividir doze meses por seis e achar que ocorre uma gripe a cada dois meses. Na biologia, não é assim. As crianças podem passar vários meses sem adoecer e outros com várias doenças seguidas. Esse aspecto é importante, pois há fases em que o catarro não desaparece, a coriza é constante e as otites e/ou as crises asmáticas se sucedem. A explicação pode ser a ocorrência repetida de enfermidades num período curto.

O QUE FAZER PARA REDUZIR ESSAS DOENÇAS?

A maior parte dessas doenças é inevitável. Mas citamos algumas medidas preventivas importantes:

1. Amamentar por no mínimo seis meses e cuidar muito bem da alimentação por toda a vida. Todos os nutrientes são importantes.
2. Vacinar contra as doenças que são evitáveis por vacinas.
3. Cuidar para que as crianças participem de atividades ao ar livre, pratiquem esportes e reduzam o tempo de sedentarismo.
4. Evitar as aglomerações desnecessárias. Levar crianças novinhas ao *shopping* é errôneo. Na medida do possível, evitar creches e escolinhas muito cedo.
5. Tentar impedir que a meninada seja exposta a poluentes ambientais (cigarro, fumaça do escapamento dos veículos e outros) e lutar para que os alérgicos não entrem em contato com as principais causas de alergia (ácaros, por exemplo).
6. Estar sempre atentos para ajudar o médico a descobrir cedo as doenças mais importantes. Todos os que respiram mal, com a boca aberta, que vivem com tosse, fazem uso de antibióticos e outros remédios com frequência, apresentam vômitos constantemente e fezes continuadamente amolecidas, têm o abdome distendido, estão "magras", tristes, sem ânimo, sem vitalidade ou tem outros sinais e sintomas que merecem atenção especial, devem ser levados ao pediatra para análise adequada. Essa é a forma de impedir que os problemas mais importantes sejam diagnosticados e tratados tardiamente.

E COMO ENCAIXAR NESSA EXPLICAÇÃO A COVID-19, POR EXEMPLO?

O que debatemos até agora é o que é rotineiramente observado. A recente pandemia da Covid-19 foi um evento não esperado. Que soma mais uma doença de potencial gravidade ao usual que a criançada apresenta.

E a última mensagem é que evitar os acidentes é uma tarefa importante dos familiares. Todos teremos que tolerar as "chatas viroses". Mas a prevenção dos acidentes é problema para ser tratado logo, sem delongas.

Essa proposta educacional não substitui a consulta médica.

20 | ACIDENTES

Renata D Waksman
Luciana Issa
Tania M R Zamataro
Carlos Roberto de Medeiros

20.1 IMPORTÂNCIA DO TEMA

Dentre as principais causas de morte de crianças e de adolescentes, em todo o mundo, estão as chamadas causas externas: acidentes (eventos não intencionais) e violências (eventos intencionais). Os traumas acidentais são decorrentes do trânsito, afogamentos, queimaduras, quedas, asfixias e intoxicações, levando à morte de 3,16 milhões de pessoas todos os anos no mundo, sendo mais de 1.600 crianças e adolescentes com menos de 19 anos.

Nos últimos dez anos, a mortalidade geral vem diminuindo em todas as faixas etárias, principalmente no primeiro ano de vida, devido ao empenho do governo e da sociedade na promoção de algumas ações básicas de saúde (amamentação, hidratação oral, monitorização do crescimento, imunizações), enquanto os acidentes, cujo controle é relegado a um segundo plano, têm aumentado. Segundo dados do Ministério da Saúde, todos os anos 3,6 mil crianças morrem e outras 111 mil são internadas por motivos acidentais no país. Há maior risco de mortes por acidentes na zona rural que na urbana.

A frequência dos acidentes em relação à população é assustadora: para cada uma das mais de vinte mil crianças brasileiras que morrem todo ano por essa causa, ocorre um número dez vezes maior de acidentes não fatais, entre 20 e 50 hospitalizações e até 1000 atendimentos ambulatoriais, que deixam cerca de 200 mil jovens com deficiências físicas para o resto da vida.

20.2 FATORES DE RISCO

Dentre os fatores familiares de risco para o acidente, alguns têm a ver com a situação geral da comunidade: condição socioeconômica, pais muito jovens e/ou separados, baixo nível de educação, desemprego, habitações carentes, famílias numerosas e uso de álcool e drogas. Situações que acabam piorando o cenário, como "sair para trabalhar e deixar crianças pequenas sob os cuidados de irmãos pouco mais velhos", sem condições de assumir essa responsabilidade, acontecem ainda com muita frequência. Nesse ambiente desfavorável, as crianças estão muito mais expostas. Além

disso, a falta de um entorno protetor também pode facilitar a ocorrência de acidentes, principalmente quando não há envolvimento ativo de toda a comunidade e legislação voltada para a segurança.

A idade é um fator muito importante. Traumas de crânio podem causar danos neurológicos mais graves em menores de 2 anos. Observa-se também que lesões específicas ocorrem em idades definidas quando a criança, encontrando ameaças à sua integridade física que exigem certas ações defensivas, não está suficientemente madura e preparada para enfrentá-las. Necessitam, portanto, de proteção! Como, a partir do primeiro ano de vida, os meninos se expõem mais ao ambiente (como? por quê?), apresentam o dobro de chances de sofrer traumas físicos do que as meninas.

A supervisão deficiente é outro fator de risco para os acidentes e ações de educação dos pais, sensibilizando-os para assumir atitudes mais comprometidas com a segurança, como continuidade do cuidado e proximidade, ao lado de atenção aos perigos do ambiente pode fazer toda a diferença. Os pais devem ser capazes de avaliar, pelo menos num nível básico, a relação entre o desenvolvimento da criança e o risco de acidentes. Devem ser capazes de examinar o ambiente em que a criança vive, a fim de detectar e remover a maioria dos fatores de risco. Precisam saber que o objetivo fundamental é bloquear a transferência da energia que o acidente causa e não tentar modificar o comportamento da criança.

A ingestão de bebida alcoólica pode alterar a atenção e concentração, além de causar sonolência — ninguém vai conseguir ficar atento ao que o filho está fazendo — e está relacionada também a acidentes com adolescentes, principalmente no trânsito.

Características individuais, temperamento e personalidade contam, Crianças hiperativas, dispersivas, com dificuldades motoras, visuais ou auditivas têm maior propensão a traumas físicos. Mas, o que importa é manter sempre a supervisão e o ambiente livre de ameaças.

20.3 ACIDENTES POR FAIXA ETÁRIA

20.3.1 O PRIMEIRO ANO DE VIDA

A casa é o primeiro mundo da criança, local onde passa a maior parte do seu tempo. É nela que ocorre o maior número de acidentes. Nessa fase, a criança é totalmente dependente dos cuidados do adulto e está sujeita a riscos impostos por terceiros: pode cair (do colo, trocador, cama, sofá...), afogar-se (quando deixada sozinha na banheira, num balde, bacia, piscina), ser queimada por líquido derramado sobre ela, intoxicada por medicamentos mal administrados ou colocada em um automóvel sem um dispositivo de segurança adequado.

O adulto responsável deve estabelecer limites desde cedo, sem impedir a exploração do ambiente. Assim: nunca deixar o bebê sozinho em locais de onde possa cair — não se deve subestimar a capacidade de movimento do bebê (travesseiros em torno de um bebê na cama não o impedem de cair, não sendo seguro!); não me-

dicar o bebê ou introduzir alimentos sem a orientação do pediatra; nunca deixar o bebê sozinho no banho ou com acesso a baldes, bacias, vaso sanitário, piscina outro reservatório de água; nunca ficar com o bebê no colo próximo ao fogão e substâncias quentes; não colocar enfeites como correntes, pulseiras ou deixá-lo perto de cordões, sacos plásticos, etc.; não oferecer objetos perigosos para brincar: latas de talco, embalagens com remédios, tubos de pomada ou objetos pequenos e/ou pontiagudos; nunca transportar o bebê no carro sem obedecer e respeitar à legislação e às normas de segurança (assentos infantis).

20.3.2 DE 1 A 2 ANOS

A casa ainda é onde a criança desta idade passa a maior parte do seu tempo. Traumas e lesões geralmente ocorrem porque pais e cuidadores subestimam a capacidade motora da criança e não sabem o que ela pode fazer. No segundo ano de vida, a criança precisa de limites concretos, mas também invisíveis, na relação com a realidade que a cerca. Nessa fase, a prevenção de acidentes é primordialmente ativa: junto das medidas preventivas físicas ou de barreira, é preciso mostrar para a criança os riscos de determinadas atitudes.

Os principais riscos físicos são de: quedas e traumas, fraturas e contusões, aspiração de corpos estranhos, intoxicações, afogamento (piscinas e baldes), queimaduras (fogão), choque elétrico, atropelamento, picadas e mordidas.

O adulto responsável deve: cuidar sempre de ter uma supervisão atenta; proteger janelas com grades ou telas e instalar portões em cima e em baixo nas escadas; restringir o acesso à cozinha no momento de preparo de refeições ou sem a supervisão ativa de um adulto; proteger as tomadas, gavetas e portas e colocar antiderrapantes em tapetes; usar os queimadores de trás, no fogão e deixar os cabos das panelas voltados para dentro; nunca deixar medicamentos, produtos de limpeza e bebidas alcoólicas ao alcance da criança; não mudar os produtos de suas embalagens originais; ter armários altos e trancados para guardar todos os produtos e objetos pontiagudos, cortantes e com partes destacáveis, longe do alcance de crianças; limitar o acesso aos banheiros, lavanderia e piscina; esvaziar baldes, bacias e piscinas portáteis após o uso; transportar a criança no carro somente com o dispositivo de retenção adequado (“cadeirinha”) respeitando a legislação e as normas de segurança.

20.3.3 DE 2 A 5 ANOS

Nessa fase, têm importância crescente: quedas e traumas (fraturas, contusões e lacerações), afogamentos, queimaduras, choque elétrico, aspiração de corpos estranhos, intoxicações, atropelamentos, quedas de lugares altos, ferimentos com brinquedos, picadas e mordidas.

O cuidador adulto deve: sempre supervisionar a criança, não pressupondo que sua capacidade de se proteger seja suficiente; orientar sempre de forma a respeitar o limite e capacidade de compreensão da criança; estabelecer limites seguros, com

coerência; restringir as opções, ensinar disciplina; ensinar prevenção e servir de modelo para a criança; instalar dispositivos de proteção física; na rua, levar a criança pelo lado interno da calçada, segurando-a pelo punho e atravessar na faixa de segurança; transportar a criança no carro obedecendo e respeitando a legislação e as normas de segurança (assentos infantis, elevatórios — *booster)*.

20.3.4 DE 6 A 10 ANOS

Por passarem a maior parte do tempo com pessoas da mesma faixa etária, e mais frequentemente com as do mesmo sexo, é comum aumentarem o grau de exposição a riscos. Os atropelamentos, quedas de bicicletas, quedas de lugares altos, afogamentos, queimaduras, choque elétrico, asfixia e sufocação, intoxicações, ferimentos com armas de fogo, lacerações e traumatismos diversos são riscos com importância crescente nesse período. Na escola, predominam as lesões e traumas nas atividades físicas e esportes, além de quedas, lacerações e traumatismos dentários por brincadeiras agressivas durante o recreio.

As medidas de proteção passiva seguem com grande importância. A segurança no trânsito deve ser motivo de alerta e educação preventiva. A utilização de passarelas, faixas de segurança e cuidados como pedestre devem ser intensificados pelos pais, especialmente na presença dos filhos.

O cuidador: nunca deve abdicar da responsabilidade de supervisionar e de ter papel ativo na prevenção de acidentes; não deve delegar responsabilidades à criança, ou deixá-la fazer sem supervisão; em casa, precisa atentar para o risco de quedas, queimaduras, choques elétricos, intoxicações; servir de modelo para os filhos, ao utilizar comportamentos seguros; nas áreas externas, supervisionar quando a criança tiver acesso à água (piscinas, lagoas, rios, orla marítima), animais domésticos e animais peçonhentos; no automóvel, não transportar a criança dessa faixa etária no banco da frente nem sem dispositivos de retenção (assento elevatórios — *booster*; cinto de segurança de três pontos — após estar com 1,45 m de altura); ensinar e supervisionar o comportamento como pedestres e utilizar faixas de segurança, passarelas, além de não usar celular quando estiver circulando pela rua.

20.3.5 MAIORES DE 10 ANOS

Os riscos principais nessa idade são acidentes envolvendo automóveis e motocicletas, atropelamentos, quedas de bicicleta e afogamentos. Ademais, a intoxicação por abuso de drogas torna-se uma realidade cada vez mais frequente. Na escola, predominam lacerações e fraturas associadas a práticas esportivas.

E o adulto que cuida deve: servir de modelo para seu filho em atitudes preventivas concretas e abstratas; verificar se o que seu filho conhece é suficiente para prevenir riscos; não ser muito exigente ou permissivo; não negligenciar em suas necessidades e não exigir dele além de suas possibilidades; verificar se dispõe de equipamentos de proteção para suas práticas e se os usa adequadamente; conhecer o "mundo"

do seu filho — saber para onde vai e com quem; nunca se eximir de suas próprias responsabilidades, expondo-o a riscos por sua participação ou omissão como pais; não facilitar o acesso a bebidas alcoólicas, tabaco ou qualquer outra droga; nunca responsabilizá-lo por ser alvo de *bullying* e cyberbullying.

20.4 ACIDENTES DOMÉSTICOS

São extremamente comuns em consequência da falta de supervisão, pressa, mudança de rotina (nas férias, por exemplo) e distrações (uso do celular). A casa, nos primeiros anos de vida, é o local onde a criança passa a maior parte de seu tempo. Isso condiciona a maior ocorrência de acidentes nesse local. Os adolescentes também sofrem um grande número de acidentes em casa ou em seu entorno. A maior parte destes acidentes pode ser prevenida por meio do aumento das condições de segurança da casa e dos produtos ali existentes, além da conscientização.

As principais medidas preventivas incluem a supervisão atenta, a plena consciência dos riscos, a criação de ambiente seguro e utilização de equipamentos de segurança.

— A maioria dos acidentes domésticos ocorre no final da tarde e início da noite, no verão, durante os fins de semana, feriados e férias escolares. Fatores como estresse, doenças crônicas, morte na família, desemprego, famílias numerosas e mudanças de casa aumentam as chances das crianças sofrerem acidentes.
— É importante analisar os cômodos da casa, pois cada ambiente oferece riscos diversos, para cada idade da criança. Ao analisar cômodo por cômodo, vocês terão condições de detectar os principais riscos a que seus filhos estão expostos e corrigi-los, prevenindo assim muitos acidentes. Em todos os ambientes podem acontecer acidentes, mas em alguns deles sua ocorrência acaba sendo mais frequente. Os locais preferenciais são, por ordem decrescente: cozinha, banheiro, escada, quarto e sala.

QUAIS OS PONTOS MAIS PERIGOSOS NA COZINHA?

Deve-se analisar tudo que está na cozinha, mas merecem destaque: fogão — deve ser estável e estar preso firmemente, usar as bocas de trás, os cabos das panelas devem estar voltados para dentro ou para o meio do fogão, os queimadores têm que estar funcionando bem e apoiarem adequadamente as panelas, o forno deve possuir camada dupla de vidro e ficar travado quando ligado e o bujão de gás estar fora da cozinha (de preferência) e ter válvula de segurança, que deve ficar fechada quando não utilizada; forno micro-ondas — desligar automaticamente ao abrir sua porta; fósforos ou acendedores, objetos cortantes e pontiagudos — devem estar guardados em gavetas com travas; geladeira — ter porta automática, de preferência com trava para que a criança não acesse sozinha e estar em bom estado de uso; materiais de limpeza — guardados em armário alto e trancado e mantidos nas embalagens originais; fios dos equipamentos elétricos — sempre curtos (de dimensões suficientes

para alcançar a tomada) e encapados; evitar usar o celular enquanto estiver carregando na tomada; toalhas de mesa — pequenas e sem bordas pendentes; piso — mantido limpo e seco e usar tapete, sempre antiderrapante.

Observações:

- Lugar de criança não é na cozinha, principalmente nos momentos de preparo das refeições!
- E não deve estar no colo enquanto cozinham ou durante as refeições!

E NO BANHEIRO?

Os principais acidentes e como prevenir acidentes (quedas, queimaduras, afogamentos, intoxicações) no banheiro estão listados abaixo: porta do banheiro não deve ter chave ou ter uma cópia fora (para abrir se a criança se trancar por dentro); piso deve ser mantido limpo e seco, ser antiderrapante; janela com trava que limite a abertura e propicie boa ventilação; no banho, não encher a banheira, verificar a temperatura da água; chuveiro com piso antiderrapante; tampa do vaso sanitário fechada e travada; secadores de cabelo, barbeador, cosméticos, medicamentos, fósforos, produtos químicos e de limpeza devem ser mantidos em armário alto e trancado; aquecedor, desligar e retirar da tomada após utilização.

Não deixar a criança no banho sem supervisão um segundo sequer!

ESCADAS PODEM APRESENTAR RISCOS?

As escadas oferecem o risco de quedas se não tiverem proteção — portões de segurança em cima e em baixo, que devem ser mantidos fechados e trancados. Outros cuidados importantes são: corrimão dos dois lados da escada; iluminação deve ser adequada para evitar quedas e contusões; não deixar nada sobre os degraus; degraus devem ter material antiderrapante para prevenir quedas; todos os degraus devem ter a mesma altura e largura de pelo menos 15 cm (para dar apoio correto aos pés) e não ter espaço aberto entre eles.

O QUARTO DOS PAIS E O DAS CRIANÇAS OFERECEM RISCOS?

Sim e para evitar os acidentes devem ter janelas fechadas com grades ou telas de proteção. Também é fundamental proteção nas tomadas; cortinas não devem ter cordões ou puxadores; roupas de cama devem ficar presas sob o colchão para evitar asfixia; perfumes, cosméticos, fósforos e isqueiros devem ser guardados em armários trancados; móveis bem firmes estáveis e longe de janelas e armários; o berço deve ter colchão firme e não conter nada solto em seu interior; o espaço entre as grades do berço não deve ser maior que 6 cm e altura que impeça a criança de cair; trocador deve ter cinto de segurança, proteção lateral e ser elevado em cima e em

baixo; brinquedos devem ser guardados em caixas ou baús, não devem possuir arestas cortantes ou partes pequenas que se destaquem; não ligar mais de um aparelho eletrônico numa mesma tomada.

Jamais fumar na cama! Armas de fogo — não ter em casa! Se for o caso, deverá estar trancada num cofre e descarregada.

E O QUE FAZER PARA TORNAR A SALA DE ESTAR MAIS SEGURA?

Adotem as seguintes medidas: janelas e varandas devem ter grades ou telas; fios elétricos de dimensões apenas suficientes para alcançar as tomadas, que devem estar protegidas e de difícil acesso; mesas e aparadores baixos, com arestas e pontas — proteger as bordas, não deixar objetos pequenos ao alcance e não serem de vidro; estantes e móveis de TV devem ser bem fixados ao piso e parede; sofás, cadeiras e poltronas — pés nivelados e firmes e longe de janelas, varandas e terraços; verificar se os vasos de plantas estão bem presos e não contém plantas tóxicas; pisos devem ser mantidos secos e não serem escorregadios; aparelhos eletrônicos e controles remotos equilibrados sobre móveis estáveis, resistentes e fora do alcance; lustres e luminárias em locais onde as crianças não tropecem ou caiam.

OUTROS AMBIENTES TAMBÉM PREOCUPAM?

A lavanderia pode ser local de acidentes graves: o tanque deve ser chumbado na parede e no chão (para evitar que caia sobre a criança); produtos de limpeza e inseticidas devem ser guardados em seus recipientes originais em armários altos e trancados a chave; baldes e bacias devem ser mantidas vazios e longe do alcance das crianças; janelas basculantes devem ter trava e limitação de abertura e o aquecedor a gás não pode ter vazamentos e deve estar em local ventilado.

Varanda, jardim e garagem podem representar vários perigos: janelas devem ter redes ou grades, portões devem ser altos e mantidos fechados e trancados; as plantas não devem ser tóxicas; portas de vidro devem possuir travas e marcas de sinalização; produtos de limpeza, ferramentas, instrumentos de jardinagem e praguicidas devem ser guardados separados em armários altos e trancados; piscinas com cerca nos quatro lados e portão com tranca alta; churrasqueira bem instalada e não usar produtos inflamáveis, como o álcool; brinquedos, triciclos, bicicletas, skate, patins e cortador de grama guardados em locais apropriados, fora das áreas de circulação; solo do jardim nivelado; verificar presença de animais peçonhentos; latas de lixo devem estar cobertas com tampa firme; portão da garagem deve ter mecanismo de bloqueio em caso de emergência e os carros devem estar sem as chaves no contato ou ao alcance e posicionados de ré (de saída).

O QUE É MAIS IMPORTANTE PARA PREVENIR OS ACIDENTES DOMÉSTICOS?

É fundamental que haja uma combinação de quatro fatores:

1. Ambiente: para uma casa e seu entorno serem mais seguros deve-se começar pelo seu desenho, planejamento e construção.
2. Educação: envolve aumento da conscientização dos riscos de acidentes numa variedade de cenários e provê informações com o objetivo de minimizá-los.
3. Fortalecimento: consultoria local e envolvimento da comunidade pode gerar um senso mais forte de comprometimento. Iniciativas de prevenção de acidentes que foram influenciadas pela comunidade refletem necessidades locais e encorajam uma maior adesão.
4. Execução: existem leis relacionadas à segurança das crianças, que asseguram que os produtos adquiridos e as residências novas possuam um nível aceitável de segurança.

20.5 ACIDENTES POR TIPOS

20.5.1 TRÂNSITO

QUAL A IMPORTÂNCIA DOS ACIDENTES ENVOLVENDO CRIANÇAS E O TRÂNSITO NO MUNDO E NO BRASIL?

Globalmente, as lesões causadas pelo trânsito são a principal causa de morte na faixa etária entre 10 e 19 anos. No Brasil morrem, decorrentes de acidentes de trânsito, mais de 3 mil menores de 19 anos por ano — dependendo do ano, é a principal causa de morte em crianças a partir de 1 ano, perdendo em alguns anos para os afogamentos, na faixa de 1 a 4 anos.

A maioria ocorre em países de baixa e média renda e, mesmo dentro de um mesmo país, as crianças mais pobres estão em maior risco. Crianças de todas as idades correm um risco grande de se envolver em situações que causam lesões ou mortes no trânsito. Em todo o mundo meninos morrem cerca do dobro das meninas, provavelmente pela maior exposição e tendência de assumir riscos maiores, especialmente na adolescência.

QUAIS SÃO OS RISCOS DE SER CRIANÇA E ENFRENTAR OS PERIGOS DO TRÂNSITO?

Crianças são as mais vulneráveis, por ainda não terem completado seu desenvolvimento físico, cognitivo e social, devido à sua estatura, por serem impulsivas, não sabem lidar com mais de um desafio de uma só vez, por terem dificuldades em interpretar o que veem e ouvem (isto afeta seu julgamento sobre a distância, proximidade, velocidade e direção dos veículos em movimento), por não conseguirem ver e não são vistas pelos motoristas no trânsito a sua volta e, além disso, poderem sofrer lesões mais graves na cabeça. À medida que entram na adolescência, podem ser mais propensas a assumir riscos, comprometendo a sua segurança no trânsito.

QUAIS OS PRINCIPAIS FATORES QUE ESTÃO RELACIONADOS AO RISCO AUMENTADO?

- Falta de supervisão adequada e transitarem sozinhos pelas ruas.
- Crianças sem restrições têm maior probabilidade de morrer em colisões do que as que usam sistemas de retenção apropriados para sua idade, peso e altura.
- Crianças circulando soltas ou no banco da frente dos veículos a motor.
- Aumento do risco entre pedestres e ciclistas, ao andar e circular em tráfego misto, andar de bicicleta em calçadas ou trilhas e não usar roupas reflexivas.
- Falta de planejamento da malha viária e de calçadas e sinalização para todos.
- Falta de parques infantis, calçadas e ciclovias afastados do trânsito de veículos.
- Ciclistas, motociclistas ou passageiros de motocicleta sem usar capacete.
- Outros fatores de risco importantes: motoristas adolescentes e comportamentos (beber e dirigir, excesso de velocidade, distrações ao dirigir e fadiga), ambiente da rua ou estrada com grande volume de tráfego, projetos deficientes dos veículos, falta de transporte público seguro e eficiente e falta de redutores de velocidade.

Observação: adolescentes e adultos jovens são os que usam menos cinto de segurança.

A CRIANÇA COMO PEDESTRE

COMO E POR QUE OCORREM TANTOS ATROPELAMENTOS?

Crianças contribuem com 30 a 40% dos atropelamentos em países de baixa e média renda (andam por vias compartilhadas por diversos modos de transporte, faltam estruturas como calçadas, faixas de travessias e barreiras de segurança) e representam 38% das mortes ou lesões graves. A faixa etária que vai de 5 a 14 anos é a de maior risco, a maioria dos traumas ocorre durante o dia, cerca de 30% enquanto estão atravessando na faixa de segurança, risco maior em vias com muito tráfego e velocidade dos veículos superior a 40 km/h. A falta de locais para as crianças brincarem perto de suas casas, aglomerados familiares e baixo nível socioeconômico são também fatores de risco.

QUAIS SÃO AS MEDIDAS COMPROVADAMENTE EFICAZES DE PROTEÇÃO DOS PEDESTRES?

- Menores de 10 anos devem enfrentar os perigos do trânsito sempre acompanhados de um adulto atento.
- Proibição do uso de celulares e outros dispositivos enquanto estão na rua.
- Ambiente planejado para a segurança do pedestre.
- Ruas sinalizadas com faixa de segurança e farol para pedestres.

- Calçadas limpas e próprias para uso em toda a sua extensão.
- Medidas de engenharia para separar pedestres de veículos.
- Playgrounds cercados e afastados de ruas movimentadas.
- Cercas impedindo o cruzamento de vias mais movimentadas.
- Tráfego de automóveis desviado da proximidade de escolas.
- Ruas com mão única e com estacionamento restrito.
- Limites de velocidade baixos e controlados por leis bem aplicadas.
- Redutores de velocidade e/ou quebra-molas.
- Controle efetivo do ato de beber e dirigir.
- Transporte público adequado e acessível.
- Pedestres com vestimentas mais visíveis.
- Design de veículos para a proteção do pedestre.

A CRIANÇA COMO OCUPANTE DO VEÍCULO

POR QUE AS CRIANÇAS CORREM TANTOS PERIGOS QUANDO ESTÃO NO INTERIOR DOS VEÍCULOS DE FORMA ERRADA?

Crianças deslocando-se de carro compõem 36% das mortes no mundo, sendo mais de 50% delas proveniente de países de alta renda e estão sujeitas a riscos, nos bancos dianteiros e traseiros dos veículos, quando não utilizam mecanismos de retenção (assentos infantil e elevatório e cinto de segurança).

ENQUANTO (PERCENTUAIS) OS SISTEMAS DE RETENÇÃO PODEM DIMINUIR A PROBABILIDADE DE LESÕES FATAIS?

De maneira geral, reduzem em cerca de 70% entre bebês e de 54% a 80% entre as crianças menores, ao comparar o uso do cinto de segurança com o dos acentos elevatórios (*booster*) reduz em 59% o risco de danos graves em crianças de 4 a 7 anos.

E O USO ISOLADO DO CINTO DE 3 PONTOS DO VEÍCULO?

Tem sido associado a um risco maior de lesões pelas faixas do cinto — fraturas da coluna lombar e lesões abdominais. Faixas dos ombros do cinto de segurança colocadas atrás da criança ou embaixo de seus braços não conferem proteção e podem aumentar o risco de lesões graves.

QUAIS SÃO AS MEDIDAS COMPROVADAMENTE EFICAZES PARA PROTEGER CRIANÇAS DESDE SEU NASCIMENTO COMO OCUPANTES DOS VEÍCULOS?

- Serem transportadas sempre no banco traseiro e de forma adequada.

- O local do veículo mais seguro para crianças é o meio do banco traseiro, desde que devidamente restritas em assento apropriado para suas idades e tamanhos.

HÁ LEIS QUE DETERMINAM COMO O TRANSPORTE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES DEVE SER REALIZADO?

Sim, existem e todos devem conhecê-las.

O QUE OS PAIS, CUIDADORES E RESPONSÁVEIS TÊM QUE SABER COM RELAÇÃO À UTILIZAÇÃO CORRETA DOS DISPOSITIVOS DE RETENÇÃO?

Devem saber a posição no banco traseiro, o afivelamento correto dos cintos de segurança do banco do veículo e do assento e assegurar-se que a criança está instalada corretamente.

A SEGURANÇA DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE COMO PASSAGEIROS PODE SER FEITA EM QUANTAS ETAPAS?

São quatro etapas de transição, sendo que cada uma delas resulta na diminuição da proteção para o ocupante do veículo. A passagem para a etapa seguinte deve ser postergada ao máximo, uma vez que se vê diminuição de proteção. São elas:

1ª ETAPA — ASSENTO INFANTIL TIPO BEBÊ-CONFORTO

Deve ser usado desde o nascimento até que a criança tenha dois anos de idade ou que tenha ultrapassado o limite máximo de peso ou altura permitido pelo fabricante do assento. Deve ser instalado sempre de costas para o painel do veículo, preferentemente no meio do banco de trás, preso pelo cinto de segurança de três pontos ou sistema isofix.

As faixas do cinto de segurança desse modelo de assento (de cinco pontos) devem passar pelos ombros e entre as pernas da criança e ficar presas na estrutura do assento. Estes modelos podem ter um acessório que firma o pescoço do bebê. O clip torácico ajuda a manter a criança na posição adequada.

2ª ETAPA — ASSENTO TIPO INFANTIL (CADEIRINHA)

A criança que tenha ultrapassado o limite máximo de peso ou altura permitido para o assento tipo bebê-conforto deve usar o assento infantil, dotado de cinto de segurança próprio, pelo maior tempo possível, até atingir o limite máximo de peso ou altura permitido pelo fabricante. Vários destes modelos acomodam crianças pesando até 30 a 36 kg, isto é, ao longo de toda a idade escolar. O menor limite máximo de peso destes assentos é de 18 kg, que as crianças podem atingir entre três e sete

anos de idade. A legislação brasileira permite que crianças acima de 1 ano e com 10kg possam usar a cadeirinha voltada para frente, mas a tendência correta atual em todo o mundo é de mantê-la o máximo de tempo possível – até os 4 anos — voltada de costas para o painel (para trás).

3ª ETAPA — ASSENTO ELEVATÓRIO OU "*BOOSTER*"

Toda criança cujo peso ou estatura tenha ultrapassado o limite máximo permitido para o assento infantil deve usar um assento de elevação, até atingir a estatura de 1,45m. Este assento deve estar instalado no banco de trás, posicionado nas laterais, local este que promove segurança à parte superior do tronco e à cabeça. Recomenda-se utilizar primeiro o modelo de *booster* com assento, encosto e cinto de cinco pontos e mais para a frente o modelo que tem somente assento, onde a criança ficará sempre contida pelo cinto de três pontos do carro, a faixa transversal passando pelo meio do ombro e a subabdominal pelas saliências ósseas do quadril. Se o carro somente tiver cintos subabdominais no banco traseiro, não deve ser usado um assento de elevação.

4ª ETAPA — CINTO DE SEGURANÇA DE TRÊS PONTOS DO VEÍCULO

Indicado para crianças ou adolescentes que tenham atingido a altura de 1,45m (entre 9 e 13 anos), quando o cinto de segurança se adapta com perfeição: a faixa subabdominal passa pela pelve, a faixa transversal pelo meio do ombro e do tórax e os pés encostados totalmente no assoalho do veículo.

A CRIANÇA COMO CICLISTA E PASSAGEIRA DE MOTO

AS CRIANÇAS CORREM RISCOS DE ACIDENTES QUANDO ESTÃO NA CATEGORIA DE CICLISTAS?

Crianças como ciclistas são responsáveis por 2 a 8% de todas as mortes no trânsito no mundo, em alguns países da Ásia esses índices alcançam 33% e os veículos motorizados de duas rodas são a principal causa de morte entre adolescentes.

QUAL A PRINCIPAL MEDIDA DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES GRAVES COM CICLISTAS?

A medida mais correta é o uso do capacete, que absorve e dissipa uma parte da energia gerada pelo trauma. Para os ciclistas de todas as idades, o uso adequado do capacete diminui o risco de lesão na cabeça em 69%.

QUAIS AS PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS QUE O CAPACETE DEVE TER?

- Ser confeccionado de espuma rígida e deformável, forro de poliestireno firme e coberto por uma fina camada plástica.
- Ser colocados diretamente no topo da cabeça, cobrindo a parte superior da região frontal e posicionado em paralelo ao chão.
- Encaixar-se bem, não se mover ao redor da cabeça ou deslizar para trás, quando empurrado ou puxado.
- A criança deve experimentar vários modelos para escolher aquele com melhor ajuste.

E FALANDO EM LÓGICA E SEGURANÇA, QUAL O MELHOR MÉTODO PARA SEPARAR OS CICLISTAS DOS CARROS?

São as ciclovias, sem sombra de dúvida!

A PARTIR DE QUAL IDADE A CRIANÇA PODE VIAJA NA GARUPA DA MOTO?

O Código Brasileiro de Trânsito (CTB) determinava que crianças a partir de 7 anos poderiam andar na garupa da moto mas, mesmo assim, só se tivessem tamanho suficiente para se equilibrar na traseira da moto. Entretanto, a partir de abril de 2021, entrou em vigor o artigo 244, inciso V, do CTB que alterou esse procedimento para maiores de 10 anos que mostrem seu RG e que alcancem os pés até os apoios da moto.

E QUAIS EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO DEVEM SER USADOS?

Capacete, luvas, capas de chuva e calçados apropriados. Um equipamento que não é tão conhecido, mas pode ser muito útil, é o cinto de segurança para moto — ele é colocado na criança cobrindo todas as suas costas, acoplado e fechado na barriga de quem estiver pilotando.

MEDIDAS DE SEGURANÇA NO TRÂNSITO

QUE MEDIDAS SÃO AS MAIS CONHECIDAS?

O Plano Global para a Década de Ação pela Segurança no Trânsito 2011–2020, aprovado pelas Nações Unidas, oferece uma lista de 10 estratégias para que se promovam as principais medidas de segurança no trânsito. As 10 estratégias, para manter as crianças seguras no trânsito, são as seguintes:

1. Controle de velocidade.
2. Direção proibida sob o efeito de bebida alcoólica.
3. Garantia do uso obrigatório de capacetes para ciclistas e motociclistas.

4. Uso de dispositivos de retenção (assentos) para crianças nos veículos.
5. Desenvolvimento de habilidades nas crianças para verem e serem vistas.
6. Melhoria da estrutura viária.
7. Adaptação do *design* (desenho) dos veículos.
8. Redução dos riscos para jovens condutores.
9. Provimento de cuidados apropriados para crianças vítimas de acidentes.
10. Supervisão das crianças quando estiverem próximas das ruas.

O QUE PODE SER FEITO COM RELAÇÃO A ESSE PANORAMA TÃO IMPACTANTE?

Não há uma única medida que responda e resolva a gama de riscos que as crianças estão sujeitas no trânsito, no entanto, existem passos que cada família, comunidade e país podem dar para melhorar a segurança das crianças.

O QUE DEU CERTO?

Nos países que apresentaram as maiores quedas nas mortes e lesões causadas pelo trânsito, as leis rígidas, seguidas de aplicação rigorosa da legislação, bem como as melhorias na segurança das vias e dos veículos, fizeram toda a diferença.

20.5.2 AFOGAMENTO

Afogamento é considerado um problema de saúde pública, que tira a vida de milhares de pessoas todos os anos no mundo, principalmente menores de 25 anos. No Brasil, é a primeira causa de morte de crianças de 1 a 4 anos e segunda causa na faixa etária de 5 a 9 anos. Além das mortes, milhares de crianças terão sequelas que carregarão por toda a vida.

POR QUE TANTAS CRIANÇAS SE AFOGAM?

Crianças tem verdadeira atração por água. A falha ou a falta de supervisão de um adulto responsável é uma das maiores causas de afogamento em crianças. Pequenas quantidades de água são suficientes para que ocorra uma fatalidade, uma vez que até aproximadamente uns 4 anos de idade, a criança apresenta uma desproporção entre o segmento superior (mais pesado) e o inferior do corpo, associado à inexperiência em sair de situações de perigo. Dessa forma, um balde com pouca quantidade de água já é suficiente para que ocorra uma tragédia, caso a criança caia de cabeça.

ONDE OCORREM OS AFOGAMENTOS?

Isso dependerá da idade da criança: menores de 10 anos, geralmente se afogam em casa ou nos arredores (banheiras, piscinas, baldes, espelhos d'água, etc.), en-

quanto os maiores de 10 anos se afogam mais em reservatórios de águas naturais (lagos, rios, represas, praias).

MESMO USANDO BOIAS ELAS SE AFOGAM?

Na verdade, dispositivos de flutuação que não sejam do tipo "colete salva-vidas" não são seguros e dão uma falsa noção de segurança. Mesmo utilizando o colete salva-vidas adequadamente, uma criança que não saiba nadar não deve ser deixada sem a supervisão próxima de um adulto (chamada "supervisão de toque", a um braço de distância). Em relação a outros tipos de dispositivos, "boias de braço", de cintura, podem escapar do corpo da criança ou colocá-la em uma posição na água que propicie o afogamento.

ENTÃO A SOLUÇÃO É ENSINAR TODO MUNDO A NADAR?

Bem, saber nadar é um grande passo para não se afogar. Há trabalhos que mostram que a partir de 1 ano de idade, as crianças já são capazes de aprender algumas habilidades na água. Porém, para ser seguro, a pessoa deve apresentar o que chamamos de "competência na água", que engloba conhecer e identificar os perigos e saber evitá-los. Isso requer uma maior maturidade, que se atinge geralmente a partir dos 4 anos. Essa maturidade associado à anatomia, quando a criança deixa de apresentar uma desproporção entre os segmentos superior e inferior do corpo, tornam as crianças maiores de 4 anos propícias a aprenderem a nadar.

Mas, mesmo pessoas que sabem nadar podem se afogar, quando assumem atitudes consideradas de risco, como nadar sozinhos, usar álcool ou drogas e entrar na água, não respeitar a sinalização em praias, nadando em áreas de risco, realizando brincadeiras perigosas, hiperventilando antes de mergulhar, etc. Outro perigo vem das bombas de sucção de piscinas, banheiras que se colocadas de forma inadequada ou sem proteção, podem prender cabelos ou parte do corpo do banhista, causando afogamento.

Não podemos esquecer que inundações, tsunamis também são responsáveis por várias mortes por afogamento. Acidentes com transportes aquáticos ou em esportes aquáticos também são causas de afogamento, porém os riscos são minimizados quando do uso do colete salva-vidas.

TENHO UMA PISCINA EM CASA. DEVO COLOCAR UMA COBERTURA EM CIMA DELA, AQUELAS QUE SE PODE PISAR SEM QUE AFUNDE?

A melhor forma de isolar uma piscina é usando cerca nos quatro lados, de pelo menos 1,5 m de altura, com espaços entre as grades de menos de 12 cm (que impeça que se passe por esses espaços) e que não se possa escalar. Colocar um portão com tranca, impedindo o uso não autorizado da mesma. Essa cobertura que se coloca esticada logo acima da piscina, que aguenta até o peso de um adulto em pé, sem

afundar, não foi validada como segura. Portanto, deve ser evitada ou não deve ser utilizada como única forma de se impedir a utilização não autorizada da piscina. Há alarmes de movimentação de água que podem ser utilizados como adjuvantes a outros métodos de segurança.

E SOBRE OS ACIDENTES COM BOMBAS DE SUCÇÃO?

Bombas de sucção não devem estar em funcionamento durante o uso da piscina. Isso minimiza os riscos de ter o corpo ou parte deste preso no ralo, levando ao afogamento. Utilizar sistemas antiaprisionamento, como tampas específicas para os ralos também é importante para evitar esses acidentes.

O QUE FAZER EM CASO DE AFOGAMENTO?

A cadeia de sobrevivência do afogamento resume bem o que se deve fazer. É composta por cinco elos:

Figura 1 – Cadeia de sobrevivência do afogamento



Fonte: Szpilman D [et al.] (2014).

- Prevenção: é a intervenção com melhores resultados e a de menor custo, podendo evitar mais de 85% dos casos de afogamento.
- Reconhecimento do afogado: ao reconhecer que uma vítima está se afogando, peça para que alguém ligue para 193 (Corpo de Bombeiros) ou 192 (SAMU) e avise onde é o incidente, quantas pessoas estão envolvidas, o que está sendo feito. Só então o socorrista deverá partir para ajudar a realizar o resgate.
- Fornecer flutuação: interromper o processo de submersão fornecendo flutuação para a vítima. Utilize boias, cordas, galhos, isopor, etc.
- Remover da água: só se for seguro. Ajudar a vítima a sair da água, apontando direções e locais mais próximos e mais seguros para sair. Evite entrar na água; a decisão de realizar o suporte básico de vida ainda dentro da água baseia-se no nível de consciência do afogado e no nível de experiência do socorrista.
- Afogado consciente: resgatar a pessoa até a área seca sem demais cuidados médicos.
- Afogado inconsciente: a medida mais importante é a instituição imediata de ventilação ainda dentro da água, o que proporciona à vítima uma chance

quatro vezes maior de sobrevivência sem sequelas. Deve ser executada por socorrista experiente.

Após retirar a vítima da água, se estiver respirando, deixe-a em posição de recuperação (de lado). Se não estiver respirando, trate como parada cardiopulmonar. Faça as manobras até que a vítima se recupere, ou que o resgate chegue (ou que você atinja a exaustão completa).

COMO EVITAR O AFOGAMENTO?

O afogamento geralmente não é devido a apenas um fator e sim, a uma sequência de erros. Portanto, para evitá-lo devemos estabelecer uma série de medidas preventivas.

Várias são as campanhas de conscientização a respeito do que se deve fazer para evitar o afogamento. A Sociedade de Pediatria de São Paulo lançou em 2023 a campanha *Não se afogue*, usando as letras iniciais de cada palavra que compõe a frase para indicar ações que devem ser tomadas para prevenir o afogamento:

N unca nade sozinho
A lcool e drogas não devem ser usados/ingeridos antes de nadar
O bedeça as placas de advertência de praias e piscinas

S upervisão de toque (a um braço de distância) para menores de 5 anos ou para indivíduos que não saibam nadar
E nsine crianças de 4 anos ou mais nadar (educá-las também a evitar brincadeiras perigosas na água ou próximo dela)

A cesso restrito a piscinas com cerca de proteção nos quatro lados, com 1,5m de altura e o portão trancado
F alha de supervisão é uma das grandes responsáveis pelo afogamento
O uso de colete salva vidas deve ser incentivado em todos os transportes aquáticos e esportes que não mergulho
G uarda-vidas ou salva-vidas, procure nadar em locais que tenham esses profissionais
U m dispositivo de flutuação inadequado é uma falsa ideia de segurança
E nsinar Suporte Básico de Vida a todos, incluindo o que se deve e não se deve fazer num afogamento.

E por fim, não podemos esquecer que o projeto de piscinas e jacuzzis devem ser bem-feitos, com distribuição na força de sucção das bombas, que devem conter tampas antiaprisionamento. Devemos também ensinar as crianças e os adolescentes a não se aproximarem dessas áreas de drenagem ou de sucção da água.

20.5.3 QUEIMADURAS

Queimaduras são ferimentos causados por calor (contato com líquidos ou superfícies quentes, vapor, combustão por fogo), substâncias químicas, passagem de corrente elétrica ou radiação, podendo atingir até camadas mais profundas da pele, músculos e ossos. A maioria dos casos ocorre em ambiente domiciliar, principalmente na cozinha. O risco de morte por queimaduras na infância é alto, o tratamento é demorado e custoso.

COMO AS CRIANÇAS SOFREM QUEIMADURAS?

A principal causa de queimaduras em crianças é o escaldamento (contato com líquidos quentes) em especial nas menores de 5 anos. Acontece, geralmente, no momento em que os alimentos estão sendo preparados ou servidos.

A imersão em líquidos quentes ocorre geralmente em bebês e pessoas que não conseguem se locomover sozinhas, ocasionando lesões em circunferências tipo "bota e luva" ou queimaduras de períneo e de genitais.

Queimaduras de contato ocorrem quando a criança encosta uma parte do corpo, geralmente a palma das mãos, em um objeto ou superfície quente, como ferro de passar roupa, fogão, lâmpadas.

Queimadura de Sol, geralmente de primeiro grau, resulta da exposição excessiva da pele à luz do sol ou outra fonte de raios ultravioleta (UV).

Outras situações em que crianças se queimam é em incêndios, geralmente domiciliares, ocasionando lesões profundas que levam à internação hospitalar e tratamento cirúrgico, quando não são fatais; queimadura por exposição à eletricidade, por contato com fios e aparelhos elétricos principalmente crianças menores de 5 anos e por fios de alta tensão, geralmente em adolescentes empinando pipas.

COMO RECONHECER A GRAVIDADE DE UMA QUEIMADURA?

A gravidade pode estar relacionada à profundidade da lesão, à sua extensão ou localização. As queimaduras se classificam, quanto à profundidade, em:

- **Primeiro grau**: atinge a primeira camada da pele (a epiderme), causando vermelhidão e dor local. Geralmente ocorre cura espontânea em 3 a 4 dias.
- **Segundo grau**: atinge a segunda camada da pele (a derme e anexos), formando bolhas. O inchaço e a dor são mais importantes, dependendo da profundidade. Quando são menos profundas, a cura pode ocorrer em cerca de duas semanas sem deixar cicatrizes ou com cicatrizes discretas. As mais profundas demoram várias semanas, podendo demandar intervenções cirúrgicas para sua resolução. Deixam cicatrizes.
- **Terceiro grau**: atinge todas as camadas da pele, formando lesão esbranquiçada ou carbonizada, com nítida perda de sua elasticidade. São lesões

graves que levam à internação hospitalar para tratamento mais complexo, com cirurgia plástica reparadora e enxerto de pele, deixando cicatrizes profundas e permanentes.

Quanto à extensão (superfície corporal queimada- SCQ), calcula-se a área queimada através de algumas regras, como a dos 9. Pode-se estimar também pelo tamanho da palma da mão do paciente (incluindo os dedos, equivale a 1% da SCQ). Em crianças, acometimento de 10% ou mais de área corpórea geram quadros mais graves.

Em relação às áreas acometidas, queimaduras em rosto, mãos, períneo, genitais, pés e articulações são mais graves e requerem atendimento médico.

O QUE FAZER EM CASO DE QUEIMADURA?

Tratamento imediato de emergência, até que se tenha acesso ao atendimento médico:

- Interrompa o processo de queimadura, lavando o local com água corrente por cerca de 20 a 30 minutos ou fazendo compressas com água fria a fim de resfriar a pele. A água alivia a dor, limpa a lesão, impede o aprofundamento das queimaduras e diminui o inchaço subsequente. Evite usar gelo pelo risco de hipotermia, principalmente se a queimadura for muito extensa. Seque o local delicadamente com um pano limpo. Se o ferimento apresentar bolhas, evite rompê-las. Após a pele ter sido resfriada, a criança deve ser mantida aquecida.
- Remova joias, relógios, anéis, *piercings*, próteses ou qualquer outro objeto que possa ficar preso pelo rápido inchaço que se formará. Aconselha-se a não retirar a roupa que a vítima estiver usando, ainda que houver sido atingida pelo fogo. O ideal é molhar a vestimenta e permanecer assim até a chegada ao pronto-socorro, para evitar que as bolhas estourem e que a pele seja arrancada.
- Cubra as lesões com tecido limpo.
- Dê um analgésico para alívio da dor.
- Crianças com menos de 10% de SCQ, em bom estado, podem receber hidratação oral com águas ou suco de frutas inicialmente.
- Se a vítima estiver com chamas no corpo, faça-a rolar no chão para extingui-las ou tente abafá-las com um cobertor, casaco, etc.
- Em casos de queimaduras elétricas, desligue a chave da luz se pertinente e afaste a vítima da corrente elétrica, utilizando material isolante.

POSSO PASSAR UMA POMADA NO LOCAL DA QUEIMADURA?

Não. Produtos caseiros tais como clara de ovo, pó de café, banha de galinha, pasta de dente, pimenta, dentre outros, não trazem quaisquer benefícios e podem favore-

cer as complicações infecciosas. Mesmo pomadas vendidas em farmácias podem irritar mais a pele que está sensível, piorando a dor e propiciando infecção local. E, não tente estourar as bolhas provocadas pela queimadura que deverão ser manuseadas apenas por um profissional especializado.

COMO EVITAR AS QUEIMADURAS?

- Na cozinha, coloque uma barreira física como grade de proteção na porta para impedir a entrada de crianças pequenas. As panelas devem ficar nas bocas de trás do fogão, sempre com o cabo voltado para o fundo. Cuidado com a tampa do forno, pois as crianças podem usá-la como degrau, virando o fogão e as panelas em cima delas. Líquidos e alimentos quentes não devem ser manuseados com a criança no colo e devem ser mantidos longe da borda dos balcões, pias e mesas. Evite usar tapetes na área do fogão. Se presentes, certifique-se de que tenha mecanismos antiderrapantes. Não cozinhe ou carregue alimentos quentes com a criança no colo.
- Fósforos, isqueiros e produtos inflamáveis precisam ser guardados em armários altos e trancados e nunca devem ser manipulados por crianças.
- Teste sempre a temperatura do alimento antes de oferecer à criança. Ofereça o leite preferencialmente à temperatura ambiente.
- A temperatura do banho deve estar em torno de 37 °C (use termômetro de água). Comece colocando água fria e, por fim, a quente, misturando uniformemente para atingir a temperatura desejada. A criança só deve entrar na banheira após isso.
- Coloque tampas de proteção nas tomadas e substitua os fios desencapados. Nunca faça “gambiarras e gatos” com a rede elétrica. Mantenha carregadores longe do alcance das crianças. Não fume em casa. Nunca acenda o cigarro próximo a líquidos inflamáveis ou latas de aerossol. Ao jogar a “bituca”, certifique-se de que esteja apagada.
- Não deixe velas acesas ao sair de casa e apague-as antes de dormir.
- Prefira álcool em gel ao acender a churrasqueira ou lareira e jamais jogue álcool líquido ou qualquer líquido inflamável sobre o fogo aceso.
- Algumas substâncias podem causar queimaduras, sendo a soda cáustica o produto químico mais comum. Pilhas pequenas, baterias de relógios e de aparelhos eletrônicos representam perigo por possuir conteúdo corrosivo. Mantenha-as longe de crianças.
- Para evitar queimaduras, não exponha a criança ao sol entre as 10h e 16h (tenha bom senso!). Aplique o protetor (fator 15 ou mais) na pele 20 minutos antes da exposição solar (não se esqueça de passar no rosto, orelhas, pés). Reaplique a cada duas horas, após entrar na água ou suar muito. Coloque chapéus com abas e blusas com mangas compridas se as crianças forem praticar atividades ao ar livre.

20.5.4 QUEDAS

A queda é um evento habitual na criança que está aprendendo a andar, escalar, correr, pular e explorar o ambiente físico. Representa, entretanto, a principal causa de atendimentos em serviços de emergência e de internações em crianças de zero a 14 anos de idade, sendo a principal causa de traumatismo cranioencefálico, especialmente em crianças pequenas, com risco significativo de consequências graves e a curto e longo prazo.

QUANDO CONSIDERAR UMA QUEDA PERIGOSA?

As lesões decorrentes de uma queda estão relacionadas à desaceleração súbita do corpo ao se chocar com uma superfície, na qual a energia do impacto será dissipada. Portanto, quanto maior a altura e menor capacidade de absorção de impacto da superfície, maior a chance de lesões mais graves. Crianças pequenas são mais propícias a apresentarem lesões mais sérias, por terem menor capacidade de absorção de energia e um corpo imaturo, com pele e órgãos internos mais frágeis. O mecanismo que gerou a queda (se estava andando, correndo, de patins, etc.) e a posição que a criança caiu (de cabeça, de face) também pode aumentar a chance de lesões mais sérias.

QUAIS SÃO AS LESÕES MAIS COMUNS?

A maioria das quedas acaba ocasionando pequenos hematomas, "ralados", cortes. Crianças pequenas (até ± 4 anos) têm o segmento superior do corpo mais pesado ("cabeça grande"), tendendo a bater a cabeça nas quedas. Crianças maiores apresentam fraturas de membros (pernas, braços, mãos) mais frequentemente.

DE ONDE AS CRIANÇAS CAEM COM MAIS FREQUÊNCIA?

Crianças pequenas (menores de 5 anos) caem do colo, trocador, carrinho, andador, cadeirão, da cama, do sofá, escadas, janelas, equipamentos de playground, além das quedas da própria altura.

Crianças e adolescentes de idade entre 5 e 14 anos apresentam quedas mais relacionadas a atividades recreativas e esportivas.

> **Observação:** as quedas da laje (construções sem estrutura de telhado definida e sem proteções adequadas) são responsáveis por lesões graves e morte de crianças em nosso meio.

O QUE FAZER SE MEU FILHO CAIR?

Como vimos, a gravidade da queda é proporcional à altura, ao segmento do corpo que "bateu" na queda e ao tipo de solo onde se caiu.

Se seu filho não é capaz de explicar se tem dor ou onde, "examine-o da cabeça aos pés" após uma queda, principalmente nas maiores que a própria altura.

- Ralados/cortes: lave bem com água e sabão. Se estiver sangrando, comprima com pano limpo, gaze estéril. Se mantiver sangramento considerável após alguns minutos, ou o corte for mais profundo, procure serviço de emergência.
- Hematomas, marcas de batida: ponha gelo e comprima o local, retirando de 30 em 30 segundos (por apenas alguns segundos), para que não "queime a pele".
- Em caso de fraturas, coloque o membro afetado na posição mais natural possível, sem causar dor ou desconforto à criança/ adolescente. Imobilize o local da fratura e as articulações logo acima e logo abaixo da área afetada (para impedir de mexer). Use papelão, jornais dobrados, cabos de vassoura e leve a criança/adolescente ao serviço de emergência.
- Se a criança bateu a cabeça — observe sinais de alarme: vômitos, sonolência, alteração na marcha, na fala ou dor importante. Se houve perda de consciência, mesmo que brevemente, leve-a ao serviço de emergência. Se a criança continuar desacordada, veja se está respirando bem. Se sim, não mexa nela e ligue para emergência (192 ou 193). Se não estiver respirando, gire-a com cuidado (tente movimentar o pescoço o mínimo possível, movendo a cabeça em bloco com o restante do corpo). Se, mesmo reposicionando, não estiver respirando, inicie as manobras de ressuscitação cardiopulmonar até que o resgate chegue.

COMO EVITAR?

- Nunca deixe a criança sozinha em cima de qualquer móvel (trocador, sofá, cama, cadeira).
- Instale proteção nas escadas (em cima e em baixo), redes ou grades nas janelas, travas de limitação de abertura nas janelas. Mantenha os portões trancados e o acesso restrito para a cozinha e lavanderia.
- Prenda TVs e móveis na parede usando montagens, suportes, braçadeiras, âncoras ou tiras de parede para evitar tombamentos.
- Mantenha cadeiras, berços e outros móveis longe das janelas.
- Considere tapetes antiderrapantes para os pisos de sua casa, principalmente na cozinha e banheiros. Coloque faixas antiderrapante em banheiras e até no *box* do chuveiro, caso sejam escorregadios.
- Mantenha os corredores e escadas bem iluminados e livres de desordem.
- Crianças menores de 6 anos não devem dormir na parte de cima de beliche.
- Não coloque o bebê no andador. Dê preferência a centro de atividades estacionário.
- Todos os equipamentos devem ser utilizados com o arnês ("cinto de segurança") corretamente afivelado (bebê-conforto, cadeirão, carrinho, assento para carro).

- Supervisione ativamente e fique perto de seu filho quando ele estiver subindo, balançando ou brincando em equipamentos que estão acima do solo.
- Certifique-se de que as crianças usam equipamentos de playground adequados para sua idade e tamanho, que os aparelhos estejam em boas condições e que o piso seja adequado (veja mais em segurança de playgrounds).
- Utilize os equipamentos de segurança adequados, como joelheiras, cotoveleiras, munhequeiras e capacetes, durante a prática esportiva.

20.5.5 INTOXICAÇÕES

O QUE É UMA INTOXICAÇÃO?

A intoxicação pode ocorrer quando uma pessoa é exposta a alguma substância capaz de prejudicar a sua saúde ou, até mesmo, de colocar a sua vida em risco. Nesse caso, podemos chamar essa substância de veneno.

O QUE PODE PROVOCAR UMA INTOXICAÇÃO?

Nós vivemos num mundo rodeado por substâncias químicas e muitas são essenciais para a nossa sobrevivência. Entretanto, parte delas pode agir como veneno, seja pelo seu uso inadequado, ou em quantidades acima do recomendado. Assim, as intoxicações podem ser provocadas por medicamentos (não apenas aqueles vendidos com a retenção da receita médica, como é o caso dos antidepressivos e dos anticonvulsionantes, como também os de venda livre, como os analgésicos e antipiréticos como o paracetamol, a dipirona ou o ibuprofeno, que tanto costumamos utilizar), produtos domésticos (como os detergentes, desinfetantes, alvejantes, polidores de móveis e outros), itens cosméticos (esmaltes de unha, desodorantes, tinturas para cabelos, xampus, sabonetes e outros), certas substâncias químicas de uso doméstico (gás de cozinha, inseticidas, tintas, solventes, colas e produtos automotivos, dentre outros), bebidas alcoólicas e drogas ilícitas, além de plantas consideradas tóxicas.

QUAIS INTOXICAÇÕES SÃO AS MAIS FREQUENTES?

Não apenas no Brasil, como em outras partes do mundo, os medicamentos são os principais causadores de intoxicações em crianças, seguidos pelos saneantes domésticos. Isso não quer dizer que devemos deixar de medicar as nossas crianças: os medicamentos são essenciais para o tratamento de diversos problemas de saúde, e os pediatras os prescrevem levando em consideração a idade e o peso das crianças, com doses consideradas muito seguras. O que você precisa saber é que mesmo os medicamentos aparentemente simples, como aqueles utilizados para o controle da febre e da dor, podem ser muito perigosos em doses elevadas. Por isso, nunca ultrapasse as doses recomendadas pelo pediatra. Por outro lado, medicamentos que adultos costumam utilizar, como os descongestionantes tópicos nasais (de pingar no

nariz, para desobstruí-lo), são extremamente perigosos para as crianças, podendo levar a intoxicações com risco de vida. Lembre-se sempre: as crianças não são simplesmente adultos pequenos!

O ENVENENAMENTO SÓ OCORRE COM A INGESTA DO VENENO?

Não. É importante saber que os venenos podem causar problemas não apenas quando engolidos, mas também quando injetados, absorvidos pela pele, inalados ou espirrados nos olhos. Todas essas vias de contato podem levar a intoxicações graves.

QUAIS OS SINTOMAS DE ENVENENAMENTO?

Os sintomas de envenenamento dependem do tipo da substância e da quantidade absorvida. Diversos sintomas gerais podem indicar envenenamento, como: diarreia, dor de estômago, sonolência, tontura ou fraqueza, sensação de calor, calafrios, perda do apetite, dor de cabeça, irritabilidade, dificuldade para engolir, dificuldade para respirar, salivação mais que o normal, erupções cutâneas, lábios e pele azulados, queimaduras ao redor do nariz ou da boca, alterações da visão, confusão mental, convulsões, perda da consciência e coma. É lógico que diversos outros problemas médicos podem causar esses sintomas, mas vale a pena salientar que os pais devem ficar atentos com o surgimento de doenças repentinas e inexplicadas, sobretudo em crianças pequenas, principalmente se estiverem sonolentas ou inconscientes, pois é possível que algum tipo de envenenamento possa ser a causa.

O QUE DEVO FAZER NA SUSPEITA DE ENVENENAMENTO?

O envenenamento pode ser fatal, mas raramente o é quando tratado a tempo e de forma adequada! Caso a criança apresente algum sinal ou suspeita de envenenamento, nunca tente tratá-la sozinha — procure imediatamente por ajuda médica. Se ela estiver mostrando sinais de doença grave, não perca tempo: solicite o atendimento de urgência do SAMU ou leve-a ao serviço de emergência local, não se esquecendo de levar as embalagens ou os frascos dos produtos envolvidos. Se, por outro lado, a criança estiver aparentemente bem, entre em contato imediatamente com um Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox): esses serviços são gratuitos, funcionam 24 horas por dia e possuem profissionais especializados que vão orientá-la como proceder. Você encontra os telefones geralmente nas embalagens dos produtos ou nas bulas dos medicamentos. Você também pode encontrar a relação de todos os CIATox brasileiros no site da ABRACIT – Associação Brasileira de Centros de Informação e Assistência Toxicológica[1].

1 Disponível em: https://abracit.org.br/.

Lembre-se: nunca fique apenas aguardando que os sintomas apareçam — a criança pode estar bem somente porque o agente intoxicante ainda não começou a agir! Quanto mais cedo a criança for atendida, melhor será o prognóstico!

O QUE FAZER SE A CRIANÇA ESTIVER CONSCIENTE?

Se a criança foi envenenada ao engolir algum produto, tente fazê-la apenas cuspir o que está na boca. Não provoque vômitos nem dê nada para comer ou beber, pois, dependendo do agente intoxicante, o quadro clínico pode piorar.

Se o produto nocivo entrou em contato com a pele ou molhou as roupas, remova os itens contaminados e lave a área afetada apenas com água morna ou fria. Se o agente espirrou nos olhos, lave-os com água abundante, de preferência filtrada, à temperatura ambiente.

O QUE FAZER SE A CRIANÇA ESTIVER INCONSCIENTE?

Se você acha que a criança engoliu algum veneno e parece estar inconsciente, tente acordá-la e incentivá-la a cuspir qualquer coisa que tenha ficado na boca, mas nunca tente provocar vômitos.

Se a criança estiver inconsciente, mas estiver respirando e não apresentar outras condições que ameaçam a vida (traumatismos, por exemplo), ela deve ser colocada deitada de lado para manter suas vias aéreas desobstruídas e abertas, enquanto aguarda o socorro médico, caso não seja possível conduzi-la imediatamente.

Limpe qualquer vômito da boca e mantenha a cabeça voltada para o lado e para baixo, para permitir que o vômito escape sem que seja aspirado ou engolido.

Se a criança não estiver respirando ou se o coração parar, inicie as manobras de ressuscitação cardiopulmonar (RCP), caso você saiba como e possua treinamento para realizá-la.

SE O AGENTE INTOXICANTE FOR GÁS OU VAPOR?

Se a intoxicação for por um produto inalante, a criança deve ser retirada o quanto antes do local e levada para outro bem ventilado. Entretanto, dependendo da situação, não entre em áreas fechadas para removê-la você mesmo, pois vapores e gases tóxicos podem ser muito perigosos se inalados. Nesse caso, peça ajuda imediata ao Corpo de Bombeiros e ao SAMU.

COMO AJUDAR A EQUIPE MÉDICA QUE VAI ATENDER A CRIANÇA?

A equipe médica precisará obter um histórico o mais detalhado possível para tratar efetivamente a criança intoxicada. Forneça o máximo de informações possível, incluindo:

- Qual (ou quais) produto(s) você acha que a criança possa ter engolido.
- Quando foi (ou foram) ingerido(s) (há quanto tempo?).
- Qual o motivo da ingestão (foi acidental ou deliberadamente?).
- Como foi intoxicada (ingerida ou inalada?).
- Quanto (quantidade) foi ingerido (se você souber).

Procure fornecer detalhes sobre os sintomas que a criança apresentou ou está apresentando, além de informar se ela já estava fazendo algum tipo de tratamento ou utilizando algum medicamento.

Levar os recipientes ou as embalagens dos produtos vai ajudar a equipe médica a ter uma ideia clara do que está causando a intoxicação.

AS PLANTAS PODEM CAUSAR INTOXICAÇÕES NAS CRIANÇAS?

Sim. Estima-se que existam mais de 2 mil espécies de plantas tóxicas, porém aquelas mais frequentemente envolvidas nos acidentes são as que estão presentes no domicílio ou peridomicílio. Vasos e canteiros contendo folhagens e plantas com flores ou frutos atraem as crianças pequenas, que acabam por leva-las à boca, e as com mais idade, por curiosidade. A maioria dos acidentes com plantas tóxicas no Brasil ocorrem em crianças de 0 a 14 anos de idade.

QUAL A GRAVIDADE DAS INTOXICAÇÕES POR PLANTAS?

Dependendo da espécie, a planta pode conter substâncias que provocam desde apenas irritações na pele, de menor ou maior intensidade, até distúrbios graves acometendo vários órgãos e sistemas: digestivo, respiratório, cardiovascular, aparelho urinário e sistema nervoso central. Entretanto, as que mais causam acidentes em crianças e adolescentes são as que contêm oxalato de cálcio (exemplos: "comigo-ninguém-pode", antúrio, lírio-da-paz, copo-de-leite, orelha-de-elefante, zamioculca e jiboia), que provocam irritação importante na boca e no tubo digestivo, com dor na cavidade oral, inchaço nos lábios e na língua, salivação, dificuldade para engolir, dificuldade para respirar, vômitos, dores abdominais e diarreia; e as que produzem látex cáustico (exemplos: coros-de-cristo, flor-de-natal, bico-de-papagaio, avelós e candelabro), que podem causar irritação na pele, com dor, vermelhidão, inchaço e formação de bolhas, e danos oculares quando em contato com os olhos.

O QUE DEVO FAZER EM CASO DE ACIDENTE COM PLANTA?

Em caso de acidente, entrar em contato com um Centro de Informação e Assistência Toxicológica (CIATox[2]) e levar a criança para a unidade de saúde mais próxima.

2 Disponível em: https://abracit.org.br/.

Não esquecer de levar partes da planta, se possível um ramo completo, para facilitar a sua identificação correta e a adoção das medidas terapêuticas mais apropriadas.

COMO PREVENIR QUE AS CRIANÇAS SE INTOXIQUEM?

A seguir você encontrará as principais recomendações para prevenir que as crianças entrem em contato com os principais tipos de agentes intoxicantes. Você também poderá consultar essas orientações de forma rápida no site da ABRACIT[3].

MEDICAMENTOS

- Só use medicamentos com orientação médica e nas doses indicadas.
- Não use medicamentos no escuro para evitar a troca de embalagens ou erro de dosagem.
- Nunca dê medicamentos a crianças dizendo que se trata de "um doce", "um suco", "um refresco" ou "uma bala".
- Guarde medicamentos em locais altos, de preferência com chaves, fora do alcance de crianças.
- Descarte adequadamente sobras de medicamentos e medicamentos vencidos. Primeiramente, nunca reutilize os frascos! Também não jogue no lixo ou no esgoto: leve-os a alguma farmácia para que o descarte seja feito de forma adequada. Para maiores informações, consulte as orientações do Governo Federal[4].
- Não use medicamentos na presença de crianças em idade pré-escolar, pois os pequenos gostam de imitar os gestos e o comportamento dos adultos.
- Guarde o medicamento utilizado em seu lugar imediatamente após o uso.
- Não dê a crianças medicamentos indicados por vizinhos ou parentes, nem medicamentos prescritos para outra criança.
- Evite a pressa ao medicar uma criança. Ela pode tossir ou se engasgar. Se houver vômitos ou derramamento, não dê doses extras sem antes consultar um médico.
- Ao comprar um medicamento, veja se confere exatamente com a receita do médico.
- Se você não entender a receita do médico, peça para ele reescrevê-la de forma legível.
- Mantenha longe do alcance de crianças, de preferência em local fechado, com altura mínima de 1,5m.

3 Disponível em: https://abracit.org.br/.

4 Disponível em: https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2022/12/do-armazenamento-ao-descarte-saiba-como-guardar-remedios-ou-jogar-fora-os-que-estao-em-desuso.

PRODUTOS DE HIGIENE E LIMPEZA

- Mantenha sempre os produtos na sua embalagem original.
- Nunca utilize embalagens de alimentos (como latas de leite em pó, garrafas de refrigerantes) para estocar produtos químicos. As crianças associam as embalagens com alimentos, refrigerantes ou doces.
- Guarde produtos químicos em separado e longe de alimentos e medicamentos.
- Leia com atenção as orientações do fabricante antes de utilizar qualquer produto químico em sua casa.
- Guarde o produto utilizado em seu lugar imediatamente após o uso.
- Nunca faça misturas caseiras de produtos de limpeza, algumas podem ser extremamente tóxicas.
- Mantenha longe do alcance de crianças, de preferência em local fechado, com altura mínima de 1,5m.

INSETICIDAS E RATICIDAS

- Mantenha sempre o inseticida em sua embalagem original.
- Mantenha o inseticida longe dos alimentos, medicamentos e fora do alcance de crianças.
- Leia com atenção as instruções do fabricante antes de utilizar qualquer inseticida em sua casa.
- Não permita que a crianças apliquem inseticida ou brinquem com as embalagens dos produtos.
- Produtos de uso agrícola (agrotóxicos) nunca devem ser utilizados em casa, pois podem provocar intoxicações graves.
- Guarde o inseticida utilizado em seu lugar imediatamente após o uso.
- Mantenha longe do alcance de crianças, de preferência em local fechado, com altura mínima de 1,5m.

PLANTAS TÓXICAS

- Procure conhecer as plantas presentes na residência e no peridomicílio pelos nomes e características, obtendo informações em sites confiáveis e em serviços de CIATox. No caso da presença de plantas tóxicas em casa, mantenha-as fora do alcance das crianças e dos animais.
- Ensine as crianças a não colocarem partes das plantas na boca nem as utilizar em brincadeiras infantis.
- Quando planejar um jardim escolha espécies vegetais não tóxicas, principalmente.
- Nuca utilize folhas, frutos ou raízes desconhecidas como alimentos.
- Quando realizar serviços de jardinagem, use luvas, óculos, chapéu, camisa de manga longa, tesoura de poda e pazinha.
- Descarte de forma segura as partes podadas.

20.5.6 ACIDENTES COM ANIMAIS PEÇONHENTOS

ANIMAIS VENENOSOS E PEÇONHENTOS SÃO A MESMA COISA?

Chamamos de animais peçonhentos aqueles que possuem glândulas de veneno associadas a um aparelho inoculador, como dentes, ferrões ou cerdas (espécie de espinhos). São exemplos: serpentes, aranhas, escorpiões, taturanas, lacraias, abelhas, vespas, marimbondos e alguns animais aquáticos, como algumas espécies de peixes e arraias.

Já os animais venenosos são também capazes de produzir veneno, mas não possuem um aparelho inoculador para injetá-lo. São exemplos os animais que possuem glândulas de veneno sobre a pele, cujo conteúdo é liberado somente quando comprimidas. É o caso dos sapos, e aqueles que possuem veneno em seus tecidos e que podem causar intoxicações quando ingeridos, sendo um exemplo o peixe baiacu.

O QUE ACONTECE QUANDO ALGUÉM SOFRE UM ACIDENTE COM UM ANIMAL PEÇONHENTO?

Em primeiro lugar, depende da espécie de animal que causou o acidente, pois cada uma possui um tipo particular de veneno, utilizado para se defender de seus predadores ou para imobilizar suas presas que lhe servem de alimento. Por outro lado, os venenos são sempre substâncias muito complexas e possuem diversos tipos de toxinas, as quais podem afetar significantemente a saúde das pessoas. Então, os sinais e sintomas do envenenamento e sua gravidade estão relacionados com o tipo de animal que causou o acidente e, também, com a quantidade de veneno que foi injetada.

AS SERPENTES

TODA SERPENTE É PERIGOSA?

No mundo, existem cerca de 3.000 espécies de serpentes conhecidas e, dessas, cerca de 15 % são consideradas perigosas para os seres humanos. Aqui no Brasil, temos algo em torno de 460 espécies descritas, com aproximadamente 60 delas consideradas peçonhentas, distribuídas em quatro grupos: as popularmente conhecidas como jararacas (cientificamente pertencentes aos gêneros *Bothrops* e *Bothrocophias*), as cascavéis (gênero *Crotalus*), as surucucu-pico-de-jaca (gênero "*Lachesis*") e as chamadas corais-verdadeiras (gêneros *Micrurus* e *Leptomicrurus*). Por essa razão é que classificamos os acidentes ofídicos (causados por serpentes) em acidentes botrópicos (jararacas), crotálicos (cascavéis), laquéticos (surucucus-pico-de-jaca) e elapídicos (corais-verdadeiras). Importante saber que mesmo as serpentes consideradas não peçonhentas podem causar acidentes e serem confundidas com as peçonhentas! Logo abaixo, abordamos cada tipo de acidente ofídico:

ACIDENTES BOTRÓPICOS

São causados por serpentes popularmente conhecidas como jararaca, jararacuçu, urutu, caiçaca, e comboia, dentre outras denominações, conforme a região do país. É o grupo mais importante, com cerca de 30 espécies em todo o território brasileiro, encontradas em ambientes diversos, desde beiras de rios e igarapés, áreas litorâneas e úmidas, agrícolas e periurbanas, cerrados, e áreas abertas. Causam a grande maioria dos acidentes ofídicos no Brasil.

QUAIS OS SINTOMAS DECORRENTES DA PICADA DE JARARACA?

A região da picada pode apresentar dor e inchaço, às vezes, com manchas arroxeadas (edemas e equimose) e sangramento pelos pontos da picada, em gengivas, pele e urina. Pode haver complicações, como grave hemorragia em regiões vitais, infecção e necrose na região da picada, além de insuficiência renal.

ACIDENTES CROTÁLICOS

São causados pelas serpentes cascavéis, que possuem como característica a presença de guizo ou chocalho na cauda. Estão amplamente distribuídas em campos e áreas abertas, cerrados, regiões áridas e semiáridas.

QUAIS OS SINTOMAS DECORRENTES DA PICADA DE CASCAVEL?

O local da picada muitas vezes não apresenta dor ou lesão evidente, apenas uma sensação de formigamento, mas pode ocorrer inchaço. Entretanto, nos casos mais graves, podem surgir sintomas neurotóxicos, como dificuldade de manter os olhos abertos, aparência de sonolência (chamada de fácies miastênica), visão turva ou dupla, mal-estar, náuseas e dor de cabeça, e sintomas miotóxicos (atuação do veneno na musculatura), com dores musculares generalizadas e urina escura.

ACIDENTES LAQUÉTICOS

São causados pela serpente surucucu-pico-de-jaca, a maior das serpentes peçonhentas do Brasil. Ela vive na floresta Amazônica e nos remanescentes da Mata Atlântica.

QUAIS OS SINTOMAS DECORRENTES DA PICADA DE SURUCUCU-PICO-DE-JACA?

O envenenamento é muito semelhante ao acidente por jararaca, conforme descrito acima. Entretanto, adicionalmente, o veneno pode ainda causar dor abdominal, vômitos, diarreia, bradicardia (diminuição dos batimentos cardíacos) e hipotensão.

ACIDENTE ELAPÍDICO (CORAIS VERDADEIRAS)

Causados pelas serpentes corais-verdadeiras, amplamente distribuídas no país, com várias espécies que apresentam, geralmente, padrão característico com anéis coloridos (vermelhos pretos e brancos). Entretanto, aqui temos dois problemas: nem todas as corais-verdadeiras possuem esse padrão de coloração, e existem outras serpentes não peçonhentas (conhecidas como falsas corais) que também possuem esses anéis coloridos. A identificação segura só pode ser realizada por profissionais experientes.

QUAIS OS SINTOMAS DECORRENTES DA PICADA DE SERPENTE CORAL?

Nos acidentes por corais-verdadeiras, praticamente não se observa alterações importantes no local da picada, sendo a dor de grau variável, mas de leve intensidade na maioria das vezes, persistindo apenas uma sensação de formigamento no ferimento. As manifestações do envenenamento caracterizam-se por visão borrada ou dupla, pálpebras caídas e aspecto sonolento. O maior problema nesse tipo de envenenamento é a paralisia dos músculos respiratórios, muitas vezes decorrentes da demora na busca por socorro médico, que pode levar à parada respiratória.

COMO É REALIZADO O TRATAMENTO DO ENVENENAMENTO OFÍDICO?

O único tratamento eficaz para o acidente ofídico é com a utilização do soro antiveneno, conhecido como soro antiofídico. Na verdade, não existe um único soro antiofídico capaz de neutralizar as toxinas presentes nos venenos de todos os tipos de serpentes, mas um tipo de soro para cada gênero de serpente. Assim, temos os soros antibotrópico, anticrotálico, antilaquético e antielapídico. Esses soros, quando indicados, devem ser administrados em ambiente hospitalar e com supervisão médica, junto a outras medidas clínicas de suporte, e a quantidade baseada em critérios clínicos de gravidade (leve moderado ou grave). Importante saber que o soro deve ser administrado o mais breve possível, pois quanto mais tempo demorar entre o acidente e o tratamento, maiores serão os efeitos das toxinas no organismo da pessoa.

COMO OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE VÃO SABER QUAL SERPENTE CAUSOU O ACIDENTE?

É evidente que se a serpente causadora do acidente, ou uma foto dela, for levada à unidade de saúde, facilitará o diagnóstico. Mas não é recomendado tentar capturar a serpente (a não ser por alguém experiente), pois outras pessoas também poderão ser picadas, além de atrasar a busca de socorro médico. O diagnóstico é clínico-epidemiológico, realizado com segurança a partir do reconhecimento dos sinais clínicos do envenenamento por parte dos profissionais de saúde, mesmo na ausência do animal causador.

COMO DEVO PROCEDER SE ALGUÉM FOR PICADO POR UMA SERPENTE?

Em primeiro lugar, mantenha a calma. A criança deve ser conduzida o mais breve possível à unidade de saúde de emergência mais próxima. Não há muito que possa ser feito antes, a não ser lavar o local da picada com água e sabão, caso isto não atrase a busca pelo atendimento médico. Nunca tente retirar o veneno chupando o sangue ou fazendo incisões no local da picada, e jamais faça garrotes para evitar que o veneno se espalhe. Essas medidas são inócuas e acabam gerando mais complicações. Também não aplique nada no local, pois além de não ajudar, isso pode atrapalhar o diagnóstico e levar a contaminações do ferimento. Importante: a criança deve ser conduzida brevemente à unidade de saúde, mesmo que aparentemente esteja bem, pois, dependendo do tipo de envenenamento, os sintomas podem não aparecer imediatamente!

COMO PODEMOS PREVENIR O ACIDENTE OFÍDICO?

O Ministério da Saúde[1] tem recomendado algumas ações relacionadas à prevenção dos acidentes:

- Usar botas de cano alto ou perneira de couro, botinas e sapatos pode evitar cerca de 75% dos acidentes ofídicos.
- Usar luvas de aparas de couro para manipular folhas secas, montes de lixo, lenha, palhas etc. Não colocar as mãos em buracos. Cerca de 20% das picadas atingem mãos ou antebraços.
- Serpentes se abrigam em locais quentes, escuros e úmidos. Deve-se ter cuidado ao mexer em pilhas de lenha, palhadas de feijão, milho ou cana, e ao revirar cupinzeiros.
- Serpentes se alimentam de ratos e, por isso, deve-se controlar o aparecimento desses roedores nas residências. Limpar paióis e terreiros, não deixar lixo acumulado. Fechar buracos de muros e frestas de portas.
- Evitar acúmulo de lixo ou entulho, de pedras, tijolos, telhas e madeiras, bem como não deixar mato alto ao redor das casas. Isso atrai e serve de abrigo para pequenos animais, que servem de alimentos às serpentes.

Em relação às crianças, devemos evitar que elas fiquem desacompanhadas em locais onde seja possível a presença de serpentes.

1 Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/animais-peconhentos/acidentes-ofidicos/prevencao.

AS ARANHAS

TODA ARANHA É PERIGOSA?

Não. No mundo existem mais de 50.000 espécies de aranhas conhecidas e esse número cresce cada vez mais, conforme novas espécies são descritas. Quase todas elas possuem veneno, mas poucas são capazes de causar envenenamentos graves em humanos. No Brasil, temos somente três tipos de aranhas que podem causar acidentes graves: as conhecidas como armadeiras, que pertencem ao gênero *Phoneutria*; as aranhas marrons, do gênero *Loxosceles*, e as aranhas viúvas-negras, do gênero *Latrodectus*. Muitas outras aranhas brasileiras também podem causar acidentes, porém sem gravidade.

ACIDENTE POR ARANHA ARMADEIRA

Popularmente chamadas de aranha armadeira, essas aranhas pertencem ao gênero *Phoneutria*, são bastante agressivas e recebem esse nome porque, quando ameaçadas, assumem a posição de defesa com os dois pares de patas dianteiras levantadas, expondo o par de ferrões (quelíceras), localizados próximos à boca. O tamanho do corpo por atingir 4 cm e a envergadura, distância entre duas patas abertas, até 20 centímetros. São capazes de saltar até 40 cm de distância. Essas aranhas possuem atividade noturna, abrigam-se embaixo de troncos, palmeiras, bromélias e entre folhas de bananeira. Nos domicílios, ou peridomicílios, costumam se esconder em lugares como sapatos, gavetas, atrás de móveis, cortinas, embaixo de vasos, entulhos, materiais de construção, etc.

QUAIS OS SINTOMAS DECORRENTES DA PICADA DA ARANHA ARMADEIRA?

O sintoma mais frequente nos acidentes por aranhas armadeiras é a dor no local da picada, geralmente de forte intensidade, podendo ser acompanhada de outros sintomas locais como inchaço, vermelhidão, suor e sensações de formigamento ou dormência. A dor também pode irradiar para outros locais próximos do local da picada. O sinal da picada nem sempre é visível, mas quando é, observam-se dois pequenos pontos próximos um do outro. Parte pequena dos pacientes picados, principalmente as crianças, podem apresentar outros sintomas como aumento dos batimentos cardíacos, hipertensão arterial, agitação psicomotora, sudorese generalizada, salivação intensa, vômitos, falta de ar devido a edema de pulmão, arritmias cardíacas e choque, com risco de vida.

ACIDENTE POR ARANHA-MARROM

As aranhas conhecidas como aranha-marrom ou aranha-violino pertencem ao gênero Loxosceles. Essas aranhas não são agressivas e geralmente picam quando com-

primidas contra o corpo. O tamanho do corpo é de cerca de um centímetro e a envergadura não passa de 4 cm. Seus hábitos são noturnos, constroem teias irregulares, semelhantes a "algodão esfiapado". Nos domicílios, ou peridomicílios, costumam se esconder em telhas, tijolos, madeiras, atrás ou embaixo de móveis, quadros, rodapés, caixas ou objetos armazenados em depósitos, garagens, porões, e outros ambientes com pouca iluminação e movimentação. Deve ser ressaltado que a maioria das aranhas que vive em nossas casas, ou que possui a cor marrom, não são perigosas.

QUAIS OS SINTOMAS DECORRENTES DA PICADA DA ARANHA-MARROM?

No início do quadro, a picada costuma ser imperceptível e indolor — o que retarda a procura pelo atendimento médico. Com o passar das horas e de um dia para o outro, o local da picada torna-se cada vez mais dolorido, avermelhado e com o aparecimento de manchas arroxeadas misturadas com áreas de palidez, o que confere à lesão a aparência de "placa marmórea". Podem surgir bolhas no local e, após alguns dias, a lesão torna-se necrótica, deixando uma úlcera de difícil cicatrização. Também podem ocorrer sintomas gerais, como febre, mal estar e um exantema (vermelhidão espalhado pelo corpo). Em alguns casos, além da lesão na pele, o paciente pode evoluir com anemia, urina escurecidas e conjuntivas amareladas (icterícia), devido à destruição intravascular dos glóbulos vermelhos do sangue (hemólise), insuficiência renal e, mais raramente, coagulação intravascular disseminada.

ACIDENTE POR ARANHA VIÚVA-NEGRA

As aranhas viúvas-negras pertencem ao gênero *Latrodectus*. Essas aranhas não são agressivas. O tamanho varia com o sexo: as fêmeas podem chegar a 2 cm e os machos, bem menores, em torno de 2 a 3 mm. Possuem hábitos noturnos, geralmente vivem em grupos e costumam fazer suas teias irregulares em arbustos, gramíneas, cascas de coco, canaletas de chuva ou embaixo de pedras. São encontradas próximas ou dentro das casas, preferindo ambientes sombreados, como frestas, embaixo de cadeiras e mesas em jardins.

QUAIS OS SINTOMAS DECORRENTES DA PICADA DA ARANHA VIÚVA-NEGRA?

Os acidentes por aranhas viúvas-negras (também conhecidas como flamenguinha) são os mais raros, em torno de 1% dos acidentes por aranhas notificados no Brasil. As primeiras manifestações clínicas são a dor local (tipo mialgia), de intensidade variável, sudorese profusa e agitação psicomotora que se iniciam em torno de 30 a 40 minutos após a picada. No local, aparece uma pequena placa avermelhada. Os sintomas podem progredir com extensão da mialgia, contraturas musculares, aumento dos batimentos cardíacos, hipertensão arterial e, mais raramente, arritmias cardíacas e choque.

COMO DEVO PROCEDER SE ALGUÉM FOR PICADO POR UMA ARANHA?

A criança picada por aranha deve ser levada imediatamente ao serviço de atendimento de emergência ou ao polo de atendimento mais próximo. Não aguarde o surgimento de sintomas mais graves ou que eles melhorem espontaneamente. Não aplique nada sobre o local da picada, não faça torniquetes nem cortes para tentar retirar o veneno. Essas medidas podem piorar o quadro clínico ou levar a complicações. Se possível, leve o animal que causou o acidente (ou uma foto) para facilitar a sua identificação pela equipe de saúde. Uma técnica simples para capturar a aranha é colocar um pote plástico ou de vidro sobre o animal, passar cuidadosamente uma folha de papel espesso (duro) entre o frasco e a superfície onde está o animal, inverter o conjunto (frasco + papel) e tampá-lo.

COMO É REALIZADO O TRATAMENTO DO ENVENENAMENTO POR ARANHA?

O tratamento depende da espécie da aranha que causou o acidente e do tipo e da intensidade dos sintomas apresentados pela criança. O tratamento poderá ser somente sintomático ou talvez tenha que ser aplicado o soro antiveneno (soro antiaracnídico), cuja dosagem dependerá da gravidade dos sintomas. Mesmo que a sua aplicação não seja necessária num primeiro momento, a criança deverá permanecer em observação médica em ambiente hospitalar por um período de tempo suficiente para ser descartada a possibilidade de ainda vir a apresentar sintomatologia mais grave que indiquem a utilização do soro antiveneno.

COMO PODEMOS PREVENIR O ACIDENTE POR ARANHAS?

A seguir são elencadas algumas recomendações do Ministério da Saúde[2] voltadas à prevenção dos acidentes com aranhas:

- Manter jardins e quintais limpos. Evitar o acúmulo de entulhos, folhas secas, lixo doméstico, material de construção nas proximidades das casas.
- Evitar folhagens densas (plantas ornamentais, trepadeiras, arbusto, bananeiras e outras) junto a paredes e muros das casas. Manter a grama aparada.
- Limpar periodicamente os terrenos baldios vizinhos, pelo menos, numa faixa de um a dois metros junto das casas.
- Sacudir roupas e sapatos antes de usá-los, pois as aranhas e escorpiões podem se esconder neles e picar ao serem comprimidos contra o corpo.
- Não pôr as mãos em buracos, embaixo de pedras e troncos podres.
- Usar calçados e luvas de raspas de couro podem evitar acidentes.

2 Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/animais-peconhentos/acidentes-por-aranhas/prevencao.

- Vedar soleiras das portas e janelas ao escurecer, pois muitos desses animais têm hábitos noturnos.
- Vedar frestas e buracos em paredes, assoalhos e vãos entre o forro e paredes, consertar rodapés despregados, colocar saquinhos de areia nas portas e telas nas janelas.
- Usar telas em ralos do chão, pias ou tanques.
- Combater a proliferação de insetos para evitar o aparecimento das aranhas que deles se alimentam.
- Afastar as camas e berços das paredes. Evitar que roupas de cama e mosquiteiros se encostem ao chão. Inspecionar sapatos e tênis antes de calçá-los.
- Preservar os inimigos naturais de escorpiões e aranhas: aves de hábitos noturnos (coruja, joão-bobo), lagartos, sapos, galinhas, gansos, macacos, coatis, entre outros (na zona rural).

OS ESCORPIÕES

Os escorpiões são animais pertencentes à classe dos aracnídeos, com mais de 2.400 espécies descritas no mundo até o momento. Eles habitam as regiões quentes e temperadas, onde ocorre uma grande diversidade de espécies. Eles têm hábitos noturnos e se abrigam durante o dia embaixo de pedras e troncos podres, e, dependendo da espécie e do habitat, enterram-se na areia ou no solo úmido das florestas. Já nos meios urbanos, podem ser encontrados embaixo de dormentes das linhas de trem, em lajes de túmulos, nas margens dos córregos, galerias de águas pluviais, canais, galerias de esgoto e bocas de lobo e onde o lixo doméstico e o entulho propiciam alimento farto — principalmente as baratas — e abrigo para esses animais. No Brasil, existem cerca de 160 espécies de escorpiões. Entretanto, as responsáveis por acidentes graves pertencem ao gênero Tityus, particularmente as espécies:

- *Tityus serrulatus* (Escorpião-amarelo), encontrado em praticamente todas as macrorregiões do país, devido a sua enorme facilidade em se adaptar ao meio urbano e reprodução sem a necessidade de acasalamento (partenogênese), e responsável pela maioria dos acidentes graves.
- *Tityus bahiensis* (Escorpião-marrom), encontrado na Bahia e regiões centro-oeste, sudeste e sul do Brasil.
- *Tityus stigmurus* (Escorpião-amarelo-do-nordeste), a espécie mais comum no nordeste, mas agora já encontrada nos estados de São Paulo, Paraná e Santa Catarina.
- *Tityus obscurus* (Escorpião-preto-da-Amazônia), principal espécie causadora de acidentes e óbitos na região Norte e no Mato Grosso.

Importante: outras espécies também causam envenenamento, mas com menor frequência e normalmente com menos gravidade.

QUAIS OS SINTOMAS DECORRENTES DA PICADA DO ESCORPIÃO?

Chamamos de escorpionismo o envenenamento pela picada do escorpião. O veneno do escorpião causa dor imediata no local da picada, em praticamente 100% dos casos, de intensidade variável, mas na maioria das vezes de forte intensidade. A dor pode ser acompanhada de sensações de formigamento ou dormência, suor e vermelhidão locais. Raramente se observa um ponto de inoculação na pele. Na grande maioria dos acidentes, o quadro clínico se limita a essas ações locais do veneno. Entretanto, em alguns casos, principalmente em crianças que constituem o grupo mais suscetível ao envenenamento grave, pode ocorre a instalação rápida (geralmente em menos de 2 horas) de sintomas sistêmicos como sudorese profusa, agitação psicomotora, tremores, náuseas, vômitos, sialorreia, hipertensão ou hipotensão arterial, arritmia cardíaca, insuficiência cardíaca congestiva, edema pulmonar agudo e choque.

Importante saber que:
A presença dessas manifestações clínicas indica a suspeita do diagnóstico de escorpionismo, mesmo na ausência de história de picada ou identificação do animal!

Episódios seguidos de vômitos nas crianças picadas por escorpião é forte indício de envenenamento grave!

Sem dúvida, o escorpionismo é o acidente por animal peçonhento mais importante no Brasil, seja pelo maior número de casos notificados em relação aos outros tipos de acidentes, seja pelo potencial de causar casos graves e fatais, sobretudo em crianças.

COMO DEVO PROCEDER SE ALGUÉM FOR PICADO POR ESCORPIÃO?

Não há nada que possa ser feito no ambiente doméstico. Nunca aplique nada no local, inclusive gelo! A criança deve ser conduzida imediatamente ao serviço de saúde de emergência ou o hospital de referência mais próximo. Nunca espere que a dor passe ou que a criança melhore, pois ela pode evoluir rapidamente para as formas graves do escorpionismo e o tempo entre a picada e o tratamento eficaz é um fator extremamente importante para o prognóstico. Não perca tempo tentando achar ou capturar o animal! Veja: nunca sabemos quanto de veneno foi injetado e se a criança vai ou não desenvolver a forma grave, independentemente da intensidade da dor!

COMO É REALIZADO O TRATAMENTO DO ESCORPIONISMO?

Nos casos em que a criança esteja apresentando apenas os sintomas locais, é preconizado o tratamento adequado da dor, muitas vezes com aplicação de anestésicos locais, associado ou não com outros analgésicos, e a manutenção do paciente sob estrita observação médica em ambiente hospitalar por não menos de seis horas, pois,

caso ela venha apresentar os sintomas sistêmicos, haverá a necessidade da aplicação do soro antiveneno (soro antiaracnídico ou soro antiescorpiônico) em doses de acordo com a gravidade e a internação em regime de unidade de terapia intensiva.

COMO PODEMOS PREVENIR O ACIDENTE POR ESCORPIÕES?

O Ministério da Saúde apresenta algumas recomendações visando a prevenção dos acidentes por escorpiões[3]. São elas:

- Acondicionar lixo domiciliar em sacos plásticos ou outros recipientes que possam ser mantidos fechados, para evitar baratas, moscas ou outros insetos de que se alimentam os escorpiões.
- Combater a proliferação de baratas no intradomicílio. No caso da utilização de pesticidas, recomenda-se o uso de formulações do tipo gel ou pó. Esta atividade deve ser executada somente por profissionais de empresas especializadas.
- Manter jardins e quintais limpos. Evitar o acúmulo de entulhos, folhas secas, lixo doméstico e materiais de construção nas proximidades das casas. Usar calçados e luvas de raspas de couro nas tarefas de limpeza em jardins e quintais.
- Evitar folhagens densas (plantas ornamentais, trepadeiras, arbusto, bananeiras e outras) junto a paredes e muros das casas. Manter a grama aparada.
- Solicitar ao proprietário ou, no impedimento deste, à prefeitura, a limpeza periódica de terrenos baldios vizinhos, pelo menos, numa faixa de um a dois metros junto às casas.
- Sacudir e examinar roupas e sapatos antes de usá-los, pois escorpiões podem se esconder neles e picam ao serem comprimidos contra o corpo.
- Evitar colocar as mãos sem luvas em buracos, embaixo de pedras, troncos podres e em dormentes da linha férrea.

Nas casas e apartamentos utilizar soleiras nas portas e janelas, telas em ralos do chão, pias e tanques. Vedar frestas e buracos em paredes, assoalhos e vãos entre o forro e a parede. Consertar rodapés despregados. Afastar as camas e berços das paredes. Evitar que roupas de cama e mosquiteiros se encostem ao chão. Não pendurar roupas nas paredes. Preservar os inimigos naturais de escorpiões: aves de hábitos noturnos (coruja, joão-bobo), lagartos e sapos.

AS TATURANAS

As lagartas são formas larvárias das borboletas e mariposas. Esses animais pertencem à ordem Lepidoptera (da classe dos insetos) e são muito abundantes, sendo conhecidas mais de 100.000 espécies. Parte dessas espécies de lagartas possui

3 Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/animais-peconhentos/acidentes-por-escorpioes.

o corpo (tegumento) recoberto por cerdas urticantes, geralmente finas e flexíveis, contendo toxinas capazes de provocar irritações e queimaduras quando em contado com a pele humana. Daí o nome popular "taturana", que na língua tupi significa "semelhante a fogo" (tatá = fogo, rana = assemelhado). Também são conhecidos outros nomes populares, como: lagarta-cabeluda, lagarta-de-fogo, taturana-gatinho, dentre outros. Fato interessante dessas taturanas é que muitas se apresentam coloridas e com formas exuberantes e acabam servindo de atração para as crianças, causando acidentes.

QUAIS OS SINTOMAS DECORRENTES DO CONTADO COM TATURANAS? PODE SER GRAVE?

Os acidentes com lagartas ocorrem quando a criança toca o animal, geralmente em tronco de árvores ou ao manusear a vegetação, seja em locais abertos, jardins ou mesmo em vasos de plantas. O contato com as cerdas faz com que o veneno contido nos "espinhos" seja injetado na pele. A dor, na maioria dos casos, é de forte intensidade, irradiando-se do local do contato para outras regiões próximas do corpo. Além da dor, a área do contato pode tornar-se avermelhada e inchada, podendo eventualmente evoluir com a formação de bolhas e necrose superficial. O quadro inflamatório local geralmente se resolve em torno de 24 horas, sem complicações. Entretanto, existe um gênero em particular, denominado *Lonomia* (principal espécie *Lonomia obliqua*) cujo veneno, além dessas manifestações locais descritas, pode causar uma síndrome hemorrágica grave. Nesse caso, a pessoa acidentada pode apresentar sintomas gerais, como mal-estar, dor de cabeça, náuseas e dor abdominal, e manifestações hemorrágicas que podem ser de categoria menos grave, como manchas arroxeadas na pele (equimoses), sangramento nasal (epistaxe) ou gengival (gengivorragia), até muito graves, com a presença de sangue na urina (hematúria), vômitos com sangue (hematêmese) e hemorragia intracraniana, além de insuficiência renal, com potencial de levar ao óbito.

COMO DEVO PROCEDER SE ALGUÉM SOFRER UM ACIDENTE COM TATURANA?

De imediato, lave o local com água fria e coloque uma bolsa com gelo no local (saco plástico envolto por uma toalha, deixando no máximo por 10-20 minutos de cada vez) e conduza a criança para uma unidade de saúde de emergência. Se possível, leve uma foto ou o animal que causou o acidente. Para apanhar a taturana com segurança, use luva e camisa de manga longa, e uma pinça longa ou graveto para colocar o animal dentro de um pote ou de uma garrafa pet cortado ao meio, não se esquecendo de tampar firmemente e de fazer alguns furos.

COMO É REALIZADO O TRATAMENTO DO ACIDENTE COM TATURANAS?

A abordagem inicial é voltada para o alívio da dor, podendo ser utilizados analgésicos sistêmicos ou locais, dependendo da intensidade da dor e da região do corpo

afetada. O principal desafio será descartar o acidente por Lonomia, daí a importância da identificação do animal causador, através de foto ou da presença do próprio animal, quando possível, ou do fornecimento de informações detalhadas sobre as características da taturana. Na ausência de informações seguras ou na possibilidade de tratar-se de acidente lonômico, serão solicitados exames laboratoriais para verificar se ocorreram alterações na coagulação sanguínea, que poderão ser repetidos em intervalos de 12 horas, conforme o caso. Havendo alterações nesses exames, será indicado o uso do soro antiveneno (soro antilonômico), em doses de acordo com a gravidade, e internação hospitalar.

COMO PODEMOS PREVENIR O ACIDENTE COM TATURANAS?

De uma maneira geral, ao coletar frutas no pomar, realizar atividades de jardinagem ou em qualquer outra em ambientes silvestres, observar bem o local, troncos, folhas, gravetos antes de manuseá-los, fazendo sempre o uso de luvas para evitar o acidente. No caso das crianças, principalmente as pequenas, não as deixe sozinhas nos ambientes onde possa haver a presença desses animais. Verifique sempre se há taturanas presentes nas plantas e árvores dos jardins e nos vasos de plantas. Oriente sempre para que não toquem nesses animais.

AS ABELHAS

Abelhas são insetos da ordem *Hymenoptera*, assim como as vespas e as formigas. Estima-se a existência de algo em torno de 20 mil espécies no mundo, com papel importante na biodiversidade. Algumas dessas espécies (*Apis melífera*) são conhecidas por produzirem o mel e viverem em colônias, onde se observa a presença de uma rainha, alguns machos férteis e milhares de operárias fêmeas. Essas operárias possuem o aparelho ovopositor modificado sob a forma de ferrão, associado a uma glândula de veneno, e são responsáveis pela defesa da colônia, atacando apenas quando ameaçadas. O aparelho inoculador é extremamente sofisticado: ao picar, se separa do corpo da abelha (que morre em seguida) e continua a injetar veneno por alguns segundos. Também ocorre a liberação de feromônio, que atrai outras abelhas, podendo ocasionar acidentes com centenas de picadas.

AS ABELHAS PODEM CAUSAR ACIDENTES GRAVES?

Na grande maioria das vezes, a picada de abelha provoca dor, inchaço e vermelhidão local que costuma regredir em algumas horas ou de um dia para o outro. Chamamos isso de reação tóxica local. Entretanto, quando a pessoa é alérgica ao veneno, essa reação local pode ser mais intensa e perdurar por vários dias. Aqui uma preocupação: se o inchaço for grande e próximo das vias aérea pode ocasionar obstrução mecânica. Além disso, há a possibilidade do desenvolvimento de uma reação alérgica sistêmica, cujos sintomas podem variar desde apenas o comprometimen-

to cutâneo, com vermelhidão e lesões urticariformes pruriginosas espalhadas pelo corpo, associadas à sensação de mal-estar, até um quadro grave, com dificuldade respiratória (ocasionada por edema de glote e obstrução das vias aéreas), alterações cardiocirculatórias (choque anafilático), colapso e perda da consciência. Por outro lado, no caso de múltiplas picadas, que podem variar de algumas dezenas a centenas de picadas, a grande quantidade de veneno injetada leva a um quadro de intoxicação sistêmica, em geral grave e potencialmente fatal, com alterações em vários sistemas orgânicos, incluindo alterações hematológicas (hemólise e anemia), respiratórias (insuficiência respiratória), cardiovasculares (infarto agudo do miocárdio, insuficiência cardíaca e choque), hepáticas (destruição de células hepáticas), renais (insuficiência renal), sistema muscular (destruição de fibras musculares), neurológicas (coma) e falência de múltiplos órgãos.

COMO DEVO PROCEDER SE ALGUÉM SOFRER UM ACIDENTE COM ABELHA?

No caso de uma única picada, preconiza-se a retirada do ferrão, compressas frias e o uso de analgésicos comuns. Mesmo assim, recomenda-se que a criança seja avaliada pelo pediatra. No caso de reações alérgicas (locais ou sistêmicas) ou de múltiplas picadas, a criança deve ser conduzida imediatamente para um serviço de atendimento de emergência.

COMO É REALIZADO O TRATAMENTO DOS ACIDENTES POR ABELHAS?

O tratamento das reações alérgicas depende da gravidade e não difere daquele recomendado para as reações de hipersensibilidade de outras causas. Para os acidentes provocados por múltiplas picadas, ainda não está disponível um antiveneno específico para uso clínico (o soro antiapílico encontra-se em desenvolvimento através de uma parceria entre o Centro de Estudos de Venenos e Animais Peçonhentos da Universidade Estadual Paulista – CEVAP/UNESP – e o Instituto Vital Brazil), sendo o tratamento sintomático e de suporte, na maioria das vezes em regime de internação em unidade de tratamento intensivo (UTI).

SE A CRIANÇA TEVE UMA REAÇÃO ALÉRGICA SISTÊMICA, ELA PODERÁ SE REPETIR SE FOR PICADA NOVAMENTE? O QUE DEVE SER FEITO?

Sim, embora não se possa afirmar que será mais grave ou não. Assim, após o tratamento da reação alérgica, a criança deve passar em consulta com especialista em alergia (médico alergologista) para avaliar a necessidade, ou não, de ser submetida a um tratamento de dessensibilizarão do veneno (imunoterapia), além de receber outras orientações, como quando e de que maneira utilizar dispositivos de injeção de adrenalina, naturalmente se o risco de reações graves justifique a sua utilização, sempre com orientação médica.

EXISTEM FORMAS DE PREVENÇÃO DE ACIDENTES POR ABELHAS?

O Ministério da Saúde aponta algumas orientações para prevenir os acidentes por abelhas[4]:

- A remoção das colônias de abelhas situadas em lugares públicos ou residências deve ser efetuada por profissionais devidamente treinados e equipados, preferencialmente à noite ou ao entardecer, quando os insetos estão calmos.
- Evite aproximar-se de colmeias de abelhas africanizadas sem estar com vestuário e equipamentos adequados (macacão, luvas, máscara, botas, fumigador etc.).
- Evite caminhar e correr na rota de voo das abelha.
- Barulhos, perfumes fortes, desodorantes, o próprio suor do corpo e cores escuras (principalmente preta e azul-marinho) desencadeiam o comportamento agressivo e, consequentemente, o ataque de abelhas.
- Sons de motores de aparelhos de jardinagem, por exemplo, exercem extrema irritação em abelhas. O mesmo ocorre com som de motores de popa.
- No campo, o trabalhador deve ficar atento para a presença de abelhas, principalmente no momento de arar a terra com tratores.

Lógico que, no caso das crianças, devemos mantê-las longe das situações apontadas acima!

CONSIDERAÇÕES FINAIS

COMO SABER EM QUAIS UNIDADES DE SAÚDE O SORO ANTIVENENO ESTÁ DISPONÍVEL?

O Ministério da Saúde mantém em seu site[5] uma lista de hospitais de referência para o atendimento de acidentados por animais peçonhentos. Entretanto, no caso de um acidente por qualquer tipo de animal peçonhento, recomenda-se a procura de uma unidade de saúde de emergência mais próxima, pois, mesmo que ali não tenha o soro antiveneno disponível, poderá ser realizado o tratamento de suporte e a criança ser transferida de forma segura ao centro de referência local, ou o soro ser solicitado, dependendo do risco no transporte. Procure conhecer, antecipadamente, as unidades de atendimento de emergência e os hospitais de referência da sua região.

4 Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/animais-peconhentos/acidentes-por-abelhas.

5 Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/animais-peconhentos/hospitais-de-referencia-para-atendimento.

SITES RECOMENDADOS

Informações adicionais sobre os acidentes por animais peçonhentos podem ser obtidas nos seguintes sites:

- FUNED – Fundação Ezequiel Dias: http://www.funed.mg.gov.br/publicacoes/;
- Instituto Butantan: https://butantan.gov.br/atendimento-medico/primeiro-socorros;
- IVB – Instituto Vital Brazil: http://www.vitalbrazil.rj.gov.br/index.html#,
- Ministério da Saúde: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/animais-peconhentos.

20.5.7 ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO

Corpo estranho (CE) é qualquer objeto sólido ou líquido que pode penetrar o corpo ou suas cavidades. Aspiração consiste na entrada de corpo estranho na via respiratória. É uma emergência médica, pois, além de poder levar a vítima a óbito, pode causar sequelas se não diagnosticada e tratada adequadamente. Cerca de 80 % dos casos ocorrem em menores de 5 anos, (principalmente menores de 3 anos): as crianças pequenas “conhecem as coisas” colocando-as na boca, são muito ativas enquanto comem e não têm molares para mastigar alimentos suficientemente.

QUAIS SÃO OS OBJETOS MAIS COMUMENTE ASPIRADOS POR CRIANÇAS?

Dentre os alimentos, temos: pipoca, nozes, amendoim, milho, feijão, salsichas e ossos ou fragmentos de ossos. Outros objetos como peças de brinquedos, bolinhas, moedas, tampas de canetas, tachinhas, pinos, clipes de papel, unhas, parafusos, balas e bexigas (essa última, geralmente fatal).

QUAIS SÃO OS SINTOMAS DA ASPIRAÇÃO?

Os sintomas dependem do grau de obstrução das vias aéreas, podendo se apresentar como eventos agudos com dificuldade respiratória leve à grave. Um corpo estranho não obstrutivo e não irritante, em compensação, pode produzir poucos sintomas, mesmo após um período de tempo prolongado. Por isso é importante que, na suspeita de aspiração de um corpo estranho, a vítima seja levada ao serviço médico.

Um episódio testemunhado de engasgo seguido de acesso de tosse, muitas vezes acompanhado de lábios roxos, principalmente em uma criança previamente saudável, é bastante sugestivo de aspiração.

Os sinais de alerta são: dificuldade súbita para respirar; agitação; respiração ruidosa; tosse intensa ou ausência de sons (não consegue emitir sons por causa da obstrução); palidez; lábios roxos.

O QUE DEVO FAZER SE MEU FILHO ENGASGAR?

Se ele estiver tossindo efetivamente, não mexa (não sacuda, não bata nas costas, não vire de ponta cabeça, não tente retirar com os dedos o que você não estiver vendo). Retire com a mão apenas objetos ou secreção visíveis. Mantenha a criança em posição confortável para ela. A tosse é, neste caso, a manobra mais eficaz para retirar o corpo estranho que causou o engasgo, nesse caso, com obstrução parcial da via aérea; também significa que há respiração. Incentive-o a tossir e leve-a imediatamente ao serviço de emergência.

Se a criança não emitir nenhum som (sinal de obstrução completa da via aérea):

1. Menores de 1 ano: coloque o bebê de bruços sobre o antebraço não dominante com a cabeça mais abaixo que o corpo, tendo o cuidado de manter a boca do bebê aberta (apoiar o antebraço + bebê na coxa do socorrista). Aplicar 5 batidas com o "calcanhar" da mão nas costas do bebê, na região entre as escápulas (omoplatas). Mova o bebê para o outro antebraço, virando-o de barriga para cima, mantendo a boca aberta. Novamente, a cabeça da criança deve estar mais baixa que o peito, durante todo o movimento. Usando dois dedos da mão livre, faça cinco compressões no osso do peito (esterno) logo abaixo de uma linha imaginária traçada entre os mamilos. Repita esse ciclo até o bebê expelir o objeto ou desmaiar (ficar inconsciente). Se ficar inconsciente, acione o serviço de emergência (ligue 192 ou 193).

Figura 2 - Manobra de desobstrução de corpo estranho sólido em menores de 1 ano

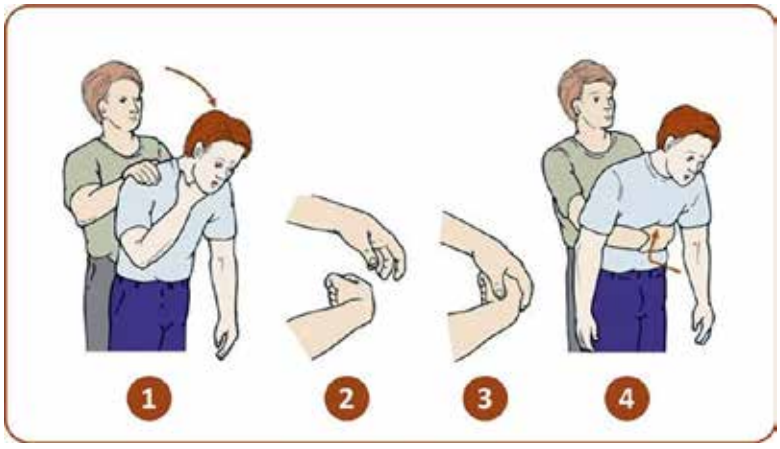


Fonte: The Airline Pilots. https://www.theairlinepilots.com/forumarchive/aeromedical/firstaid.pdf

Observação: você pode fazer a ligação pelo celular e deixar no “viva-voz” para orientações, quando acionar o serviço de emergências.

2. Maiores de 1 ano (manobra de Heimlich): posicione-se em pé ou ajoelhado atrás da criança, avisando-a que irá ajudá-la e inicie a manobra: apoie a mão fechada em punho, encoberta pela outra, entre o umbigo e a extremidade inferior do osso do peito da criança e realize compressões em trancos para dentro e para cima, até que a criança consiga expelir o objeto ou desmaie. Se ficar inconsciente, acione o serviço de emergência e proceda como na parada cardiorrespiratória.

Figura 3 – Manobra de Heimlich



Fonte: Prefeitura de Poço de Caldas (2024).

COMO EVITAR A ASPIRAÇÃO DE CORPO ESTRANHO?

- Ensine a criança a não colocar pequenos objetos entre os lábios ou na boca.
- Certifique-se de que os brinquedos estão em boas condições e são adequados à idade.
- Compre brinquedos certificados pelo Inmetro ou órgão correspondente do país de origem.
- Ofereça alimentos bem cortados e em pequenas quantidades para evitar que as crianças coloquem muita comida na boca.
- Ensine a criança a mastigar bem seu alimento. Sente-se e coma com ela para dar o exemplo, mastigando bem os alimentos e comendo lentamente.
- Não dê alimentos duros e crocantes (como pipocas, doces duros, amendoins etc.) a uma criança até que tenham pelo menos 4 anos de idade.
- Tenha muito cuidado com alimentos que possam se amoldar na via aérea (uvas, tomate cereja, salsicha) ou objetos com o mesmo risco (bexigas).
- Certifique-se de que a criança esteja acordada e bem alerta antes de oferecer comida.

- Nunca dê ou deixe que a criança ou bebê se alimente deitado.
- Não ofereça nada para a criança comer ou beber enquanto estiver andando, brincando, falando, chorando etc. Evite alimentar a criança com o carro em movimento.

Observações:
A aspiração de um CE líquido não causa obstrução completa da via aérea. Portanto, não estão indicadas as manobras de desobstrução nesse caso. Ocorrendo a aspiração de líquido, a criança deve ser levada ao serviço de emergências. É importante que todos saibam realizar as manobras de desobstrução de vias aéreas.

20.5.8 ACIDENTES NOS ESPORTES

A prática de esportes auxilia o desenvolvimento motor, cognitivo, físico e social de crianças e adolescentes. Ajuda a incorporar hábitos saudáveis, desenvolve a coordenação motora, aprimora a cognição (crianças e adolescentes fisicamente ativos têm o raciocínio estimulado); propicia a sociabilização, combate a obesidade infantil; ensina a respeitar regras (em modalidade coletiva, aprendem a conviver com hierarquia, nas figuras do técnico e do capitão de equipe, por exemplo); prepara para lidar com frustrações e diminui o risco de doenças mentais.

QUAIS SÃO OS ACIDENTES MAIS COMUNS NOS ESPORTES?

A maioria das lesões é de intensidade leve, principalmente entorses, distensões musculares e hematomas. Fraturas, lesões ósseas ou da placa de crescimento, lesões por esforço repetitivo e trauma na cabeça também podem ocorrer.

Todos os esportes têm risco de lesões. Em geral, quanto mais contato em um esporte, maior o risco de uma lesão traumática. Existem dois tipos principais de lesões: a lesão aguda, geralmente resultante de um evento isolado, como uma batida ou queda; e a lesão "crônica" por esforço repetitivo (LER — lesão por esforço repetido) que se desenvolve lentamente, em decorrência da sobrecarga em tendões, músculos, ossos ou articulações. Crianças que participam de dois ou mais esportes que utilizam a mesma parte do corpo, como natação e voleibol, apresentam maior risco de LER do que aquelas que participam de esportes com ênfase em diferentes grupos musculares, como futebol e basquetebol.

Observação:
Alongamento e aquecimento antes das práticas esportivas e pausas regulares durante as atividades são fundamentais para a prevenção de lesões por esforço repetitivo.

COMO TORNAR A PRÁTICA DE ESPORTES SEGURA PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES?

Em primeiro lugar, deve-se escolher uma atividade que seja compatível com o desenvolvimento físico e mental da criança/adolescente em questão. A afinidade e o gosto da criança pelo esporte devem ser considerado. Permita que as crianças pequenas pratiquem uma variedade de atividades físicas. Estudos mostram que as crianças se desenvolvem melhor quando praticam diferentes tipos de esportes antes da puberdade. Eles também são menos propensos a perder o interesse ou desistir.

Toda criança ou adolescente deve passar por uma avaliação física com um médico, antes da participação na atividade esportiva. Garanta que a criança/adolescente utilize equipamentos adequados para a prática esportiva, como protetores (pescoço, ombro, cotovelo, peito, joelho, canela, dentes), capacetes, óculos, sapatos e roupas adequados, colete salva-vidas e até protetor solar. Deve-se orientar sobre o uso de itens de proteção de maneira didática, de tal forma que a criança/ adolescente compreenda a importância do uso.

O ambiente onde será realizada a atividade deve contar com medidas de segurança e equipe especializada. As crianças/adolescentes devem ter pelo menos um ou dois dias de descanso por semana das atividades esportivas. Oriente o jovem atleta a informar caso sinta dores.

Devem se hidratar e alimentar adequadamente. Atletas em crescimento precisam de mais calorias e de alimentos ricos em ferro e cálcio. As adolescentes devem ficar atentas aos problemas causados pelo excesso de treinamento, como a falta de menstruação.

QUANDO DEIXAR QUE A CRIANÇA/ADOLESCENTE SE INICIE NO ESPORTE COMPETITIVO?

A especialização esportiva ocorre quando uma criança/adolescente se concentra em apenas um esporte, geralmente o ano todo. O esporte competitivo vai além da atividade física. Ele requer maiores habilidades motoras, treinamentos específicos, carga horária de treinamento elevada e compromisso com o esporte praticado. Pais e treinadores são os maiores motivos pelos quais as crianças decidem treinar intensamente.

A iniciação esportiva ideal divide-se em estágios, conforme a maturidade física e mental da criança. Os primeiros anos de treinamento (a partir dos 5 anos) são importantes para aquisição de habilidades motoras globais, que poderão ser utilizadas em vários esportes posteriormente. Entre 10 e 11 anos, amplia-se o repertório de movimentos e se introduz os elementos técnicos, regras e táticas dos esportes. Nos anos seguintes, com a puberdade, meninos e meninas terão um aumento do tamanho corporal pela ação dos hormônios. Muitos passarão por uma fase de adaptação ao novo corpo, em relação à coordenação e equilíbrio, principalmente. Além disso, esse novo peso e tamanho aumentam o risco de lesão do ligamento cruzado anterior

(LCA) um dos principais ligamentos que dão estabilidade ao joelho. Essas lesões ocorrem com mais frequência em meninas, por não apresentam o ganho muscular equivalente que os meninos têm nessa fase com o pico da testosterona. Os treinos devem ser específicos e auxiliar essas mudanças.

De acordo com a Academia Americana de Pediatria, a melhor fase para que o adolescente se especialize em um esporte é em torno de 15 anos, quando há um significativo desenvolvimento da sua capacidade intelectual e física.

COMO AVALIAR SE O TREINAMENTO ESTÁ SENDO EXCESSIVO PARA A CRIANÇA/ADOLESCENTE?

Embora muitas preocupações envolvam a intensa competição esportiva em crianças, pouca informação científica está disponível para apoiar ou refutar esses riscos. No entanto, é importante fazer esforços para ajudar os jovens atletas a evitar riscos potenciais de treinamento e competição excessivas. As condições de crianças atletas envolvidas em treinamento intenso devem ser acompanhadas regularmente por um pediatra. A atenção deve ser focada em medidas seriadas de composição corporal, peso e estatura; achados cardiovasculares; maturação sexual e evidências de estresse emocional. Os pais, técnico e pediatra devem estar alertas para sinais e sintomas do excesso de treino, incluindo declínio no desempenho, perda de peso, anorexia e distúrbios do sono.

O QUE FAZER EM CASO DE LESÃO?

- Ralados/cortes: lave bem com água e sabão. Se estiver sangrando, comprima com pano limpo, gaze estéril. Se mantiver sangramento considerável após alguns minutos, ou o corte for mais profundo, procure serviço de emergência.
- Hematomas, marcas de batida: aplique gelo e comprima o local, retirando de 30 em 30 segundos (por apenas alguns segundos), para que não “queime a pele”.
- Em caso de fraturas, coloque o membro afetado na posição mais natural possível, sem causar dor ou desconforto à criança/ adolescente. Imobilize o local da fratura e as articulações logo acima e logo abaixo da área afetada (para impedir de mexer). Use papelão, jornais dobrados, cabos de vassoura e leve a criança/adolescente ao serviço de emergência.
- Se a criança /adolescente bateu a cabeça — observe sinais de alarme: vômitos, sonolência, alteração na marcha, na fala ou dor importante. Se houve perda de consciência, desorientação mesmo que brevemente, leve-a ao serviço de emergência.

20.5.9 BRINQUEDOS

POR QUE OS BRINQUEDOS SÃO IMPORTANTES PARA A CRIANÇA?

Por meio dos brinquedos, jogos e brincadeiras reforça-se o desenvolvimento das crianças. Os pais são os principais responsáveis por fornecer experiências de qualidade para que seus filhos aprendam. Os brinquedos podem ser utilizados como adjuvantes no processo e não como substitutos de carinho e atenção. Os brinquedos ajudam a desenvolver a autoestima, a segurança e reforçam a coordenação motora e as habilidades sociais.

QUAIS SÃO OS PONTOS PRINCIPAIS NA ESCOLHA DOS BRINQUEDOS?

A escolha deve ser cuidadosa, levando em consideração a idade, o interesse e o nível de habilidades das crianças. Importante verificar se atende à recomendação de idade e se possui certificação de qualidade. Optar por brinquedos leves, que não tragam perigo caso caiam sobre a criança. Evitar brinquedos que produzem ruídos altos ou estridentes, com pontas ou bordas afiadas, que tenham partes pequenas ou que destaquem componentes (menores de 3 anos), que tenham correntes, tiras e cordas com mais de 15 cm, que arremessem ou lancem componentes (menores de 5 anos). Ler as instruções sobre o uso e como deve ser higienizado.

FALANDO EM LIMPEZA, COMO DEVE SER FEITA?

Móveis e chão devem ser limpos utilizando água e detergente líquido; tampo das mesas deve ser higienizado com álcool; brinquedos de plástico e borracha com água e sabão neutro semanalmente. Usar pano umedecido em água nos demais brinquedos e prateleiras.

COMO SE RECOMENDA DIVIDIR OS BRINQUEDOS POR FAIXAS ETÁRIAS?

Recomenda-se dividir e separar as faixas etárias em 3 grupos: menores de 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos. No momento da compra, é preciso ter em mente a fase de desenvolvimento que a criança se encontra e sua capacidade em manipular com segurança esses brinquedos — sua maturidade pode ser mais importante do que a idade cronológica.

ONDE OS BRINQUEDOS DEVEM SER GUARDADOS?

As crianças devem ser orientadas, desde pequenas, a guardar os seus brinquedos depois de brincar, para evitar acidentes (quedas e tropeções). Podem ficar em caixas próprias para seu acondicionamento — mas devem ser seguras: a tampa deve ter trava de segurança e deve ter aberturas para ventilação. Brinquedos das

crianças maiores devem ser mantidos fora do alcance dos pequenos — em armários altos e trancados — e as crianças mais velhas devem ser ensinadas a manter seus brinquedos longe dos menores.

A CRIANÇA DEVE SER SUPERVISIONADA ENQUANTO BRINCA?

Sim! Sempre de perto e de forma atenta, principalmente crianças menores de 6 anos. E não é só isso: tirar e descartar as embalagens, especialmente as plásticas; manter caixas, objetos grandes e acolchoados longe de janelas, varandas e portas (para não servirem para escalar, tropeçar e cair); mostrar à criança como usar os brinquedos de forma adequada e segura; brinquedos dirigidos pela criança não devem ser usados próximo a escadas, piscinas, garagens e ruas.

É IMPORTANTE CUIDAR DA MANUTENÇÃO DOS BRINQUEDOS?

É fundamental que os brinquedos sejam verificados periodicamente para avaliar rupturas e possíveis perigos.

ALGUNS BRINQUEDOS PODEM APRESENTAR RISCOS SOCIAIS OU EMOCIONAIS?

Podem sim: apresentações de violência interativas, como em alguns jogos de videogame e computador, podem levar a criança a imitar atos de violência. Armas de brinquedo ou outros que promovem a violência devem ser desencorajados. Os pais também devem considerar se um brinquedo promove preconceitos raciais, estereótipos étnicos, culturais ou de gênero.

QUAIS SÃO OS TIPOS DE ACIDENTES MAIS COMUNS ASSOCIADAS COM BRINQUEDOS?

Quadro 1 – Principais acidentes e sua prevenção.

Cortes e contusões	Verificar o estado do brinquedo, pontas ou bordas afiadas, quando quebrar jogar fora.
Perfurações	Pontas ou bordas afiadas
Afogamentos	Vigilância total de banheiros, baldes, piscinas, praias, poços e rios, mesmo em água rasa.
Queimaduras	Evitar ou vigiar rigorosamente o uso de brinquedos elétricos ou movidos à gasolina ou derivados.
Intoxicações	Descartar brinquedos pintados com tinta que contém chumbo.
Sufocação/ asfixia	Não deixar a criança ter acesso a balões e bexigas. Manter objetos pequenos (clipes, parafusos, alfinetes, grampos de cabelo, moedas, sacos plásticos e embalagens) longe da criança.
Acidente de captação	Não ter brinquedos com molas, rodas dentadas ou dobradiças.

Fonte: Os autores.

QUAIS COMPONENTES PRESENTES NOS BRINQUEDOS SÃO EXTREMAMENTE PERIGOSOS E PODEM SER RESPONSÁVEIS POR ATENDIMENTOS NOS SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS?

Alguns componentes são muito perigosos, como os ímãs/magnetos, metais pesados e ftalatos.

Os imãs, quando ingeridos pela criança podem ocasionar graves lesões que demandam cirurgia de emergência —quando é engolido mais de um magneto bem forte em um curto período, podem atrair um ao outro, enquanto percorrem o sistema digestório, podendo causar torções e criar um bloqueio e rasgar as paredes do intestino, causando perfurações.

Metais pesados, como o chumbo, cádmio e níquel, já foram encontrados, principalmente na pintura, de brinquedos, bijuterias e material escolar. Crianças pequenas costumam colocar tudo na boca e brinquedos que contenham metais pesados podem causar, entre outros, problemas de aprendizado, cognitivos, hormonais, reprodutivos, toxidade hepática e câncer.

Quanto aos ftalatos, materiais utilizados nos brinquedos, responsáveis por dar ao policloreto de vinil (PVC) um aspecto de borracha, maleável e com toque aveludado, observou-se que em altas doses estas substâncias podem causar mudanças hormonais e reprodutivas.

NO BRASIL, OS BRINQUEDOS SÃO CERTIFICADOS?

Aqui no Brasil os brinquedos possuem sua conformidade avaliada de forma compulsória — isso significa que todos os brinquedos comercializados no mercado formal têm seu processo produtivo avaliado por organismos acreditados pelo Instituto Nacional de Metrologia, Normalização e Qualidade Industrial (Inmetro).

Já brinquedos que estão fora do mercado formal e são importados de outros países, acabam não tendo certificação. Já se encontrou irregularidades como: cordas de puxar maiores que o tamanho estabelecido; não apresentar indicação da idade mínima; não ter rotulagem de advertência em português; possuir partes pequenas que, quando destacadas, poderiam ser engolidas pelas crianças e nível de pressão sonora bem maior do que a permitida.

E OS BRINQUEDOS E SUAS PROPAGANDAS QUE ANUNCIAM ESTÍMULO AO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA?

Não há nenhuma evidência científica que sugira que qualquer brinquedo é necessário ou suficiente para promover um aprendizado ideal. Na realidade, esses anúncios promovem desinformação, expectativas inadequadas e gastos desnecessários, além da culpa que pode gerar nos pais que não podem pagar por tais brinquedos.

20.5.10 PARQUES INFANTIS - *PLAYGROUNDS*

O PARQUE INFANTIL É IMPORTANTE PARA A CRIANÇA?

Sim, ao oferecer ar fresco, estimular atividades físicas e amizades e colaborar para a construção de hábitos saudáveis e seguros. Essa expansão de horizontes estimula o desenvolvimento, mas pode representar diversos perigos, que poderão ser evitados se os espaços forem adequados e estruturados.

QUAIS OS PRINCIPAIS RISCOS DE ACIDENTES NOS PLAYGROUNDS?

As quedas são os acidentes mais comuns, seguidas por riscos relacionados com o próprio equipamento, tais como quebra e montagem, encarceramentos e colisões com outras crianças ou contra o equipamento que está parado ou em movimento. As mortes estão relacionadas ao uso de cordas, vestuário inadequado, quedas e falhas estruturais.

Na maioria das vezes, os acidentes poderiam ser evitados com medidas simples de prevenção que, se praticadas e obedecidas por todos, evitam traumas e lesões graves. Regras de segurança e manutenção adequada dos equipamentos são importantes para a segurança das crianças.

A SUPERVISÃO DA CRIANÇA ENQUANTO ESTÁ BRINCANDO É IMPORTANTE?

É fundamental e a qualidade desta supervisão depende do conhecimento do responsável, com relação ao comportamento das crianças, tipos de equipamentos e noções de segurança. Pais e encarregados de *playgrounds* devem estar cientes de que nem todos os seus equipamentos são adequados para todas as crianças que utilizam o parque infantil. Crianças e pré-escolares exigem mais supervisão do que as mais velhas, mas não se deve confiar em deixá-las sozinhas um instante sequer.

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS REQUISITOS PARA UM *PLAYGROUND* SEGURO?

O ambiente do *playground* deve ser visualizado como um todo, brinquedos e equipamentos devem ser separados por faixa etária e é fundamental que exista sinalização para qual idade é apropriado. Recomenda-se dividir e separar as faixas etárias em 3 grupos: menores de 2 anos, de 2 a 5 anos e de 5 a 10 anos. Cada faixa etária tem uma série de requisitos de segurança que devem estar incorporadas ao projeto e área do *playground*.

QUAIS OS TIPOS DE MATERIAL DOS EQUIPAMENTOS SÃO OS MELHORES PARA CADA FAIXA ETÁRIA?

Para crianças pequenas *playgrounds* de brinquedos de plástico rotomoldados são mais seguros, mas como absorvem muito calor, é recomendável que fiquem num lo-

cal coberto, mas perto de área externa sem cobertura. Embora a vida útil do material seja menor, os riscos de causar acidentes graves diminuem bastante.

Já para os maiores de 7 anos, o brinquedo de madeira atende com mais tranquilidade e segurança. Se os equipamentos forem instalados em locais públicos, sujeitos a serem vandalizados, os de madeira e aço são mais robustos.

COMO DEVE SER O PISO DO *PLAYGROUND*?

O material deve ser resistente à abrasão, possuir estabilidade química, oferecer boa manutenção, alto desempenho na absorção do impacto da queda, sistema antiderrapante adequado, além de uma composição que não agrida a criança e o meio ambiente.

A escolha mais correta é o piso emborrachado (que tenha no mínimo 30 cm de altura para a absorção necessária das quedas). Materiais soltos, como areia e pedriscos atendem a esse requisito, desde que respeitada a camada mínima de 30 cm. Pisos de concreto, asfalto, terra batida e até mesmo grama natural ou sintética não são seguros: com o uso ficam como a terra seca, portanto incapazes de absorver impactos. Madeira pode se decompor facilmente e serragem pode se espalhar para fora da área do playground. Pisos de pneus reciclados são baratos, absorvam bem e são duráveis, mas podem conter substâncias tóxicas e a limpeza é difícil.

COMO DEVE SER A SEGURANÇA DE CADA EQUIPAMENTO?

A melhor medida de prevenção contra acidentes em playgrounds é a supervisão atenta dos pais, que devem manter uma visão direta e próxima das crianças, sem obstruções e sempre monitorarem suas brincadeiras para o uso correto dos brinquedos e equipamentos. Os pais podem manter certa distância à medida que percebem que os filhos estão seguros.

Analisando brinquedo por brinquedo, temos:

- **Balanço:** deve ser utilizado exclusivamente por menores de 12 anos e apenas por uma criança por vez; confeccionado em material macio (plástico, lona ou borracha), evitar de metal ou madeira; a distância entre um balanço e outro deve ser pelo menos de 60 cm. Ao redor dos balanços devem existir barreiras de segurança, como cercas ou paredes, que devem estar localizadas pelo menos a 1,80 m de cada lado da estrutura do balanço e a entrada deve ser projetada de forma a restringir a velocidade dos usuários. Balanços devem estar longe de outros equipamentos, as distâncias ideais na frente e atrás devem ser o dobro da altura da barra suspensa. As crianças sempre devem se sentar no assento do balanço (nunca ficar de pé ou de joelhos), devem segurar as laterais com ambas as mãos enquanto está em movimento e somente sair dele quando parar completamente. Se o balanço estiver sendo utilizado por um bebê, deve ser um modelo apropriado para bebês e os pais devem man-

ter a distância de um braço de alcance da criança. Assentos para lactentes devem ser do tipo cadeira, com encosto e proteção nas laterais, com alças de correntes fortes para a criança se segurar, sendo estas protegidas por plástico ou borracha. As crianças devem estar a uma distância segura dos balanços, tomando cuidado para não correr ou andar na frente ou atrás dos que estão em movimento.

- **Escorregador:** devem estar instalados em área de sombra. O material de que é feito não pode acumular energia solar em excesso (os de plástico são melhores porque não esquentam). A prancha de deslizamento deve ser constituída de chapa única, com bordas arredondadas (evitando escoriações, cortes ou que a roupa da criança se enrosque). Uma criança de cada vez na plataforma e ao descer pelo escorregador. As crianças devem subir os degraus um a um, mantendo distância uma da outra. A escada de acesso deve ter corrimão e espaço no topo, que permita que a criança sente com facilidade e segurança. A criança deve escorregar sentada, com os pés para frente, ao descer, não devendo encostar qualquer parte do corpo nas laterais. No final da rampa, uma elevação discreta ajuda a amortecer o impacto da descida. Crianças menores de 8 anos podem escorregar em equipamentos de até 1,80 metro, acima disso e até 2,40 metros, é recomendado somente para crianças com mais de 8 anos.
- **Gira-gira:** é contraindicado para menores de 2 anos; uma cerca ou outro tipo de barreira física ajuda a restringir o acesso indevido ao brinquedo em movimento. Deve ter altura suficiente para evitar o risco de o pé da criança se prender entre o chão e o brinquedo. Deve ter estruturas ou alças nas quais a criança possa se segurar, um dispositivo que limite a velocidade de rotação em 5 m/s a 30 rotações por minuto, além de um encaixe perfeito da parte giratória com a fixa.
- **Gangorra:** adequada para menores de 5 anos, deve possuir alças para as crianças se segurarem de modo firme. Os assentos da gangorra devem ter o formato de cadeira, de material confortável, e sua altura máxima de elevação do chão não pode ultrapassar o limite de 1 metro. As crianças devem segurar firmemente com as duas mãos quando a gangorra está em movimento, colocando um pé de cada lado. Devem levar uma criança por vez de cada lado, que se sentarão frente a frente. Os pesos e tamanhos das crianças que vão brincar em cada lado devem ser aproximados. A outra criança deve ser avisada quando quiser descer da gangorra.
- **Tanque de areia:** deve estar situado em local que receba sol; inspecionado a cada três meses, com a retirada de objetos e materiais que se acumularam. A areia deve ser trocada a cada dois anos e necessita ser revolvida anualmente a uma profundidade de 50 cm. Evitar comer, beber, urinar, evacuar ou trocar fraldas no banco de areia. Aconselha-se cobrir o tanque à noite, para evitar o acesso de animais. Evitar levar brinquedos ou objetos pontudos ou cortantes para o banco de areia.

- **Brinquedo de escalar:** recomendado para crianças entre 5 e 12 anos de idade. Sua altura total não deve exceder dois metros. Deve ser aberto e precisa dispor de barras bem fixadas ao solo. As crianças não devem pular de qualquer altura da barra do brinquedo e não podem colocar a cabeça ou os pés entre suas barras.

O QUE É IMPORTANTE QUE OS PAIS OU CUIDADORES SAIBAM PARA PREVENIR ACIDENTES?

A supervisão deve ser constante, por meio de um adulto atento para mantê-las em vigilância enquanto brincam e, se possível, supervisão por mais de um adulto. As crianças devem estar de short ou calça, camiseta e calçado ao utilizar qualquer brinquedo do parque. Recomenda-se tirar acessórios como boné ou capuz quando estiverem utilizando os brinquedos. Importante separar as crianças por idade: maiores de 5 anos de um lado, menores- entre 2 e 5 anos de outro.

O QUE PAIS E CUIDADORES SEMPRE DEVEM ANALISAR?

Se os equipamentos estão no tamanho adequado para as crianças, de que material é o piso do parquinho, se absorve impactos e se os brinquedos estão instalados corretamente e de acordo com as orientações do fabricante e as normas de segurança.

QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES DE SEGURANÇA QUE DEVEM SER ADOTADAS POR TODOS?

Ideal que o *playground* esteja em região iluminada e arborizada, onde bata sol, tenha sombra e esteja livre de poluição ambiental e sonora; separado do tráfego de automóveis, bicicletas, patins e skates; seja cercado com barreira física para impedir o acesso à rua; possua em suas cercanias bebedouro, banheiro e telefone público; tenha manutenção periódica dos brinquedos (a cada 3 meses por profissional especializado) e checagem periódica para garantir que não haja superfícies com arestas ou enferrujadas; cada brinquedo e equipamento deve ter placa de identificação, (com a idade para a qual é destinado) e deve estar separados por faixas etárias;

Observações:

1. Defeitos encontrados devem ser comunicados imediatamente aos responsáveis pelo parque, para que o brinquedo seja interditado se for o caso.
2. A Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), por meio da Comissão de Estudos Especial de Segurança, elaborou normas para garantir a segurança das crianças. A NBR 16.071 traz, de maneira mais clara e objetiva, a recomendação para que os responsáveis pelos playgrounds tenham um livro permanente de registro de ocorrências, façam inspeções men-

sais e providenciem laudos técnicos anuais por um especialista. A ABNT lembra que a norma não é obrigatória, mas adverte que as orientações devem ser cumpridas rigorosamente. É recomendada uma vistoria diária pelo agente da comunidade, o zelador ou mesmo uma mãe e, a cada seis meses, deve haver uma vistoria técnica, observando as estruturas e anualmente deve-se realizar uma vistoria com responsabilidade técnica, verificando-se todos os requisitos de segurança listados na norma.

20.6 PRIMEIROS SOCORROS: TRAUMAS, FERIDAS, FRATURAS

O QUE OS CUIDADORES DEVEM FAZER QUANDO A CRIANÇA SOFRE UM ACIDENTE EM CASA?

A primeira coisa a fazer é manter a calma, isso vai ajudar a pensar racionalmente no que fazer avaliar o que de fato ocorreu e o que terão que fazer nos momentos que se seguem ao acidente, até que seja disponibilizado atendimento médico adequado.

Muitas vezes basta tirar a criança de alguma situação de risco — perigo de cair, de bater a cabeça, de se queimar — e saber que algumas vezes não fazer nada pode ser o melhor a ser feito. Devem ter um telefone disponível por perto e ter anotados os números da Central de Atendimento de Emergência de sua cidade ou região e do pediatra.

É importante também manter em local de fácil acesso, em casa, no trabalho e no carro: lista de medicamentos e doses (fornecida pelo pediatra), lista de eventuais alergias, estojo de primeiros socorros (que poderá auxiliar no cuidado inicial de pequenos ferimentos).

É MAIS INDICADO ESPERAR AJUDA ESPECIALIZADA OU REALIZAR OS PRIMEIROS SOCORROS AINDA NO LOCAL DO ACIDENTE?

Os pais podem aprender como atuar realizando o Curso de Suporte Básico de Vida (*BLS- Basic Life Support*) e de Primeiros Socorros, disponíveis para pessoas que não trabalham na área de saúde. Se acontecer uma situação que os pais não saibam como proceder ou se não trabalham na área da saúde ou não têm experiência é melhor esperar o socorro chegar e não adotar medidas intempestivas que possam piorar o quadro.

EXISTE ALGUM RISCO PARA A CRIANÇA CASO OS PAIS APLIQUEM OS PRIMEIROS SOCORROS DE FORMA ERRADA?

Sim, ao adotar medidas incorretas podem, inadvertidamente, piorar a situação da criança. Alguns exemplos: dar leite para a criança tomar em caso de ingestão de produto cáustico, passar pasta de dente, manteiga ou borra de café numa área que sofreu queimadura, tentar ajudar estando ferido também, não se certificar que o local está seguro antes de entrar, permitir que outras pessoas se tornem vítimas também, não remover a fonte do perigo, não desligar a fonte de eletricidade, re-

mover a criança do lugar sem saber como fazê-lo, sem ter sido necessário ou sem esperar o resgate chegar.

QUANDO IR AO PRONTO-SOCORRO E QUANDO FICAR EM CASA?

Aí vão alguns conselhos sobre o que é certo:

- O primeiro e mais importante é, na dúvida, ir a uma emergência médica, lá estão os profissionais e a estrutura adequada para atender os acidentados.
- Devem ser conduzidas para avaliação médica todas as crianças pequenas vítimas de trauma.
- Também devem ser levadas as que apresentam: sangramento significante em qualquer local do corpo; sangramento que continua por mais de dez minutos e que não é controlado pela compressão leve e persistente; ferida que parece importante; trauma de crânio, de olho e de genitália; lesões no tórax ou no abdome e com falta de ar ou dor abdominal que chamam a atenção; traumas nos membros e com manifestações que sugerem fraturas ou lesões significantes nas articulações; perda dental; e tudo o que parecer importante, ou deixar os pais e responsáveis inseguros, ou que gerar dúvida.
- Ainda devem ser conduzidas as que apresentam: mal-estar importante, palidez, dor significativa, tonturas, confusão mental ou qualquer outro dado que chama a atenção ou pareça estranho.

É errado ficar em casa, ouvindo os vizinhos, gastando tempo com telefonemas inúteis, botando gelo e adotando outras orientações sem ter certeza da gravidade da lesão. Destacamos o certo e o errado:

Certo: tentar manter a calma, sem pânico; o descontrole fará com que as crianças acreditem que a situação é mais grave do que realmente parece e também faz com que elas entrem em pânico; providenciar um pano limpo (uma toalha ou uma fralda) e comprimir, de forma delicada e contínua, porém com firmeza, o local do sangramento, evitar força em excesso que provoca dor, assim o sangramento parará e vocês poderão pensar com calma e providenciar ajuda para levar o acidentado a um serviço de urgência, onde o médico vai avaliar melhor a lesão e definir a melhor opção de tratamento.

Errado: entrar em pânico, perder a calma, ficar à procura de culpados ou querendo esclarecer como o fato ocorreu; isso é assunto para depois; não ficar lamentando o fato ou julgando os seus filhos azarados; demorar a procurar atendimento médico quando a situação exige isso.

20.6.1 FRATURAS

O QUE SÃO FRATURAS E LUXAÇÕES?

Fraturas são lesões ou rompimentos dos ossos e podem ser completas ou parciais. Num trauma onde ocorre fratura de um osso pode haver também lesões em tecidos daquela região, como músculos, ligamentos, pele e nervos. Luxações são deslocamentos ou desencaixes dos ossos na articulação, são lesões graves que causam ruptura de ligamentos e outras estruturas.

ONDE AS FRATURAS OCORREM MAIS?

A maioria ocorre por quedas dentro de casa, ou no quintal, ou no jardim e geralmente de pequena altura. Localizam-se mais nos braços — clavícula, punho, antebraço e cotovelo.

QUAIS OS SINTOMAS DAS FRATURAS?

O sintoma mais importante é a dor que ocorre imediatamente ao trauma e que fica mais forte com o movimento ou compressão da região afetada. A criança evita movimentar o membro para a dor não aumentar, quando a fratura ocorre nas pernas, a criança evita apoiar no chão ou manca. Pode ter inchaço (edema), assim como hematoma (mancha roxa) no local do trauma e também deformidade no membro.

O QUE FAZER QUANDO HÁ SUSPEITA DE FRATURA?

Primeiramente deve-se imobilizar o membro, para diminuir a dor e o inchaço e evitar aumento da lesão. Não apertar ou mudar a posição do membro fraturado (imobilizar na posição que está). Isso pode ser feito com uma tipoia, com um pedaço de papelão e faixa de crepe ou pano.

Se houver ferimentos, devem ser limpos com água corrente ou soro fisiológico e cobertos com material limpo ou estéril até a ida ao serviço de emergência. Se houver um sangramento abundante é conveniente uma compressão moderada da ferida para estancar o sangue. Procurar um serviço de emergência o mais rápido possível.

QUAL É O TRATAMENTO DA FRATURA?

O tratamento pode ser conservador, com imobilização por tempo adequado. Outra forma de tratar é por meio da redução, no caso de algumas fraturas com desvio (com anestesia geral, local ou regional ou até mesmo sem anestesia, o ortopedista faz um movimento rápido, coloca o osso no lugar e a dor passa bem rapidamente).

Algumas fraturas necessitam de cirurgia, no centro cirúrgico e com anestesia. Os ossos serão fixados com pinos, hastes, placas ou fixadores. Algumas fraturas podem ser colocadas no lugar sem a necessidade de cortes e fixadas com pinos passados pela pele.

EM QUE SITUAÇÕES ESTARÁ INDICADA A CIRURGIA?

Em fraturas que atingem a articulação, a placa de crescimento, fraturas expostas e quando existe lesão da artéria (alteração da cor da extremidade ou perda do pulso).

COMO A FRATURA É IMOBILIZADA?

Geralmente com tala de gesso, gesso circular ou aparelhos. O gesso sintético, de menor peso e maior resistência, é de alto custo, não pode molhar e não permite uma modelagem ideal. Talas são usadas em situações em que pode haver um inchaço muito grande e há segurança quanto à estabilidade da fratura. Apresenta menor resistência e durabilidade.

QUAIS SÃO OS CONTROLES E TERAPIAS QUE DEVEM SER FEITOS?

Algumas fraturas podem necessitar de controles radiográficos. Fisioterapia e reabilitação quando houver atrofia do membro e dificuldade no retorno do movimento.

QUANDO A CRIANÇA PODE RETORNAR ÀS SUAS ATIVIDADES?

O retorno deve ser progressivo e ser levadas em conta a idade e atividade da criança. Atividades sem impacto, como a natação, podem ser reassumidas prontamente. Qualquer esporte com risco de impactos e quedas como futebol, skate, basquete, devem ser retomados após um determinado tempo, a ser definido pelo médico.

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS CUIDADOS COM O GESSO?

Não pode molhar o gesso, se parte ficar úmida pode ser seca com secador de cabelos, sem usar o ar quente. Caso o gesso molhe e perca sua forma ou resistência o ortopedista deve ser contatado para uma avaliação.

Não coçar com instrumento cortante tipo agulha de crochê ou caneta, pode levar a ferimentos e infecções. Não retirar o gesso em casa, exceto quando orientado pelo ortopedista. Evitar contato com animais como cães pelo risco de exposição a pulgas. O calor do local é especialmente atrativo para elas.

Observar as datas de retorno. Pode ser que o ortopedista marque retorno e avalie somente a condição do gesso e dos dedos, isto é necessário para a segurança do tratamento.

O QUE NÃO SE DEVE FAZER?

Não fazer massagem ou passar pomadas ou outros produtos. Não tentar colocar no lugar. Não alimentar até o contato com o serviço de emergência, pois se houver necessidade de cirurgia com anestesia o tempo de jejum mínimo é de 6 a 8 horas. Não tirar a imobilização sem orientação do médico.

QUAIS OS PRINCIPAIS CUIDADOS APÓS O TRATAMENTO DA FRATURA?

Observar as recomendações do médico. Manter o membro elevado a maior parte do tempo nos primeiros dias.

QUAIS SÃO OS SINAIS DE ALARME QUANDO A CRIANÇA ESTIVER COM GESSO OU OUTRA IMOBILIZAÇÃO?

Dor forte, progressiva, sem resposta ao uso de analgésico. Inchaço ou palidez dos dedos, dedos frios, dobrados, dificuldade para movimentar, extremidades roxas, formigamento ou alteração de sensibilidade. Esses sinais indicam que está havendo compressão e que pode levar a lesão dos nervos e músculos, a criança deve ser levada ao serviço de emergência sem demora, pois pode ser que haja necessidade de abrir ou retirar o gesso. As queixas da criança devem ser valorizadas![6]

20.6.2 FERIMENTOS CORTO-CONTUSOS E PERFURANTES

O QUE É IMPORTANTE SABER?

São lesões decorrentes de traumas com comprometimento de tecidos não rígidos. Geralmente provocam lesões que comprometem os tecidos de revestimento (pele, tecido celular subcutâneo, tendões, músculos e aponeuroses), mas dependendo do objeto e a força empregada podem atingir sistemas vitais para a vida ou órgãos profundos. Esses ferimentos geralmente acometem as extremidades e requerem uma avaliação inicial e condutas específicas, mesmo que o ferimento seja único e de aparência inocente.

COMO SÃO CLASSIFICADOS?

Abrasão: ferida rasa, com perda parcial ou total da cobertura de pele, de bordos imprecisos e muito dolorosa— queda e raspar a pele no asfalto. Geralmente este ferimento é uma associação de ferimento cortante e contusão superficial, porém é mais extenso que profundo.

6 Forlin E. Fraturas. In: Waksman RD, Gikas RM, Blank D, organizators. Crianças e adolescentes em segurança. Barueri, SP: Manole; 2014. 429-38 p.

Incisão: corte com lâmina de gilete e faca de lâmina fina e afiada, causa uma ferida profunda, de bordos nítidos e regulares, sem perda de tecido.

Cortante: ferimentos por faca, machado ou caco de vidro, causam feridas profundas, com bordas parcialmente nítida, com pequena perda de tecido.

Perfurante: causada por ponta de agulhas, facas, pregos, tesouras, cacos de vidro e outros objetos pontudos, ferida profunda que provoca lesões puntiformes ou com perfuração única, podendo atingir qualquer profundidade.

Lacerante: decorrentes de traumas com grande energia cinética, como acidentes de automóvel, quedas de grandes alturas ou mordeduras de animais, a ferida é profunda, com bordas nítidas e irregulares, com grande perda de substância e desorganização das camadas de tecidos.

Corto-contusos: causados por objetos conhecidos como arma branca: facas, tesouras, cacos de vidro, mordedura de animal (associa laceração e ferimento corto contuso) e traumatismos múltiplos associados a quedas e/ou acidentes a motor (associação de diversos tipos de ferimentos). As lesões são bem extensas, podendo atingir qualquer profundidade, com comprometimento variável dos tecidos no mesmo ferimento.

Outros ferimentos são o escalpelamento de couro cabeludo e o desenluvamento de membro, que se caracterizam por grande exposição de tecidos internos (crânio, tendões e músculos), geralmente comprometem os tecidos de revestimento, requerem cirurgias, rigorosa avaliação de lesões associadas, deixando grandes cicatrizes e sequelas.

COMO TRATAR ESSES FERIMENTOS?

A conduta começa com as corretas assepsia, antissepsia, hemostasia e remoção de tecido desvitalizado.

- Assepsia: limpeza adequada da lesão com água e sabão (neutro) ou solução salina (soro fisiológico), para remover corpos estranhos e/ou contaminantes grosseiros (cacos de vidro, grãos de areia e outros) e secreções existentes (saliva de animal quando da mordedura de animal). Essa limpeza deve ser tão intensa quanto mais profunda, contaminada ou complexa for a lesão.
- Antissepsia: após a assepsia rigorosa, há necessidade de se “esterilizar” a pele ao redor da lesão, bem como a própria lesão, com antissépticos. Atualmente tem sido mais empregado o uso de derivados de iodo (p.e., iodopovidona, “povidine”), com gaze estéril e em movimentos circulares excêntricos à lesão.
- Hemostasia: a hemorragia é controlada por simples compressão local. Sangramentos por lesão de vasos se não forem controlados com a compressão deles haverá necessidade de se fazer ligadura dos mesmos ou eletrocoagulação. Vasos mais calibrosos podem precisar ser ligados (por transfixação ou com uso de pinças hemostáticas).

- Espaço vazio: quando os tecidos traumatizados forem aproximados de forma errada, pode ocorrer o aparecimento de "espaços vazios", que são preenchidos por secreções, que podem se tornar um meio de cultura para bactérias, além de predispor a uma cicatrização irregular. Desse modo é fundamental a aproximação cuidadosa dos tecidos da profundidade para a superfície.
- Ausência de tensão: as suturas devem apenas aproximar os tecidos, evitando-se nós apertados que possam dificultar a circulação sanguínea e a nutrição dos tecidos lesados. Deve-se evitar tração da incisão, principalmente em lesões com perda de substância, pois também pode provocar cicatrizes alargadas.

E APÓS OS CUIDADOS INICIAIS?

Após os cuidados iniciais faz-se o tratamento definitivo: em lesões superficiais, de pequena extensão, pode se fazer um curativo simples, oclusivo com uso de gaze estéril e adesivo (*micropore*), para evitar que a secreção do ferimento cole no curativo, pode-se utilizar gaze vaselinada, "*rayon* vaselinado" ou *inadine*.

Lesões profundas, com pequena extensão (1-1,5 cm), sem comprometer tecidos profundos (músculos, tendões, nervos e outros), são cobertas com curativos simples ou com aproximação com pontos falsos (*micropore, steri-strip*) ou até adesivos estéreis (*Dermabond*).

Lesões mais extensas devem ser submetidas à sutura, utilizam-se fios inabsorvíveis (na pele) e absorvíveis (ferimentos de lábios, língua e genitais; além de tecido celular subcutâneo, músculo e aponeuroses), finos, com espessura mínima que impeça a ruptura deles. Em caso de lesões de outros órgãos (sistemas circulatório, neurológico, digestório, urogenital, músculo esquelético e pele) deve-se proceder ao tratamento de acordo com o tipo de lesão e tecido comprometido, sempre que possível, sob orientação de especialista.

O USO DE ANTIBIÓTICO É RECOMENDADO?

Não é recomendado nos ferimentos superficiais e menores e nem para prevenir infecções. Deve-se usar quando houver contaminação grosseira, alto risco de infecção e necrose tecidual. Mordeduras de animal devem ser tratadas com antibiótico, assim como ferimentos perfuro ou corto-contusos em plantas de pés. Não remover corpos estranhos do ferimento pode interferir também na sua evolução.

PODE USAR DERMABOND EM TODOS OS LUGARES?

Não pode ser usado em lesões laceradas e/ou extensas, com bordas irregulares, próximo a orifícios (nariz, boca, ouvidos, olhos e genitais) ou em mãos e grandes articulações. Ferimentos decorrentes de mordeduras de animal devem ser tratados

com curativos simples, pois são considerados contaminados e potencialmente infectados quando suturados. Deve-se submeter à sutura quando são extensos, porém com cuidados redobrados quanto à infecção.

QUANDO É NECESSÁRIA ANESTESIA?

- Anestesia local quando há necessidade de sutura, desbridamento de tecidos ou remoção de corpos estranhos, habitualmente se utiliza derivados da lidocaína.
- Verificar sempre se há antecedente de alergia ao anestésico.
- Em caso de lesões profundas pode ser necessária cirurgia com anestesia geral.
- Lesões de face e couro cabeludo considerar o uso de anestésico tópico.
- Lesões em palmas das mãos, plantas dos pés, ou de dedos considerar o emprego da anestesia loco-regional (bloqueio dos plexos nervosos do membro envolvido).
- Cabelos e pelos nas lesões devem ser afastados ou cortados com tesoura, lâminas para removê-los aumenta o risco de infecção. Não devem ser retirados pelos das sobrancelhas.

A SUTURA TEM QUE SER FEITA EM QUANTO TEMPO?

As suturas em ferimentos com baixo risco de infecção podem ser realizadas em até 12 horas após o trauma, porém quando o risco de infecção é elevado (contaminação grosseira, áreas mal vascularizadas, pacientes imunossuprimidos) devem ser feitas em até 6 horas.

QUAIS DEVEM SER OS CUIDADOS APÓS A SUTURA?

- Após a sutura e o curativo, ele deve permanecer ocluído sem molhar por 48 horas, após esse período pode-se molhar, sem mergulhar ou esfregar. Observar a presença de sinais locais de infecção (hiperemia, edema, secreção e calor).
- Na maioria das vezes os pontos devem ser retirados em cerca de sete dias, porém em suturas de face deve-se retirá-los em cinco dias, em locais de tensão de pele (articulações) eles permanecem por 10 a 15 dias.
- Nesses locais, após a retirada dos pontos devem-se aplicar fitas adesivas (micropore ou "*steri-strip*"), para diminuir o risco de deiscência ou alargamento da sutura.
- Deve-se evitar a exposição ao sol durante pelo menos seis meses.

QUAIS SÃO OS PROCEDIMENTOS CORRETOS?

- Não subestimar a profundidade e extensão do ferimento, retardando o atendimento inicial; procurar atendimento médico o quanto antes.

- Não perder tempo para procurar atendimento médico (mesmo que inicialmente seja em local de poucos recursos), ferimentos limpos podem se transformar em potencialmente contaminados.
- Não garrotear membro ferido, mesmo quando houver sangramento abundante, deve-se comprimir o local apenas o suficiente para conter o sangramento, mantendo a compressão constante; use panos limpos.
- Lavar bem o ferimento com água corrente e proteger o local com um pano limpo, até que o atendimento adequado ocorra.
- Em caso de contaminação grosseira (sujeira, terra), lavar com água corrente limpa, secar e comprimir levemente com panos limpos ou gaze.
- Não usar substâncias estranhas para fazer curativos ou na tentativa de cessar o sangramento (pó de café, pasta de dente, manteiga).
- Em ferimentos que estão sangrando, fazer uma leve compressão local, usando um pano limpo, somente o suficiente para parar o sangramento.
- Após o atendimento, seguir as orientações de trocas de curativos, molhar no banho, atividades esportivas e momento da retirada dos pontos.

O QUE NÃO SE DEVE FAZER?

- Assepsia e antissepsia insuficientes.
- Prescrever ou tomar antibiótico sem necessidade.
- Retirar os pontos precoce ou tardiamente.
- Suturar mordedura animal, exceto em situações especiais.
- Subestimar a profundidade do ferimento, bem como o comprometimento de tecidos vitais.
- Esquecer de checar imunização contra tétano.

QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS COMPLICAÇÕES QUE PODEM ACONTECER?

- Infecção no local da lesão, caracterizada por inchaço, vermelhidão, calor local e saída de pus. É tratada com a retirada de pontos na área comprometida, curativos com limpeza das secreções e emprego de antibiótico sistêmico.
- Hematomas associados ao trauma, que só devem ser manipulados se houver suspeita de infecção associada.
- Rompimento da sutura e abertura precoce do corte podem ocorrer em caso de infecção, problema técnico com a sutura ou fatores que prejudiquem a cicatrização (presença de corpo estranho, tempo decorrido entre o trauma e a sutura).

E A IMUNIZAÇÃO CONTRA O TÉTANO?

É importante saber quando a criança recebeu a última dose de vacina antitetânica. No quadro abaixo encontram-se as principais informações do que

fazer, de acordo com a história vacinal da criança e tipo de ferimento para a prevenção de tétano.[7]

Quadro 2 – Dados de imunização contra o tétano

História de imunização	Ferimento pequenos e limpos	Ferimentos pequenos e limpos	Outros ferimentos*	Outros ferimentos*
	Toxóide	Imunoglobulina	Toxóide	Imunoglobulina
<3 doses ou não sabe	Sim	Não	Sim	Sim
>3 doses. Tempo da última dose:				
< 5 anos	Não	Não	Não	Não
Entre 5 e 10 anos	Não	Não	Sim	Não
> 10 anos	Sim	Não	Sim	Não

Fonte: Os autores.

Outros ferimentos: ferimentos contaminados, perfurantes plantar, queimaduras extensas, avulsões, esmagamentos.

20.6.3 TCE (TRAUMATISMO CRÂNIO ENCEFÁLICO)[8]

COMO É CLASSIFICADO O TRAUMATISMO CRANIOENCEFÁLICO (TCE)?

Em leve, moderado ou grave. A forma leve não é acompanhada por perda de consciência, ou ela tem duração curta (< 1 minuto). Na maioria dos casos, a criança fica apenas um pouco atordoada nos minutos que se seguem ao trauma. Já nos moderados e graves a criança apresenta alteração persistente do nível de consciência, em graus variáveis (desde confusão mental, a agitação psicomotora, até o coma propriamente dito), dependendo da gravidade do comprometimento cerebral.

O QUE É IMPORTANTE OBSERVAR APÓS O TRAUMA?

Primeiramente, é importante saber se o TCE foi leve, moderado ou grave. A maior preocupação é a possibilidade de o TCE causar lesão cerebral. O choro que ocorre imediatamente após o evento é um bom sinal, pois indica que a criança não perdeu a

7 Waksman H. Ferimentos cortocontusos e perfurantes. In: Waksman RD, Gikas RM, Blank D, organizators. Crianças e adolescentes em segurança. Barueri, SP: Manole; 2014. 438-46 p.

8 Gherpelli JL, Ribas GC. Traumatismo cranioencefálico na infância e adolescência. In: Waksman RD, Gikas RM, Blank D, organizators. Crianças e adolescentes em segurança. Barueri, SP: Manole; 2014. 390- 4 p.

consciência. A maioria das crianças que vomitam após um TCE leve não apresentam hipertensão intracraniana e sim comoção labiríntica (alteração no labirinto, que pode causar vômitos, palidez cutânea e sonolência e, após um breve período de sono, ficam normais). A principal manifestação clínica da hipertensão intracraniana aguda (inchaço cerebral) na infância não são os vômitos e sim a sonolência persistente, o torpor e o coma.

O QUE FAZER QUANDO A CRIANÇA CAI E BATE A CABEÇA?

Colocar a criança na posição deitada, na posição de lado (decúbito lateral), com a cabeça e o pescoço alinhados (certificar-se se não apresenta dor à palpação do pescoço), pois ela pode apresentar vômitos, dor de cabeça e sonolência.

Certificar-se que ela está consciente e apresenta um comportamento normal (reconhece as pessoas e se comunica através da fala, ou gestos). Palpar a cabeça para verificar a existência de ferimentos, hematomas, ou inchaços.

Limpar os ferimentos com água e sabão neutro, proteger com uma gaze e aplicar gelo ou uma compressa fria sobre a região que bateu por aproximadamente 15 minutos, protegendo a pele da criança da ação direta do frio (envolver cubos de gelo num pano). Limpar a boca e o nariz da criança para que ela possa respirar livremente.

Se o ferimento estiver sangrando, comprimir a região com um pano limpo e providenciar o transporte da criança para a unidade de emergência. Se ocorrer perda transitória da consciência (< 1 minuto), após realizar as medidas acima, entrar em contato com o médico da criança ou levá-la para a unidade de emergência, a fim de receber as instruções necessárias.

Quando há um inchaço de grandes proporções no couro cabeludo que não diminuiu após algumas horas da aplicação da compressa fria, deve-se levar a criança a unidade de emergência, mesmo que ela esteja consciente, pois há risco de fratura craniana.

Procurar deixar a criança em repouso e evitar a movimentação rápida da cabeça (sentar-se, correr, andar de automóvel), pois isso pode desencadear piora. Na presença de náusea, ofereça alimentos líquidos em pequena quantidade. Vômitos repetidos podem levar à desidratação, o que pode exigir hidratação endovenosa no hospital.

O QUE FAZER APÓS O TCE?

A observação em casa, sob a supervisão de um adulto responsável que entenda as instruções fornecidas pelo médico, é suficiente nos casos de TCE leves.

Se a criança quiser dormir após o adulto certificar-se que ela está plenamente consciente, não há problema. Se o trauma ocorreu próximo ao horário de sono normal da criança, é óbvio que ela estará com sono. Importante observar a criança durante o sono e certificar-se que está consciente.

Examinar cuidadosamente a região do pescoço (a fim de excluir lesão causada pelo trauma da coluna cervical) antes de mexer e mobilizar a criança.

Se houver algum indício de fratura (dá para palpar alteração na nuca), imobilizar o pescoço de modo a que ele não se movimente durante o transporte. Procurar estancar qualquer hemorragia visível.

Após a estabilização das condições gerais, levar a criança rapidamente para a unidade de emergência mais próxima, ou chamar uma ambulância (com médicos ou paramédicos) para fazer o transporte, se a criança estiver em coma, mas respirando bem.

Se for possível, avisar a unidade de emergência e o pediatra que estão a caminho. Nos casos de TCE moderado ou grave, a avaliação da criança pelo especialista é importante pelo risco de lesões potencialmente cirúrgicas, ou pela possível presença de hipertensão intracraniana, decorrente do "inchaço cerebral".

O QUE NÃO SE DEVE FAZER?

Não mobilizar a cabeça da criança abruptamente, principalmente mexendo o pescoço em movimentos de rotação lateral. Não jogar água sobre o rosto da criança. Se necessário limpar os eventuais ferimentos com um pano umedecido e limpo. Não transportar a criança sem que a cabeça esteja alinhada em relação ao corpo e amparada durante a mobilização. Não colocar nada sobre a cabeça e o tórax da criança que possa atrapalhar a respiração. Não administrar medicamentos que possam causar sonolência (medicamentos para vômitos, principalmente) sem orientação médica. Perder tempo com outras medidas que não as definidas acima. Nos casos de TCE moderado ou grave, onde ocorre a perda da consciência, é importante checar os movimentos respiratórios, a pulsação e manter condições respiratórias adequadas (reanimação).

20.6.4 FERIMENTOS NA FACE

TRAUMATISMO DENTÁRIO

QUAL A PRINCIPAL CAUSA DE TRAUMA NOS DENTES?

A criança desenvolve o controle e a coordenação motores conforme cresce — o reflexo de colocar os braços e mãos como anteparos (para evitar de bater o rosto no chão) no momento de uma queda pode ainda não estar desenvolvido nas crianças pequenas e lesões dentro da boca certamente vão ocorrer. Crianças maiores, ao brincar ou praticar alguma atividade física de contato, podem sofrer quedas com traumatismos dentários.

COMO SABER QUE HOUVE UM TRAUMATISMO DENTÁRIO?

Em crianças com até 3 anos de idade, ocorre luxação do dente de leite (decíduo) — o osso da face da criança pequena é mais esponjoso e maleável, permitindo a ab-

sorção do impacto. Na criança maior, que tem os ossos mais resistentes, pode ocorrer a fratura (quebra) do dente ou numa fase mais madura, com o osso mais resistente, é comum acontecer a quebra do dente (fratura) ou mesmo a sua queda (avulsão do dente). A criança pode apresentar, após a queda e traumatismo dentário, um sangramento na boca e dor de cabeça.

QUAIS SÃO AS LESÕES QUE PODEM SER CAUSADAS PELO TRAUMA NO DENTE?

O dente pode ficar "mole" e até cair. As lesões que podem ocorrer são: deslocamento — o dente não cai, mas fica mole e móvel. Intrusão: o dente é empurrado para dentro do alvéolo dentário. Fratura: o esmalte do dente pode trincar (casos leves), ou quebrar (casos moderados — com quebra do esmalte e da dentina) e, em caso mais graves, o dente pode cair. Avulsão: o dente cai do alvéolo dentário (ocorre em impactos intensos).

É MOTIVO DE PREOCUPAÇÃO SE O DENTE DE LEITE CAIR?

Deve ser sim, deve-se conservar ao máximo a integridade do dente decíduo (de leite) e, quando cair, pode prejudicar o desenvolvimento do dente permanente.

O QUE FAZER EM CASO DE TRAUMA DENTÁRIO?

Havendo sangramento na boca, a criança deve morder uma gaze envolvendo um cubo de gelo por cinco minutos — isso pode ajudar a estancar o sangramento. Se o dente cair após o trauma ou queda, deve-se pegá-lo pela coroa (nunca pela raiz!), lavá-lo em água corrente e colocá-lo num copo contendo um pouco de leite. O leite contém substâncias que permitem conservar melhor o dente até a chegada no dentista e o tempo para o reimplante do dente poderá ser de até 6 horas.

Por outro lado, se o dente for conservado em uma gaze ou copo de água, o tempo para o reimplante será de 15 minutos após a queda dele. Mesmo que seja identificada a lesão que ocorreu no dente no momento do trauma é importante que a criança seja levada ao dentista, pois podem ter ocorrido outras lesões internamente.

Se houve queda e trauma dentário, é importante saber e avaliar se houve trauma na cabeça e no crânio. Na situação de trauma na cabeça, deve-se manter a criança deitada, se possível de lado e observar sinais de lesão neurológica, como: sonolência, irritabilidade, fala desconexa e alterada, vômitos, palidez e tontura. Nesta situação, deve-se chamar o SAMU (192) o quanto antes.

TRAUMA NA BOCA

EM QUE SITUAÇÕES E QUAIS TIPOS DE LESÕES PODEM OCORRER DENTRO DA BOCA?

A situação clássica é a criança estar correndo ou andando rápido com algum objeto na boca (colher, caneta, lápis ou pirulito) tropeçar e cair. O objeto pode causar

laceração no palato (“céu da boca”) ou atingir a língua e a amígdala. Essas lesões podem provocar sangramentos e muita dor.

O QUE FAZER NESSA SITUAÇÃO?

Quando a lesão é pequena e superficial, o objeto deve ser retirado da boca cuidadosamente e o sangramento deve parar logo. No caso de lacerações maiores, a criança deve ser levada a um serviço de emergência, passar por avaliação de otorrinolaringologista e poderá ser necessário ser submetida a cirurgia com anestesia geral, para controlar o sangramento e reparar as estruturas lesionadas.

TRAUMA NO NARIZ

TRAUMA NASAL ACONTECE COM FREQUÊNCIA?

Pode acontecer sim, seja na criança pequena aprendendo a andar (lembrar que criança pequena geralmente cai para a frente e pode bater o nariz) ou nas maiores, por impactos com bola e outros objetos.

O TRAUMA NASAL PODE PROVOCAR SANGRAMENTO?

O trauma no nariz costuma provocar pequenas fissuras na mucosa do septo nasal (cartilagem que divide as duas cavidades nasais), com sangramento sem gravidade, que para espontaneamente. O trauma pode causar desvio do septo, que é percebido quando a criança passa a apresentar obstrução nasal. Outras vezes, o sangue pode ficar preso entre a mucosa e o septo, formando um hematoma (acúmulo de sangue), que será diagnosticado e tratado pelo otorrinolaringologista.

NO TRAUMA NASAL PODE OCORRER FRATURA DOS OSSOS NASAIS?

A presença de edema (inchaço) do nariz nasal ou hematomas na pele ao redor dos olhos sugere fortemente que houve fratura dos ossos nasais. Se o impacto foi forte, o nariz pode estar deformado.

QUAL O TRATAMENTO IDEAL APÓS O TRAUMA TER OCORRIDO?

O tratamento cirúrgico, com anestesia geral, deve ocorrer imediatamente após o trauma, uma vez que a manipulação do nariz é mais fácil nas primeiras horas, sendo possível reposicionar e conter as estruturas no lugar.

E QUANDO NÃO HOUVE TRAUMA E O NARIZ DA CRIANÇA ESTÁ SANGRANDO?

Crianças podem ter epistaxe (sangramento nasal) ao coçar o nariz, ou estar com crise de rinite, entre outros motivos. Para parar o sangramento deve-se:

- Apertar com o dedo a parte externa do nariz contra o septo.
- Aplicar gelo na parte de fora.
- Fazer a criança sentar-se com a cabeça inclinada para a frente e colocar uma cuba ou bacia embaixo do nariz.

CORPO ESTRANHO NO NARIZ

O QUE ACONTECE QUANDO A CRIANÇA COLOCOU ALGO NO NARIZ E NINGUÉM VIU?

A presença de um corpo estranho pode passar despercebida inicialmente, mas, após alguns dias, começa a sair pus fétido do lado onde está o corpo estranho. Um corpo estranho de maior tamanho pode causar obstrução nasal, levando a criança a se queixar de incômodo.

O QUE SE DEVE FAZER?

- Se alguém viu o episódio, levar a criança imediatamente para atendimento no serviço de emergência mais próximo, para que possa ser avaliada pelo otorrinolaringologista.
- Pedir para a criança assoar o nariz, pode ser que o corpo estranho saia espontaneamente.

O QUE NÃO FAZER?

- Não tentar retirar o corpo estranho do nariz, ele vai se deslocar mais para dentro e pode machucar a criança e dificultar o procedimento correto.
- Não brigar com a criança, a conduta melhor é mantê-la sempre com supervisão atenta.

TRAUMATISMO NA ORELHA

UM TRAUMA NA ORELHA PODE CAUSAR HEMATOMA DO PAVILHÃO AURICULAR?

Pode sim, pelo acúmulo de sangue entre a cartilagem e a pele. A criança deverá ser levada ao otorrinolaringologista quando sofrer um trauma e ficar com a orelha inchada — se tiver um hematoma, terá que ser drenado para prevenir deformidades. A cicatrização pode levar à formação de um tecido fibroso, que pode causar

deformidades, como a "orelha em lata", que pode ocorrer em praticantes de lutas que fazem atrito com o chão.

CORPO ESTRANHO NA ORELHA

UM CORPO ESTRANHO NA ORELHA PODE CAUSAR PERDA AUDITIVA COM O TEMPO?

A presença de um corpo estranho no ouvido pode não causar sintomas e ele pode permanecer ali por um tempo indeterminado e resultar, algumas vezes, em perda auditiva.

QUAIS OS SINTOMAS DE UM CORPO ESTRANHO NA ORELHA?

Pode causar dor, sangramento e infecção, com saída de pus.

O QUE SE DEVE FAZER?

- Não tentar remover o corpo estranho — pode lesionar o tímpano e os ossículos.
- Tentar retirar somente o que estiver sendo visto e alcançado com a ponta da unha.
- Na presença de um inseto no interior da orelha, pode-se tentar atraí-lo para fora com o uso de uma lâmpada acesa ou, se não funcionar, pingar óleo na orelha (para que fique imobilizado).
- Não molhar o canal auditivo se tiver um grão em seu interior, pois vai aumentar de tamanho.
- Não usar instrumentos para tentar retirar o corpo estranho, pois pode ser empurrado mais para dentro, podendo machucar o canal e o tímpano.
- Como o corpo estranho não provoca danos imediatos no canal auditivo, vale esperar a sua retirada pelo otorrinolaringologista.

LESÕES NO TÍMPANO

COMO SÃO CAUSADAS?

O cotonete pode causar traumas e lesões graves, como perfuração do tímpano. A criança sente dor, pode ocorrer sangramento e diminuição auditiva com o tempo.

O QUE SE DEVE FAZER?

- Não molhar a orelha, para prevenir infecções.
- A perfuração causada por trauma vai cicatrizar, exceto se for muito grande ou infectar.

FRATURA NO OSSO TEMPORAL[9]

O QUE PODE ACONTECER NESSE TIPO DE FRATURA?

O sistema auditivo está localizado no osso temporal. Dentro dele estão os órgãos da audição (tímpano, ossículos, cóclea), o labirinto (responsável pelo equilíbrio) e o nervo facial, que responde pela movimentação dos músculos da face. Traumas nessa região podem causar fraturas no osso temporal, com perda irreversível da audição, vertigens e paralisia facial.

QUE TIPOS DE ACIDENTES PODEM CAUSAR A FRATURA DO OSSO TEMPORAL?

Acidentes associados a traumatismos cranianos podem provocar essas fraturas, sendo mais frequentes em crianças maiores e adolescentes, decorrente de quedas de bicicleta e de skate ou de acidentes de trânsito.

20.6.5 TRAUMA DE TÓRAX[10]

O TRAUMA DE TÓRAX É FREQUENTE? QUAIS OS ÓRGÃOS MAIS ACOMETIDOS?

É pouco frequente, mas pode ser muito grave. Os pulmões e as costelas são mais frequentemente acometidos e em mais da metade dos casos ocorrem lesões em outras partes do corpo, como cabeça, abdome ou membros.

QUAL É O MECANISMO DE LESÃO TORÁCICA MAIS COMUM? EM QUAIS SITUAÇÕES OCORRE?

É o trauma que resulta de contusão direta no tórax. Situações de acidentes de trânsito (criança como pedestre ou passageira) e esportes (bicicleta, patins, skate) são os mais comuns a causar lesões no tórax.

QUAIS SÃO AS LESÕES MAIS COMUNS?

A maioria desses traumas é leve, levando a escoriações ou hematomas na pele, porém os mais graves podem comprometer o sistema respiratório (pulmões) e causar fraturas de costelas, com perfuração das pleuras e pulmões e sangramento

9 Miranda SL, Cukierman E. Traumas de face. In: Crianças e adolescentes em segurança. Waksman RD, Gikas RM, Blank D, organizators. Crianças e adolescentes em segurança. Barueri, SP: Manole; 2014. 395-402 p.
Saffer M, Miura MS. Traumas de nariz, ouvidos, garganta e boca. In Waksman RD, Gikas RM, Blank D, organizators. Crianças e adolescentes em segurança. Barueri, SP: Manole; 2014. 408-14 p.

10 Maschietto RF. Tórax e abdome. In Waksman RD, Schvartsman C, Troster EJ, Abramovici S. A saúde de nossos filhos. 4. ed. São Paulo: Editora dos Editores; 2021. 183-187 p.

interno. Ocorre também o traumatismo fechado, sem perfuração ou corte das estruturas do tórax e lesões perfurantes em adolescentes, decorrentes de ferimentos por armas de fogo ou facadas.

O QUE SE DEVE FAZER?

Como é possível haver lesões dentro do tórax sem grandes alterações visíveis na pele, deve-se sempre levar a criança para um serviço de emergência. Lesões perfurantes podem ser muito graves e devem sempre ser avaliadas no hospital.

O QUE É PNEUMOTÓRAX E HEMOTÓRAX?

Pneumotórax ocorre quando entra ar no espaço entre as pleuras (ficam entre os pulmões e as costelas). Se houver uma lesão do pulmão, nos brônquios, ou na parede do tórax, o ar se acumula nessa região, podendo comprimir o pulmão e os vasos do coração, levando a comprometimento cardiorrespiratório grave. O hemotórax é quando acumula sangue nessa região.

O QUE É IMPORTANTE SABER?

A maioria dos traumatismos torácicos ocorre em decorrência de acidentes graves, esportes, quedas de grandes alturas e objetos pesados que caem em cima da criança. A prevenção dos traumatismos graves deve ser feita através da supervisão constante de crianças durante suas atividades de rotina.

20.6.6 TRAUMA DE ABDOME[11]

O ABDOME É LOCAL FREQUENTE DE TRAUMAS EM CRIANÇAS?

Sim. Perde em frequência para os traumas de membros e da região craniofacial.

QUAIS OS TIPOS E MECANISMOS DE LESÃO NO ABDOME?

O tipo mais frequente é a contusão direta, associada a acidentes automobilísticos, como colisões ou atropelamentos. Traumas de alto impacto, decorrentes de golpes isolados no abdome, como queda de bicicleta em cima do guidão, uso inadequado de cinto de segurança ou socos também são frequentes. Menos frequentes são as quedas de altura superior a 3 metros ou duas vezes a altura da criança, que podem ser muito graves e ocasionar lesões não só no abdome. O trauma abdominal penetrante, resultado de tiros ou facadas, é pouco comum.

11 Maschietto RF. Tórax e abdome. In Waksman RD, Schvartsman C, Troster EJ, Abramovici S. A saúde de nossos filhos. 4. ed. São Paulo: Editora dos Editores; 2021. 183-7 p.

QUAIS OS ÓRGÃOS MAIS ACOMETIDOS? QUAIS OS SINAIS E SINTOMAS QUE PODEM MOSTRAR QUE OCORREU LESÃO INTERNA?

No trauma por contusão, o fígado e o baço são os órgãos mais frequentemente lesados por serem os maiores e pouco protegidos por uma parede abdominal fina e frágil. Lesões de rins, pâncreas e intestino são menos frequentes. Quando ocorre lesão penetrante (facas, tiro), lesão do intestino é a mais frequente. A maioria dos traumas são leves e ocasionam apenas machucados na pele e não promovem risco de lesão nos órgãos internos, porém quando ocorre lesão nesses órgãos, o sangramento interno é a principal causa de mortalidade. Os sinais que sugerem lesões internas são: hematomas grandes na pele, marca do cinto de segurança e dor abdominal no exame físico.

QUAL É A MAIOR PREOCUPAÇÃO QUANDO A CRIANÇA É VÍTIMA DE TRAUMA NO ABDOME?

São as hemorragias internas. No trauma abdominal fechado, cerca de 50% das lesões ocorrem nos órgãos sólidos — principalmente no fígado, baço e rins.

O QUE SE DEVE FAZER?

Se o trauma foi de grande impacto, como em atropelamentos ou acidentes automobilísticos, a criança deve ser encaminhada para o serviço de emergência. Alguns sinais devem ser observados após o trauma no abdome: dor abdominal intensa e contínua, palidez, tontura, perda de consciência e sangramento pelo sistema digestório ou urinário. Se ocorrerem, deve-se levar a criança imediatamente ao serviço de emergência.

O QUE É IMPORTANTE SABER?

A prevenção dessas lesões é importante, por meio da supervisão constante de um adulto responsável, obedecer e respeitar as orientações de segurança no trânsito. A prevenção de quedas é fundamental e a criança deve estar sempre sob supervisão de um adulto e em um ambiente seguro.

TRAUMA EM MEMBROS[12]

QUAIS OS MECANISMOS DE SUA OCORRÊNCIA?

Ocorrem desde simples quedas e lesões durante a prática esportiva até situações complexas, como acidentes automobilísticos e atropelamentos, com risco de vida e que necessitam atendimento imediato.

QUAIS AS LESÕES MAIS FREQUENTES NOS MEMBROS?

São as contusões, entorses, fraturas, luxações e ferimentos cortantes.

O QUE SÃO FRATURAS, LUXAÇÕES E CONTUSÕES?

Fraturas são lesões no osso que pode estar quebrado total ou parcialmente. Luxações são lesões mais graves, nas quais uma articulação é deslocada de sua posição normal. As torções (entorses) acontecem quando os ligamentos, faixas de tecido fibroso que unem um osso ao outro em uma articulação, são esticados além de seu limite, podendo romper-se total ou parcialmente. Essa lesão é menos comum em crianças devido a sua elasticidade. As contusões são as "batidas" que apesar de dolorosas são, em sua maioria, lesões simples que não requerem tratamento.

COMO SUSPEITAR QUE UM OSSO FRATUROU?

Ao sentir e ouvir um barulho, a criança sente dor, imediata ou que aumenta com o movimento ou com a pressão no local. Pode ocorrer uma deformidade e inchaço local. Em casos mais graves, um pedaço do osso pode até atravessar a pele e ficar visível no ferimento (fraturas expostas). Quando a fratura ocorre nos membros inferiores a criança evita apoiar ou manca.

QUAIS SÃO AS FRATURAS MAIS COMUNS E EM QUE SITUAÇÕES COSTUMAM OCORRER?

- **Mãos:** nos três primeiros anos de vida consequentes a queda de objetos pesados, portas e janelas que podem causar esmagamento, na infância devido às práticas esportivas (trauma com bola ou queda sobre o braço).
- **Antebraço e Punho:** comuns após queda sobre o braço ou trauma direto.
- **Cotovelo:** consequente à queda com a mão espalmada e o cotovelo estendido.
- **Clavícula:** pode ocorrer desde o momento do parto, ou em crianças que

12 Pegoraro M, Braga SR. Fraturas e luxações. In: Waksman RD, Schvartsman C, Troster EJ, Abramovici S A saúde de nossos filhos. 4 ed. São Paulo: Editora dos Editores; 2021. 161-5 p.
Yamada HH. Membros. In: Waksman RD, Schvartsman C, Troster EJ, Abramovici S. A saúde de nossos Filhos. 4. ed. São Paulo: Manole; 2021. 188-9 p. vol. 3.

caem com o braço estendido, ou por trauma lateral no ombro e trauma direto na clavícula.
- **Tornozelo:** ocorrem mais em meninos, após entorse do tornozelo, causa dor, inchaço e pequena limitação dos movimentos.
- **Pés:** ocorrem nos metatarsos e falanges (dedos), após queda de um objeto, torção ou chute forte.

O QUE SE DEVE FAZER?

Retirar a roupa do local afetado para evitar que fique apertado. Se houver ferimento e o osso for visível através da ferida, cobrir a lesão com um curativo limpo, de preferência estéril. Se houver sangramento abundante, é conveniente a compressão moderada da ferida para estancar o sangue. O local fraturado deverá ser provisoriamente imobilizado para facilitar o transporte e diminuir a dor.

O QUE PODE SER FEITO PARA IMOBILIZAR O LOCAL FRATURADO?

Em fraturas do ombro ou braço — improvisar uma tipoia com um lenço triangular ou uma fralda de tecido.

Fraturas do antebraço, da mão e abaixo do joelho — utilizar papelão, revistas ou mesmo um travesseiro para apoiar o local e enfaixar com faixa de tecido.

Dedos fraturados — podem ser imobilizados com palito de sorvete, enfaixados levemente junto com o dedo vizinho e mantidos elevados na altura do coração para facilitar a circulação do sangue.

Fraturas da coxa ou da bacia — nessas situações o melhor a fazer é chamar o transporte especializado (ambulância/resgate). Caso não seja possível, a criança pode ser colocada sobre uma prancha que vá desde o peito até o calcanhar.

Traumas de coluna — requerem cuidados especiais, não pegar a criança no colo e não mexer na região da coluna. O melhor a fazer é chamar o resgate e transportar de ambulância, se não for possível utilizar uma superfície rígida (prancha) para o transporte.

Outra situação preocupante é a de a criança reclamar de dor no pescoço após ter dado "cambalhota", pode ter havido lesão de coluna.

Conferir constantemente a circulação de sangue do membro afetado, observando a temperatura e a coloração dos dedos. Extremidades pálidas, arroxeadas ou frias são sinais de alerta e tornam a necessidade de atendimento médico ainda mais urgente.

O QUE NÃO SE DEVE FAZER?

Nunca tentar colocar o osso no lugar, o que, além de causar dor pode machucar ainda mais os tecidos (músculos) e até mesmo lesar um nervo ou os vasos sanguíneos. Não massagear ou passar pomadas ou outros produtos. Não devem ser utiliza-

dos torniquetes ou garrotes. Não apertar a faixa que está imobilizando o membro — para não dificultar a circulação do sangue. Na suspeita de fratura de coluna pegar a criança no colo e mexer na região da coluna. Não colocar o osso para dentro da pele, pois isso deverá ser feito de forma apropriada pela equipe médica.

COMO SUSPEITAR DE UMA LUXAÇÃO? O QUE FAZER?

O deslocamento ou o desencaixe de uma articulação não é comum em crianças e quando acontece pode estar associado a uma fratura. A articulação pode estar deformada e perde seu contorno normal. A criança sente dor, o local incha e não consegue realizar movimentos. Os primeiros cuidados são semelhantes aos de uma fratura: não tentar colocar no lugar, imobilizar provisoriamente e procurar um serviço de emergência.

O QUE É IMPORTANTE LEMBRAR?

Na suspeita de fratura ou de luxação não alimente ou dê água para a criança, já que a maioria dos procedimentos para a correção das deformidades é feita com sedação ou anestesia e, para não atrasar o procedimento, o jejum é fundamental.

COMO E ONDE UTILIZAR GELO?

Aplicar gelo é importante imediatamente após o trauma dos membros, tanto para diminuir a dor, como para evitar o inchaço. Pode-se utilizar uma bolsa de gelo ou um saco plástico com pedras de gelo picadas e um pouco de água para facilitar a acomodação sobre o membro. A pele precisa ser protegida com uma toalha ou pano para evitar queimaduras pelo frio e a aplicação deve ser interrompida se for percebida vermelhidão no local. O tempo de cada aplicação é por volta de 10 minutos, sendo intercalado por um período sem o gelo.

O QUE SÃO AS MANCHAS ROXAS NA PELE?

São os hematomas, que ocorrem após uma batida (contusão), mas podem aparecer também quando existem fraturas e luxações, mas não devem ser motivo de preocupação quando estão relacionadas a um trauma.

Após um trauma direto a circulação de sangue nos pequenos vasos da pele e de outros tecidos rompe, provocando o extravasamento do sangue, que fica acumulado sob a pele intacta. Inicialmente sua coloração é avermelhada, com o passar dos dias, durante o processo de reabsorção, a quebra da hemoglobina que estava nas células vermelhas do sangue leva a alteração da cor: em até 3 dias a mancha se torna azul ou roxa, depois esverdeada, amarelada por volta do décimo dia e a pele volta ao normal entre duas e três semanas.

20.6.7 SITUAÇÕES ESPECIAIS

PIPAS

Renata D Waksman

A prática de empinar pipas — também chamadas de papagaio, maranhão, raia, arraia, califa, pandora, quadrado — existe há milhares de anos e foi inventada pelos chineses como instrumento de guerra, servindo para alertar os batalhões da presença de exércitos inimigos na grande muralha.

QUAIS SÃO OS PERIGOS DE EMPINAR PIPA?

Quando a pipa está com sua linha ao natural, apresenta perigos mais para as crianças que estão brincando, pois exige que, ao brincar, o olhar e a atenção estejam voltados para o alto e uma distração pode gerar um acidente, como: queda de lugares altos, de árvores, de muros, do telhado, laje ou varanda da casa e atropelamento, ao atravessar na frente dos carros. Os riscos de empinar pipa perto da rede elétrica são os choques elétricos e suas consequências, como queimaduras e até parada cardíaca.

Outro risco importante é o uso do cerol — mistura de cola e vidro moído que é aplicado à linha de empinar, com o intuito de cortar as linhas de outras pipas. O cerol pode agir como uma arma cortante e promover lesões, que podem levar à risco de morte, ao entrar em contato e cortar o pescoço, rosto ou corpo das próprias crianças, pedestres, ciclistas e motociclistas13. O vidro também é um condutor de energia e se o fio com cerol pegar na rede elétrica, a pessoa que está empinando a pipa pode morrer eletrocutada.

Em outros casos, as crianças utilizam pó metálico, que é condutor de energia e causa choque quando toca na rede elétrica. Nem os fios de náilon (de pesca) são indicados, pois cortam tanto ou mais que o próprio cerol. Também há o risco do próprio "empinador" do brinquedo se cortar, além das pessoas que correm e disputam quem pegará as pipas que soltaram das linhas que caem.

QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS RECOMENDAÇÕES PARA BRINCAR EM SEGURANÇA?

As dicas do Corpo de Bombeiros são:

- Nunca soltar pipa perto de antenas, postes e fios elétricos, porque podem se machucar seriamente.
- Preferir locais abertos como parques ou campos, onde não haja fiação elétrica e circulação de carros.
- Nunca empinar pipas em lugares altos, como telhados ou lajes. De tanto olhar para cima, a criança pode tropeçar e cair.

13 Disponível em: https://portalcorreio.com.br/uso-de-cerol-pode-matar-e-bombeiros-alertam-sobre-pipas/.

- Brincar de soltar pipa em dias de chuva, principalmente se houver relâmpago, é muito perigoso. Só faça isso quando o tempo estiver bom.
- Jamais utilize linha metálica, como fio de cobre de bobinas ou cerol (mistura de cola com caco de vidro).
- Também não faça pipas com papel laminado porque o risco de choque elétrico é grande.
- Tente soltar pipa sem rabiola, como as arraias. Na maioria dos casos, a pipa prende no fio por causa da rabiola.
- Se a pipa enroscar em fios, não tente tirá-la. É melhor fazer outra. Nunca use canos, vergalhões ou bambus.
- Tenha atenção especial com os motociclistas e ciclistas. Fique atento para que a linha não entre na frente deles.

CARAVELAS E ÁGUAS-VIVAS[14]

ONDE SÃO MAIS COMUNS?

As caravelas são mais comuns nas regiões Norte e Nordeste, porém no litoral de São Paulo (Ubatuba), em um recorte de 236 acidentes provocados por animais marinhos 25% foram causados por água-viva.

QUE TIPO DE LESÃO PODEM CAUSAR?

Causam lesões avermelhadas e elevadas com dor local. A lesão não é uma queimadura e sim um envenenamento da pele provocado pelas toxinas dos tentáculos do animal.

DO QUE DEPENDE A GRAVIDADE DAS LESÕES?

A gravidade da lesão depende da quantidade de veneno liberada, variando com o número e espécie de animais que tocaram a pele, além da idade e sensibilidade do sistema imune da vítima. Crianças possuem a pele mais fina, o que pode propiciar uma maior absorção do veneno liberado. Não há relato de óbitos por acidentes por água-viva no litoral brasileiro.

QUAIS OS SINTOMAS QUE ESSE TIPO DE ACIDENTE PODE CAUSAR?

A maioria dos acidentes é leve e localizado: a região pode ficar avermelhada com edema e com algumas placas semelhantes à alergia. Pode haver dor muscular semelhante a câimbras. Sintomas mais graves são: dificuldade para engolir ou respirar, dores no peito, arritmias, náuseas, cefaleia e vômitos.

14 Disponível em: https://www.spsp.org.br/2021/12/16/acidentes-com-aguas-vivas-e-caravelas-como-devo-agir/.

O QUE SE DEVE FAZER?

Os casos evoluem bem se os cuidados iniciais foram adequados:

- Se necessário, tirar os tentáculos delicadamente sem apertar.
- Lavar imediatamente com água do mar gelada.
- Aplicar compressas com vinagre, soro fisiológico ou água termal (preferencialmente gelados para maior alívio).
- Manter a lesão longe do sol e aplicar filtro solar.

QUANDO SERÁ NECESSÁRIO ATENDIMENTO MÉDICO?

Nos casos em que as lesões são maiores ou se a criança for muito pequena.

QUE MEDICAMENTOS PODERÃO SER PRESCRITOS PELO MÉDICO?

Medicações anti-inflamatórias, antialérgicas ou corticoide podem ser utilizadas com orientação médica para melhor controle da dor e dos demais sintomas.

O QUE NÃO SE DEVE FAZER?

- Não usar urina para limpar o ferimento. Achar que é queimadura e não um envenenamento.
- Esses acidentes podem ocorrer quando se caminha na areia ou se banha no mar, geralmente são pouco graves e com os cuidados iniciais adequados evoluem bem.
- As águas-vivas são lindas, chamam a atenção de crianças que podem querer tocá-las. Oriente-as em relação a esses animais e fique atento em praias onde se encontram muitas águas-vivas na faixa de areia.

ANDADOR

O ANDADOR PODE INTERFERIR OU ATRASAR O DESENVOLVIMENTO DO BEBÊ?

Quando o bebê está na fase de se soltar para andar sozinho, pode ter movimentos desajeitados, perder o equilíbrio e até cair — mas tudo isso faz parte do desenvolvimento motor normal da criança — que precisa ficar no chão para aprender a rolar, sentar-se, engatinhar e andar.

Ao colocar o bebê no andador ocorre atraso dessa fase do desenvolvimento, vai levar mais tempo para ficar de pé, a fase de andar sem apoio pode atrasar e a criança não aprende a cair. Além disso, engatinha menos e tem escores inferiores nos testes de desenvolvimento.

A atividade física é muito prejudicada pelo uso do andador, a criança gasta menos energia, apesar de ter mobilidade e velocidade maiores do que tentando alcançar o que lhe interessa com seus próprios braços e pernas.

QUAIS OS RISCOS E ACIDENTES RELACIONADOS AO USO DE ANDADOR?

Ao estar no andador, a criança pode:

- Sofrer quedas, como rolar escada abaixo — podendo causar traumas de crânio graves e fraturas de membros.
- Queimar-se — ao atingir maior altura estando no andador, pode alcançar e puxar os cabos de panelas que estão nas bocas da frente do fogão, puxar uma toalha de mesa e derramar comida ou café quentes que ali estejam e alcançar aquecedores e lareiras.
- Afogar-se — a criança pode cair em uma piscina ou banheira enquanto está no andador.
- Sofrer intoxicações — ao alcançar produtos químicos e medicamentos que estejam em lugares mais altos.

Estatísticas mostram que ocorre pelo menos um caso de trauma para cada duas a três crianças que utilizam o andador. Um terço dessas lesões são graves, geralmente fraturas ou traumas de crânio que necessitam de hospitalização. A grande maioria sofre quedas e, dos casos mais graves, cerca de 80% são de quedas de escadas.

PODE COLOCAR A CRIANÇA NO ANDADOR COM UM ADULTO POR PERTO?

A maioria das lesões do andador acontece enquanto os adultos estão por perto. Os pais ou responsáveis simplesmente não conseguem responder com rapidez suficiente. Uma criança em um andador pode se mover mais de 90 cm em 1 segundo! É por isso que os andadores nunca são seguros de usar, mesmo com um adulto por perto.

O QUE OS PAIS PODEM FAZER?

- Deixar a criança ficar no chão, que é o lugar mais adequado para poder se movimentar e se desenvolver em segurança.
- Jardins ou parques são ótimos locais para a criança que está aprendendo a sentar, engatinhar ou andar.
- Quebrar em pequenas partes e jogar fora o andador.
- Certificar-se que não tenha andadores nos locais onde a criança está sendo cuidada, como creches ou na casa de outra pessoa.
- Experimentar o centro de atividades fixo (mesa de atividades que tem um assento com cinto de segurança no centro e a criança pode rodar ao seu redor).

O USO DO ANDADOR É PERMITIDO EM TODOS OS PAÍSES?

A Academia Americana de Pediatria pediu a proibição da fabricação e venda de andadores de bebê com rodas e os andadores são proibidos no Canadá. Hoje em dia existe um movimento muito intenso na Europa e nos Estados Unidos no sentido de que legislações semelhantes à canadense sejam aprovadas e postas em prática, uma vez que todas as estratégias educativas têm falhado na prevenção dos traumas causados por andadores. Enquanto, aqui no Brasil, essa questão não for discutida de forma séria, contamos com o bom senso dos pais ao não expor seus filhos a este produto tão perigoso e absolutamente desnecessário.

Fogos de artifício

Os fogos de artifício constituem um perigo conhecido por todos, mas ignorado principalmente nas festas juninas, final do ano e copa do mundo. Seu manuseio inadequado levou a muitas internações de pessoas de todas as idades todos os anos. Em algumas regiões, as festas juninas começam nas quermesses de maio e vão até julho e verifica-se que 1/3 de todas as hospitalizações ocorrem neste período de 3 meses.

QUE LESÕES OS FOGOS DE ARTIFÍCIO PODEM CAUSAR?

Além de mortes, o uso de fogos de artifício pode provocar queimaduras, lesões com lacerações e cortes, amputações de membros, lesões de córnea ou perda da visão e lesões auditivas.

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS CUIDADOS?

Os cuidados para os adultos são os seguintes:

- Não deixar as crianças ficarem perto e não brincarem com os fogos.
- Sempre seguir as instruções do fabricante.
- Nunca associar a brincadeira de fogos com bebida alcoólica.
- Nunca carregar bombinhas no bolso.
- Não acender próximo ao rosto.

QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS MEDIDAS DE SEGURANÇA?

Não há fogos de artifício seguros para o manuseio de crianças, mesmo os de classificação livre. As crianças devem ser ensinadas que fogos são perigosos, que devem ficar a uma distância segura deles, que só devem ser manipulados por adultos profissionais ou seguindo instruções de segurança.

MEIO RURAL[15]

Crianças são curiosas, querem conhecer e investigar tudo que está ao seu redor. Quando estão em ambientes novos ou diferentes daqueles que estão acostumadas, sua segurança é muito importante, uma vez que vão se expor a riscos e perigos, com os quais não estão acostumadas e nem familiarizadas.

QUAIS SÃO OS PERIGOS NO MEIO RURAL? E AS MEDIDAS DE PROTEÇÃO?

A supervisão na área rural e no campo deve ser constante, uma vez que os perigos são inúmeros: água, animais, equipamentos, produtos para uso agropecuário.

Além da vigilância, é muito importante adotar medidas preventivas ativas (nessas ocorre a necessidade de ação para que ocorra a proteção, como trancar locais onde são armazenados os agrotóxicos) e passivas (as quais atuam de forma automática, como cercar os reservatórios de água) e que, quando associadas, promovem mais segurança.

Os adolescentes no campo também necessitam de supervisão e vigilância, uma vez que estão mais expostos a perigos, adotam comportamentos de risco e querem vencer desafios. Os pais e responsáveis devem avaliar se o adolescente está pronto para lidar com animais e trabalhar com máquinas, nas plantações e demais atividades no meio rural.

O TRANSPORTE NO MEIO RURAL É SEGURO?

As estradas rurais costumam ser de terra, estreitas, com muitas curvas, não planejadas, sem sinalização, sem conservação adequada e podem ter animais soltos.

Viajar na parte de trás (carroceria) de caminhonete ou caminhão implica em grande risco de traumas, inclusive em situações em que não ocorre colisão do veículo — uma freada brusca, um desvio ou mudança abrupta de direção poderá jogar a pessoa para fora do veículo, o que pode ocasionar lesões muito graves. Em acidentes com colisão, o risco de lesões é muito maior para os passageiros que estão na área destinada à carga.

O QUE SE DEVE FAZER?

- Adotar os mesmos cuidados recomendados para o ambiente urbano relativos à segurança no trânsito, mesmo em pequenos percursos.
- Usar cinto de segurança.
- Usar assentos apropriados para as crianças.
- Não viajar em carrocerias de caminhonetes e/ou caminhões.

15 Gaspar VL. Meio rural. In: Crianças e Adolescentes em Segurança. Waksman RD, Gikas RM, Blank D, organizators. Barueri, SP: Manole; 2014. 86-101 p.

- Jamais permitir, mesmo em estradas rurais de terra, que seus filhos conduzam carro ou motocicleta se não estiverem habilitados.
- Uso obrigatório de capacete para ciclistas e motociclistas.
- Andar devagar; as estradas de terra não permitem velocidade.
- Solicitar às autoridades competentes conservação para as estradas.

E O TRANSPORTE DE CHARRETE OU CARROÇA?

- Escolher um animal adequado.
- Acompanhar as crianças para evitar quedas e outros tipos de acidentes.
- Evitar transitar por estradas movimentadas.
- Respeitar a mão e andar devagar.
- Cuidar da conservação do veículo.
- Estar sempre atento.

QUAIS AS PRINCIPAIS MEDIDAS DE SEGURANÇA COM OS EQUIPAMENTOS?

Ferramentas e equipamentos (enxadas, enxadões, facões, foices, machados, máquinas de cortar cana e capim) não podem ser utilizados por crianças. Adolescentes devem ser avaliados antes de delegar atribuições para que possam trabalhar com esses equipamentos e ferramentas. Quando não possuírem experiência, devem ser orientados, acompanhados e supervisionados.

QUE TIPOS DE LESÕES AS CRIANÇAS PODEM SOFRER AO USAR FERRAMENTAS E EQUIPAMENTOS DE FORMA INADEQUADA?

As lesões são frequentes e há risco de traumatismos graves, acometendo mãos, braços, pés e pernas.

O TRATOR E OUTROS VEÍCULOS A MOTOR REPRESENTAM RISCOS?

O uso inadequado pode levar a quedas e atropelamentos. As crianças devem ser ensinadas que não são brinquedos e são perigosos.

O QUE DEVE SER FEITO PARA EVITAR ACIDENTES?

- A criança nunca deve ficar por perto ou em cima de tratores ou equipamentos agrícolas em funcionamento ou mesmo desligados.
- O adulto deve estar atento e verificar, antes de ligar os veículos, se há crianças por perto, se houver, retirá-las da área de trabalho.
- Tirar a chave dos veículos após desligá-los.
- Manter equipamentos e ferramentas em boas condições de conservação e guardá-los de maneira segura, longe do alcance de crianças.

SEGURANÇA COM ANIMAIS

CAVALOS

O QUE É IMPORTANTE SABER?

Não há cavalo que oferece segurança absoluta. Mesmo tomando todas as precauções, como a escolha do animal adequado, local apropriado para cavalgar, há risco em situações inesperadas. O cavalo pode assustar, escorregar e cair, sentir medo e sair em disparada ou modificar a direção, agitar-se e pular ao ser mordido por inseto.

QUAIS OS TIPOS MAIS COMUNS DE ACIDENTES E DE LESÕES?

É a queda, mas também há risco de coice, pisoteamento ou mordida pelo cavalo. Daí que os perigos estão presentes tanto quando a pessoa está andando a cavalo como também quando está próxima ao animal, alimentando-o, cuidando dele, preparando-o para ser montado ou estando simplesmente a sua volta.

As lesões mais frequentes decorrem de trauma craniano, na coluna, nos membros e na face, que podem causar ferimentos graves com risco de morte e sequelas.

É IMPORTANTE ANDAR A CAVALO USANDO O CAPACETE?

Sim, é considerado o item de segurança mais importante e indispensável para evitar e/ou diminuir a gravidade dos traumatismos cranianos.

COMO O CAPACETE DEVE SER?

Deve ser próprio para equitação, contemplar os padrões de segurança, ser confortável, de tamanho adequado ao usuário e colocado corretamente antes de se montar. Recomenda-se que a criança esteja com ele em todas as ocasiões que estiver andando a cavalo. Dica importante: as crianças devem estar de capacete mesmo que estejam apenas próximas dos cavalos, devido aos riscos de coice e mordida na cabeça.

QUAIS SÃO E COMO DEVEM SER AS ROUPAS E EQUIPAMENTOS DE PROTEÇÃO?

- Usar calça, camisa ou blusa bem ajustadas.
- Botas de tamanho adequado e que devem adaptar-se bem ao estribo.
- Luvas para proteger as mãos e os dedos.
- Protetores de corpo e ombros devem ser adequados ao tamanho da criança, mas não protegem a coluna.
- Cabelos devem estar presos.

QUE OUTRAS DICAS SÃO IMPORTANTES?

- Iniciantes devem ser orientados por instrutor competente, que deve ensinar, inclusive, como prevenir traumas quando se está perto do animal.
- Pessoas inexperientes acidentam-se mais, as primeiras aulas devem ser, preferencialmente, em ambiente cercado.
- Sempre procurar uma área segura para andar a cavalo, evitando locais que possam assustar o animal, como outros animais, veículos ou equipamentos com motor.
- Não confiar em um cavalo manso, ele pode também se assustar por vários motivos e causar a queda da criança.
- O animal deve ser manso, castrado e de natureza mais dócil para crianças e iniciantes, cavalos mais velhos costumam ser mais calmos e previsíveis.
- O cavalo deve ser corretamente arreado, não é para andar sem sela e arreios.
- Não se deve amarrar ou enrolar a rédea na mão ou nos dedos, nem quando estiver puxando o cavalo.
- Uma pessoa de cada vez deve montar no cavalo.
- Quando forem cavalgar com outros cavaleiros, manter distância entre os animais.
- Crianças necessitam de vigilância contínua enquanto andam a cavalo ou estão próximas a eles.
- Nunca amarrar ao cavalo a criança que está cavalgando.
- Evitar sempre o uso de álcool e/ou outras drogas.

E A EQUOTERAPIA, É APENAS MODISMO OU TEM SUA IMPORTÂNCIA?

A equoterapia é a terapia que trabalha com cavalos para aumentar e reforçar diferentes áreas ou habilidades da criança.

QUANDO PODE SER UTILIZADA?

É utilizada principalmente em crianças com algum tipo de transtorno ou deficiência, como por exemplo no Transtorno do Espectro Autista (TEA), portadoras de paralisia cerebral e de algumas síndromes.

COM QUE OBJETIVOS?

Como adjuvante dos tratamentos convencionais, para buscar maneiras de melhorar, de se conhecer melhor, de potencializar seu desenvolvimento pessoal e a sua qualidade de vida.

PODE SER PRATICADA EM QUALQUER LOCAL?

Não, a equoterapia, quando indicada, deve ser praticada em escola apropriada e com profissionais especializados.

GADO

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS RISCOS QUE AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES PODEM CORRER ESTANDO PERTO DO GADO?

Correm o risco de serem chifrados, pisados, levarem coices ou serem derrubados por animais. Adolescentes podem sofrer lesões adicionais se trabalham com o gado, enquanto aplicam medicamentos, oferecem alimentos, tiram leite, ou os reúnem. Lembrar que a vaca e o touro são mais perigosos quando têm bezerro novo.

QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS MEDIDAS DE SEGURANÇA?

- Crianças não devem ficar por perto enquanto os adultos trabalham com animais.
- Se os pais considerarem que as crianças podem ir ao curral, ao pasto ou a outros locais onde há gado, devem estar continuamente acompanhadas de um adulto atento que zele por sua segurança.
- O adolescente deve ser avaliado se já tem idade, preparo e experiência para desempenhar, com segurança, o trabalho com os animais e deve ser supervisionado também todo o tempo.

CÃES

O QUE É IMPORTANTE SABER COM RELAÇÃO AOS ATAQUES DE CÃES EM CRIANÇAS?

A mordida de cão em crianças pode ser grave, podendo levar a sequelas físicas e emocionais, além do risco de transmissão de raiva. A criança muitas vezes provoca o animal de forma intencional (manipulando-o) ou não-intencional (ao correr, gritar, pular etc.), levando o cão a reagir.

Se os pais têm filhos pequenos, devem analisar bem antes de adquirir um cão, avaliando bem qual será o momento oportuno e seguro, porque criança pequena nunca poderá ficar sozinha perto do animal, devido ao perigo de ataque.

Lembramos que a grande maioria de mordidas em crianças é causada por animais da própria família ou de vizinhos. Crianças pequenas sofrem os ataques mais graves, que podem causar lesões na cabeça, no rosto e no pescoço. Em crianças maiores, as lesões ocorrem geralmente nos braços e pernas.

Se houver provocação ou agressão, mesmo o cão de raça dócil poderá morder. Se a criança fica amedrontada na presença de qualquer cão, não é a ocasião adequada para adquirir um animal.

O QUE OS PAIS PRECISAM FAZER ANTES DE TER UM CÃO EM CASA?

- Informar-se com um veterinário sobre as raças mais adequadas e as mais mansas.
- Observar bem o comportamento do cão antes de levá-lo para casa.
- Não ter em casa animal de comportamento agressivo, independentemente da raça.
- Ensinar e vigiar as crianças sobre a maneira adequada para lidar com o animal, como não provocar ou machucar o cão.
- Combinar antecipadamente com as crianças que o cão não poderá dormir com eles nem fazer as refeições com a família.

O QUE SE DEVE FAZER?

- O cão necessita de treinamento e socialização orientados por pessoa habilitada.
- As brincadeiras entre crianças e cães devem ser supervisionadas por adultos.
- Manter as vacinas do animal em dia (conferir sempre), disponibilizar assistência veterinária periódica, cuidar da alimentação, da higiene e da saúde do cão.
- Orientar as crianças para não se aproximarem ou brincarem com animal estranho.
- Se o cão mudar o comportamento, é necessário procurar um veterinário.
- Cão pequeno e/ou de raça mansa não é garantia de que não morderá.
- Cães castrados geralmente são menos agressivos.
- Respeitar o cão.

O QUE NÃO É RECOMENDADO FAZER?

- Estimular a agressividade do cão.
- Mexer com o cão, principalmente durante a alimentação, o sono, se tiver filhote novo ou se estiver com aparência de doente.
- Puxar orelhas, patas e rabo.
- Colocar a mão na boca ou nos olhos do animal.
- Tomar brinquedo que esteja com o cão.
- Beijar ou ficar com o rosto perto do animal.
- Tentar separar briga de cães.
- Ficar perto de cães agressivos.
- Encarar o cão.
- Ter cães de raças reconhecidamente agressivas, como: pit bull, rottweiler, pastor alemão, doberman, etc.

- Atentar aos cruzamentos porque podem gerar animais perigosos.

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS CUIDADOS PARA EVITAR A OCORRÊNCIA DE MORDIDAS?

- Manter os cães em local seguro, utilizando coleira e focinheira.
- Evitar a criação de raças perigosas.
- Educar os pais e as crianças sobre os perigos potenciais de conviver com animais.
- Nunca mexer com os animais enquanto eles estiverem se alimentando.
- Não importunar os animais: puxar sua cauda, amarrar objetos em suas patas ou corpos, chutá-los.
- Não prender os animais em locais apertados.
- Não mexer com animais desconhecidos, se o fizer, somente se estiverem acompanhados de seus donos.
- Notificar os casos de agressão animal para a vigilância epidemiológica e verificar a necessidade da profilaxia da raiva humana, com soro ou vacina.

QUAIS SÃO AS RESPONSABILIDADES DO PROPRIETÁRIO?

- Ter controle sobre o animal e adestrá-lo corretamente.
- Não estimular comportamento agressivo.
- Em caso de animal feroz, providenciar placas de alerta com ilustração (nem todos são alfabetizados).
- Conduzir o animal em locais públicos sempre com guia.
- Oferecer assistência veterinária periódica.
- Antes de adquirir um animal consultar veterinários, criadores e proprietários sobre as características e adaptação à rotina familiar.
- Se o animal apresentar comportamento indesejado, consultar um veterinário, nunca o abandonar em locais públicos.
- Saber reconhecer os sinais sugestivos de ataque iminente: pelo eriçado, dentes à mostra e rosnado, orelhas eretas e para frente, cauda elevada e reta e contato visual prolongado.

QUAIS SÃO AS CONDUTAS APÓS A MORDIDA?

- Lavar o local da mordida com bastante água e sabão o mais rapidamente possível.
- Se houver inchaço no local da mordida, aplicar uma bolsa de gelo.
- Certificar-se de que o cão é vacinado — providenciar o cartão de vacinas do animal.
- Procurar assistência médica com urgência, para que sejam feitos os procedimentos como possíveis suturas, vacinas etc.

O QUE NÃO SE DEVE FAZER APÓS A CRIANÇA TER SIDO MORDIDA?

- Matar o cão.
- Não deixar o animal em observação por 10 dias em local seguro para prevenir agressões a outras pessoas.
- Não tomar providências para que o animal fuja.
- Não procurar atendimento médico imediatamente se no período de observação o cão manifestar qualquer sinal de doença (inclusive mudança no comportamento), desaparecer, ou morrer.

Os editores da segunda edição do *Conversando com o pediatra* agradecem o excelente trabalho realizado pela Dra. Renata Waksman, organizadora principal do livro Crianças e Adolescentes em Segurança que junto com equipe de refinada qualificação científica realizaram e produziram este capítulo de Acidentes.

21 | FEBRE

João Guilherme Bezerra Alves
Magda Carneiro-Sampaio
Otelo Schwambach Ferreira

21.1 GUIA PRÁTICO

Mantenham postura calma, de observação e de ação, e:

1. Verifiquem se o paciente foi vacinado recentemente, se ocorreu contato com portadores de doenças febris (escola? Reuniões sociais? etc.) ou se houve outro(s) episódios febris recentemente.
2. Procurem os sinais da doença (coriza, garganta irritada, dor de ouvido, tosse, vômitos, diarreia, manchas na pele, dificuldade ao urinar e outros).
3. Avaliem o estado geral. É mais importante do que o grau da temperatura. Verifiquem se a criança está disposta, ativa, esperta e com apetite. Abatimento, desinteresse e apatia consideráveis, apetite muito reduzido e outros dados de decaimento geral, mesmo com febre baixa, podem indicar doença significante.
4. Ofereçam muitos líquidos (água, chás, sucos ou refrescos de frutas, água de coco) e a alimentação usual, sem forçar.
5. Observem o andamento da doença com atenção. Grande parte das crianças febris, nos primeiros dois ou três dias, não apresenta sintomas que indiquem a doença. É recomendável que cada criança febril seja monitorada por um adulto experiente.
6. Informem aos médicos sobre a ocorrência da febre e sigam as instruções e avisem sobre qualquer novo aspecto observado.
7. Procurem rapidamente uma emergência pediátrica em caso de convulsão, vômitos repetidos, dor de cabeça, manchas na pele, grande decaimento geral e outros dados significativos.
8. Levem para avaliação médica criança febril de baixa idade.
9. Usem os meios físicos se a temperatura está acima de 38°C: roupas leves, banhos com água levemente aquecida e compressas com água (sobretudo nas axilas e nas virilhas). Evitem medidas agressivas como os banhos frios nas madrugadas. O álcool em compressas ou banhos é proibido.
10. Deem a medicação recomendada pelos pediatras e que o paciente tolerou sem efeitos adversos, na dose antes usada.

11. É aceitável dar antifebril se a temperatura alcançou 38°C ou mais, até o contato com o médico, usando o seguinte esquema: paracetamol gotas (200 mg / 20 gts por ml), dipirona gotas (500 mg / 20 gts por ml) e ibuprofeno gotas (100 mg / 20 gts por ml).

De acordo com o peso:

Paracetamol	**1 gota / 1 kg**	8 kg – 8 gts	12 kg – 12 gts	20 kg – 20 gts
Dipirona	**1 gota / 2 kg**	8 Kg – 4 gts	12 kg – 6 gts	20 kg –10 gts
Ibuprofeno	**1 gota / 1 kg**	8 kg – 8 gts	12 kg – 12 gts	20 kg – 20 gts

De acordo com a idade:

	Paracetamol	**Dipirona**	**Ibuprofeno**
Antes dos 6 meses	consultar médico	consultar médico	consultar médico
6 –12 meses	6 a 10 gotas	3 a 6 gotas	6 a 10 gotas
1 ano – 3 anos	10 a 15 gotas	6 a 8 gotas	10 a 15 gotas
3 anos – 5 anos	15 a 20 gotas	8 a 10 gotas	15 a 20 gotas
Após 5 anos	20 a 25 gotas	10 a 12 gotas	20 25 gotas

- Usar a medicação indicada pelo médico assistente em menores de 6 meses.
- As doses são para as apresentações citadas. O ideal é dar um único medicamento, na menor dose, 6/6 horas, se preciso.
- Importante falar com o médico.

21.2 CONVERSANDO...

Antes de começar as perguntas e as respostas, lembramos que a febre é um sintoma de doença, usualmente infecciosa. Mas muitas outras enfermidades causam febre. A elevação da temperatura não é o inimigo a ser combatido. A doença é o real adversário e essa noção é de extrema importância. Pensem sempre nisso e valorizem ao extremo a importância da descoberta da causa. Agora podemos conversar sobre o tema febre:

QUAL A IMPORTÂNCIA DA FEBRE? E QUAIS AS PRINCIPAIS CAUSAS?

Febre é elevação da temperatura corporal como resposta a uma doença. É um dos mais fantásticos mecanismos de defesa do nosso organismo. A elevação térmica é um sinal de alerta de que o corpo está sendo agredido e estimula uma série complexa de mecanismos de luta contra o inimigo, usualmente um agente infecioso. Vírus, bactérias, fungos, protozoários e até os vermes podem produzir doenças que geram febre, além de várias outras manifestações clínicas. Mas fármacos, como os antibióticos e os quimioterápicos, radiações ionizantes, quimioterapia anticâncer, as leuce-

mias e os tumores também podem gerar febre. E ainda há mais doenças causadoras de elevação da temperatura corpórea.

COMO OS MÉDICOS DESCOBREM A CAUSA DA FEBRE?

As informações prestadas pelos cuidadores, familiares ou não, que conhecem a criança e ao adolescente, fornecem os principais dados sobre o que está acontecendo. É bem demonstrado que o cuidador percebe o local afetado (garganta, ouvido, via aérea — coriza, tosse falta de ar —, pele — manchas de vários tipos —, tubo gastrointestinal — vômitos, diarreia —, urina — dor ao urinar...) e a importância do acometimento (decaimento geral significativo ou não, sonolência, falta de apetite...). O exame clínico e os exames laboratoriais são menos importantes que as observações dos cuidadores, mas são decisivos em certas situações. Tudo isso é para dizer sobre a importância das observações cotidianas e qualificadas dos que cuidam da rotina de cada criança ou adolescente. E para dizer que só após o diagnóstico é que o pessoal da saúde define o tratamento. Lembrar sempre que antibiótico não é remédio contra febre. Antibiótico, quando indicado, é remédio para a causa da febre.

O QUE A FEBRE MODIFICA NO NOSSO CORPO?

A biologia montou no ser humano esse extraordinário mecanismo para resolver muitos dos nossos problemas de saúde, principalmente os infecciosos. A elevação térmica aumenta o metabolismo, torna o organismo mais ágil e mais alerta para o embate, estimula a produção de vários fatores de defesa (leucócitos, anticorpos, vários hormônios e outros produtos), incrementa a reparação tecidual, diminui o tempo de vida dos agentes microbianos para reduzir o tempo de doença, mantém o cérebro mais alerta, avisa o próprio indivíduo ou ao seu familiar que algo errado está ocorrendo e produz ainda outros benefícios cientificamente comprovados.

A CRIANÇA PODE PASSAR DIAS COM FEBRE SEM PREJUÍZO?

Milhões e milhões de crianças tiveram febre por alguns dias sem que a medicina tenha mostrado malefícios atribuíveis à elevação térmica. O que causa malefícios, na verdade, são as doenças que originam a febre. Sempre é importante repetir: a febre é amiga, é protetora, é aviso, é solução. A doença é a inimiga, é adversária, é agressora, é o problema.

É POSSÍVEL NÃO USAR REMÉDIOS PARA BAIXAR A FEBRE?!

Alguns médicos experientes, atualmente, têm recomendado uma postura extremamente tolerante com a febre na criança ou no adolescente. Essa postura toleran-

te inclui, inclusive, o não uso de remédios. Eles têm recomendado o uso de meios físicos, racionalmente. Isso não inclui desatinos como acordar o enfermo durante a noite e dar banho com água fria. Esses médicos conservadores enfatizam, sobretudo após o exame clínico, quando nada especial foi observado, a busca pelo diagnóstico e o monitoramento qualificado e contínuo até o fim do ciclo febril da doença.

Há, sem questionamentos, o uso abusivo de remédios para a febre. Antes do advento do ibuprofeno era visto o emprego quase que rotineiro da dipirona e do paracetamol, de forma alternada na criança febril. Agora com a intensa propaganda desse terceiro produto para febre, muitos familiares estão usando os três produtos de forma alternada, durante a mesma enfermidade febril. Isto não é defensável. Aumenta a chance de efeitos colaterais. Dificulta a avaliação do médico. Se o paciente apresenta algum problema de intolerância ou de alergia, restará a dúvida: qual produto é a causa. E aumenta os custos.

NÃO CONSIGO AGUENTAR MEU FILHO COM 39°C!

Milhões e milhões de mães mundo afora pensam assim. E em função desse medo, do pavor de que algo grave aconteça causado pela febre, medicam excessivamente seus filhos. E não é errada essa sensação de perigo. Isso torna o familiar ou outro cuidador mais alerta, ajuda a definir a causa da elevação térmica e a adotar outras medidas para amenizar os efeitos deletérios da febre. E todos os textos científicos para médicos, dos tempos atuais, orientam o uso dos antifebris. Não dar pode parecer utopia, mas usar remédios com parcimônia não é.

O fato é que fomos orientados a ver a febre como um inimigo terrível, daí o termo febrefobia. E a emoção de constatar a anormalidade que, por si só, causa ansiedade, medo, e quando o termômetro marca 38, em seguida 39, e logo 39,5, o receio de problema grave explode nos que cercam o paciente. Tudo isso é realmente estressante. É inquestionável.

OUVI QUE A FEBRE MATA OS MICRÓBIOS! É VERDADE?

Há evidências científicas nesse sentido. Na gripe influenza, os remédios para febre aumentam o tempo de duração dos sintomas, a quantidade dos vírus eliminados e o tempo de eliminação dos vírus pelas secreções. Todas essas são ações obviamente indesejáveis. Em todas as doenças infecciosas, o aumento da temperatura estimula a produção de células e de substâncias químicas que, na maior parte das vezes, elimina o agente causal do problema.

EXISTEM MALEFÍCIOS PRODUZIDOS PELA FEBRE?

A febre aumenta a perda de água do corpo. Assim a hidratação adequada é um dos aspectos importantes dos cuidados com as crianças febris. Também estimula o gasto de calorias. Ela causa mal-estar, vômitos, dor de cabeça, dor no corpo, moleza,

dificuldade para dormir, inquietação, irritabilidade e até pesadelos e alucinações. Muitas dessas manifestações são causadas pela doença que produz a febre. São clássicas a astenia, a moleza, o mal-estar, as dores no corpo e outras manifestações das doenças virais respiratórias. Esses sinais nas crianças febris podem ser causados pela doença e/ou pela febre. A febre também pode causar, em poucas crianças, a convulsão febril que será um dos tópicos debatidos adiante.

OUVI QUE HÁ DOENÇAS QUE SE MANIFESTAM POR REPETIDOS EPISÓDIOS DE FEBRE! É REAL?

Solicitamos que o professor André Cavalcanti, experiente reumatologista de crianças e de adolescente respondesse a essa questão.

"A maioria das febres na criança é de origem viral. A 'virose' é habitualmente de cura espontânea e a febre, em geral, cede em até três dias. Como as 'viroses' são comuns vez ou outra a criança tem elevação térmica por essa causa. As infecções bacterianas compõem o segundo maior conjunto de causas de febre na infância. É incomum o paciente ter febre de evolução prolongada ou muito repetida. São muitas as causas destas febres: artrite reumatoide, doenças tumorais como a leucemia, infecções crônicas (como a tuberculose), dentre outros problemas.

Nesses casos, os pais devem ficar atentos para as queixas que o filho apresenta, além da febre. Sendo assim, a criança pode queixar-se de dor abdominal, dor de garganta, dor no peito, dor nas articulações, algumas aftas na boca, olhos vermelhos e inchados e manchas vermelhas na pele. Então, é muito importante os pais ficarem atentos a essas manifestações clínicas e relatarem na consulta médica com o pediatra. É comum a criança não apresentar sinais de infecção viral, como tosse e coriza. Outro ponto importante que os pais devem fazer é a chamada curva térmica. Trata-se de anotar num papel o dia, hora e a temperatura do seu filho quando estiver com febre.

É através da curva térmica que o pediatra consegue entender o padrão desses episódios febris, ou seja, a duração em dias da crise e a sua recorrência. Esse grupo de doenças é chamado de "febres periódicas". Dentre essas doenças, uma das mais comuns é a síndrome PFAPA, que significa febre periódica com estomatite aftosa, faringite e adenite. Como o próprio nome diz, a PFAPA é caracterizada por episódios recorrentes de febre, acompanhados por úlceras aftosas, faringite e adenite cervical. Uma vez que o pediatra suspeite de PFAPA, deve ser feito o encaminhamento para o reumatologista pediátrico, especialista responsável pelo tratamento da PFAPA e das outras febres periódicas. "

POR QUE ALGUMAS CRIANÇA FICAM ARROXEADAS DURANTE A FEBRE.?

Durante as rápidas elevações térmicas, é comum observar a tonalidade arroxeada das extremidades dos dedos e lábios, sobretudo na criança pequena. Essas alterações não têm valor especial, não sinalizam infecção ou outra doença importante. A

cor arroxeada decorre de mecanismos que o corpo usa para redistribuir as trocas de calor com o meio exterior quando a temperatura corporal está anormalmente elevada. É produzida pela diminuição da circulação sanguínea nessas regiões.

COMO AVALIAR A TEMPERATURA DO CORPO?

A mãe conhece que o filho está com febre mesmo antes de o termômetro registrar temperatura elevada. Ela conhece a temperatura usual da criança. O contato corpo a corpo permite esse conhecimento. O dorso da mão encostado ao corpo é a maneira mais prática de avaliar a temperatura. Para a quase totalidade das infecções, basta que as mães usem essa percepção. Importa pouco se a temperatura corporal chega a 38ºC ou 39ºC. Nada muda, se a criança está bem, com febre, mas brincando, ativa, e não apresenta sintomas importantes de acometimento de um dos seus órgãos como manchas na pele, falta de ar, vômitos, diarreia, abatimento exagerado e outros dados.

VOCÊS ESTÃO SUGERINDO QUE NÃO USEMOS O TERMÔMETRO?

Estamos dizendo que o termômetro é dispensável em boa parte das vezes. Isso foi cientificamente demonstrado. O ser humano está na terra há cerca de 200 mil anos. O termômetro para avaliar a temperatura corporal foi inventado há 400 anos. Assim os povos antigos não dispunham desse instrumento e sobreviveram por milhares de anos e estamos aqui para contar a história. Na criança susceptível a crises convulsivas febris, é importante reforçar a vigilância com relação ao aumento da temperatura. Aqui o uso do termômetro é defensável. O que defendemos é o uso racional do instrumento. Sem que se crie a "neurose do termômetro" — tomada da temperatura a cada 10 ou 15 minutos, por exemplo.

COMO USAR O TERMÔMETRO RACIONALMENTE?

É usar o termômetro a cada duas, três ou quatro horas. E não de 15 em 15 minutos, por toda a noite. A febrefobia leva os familiares a agirem assim. Isso em nada ajuda. Produz ansiedade na criança e na família. Também não auxilia os médicos a tomarem decisões. A maior parte das mudanças no corpo ocorre lentamente. É prudente recomendar que se controle a temperatura com o dorso da mão e que o termômetro seja usado de forma correta. Não mais do que isso. Mais importante que manter o termômetro, é manter o "doençometro" ligado.

NOSSO "DOENÇOMETRO" NÃO É BEM DESENVOLVIDO! O QUE FAZER?

A mãe, o pai, a tia, a avó e outro cuidador que conhecem bem a criança percebem se a doença é ou não importante. Todos vocês têm um "doençometro" razoavelmente bem desenvolvido. Seguramente, o "doençometro" aplicado ao filho de cada um de vocês funciona melhor do que quando aplicado a uma criança estra-

nha. Repetimos que a temperatura corporal não é bom indicador de gravidade da enfermidade. Mais importante é o estado geral. O médico sempre pergunta quando a mãe informa que o filho está febril: "está brincando? Está feliz, ativo, interessado no que ocorre ao seu redor? Está comendo? Ou está triste, deitado, abatido, sem sorrir, sem interesse pelo ambiente? A sra. acha que ele está muito diferente do que é?" É essa leitura geral do paciente que deve ser sempre enfatizada e não simplesmente a informação do termômetro.

QUAL TERMÔMETRO USAR?

O tema é visto mais adiante neste capítulo.

EXISTE A FAMOSA "FEBRE DOS DENTES"?

O rótulo "febre dos dentes" existe desde antes da descoberta dos vírus e das bactérias produtoras da maior parte das enfermidades febris do ser humano e antes do desenvolvimento do extraordinário poder que a medicina desenvolveu para o diagnóstico das doenças. A prática médica que deve estar sempre cientificamente embasada tem certo cuidado em aceitar a "febre dos dentes".

POR QUÊ?

As doenças infecciosas febris da criança acontecem predominantemente entre os 6 meses e os 5 anos de idade. Essa é a fase do nascimento da maioria dos dentes. Muitas enfermidades febris curam espontaneamente sem que qualquer alteração ou apenas uma leve coriza — que pode significar infecção viral — foi observada. E nessas situações, onde o fato mais marcante era a erupção dental, o diagnóstico de "febre dos dentes" é "óbvio". É importante lembrar que, nesse período, a criança leva tudo à boca para diminuir a coceirinha da gengiva. A chupeta que cai no chão ou qualquer outro objeto, comestível ou não, são levados à boca. Isso pode levar ao aumento de probabilidade de infecções virais e bacterianas, as verdadeiras responsáveis pela febre.

MAS NÃO HÁ MAL EM FALAR EM FEBRE DOS DENTES! NÃO É?

Essa interpretação "mágica" do fenômeno biológico — "febre dos dentes" — é usada por alguns médicos para convencer as famílias a manterem uma atitude de tolerância e de menos agressividade contra a febre. Sobretudo, para não se dar antibiótico. Os médicos não devem estimular esse pensamento simplista, mágico, que pode prejudicar a criança. O diagnóstico de "febre dos dentes" pode encobrir uma infecção renal que causará hipertensão arterial mais tarde e outras doenças, até tumorais. Então, há que se ter cuidado ao rotular a elevação térmica como "febre dos dentes" e não agir para diagnosticar o que realmente está ocorrendo.

MAS A ERUPÇÃO DOS DENTES PODE DAR UMA FEBRE BAIXINHA?

Repetimos que a erupção dental é um evento normal do organismo e não uma agressão. É verdade que, em algumas situações, esse processo causa certo desconforto principalmente quando há considerável reação da gengiva. Há estudos mostrando até aumento de certas substâncias químicas liberadas em maior quantidade durante a erupção dental e que podem interferir no organismo. Pode-se pensar que, nesses casos, ocorra febre baixa, irritabilidade, dificuldade com o sono e inapetência. O capítulo sobre *Cuidados com os dentes* também aborda o assunto.

EXISTE CRIANÇA QUE TEM MAIS FEBRE QUE OUTRA! O QUE OCORRE?

Cada criança tem um padrão de resposta. Até na resposta ao mesmo vírus, duas crianças respondem diferentemente. Uma reage com coriza, nariz entupido e 37°C. A outra reage com diarreia, vômitos e 40°C à infecção e não tem coriza, nem nariz entupido. A mesma infecção apresenta-se, sob o ponto de vista clínico, completamente diferente em pessoas distintas. É provável que a criança que tem a febre de 40°C deva ter uma reação parecida frente a outras infecções, sempre com temperatura muito alta. É característica do corpo de uma criança. Não significa que uma é mais doente do que a outra que quase não tem febre.

ALGUMAS FEBRES CEDEM LOGO E OUTRAS NÃO. O QUE HÁ?

Cada agente de doença infecciosa provoca uma resposta corporal particular. Assim algumas “viroses” com febre alta duram mais tempo do que outras. Também há febres infecciosas, mais resistentes aos remédios. A resposta biológica é complexa e é possível que o comportamento diferente aos remédios tenha ocorrido por outras razões que nada têm a ver com a agressividade viral.

POR QUE VOCÊS NÃO PASSAM LOGO O ANBIBIÓTICO?

Antibiótico não é para febre. Antibiótico é para tratar uma infecção bacteriana, causa de uma doença específica. A maioria das infecções é viral e o antibiótico não é indicado. Para febre: paciência, observação e antitérmico.

E A TERRÍVEL CONVULSÃO?

Existe capítulo para tratar do tema e orientamos que seja lido.

QUANDO PROCURAR O MÉDICO SE A CRIANÇA TEM FEBRE?

IMEDIATAMENTE:

1. A criança febril menor de 6 meses.
2. A criança febril de qualquer idade que está "diferente": choro contínuo, irritação, prostração, manchas no corpo, dificuldade de respirar, incapacidade de engolir a saliva, salivando excessivamente, com vários episódios de vômitos, diarreia profusa, dores nas juntas, convulsão, aparência de estar muito doente.

APÓS 24 HORAS DE DOENÇA:

1. A criança febril entre 6 e 24 meses e que não tomaram vacina.
2. A criança febril de qualquer idade e que está largada, abatida, "diferente", sem brincar, sem se alimentar, com dor ou dificuldade ao urinar; sem sinais gripais ou outros dados que ajudem a definir a doença causal ou com algum fenômeno inexplicado.

Quando há febre que persiste por mais de 72 horas, que cedeu e após algum tempo reapareceu, e existe história anterior de convulsão febril. Quando a criança está com dor de ouvido, respiração difícil, micção dolorosa ou urina diferente ou qualquer outro fato que chame a atenção, é sempre importante manter o pediatra informado, mesmo por telefone, sobre o andamento de todo o quadro.

E SE A CRIANÇA ESTÁ COM 39°C! O QUE VOCÊS RECOMENDAM FAZER?

Usar medidas gerais e remédios

- Medidas gerais — Alguns cuidados simples baixam a febre e, às vezes, auxiliam a usar menos ou até mesmo dispensar o uso de drogas. Também são benéficos para manutenção de um bom estado geral. São importantes: opção por um lugar arejado e pouco vestuário o que permite trocas de calor com o ambiente. É infundada a crença de que o ambiente ventilado agrava a doença (vejam que não se está orientando para ir a local com vento ou chuva). Água fresca e suco ou refresco de frutas repõem a perda de líquidos provocada pela febre (não forçar nem insistir, basta oferecer. A criança toma quando sentir sede). Devem ser evitados banhos frios ou compressas frias ou com álcool. São medidas que provocam reação de "rebote" do organismo. Após a queda da temperatura, há rápida elevação da temperatura.

- Remédios — Todos devem ser empregados com critério, com cuidado, tentando controlar a febrefobia. Além do mais, é importante atenção muito especial para o uso da dose correta, para evitar superdosagem e intoxicação.

QUAIS SÃO OS REMÉDIOS PARA COMBATER A FEBRE?

Os usados de rotina são: dipirona, acetaminofen e ibuprofeno.

E OS CHÁS? E A HOMEOPATIA?

Febre é tão frequente, no mundo todo, que cada povo tem a sua maneira peculiar de enfrentar a dificuldade. No Brasil, há várias medidas populares. No Egito, por exemplo, existem outras soluções que o povo usa para baixar febre. No Canadá, por sua vez, já é diferente. De uma forma geral, podemos resumir a posição da medicina sobre as mais comuns medidas empregadas no Brasil. São proibidos os banhos de álcool. O álcool é absorvido pela pele e o paciente pode apresentar grave intoxicação. São aceitos os outros meios físicos (banhos d'água morna, os de colônia, as compressas nas regiões por onde passam grandes veias e artérias — axilas e virilhas) podem ser confortáveis, relaxantes e roubar um pouco de calor do corpo. São úteis os chás com acônito, de folha de laranja, e outros, com açúcar — eles ajudam a hidratar.

EXISTEM ALGUMAS MEDIDAS MALÉFICAS OU MESMO PROIBIDAS?

Sim! Vejam algumas: *aspirina,* melhoral, aas, acetin e outros produtos com aspirina ou ácido acetil-salicílico são proibidos em menores de 12 anos. Cobertor é contraindicado, exceto se houver calafrios intensos. Exposição a correntes de ar e a mudanças bruscas de temperatura aumenta o gasto de energia para manter o calor — o calafrio é reação intensa que o corpo usa para produzir calor, febre, para combater a doença. Banhos frios, água gelada e outras medidas físicas intensas para baixar a temperatura causam desconforto, produzem efeitos fugazes, pois atuam, basicamente, apenas na pele e fazem o organismo despender ainda mais energia. Envoltório de álcool é proibido, como foi dito antes. Interrupção do sono, pois o repouso é necessário para a cura. Interromper o sono daquele que dorme tranquilamente e que está com aspecto normal, só porque a temperatura está em 38°C, é um absurdo e uma agressão. Interromper o sono com tomadas excessivas da temperatura, ou para dar remédio, é contraindicado.

E QUANDO A TEMPERATURA BAIXA MUITO APÓS O REMÉDIO?

Temos uma discussão interessante no capítulo *Hipotermia*.

21.3 HIPERTERMIA E FEBRE

Nosso corpo produz calor e, em condições normais, o ser humano mantém a temperatura entre 36,4°C e 37,5°C. Nós somos homeotermos e dispomos de extraordi-

nários mecanismos para manter a temperatura estável. Há duas situações distintas quando a temperatura corporal sobe:

Hipertermia: ocorre quando a temperatura corporal chega até 38°**C** ou mais, sem que exista doença. Isso acontece devido a exercício intenso, banho quente e em dia de muito calor. Isso é hipertermia. Não é febre que é reação a uma doença.

Febre: existe febre quando há temperatura corporal elevada (por exemplo: axilar acima de 37°**C**) e doença. Então, as duas condições são importantes para que exista febre. Infecção é a causa principal. Mas existem causas não infeciosas e algumas são enfermidades complexas. Então o cuidador deve estar sempre atento e informar ao médico a ocorrência de aumento da temperatura corporal, mesmo que nada pareça ser significante.

Associada à elevação térmica, geralmente existe moleza, dor de cabeça, alteração do humor, respiração e coração acelerados e, às vezes, calafrios. Também há sinais da doença que cause a febre (diarreia se é infecção intestinal, e tosse e falta de ar se é respiratória).

A febre produz aumento da atividade dos glóbulos brancos e ativa inúmeros fatores para o combate à infecção, ainda reduz a multiplicação viral e produz a morte das bactérias. Enfim, febre é importantíssimo mecanismo de luta contra as doenças infecciosas. O aumento da temperatura ajuda a identificar a doença. A normalização térmica é um dos indicadores de que o problema foi ou está sendo superado.

A moderna biologia não vê a febre como inimiga. Ao contrário, ela deve ser vista como parceira, como amiga. Portanto, todos devemos pensar e agir assim quando um filho nosso está febril. Por isso, é importante questionar o combate da febre com o uso intempestivo de antitérmicos, uma prática usual nos nossos dias.

A elevação da temperatura na criança, desde que adotadas algumas medidas como a hidratação, não produz malefícios, ainda que possa provocar desconforto, dores no corpo, dor de cabeça e, em alguns casos, aumentar o risco de convulsões. O uso indiscriminado dos antifebris e dos anti-inflamatórios pode ser danoso.

Assim, se mudarmos a visão sobre a elevação térmica e passarmos a vê-la como de grande valia para a defesa do nosso organismo, também deveremos mudar a forma de agir. Essa modificação na forma de agir implica, sobretudo, não empregar mecanismos agressivos para baixar a temperatura do corpo, bem como não usar abusivamente de antitérmicos com objetivo de reduzir a temperatura para menos que 37,5°C. Poucas crianças podem ter indicação de tratamento mais “agressivo” da febre, o que seguramente será motivo de pergunta.

E devemos sempre lembrar que a febre não é o inimigo a ser combatido. A doença é o real adversário. Essa noção é de extrema importância, porque a febre é um alerta para que o quadro geral de saúde da criança seja observado.

21.4 FEBREFOBIA

Alvaro Machado Neto
André Cavalcanti
Carlos Gonçalves de Oliveira
Cicero Cruz Macedo
Constantino Giovani Braga Cartaxo
Eliane Buarque de Freitas Machado
João Guilherme Bezerra Alves
Luiz Feichas Cabral
Magda Carneiro-Sampaio
Maria De Fátima Lopes da Cruz
Otelo Schwambach Ferreira
Paulo José Carvalheira de Mendonça
Sebastião Tenório da Silva

Cerca de 80% dos pais pensam que febre causa lesão cerebral ou outros danos para a criança. As frases: "ele está queimando de febre", "ela está fervendo", "está pegando fogo", "está vermelho que nem uma brasa" e outras atitudes ansiosas mostram a fobia, a febrefobia que acomete os pais quando têm que lidar com esse fenômeno biológico natural e benéfico. É tão forte esse sentimento que os pais esquecem a doença. Pensam apenas na febre. Um dos motivos a justificar esse comportamento é o uso do termômetro que permite ao familiar aferir a temperatura e admitir que a criança que tem temperatura de 40°C tem doença mais grave do que aquela que tem 37,5°C. Em biologia não é assim, a que tem menos febre pode ter doença mais grave.

Nós gostaríamos que os pais dispusessem de um *doençometro* para medir a doença e não o termômetro. Pensem bem nisso. Vamos dar um exemplo bem simples. A criança com apendicite, uma doença significante que é tratada com cirurgia, apresenta temperatura corporal normal ou não muito elevada.

Esses conceitos errôneos são os responsáveis pelo abuso dos antitérmicos, dos antibióticos e por muita tensão emocional. Muitas vezes, a família pressiona tanto, vai a um, a dois, a três médicos, pela mesma doença febril. E o terceiro, depois de tanta pressão, e talvez por inexperiência, às vezes, cede aos anseios e prescreve antibiótico.

Já falamos que a temperatura não se correlaciona com a gravidade da doença. A aparência geral, sim. Criança com 39°C que brinca e sorri não deve ter problema importante. A outra com 37,5°C.que não brinca e não sorri, que "não está bem", seguramente pode ter problema importante, sendo melhor procurar logo um médico.

As infecções virais ocasionam cerca de 95% das doenças febris na criança. É o organismo e não o medicamento que cura as enfermidades febris. E a febre ajuda o processo de cura. Antes mesmo de completar o ciclo do vírus no corpo doente, a febre termina, quase sempre, antes de completar 72 horas de duração. Por isso. é que o médico repetidamente diz: "mãe, espere três dias. Conte direitinho, são 72 horas. Fique vigilante.

Telefone se acontecer algum problema ou se a febre passar dos três dias». As infecções bacterianas, várias delas tratáveis com antibióticos, também apresentam febre dentre os seus sintomas. Por isso é sempre bom manter uma postura de alerta e avisar sempre o médico sobre as preocupações e observações feitas.

Há muitas outras causas de febre: excesso de exposição ao sol (insolação), desidratação, reação alérgica (a antibióticos, por exemplo), resposta a substâncias introduzidas no organismo (quimioterapia anticâncer), trauma, cirurgia, corpo estranho, tumores, doenças neurológicas e reação a vacinas.

21.4.1 OS TERMÔMETROS

As informações a seguir expostas foram colhidas na internet, no site macone-qui.com.br.

Termômetros Analógicos (mercúrio)

O líquido prateado que mencionamos é o mercúrio, uma substância que expande quando é aquecida. Assim, quando o termômetro analógico é colocado em contato com o corpo, o líquido sobe em consequência dessa expansão. A escala impressa no tubo de vidro permite que a temperatura seja determinada.

Há duas razões pelas quais o uso dos termômetros desse tipo não mais é recomendado. A primeira delas é o risco de quebra do dispositivo, que libera mercúrio (um metal tóxico) no ar. A segunda é a falta de precisão desses instrumentos, principalmente daqueles com maior tempo de uso.

Sabendo que desde de 1º de janeiro de 2019 está proibida em todo o Brasil a fabricação, a importação e a comercialização de termômetros que utilizam coluna de mercúrio, hoje são utilizados os seguintes:

Termômetro Digitais — Equipados com sensores de temperatura, esses instrumentos mostram a temperatura em uma pequena tela. As versões mais modernas apresentam memória interna para guardar os últimos registros. O termômetro digital é preciso na medição e não contém mercúrio.

Infravermelho — Todo corpo emite calor e é isso o que um termômetro infravermelho mede. O equipamento é preciso, desde que ele seja usado de acordo com as instruções do fabricante. Assim como os modelos digitais, também mostra o resultado em um display. De nada adianta ter um equipamento moderno e preciso, se você não usá-lo de maneira adequada. Alguns dispositivos permitem uma única forma de leitura, enquanto outros são mais versáteis. Conheça as diferentes vias de utilização dos termômetros:

Axilar — A maneira mais comum de medir a temperatura é colocar o termômetro na axila, mantendo o braço fechado. A maioria dos instrumentos digitais emite um aviso sonoro ao final da leitura, que leva cerca de três minutos

Figura 1 - Termômetro Axilar Digital LCD
Com Beep GTECH [Modelo de termômetro axilar].



Fonte: Amazon.com (c2021-2025).

Auricular — O termômetro infravermelho de ouvido realiza a medição instantaneamente. Basta posicioná-lo na entrada do ouvido e apontá-lo em direção ao nariz. A medição pode ser atrapalhada se houver excesso de cera ou inflamação. Usa infravermelho para medir a temperatura no interior do canal auditivo. Com rapidez, gera o resultado, entre 1 e 2 segundos em média. Cuidados especiais para crianças: é preciso apontar diretamente no canal auditivo e para que isso ocorra deve-se puxar levemente a orelha para cima e para trás.

Figura 2 - Termômetro Digital de Ouvido G-Tech [...]
[Modelo de termômetro infravermelho de ouvido].



Fonte: Amazon.com (c2021-2025).

Bucal — A medição pela boca pode ser feita com termômetros tradicionais. Para isso, o instrumento deve ser posicionado sob a língua durante o tempo necessário para leitura. Há, ainda, termômetros em forma de chupeta, muito úteis para medir a temperatura de bebês.

Figura 3 - Termômetro de Chupeta Digital – Geratherm
[Modelo de termômetro bucal].



Fonte: Magazine Luiza S/A.

Retal — Inserir o termômetro no reto é o método mais indicado para verificar a temperatura de bebês. É preciso ter atenção redobrada com a higiene do dispositivo, que deve contar preferencialmente com uma ponta flexível.

Sem contato direto com a pele — Alguns termômetros com tecnologia infravermelho funcionam à distância. Basta apontar o aparelho para a testa para que a medição seja realizada instantaneamente.

Figura 4 - Termômetro Digital de Testa Laser Infravermelho [...]
[Modelo de termômetro infravermelho sem contato direto com a pele].



Fonte: Magazine Luiza.

Instruções de uso de termômetros sem contato:

Medição da Temperatura Corporal (Testa): a leitura medida pela testa, equivale a temperatura medida pela boca. Para isso, é necessário certificar-se que a lente da sonda esteja totalmente limpa, sem qualquer fragmento que possa alterar sua leitura. Para uma leitura eficiente é necessário que a testa esteja limpa, sem suor, uso de qualquer produto químico (como base, pó compacto e ou qualquer tipo de cosméticos) , cicatrizes etc. Além disso, certifique-se antes de iniciar a leitura que o paciente não tenha tomado banho ou feito exercício físico por pelo menos 30 min e permanecido em condições estáveis por pelo menos 5 min.

Considerações para a compra: os termômetros podem ser facilmente encontrados em farmácias e lojas de produtos médicos, sejam elas físicas ou virtuais. Eles são um item muito importante na montagem de um bom kit de enfermagem para estágio. Por conta da grande variedade de modelos disponíveis, você pode ter dúvidas na hora da compra. Para te ajudar, vamos listar algumas dicas que podem ajudar você a fazer a escolha:

- Prefira os modelos digitais, que não contêm mercúrio.
- Verifique as instruções de uso.
- Avalie o tempo de resposta do instrumento.
- Procure comprar equipamentos resistentes.
- Considere a idade de quem usará o termômetro e a forma como será feita a medição.

QUAIS CUIDADOS DEVO TER NA COMPRA DO TERMÔMETRO?

- Verificar se o sinal sonoro que indica o final da medição está funcionando.
- Preferir modelos com capas protetoras descartáveis para a proteção da área de contato com o corpo.
- Dar preferência aos que apresentam visor maior para facilitar a leitura.
- Perguntar se a bateria é substituível, pois há aparelhos que não permitem isso, o que impede a utilização após o fim da carga.
- Verificar se as instruções são em português e se há telefone ou site do SAC para tirar dúvida.

21.4.2 REMÉDIOS USADOS PARA O CONTROLE DA FEBRE

Produtos com dipirona por via oral e retal

- **Dipirona em gotas** —Todos os produtos disponíveis no comércio têm 500 mg do medicamento por 20 gotas. A dose usual é de 1 gota para cada 2 quilos de peso por dose. Assim criança de 10 Kg deve receber 5 gotas e outra de 20

Kg deve tomar 10 gotas. A dose máxima recomendada para uso dessas apresentações é de 25 gotas por vez para adolescentes com peso igual ou maior que 50 Kg. Para os pacientes com mais peso, é prudente usar a dipirona em comprimidos. A tabela que se segue mostra as doses dos remédios com dipirona em gotas de acordo com o peso das crianças.

DOSES POR PESO DE PRODUTOS COM DIPIRONA EM GOTAS
NA APRESENTAÇÃO DE 500 MG POR 20 GOTAS *

Peso (em quilos)	Doses (em gotas), 6/6 horas, se preciso
Menos de 6	falar com o médico
6	3
10	5
15	7
20	10
30	15
40	20
50 e mais	25 (dose máxima)

* Para os pesos intermediários, exemplo, para crianças entre 10 e 15 Kg, deem a dose intermediária, nesse caso 6 gotas. Observem os comentários sobre os produtos com dipirona.

- **Dipirona em solução oral (xarope)** — A apresentação oferece 50 mg / 1 mililitro ou ml e a quantidade a ser usada é de 1 mL para cada 3 quilos de peso por dose. Assim, uma criança de 10 kg deve tomar 3 mL. A dose máxima para uso dessa apresentação é de 10 mL, por vez, para uma criança de 30 kg. Para a com mais peso, é prudente usar outro produto.
  A seguir são fornecidas as doses por peso.

DOSES POR PESO DE PRODUTOS COM DIPIRONA EM SOLUÇÃO ORAL
OU XAROPE NA APRESENTAÇÃO DE 50 MG / mL OU 250 MG / 5 mL *

Peso (em quilos)	Doses (em mililitros), 6/6 horas, se preciso
Menos de 6	falar com o médico
6	2
10	3
15	5
20	7
30	10 (dose máxima)
mais de 40	usar outra apresentação

* Para os pesos intermediários, usem uma dose intermediária. Em crianças de 8 Kg, por exemplo, deem 2,5 mL. Observem os comentários sobre os produtos com dipirona.

- **Dipirona em comprimidos *** — Os produtos disponíveis contêm de 500 mg da substância por comprimido. A dose é de 1 comprimido por dose para os adolescentes com peso igual ou maior que 50 kg. A dose máxima para uso dessa apresentação em adolescentes é de 1 comprimido por vez.

* Observem os comentários sobre os produtos com dipirona.

- **Dipirona em supositórios *** — Os remédios disponíveis no Brasil destinados ao uso das crianças contém grande quantidade da substância dipirona (300 mg). Cada supositório de uso pediátrico é indicado para as crianças de 30 Kg. Assim, se for indicado o uso dessa apresentação em crianças com peso inferior a 30 Kg, a recomendação é dividir o supositório. Para as de cerca de 10 Kg é recomendado usar 1/3 do supositório pediátrico. Para as de 15 a 20 kg, a dose é de ½ do supositório pediátrico.

* Confiram se o supositório contém 300 mg da dipirona. Observem os comentários sobre os produtos com dipirona.

Produtos com paracetamol por via oral

- **Paracetamol em suspensão oral** — Existem duas formulações disponíveis no mercado brasileiro:

1. Na primeira, o paracetamol é ofertado em maior quantidade por cada mililitro da medicação. Essa apresentação é denominada “bebê” pela indústria que a fabrica. Permite dar 100 mg do paracetamol por cada 1 mL. O produto vem com uma prática pipeta dosadora que facilita o uso, evitando erros de dosagem. A dose a ser dada, em mililitros, corresponde ao peso da criança marcado na pipeta. É de 0,5 mL para cada 5 quilos de peso por dose. A dose máxima recomendada para uso dessa apresentação é de 2,5 mL, por vez, para criança de 20 kg. Para crianças com mais peso, usar outro produto. A seringa dosadora permite dar a dose precisa sobretudo em crianças pequenas. Basta encher a seringa até a marca do peso e dar a medicação. Há uma outra escala que define a quantidade de medicação a ser dada.

* Observem os comentários ao fim da apresentação sobre os produtos com paracetamol

2. Na segunda apresentação, 160 mg do paracetamol são ofertados por 5 mL do xarope. Uma das indústrias que produz o medicamento a denomina “criança”. Essa apresentação habitualmente também oferece copo medidor com

marcas de 2,5mL, 5mL, 7,5mL e 10mL. A dose é de 1mL para cada 3 Kg de peso por dose. Exemplo: para crianças com 30 quilos, a dose é 10mL. Acima desse peso, é recomendável usar outra apresentação.
A seguir são fornecidas as doses por peso.

DOSES POR PESO DE PRODUTOS COM PARACETAMOL SUSPENSÃO ORAL ou "CRIANÇA" (xarope) NA APRESENTAÇÃO DE 160 MG / 5 ML *

Peso (em quilos)	Doses (em mililitros), de 6/6 horas, se preciso
Menos de 6	falar com o médico
6	2
10	3
15	5
20	6
30	10 (dose máxima)
Acima de 30	usar outra apresentação de paracetamol

* Nos pesos intermediários, usem doses intermediárias. Assim, em crianças 17 Kg empreguem 5,5 mL dessa apresentação do paracetamol. Observem os comentários ao fim da apresentação sobre os produtos com paracetamol.

- Paracetamol em gotas — Todos são na apresentação de 200 mg por 20 gotas. A dose usual é de 1 gota para cada quilo de peso por dose. A dose máxima para essa apresentação é de 30 gotas por vez para crianças de 30 kg. Para crianças de mais de 30 kg, é recomendável usar outro produto.

A seguir são fornecidas as doses por peso dos remédios com essa apresentação.

DOSES POR PESO DE PRODUTOS COM PARACETAMOL GOTAS
NA APRESENTAÇÃO DE 200 MG / 20 GOTAS *

Peso (em quilos)	Doses (em gotas), 6/6 horas, se preciso*
Menos de 6	falar com o médico
6	6
10	10
15	15
20	20
30	30 (dose máxima)
Acima de 30	usar outra apresentação de paracetamol

* Usem doses intermediárias nas crianças com os pesos nas faixas intermediárias. Nas crianças de 12 Kg, usem 12 gotas dessa medicação. Observe os comentários ao fim da apresentação sobre os produtos com paracetamol.

- Paracetamol em comprimidos * — Os comprimidos são usualmente de 500 mg da substância ativa. Existem outras apresentações do paracetamol com comprimidos, alguns mastigáveis ou que se dissolvem na boca. A dose da apresentação de 500 mg é 1 comprimido para adolescentes com 50 kg. Esta é a dose máxima para adolescentes e para essa apresentação por cada 6 horas, aproximadamente.

* Observem os comentários ao fim da apresentação sobre os produtos com paracetamol.

Produtos com ibuprofeno por via oral

- **Ibuprofeno em suspensão (xarope)** — Uma apresentação ofertada tem 100 mg por 5 mL do produto. A dose é de 1mL para cada dois quilos de peso por dose. Assim, uma criança de 10 kg deve usar 5 mL. A dose máxima para uso dessa apresentação é de 10 mL por vez para criança de 20 kg ou mais peso.

A seguir são fornecidas as doses dessa apresentação segundo o peso.

DOSES POR PESO DE PRODUTOS COM IBUPROFENO SUSPENSÃO OU XAROPE GOTAS NA APRESENTAÇÃO DE 100 MG / 1 ML *

Peso (em quilos)	Doses (em mililitros), 6/6 horas, se preciso
Menos de 6	falar com o médico
6	3
10	5
15	7
20	10 (dose máxima)
Mais de 30	usar outra apresentação de ibuprofeno

***** Nos pesos intermediários, deem doses intermediárias. Nas crianças de 12 Kg, usem 6 mL da medicação. Consultem o texto ao final da apresentação sobre os produtos com ibuprofeno para conferir avisos importantes sobre o uso dessa medicação.

- **Ibuprofeno em gotas —** Existem três formulações:

3. Uma com 50 mg do ibuprofeno por 20 gotas. A dose usual é de 2 gotas por Kg de peso e por dose. Assim, nas crianças de 10 Kg, a dose é de 20 gotas que pode ser usada de 6 em 6 horas. A dose máxima para essa apresentação é de 40 gotas por vez para as crianças de 20 Kg. Para as com mais peso, usar comprimido de 400 mg ou usar outra apresentação em gotas do ibuprofeno como a que contém 100 mg por 20 gotas. A seguir, são fornecidas as doses por peso indicadas para a apresentação do ibuprofeno de 50 mg por 20 gotas.

DOSES POR PESO DE PRODUTOS COM IBUPROFENO GOTAS
NA APRESENTAÇÃO DE 50 MG POR 20 GOTAS *

Peso (em quilos)	Doses (em gotas), 6/6 horas, se preciso
Menos de 6	falar com o médico
6	12
10	20
15	30
20-40	40 (dose máxima)
Mais de 40	usar outra apresentação do ibuprofeno

***** Nos pesos intermediários, deem doses intermediárias. Nas crianças de 12 Kg, usem 25 gotas da medicação. Consultem o texto ao final da apresentação sobre os produtos com ibuprofeno para conferir avisos importantes sobre o uso dessa medicação.

4. Outra oferece 100 mg do ibuprofeno por 20 gotas. Vejam então como é fundamental estar atento para usar o produto na apresentação correta, como é importante estar alerta para a orientação do médico. Esse produto oferta o dobro do ibuprofeno oferecido pela apresentação anterior. Assim, a dose dessa apresentação é 1 gota por Kg de peso, a cada 6 horas, se indicado. As crianças de 12 Kg devem receber em cada vez 12 gotas do remédio. A dose máxima recomendada para o uso dessa apresentação é de 25 gotas. Para as crianças com peso maior ou para os adolescentes, o ideal é uso do comprimido de 400 mg do ibuprofeno. Vejam as doses por peso.

DOSES POR PESO DE PRODUTOS COM IBUPROFENO GOTAS NA
APRESENTAÇÃO DE 100 MG / 1 ML OU 20 GOTAS *

Peso (em quilos)	Doses (em gotas), 6/6 horas, se preciso
Menos de 6	falar com o médico
6	06
10	10
15	15
20	20
30-50	25 (dose máxima)
mais de 50	usar outra apresentação

***** Nos pesos intermediários, deem doses intermediárias. Nas crianças de 12 Kg, usem 12 gotas da medicação. Consultem o texto ao final da apresentação sobre os produtos com ibuprofeno para conferir avisos importantes sobre o uso dessa medicação.

1. A última apresentação contém 200 mg do ibuprofeno por 20 gotas. Mais uma vez, prestem atenção como é importante conferir a quantidade do princípio ativo do remédio que está sendo dado. Essa apresentação do ibuprofeno oferece quatro vezes mais remédio do que a primeira apresentação em gotas. E duas vezes mais do que a segunda. A dose então, por cada Kg de peso, é quatro vezes menor do que a primeira e duas vezes menor do que a segunda. É de 1 gota para cada 2 quilos de peso por dose. As crianças de 10 kg devem receber 5 gotas. A dose máxima para essa apresentação é de 20 gotas por vez para crianças ou adolescentes de 40 Kg de peso. Os com mais peso devem usar comprimidos de 400mg. Vejam as doses por peso.

DOSES POR PESO DE PRODUTOS COM IBUPROFENO GOTAS
NA APRESENTAÇÃO DE 200 MG / 1 ML *

Peso (em quilos)	Doses (em gotas), 6/6 horas, se preciso*
Menos de 6	falar com o médico
6	3
10	5
15	7
20	10
30	15
40	20 (dose máxima)
50 e mais	usar outra apresentação de ibuprofeno

***** Nos pesos intermediários, deem doses intermediárias. Nas crianças de 12 Kg, usem 6 gotas dessa medicação. Consultem o texto ao final da apresentação sobre os produtos com ibuprofeno para conferir avisos importantes sobre o uso dessa medicação.

- **Ibuproneno em comprimidos de 400mg —** A dose recomendada é: ½ comprimido para os adolescentes de menos de 40 Kg e de 1 comprimido para os com mais de 50 Kg. A dose máxima é de 1 comprimido por dose, de 6 / 6 horas.

Comentários sobre os produtos com dipirona, paracetamol e ibuprofeno

- As doses recomendadas nas tabelas são para os produtos e para as apresentações discriminadas. Portanto, não se aplicam a outros produtos nem a apresentações distintas dos produtos aqui citados.
- As doses apresentadas são as menores com efeito terapêutico. É prudente iniciar com a menor dose terapêutica. Essa recomendação algumas vezes conflita com as bulas que usualmente recomendam doses mais elevadas. Cabe aos pediatras indicarem doses diferentes das aqui citadas.
- Os remédios devem ser dados com o máximo de precisão. Para os produtos em solução oral (xarope), o ideal é medir a quantidade a ser dada com dosa-

dor. O copinho com as graduações de 2,5 e 5,0 mililitros também podem ser úteis, mas sua precisão é menor do que o dosador.

- Quanto menor o peso ou a idade, maior o cuidado com os remédios. Os pediatras podem indicar doses maiores.
- Os remédios contra a febre para as crianças de menos de três meses de idade podem ou não ser indicados pelos pediatras após exame clínico.
- O remédio pode ser empregado de 6/6 horas se a febre persistir. Quando preciso, os médicos poderão receitar outro esquema.
- Os produtos em solução oral (xarope) contêm muito açúcar e não devem ser usados em diabéticos.
- A dipirona e o paracetamol podem ser usados em casos de dengue. O ibuprofeno não deve ser empregado.
- Os principais efeitos colaterais dos remédios contra a febre são: vômitos, reações alérgicas de pele, alterações sanguíneas, hepáticas e renais, asma e hipotermia.
- Produtos exclusivamente com dipirona nas apresentações citadas: dipirona, anador, conmel, magnopyrol e novalgina.
- Produtos em que o paracetamol é ofertado como único remédio nas apresentações antes citadas: paracetamol, dorico, tylenol.
- Produtos que apresentam exclusivamente o ibuprofeno nas apresentações antes citadas: buprofeno, advil, alivium, artril, motrin, termol, uniprofen, dalsy, febralgin, doretrin.
- Essas listas foram retiradas da versão eletrônica, em setembro de 2011, do *Dicionário de Especialidades Terapêuticas* (http://www.epuc.com.br/DEF).
- A dipirona é o único antitérmico comercializado em supositórios. Os outros podem ser feitos em supositórios nas farmácias de manipulação.
- Existem produtos em que esses remédios contra a febre estão associados a outros remédios. Essa nossa revisão não trata desses produtos que não estão indicados com antifebris.
- Essas orientações não substituem a consulta médica.

QUAIS OUTROS CUIDADOS DEVEMOS TER?

- O uso de dois antifebris aumenta o risco de efeitos indesejáveis. Além disso, haverá dificuldade na definição de qual produto ocasionou o problema. Só o médico tem autoridade para receitar dois remédios de uso concomitante.
- Não usar o remédio por via retal ou muscular sem antes tentar a via oral. É importante ensinar à criança que o remédio é para ser tomado pela boca. Muitas crianças protestam, brigam, cospem e vomitam o antifebril. Mesmo assim, a via oral é a preferível. Escolham um remédio com sabor menos ruim. As gotas são usualmente mais difíceis de serem aceitas que os xaropes. Usem certa energia para dar o remédio. Digam que é preciso e ofereçam com conta-gotas ou dosador, aos pouquinhos.

- Não usar remédio pela boca se existem vômitos repetidos e não usar supositórios se existe diarreia significante.
- Quando a criança vomita, repetir a metade da dose, ainda pela boca, meia hora após. Se o vômito acontece de novo e a febre continua alta, fazer o supositório. Mas veja bem: na próxima vez, dê pela boca e, se vomitar, repita metade da dose, sempre dizendo: "você está dodói e precisa do remédio".
- A medicação pode ser repetida se a febre continua ou volta a ficar alta, quatro a seis horas após a dose anterior. Esperem o tempo necessário para que o remédio funcione o que ocorre após 30 minutos do uso. É possível que a temperatura suba um pouco após essa meia hora. Assim não é necessário outro remédio logo após a dose anterior.

E AS DOSES PARA AS VÁRIAS IDADES?

O uso correto dos medicamentos para as crianças exige o conhecimento do peso. Não é prudente medicar usando a idade, pois crianças da mesma idade apresentam grande variação de peso. Apresentamos no guia prático uma tabelinha simples que valoriza a idade quando o peso não é conhecido. Orientamos que usem essa tabela para a primeira dose, mas logo procurem saber o peso da criança para medicar corretamente. É importante ter o peso atualizado de cada criança para facilitar o uso adequado dos medicamentos.

ESSAS TABELINHAS DISPENSAM OS MÉDICOS?

Nossa proposta visa orientar os familiares a adotar as medidas iniciais para os problemas de saúde das crianças e dos adolescentes, tentar mostrar que a maioria dos problemas de saúde é resolvida com medidas muito simples e de baixo custo, procurar evitar que muitos dos erros vistos pelos pediatras e relativos ao uso de medicamentos e a outras práticas com a saúde sejam cometidos, mostrar aos familiares que as medidas domiciliares para a solução dos problemas de saúde têm limites e frequentemente há que se buscar assistência médica, demonstrar que todas essas orientações devem ser adotadas com extremo critério, com muito cuidado e até com certo temor, fazer com que todos saibam que nada substitui a orientação médica criteriosa.

FALEM MAIS SOBRE OS REMÉDIOS SOB A FORMA DE SUPOSITÓRIOS?

No Brasil, todos os supositórios contra a febre e disponíveis nas farmácias contêm dipirona. As recomendações são as seguintes: dipirona em supositórios (magnopyrol ou novalgina supositórios para crianças) — menos de 1 ano: não usar; 1 a 2 anos: 1/3 do supositório que é a dose máxima por vez; 2 a 4 anos: 1/2 do supositório que é a dose máxima por vez; 4 a 6 anos: 1 supositório que é a dose máxima por vez. Podem ser usados, se preciso, a cada 6 horas. Há médicos que orientam o uso de supositórios de paracetamol preparados nas farmácias de manipulação.

EXISTEM REMÉDIOS PARA USO MUSCULAR OU VENOSO?

Existem e todos contêm dipirona. Devem ser usados em situações especiais, importantes, e ministrados em hospitais ou emergências sob supervisão médica. Portanto, não discutiremos o assunto aqui.

QUAL DESSES REMÉDIOS É O MELHOR PARA O CONTROLE DA FEBRE?

A prática pediátrica atual indica que o acetaminofen e a dipirona são os dois produtos preferencialmente usados. Eles têm a vantagem de serem usados há muitas décadas. O ibuprofeno vem sendo cada vez mais empregado. É um produto que não tem a tradição dos outros dois. Há muitos pediatras que preferem indicar um dos produtos mais antigos, mais tradicionais, mais conhecidos. Todos eles apresentam reações adversas que são próprias a cada produto. A hipotermia, que é abordada num capítulo próprio neste livro, é uma consequência que pode ser comum a todos os medicamentos antifebris. É importante ler o capítulo *Hipotermia*.

POSSO USAR UM REMÉDIO E NA PRÓXIMA DOENÇA OUTRO?

Não é boa prática fazer isso. Há várias razões que justificam o uso de apenas um tipo de antifebril, na mesma apresentação ao longo da vida da criança. É mais fácil memorizar a dose a ser usada e reduzir a chance de erros. O fato de o remédio e a apresentação terem sido bem tolerados anteriormente diminui muito os fenômenos de alergia e de tolerância medicamentosa. É mais fácil e mais barato manter apenas um antifebril em casa. O risco de intoxicações também é menor quando se tem menos drogas em casa. Assim, recomendamos que aprendam a manusear um produto, numa única apresentação.

E A ASPIRINA?

Produtos com aspirina ou ácido acetil-salicílico (melhoral infantil, aas, bayaspirina) são atualmente contraindicados. Além de causarem reações comuns (dor do estômago, vômitos, às vezes com sangue, reações alérgicas de pele), causam, raramente, uma doença neurológica e hepática grave. Ocorre, sobretudo, quando usados em algumas viroses (catapora e gripe, por exemplo). É por esse motivo que, no mundo todo, a aspirina é recomendada para doentes com mais de 12 ou 13 anos de idade. Antes dessa idade, é remédio proibido para tratar a febre. Após os 12 anos, já podem ser dados para a febre comprimidos de 0,5 g um dos produtos como os antes citados para uso adulto. Doses para adolescentes: 1 comprimido de 500 mg de 6/6 horas.

NÃO EXISTEM REMÉDIOS NOVOS? E O NISULID E O CATAFLAN?

Os produtos com ibuprofeno, antes citados, podem ser rotulados como “novos”, pois têm sido usados nos últimos anos. E, sem dúvida, a “idade” é um fator a ser considerado quando escolhemos remédios para nós e nossas crianças. Assim, os dois últimos citados têm muito mais tradição que o ibuprofeno e devem ser os preferidos. Os produtos com nimesulinda e diclofenaco não devem ser utilizados rotineiramente. São empregados em ocasiões muito especiais — exemplo alergia aos antitérmicos comuns — e devem ser receitados pelo médico. Não são para serem usados de rotina como os que foram detalhados na nossa discussão.

E OS ANTI-INFLAMATÓRIOS?

Os últimos medicamentos citados, nimesulida e diclofenaco, e muitos outros, de uma classe de remédios denominados anti-inflamatórios não hormonais, não devem ser usados para febre nas crianças. Seus efeitos colaterais (hemorragia digestiva, erupção cutânea e outros) são de tal magnitude que quando se faz o estudo dos riscos/benefícios é evidente que os riscos são demasiadamente elevados para justificar o uso.

21.4.3 DEPOIMENTOS

Depoimento de mãe em setembro de 2022

> “Queridas mamães, conto minha experiência sobre febre, como mãe de 2 meninos (4 e 7 anos). No dia do bicentenário da independência, todos animados para o feriado, meus dois pequenos amanheceram com febre. Não uma febre normal, mas aquelas de enlouquecer a mãe. Nunca aconteceu, aliás, só ocorreu uma vez na vida, dos dois adoecerem no mesmo dia, desta vez, na mesma hora.
>
> Acordaram molinhos. Peguei em um e achei quente, coloquei o termômetro e lá estava a tão temida febre. Fiquei acompanhando um e quando dei um beijo no outro, senti quente também. Passei a medir a temperatura deles de 20/20 minutos (contrariando o que o pediatra recomenda) pois a febre deles, principalmente do mais novo, sai de 37 para 39 em poucos minutos. Foi o que aconteceu naquele dia com os dois. Uma febre que o maior nunca tinha tido igual. Remédio de 3/3 horas, alternando a droga e mesmo assim ela sequer baixava, pelo contrário, ministrava o remédio em 38.5 e daí só fazia subir, chegou a 39.4 e só baixou um pouco (38.9) com compressa de fralda molhada na testa e na virilha.
>
> A mãe, nessa hora, já está enlouquecida com dois filhos doentes e uma febre incessante. Coração dispara, perna treme!!! O que fazer com esse tão temido sintoma de doença? Mil coisas passam a sua cabeça, que doença será? Vírus? Bactéria? O que está causando essa febre tão intensa nos dois amores da minha vida?

Coração bate forte, você se vê desorientada, desnorteada, sem ter o direito de ficar, pois nesse momento eles dependem mais do que nunca do seu bom senso e da sua calma. Mas não é fácil ver seus dois meninos elétricos, que passam o dia correndo e fazendo barulho pela casa, deitados, sem levantar-se nem para comer, sem aceitar alimentos, só um pouco de água aqui e outro ali, com uma febre sem precedentes, como você se sentiria? Atônita, desesperada, sentindo-me incapaz de fazer algo que os tirem do estado de prostração e de sofrimento que seus dois tesouros se encontravam.

Acho que não existe dor maior para uma mãe do que ver um filho sofrer, imagina dois? Rezava para passar os minutos, para ver a temida febre ceder e nada. Temor dobrado, angústia singular, primeiro de ver os meninos com tanta febre, porque febre dói e sabia que eles estavam sofrendo e segundo a ansiedade de saber o que estava por traz daquela situação, além do medo de convulsão com temperaturas tão altas.

As horas se passavam e o medo aumentava e nessa hora que viramos 100% emoção, resolvi chamar a minha razão. Uma pessoa a qual mantenho uma total relação de confiança (isso é muito importante), pois a ele entrego o que tenho de mais precioso, meus filhos. Liguei para o pediatra e como todas as vezes ele me respondeu: febre é resposta normal do corpo agredido, habitualmente é benéfica, é coisa de Deus, falou ele!!! Mas em meu coração, naquele momento, febre era sinal de doença, só nós mães sabemos o quanto é ruim e doloroso ver seu filho doente, coração de mãe não aguenta.

O pediatra recomenda remédio a partir de temperaturas acima 38.5, e assim o faço, para dar oportunidade do corpinho deles se defenderem, pois, o corpo esquenta para matar o intruso que está causando o mal e desse modo, tento dar o mínimo de remédio possível. Apesar de ele dizer que nos países desenvolvidos não se usa mais remédio de febre, não consigo ver os números do termômetro subirem e não pensar logo em dar o remédio para me livrar o mais rápido da febre, como se me livrando dela, em meu psicológico, me livrasse também da doença que está acometendo meus pequenos. Tirando a febre estou me livrando de ver meus filhos sofrerem, estou fazendo com que eles voltem a sorrir e eu consiga respirar um pouco aliviada.

No dia seguinte a tão temida febre espaçou bem mais, e cumprindo meu papel de mãe, levei para a avaliação do pediatra que verificou a garganta inflamada e passou exames (que deram normais) e as coisas começaram a se acalmar, pois já conhecia a doença e os sintomas ficaram mais brandos. Mas mesmo sabendo que terminaria tudo bem, como em outras viroses, e mesmo sabendo que temos que ter paciência para aguardar o ciclo do vírus (2/3 dias), tenho certeza de que me desesperaria de novo na mesma situação.

> Cuidem dos seus filhos, pois não existe amor maior, no meu caso, o amor é tão grande que não cabe no coração e escorre pelos olhos. Término com um ditado judaico: 'Deus não podia estar em todos os lugares, então ele criou as mães'".

Outro depoimento (setembro 2022)

Dias após o adoecimento das duas crianças da Erica, o menino mais novo da Letícia, de 9 meses, apresentou roséola que é uma das doenças com maior elevação térmica que a pediatria conhece. E Letícia assim falou:

> "Normalmente eu sinto quando a febre surge com o toque na testa e no rosto do bebê. A barriga e as costas também esquentam e esse normalmente é o primeiro sinal que detecto. Meço uma primeira vez com o termômetro para saber o nível de febre que está iniciando. Acompanho a criança até que apresente algum sinal de melhora ou piora no quadro para medir novamente. Caso eu não sinta ou não detecte mudança, em torno de 1:30h meço novamente. Caso ele esteja dormindo, o procedimento é o mesmo. Aprendi a não ter medo da febre, mas sim de acompanhar o seu desenvolvimento. Se o estado geral da criança é bom, ou seja, não está afetando suas atividades e, estando a febre dentro do limite de segurança, deixo evoluir. A febre é um sinal de doença, mas também de defesa do corpo. Se eu posso acompanhar o meu filho, me sinto mais segura em deixar a febre até o limite de segurança para poder ter pistas do tipo de doença que estamos enfrentando.
>
> E sei que as manifestações clínicas são essenciais para definir o uso do remédio contra a febre. É claro que existe um limite que é considerado de 'segurança' dependendo da idade da criança e do histórico de saúde. Mas se meu filho está brincando, disposto, e a febre não está limitando suas atividades, eu acompanho a febre e seus sinais até que seja necessário intervir com o antifebril. O mesmo para quando o bebê está dormindo. O sono é muito importante para a saúde do bebê, e o cansaço limita ainda mais a resolução das doenças. Por isso, de noite, só intervenho quando a febre chega próximo ao limite de segurança, para que eu também tenha um sono tranquilo. Se a mãe não dorme, também não consegue ajudar a criança. Tento fazer o máximo para não despertar a criança a noite para dar o remédio. Nesses 13 anos de consultas, o pediatra acompanhou meus quatro filhos e me ensinou a ter segurança sobre o meu *feeling* em relação ao estado deles, me ensinando a ter esse olhar clínico que é definitivo para auxiliar nos caminhos que o médico vai tomar durante a doença."

Comentários da equipe médica sobre esses dois últimos depoimentos

> "A febre e qualquer outro desvio da saúde normal impõe uma carga emocional nos cuidadores da criança, sobretudo na mãe que se sente e é, verdadeiramente,

a maior responsável pela higidez dos pequenos. A mãe do primeiro depoimento demonstra uma vivência mais angustiante com a febre dos dois filhos. E nenhum de nós pode dizer que há erro nesta conduta. Muito bem Erika, mantenha esse tônus para bem cuidar dos seus dois tesouros. A mãe do segundo depoimento adota uma postura mais tolerante, vendo a febre de forma menos dramática, mas, sabemos nós, muito qualificada. Também está certo. Parabéns, Letícia."

Depoimento de mãe de garota que apresentava episódios repetidos de febre — Ayrla Luiza Cruz A de Souza (setembro de 2022)

"Desde os primeiros anos de vida minha filha, Helena, sofria com crises de garganta reincidentes, usualmente tratadas com antibióticos. Quando ela completou 5 anos, começou a ter episódios de febre alta, cada vez mais frequentes e menos espaçados, chegando à marca de 15 em 15 dias, invariavelmente.

A febre tinha uma periodicidade exata, ao ponto de anotarmos no calendário do mês seguinte o dia em que iniciaria a 'crise'. Sempre com duração de três dias, alta e com dificuldade de baixar, ao fim do terceiro dia, a febre sumia inexplicavelmente.

Foram muitas as idas à emergência de hospitais, muitos remédios administrados e nada fazia cessar os episódios a cada 15 dias, o que afetava a qualidade de vida de Helena de forma angustiante, assim de como toda a família.

Em agosto de 2021, Helena foi consultada por experiente pediatra que de pronto sinalizou que precisaríamos de uma reumatologista pediátrico para auxiliar na investigação da doença, assim como de um oncologista, em razão de alguns resultados nos exames de sangue e imagem. No que toca à suspeita de câncer, ela foi avaliada pelo Dr. Francisco Pedrosa, que aprofundando os exames, descartou qualquer doença oncológica.

Helena foi avaliada pelo Dr. André Cavalcanti, reumatologista, que logo nos apresentou uma doença de nome incomum, que jamais tínhamos ouvido falar: PFAPA (sigla em inglês para febre periódica, aftas orais, faringite e adenite cervical). Após realização de alguns exames e seguirmos um protocolo indicado pelo Dr. André e, na crise seguinte, foi fechado o diagnóstico.

Embora não seja uma doença genética, a PFAPA possui algumas características hereditárias e, ouvindo meu histórico quando criança, Dr. André informou que é possível que eu também tenha tido a síndrome e, assim como tantas crianças, fui equivocadamente tratada com uso de inúmeros antibióticos por toda minha infância.

Esse mês completa um ano do diagnóstico de Helena, que fez um tratamento medicamentoso por 90 dias, e desde o primeiro dia de uso da medicação até hoje, não teve uma única crise, graças a Deus."

Comentários da equipe médica sobre o último depoimento

"É evidente a falta de assistência médica sequenciada, programada, contínua, com registro dos eventos mórbidos apresentados pela criança. Emergência hoje, outra emergência no próximo episódio de doença, um pediatra agora, outro depois, antibióticos com frequência, sem diagnóstico preciso. E o tempo passa e a criança continua adoecendo com crises de enfermidade febril.

Esse é provavelmente o exemplo típico de como não deve ser a assistência médica prestada a qualquer um de nós. Os cuidados médicos com a nossa saúde devem ser pensados, programados e executados de modo racional, inteligente.

Na assistência à saúde da criança, o modelo ideal pensa no acompanhamento de longo prazo por um único serviço de saúde, com registro adequado dos desvios apresentados e com as intervenções adotadas.

Se essa orientação tivesse sido adotada, é possível que o mesmo pediatra que acompanhou a criança por muito tempo tivesse achado estranho o comportamento biológico apresentado, febre com estranha frequência, e adotado uma postura de investigação.

Torna o assunto, na situação demonstrada, ainda mais relevante, o fato de a mãe ser altamente diferenciada e ter boa condição social. Imaginem, portanto, a dimensão do problema na comunidade carente onde as mães têm, habitualmente, escolaridade deficiente.

Temos sempre lembrado que os textos fazem parte de um projeto educativo e não substituem a consulta pediátrica presencial onde muitos outros aspectos, como os de ordem emocional, são abordados. E esta abordagem geral, ampla, é essencial para o bom resultado da intervenção médica. Não pretendem substituir a consulta médica individualizada onde muitos outros aspectos, como os de natureza emocional, são avaliados para a definição da melhor orientação para cada enfermo."

21.5 CONVULSÃO FEBRIL

Lucas Victor Alves

21.5.1 GUIA PRÁTICO

Se a criança pode estar apresentando convulsão, com ou sem febre, ajam assim:

- Removam rapidamente, sem demora, o paciente para o hospital mais próximo.
- Deitem a criança numa superfície plana, de lado, para evitar dificuldade com vômito ou saliva.
- Não coloquem nada na boca. Não deem banhos, não tentem respiração boca a boca, não façam compressão no tórax nem executem qualquer outra manobra de ressuscitação.
- Não tentem restringir os abalos musculares. Isso pode facilitar traumas.
- Tentem manter a calma.
- Avisem ao pediatra assistente.

21.5.2 CONVERSANDO...

A convulsão febril é preocupação dos que levam as crianças que estão febris aos pediatras. O tema merece debate amplo.

POR QUE SE FALA TANTO EM CONVULSÃO FEBRIL?

A convulsão febril ocorre em cerca de 3% a 5% das crianças com desenvolvimento normal de 3 meses a 5 anos de vida. É um evento extremamente traumatizante e os pais ficam com receio da criança apresentar novamente.

COMO SABEMOS QUE ESTÁ OCORRENDO UMA CONVULSÃO?

Não é preciso experiência com convulsão nem ter lido sobre o assunto para ver que algo muito estranho, diferente e importante está acontecendo. A criança irá apresentar algo até então inédito.

DESCREVAM COMO É A CONVULSÃO.

Seguem as principais características de um episódio convulsivo febril:

- O início é súbito. Ocorre a qualquer hora, em qualquer local e circunstância
- Antes da crise, a criança pode ficar um pouco mais apática, “molinha”. Logo a criança fica inconsciente, “desmaiada”, com olhar fixo ou “vago”.
- Em seguida, o corpo fica enrijecido e há abalos musculares nos quatro membros.

- Pode surgir coloração azulada (cianose) na face e nos membros.
- Pode ocorrer liberação esfincteriana durante a crise.
- Decorridos poucos minutos, espontaneamente, os abalos musculares cessam, a criança chora, a cor volta ao normal e é retomado o contato com as pessoas e com o ambiente. Em alguns casos, há sonolência ou vômitos após a crise.
- A duração da crise típica usualmente **é** de menos de cinco minutos.

E EXISTE A CONVULSÃO FEBRIL NÃO TÍPICA?

São menos frequentes. Podem ser mais prolongadas, durar 15 minutos ou mais, e são caracterizadas por diferentes manifestações convulsivas: além da inconsciência podem surgir abalos musculares apenas em um lado do corpo, ou então a convulsão se limita ao desvio dos olhos sem movimentos nos membros. E, em alguns casos, pode ocorrer mais de um evento no mesmo dia.

A CRIANÇA PODE ESTAR SEM FEBRE NO MOMENTO DA CRISE FEBRIL?

Sim, não é obrigatório a criança estar com febre no momento da crise, contanto que apresente evento febril nas 24 horas que antecederam ou sucederam a crise.

COMO VOCÊS MÉDICOS SABEM QUE A CONVULSÃO É FEBRIL?

Deve ser excluído outras causas da crise convulsiva: checar glicose, conferir o desenvolvimento neurológico da criança. A convulsão febril ocorre até os 5 anos, tem características próprias e surge no curso de doença febril. Também é caracterizada pela ausência de outra causa de convulsão (meningite, distúrbio metabólico, etc.) e pela rápida recuperação. A ocorrência em outros membros da família ajuda a definir ainda com mais precisão o problema. Habitualmente, não são necessários exames de ressonância magnética e nem de eletroencefalograma para o diagnóstico.

Crianças que tiveram convulsão não febril no passado e que agora apresentam crise convulsiva na vigência de febre não devem ser rotuladas como portadoras de convulsão febril. Mas pode haver uma ou outra situação em que o pediatra fique com dúvidas. Nesse casos o neurologista infantil deve ser consultado.

CONVULSÃO MOSTRA QUE O SISTEMA NERVOSO É ANORMAL! CORRETO?

Nem sempre a presença de convulsão demonstra anormalidade no sistema nervoso. Está demonstrado por todos os cientistas que estudaram o tema que o cérebro das crianças que apresentaram convulsão febril é normal. Elas terão habilidades, competência intelectual, desempenho escolar, características emocionais e todas as outras funções do sistema nervoso absolutamente idênticas às das crianças que não tiveram o quadro. Isso não pode ser dito das crianças que sofreram convulsão não febril. Muitas delas podem ter alguma alteração do sistema nervoso central.

O QUE OCORRE COM O CÉREBRO DESSAS CRIANÇAS?

Tem uma causa multifatorial. Existe uma predisposição genética e certas famílias apresentam mais convulsão febril que outras. Se os dois pais tiveram convulsão febril, um filho do casal terá 40 a 80% de probabilidade de ter. Se apenas um dos pais teve o problema, a chance de um filho ter o quadro cai para 20, 30%. A convulsão febril ocorre entre os 3 meses e os 5 anos de idade. O pico de ocorrência é aos 2 anos. Acontece numa fase especial do amadurecimento do cérebro em que a febre desencadeia o quadro. É uma situação mais vista em meninos que em meninas. Após 5 anos de idade, o quadro não ocorre mesmo com febre alta e mesmo em quem apresentou a convulsão.

MAS A CRISE PODE DEIXAR SEQUELAS, NÃO É?

Apenas em raríssimos casos de crises prolongadas, com um tempo de duração acima de 40 minutos. Por isso, em caso de crise convulsiva em vigência de febre, a criança deve ser levada à emergência para interrupção da crise. Na enorme maioria dos casos não deixará nenhuma sequela.

E QUALQUER FEBRE PODE PRODUZIR A CONVULSÃO?

Na idade citada, qualquer febre, produzida por qualquer doença e até pela vacina, pode desencadear a convulsão. Surge com uma maior incidência no primeiro dia da febre, na fase de rápida elevação da temperatura. Em muito casos, os pais não percebem que o filho está com febre, só irão perceber durante ou depois da crise.

É REAL QUE A FEBRE DA VACINA PODE CAUSAR CONVULSÃO?

Citamos antes que sim. Mas há convulsões após as vacinas, mesmo que exista a febre, que podem ter outra origem. Existem convulsões que podem ser causadas por outros processos surgidos após a vacinação e não pela elevação térmica. Assim os médicos devem sempre ser avisados quando as crianças apresentam eventos convulsivos relacionados à aplicação das vacinas.

É A RÁPIDA ELEVAÇÃO DA TEMPERATURA QUE CAUSA O QUADRO?

Algumas vezes, é a convulsão que denuncia a febre. O que ocorre é que a elevação térmica surge inesperadamente e a convulsão surge. É a rápida elevação da temperatura num curto período de tempo que causa o episódio convulsivo. Quando a temperatura alcança um nível elevado, por exemplo, 40°C, sem a ocorrência da convulsão, o risco de surgimento do quadro é menor.

PODEM EXPLICAR DE NOVO?

A convulsão ocorre principalmente quando a temperatura sobe rápido, mas pode acontecer quando a criança está há horas com temperatura alta. A convulsão também pode aparecer no segundo ou no terceiro dia de febre.

QUEM TEVE UMA PODE TER MAIS CRISES DE CONVULSÃO FEBRIL?

Criança que apresentou um episódio pode ter outros. O risco é maior se a primeira crise foi antes dos 12 meses de idade e se há familiar acometido. O médico pode evidenciar outros fatores que aumentam o perigo do quadro se repetir. Essa é uma das razões para a avaliação criteriosa de cada criança.

COMO PROCEDEMOS QUANDO A CRIANÇA CONVULSIVA TEM FEBRE?

É absolutamente natural e entendível que os familiares, sobretudo, os que presenciaram o quadro convulsivo, fiquem preocupados. O medo da febre e da repetição do problema, que realmente existe, é o marco principal dessa fobia. A conversa com o médico de confiança, se necessário, várias conversas, e o tempo é que desmancharão esse receio.

COMO AGIR SE A CRIANÇA CONVULSIONA?

Algumas recomendações são essenciais:

- Deitar a criança numa superfície plana, de lado, para evitar dificuldade com vômito ou saliva.
- Não colocar nada na boca, nem tentar abrir a boca criança, não colocar o dedo ou chaves entre a boca. Não tentar respiração boca a boca, não fazer compressão no tórax nem manobra de ressuscitação.
- Não tentar restringir os abalos musculares, pois pode facilitar traumas.
- Se estiver utilizando roupas apertadas, soltar os botões da camisa, tirar a bermuda, cintos.
- Tentar, embora seja difícil, manter a calma.
- Providenciar remoção para o hospital mais próximo. Não é prudente esperar em casa que o quadro ceda. Ninguém tem certeza, nem mesmo o médico, se a crise durará cinco, dez, ou mais minutos. Mesmo o médico, no momento da crise, é incapaz de dizer se a doença que causa a febre é meningite. O importante é a criança ser examinada logo pelo pediatra para o diagnóstico da causa da febre.

O QUE SERÁ FEITO NO HOSPITAL?

No hospital, são adotadas medidas para:

- Tentar parar, com medicamentos, se o quadro convulsivo for prolongado.
- Baixar a febre.
- Investigar a causa da febre.
- Definir se a convulsão é realmente do tipo febril ou se provocada por uma doença que atinge o sistema nervoso. A doença mais importante a ser pensada é meningite. O médico assistente deve e pode ajudar nessa fase.
-

APÓS A CRISE, É PRECISO INTERNAR A CRIANÇA?

É necessário manter o paciente em observação por pelo menos seis horas. Após a crise geralmente a criança vai estar sonolenta e acabar por dormir. É de bom tom esperar a criança despertar e alimentar-se. Algumas horas no hospital facilitam o diagnóstico da causa da febre (hemograma, exame de urina e outros) e permitem que o médico e os familiares amadureçam sobre a conduta futura. É possível que seja mais prudente internar a criança quando a crise ocorre à noite para garantir melhor observação.

É IMPORTANTE FAZER ELETRO OU OUTROS EXAMES?

Logo após o quadro convulsivo, os exames poderão ser necessários para definir a causa da febre. Dias após, superada a fase convulsiva e definida a causa da febre, o médico assistente deve revisar o ocorrido e definir o que fazer. Ele é que pensará com o familiar a necessidade de eletroencefalograma, de consultar o neurologista ou de adotar outras medidas. Em casos de atraso do desenvolvimento ou de crises convulsivas, na ausência de febre é necessário a realização de exames complementares.

QUANDO LEVAR A CRIANÇA AO NEUROLOGISTA?

O tema convulsão febril, principalmente se ocorreu apenas uma crise, é de competência do pediatra. Ele tem condições de levantar o perfil de risco para a repetição do quadro, de recomendar o que fazer nos próximos episódios febris e de como agir caso ocorra outro episódio. O pediatra da família é quem define a necessidade de consultar o especialista, quando ocorre casos de crises anteriores na ausência de febre. Mas é ideal que a orientação final, usar ou não usar drogas anticonvulsivantes e a adoção de outras medidas, seja sempre discutida entre o pediatra, o neurologista e os familiares.

FALEM MAIS SOBRE O RISCO DA REPETIÇÃO DA CONVULSÃO FEBRIL.

Cerca de 60% das crianças acometidas têm apenas um episódio. Das 40% restantes, a maior parte tem duas crises e uma parte bem menor terá três ou mais episó-

dios. A segunda crise acontece, em 70% das vezes, no primeiro ano após a primeira e, em 90% das vezes, até o fim do segundo ano. A possibilidade de repetição é maior se existem um ou mais dos seguintes fatores: quadro semelhante em familiar próximo (pais, irmãos, tios) e convulsão abaixo dos doze meses de idade.

COMO AGIR NA CRIANÇA QUE TEVE CONVULSÃO FEBRIL E ESTÁ FEBRIL?

Os familiares devem rever, com o médico, o plano que inclui medidas para:

- Tentar diagnosticar e tratar precocemente, se possível, a enfermidade causal da febre. É o mais importante e precisa de auxílio médico.
- Tentar reduzir a temperatura corporal com mais rigor e precocemente: dar remédio e usar outras medidas quando a temperatura alcançar 37,5°C ou estiver em rápida ascensão.
- Estabelecer um programa, caso ocorra convulsão, principalmente no caso de crianças cuidadas por babás. As seguintes medidas podem ser praticadas: manter pessoa com poder de agir ao lado da criança, definir o hospital mais próximo, deixar disponível dinheiro para táxi, proibir a adoção de medidas caseiras que retardam a ida ao serviço médico.
- Algumas vezes, o pediatra e o neurologista indicam alguns medicamentos que têm ação preventiva.

DEVEMOS APLICAR VACINAS NAS CRIANÇAS QUE TIVERAM CONVULSÃO?

Sim, as crianças devem manter o cartão vacinal atualizado. Pode ser utilizado medicamento antitérmico um pouco antes ou logo após aplicação da vacina, para diminuir o risco da crise convulsiva febril.

EXISTEM REMÉDIOS PARA EVITAR AS CRISES?

Existem, mas não são recomendados para quem apresentou apenas uma crise. No século passado, era utilizado anticonvulsivantes de uso diário, porém o uso dele não é mais recomendado. Outra opção terapêutica, para as crianças que apresentaram inúmeras crises febris, é o uso de medicamentos que só devem ser utilizados nos períodos em que a criança apresente febre. Porém, têm uma eficácia reduzida e podem ter efeitos colaterais, principalmente sonolência. Por isso, o uso de medicamentos controlados deve ser utilizado com cautela e decidido conjuntamente com a família.

CONVUSÃO FEBRIL É EPILEPSIA?

Não, o fato isolado da criança ter apresentado crise febril não significa que ela desenvolverá epilepsia. Ela também não tem uma maior chance de desenvolver epilepsia em relação a uma criança que nunca teve crise febril.

21.5.3 COLABORAÇÃO DE CUIDADORES

Falam os cuidadores

"Somos mãe e pai de um garotão normalíssimo, agora, em outubro de 2010, com 4 anos e 3 meses de idade. Não temos dúvida da sua normalidade. Sentou-se e andou nas datas certas, brinca, pula, corre, joga bola com seus amigos, ouve e fala normalmente como os da sua idade, dorme e come bem, está perfeito na escola e os professores informam que o rendimento é semelhante ao dos coleguinhas. É afetuoso, carinhoso, a alegria da nossa vida.

Mas ele teve oito convulsões durante algumas das doenças febris que apresentou até agora. A primeira convulsão aconteceu aos 11 meses de vida quando teve a primeira febre. Foi desesperador, terrível. Nunca imaginamos ter que passar por circunstância tão inesperada e assustadora.

A convulsão logo cedeu e não tivemos tempo de fazer nada. O pediatra nos aconselhou ir a uma emergência e após comparecermos ao consultório. Como ele tinha apenas 11 meses de idade, o profissional opinou que deveríamos consultar um neurologista de crianças. Esse profissional nos informou sobre o problema, enfatizou que a criança era absolutamente normal, que o quadro poderia se repetir até os 5 anos de idade e falou sobre várias providências que deveríamos adotar em caso de febre e de repetição da convulsão. Mas o neurologista prescreveu uma medicação contra a convulsão que deveria ser usada durante as doenças febris.

Aí surgiu outro problema. O nosso filho não aceitava, como não aceita ainda hoje, medicação pela boca. Então, seis meses após a primeira, em outra doença com febre veio a segunda convulsão. Novo trauma, nova angústia, apesar da experiência anterior. Um mês após essa segunda, ocorreram dois episódios, um muito leve e outro mais forte. Sempre durante febres e sempre com a mesma dificuldade de dar a medicação oral. Houve um quinto episódio e um sexto, mesmo usando supositório de um remédio contra convulsão. O neurologista passou o supositório, pois o garoto continuava sem tomar medicação oral. Então, mesmo com o remédio retal a convulsão ocorreu.

Não é necessário repetir que cada crise nos enchia de incertezas e de angústias. Às perguntas antigas, novas eram somadas face às conversas com os parentes e com as outras pessoas da nossa relação.

Algumas convulsões inclusive nos informavam que nosso filho estava com febre. Assim, antes de percebemos a febre, a convulsão acontecia. A partir de 38°C já podia ter convulsão. Percebemos também que as convulsões só ocorriam nas primeiras 24h do estado de febre.

Até os 3 anos de idade, foram seis convulsões, quando o neuropediatra suspendeu a medicação para proteger contra a convulsão que só era feita no estado febril. Após essa decisão, sofremos uma ansiedade quase insuportável com medo de que a convulsão ocorresse. E assim foi durante um ano e seis meses. E, nessa fase, ele teve quatro episódios de febre inclusive altíssima de 40°C sem que tivesse uma convulsão.

Estávamos tranquilos pensando que o problema havia sido superado.

Agora, neste mês de outubro, quando o garoto tem 4 anos e 3 meses de idade, durante doença com febre alta variando entre 39,5°C e 40°C, mesmo com medicação antifebril e banhos, teve duas convulsões com intervalo de seis horas nas primeiras 24 horas da doença que mais tarde se revelou ser escarlatina. Foi um tormento, pois já não acreditava e nem esperava que tivesse mais.

Ficamos extremamente surpresos. Pior ainda foi ouvir do neuropediatra que não deveríamos dar a medicação anticonvulsiva. A dificuldade de dar remédio oral continuava a mesma e tivemos de recorrer à emergência para baixar a febre. O pediatra e o neurologista mantiveram a posição de não aplicar medicação contra a convulsão, mesmo com as dúvidas do médico da emergência. Passamos doze horas no hospital, a doença foi tratada com antibiótico e a convulsão não voltou a ocorrer. O menino, logo após o antibiótico, ficou sem febre e tudo voltou ao normal.

Assim passamos nossa experiência para vocês. Nunca mudamos de pediatras. Nunca mudamos de neurologista. Eles sempre nos informaram que a criança era absolutamente normal e que o problema dependia de uma imaturidade cerebral que desapareceria com o tempo. Lemos muito sobre o assunto e sempre obtivemos as mesmas informações. Esse tipo de convulsão ocorre em crianças normais que serão normais no longo prazo.

E temos certeza de que nosso filho é normal. Imaginem que, quando nós achávamos que ele estava curado, aparecem esses dois episódios. A fase difícil já passou consegui perceber que realmente a convulsão febril é benigna por todos os episódios que meu filho foi acometido. Repito que ele é uma criança saudável, esperta, inteligente, normalíssimo com todas as nuances e intempéries de uma criança da sua idade.

Acrescentamos ainda que o neurologista nunca solicitou exames e, quando questionado, sempre informou que tudo o que a moderna medicina dispõe, até agora, não mostra anormalidades. Assim não seriam necessários eletro, nem tomografia, nem ressonância, nem qualquer outro tipo de exame. Outro aspecto que ressaltamos é que o especialista sempre nos disse que uma das

razões para o uso da medicação contra a convulsão era para diminuir a ansiedade dos pais.

Outro fato que nos tranquilizou foi conhecermos uma família cuja filha teve 14 episódios de convulsão febril. Todos os exames da garota foram normais e hoje ela é uma mocinha de 12 anos absolutamente sadia e há muitos e muitos anos nada apresenta de anormal.

Queremos passar para outros familiares que vivem essa realidade que acreditem em seus médicos e não se angustiem desnecessariamente, pois é nesta hora que precisamos ser fortes e equilibrados por eles e por nós para não desencadear outros males psicológicos, porque estes sim podem ficar por toda a vida."

Falam os profissionais

"'Destacamos que o filho deles, que apresentou grande número de convulsões é uma criança e, como se relata e como os médicos afirmam, é absolutamente normal. Ressaltamos a segurança dos profissionais responsáveis pela assistência médica da criança que não solicitaram exames desnecessários, alguns inclusive que necessitariam de sedação, nem empregaram remédios anticonvulsivos nos dois episódios. Enfatizamos a segurança dos familiares que apesar de angustiados com a situação sempre acreditaram na conduta profissional honesta e bem-posta. Relatamos o curso caprichoso do quadro convulsivo apresentado pelo garoto. Depois de mais de um ano sem episódios convulsivos, quando voltou a tê-loslaspecial de certas crianças. A, na vigência de uma doença especial, a escarlatina, voltou a convulsionar. Isso mostra que a convulsão febril não depende só da febre e de uma resposta especial de certas crianças. Ela depende também da doença apresentada. Há doenças febris que provocam mais doenças que outras. Assim a medicina é complexa o que dificulta o trabalho dos profissionais que trabalham na área."

Colaboração de uma cuidadora em março de 2023

"Miguel completa hoje um 1 e 9 meses, ele é inteligente, esperto e sobretudo resiliente, está estudando no infantil 1 e tem um desenvolvimento normal. Era maio de 2022, faltavam 13 dias para que Miguel completasse 1 ano. Pela região que moramos, a cidade de Caruaru (PE), as temperaturas já estavam baixas, e com isso Miguel resfriou. Achamos normal, toda criança tem resfriados, ele ficou muito secretivo, sem apetite, com febres persistentes, naquela noite insistimos em alimentá-lo, pelo menos com a mamadeira. Tomou pouco, estava febril, medicamos, fizemos uma última lavagem nasal e fomos dormir. Devido ao excesso de catarro, minha irmã decidiu colocá-lo para dormir de bruços em seu colo, em poucos instantes ela percebeu um barulho estranho, ela pediu

logo para que eu acendesse a lâmpada. Começava aí experiência mais intensa de nossas vidas, era a convulsão febril. Miguel convulsionava, nunca antes havíamos visto algo daquele tipo, a sensação era de morte, ele não se debatia, apenas tremia como um calafrio, olhos ausentes, uma zoada estranha, pouca baba, fez xixi e evacuou, começou imediatamente a ficar roxo, ligamos para o SAMU, que orientou levarmos a Unidade de Saúde mais próxima, esperar seria demasiadamente perigoso.

Moramos no 25º Andar, o elevador não chegava, queríamos ir pela escada, nada parecia acontecer, o tempo acelerava, e os movimentos eram lentos, eu, mãe, fui dirigindo, era a vida de meu filho, minha irmã entrou com ele, fomos direto para sala vermelha. Ele já estava para nós sem sinais vitais básicos, tão roxo, toda equipe se mobilizou, um bebezinho naquele estado, eu fiquei lá, desesperada, ele havia broncoaspirado o leite e a medicação. Precisavam estabilizá-lo e conseguiram, aspiraram, a saturação foi normalizada. Foi realizado um raio X, tudo voltava ao normal, não sabíamos ainda se haveria sequelas.

Falamos com o médico que o atendeu e pedimos autorização para levarmos a Unidade de Saúde particular e, sem termos noção da gravidade, levamos no carro mesmo. Chegando lá foram feitos exames e se optou pelo internamento. Ele estava com pneumonia em decorrência da bronco aspiração. Lá se passaram 10 dias de internamento até a tão esperada alta.

A partir de então era entender o que aconteceu, meu filho tinha epilepsia? O que tinha acontecido? Várias opiniões, leituras, começamos a buscar de médico em médico uma explicação, e nada me deixava na condição de mãe segura. O primeiro “neuro” que levei meu filho passou gardenal de uso contínuo, sem se quer pedir um exame, agradeci pela consulta e me retirei. O segundo, sugestionou depakene, explicando a mim os riscos de uma nova convulsão, aceitei, e começamos a dar, mas achava ainda que faltava algo. Esse mesmo solicitou um eletroencefalograma, fomos a um outro, que se quer tocou em meu filho, disse que se tratava de convulsão febril, que ele iria ter, bastaria a nós administrarmos, sem acolhimento, sem empatia, sem esclarecimentos. Saí do Hospital Esperança chorando copiosamente.

Seguimos para um exame, havíamos buscado ainda um pediatra da capital, vários profissionais indicaram o médico da cidade, que de logo informou o que era a convulsão febril, esclareceu várias dúvidas e nos pediu para procurarmos um neuropediatra. Uma amiga já tinha falado em um neuropediatra, jovem, que tinha muita atenção e empatia pelos pacientes, que fora referendado também pelo pediatra, logo mais cedo, Dr. Lucas Alves. Já fomos com exame em mãos, a consulta, foi esclarecedora, olhou meu filho da ponta da

unha ao fio de cabelo, esclareceu minhas dúvidas, falou da possibilidade de repetição e passou uma medicação para uso em vigência de febre, combinada o antitérmico de costume.

Após essa primeira convulsão febril, aconteceram mais quatro convulsões, em um período de nove meses, a cada vez temos um novo aprendizado, somos menos afobados. Já sabemos que devemos colocá-lo do lado direito, com as vias aéreas livres, se ele está em vigência de febre evitamos alimentá-lo, como o antitérmico tarda a fazer efeito, fazemos compressas nas coxas, axilas, barriga, pescoço e cabeça, que ajudam significativamente a baixa rápida da temperatura.

A convulsão mais duradoura ocorreu por quatro minutos, em um mesmo dia ele chegou a ter duas convulsões, mas em razão desta ter ocorrido em menos de 12 horas entre uma e outra, é considerada apenas uma. Já tivemos convulsão dentro do hospital, lá estabilizaram com diazepam e oxigênio e subimos para UTI.

Na UTI conheci um médico que atendeu meu filho, que tem um filho que na infância também teve convulsão febril, isso há 26 anos, hoje o filho dele é médico, ouvi muitos relatos, muita empatia e acolhimento por uma infinidade de pessoas.

A convulsão febril é chamada de benigna, fomos bem esclarecidos que não deixará sequelas. Neste mesmo período da UTI, realizamos novo eletroencefalograma, mais demorado, fizemos ressonância, fizemos exames na medula, e todos, absolutamente todos não mostram nada. Normalíssimos.

A convulsão de Miguel ocorre apenas no primeiro dia de febre. Miguel já teve outros episódios febris nesse período, por vacina, por exemplo, contudo, não convulsionou. Fazem nove dias da última convulsão de Miguel, ele passou oito dias internado e cada internamento para ele é um parque de diversões, ele já retornou à escola. Miguel é uma criança como qualquer outra, cheia de alegria, faz bagunça o dia todo, cheio de birras, sem sequelas.

Que outros pais de Miguels, Helenas, Josés, Marias e tantos outros que experienciem a convulsão febril, e vejam esse relato, consigam administrar melhor a situação e acalmar o coração. Vai ficar tudo bem!"

A febre da minha filha

"Sou mãe de filha única, fui mãe 'velha' e a nossa garota viveu os primeiros anos da vida em Fernando de Noronha. Seguramente são aspectos que complicam a equação. Precisamos desapegar totalmente do 'normal' na criação dela. Consultas mensais no pediatra?!?! Doce ilusão. Íamos quando dava, ou

melhor ainda, quando precisava. Ela teve uma primeira infância bem tranquila. Tínhamos contato com o pediatra 'oficial' via telefone quando era necessário. Aprendemos desde cedo a não sermos desesperados em relação ao que aparecia. Tosses eram tratadas com lambedor (receita da bisa nordestina). Febres com muito banho fresco e quando víamos que poderia ser alguma coisa mais séria, aí sim íamos para o continente. Fora isso a garota foi criada com muito banho de mar, muita areia, sol e muito peixe fresco. O pediatra sempre falou, criança saudável é criança que se alimenta bem, que brinca, que se movimenta. Levamos isso a sério.

Em abril de 2024, já morando no Recife, vivenciamos a pior febre da nossa garota. Chegou a apresentar 39,5°C. Honestamente essa febre nos assustou um pouco. Com isso de cara já medicamos, variando de remédios. No segundo dia, ligamos para o pediatra e ele sempre muito calmo disse: 'mãe, a febre mais alta não quer dizer que o problema é pior, quer dizer que o corpo da garota está lutando contra o que está errado. Observe!'. E assim foram cinco dias de febre. Continuamos no remédio e até banho de mar rolou nesse meio tempo. E continuamos dando dipirona e paracetamol. No quinto dia resolvemos levar no consultório. O pediatra examinou e não achou nada de errado. Era só febre mesmo! Mas cinco dias!?! O que fazer?!? E então vem novamente a voz da sabedoria com uma recomendação que nos deixou assustados: 'vamos deixar sem remédio e deixar o corpo da menina resolver, ok?'.

Eu e meu marido, que escolhemos o pediatra e confiamos, abraçamos a causa. Isso era logo cedo, a menina estava com 38,5°C. Passamos o dia hidratando muito e com banhos frescos, sem remédio. Foi dormir com febre, no meio da noite continuava com febre. 24 horas depois, logo cedo, fui ver a nossa filha. Coloquei a mão na testa, e a criança estava fresca, 36,5ºC. A febre tinha ido embora e a criança pulou da cama pedindo para ir para a escola!! E assim foi. No sexto dia, zero febre, sem nenhum sintoma foi para a escola! E agora ficou a lição para as próximas febres e para as amigas mães. Sempre observar e avaliar toda a situação. A febre é a uma das maneiras como o corpo lida com o que está errado. Muitas vezes o remédio antitérmico e outros remédios podem mascarar uma situação e até ajudar a doença. E confiem no seu pediatra!"

22 | DOENÇAS RESPIRATÓRIAS

Fabiana Araújo Sperandio (in memorian)
Ivo de Oliveira
João Medeiros Filho
Marcelo Longmam Mendonça
Otelo Schwambach Ferreira

As doenças das vias aéreas acima da laringe, vias aéreas superiores (VAS), constituem um complexo e heterogêneo conjunto de problemas clínicos e, ocasionalmente, cirúrgicos, que merecem análise cuidadosa. São extremamente frequentes, predominantemente virais, e devem representar o principal conjunto de enfermidades nas quais mais são cometidos deslizes terapêuticos. Deslizes causados, sobretudo, pela impaciência dos cuidadores e dos profissionais que não esperam a natureza seguir seu curso natural. A maior parte das enfermidades desse grupo cura espontaneamente e não necessita intervenção medicamentosa. Por didatismo, estudaremos os principais conjuntos separadamente.

22.1 RINITE E SINUSITE AGUDAS

O revestimento interno do nariz e dos seios da face, a mucosa rinossinusal, é único, contínuo. Existem amplas comunicações entre os seios da face, usualmente preenchidos por ar, e as cavidades nasais. A estrutura celular da mucosa é a mesma. Assim é possível dizer que toda rinite, ou inflamação da mucosa nasal, também é sinusite e vice-versa.

Os seios da face já existem na criançada. Ao nascer são rudimentares e estarão completamente desenvolvidos lá pelo fim da segunda década de vida. Portanto, criança, mesmo a novinha, pode ter sinusite. A preocupação inicial é com as doenças agudas, mas vez ou outra citaremos noções sobre as crônicas.

COMO É A FLORA BACTERIANA DA MUCOSA RESPIRATÓRIA?

A flora bacteriana em todo o revestimento interno da via respiratórias acima da laringe é riquíssima. A maior parte é composta por bactérias que não produzem doença. Mas existem algumas, pneumococo e hemófilos, que podem produzir doença em situações especiais. Quando existe anormalidade produzida por agressão da mucosa da via aérea alta, por vírus, irritantes ou alérgenos, ocorre inflamação da mucosa com produção abundante de muco, prejuízo da função do equipamento

mucociliar e obstrução das comunicações entre seios e mucosa nasal. Nessa condição, as bactérias potencialmente agressivas conseguem proliferar abundantemente e provocar doença, principalmente rinite e sinusite bacterianas.

CORIZA E OBSTRUÇÃO NASAL NÃO SÃO DOENÇAS, VERDADE?

Coriza, obstrução nasal, espirros e coceira no nariz são sintomas de adoecimento da mucosa nasal e dos seios da face. Não são a doença. Falamos sempre que o importante é o tratamento da causa. O esforço de toda a medicina é identificar a causa — infecção? Alergia? Defeito congênito? — e removê-la. Usar remédio para o sintoma e esquecer a causa não é boa prática médica.

O QUE SIGNIFICAM ESSES SINTOMAS?

São as principais manifestações da inflação da reação inflamatória da mucosa rinossinusal, então a principal indicação de rinite e sinusite. O vírus, ou a bactéria, ou o ácaro, ou um corpo estranho quando entram em contato com mucosa desencadeiam uma complexa e fantástica cadeia de eventos com aumento da circulação sanguínea, concentração local de células, de produtos químicos de defesa e da cadeia inflamatórias que visam proteger o corpo e eliminar o agente agressor. Essa também é a explicação para a intensa reação observada na amigdalite, onde há formação de material purulento que recobre as amígdalas, importante dor ao deglutir e significativa reação dos gânglios dos ângulos mandibulares. Também é a explicação para a tosse e da laringite que mostram os importantes fenômenos biológicos protetores que estão sendo usados.

POR QUE A RINITE E A SINUSITE SÃO TÃO FREQUENTES?

O contato cotidiano, intenso, que todos temos com o ar atmosférico impuro explica a elevada frequência das doenças nasais e dos seios paranasais. Coriza, espirros e obstrução nasal são reações de defesa que o corpo humano usa para se proteger dessas constantes agressões. Assim, esses sintomas revelam reações naturais, protetoras e benéficas.

CRIANÇA TEM MAIS RINITE E SINUSITE QUE OS ADULTOS, CORRETO?

Todos esses problemas são mais comuns nas crianças do que nos adultos. Há um período na vida das crianças, entre 1 e 5 anos de idade, em que acontecem seis a oito doenças respiratórias por ano. E a quase totalidade acomete a mucosa rinossinusal. Os vírus são os principais agressores da mucosa respiratória e, como existem centenas deles, muitas são as possibilidades de as crianças terem doenças respiratórias nos primeiros anos de vida. Após os 5 anos, a frequência dessas doenças cai. A imunidade explica isso.

RESUMAM QUAIS AS PRINCIPAIS CAUSAS DE RINITE E DE SINUSITE.

Infecções virais — Essas são as doenças mais comuns e são eventos programados para ocorrer. As crianças devem ter contato com os vírus para construir seu patrimônio imunológico. É estranho, mas seremos sadios se tivermos doenças.

Outras infecções — As bacterianas são menos frequentes que as virais.

Irritantes nasais — Cigarro, poeira, talco, perfume, fumaça de escapamento de carros, água clorada da piscina, entre outras.

Substâncias que causam alergia — Ácaros, fungos (mofo), epitélio de cão e de gato, barata e outras.

Corpo estranho — Sementes, papéis e outros objetos.

Medicamentos — Muitos remédios usados no nariz e mesmo alguns tomados por via oral (aspirina).

Defeitos anatômicos congênitos ou não — Atresia das coanas, desvio septal.

Mistura de causas — A criança que tem coriza por ter contato com fumantes também terá as doenças virais. Obviamente a doença será mais importante.

GOSTARÍAMOS DE MAIS INFORMAÇÕES SOBRE AS DOENÇAS VIRAIS.

A criança adquire a doença viral de pessoa infectada. O convívio com outras crianças, principalmente em creches, escolinhas e festinhas, aumenta a frequência das infecções. Os vírus provocam reação da mucosa que se manifesta com coriza, obstrução nasal e espirros. Levem em conta os seguintes aspectos:

- O entupimento nasal mostra que a mucosa está inchada devido à reação inflamatória o que aumenta a secreção local de muco para combater e eliminar o agressor.
- A coriza e o entupimento nasal são evidências da luta que está ocorrendo no local e que objetiva a cura. As medicações para desentupir o nariz reduzem essa reação normal e é possível que ajudem os vírus e dificultem a cura.
- Na maior parte das vezes, o corpo naturalmente cura a infecção. Os sintomas desaparecem e a mucosa se normaliza. É o “ciclo da virose”.
- As “viroses” curam sem drogas, sem vitamina C ou qualquer outro remédio.
- A recente epidemia da Covid-19 mostrou que nem sempre é assim. Há doenças virais mais agressivas e o exemplo da doença produzida pelo vírus influenza mostra isso.

HÁ SITUAÇÕES QUE AUMENTAM A INCIDÊNCIA DAS DOENÇAS DO NARIZ?

Exposição a creches e escolinhas, ausência da amamentação, nutrição inadequada, pouca exposição ao sol e ao ar puro, sedentarismo, excesso de TV e pouca prática esportiva, contato com fumantes, mofo, fumaça e outros poluentes, casa e quarto inadequados, alergia, anemia, falta de vitamina D e outros fatores aumentam a tendência para as doenças nasais.

EM QUANTOS DIAS O CORPO CURA ESSAS VIROSES?

O corpo elimina os vírus em até sete dias. É importante pensar em outras doenças se os sintomas não desaparecem ou não melhoram muito em até duas semanas. Um misto de doenças virais e de "alergia" é a explicação mais provável para as corizas e as obstruções nasais que parecem não ter fim.

NAS CRIANÇAS NOVINHAS, AS CAUSAS SÃO DIFERENTES?

Nos bebês, tudo é diferente. Um dos exemplos é a ocorrência de defeitos congênitos nas coanas o que causa grave dificuldade respiratória. Mas os bebezinhos também podem ter doenças das outras idades, principalmente as doenças virais quando não mamam nas mães.

POR QUE OS NENEZINHOS SOFREM TANTO COM O NARIZ ENTUPIDO?

Nós respiramos pela boca se estamos com a via nasal dificultada. É chato, mas funciona. Peculiaridades anatômicas e falta de experiência dificultam a respiração bucal e a alimentação dos bebês resfriados.

COMO É QUE A FUMAÇA DE CIGARRO ENTOPE O NARIZ?

Alguns materiais inalados irritam a mucosa nasal e esse é o caso da fumaça do cigarro. As crianças têm coriza, entupimento nasal e espirram, manifestam sintomas de doença, quando estão perto de fumantes. Isso está bem demonstrado. Fumaças de fogueiras, perfumes, detergentes e outros produtos de limpeza, que têm cheiro, também irritam a mucosa nasal.

OUVI FALAR QUE A ÁGUA DA PISCINA FAZ MAL.

A água clorada da piscina é um potente irritante da mucosa do nariz. Existe capítulo para debater o tema.

E OS ÁCAROS?

Ácaros, fungos, epitélio do cão e do gato, pólens das plantas, dentre outros, fazem mal ao nariz do alérgico. Alergia aos ácaros, gato, cachorro, barata, e fungos ocorre em cerca de 10% a 20% das pessoas e os sintomas são: coriza, espirros, entupimento nasal, tosse, asma e outros.

ALIMENTO PODE ENTUPIR O NARIZ?

Alimentos e outros produtos ingeridos podem causar problemas intestinais (vômitos, diarreia, cólicas), cutâneos (urticária, eczema) e respiratórios (coriza e asma). Banana, kiwi, maçã e mamão, leite de vaca, ovo, cacau, peixe, trigo, camarão e nozes podem causar coceira na boca, espirros e obstrução nasal. A aspirina e outros remédios também provocam sintomas nasais.

QUANDO DEVEMOS PENSAR EM CORPO ESTRANHO?

O corpo estranho no nariz deve ser lembrado nas crianças que apresentam coriza abundante, malcheirosa, às vezes, sanguinolenta, por vários dias.

COMO SEPARAR A DOENÇA VIRAL DA BACTERIANA?

Habitualmente, a infecção viral começa o quadro, muda a biologia local, e após alguns dias, talvez 10, as bactérias assumem um papel secundário e passam a produzir doença. Essa é uma questão de difícil resposta. O profissional deve ter muita sensibilidade para definir, a partir daqui o quadro é bacteriano. Algumas vezes, outros dados, como o envolvimento do ouvido médio, ajudam na definição. Outras vezes os exames complementares ou a consulta com otorrino ajuda na definição. Mas é sempre tarefa complexa e há indícios que essa incerteza é a principal causa do uso abusivo de antibióticos na pediatria.

A rinite estreptocócica apresenta padrão clínico próprio. Acomete criança de menor idade e além da coriza e da obstrução nasal há lesão como a de impetigo, com crostas, nas narinas e no lábio superior. Felizmente não vemos mais a rinite diftérica.

COMO EVITAR AS DOENÇAS VIRAIS RESPIRATÓRIAS?

Amamentar cada criança por no mínimo seis meses e após oferecer alimentação adequada, cuidar bem do ambiente em que a criança vive e sobretudo dorme (ver capítulo asma), expor a criança novinha ao sol e estimular a mais velha a praticar esportes, vacinar adequadamente, lavar a mucosa, quando existe coriza e obstrução nasal, com soro fisiológico, não medicar a criança com corticoide nasal ou antibiótico sem orientação médica, são pontos importantes.

A terrível pandemia da Covid-19, que vivenciamos nos últimos anos, nos mostrou mais uma vez a importância dos cientistas e da ciência. Em poucos meses, após identificado o vírus causal, os cientistas, usando variados conhecimentos acumulados em décadas de estudos, produziram a vacina por diversas tecnologias. E as vacinas permitiram dominar a pandemia de forma notável. A vacina contra o vírus da gripe influenza, outra doença respiratória importante, está há muitos anos disponível.

COMO EVITAMOS OS QUADROS BACTERIANOS E COMO TRATÁ-LOS?

Além das medidas antes citadas para a prevenção das doenças virais, também válidas para evitar as bacterianas, vale citar a vacinação contra a terrível difteria e contra a desgastante coqueluche, ambas doenças bacterianas.

Os quadros bacterianos bem definidos, em outras palavras, a sinusite bacteriana aguda, após avaliação médica é tratada com antibióticos. Muitos quadros poderiam ceder sem esses fármacos se o cuidador e o médico insistissem com as lavagens com soro fisiológico e esperassem alguns dias mais.

A DOENÇA CRÔNICA É MAIS IMPORTANTE QUE A AGUDA?

A obstrução nasal e a coriza que persistem por muito tempo são mais importantes do que quando duram poucos dias. Maior importância ainda deve ser atribuída se esses dados de adoecimento crônico acontecem nas crianças que respiram pela boca constantemente, de dia e, sobretudo, à noite, e nas que têm asma e que usam remédios com frequência para resolver esses problemas.

QUANDO, ENTÃO, DEVEMOS NOS PREOCUPAR?

Merecem atenção médica as crianças que apresentam:

- Coriza e obstrução nasal que não cedem em 15 dias. É mais significante ainda se aparecem mau cheiro no nariz, catarro espesso, esverdeado e com raios de sangue e febre. Nessa condição, há a possibilidade de sinusite bacteriana.
- Febre alta, dor de ouvido ou aumento dos gânglios do pescoço, junto com os dados de acometimento do nariz.
- Obstrução nasal, espirros e coriza de qualquer tipo por longo prazo e que perturbam o sono, o desempenho escolar, as atividades sociais (andar de lenço, ser chamada pelos colegas de funga-funga entre outras coisas).
- Secreção nasal malcheirosa, com sangue, por apenas uma narina. Nessa condição, a possibilidade de corpo estranho deve ser pensada.
- Respiração bucal por meses.

E QUANDO A CORIZA FICA FEIA, GROSSA?

A coriza nas doenças agudas do nariz é, de início, fina, transparente, aquosa. Gradativamente, fica opaca, espessa e menos abundante. Isso não significa problemas. E tudo desaparece entre cinco a dez dias. O problema é quando a coriza continua por muito tempo, por exemplo, por mais de 15 dias, e não o tipo de coriza em si. A ocorrência de febre e de dor de ouvido são aspectos que mostram que pode haver complicação e o médico deve ser contatado.

COMO É O TRATAMENTO DAS RINITES SIMPLES, AGUDAS?

Para os quadros simples, a conduta é:

1. Valorizar adequadamente os sintomas e verificar se os dados não se encaixam numa das situações que implicam avaliação médica.
2. Lavar a mucosa nasal com soro fisiológico. Podem ser empregados os produtos comerciais prontos para uso ou mesmo o soro fisiológico — veja a nota no fim dessa apresentação. Os produtos são baratos e não precisam de geladeira. Não é correto usar gotas nasais resfriadas.
3. Não colocar umidificador no quarto da criança com obstrução nasal por aumentar o risco de sensibilização aos ácaros e aos fungos. O ideal é evitar o ar-condicionado. Se o calor for intenso, procurar usar ar-condicionado de forma a evitar que na madrugada a temperatura ambiente caia para menos de 24 graus. Uma boa dica é usar meias, pois o resfriamento dos pés aumenta a obstrução nasal e é preciso desligar o aparelho no meio da noite.
4. Hidratar com muitos sucos de frutas.
5. Observar a evolução por alguns dias. Se a tendência é para a melhora, a conduta é mantida, caso contrário é importante contato com o pediatra.
6. Avisar ao médico quando o quadro persiste por mais de 15 dias.

NÃO HÁ MUITO O QUE FAZER?

Vejam alguns conselhos de uma importante clínica norte-americana:

- Tomar líquidos — Água, sucos, refresco de limão aquecido e adoçado com mel de abelha.
- Gargarejos com água e sal — Gargarejar com solução aquecida de sal (¼ a ½ de uma colher das de chá) e água (um copo de água) ajuda.
- Soro fisiológico — Aplicar no nariz, sob a forma de gotas nasais ou como aerossóis, é importante. Pingar, nas crianças mais jovens, várias gotas de soro fisiológico em cada narina e, após, aspirar com uma seringa. Puxar o êmbolo até a marca de 0,5 ou 1,0 cm e evitar a aspiração com pressão mais que elevada pode fazer mal. Usar seringas ou os aerossóis com soro fisiológico nas mais velhas.

- Canja de galinha — Esse remédio, usado por gerações de familiares, foi revisto pela ciência e demonstrado que o efeito **é** benéfico.

E SOBRE OS MEDICAMENTOS E OUTRAS MEDIDAS?

Os experts afirmam que todos os remédios para os resfriados são perigosos para crianças menores de 2 anos e a segurança deles está sendo testada nas crianças mais velhas. Os especialistas avisam sobre os riscos do uso excessivo do acetaminofen que pode causar graves alterações do fígado. Muitos usam o remédio contra a febre e se esquecem de que essa substância está presente também em outros medicamentos para resfriados. Assim, recomendam que as bulas dos remédios sejam lidas para evitar esse risco. Falam ainda que os malefícios dos anti-histamínicos são maiores que os benefícios e não devem ser usados. A umidificação pode melhorar a umidade do ar, mas também pode auxiliar na proliferação de fungos e bactérias. Destacam também que a lavagem das mãos é importante para reduzir a disseminação da doença.

ONDE A UMIDADE É ALTA, HÁ ESPAÇO PARA OS UMIDIFICADORES?

Eles podem ser úteis quando as crianças dormem em ambiente com ar-condicionado que sabidamente retira muita umidade do ar.

COMO CUIDAR DOS QUADROS MAIS COMPLEXOS?

As crianças com esses quadros precisam de diagnóstico e tratamento adequados para definir o que existe: hipertrofia adenoidiana, desvio de septo, hipertrofia dos cornetos, pólipos da mucosa nasal, doença do ouvido médio. Há exames especiais e médicos que conhecem bem o tema. Melhorar o ambiente, evitar piscina clorada, ar-condicionado e estofados, providenciar cobertura dos colchões e dos travesseiros, prática esportiva, vida ao ar livre e medicamentos e até cirurgia são indicados para alguns doentes. A lavagem nasal com soro fisiológico é essencial.

O QUE FAZ MAL NO TRATAMENTO DAS DOENÇAS NASAIS?

Os familiares não devem:

- Menosprezar o quadro das crianças que respiram mal por meses e meses, que vivem com catarro nasal, com mau cheiro no nariz e na boca. Elas poderão sofrer importantes consequências: deformidade facial, problemas com a dentição, dificuldade com o aprendizado escolar, dentre outros.
- Pingar no nariz remédios com substância potentes (fenilefrina, nafazolina, oximetazolina e outras). A nafazolina produz alterações importantes no coração e diminuição do oxigênio no sangue. Isso pode matar.

- Empregar os corticoides nasais e outros remédios sem controle médico. Os anti-histamínicos com vasoconstrictores são de utilidade questionada e produzem vários efeitos colaterais importantes (insônia, irritabilidade, aumento dos batimentos cardíacos e outros).
- Usar excesso de Vitamina C.
- Utilizar o aspirador nasal de forma traumática.

O ASPIRADOR FAZ MAL MESMO? E O COTONETE?

O aspirador nasal caseiro pode ser traumático e retira apenas a secreção que pode ser removida por método bem mais simples e que não causa danos. Portanto, é melhor usar o soro fisiológico e remover a secreção com uma gaze comprimindo delicadamente o nariz. Como citamos antes, a seringa pode servir como aspirador. O aspirador hospitalar é indicado em situações especiais. O cotonete não deve ser usado. É traumático e não ajuda.

COMO FAZER COM AS CRIANÇAS NOVINHAS?

O entupimento nasal atrapalha a alimentação e elas devem ser alimentadas com pequenas porções, dadas a intervalos menores, sem forçar. A posição no berço ajuda a respirar melhor. Elevar a cabeceira da cama e colocar travesseiro debaixo do ombro de modo que a cabeça fique um pouco caída para trás. Nunca usar o travesseiro de forma que o queixo fique em contato com o tórax. Essa posição dificulta a respiração.

UM REMEDINHO PARA DESENTUPIR O NARIZ PODE SER USADO?

Em toda a medicina, há situações que obrigam o uso de procedimentos que não são rotineiros. Aqui também, vez ou outra, por um ou dois dias, o médico pode indicar algum remédio potente para desentupir o nariz e permitir que a criança respire, durma e se alimente melhor. Mas a família deve conhecer os efeitos colaterais dos produtos empregados.

OS PRODUTOS COM CÂNFORA E EUCALIPTO AJUDAM?

Parece que os ingredientes aromáticos da cânfora, eucaliptol e mentol funcionam. Os estudos científicos não comprovam isso e é possível que o aparente alívio dependa da sensação de frio no nariz que o remédio provoca. Seguramente, não funciona nas crianças com obstrução nasal importante.

COMO É A PREVENÇÃO DAS RINITES E DAS SINUSITES?

É impossível prevenir as rinites e sinusites virais. Há centenas de vírus que produzem o problema. As produzidas por irritantes respiratórios (cigarro, água clorada da

piscina e outros) e por causas de alergia (ácaros são um bom exemplo) podem ser, pelo menos em parte, evitadas com medidas de ordem ambiental.

22.1.1 DEPOIMENTO DE UMA COLABORADORA QUE COLOCOU ALGUMAS GOTINHAS DE UM "INOCENTE" REMÉDIO NO NARIZ DO FILHO.

"Cedinho, percebi que ele (meu filho) estava gripado e com o narizinho entupido. Então, pinguei umas duas gotinhas de um remédio no nariz dele, pois sempre achei que todos os remédios de nariz fossem iguais. A professora ligou e disse que há alguma coisa estranha estava acontecendo, porque o meu filho estava mole, gelado e querendo dormir. Perguntou inclusive se podia levá-lo ao hospital. Na hora nem me lembrei do tal medicamento que sempre me pareceu inofensivo. Corri para a escola e vi que meu filho parecia um boneco de pano. Telefonei para o pediatra que, por telefone, diagnosticou o que estava ocorrendo e orientou que imediatamente eu o levasse ao consultório. A criança ficou sendo monitorada, pois seu batimento cardíaco estava lento. Passei horas angustiantes e, após cerca de três horas, a situação do garoto foi normalizando e à tarde estava normal. Através deste depoimento, espero que vocês mães. prestem muita atenção no uso dos medicamentos nos seus filhos e evitem a automedicação"

A mãe pingou no nariz do filho poucas gotas de um remédio com nafazolina que é uma potente droga que pode causar efeitos desastrosos e até a morte. Ela aplicou a medicação indicada para adultos que usa o mesmo nome que a apresentação para crianças. A de adultos continha nafazolina. Dizemos continha, pois, a indústria retirou esta substância perigosíssima e a substitui por outra menos danosa.

Assim, sempre recorram aos seus médicos para usar remédios nas crianças. Leiam as bulas antes de usar qualquer produto em vocês ou nos seus filhos. Nessas leituras, deem especial atenção aos efeitos colaterais dos remédios. Evitem a automedicação.

CONTRIBUIÇÃO DE OUTRA MÃE

A opinião de uma das mães que tem participado dos nossos grupos de trabalho, transcrita para o conhecimento de todos vocês, ilustra bem o problema enfrentado por muitas mães sobre o problema das amígdalas.

"Meu filho de três aninhos frequentemente tem amigdalite. Os pediatras são contra a cirurgia, dizem que é necessário paciência e alguns cuidados com ele. Já os otorrinolaringologistas acreditam ser caso cirúrgico. É difícil para nós mães, ver nossos filhos doentes e sofrendo com problemas de garganta. Sei que na primeira infância, as crianças ficam mais expostas a vírus e bactérias e consequentemente mais doentes se comparadas a outras fases da vida. Gostaria de saber se é mito ou verdade que crianças que operam as amígdalas precocemente ficam mais sujeitas a outras doenças, já que esses órgãos funcionam como filtro. E quanto *às* adenoides, elas podem voltar mesmo após a cirurgia?"

A prática médica favorece a ocorrência de orientações opostas. O acompanhamento por um único pediatra é o melhor modelo. É ele quem melhor avalia os quadros agudos e define se existe problema crônico e, com o otorrino, define a conduta. A opinião de vários pediatras e a de vários especialistas confunde. As mães devem observar o que está ocorrendo com os filhos e falar com o pediatra sobre a opinião de outro profissional. A informação de que a retirada das amígdalas faz aparecer outras doenças não é aceita pela medicina, pois o corpo é repleto de órgãos com funções semelhantes às das amígdalas. É esperado, quando a indicação da cirurgia foi bem fundamentada, que a criança adoeça menos, o quadro clínico de aumento das adenoides pode reaparecer após a cirurgia. Isso ocorre porque o tecido adenoidiano não é retirado totalmente.

Preparo do "soro fisiológico" caseiro

Diluir uma colher das de café (não muito cheia) de sal de cozinha em um copo de água fervida. Manter em recipiente coberto, não refrigerar e, após 24 horas, preparar outra solução.

Uso nasal das soluções com soro fisiológico

Todas as soluções para uso no nariz devem estar na temperatura ambiente ou levemente aquecidas. Não manter as soluções no refrigerador. Utilizar quatro ou mais vezes ao dia, segundo a intensidade do quadro, com as técnicas seguintes:

Nebulização: colocar dois a três mililitros no nebulizador (jato ou ultrassônico) e usar até que a solução termine. Utilizar sobretudo nas crianças novinhas.

Conta-gotas: pingar, com a criança deitada, três a quatro gotas da solução em cada narina. É útil em qualquer idade, mas sobretudo nas crianças menores. Não usar mais que poucas gotas, por vez, em cada narina, para evitar o risco de aspiração broncopulmonar.

Aerossóis/sprays: preferir os remédios com aplicadores que liberam grande jato da solução. Preferir os rotulados como aerossóis que liberam uma maior porção do que os *sprays*. Usar nas crianças maiores que devem estar sentadas e também nas menores desde que o adulto esteja treinado para fazê-lo. Se possível instruir que a criança inspire fortemente no mesmo momento em que o jato é liberado. Utilizar um jato do aerossol em cada narina e dois a três jatos dos *sprays* por narina por vez.

Seringa: encher a seringa de 5 mL e injetar em cada narina, com a criança sentada, dirigindo o jato para trás, para a nuca. Usar em crianças maiores, e não nas menores, pois há o risco de aspiração broncopulmonar.

Observações:

1. A internet oferece vários textos e vídeos orientando como lavar as narinas das crianças com soro fisiológico. Procurar por lavagem nasal das narinas da criança com soro fisiológico.

2. Existem “flaconetes” de 10 ml de soro fisiológico puro, sem conservantes, que são úteis. Basta colocar esse soro fisiológico num frasco vazio de aerossol para uso nasal ou usar com conta-gotas ou seringa.
3. Muitas das soluções comercializadas nas farmácias para uso nasal contêm um conservante (cloreto de benzalcônio) que pode ser danoso quando utilizado por longo prazo.

22.2 FARINGITE, AMIDGALITE, ADENOIDITE HERPANGINA, FEBRE FARINGOCONUNTIVAL E MONONUCLEOSE

As amígdalas e as adenoides são irmãs, feitas do mesmo tecido. São órgãos de defesa e junto com outras estruturas da garganta, da faringe, e de outros locais (baço, intestino e gânglios linfáticos) participam da resposta imunitária. As amígdalas são visíveis quando as crianças abrem bem a boca. As adenoides são vistas com aparelhos. Faringite, amigdalite e adenoidite por acometerem estruturas situadas na mesma região do corpo, na faringe, são doenças que ocorrem simuladamente. Assim a faringite envolve certo grau de amigdalite e assim por diante. Com frequência o médico define que os dados clínicos mostram quadro predominante de amigdalite ou de adenoidite ou faringite. Ou, às vezes, faz um diagnóstico que envolve duas estruturas, tipo faringoamigdalite.

O QUE CAUSA TANTA FARINGITE?

A faringe, as amígdalas e as adenoides são parte da primeira barreira contra uma série de agressões e as doenças dessas estruturas espelham essa luta constante. O viver é um constante combate entre os vírus e bactérias com o sistema de defesas. Coriza, nariz entupido, dor de garganta, voz nasalada, ronco, “pus nas amigdalas”, febre, aftas na faringe e outros dados desse combate. Os vírus, sempre eles, são a principal causa. O estreptococo beta hemolítico (causa da febre reumática), a mononucleose infecciosa e a herpangina são doenças especiais que merecem consideração neste debate.

QUAL A IDADE EM QUE AS CRIANÇAS MAIS TÊM AMIGDALITE?

Essas doenças ocorrem sobretudo entre 1 e 4 anos de idade. De uma forma geral, podemos dizer que: até os 5 anos – 95 a 98% de todas as infecções são virais e doença bacteriana incide pouco. Portanto, a necessidade de antibiótico é também pequena. Após os 5 anos – 80% das infecções são virais. A doença bacteriana pelo estreptococo causa até 15% das infecções da garganta.

ALGUMAS CRIANÇAS TÊM MAIS AMIGDALITES QUE OUTRAS. POR QUÊ?

Isso deve decorrer devido à genética (pais que tiveram muita doença de garganta), ao ambiente (exposição ao cigarro e ao cloro da piscina, falta de contato com o sol e com a natureza, contato com causas de alergia no caso dos alérgicos, comparecimento muito precocemente a creches, escolinhas e outros), à nutrição (falta da amamentação, carência de vitaminas e ferro) a outros fatores, como deficiência imune.

QUAIS OS SINTOMAS DESSAS DOENÇAS?

Dor de garganta e dificuldade de ingerir alimentos são os principais. A criança maior refere a dor, a menor chora, tem dificuldade de ingerir alimentos e a saliva fica perceptível. Com frequência, há febre e as mães notam cheiro diferente na boca. Algumas vezes, elas conseguem ver "garganta vermelha" ou "pus na garganta". Há criança que fala como se estivesse "com uma batata quente na boca". Na adenoidite, além do que foi dito, há dificuldade de respirar pelo nariz, que pode ser marcante. O acometimento dos gânglios linfáticos dos ângulos mandibulares, que estão inchados e dolorosos, é útil para o diagnóstico.

O QUE O MÉDICO EVIDENCIA NESSAS INFECÇÕES?

O médico consegue mais elementos diagnósticos: contato com adultos ou crianças com doença semelhante; intensidade dos sintomas gerais, acometimento dos gânglios (do pescoço e de outros locais — importantes na mononucleose), presença ou ausência de vesículas ou de secreção recobrindo as amígdalas, ocorrência de otite média, de sinusite, aumento do baço e do fígado e outros dados que permitem uma aproximação diagnóstica mais precisa.

POR QUE VOCÊS FALARAM NA FEBRE REUMÁTICA?

A infecção bacteriana pelo estreptococo é a mais importante das doenças que estamos estudando. O estreptococo causa amigdalite nas crianças maiores, rinite nas crianças pequenas, com impetigo ao redor das narinas, otite média e sinusite. Mas o que mais preocupa nessa infecção é a possibilidade de causar febre reumática, uma grave enfermidade que acomete as articulações e pode atingir o coração e o sistema nervoso. Também pode produzir doença nos rins e provocar aumento da pressão arterial. São esses os motivos que nos fazem temer essa infecção, buscar diagnosticá-la e tratá-la precocemente com antibiótico.

EXISTEM EXAMES PARA AJUDAR O MÉDICO NO DIANÓSTICO?

Na maior parte das vezes, o médico não requisita exames laboratoriais. Febre faringoconjuntival, herpangina e grande parte das viroses são diagnosticadas com

a clínica. Quando o profissional supõe mononucleose infecciosa, há exames que ajudam. O laboratório é mais importante no diagnóstico da infecção pelo estreptococo e há testes que evidenciam a presença do estreptococo em pouquíssimo tempo. É importantíssimo no tratamento precoce da infecção que é o melhor meio de prevenir a febre reumática.

O QUE É SÃO A HERPANGINA E A FEBRE FARINGOCONJUNTIVAL?

Vamos falar sobre essas duas faringites virais:

- Herpangina — Ocorre febre alta por um a três dias, intensa dor de garganta e pequenas bolhas que rapidamente se transformam em diminutas feridas na faringe. O médico facilmente diagnostica a doença.
- Febre faringoconjuntival — Ocorre febre por três a cinco dias, faringite, às vezes com secreção nas amígdalas e conjuntivite. Pode vir acompanhada de tosse, vômitos e diarreia. É doença que o médico diagnostica sem dificuldade.

MONONUCLEOSE CAUSA AMIGDALITE?

O médico pensa nessa doença em todo cliente com faringoamigdalite e adenoidite. Os gânglios do pescoço e dos outros locais, o baço e o fígado estão aumentados. Alguns exames ajudam o médico a definir o diagnóstico. Também é tratada sem antibióticos. O curso da doença é lento e o cliente só se sentirá restabelecido após duas a três semanas.

QUANDO LEVAR AS CRIANÇAS AO MÉDICO?

As que apresentam choro, dor na região, comem com dificuldade, cheirinho diferente na boca, mas que estão sem febre ou com febre baixa podem não ir ao médico. Se há sinais de doença importante na garganta (grande dificuldade de ingerir alimentos, muito mau cheiro na boca, pus nas amígdalas) e e/ou sinais gerais significativos (febre alta, grande decaimento, manchas pela pele ou outros dados) é importante buscar orientação médica. Também levar ao médico as que têm dificuldade importante de respirar pelo nariz, o que pode significar adenoidite.

QUANDO CONSULTAR O OTORRINO?

O pediatra que acompanha a criança é o melhor conselheiro nesse sentido.

QUAL É O TRATAMENTO DESSAS INFECÇÕES DA GARGANTA?

A grande maioria é viral e vocês devem ajudar o médico a não prescrever antibióticos. Os familiares, com frequência, ficam insatisfeitos com o diagnóstico de “viro-

se", mas todos devem entender e aceitar o diagnóstico e a orientação terapêutica de deixar que o corpo resolva o problema. Também devem reconhecer que o médico que assim procede mostra conhecimento e competência. Então, a maior parte dessas doenças não precisa medidas diagnósticas especiais nem antibiótico. O papel do médico é sempre de procurar se há indícios clínicos e/ou laboratoriais de doença bacteriana e, se for o caso, indicar antibiótico.

COMO ALIVIAR OS SINTOMAS?

Lá vão algumas dicas: acreditar na orientação do médico, saber que as infecções virais são as mais frequentes e que não há necessidade de antibióticos, ter paciência, pois essas doenças têm um ciclo e terminam após dois a cinco dias de evolução sem drogas miraculosas. Usar gargarejos de soro fisiológico (ou água e sal), spray de própolis, antitérmicos e analgésicos; observar o surgimento de alguma complicação (dor de ouvido e outras) ou de algum dado novo (grande dificuldade para respirar pelo nariz e manchas na pele), que pode implicar nova orientação médica. Informar ao médico sobre essas ocorrências.

O QUE NÃO DEVEMOS FAZER?

Vocês não devem usar antibióticos sem prescrição médica, dar anti-inflamatórios que são absolutamente contraindicados por apresentar importantes efeitos danosos para a saúde da meninada.

E O QUE FAZER PARA AS FARINGITES REPETIDAS, COMPLICADAS?

Os pediatras recomendam para esses clientes prática esportiva ao ar livre, melhoria do ambiente, alimentação adequada e até suplementação com alguns nutrientes especiais (ferro, zinco, vitaminas A e D), afastamento, por um período, da creche ou da escolinha. Mas, sobretudo, os pediatras trabalham no sentido de diagnosticar precisamente o que está ocorrendo com a criança (aumento das adenoides, deficiência imunitária).

UMA AMIGDALITE VIRAL PODE SE COMPLICAR E VIRAR UMA BACTERIANA?

Muitas das doenças virais se complicam com infecções bacterianas como sinusite e otite média. A diferenciação entre doença viral e doença bacteriana não é simples e exige atenção para tentar evitar o abuso dos antibióticos.

AS AMÍGDALAS AINDA SÃO OPERADAS HOJE EM DIA?

Na medicina moderna, são pouquíssimas as indicações de operar as amígdalas. Aquelas crianças que estão tendo muitas "amigdalites", que estão sendo medicadas com antibióticos, lá pelos 5 ou 6 anos de idade, deixam de apresentar essas infecções

agudas e a cirurgia é esquecida. A tarefa do pediatra, do otorrinolaringologista de criança e dos familiares é tentar descobrir a(s) causa(s) de tantas infecções e procurar removê-la(s). A operação das amígdalas e/ou das adenoides para solucionar a apneia de sono e os outros quadros decorrentes do crescimento excessivo desses órgãos é mais presente na prática médica atual.

22.3 LARINGITE AGUDA: CRUPE

João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

22.3.1 GUIA PRÁTICO

A laringite aguda produz tosse rouca (tosse de cachorro), alteração do choro e/ou da voz e dificuldade para respirar.

- A falta de ar do quadro mais importante pode produzir deficiente oxigenação corporal e requer assistência médica imediata.
- O cuidador não deve tardar a busca por assistência médica na urgência. Sobretudo devem fazer isso quando o quadro surge pela primeira vez ou é intenso.
- A tarefa principal do médico da urgência é garantir a oxigenação adequada até com uso de procedimentos radicais
- O diagnóstico — laringite estridulosa, laringite viral aguda, corpo estranho, edema de glote — deve ser buscado após oxigenação estabilizada
- As medidas adequadas para cada diagnóstico são, então, implementadas.

22.3.2 CONVERSANDO...

A laringe tem uma anatomia especial para a emissão dos sons. É uma estreita passagem para o ar respirado. Por isso, é que as doenças da laringe produzem mudança da voz, do choro e uma tosse com características próprias e, sobretudo, causa dificuldade para a passagem do ar.

QUAL A DIFERENÇA ENTRE CRUPE E LARINGITE?

Crupe é a mesma coisa que laringite. A difteria, antigamente a principal causa de laringite, hoje praticamente extinta, é o verdadeiro crupe. As outras formas de laringite são denominadas falso crupe.

COMO A LARINGITE AGUDA SE MANIFESTA NA CRIANÇA?

Qualquer doença que acomete a laringe causa: rouquidão, tosse rouca ("de cachorro"), voz e choro abafados e dificuldade respiratória que é o aspecto mais importante. Essa fala de ar com potencial redução da oxigenação corporal obriga o familiar a levar o paciente à emergência.

QUAIS SÃO AS CAUSAS DAS DOENÇAS AGUDAS DA LARINGE?

No passado, a principal causa, era a temida difteria hoje praticamente extinta pela vacinação. Afora a laringite estridulosa, a principal laringite vista na criança, de origem não bem definida, é a por infecção viral. Há outras: alergia com edema de lote, corpo estranho e um quadro clínico especial, a epiglotite, que é doença bacteriana. Quadros crônicos, que se arrastam, como defeitos congênitos, refluxo gastroesofágico, doenças neurológicas, problemas metabólicos e de outra origem não serão estudados aqui.

O QUE É E O QUE FAZER PARA A LARINGITE ESTRIDULOSA?

O quadro é padronizado: ocorre no meio da noite, na criança que estava bem ou com coriza leve. Subitamente, surge a tosse rouca "de cachorro", e os familiares acordam. Usualmente, não há falta de ar, mas a situação assusta. É obrigatório que o cliente seja levado à emergência para que o diagnóstico seja definido. Com frequência, a melhoria ocorre no trajeto da casa para o hospital. Na emergência, o médico usa algumas medidas terapêuticas para aliviar o quadro laríngeo, se preciso. O problema tende a se repetir.

EXISTE A LARINGITE VIRAL? E QUAL É O TRATAMENTO?

Existe e é frequente. Além de outros sintomas de doença viral — coriza, obstrução nasal, febre, dor de garganta e tosse — surgem os típicos sinais de laringite. O tratamento depende da intensidade do quadro e é sempre importante que o médico examine o cliente. As formas mais intensas necessitam hospitalização. As formas mais leves são tratadas em casa após a devida avaliação médica.

QUANDO LEVAR A CRIANÇA COM LARINGITE AO HOSPITAL?

As crianças com sinais de acometimento agudo da laringe devem ir à emergência. São várias as razões: avaliação da oxigenação corpórea — o principal problema que a laringite causa é a obstrução da via aérea com deficiente oxigenação corporal. Adoção de medidas, até radicais tipo intubação e traqueostomia, quando indicadas. Definição do diagnóstico — corpo estranho, laringite estridulosa e outras situações são definidas pelos médicos.

COMO É O TRATAMENTO DOMICILIAR DAS LARINGITES VIRAIS?

É repetida a noção de que é arriscado tratar laringite no domicílio. Quando o médico conhece bem a criança e quando confia no cumprimento da prescrição pelos cuidadores, é possível tentar algumas medidas caseiras. Os pilares são: hidratação adequada, umidificação da via aérea com nebulização de soro fisiológico morno, medidas gerais de conforto e vigilância. O agravamento deve ser informado ao médico. Rotineiramente não há indicação para antibiótico.

CRIANÇA QUE ESTÁ SEMPRE ROUCA ESTÁ COM LARINGITE?

Falamos até agora dos quadros agudos que se resolvem em sete ou dez dias. Os problemas crônicos, como os "calos" das cordas vocais e o refluxo gastroesofágico e outros problemas que produzem rouquidão de longo prazo não fazem parte dos objetivos do nosso encontro. Para esses casos, o pediatra solicita exames especiais e a participação do otorrinolaringologista.

O CORPO ESTRANHO É TÃO IMPORTANTE ASSIM?

É importantíssimo e é obrigação do médico pensar no problema.

Destacamos a importância das vacinas que exterminaram com a terrível difteria. E enfatizamos o valor do ambiente apropriado como medidas para evitar algumas formas de laringite. E dizemos que os pediatras são o pilar da assistência médica às crianças. Os textos não substituem a consulta médica.

22.4 TOSSE, TRAQUEÍTE, BRONQUITE E PNEUMONIA

Otelo Schwambach Ferreira

22.4.1 GUIA PRÁTICO

4. Erram os que usam remédios para a tosse e esquecem a causa. A redução forçada do sintoma com medicamentos pode agravar a doença por reduzir a função desse eficiente mecanismo de defesa.
5. Tosse é proteção que o corpo usa quando a via respiratória está sendo agredida por vírus, bactérias e outros agentes microbianos, ou por irritantes como vários tipos de fumaças, ou ainda por ácaros ou outras causas de alergia.
6. A mais frequente causa de tosse na criança são as infecções virais respiratórias que curam espontaneamente sem antibiótico ou outra droga. E a tosse também cede sem intervenção médica em cerca de duas semanas.

7. Criança que frequenta creche e escolinha adoece com múltiplas infecções respiratórias e, assim, tosse muito repetidamente.
8. Há tosses de curso prolongado, a coqueluche e várias outras doenças devem ser investigadas pelo médico.
9. Para a tosse da asma, evidentemente o tratamento são as medicações contra a citada enfermidade.
10. A água é o melhor expectorante, mucolítico e mucocinético. Hidratar o paciente é sábia orientação.

22.4.2 CONVERSANDO...

Toda criança tem dezenas de doenças que ocasionam tosse nos primeiros anos de vida. Muitas das infecções respiratórias virais agudas apresentam tosse como um dos seus sintomas cardinais. E como cada criança pode ter 6 a 8 infecções virais das vias respiratórias, por cada ano, a tosse é comum na vida da criançada.

A cura espontânea dessas viroses justifica a desaparição também espontânea da tosse, na maior parte das vezes. Há outras infecções —coqueluche, micoplasmose, tuberculose e outras — que ocasionam tosse. A alergia respiratória (por ácaros, fungos e outros) é outra causa importante. Todas essas enfermidades acometem a traqueia e os brônquios, mas podem atingir outros órgãos respiratórios. O refluxo gastroesofágico, os tumores, os corpos estranhos e algumas doenças congênitas produzem tosse. Existe também a tosse de origem psíquica.

Seguidas infecções virais respiratórias, sobretudo na criança que frequenta creche ou escolinha, fazem a tosse se prolongar ou ocorrer com frequência inusual. Algumas doenças respiratórias de andamento mais lento, tipo coqueluche e tuberculose, produzem tosse por semanas ou meses.

O familiar deve entender as perguntas do médico, os exames que solicita e os cuidados que ele tem antes de tratar. Ele está tentando saber a(s) causa(s) da tosse. Deve entender quando o médico prescreve mel para os maiores de um ano, hidratação abundante e xaropes caseiros e quando pedem alguns dias de tolerância para o corpo resolver a tosse, ou para a definição diagnóstica.

Quando a tosse faz parte dos quadros virais, gripais, é valioso observar o andamento da doença. Novos sintomas (febre, dor de ouvido, falta de ar) e o prolongamento excessivo da tosse devem ser informados ao médico.

Buscar ajuda médica se existe tosse com característica especial, muito intensa; muito prolongada, com febre, abatimento, expectoração com sangue ou com outro material estranho, com falta de ar ou com qualquer outro dado significante.

Assim, o importante é a causa. É tratar a asma quando ela é a origem da tosse. É tratar a coqueluche, a tuberculose e assim por diante. Dar expectorantes, sedativos da tosse, mucolíticos, mucocinéticos e outros produtos espertamente anunciados pela indústria de medicamentos, sem avaliação médica adequada, é errôneo.

O QUE É EXATAMENTE A TOSSE?

É um sintoma comum das doenças respiratórias e, menos frequentemente, de doenças das estruturas vizinhas às vias aéreas como o esôfago e até do sistema nervoso. Mais uma vez: tosse não é a doença e é errôneo medicar a tosse e não valorizar a causa.

A tosse é mecanismo de defesa e remove secreções das vias respiratórias devido a enfermidades da traqueia, brônquios e pulmões. Também tende a expulsar material estranho da árvore respiratória. Vejam que uma criança sadia com musculatura respiratória normal e que tosse vigorosamente tem facilidade de curar as doenças das vias aéreas. E que outra criança enferma com musculatura respiratória débil e que não tosse com vigor tem maior chance de ter complicações com as mesmas doenças.

A TOSSE PODE SER MALÉFICA?

A tosse é benéfica quase sempre. Dois aspectos devem ser pensados quando se discute sobre os possíveis benefício /malefícios do sintoma:

- Primeiro é o incômodo que a tosse da criança causa nos pais. Usualmente, os familiares estão mais transtornados do que a criança que tosse. A tosse noturna prejudica o sono e a paciência dos adultos. O desejo imediato é dar um remédio miraculoso. É difícil convencer os familiares que a tosse é benéfica. É difícil convencê-los que não se usa remédio contra a tosse quando é tradição dar remédio contra a febre ou o vômito. E a indústria usa essa paixão pelos remédios para "inventar" fórmulas de todo o tipo contra a tosse, algumas com três ou mais produtos distintos, alguns perigosos.
- Segundo é o prejuízo para a criança. Em algumas doenças, a tosse é tão intensa que prejudica o enfermo. Quem vivenciou os terríveis acessos de tosse da coqueluche, hoje pouco diagnosticada, está bem ciente disso. A tosse excessiva prejudica o sono, a alimentação e pode até produzir outras consequências danosas.

A VONTADE É DAR UM REMÉDIO LOGO, NÃO É?

É difícil ver a criança tossir muito. Uma das funções do médico é a de verificar se a intensidade e a frequência da tosse são realmente significantes ou se os familiares estão supervalorizando o sintoma. Na primeira situação, a tarefa dos pediatras é descobrir e tratar a causa sempre informando que cessada a causa ou reduzidos seus efeitos, a tosse cede ou melhora. Na segunda, os remédios são orientação e diálogo.

QUAIS SÃO AS CAUSAS DA TOSSE?

São muitas. As mais importantes são as infecções virais respiratórias. As bacterianas (micoplasmose e coqueluche, por exemplo) são menos comuns. Outras causas

são a asma e outras formas de alergia respiratória causadas por ácaros e outros fatores. São importantes as doenças ocasionadas pelos irritantes respiratórios — cigarro, escapamento dos veículos e outros. Algumas doenças do trecho superior das vias aéreas (sinusite, laringite), e do trecho inferior, tipo pneumonia, o refluxo gastroesofágico também causam tosse. Algumas parasitoses intestinais ocasionam o sintoma. Existe a tosse de origem psicogênica e ainda existe o sintoma ocasionado por outros problemas. Então, como vocês percebem, o médico tem que pensar em várias causas quando estuda paciente que tosse.

É MESMO! SÃO TÃO NUMEROSOS ASSIM OS MOTIVOS DA TOSSE?

A situação é ainda mais intrincada porque numa mesma criança dois ou mais problemas podem estar envolvidos. Um exemplo: é comum que a criança, no curso de uma crise asmática (que produz tosse), apresente uma doença viral brônquica (também causadora de tosse) e uma doença bacteriana dos seios da face (que também pode colaborar para a produção do sintoma tosse). E, todas, precisam de diagnóstico e tratamento.

O QUE O MÉDICO FAZ PARA DESCOBRIR A(S) CAUSA(S) DA TOSSE?

Primeiro, o médico ouve muito bem o que os familiares referem: contato com portador de quadro semelhante (coqueluche?), história vacinal, passado de asma, resposta aos remédios para asma, duração e tipo da tosse (tosse rouca pode ser laringite) e existência de febre e de outros dados são importantes. O exame do médico ajuda. A asma tem uma ausculta típica. A pneumonia também pode ser evidenciada no exame clínico. Em alguns casos, há necessidade de hemograma, raio-X de tórax e outros exames para a definição do diagnóstico. Algumas vezes, há necessidade de seguir o cliente por algum tempo ou de consultar colegas para ver o que há.

COMO SABER SE A TOSSE SIGNIFICA PROBLEMA IMPORTANTE?

A tosse pode significar problema importante quando é do tipo “tosse de cachorro”, sufocante e com falta de ar; acompanhada de febre por mais de dois dias, com decaimento e falta de ar; seguida de perda de peso; persistente por mais de 15 dias, principalmente por mais de três meses; repetitiva; com presença de sangue ou de qualquer material estranho na expectoração. Esses pacientes devem ser consultados logo.

COMO É FEITO O TRATAMENTO DA TOSSE?

O tratamento é o da causa do sintoma. Não há tratamento específico para as doenças virais. A tosse da maior parte, quase 100%, cede espontaneamente após cinco a dez dias de evolução. Para a asma, uma das causas mais significativas de

tosse na infância, há remédios potentes que reduzem marcantemente a intensidade da tosse e servem inclusive para ajudar o médico a diagnosticar a enfermidade. As pneumonias são usualmente tratadas com antibióticos. Enfim, para cada doença, há uma conduta própria.

QUANDO DAR UM REMÉDIO PARA DIMINUIR A TOSSE?

As tentativas de descobrir remédio para minorar a tosse sem produzir danos à criança não surtiram efeito até agora. A maioria dos remédios produz mais malefícios do que benefícios. E as tentativas de reduzir a tosse podem impedir o funcionamento desse mecanismo protetor e trazer consequências danosas. A diminuição forçada da tosse ajuda a doença e pode provocar problemas graves: pneumonia, ausência de ar em parte do pulmão e outros problemas. Tentar bloquear a tosse é uma ação questionável.

O QUE FAZEMOS? FICAMOS DE MÃOS AMARRADAS?

Vocês têm um papel importante e devem: ajudar o médico a diagnosticar a causa; acreditar que a maior parte das doenças que produzem o sintoma cede em alguns dias, sem remédios, e que a tosse consequentemente desaparece; aceitar o que a medicina recomenda: hidratação (sucos são a melhor pedida), mel de abelha (apenas para os com mais de um ano de idade) com limão e xarope natural (própolis e ervas), ou o "lambedor caseiro" das avós nordestinas; observar para ver se surgem sinais de piora (febre, falta de ar, dor de ouvido, intensificação da tosse e outros sintomas); buscar ajuda médica sempre que preciso.

E QUANDO A TOSSE PASSA DE SECA PARA A GORDA, COM CATARRO?

A transformação de tosse seca em gorda nada muda. A secreção que aparece após alguns dias de tosse seca significa que o processo está perto de terminar. Continuem com a orientação: hidratação, mel, "lambedor" e observação. Os xaropes expectorantes, mucolíticos, mucocinéticos ou ainda com outros rótulos charmosos que a indústria de medicamentos espertamente divulga em nada influenciam na cura das tosses das infecções virais respiratórias. Antigamente, eram usados produtos com iodeto de potássio, hoje totalmente banidos pela moderna medicina. Esses remédios encarecem a terapêutica e em nada ajudam.

AINDA SE ENCONTRAM CRIANÇAS COM COQUELUCHE?

Ainda existem casos dessa importante doença. A coqueluche é a doença que produz uma das tosses mais importantes e prolongadas e que podem durar até três ou quatro meses. Toda criança que tosse por mais de três semanas, sobretudo se apresenta tosse em acessos, com ou sem vômitos, deve ser

investigada para essa possibilidade. Contato com cigarro, fumaça, poluentes domiciliares (tintas, vernizes, poeira) e com uma série de outros produtos e a aspiração de corpo estranho também produzem sintomas parecidos com os da coqueluche.

EXISTE TOSSE EMOCIONAL?

Todos nós devemos lembrar essa causa e toda tosse de origem inexplicada pode ser emocional. É mais comum no adolescente ou no adulto.

E A TOSSE DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO?

É muito estudada atualmente e pode ser responsável por uma série enorme de problemas respiratórios (otite, sinusite, laringite, pneumonia e tosse). Essa hipótese deve ser pesquisada em toda tosse de origem obscura.

O QUE É CERTO E O QUE É ERRADO NO TRATAMENTO DA TOSSE?

Vamos, resumidamente, reforçar o que é certo e o que é errado:

Certo: ajudar o profissional a diagnosticar a doença; oferecer maior quantidade de água e de outros líquidos; dar mel de abelha para os que cruzaram o primeiro ano de vida, lambedores caseiros e xaropes encontrados em farmácias homeopáticas ou fitoterápicas.

Errado: medicar com antibiótico ou outro remédio sem avaliação médica; usar derivados do ópio e iodetos; dar remédio para vômito que ocorre após acesso de tosse, pois essa coincidência (tosse seguida de vômito) é, em quase todos os casos, benéfica; nebulizar com água, soro glicosado ou soro fisiológico gelado.

SERÁ QUE O MEL DE ABELHA FUNCIONA MESMO?

A conceituada Clínica Mayo dos Estados Unidos pronunciou-se sobre o uso do mel de abelha nas doenças respiratórias. O primeiro aspecto relatado é que o refresco de limão ou chás aquecidos misturados com mel de abelha realmente aliviam a dor de garganta. Informa ainda que um estudo científico demonstrou que duas colheres das de chá de mel de abelha (10 mililitros), à noite, reduziu a tosse e permitiu um sono mais tranquilo. O estudo mostrou ainda que o mel foi tão eficiente como um clássico remédio para reduzir a tosse. Finalmente, o relato fala para não usar o mel de abelha em menores de um ano e que a tosse não é de todo maléfica. Ela ajuda a remover as secreções das vias respiratórias e que se as crianças são habitualmente sadias não há razão para suprimir a tosse.

MAS O MEL DE ABELHA NÃO CAUSA DOENÇA?

O mel de abelha pode causar uma doença, o botulismo, quando dado a crianças menores de um ano. Antes dessa idade não deve ser usado.

COMO A TRAQUEÍTE E A BRONQUITE SE MANIFESTAM NA INFÂNCIA?

Tanto a traqueíte quanto a bronquite apresentam a tosse como sintoma principal. Desse modo, a maior parte das doenças que antes citamos como causa de tosse é na verdade traqueíte e bronquite. Febre, falta de ar, decaimento e outros sintomas também podem vir junto com a tosse e dependem da causa básica da doença. Pode haver expectoração com diferentes características e até com sangue. As noções antes expostas para tosse são aplicáveis aqui. O diagnóstico é a peça fundamental. Os sintomas produzidos pela asma são conduzidas com normas próprias. A doença viral é cuidada de forma completamente distinta, A tuberculose, idem. O refluxo, também. Aqui e em toda a prática médica, sem diagnóstico o tratamento, o prognóstico e outros aspectos não podem se formulados com segurança.

PNEUMONIA É COMUM NA CRIANÇA?

Os problemas respiratórios são as principais doenças que acometem as crianças. E a pneumonia, como uma das mais importantes infecções do trato aéreo, também ocorre com certa frequência. É mais comum nas crianças de menor idade e ocorre ainda mais naquelas que tem outras doenças respiratórias (asma e sinusite são os principais exemplos). É doença muito importante, pois ainda é uma das principais causas de mortes nas crianças, sobretudo nas desnutridas e socialmente desassistidas.

QUAIS AS CRIANÇAS DE MAIOR RISCO?

No nosso país, as crianças de maior risco são as carentes sociais. Elas têm as formas mais graves da enfermidade e nelas o diagnóstico é habitualmente retardado, são as mais vulneráveis. As crianças prematuras, as com menos de 2 ou 3 meses de idade, as que usaram antibióticos previamente, as que foram hospitalizadas, as que têm alguma doença importante (deficiência imunológica e outras) também têm as formas mais críticas.

PNEUMONIA PODE SE REPETIR?

Pode e se ficar bem documentado que a pneumonia ocorreu de novo na mesma criança, o médico deve buscar a(s) causa(s) do problema.

QUAIS AS CAUSAS DAS PNEUMONIAS NAS CRIANÇAS?

As infecções virais são a principal. As pneumonias bacterianas, embora menos comuns, são mais graves que as anteriores.

PNEUMONIA PASSA PARA OUTRA CRIANÇA?

As pneumonias virais são contagiosas. Mas a criança que entrou em contato com o portador da pneumonia viral pode ter apenas uma doença gripal comum, uma bronquite viral e não necessariamente uma pneumonia. As pneumonias bacterianas, de uma forma geral, não são contagiosas. Existe uma, por micoplasma, que pode ser. É sempre bom conversar com o médico sobre isso.

QUAIS SÃO OS SINTOMAS E COMO É O DIAGNÓSTICO?

Criança que apresenta coriza e tosse de súbito começa a ter febre alta, decaimento, falta de apetite, gemência, respiração rápida e falta de ar deve estar com pneumonia. O médico também identifica no exame físico alguns outros aspectos que fazem supor ou mesmo afirmar que existe pneumonia. O diagnóstico é feito com esses dados e com os dos exames complementares (raio-X de tórax, hemograma e outros).

PARECE COM O QUE ACONTECE NA CRISE ASMÁTICA. NÃO É?

Há elementos comuns entre a pneumonia e a asma. Por isso é que vocês devem estar sempre muito atentos e é preferível ouvir o médico quando houver qualquer indício de doença mais importante com febre.

COMO É O TRATAMENTO?

Pneumonia diagnosticada nos primeiros dois ou três dias cura mais rapidamente. Pneumonia diagnosticada no sétimo ou décimo dia de doença, quando a lesão pulmonar é mais extensa ou quando já existe complicação (derrame na pleura e outras) cura com mais dificuldade. Alguns doentes necessitam hospitalização, mas a maioria pode ser tratada no domicílio, sobretudo quando o diagnóstico é precoce. Em quase 100% das vezes, o médico prescreve antibiótico.

QUAL O NOSSO PAPEL?

Primeiro, saber que a pneumonia é doença grave e estar sempre atentos para facilitar o diagnóstico precoce. Segundo, cumprir rigorosamente as determinações médicas. Dar o antibiótico na hora certa, seguir as orientações sobre a alimentação, a

hidratação e o uso de remédios de apoio, voltar para os controles médicos e informar sobre qualquer anormalidade são papéis importantes que vocês devem desempenhar com critério e atenção.

COMO É A PREVENÇÃO DAS PNEUMONIAS?

Lá vão alguns conselhos importantes sobre como tentar evitar que as pneumonias ocorram: evitar a prematuridade e cuidar bem da assistência ao parto; amamentar e após os seis meses nutrir adequadamente; vacinar; evitar o uso desnecessário de antibióticos; lutar contra a exposição aos irritantes respiratórios (cigarro é o melhor exemplo); tratar de forma apropriada as doenças que a criança apresenta (asma, sinusite e outras); incentivar a prática esportiva, a vida ao ar livre e lutar contra o sedentarismo e contra o excesso de TV. Mas com todos os cuidados citados para a prevenção da pneumonia que também se aplicam a outras doenças, a pneumonia pode acontecer, e nesse caso o diagnóstico precoce e o tratamento adequado são a pedra de toque para que tudo saia bem. Então, mantenham o "desconfiômetro" ligado e vamos em frente.

QUANDO O PNEUMOLOGISTA PRECISA VER A CRIANÇA QUE TOSSE?

Quase 100% das crianças com doenças respiratórias são conduzidas pelo pediatra. E é o pediatra quem indica os exames básicos (Hemograma, raio x tórax e outros) para alguns casos especiais. Também ó pediatra quem recomenda os especialistas para ajudar na condução de certos casos especiais. O pneumologista, o imulologista/alergista, o fisioterapeuta, o otorrinolaringologista, o fonoaudiologista são os principais profissionais que auxiliam o pediatra nas situações mais complexas.

22.4.3 DEPOIMENTO DE UMA CUIDADORA — OUTUBRO DE 2022

> "Meu filho é um menino esperto, se alimenta bem, sociável, adora música, futebol e super-heróis. Ele enche a minha casa de alegria. Tem o peso e a altura normais e está bem vacinado.
>
> Ele começou a frequentar a escola com 1 ano e 1 mês. Na minha opinião de mãe de primeira viagem, as crianças deveriam ficar na escola enquanto os pais trabalham. Porém, desde sempre, inclusive antes mesmo da escola, ele adoecia com muita frequência. Sua primeira crise de asma começou aos 6 meses de idade, foi a primeira vez que fomos na emergência.
>
> Ele hoje tem 4 anos e 10 meses. Durante esse tempo as crises se mantiveram. Praticamente toda semana meu filho adoece! Recebo conselhos

e sugestões todos os dias e tentei vários deles, mas nenhum adiantou. 'É normal!', 'depois de um ano de escola melhora', 'meu filho também é assim', 'vai no homeopata'. Algumas vezes cogitamos a possibilidade do meu filho deixar de frequentar a escola, porém ele adoeceria psicologicamente. Ele ama aquele lugar! Sendo assim, durante um período, eu passei a pegá-lo mais cedo para ele se expor menos e funcionou durante um tempo.

O pediatra do meu filho também foi o meu pediatra. Ele acompanha a história da minha família desde que eu nasci. Também não fui uma criança simples, dei trabalho com meus ouvidos. Ele me ensinou a identificar as crises do meu filho e comecei a adquirir uma certa experiência. Tenho uma receita das medicações para quando os sintomas começam a aparecer. Às vezes funciona e quando não, precisamos entrar no antibiótico. Todo mês ele tem uma crise.

Ele fez a cirurgia do tubo de ventilação e adenoide quatro meses atrás. Apesar de esperar uma melhora no quadro geral, essa semana eu vivenciei a pior crise de asma que ele já teve. O sintoma da virose começou com uma secreção no ouvido, depois veio a febre e se manteve assim por alguns dias. A tosse que em geral começa devagar, nessa situação começou de repente. Ele não parava de tossir nem por cinco segundos. Foram noites difíceis.

No total contamos novr dias de febre e seis dias de tosse ininterruptas. Nesse período ele se medicou com o Otociriax, Nasonex, Allegra, Predsin, Pulmicort, Clavulin BD, Aerolin e Duovent e, no desespero, eu ainda usei o xarope Seki e fiz receitas de chá caseiro que vi na internet e peguei uma receita com aquela funcionária do interior que trabalha há mais de 40 anos na casa do meus pais. Nada disso funcionou. Eu não posso dizer não me preocupa os efeitos colaterais que toda essa medicação possa um dia causar ao meu filho. Ele começou a melhorar no quarto dia do antibiótico.

Apesar de tudo isso, de toda essa turbulência, eu guardo pequenas situações com carinho. Como no dia do meu aniversário que ele acordou chorando, preocupado em como ia cantar os parabéns com a garganta inflamada. Na hora do raio x ele esbanjou um sorriso enorme na hora da 'foto'.

Tivemos muitos sustos com o meu filho. Ano passado chegamos a ir a São Paulo porque não conseguimos descobrir o que estava deixando-o doente, e realmente nunca descobrimos. Apesar de tudo, eu acredito que cada vez a situação vai melhorar e no final vai dar tudo certo."

PREPARO DE ALGUNS LAMBEDORES CASEIROS USADOS CONTRA A TOSSE PELA POPULAÇÃO DO NORDESTE BRASILEIRO

Lambedor é remédio centenário usado pela população sobretudo do interior do Nordeste brasileiro. É feito com açúcar ou mel de abelha ou de cana-de-açúcar misturado a folhas, frutos, vegetais ou flores. Algumas receitas fornecidas por mães que tradicionalmente usam tais produtos em seus filhos, são listadas abaixo:

1. Beterraba crua: retirar a casca da beterraba; cortar em rodelas finas; alternar uma camada de beterraba e uma camada de açúcar; deixar no sereno por uma noite; coar no dia seguinte.

2. Beterraba cozida: cortar em pedaços uma beterraba de tamanho médio; colocar a beterraba com açúcar no fogo; cozinhar até a beterraba ficar branca e o líquido começar a ter a consistência de mel.

3. Cebolinha: tirar os talos e lavar as cabeças da cebolinha; cortar em rodelas; polvilhar um prato com açúcar e depois colocar uma camada de cebolinha em rodelas e cobrir com açúcar; levar ao fogo em banho-maria por 15 minutos; coar.

4. Casca de abacaxi e anis estrelado: lavar as cascas de um abacaxi; cortar em pedacinhos; colocar para ferver em um litro e meio de água por 20 minutos; passar tudo numa peneira tendo o cuidado de espremer bem as cascas da fruta; levar ao fogo com um quilo de açúcar e com o anis estrelado; deixar ferver até dourar e engrossar um pouco.

5. Tomate, acerola e hortelã da folha graúda: cortar três tomates em pedacinhos; juntar os tomates cortados com três acerolas e três folhas de hortelã da folha graúda e adicionar três copos de água; cozinhar até que o volume de água se reduza a cerca de um copo; passar numa peneira e espremer bem as frutas; acrescentar três colheres das de sopa de açúcar à parte líquida e levar ao fogo para ferver; o lambedor está pronto quando o líquido começa a ficar pegajoso, lembrando a consistência de mel.

6. Abacaxi: lavar três rodelas de abacaxi com casca; colocar para cozinhar com três copos de água; retirar do fogo quando o volume do líquido estiver sido reduzido a cerca de um copo; passar tudo na peneira tendo o cuidado de espremer o abacaxi; levar a parte líquida ao fogo, junto com três colheres das de sopa de açúcar; ferver até que o líquido fique pegajoso, com a consistência lembrando a do mel.

7. Abacaxi e tomate: na fórmula anterior, basta acrescentar dois ou três tomates cortados;

8. Maracujá: colocar a polpa do maracujá com a água mineral (ou filtrada), em fogo baixo; cobrir a polpa com açúcar escuro (cristal); retirar a espuma que vai se formando, com uma colher; esperar até dar o ponto de xarope; coar.

Observações:

- Alguns recomendam manter o lambedor refrigerado. Mas há os que dizem que isso não deve ser feito, pois não é prudente dar líquidos ou alimentos resfriados para quem está com tosse. Parece que a conduta mais racional é preparar uma pequena porção do lambedor (cerca de um copo) e manter fora da geladeira. O restante do produto deve ser desprezado após cinco a sete dias de uso.
- A dose usada pela população interiorana é de 1 colher das de chá, 3 vezes ao dia.
- Alguns médicos afirmam que o efeito benéfico principal é obtido pela água que a criança ingere após tomar o lambedor.
- Muita atenção com o uso de fitoterápicos ou o tratamento com ervas que, de modo geral, a população considera como não tóxicos. Algumas plantas produzem potentes substâncias que exercem diversas ações no corpo humano. Os lambedores com colônia, malva-rosa e espinho cigano, por exemplo, devem ser evitados. As duas primeiras apresentam componentes ativos que estão sendo estudados e que podem causar efeitos colaterais indesejáveis. A última é proibida pelo FDA, órgão que regulamenta o uso de drogas nos Estados Unidos, face ao seu poder tóxico.

Finalmente, lembramos que todos os textos deste livro fornecem orientações gerais de como se comportar com os problemas mais simples da saúde das crianças e dos adolescentes. Os textos não substituem a consulta médica

22.5 DOR DE OUVIDO: OTITE EXTERNA E OTITE MÉDIA

Fabiana Araújo Sperandio (in memorian)
Jailson de Barros Correia
João Guilherme Bezerra Alves
Marcelo Longman Mendonça
Otelo Schwambach Ferreira

22.5.1 GUIA PRÁTICO

1. É errôneo pingar remédios no ouvido quando a criança apresenta dor de ouvido. Isto dificulta o exame do médico. Um analgésico oral pode ser usado.

2. Criança com este sintoma precisa ser vista pelo médico. O exame que o profissional faz com o otoscópio mais os dados da história e do exame são essenciais para definir o diagnóstico.
3. Dor de ouvido pode inclusive significar doença diferente de uma otite. A parotidite pode começar com dor de ouvido.
4. O tratamento correto é instituído após o diagnóstico
5. As otites externa e média são usualmente problemas pontuais. Nunca ocorre ou ocorre apenas 1-2 vezes na vida da criança. Vários quadros de dor de ouvido causada por otite, numa mesma criança, representam problema especial e mais importante que o episódio isolado.
6. O otorrinolaringologista é o profissional que ajuda nos casos mais difíceis.

Estudaremos de início a otite externa e em seguida a otite média.

22.5.2 CONVERSANDO...

OTITE EXTERNA

O conduto auditivo externo liga a orelha ao tímpano. É revestido por pele e possui glândulas que produzem o benéfico cerúmen. Como é revestido por pele, as doenças que aí se instalam são dermatológicas: furúnculos causados por bactérias, infecções por fungos e reações alérgicas como as do eczema.

QUAIS AS CAUSAS DA OTITE EXTERNA?

Os fatores que agridem o conduto auditivo são: mecânicos (uso de cotonetes, palitos, grampos de cabelo e outros objetos para limpar ou coçar o local), excesso de água (banhos de piscina e/ou de mar facilitam a instalação dos fungos), medicamentos (mudam algumas peculiaridades físicas e químicas do conduto auditivo e a flora local, facilitando a instalação das infecções e produzindo eczema).

ENTÃO NÃO PODEMOS LIMPAR O OUVIDO?

Vocês devem fazer o asseio do pavilhão auricular com a ponta de uma toalha ou um chumaço de algodão. Nunca devem empregar cotonetes, grampos ou outras armas como palito de dente. Mesmo que vocês digam que usam o cotonete só do lado de fora, que usam um cotonete com a ponta romba, uma pessoa menos avisada pode "futucar" todos os orifícios da criança com o instrumento. O cerúmen é normal e é eliminado por mecanismos normais. Além de ferir o conduto e facilitar as infecções, a famosa "limpeza" empurra o cerúmen para dentro do ouvido e impede que o processo natural de remoção funcione.

E O ECZEMA DA PELE TAMBÉM OCORRE NO OUVIDO?

Ocorre e é comum. Crianças que têm dermatite do couro cabeludo (crosta láctea), por trás da orelha, na face e em outras regiões do corpo, com frequência, também têm o problema no ouvido externo. O conduto, com a reação do eczema, fica úmido e é fácil a instalação de otites por bactérias e por fungos. Os sintomas então podem ser apenas do eczema (coceira) e/ou da infecção (dor, secreção).

QUAIS SÃO OS SINTOMAS DA OTITE EXTERNA?

Dor, secreção, mau cheiro e coceira são os sintomas típicos. A dor pode ser intensa. A secreção pode inexistir ou ser abundante, de vários tipos e até sanguinolenta.

OUTRAS DOENÇAS PRODUZEM OS SINTOMAS DA OTITE EXTERNA?

A otite média é o exemplo mais importante. E outras doenças na região da orelha podem simular a otite externa. O herpes zoster da orelha e a parotidite ("papeira") são exemplos. Também a dor referida como de ouvido pode ser produzida por doença em outros órgãos próximos: dentes ou na articulação temporomandibular. Só o exame médico pode definir qual o órgão acometido e qual a doença existente.

COMO CONHEÇO O TIPO DE OTITE? E COMO TRATAR?

Quando existe a otite externa recidivante, após banhos de piscina, por exemplo, é até possível tratar sem o exame do médico. Mas, com segurança, o tipo de otite (externa? média?) é definido pelo exame clínico feito pelo médico, com o uso do otoscópio. E também é o exame médico que define se a otite externa é por bactérias, por fungos ou é um eczema. E antes disso, nada de desespero, nada de pingar gotas no conduto auditivo. São maléficas e atrapalham o diagnóstico.

O QUE FAZEMOS PARA ALIVIAR A DOR ANTES DE IR AO MÉDICO?

Para alívio da dor, antes do parecer médico, usar analgésico tipo paracetamol, dipirona ou ibuprofeno. O emprego tão popular da bolsa de água aquecida ou do pano úmido aquecido é desestimulado pela medicina. Pode aumentar ao invés de reduzir a dor. O uso de remédios locais, gotas no conduto auditivo, também não é indicado. O melhor é consultar o profissional qualificado após o uso do analgésico.

MAS SE EU ESTOU LONGE, NO INTERIOR, POSSO USAR ALGUMA GOTINHA?

É difícil responder. Quando a criança que está com dor de ouvido já apresentou anteriormente otite externa e foi medicada como tal, é possível usar o mes-

mo tratamento antes indicado. Mas é sempre importante rever o assunto com o médico. Pode ser que essa dor de ouvido seja de outra doença, uma otite média por exemplo.

COMO EVITAR A OTITE EXTERNA?

Lá vão algumas dicas: falamos, mas vamos repetir, não «limpar» o conduto auditivo com cotonetes. Se a doença ocorre após banhos de piscina ou de mar, há duas opções:

1. Pingar, antes dos banhos, em cada conduto auditivo, uma a duas gotas de óleo mineral (Nujol, por exemplo).
2. Pingar, após os banhos, em cada conduto auditivo, duas a três gotas da mistura de álcool absoluto (20 mL) com vinagre branco caseiro (20 gotas).

OTITE MÉDIA

O ouvido médio é a cavidade que fica após o tímpano. É nessa cavidade onde existe uma delicadíssima cadeia de três ossículos responsáveis pela transmissão das vibrações captadas pelo tímpano para o sistema nervoso onde são transformadas em sons. É preenchida com ar e se comunica com a faringe por um tubo chamado Trompa de Eustáquio ou tuba auditiva. Essa comunicação entre o ouvido médio e a faringe é fundamental para a manutenção do ar e do oxigênio no ouvido médio. E ainda exerce outras funções importantes. Líquido ou qualquer tipo de secreção no ouvido médio, sobretudo produzido por infecção (vírus e bactérias) ou por outros fatores (pós-infecção, falta de oxigênio, alergia e outros fatores) é doença, é otite média.

É FREQUENTE? É DOENÇA IMPORTANTE?

Um episódio de otite média ocorre em mais ou menos 80% de todas as crianças. É consequência da alta incidência de doenças do nariz e da garganta. É a principal causa de uso de antibióticos na prática pediátrica.

A OTITE MÉDIA PODE SE REPETIR NA MESMA CRIANÇA?

É comum a repetição. O médico sempre avisa: "olha, mãe, a doença da sua filha é uma otite média que pode acontecer de novo. Fique ligada. Se acontecer febre, choro, irritação, durante uma gripe, avise ao médico que ela já apresentou otite média". E uma ou outra criança apresenta formas crônicas de otite média, com persistência crônica, por longo prazo, de muco ou secreção no ouvido médio. Uma ocorrência rara é a formação do colesteatoma, que é um tumor benigno do ouvido médio, e que é sequela de otite média de longuíssima duração.

É IMPORTANTE QUANDO SE REPETE? E POR QUE SE REPETE?

Uma, duas ou três otites médias não causam preocupação. Número maior merece especial cuidado, sobretudo se ocorre em poucos meses.. Há o risco de prejuízo para a audição, pois a secreção que pode perdurar por muito tempo dificulta o funcionamento dos tímpanos. A maior frequência de otite média ocorre em crianças que: não tomaram leite materno; são menores de um ano; frequentam creches ou escolinhas; tomam mamadeira deitadas; são alérgicas e vivem com catarro e obstrução nasal; respiram mal, com a boca aberta, devido a rinite, sinusite ou aumento significativo das adenoides; permanecem muito tempo com "secreção" no ouvido médio. Outro aspecto a ser considerado é que essas crianças usam antibiótico e outros medicamentos com frequência.

PREJUDICA A AUDIÇÃO? PRECISA AVALIAR ESSE ASPECTO?

Nos clientes que apresentam muitos episódios de otite média, é usual que o pediatra e/ou o otorrinolaringologista indiquem exames audiológicos para melhor caracterizar o problema e para convencer os familiares sobre a sua importância.

O QUE CAUSA TANTA OTITE MÉDIA NA CRIANÇADA?

As frequentes gripes ou viroses que atingem o nariz entopem a Trompa de Eustáquio (ou tuba auditiva) e facilitam a instalação da otite média. Essa ocorrência é ainda mais comum quando a criança tem rinite ou sinusite alérgica, aumento das adenoides ou é filha de pais que tiveram otite na infância. Outros fatores como o tomar o leite deitado também favorece a instalação da doença.

QUAIS SÃO OS SINTOMAS DA OTITE MÉDIA?

As crianças têm sintomas respiratórios — coriza, espirros, dor de garganta, tosse — por alguns dias e, em seguida, apresentam dor de ouvido com ou sem febre. As maiores indicam a dor de ouvido. As menores choram, não dormem, não comem bem.

O QUE É O "OUVIDO ESTOURADO"?

Significa rotura timpânica. É mecanismo usado pela natureza para drenar a secreção acumulada no ouvido médio que, vocês já sabem, deve conter apenas ar. A drenagem permite que a secreção seja drenada do ouvido médio para o exterior via buraquinho no tímpano. E a secreção aparece na orelha externa. O tímpano roto rapidamente cicatriza quando a otite é adequadamente tratada. A secreção, que os médicos chamam de otorreia, pode decorrer da otite externa. Então, mais uma vez falamos, é importante que o médico sempre examine a criança com problema de ouvido. Várias otites médias e várias roturas timpânicas devem ser evitadas para não ocorrer sequelas auditivas permanentes.

COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO? O QUE O MÉDICO FAZ?

O médico usa o otoscópio para ver as membranas timpânicas e diagnosticar a otite média. E até para ver se o tímpano está integro ou roto. No caso da otite média, o médico avalia se há ou não necessidade de antibiótico e de outras medidas. Se houve várias otites médias anteriores, o profissional adota condutas próprias para a situação, inclusive a consulta com otorrinolaringologista.

COMO É O TRATAMENTO DA OTITE MÉDIA?

Quando a situação indica infecção importante, há necessidade de antibiótico + analgésicos/ ntifebris + soro fisiológico nasal. Quando a condição não indica doença importante, o tratamento inicial e sem antibióticos + analgésicos/antifebris + soro fisiológico nasal + observação + reexame após um ou dois ou três dias. A maioria dos pacientes sem doença importante melhora sem antibiótico. Mas alguns vão necessitar desse tratamento. Fica bem evidente a importância da consulta médica para selecionar o tratamento e acompanhar a evolução das crianças doentes.

E O TRATAMENTO PARA AQUELES QUE TÊM MUITAS CRISES?

Eles precisam de: diagnóstico preciso sobre o que está ocorrendo; com frequência o pediatra solicita ajuda ao otorrinolaringologista; exames radiológicos, endoscópicos, audiológicos; tratamento individualizado — colocação de tubos de ventilação, cirurgia das adenoides e outros procedimentos; acompanhamento, pois alguns doentes necessitam algum tempo para definir o que fazer.

MAS SE ESTAMOS NUMA FAZENDA, COMO ALIVIAR A DOR?

Evitem as gotinhas antes que o diagnóstico do tipo de otite tenha sido definido pelo médico. Deem analgésico e apliquem compressas secas aquecidas sobre a orelha que apresenta dor. Há médicos que aceitam, na criança que está sofrendo e não há condições de fazer logo a conduta, usar gotas otológicas até que a conduta definitiva seja definida. Repetimos: o tratamento adequado só com a consulta.

COMO VER SE A CRIANÇA CUROU?

A desaparição da febre e da dor, junto com a melhoria do aspecto geral e com a redução do quadro catarral das vias respiratórias são esperados acontecer a partir do segundo dia do tratamento com antibiótico. O exame das membranas timpânicas indica isso com mais precisão.

QUAIS SÃO AS COMPLICAÇÕES DA OTITE MÉDIA?

As principais são: persistência de secreção na cavidade do ouvido médio que pode prejudicar a audição — lembrar que essa cavidade deve ser preenchida com ar para que o tímpano exerça a sua função; rotura crônica da membrana timpânica; mastoidite que é a infecção do osso mastoide, obviamente uma doença importante.

E O TUBINHO?

Criança com várias otites médias, num curto período de tempo, que usa repetidamente antibiótico, que apresentou perfuração timpânica, que tem aumento exagerado das adenóides, enfim os casos mais difíceis, precisam avaliação com otorrinolaringologista, Para uma criança desse tipo, é possível a indicação do tubo de ventilação além de outras medidas. O tubo é um mecanismo artificial para drenar a secreção do ouvido médio para o conduto auditivo e, sobretudo, levar o essencial ar/oxigênio para a cavidade do ouvido médio. O tubinho, um pequeníssimo caninho, faz essa função artificialmente por alguns meses. Habitualmente é colocado nos dois tímpanos. A natureza, sabiamente, elimina o tubinho, em um ou dos dois tímpanos, quando não mais necessários. E o problema é usualmente resolvido. Há crianças que necessitam a colocação de mais de um tubinho semanas ou meses após o primeiro. Há até tubinhos com formatos especiais, para evitar a eliminação, nos casos mais rebeldes. E com frequências as adenóides são reduzidas ao mesmo tempo em que o cirurgião coloca o tubinho.

E COMO EVITAR TAIS DOENÇAS?

Alguns itens preventivos: amamentar por 6 meses, no mínimo; não dar mamadeira com a criança deitada; procurar evitar as gripes e os resfriados; levar a criança para a praça, para a praia, para tomar banho de sol; ouvir o pediatra que discutirá alergia, doença por irritantes (cigarro e outros) e outras doenças; vacinar a meninada.

22.5.3 PUBLICAÇÃO CIENTÍFICA SOBRE A OTITE MÉDIA

> "O uso generalizado das vacinas nas crianças tem resultado numa redução da frequência das otites médias agudas bacterianas e das sinusites bacterianas. E, consequentemente, tem reduzido o uso dos antibióticos para estas enfermidades que são das mais importantes indicações dessas drogas na infância. A aplicação rotineira da vacina contra a influenza (gripe) reduz de forma moderada a ocorrência da otite média bacteriana aguda em crianças normais. A vacina contra o H. influenza e tipo B reduziu de forma marcante a ocorrência das chamadas doenças invasivas (pneumonias e meningites) por essa bactéria e também reduziu, de forma menos intensa, a ocorrência da otite média bacteriana e da sinusite bacteriana. A vacina contra o pneu-

> mococo (com 7 tipos) também fez decrescer de forma intensa as doenças graves por essa bactéria e teve também um efeito moderado nas otites e nas sinusites causadas por esse micro-organismo".

Para destacar a importância da vacinação na criançada e em todos nós, vejam, que já em 2010, os benefícios dessa forma de prevenção de doenças apresentavam resultados extraordinários até na prevenção das infecções respiratórias e particularmente na redução de casos de otite média. É mais um alerta sobre a importância da vacinação e sobre o conselho para que não deem ouvidos aos que tentam desacreditar essa extraordinária forma de prevenir enfermidades.

E a ciência continua a avançar na prevenção das doenças evitáveis por vacinas. Recentemente destaca-se o sucesso na prevenção da Covid-19, doença que também provoca a otite média como um dos seus desdobramentos.

22.5.4 DEPOIMENTOS MÃE, FILHA E PROFISSIONAL DE SAÚDE

Depoimentos de filha e de mãe que tiveram notável experiência com a otite média e com a aplicação de tubos de ventilação, na década de 1980, e de um dos médicos que participou do acompanhamento.

Filha

> "Sou a caçula de uma família de quatro filhos. Éramos todos crianças e perguntas como "tá surda, é?" começaram a ser mais frequentes lá em casa. Eu tinha apenas 4 anos e pouco e me lembro de como minha doença no ouvido começou. Aliás, tenho pouca memória de todas as situações que vivi durante esse período. Na época, o pediatra e o otorrino D.r Nelson Caldas tomaram decisões importantes sobre minha vida. Eu me lembro de esperar horas intermináveis no consultório de Dr. Nelson. Era um senhor de fala suave e mãos leves que escrevia todo o relatório médico na sua máquina de escrever.
>
> Fui submetida a algumas cirurgias para colocação de tubos de ventilação no ouvido médio. Foram muitas que não me lembro. Nós temos família na Califórnia, essa facilidade me levou à primeira viagem aos Estados Unidos para investigar o problema com mais cautela. Também fomos a São Paulo, mas o Dr. Nelson foi quem fez a minha última cirurgia no Recife, Chegou a fazer um corte por trás da minha orelha e fiquei alguns dias no hospital com uma touca de curativo na cabeça no pós-operatório.
>
> Quando adolescente, eu perguntei à minha mãe exatamente o que eu tinha no meu ouvido. Foram tantas situações que eu não sabia dizer qual foi o meu problema. Ela me falou que percebeu uma diminuição na minha audição, eu

estava ficando surda e, após as consultas médicas e o exame de audiometria, concluiu-se que eu precisava colocar um tubo de ventilação. Após a primeira cirurgia, identificaram que meu organismo rejeitava o tubo, por isso eu precisei refazer algumas vezes.

Eu tenho um filho de 5 anos que foi diagnosticado com um início de perda auditiva e, após o exame de audiometria, ele também precisou fazer a cirurgia de implantação do tubo. Felizmente ele não teve a rejeição que eu tive.

Hoje eu tenho uma leve perda auditiva, nada que comprometa o meu dia a dia, mas sempre estou atenta a possíveis alterações. Eu sou designer e recentemente assisti uma palestra sobre acessibilidade onde a palestrante perdeu a audição na adolescência. No seu discurso, a perda foi tão gradativa que ela não teve a percepção do percentual até realmente comprometer o seu dia a dia e precisar fazer um implante coclear. Comparei isso a um comentário da minha sogra, ela nunca tinha percebido o quanto o seu branco era amarelado até fazer a cirurgia de catarata. Para dizer que a assistência médica qualificada faz a diferença"

Mãe

"Uma de minhas garotas, desde aproximadamente 2 anos, apresentou uma queda na audição. Com o auxílio do pediatra e do otorrino Dr. Nelson Caldas, constatou-se uma inflamação crônica no ouvido esquerdo e assim começou a série de oito cirurgias para colocar o tubo de ventilação. Minha filha sempre rejeitara o tal tubo de ventilação. No 3º episódio, ela teve um problema e precisou fazer uma cirurgia maior. Não posso esquecer o pediatra carregando-a com muito carinho para levar ao centro cirúrgico. Como mãe, buscava sempre uma solução, pois além do sofrimento físico, ela se entristecia com a constatação de não ouvir direito, não tomar banho de mar e piscina por vários anos. Com o apoio do pediatra fomos a São Paulo e a Los Angeles. A solução apresentada era sempre a mesma: tubos de ventilação. Minha filha está bem, hoje com mais de 40 anos, e acredito que o apoio que tivemos dos médicos foi fundamental para a superação deste problema."

Médico

"O exemplo mostra os resultados da boa prática médica e do perfeito entrosamento entre familiares e equipe profissional. A pacientes foi submetida a repetidas cirurgias do ouvido médio, principalmente com a aplicação dos tubos de ventilação. Vejam que;

A pesquisa científica, que sempre deve ser de boa qualidade, aponta resultados que devem ser observados pelos quatro cantos da terra desde que observados alguns itens de comparabilidade. Assim, neste caso, e a recomendação

dos médicos do Recife foi referendada por profissionais de São Paulo e dos Estados Unidos, o que destaca que o correto diagnóstico e a correta indicação da terapêutica são universais. Assim difícil entender que o que se aplica para determinado problema para paciente do Recife não se aplique também para situação semelhante nos Estados Unidos e na China.

Também importante ressaltar o valor das condutas clássicas da medicina que se mantém por décadas. O uso dos tubos de ventilação é prática que já tem mais de 50 anos. Os tubinhos, nessa paciente, foram usados há mais de 40 anos, de forma repetida. E todos os profissionais falavam: coloque os tubos de ventilação. E ainda hoje, para certas enfermidades do ouvido médio a recomendação, é a aplicação dos famosos tubinhos."

Sempre ressaltamos que os textos servem como orientação inicial e geral e não substituem a avaliação médica.

22.6 RONCO, RESPIRAÇÃO BUCAL E APNEIA

Carlos Gonçalves de Oliveira
Fabiana Araujo Sperandio (in memorian)
Jailson de Barros Correia
João Guilherme Bezerra Alves
Marcelo Mendonça
Otelo Schwambach Ferreira

22.6.1 AUMENTO ANORMAL DAS ADENOIDES E DAS AMÍGDALAS

A respiração nasal é importante para a boa oxigenação corporal, essencial aspecto da saúde geral. O nariz tem funções nobres na respiração pulmonar. Filtra as impurezas, aquece e umedece o ar que chega aos pulmões.

Nossa proposta é discutir, na criança, o ronco e a respiração pela boca, indicadores de dificuldade respiratória e, potencialmente, de deficiente oxigenação. E essa oxigenação insuficiente produz uma cadeia de eventos anormais que pode causar até a falência cardíaca.

Por isso, que o ronco e a respiração com a boca aberta sempre devem ser relatados aos médicos. As principais causas do problema na clínica pediátrica são o aumento anormal (ou hipertrofia sintomática) das adenoides e das amígdalas, ambas doenças curáveis.

O RONCO E A RESPIRAÇÃO ORAL PODEM SER SINAIS DE DOENÇA IMPORTANTE?

O ronco e a respiração pela boca podem ser sinais de anormalidade importante que reduz a essencialíssima oxigenação corporal. A respiração normal é nasal, com a boca fechada, praticamente inaudível, de dia e de noite. Quando é audível, quando existe ronco, é provável que a respiração nasal esteja comprometida. Que a boca esteja sendo usada para a entrada do ar e que esteja ocorrendo prejuízo para a oxigenação geral.

É IMPORTANTE O ENTUPIMENTO NASAL E O RONCO DE UM RESFRIADO OU DE UMA GRIPE?

A dificuldade respiratória do resfriado (ou mesmo da gripe) é uma condição aguda em que o problema vai ser logo resolvido. O ronco logo desaparece. Isso não causa grandes distúrbios. O ronco prejudicial é o que dura por meses ou anos e que também altera a oxigenação corporal por longo prazo. E esse ronco não depende de gripe nem de resfriado. Decorre de outros problemas.

COMO SABEREMOS SE O RONCO PRECISA DE MAIOR ATENÇÃO?

Primeiro os cuidadores devem evidenciar a presença do ronco e da respiração pela boca. Segundo devem definir a duração dos sintomas. E devem ir ao médico relatar as observações. Saber que os sintomas existem por longo tempo e não relatar ao médico é deixar a criança sujeita a alterações importantes e de difícil reversibilidade, é descaso inaceitável. Cabe ao médico explorar o assunto, definir a causa, avaliar a importância do assunto e planejar o tratamento.

COMO DESCOBRIMOS QUE NOSSAS CRIANÇAS RONCAM?

O ronco e a respiração oral surgem principalmente durante o sono. É valioso observar a criança dormindo. Duas situações existem:

- A primeira é quando o ronco e a respiração oral são bem evidentes a ponto de todos na casa saberem do problema. O ronco é facilmente ouvido quando o adulto entra no quarto ou quando passa no corredor e a porta do quarto está aberta. Se a criança tira um “cochilinho” na sala, todos percebem o problema. Isso deve ser descrito ao médico. Mas essa é a situação menos comum.
- A segunda, a mais usual, é a presença do ronco menos evidente. Por isso, é menos referida ao médico. E só é descoberto quando os cuidadores, vez ou outra, vão ver como a criança está dormindo.

COMO OBSERVAR O SONO PARA EVIDENCIAR O RONCO E A RESPIRAÇÃO ORAL?

O que se recomenda é que a criança deve ser observada enquanto dorme de "barriga para cima", sem travesseiro. É mais valioso observar por alguns minutos na fase do "sono ferrado" e não no início. Essas condições favorecem o aparecimento do ronco.

PODEMOS OU DEVEMOS FAZER UM VÍDEO COM O CELULAR?

É uma bela iniciativa. Ficará mais fácil para o médico avaliar o enfermo com essa informação. É mais válido quando vocês fazem vídeos repetidos, várias noites seguidas.

QUE SINTOMAS, NÓS FAMILIARES, DEVEREMOS OBSERVAR?

Vamos dar uma lista de assuntos que devem ser informados ao médico: irritabilidade, sono diurno excessivo, dor de garganta frequente, dificuldade com a alimentação, problemas com a escolaridade, mudança no ganho de peso, falta de ânimo para brincar, desinteresse geral, dentre outros dados gerais. Presença de otite média, repetição frequente de "amigdalites", catarro nasal constante, tosse frequente, asma, eczema e "pneumonias". Uso constante de antibióticos, redução da audição, consulta ao otorrinolaringologista. Respiração bucal, durante o dia; deformidade torácica, mudança no perfil facial e dificuldades odontológicas — é importante verificar o que o odontopediatra falou sobre o assunto; presença de apneia.

JÁ OUVI FALAR DE APNEIA. O QUE É?

A apneia é uma parada involuntária da respiração. É o evento mais grave na criança que ronca e que respira com a boca aberta. Na apneia a oxigenação corporal é suspensa. Pode ser emocional como nas crises de perda de choro ou causada por doenças, inclusive neurológicas. Na criança, o mais comum é a apneia que ocorre durante o sono na criança que ronca. Ocorre habitualmente nos casos mais graves, A criança que apresenta apneia deve ter um ronco mais importante que significa uma obstrução maior da via aérea. E, numa noite, o paciente pode ter dezenas de apneias. O raciocínio é simples. Essa criança tem quadro grave necessita socorro médico imediato.

COMO DESCOBRIMOS A APNEIA?

Vamos tentar reproduzir o que ocorre. Na criança que ronca, a dificuldade respiratória aumenta, o ronco também e, subitamente, a respiração para por segundos. Após isso, há um ronco mais intenso, uma respiração mais profunda, e a criança volta a respirar espontaneamente, roncando. Isso acontece várias vezes numa mesma noite. Quanto mais apneias, mais problemático é o caso. Essas paradas da respiração provocam queda da oxigenação sanguínea e uma série de outras alterações. A criança com apneia é portadora de um quadro mais crítico e precisa ir ao médico com pressa.

O QUE O MÉDICO OBTÉM NO EXAME?

Todo pediatra deve incluir na consulta questões sobre o padrão respiratório da criança durante o sono. E se a mãe não sabe responder, o profissional deve falar sobre a importância do assunto. E quando o cuidador cita que o filho ronca ou quando o médico percebe que pode haver doença da via aérea superior, ele busca informações sobre: sintomas antes citados e que podem ser observados pelos familiares; ganho de peso e sobre os outros indicadores do crescimento; deformidade facial, palato deformado e problemas ortodônticos; doença do ouvido médio, sinusite, rinite e tamanho das amígdalas; deformidade torácica, pois há deformação, a cintura diafragmática, que o médico facilmente caracteriza; pressão arterial e alterações cardiológicas porque poucos pacientes com as formas mais intensas da problemática podem apresentar alterações nesses aspectos.

QUAIS AS PRINCIPAIS DOENÇAS QUE CAUSAM O RONCO E A REPIRAÇÃO COM A BOCA ABERTA?

São doenças que duram meses ou anos e que dificultam a respiração nasal. São doenças do nariz e das estruturas vizinhas. O aumento exagerado das adenoides é a principal causa. As amígdalas muito grandes também originam o problema. Rinite crônica, desvio do septo nasal e outras doenças também podem ser causa. Isso acontece mais entre 3 e 5 anos de idade, quando as adenoides alcançam seu tamanho máximo.

FALEM SOBRE O AUMENTO EXAGERADO DA ADENOIDE E DAS AMÍGDALAS.

Nos primeiros tempos da vida, as amígdalas e as adenoides são pequenas. Os estímulos imunitários, sobretudo das infecções, estimulam a reação do tecido de que é feito essas estruturas. E elas crescem. Crescem muito. Aos 4 ou 6 anos elas alcançam o volume máximo. Isso é normal e não causa sintomas. Então começam a ficar menores e em poucos anos alcançam o tamanho observado no adolescente. Em poucas crianças, esse crescimento é exagerado e causa sintomas, como estamos estudando agora. E os sintomas ocorrem entre os 4 e 6 anos. É quando a maior parte das crianças é diagnosticada com apneia, ronco e respiração oral e quando é indicada o tratamento cirúrgico.

O QUE FAZER PARA DIAGNOSTICAR O PROBLEMA E SUAS CONSEQUÊNCIAS?

O pediatra e o otorrinolaringologista são essenciais para o diagnóstico adequado. Esse último dispõe de equipamento para visualizar e filmar o interior do nariz, as adenoides e as estruturas que podem estar causando o distúrbio. O raio-X ajuda e o laboratório de sono é o que há de mais moderno e que mais auxilia na definição precisa do problema. Quando bem indicada, a polissonografia pode auxiliar

muito. Esse exame é realizado com criança dormindo em uma sala escura, com vigilância e auxílio e acompanhamento de técnicos de enfermagem. Eletrodos são colados no couro cabeludo da criança e sensores respiratórios colocados para avaliar o fluxo aéreo bucal ou nasal.

EXISTEM ALTERAÇÕES EM OUTROS ÓRGÃOS?

Nos casos mais críticos e de longa duração, há prejuízo para o ganho de peso e de altura, para o aprendizado, para a atividade física e para muitos outros setores do corpo. Também pode ocorrer alteração da circulação pulmonar e até alterações cardíacas. Há relatos inclusive de falha da função cardíaca. Assim o cardiologista pode ser consultado. Eletrocardiograma, ecocardiograma, raio-X de tórax e outros exames podem ser solicitados pelo especialista.

QUANDO CONSULTAR O ODONTOPEDIATRA E O FONOAUDIÓLOGO?

A respiração bucal deforma a face e causa importantes alterações dentárias. Assim, idealmente, o odontopediatra deverá ser consultado para avaliar as repercussões ocorridas e decidir sobre a conduta. O ortodontista e o fonoaudiólogo são importantes em alguns casos.

COMO É O TRATAMENTO?

Quando existe apneia e outras alterações importantes e a causa de todo o problema é o aumento das adenoides, há necessidade de cirurgia. Se o problema for causado por amígdalas muito volumosas, a cirurgia pode ser a solução. A maior parte dos casos que não apresentam apneia, nem distúrbio cardiológico, nem outros problemas significativos, poderá ser tratada clinicamente. Mas todos necessitarão seguimento por profissionais criteriosos, idealmente os mesmos médicos e por familiares devidamente instruídos, para definir quais clientes estão respondendo ao tratamento clínico e quais não estão respondendo, ou mesmo piorando. Para os últimos, a hipótese do tratamento cirúrgico deve ser colocada.

O QUE É O TRATAMENTO CLÍNICO?

São recomendados: alimentar e vacinar de forma apropriada; reduzir a exposição a ambientes fechados e a poluentes respiratórios; aumentar o contato com ar livre nas praças, na praia, no campo e incrementar a prática esportiva; evitar contato com água clorada em piscinas e estimular o contato com água do mar, com o sol, com a praia; tentar evitar, nas crianças de menos de quatro anos, o convívio em creches e escolinhas; monitorar o crescimento com muito cuidado; tratar as infecções e outros quadros agudos com critério; prescrever vitaminas (A e D) e complementos minerais (Ferro, Zinco e outros) quando indicados; motivar a fa-

mília para seguir o planejamento que é de longo prazo; isso deve incluir visitas periódicas ao pediatra e ao otorrinolaringologista, que devem encampar a mesma proposta terapêutica.

COMO PREVENIR O PROBLEMA?

A fórmula para, pelo menos, minimizar o problema do aumento excessivo do tamanho das adenoides e das amígdalas é: peito da mãe e alimentação sadia por toda a vida + vacinação + vida ao ar livre + prática de esportes + luta contra o sedentarismo + convívio com muitas crianças em creches e escolinhas só quando inevitável + prevenção do contato com fumantes e outros irritantes respiratórios + prevenção do contato com ácaros e outras substâncias produtoras de alergia, no caso dos alérgicos + assistência médica adequada, com tratamento criterioso das infecções. Mesmo com todos esses cuidados, alguns apresentarão dificuldade face ao crescimento excessivo das aludidas estruturas.

Sempre temos falado que os textos pretendem auxiliar os pediatras nas suas tarefas e nunca substituir a consulta médica.

23 | DOENÇAS DIGESTIVAS

23.1 DENTE, GENGIVA, LÍNGUA E LÍNGUA PRESA

Cândida Augusta Rebelo de Moraes Guerra
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira
Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva

O tema língua presa será abordado no fim do texto. Agora, no início, serão revisados os aspectos gerais.

23.1.1 SAÚDE DENTAL, GENGIVAL E LINGUAL

São assuntos importantes e devem ser incluídos em qualquer agenda destinada a cuidar da saúde das crianças e dos adolescentes.

A SAÚDE DA GRÁVIDA É IMPORTANTE PARA OS DENTES DOS FILHOS?

Hoje trabalhamos com os mil dias de vida do bebê, que se iniciam no período da gestação e vão até o 2º ano de vida, dessa forma o acompanhamento odontológico da gestante é de extrema importância. Os dentes de leite começam a se formar a partir da sexta semana após a concepção. A saúde e a alimentação adequada da mãe favorecem o correto desenvolvimento dessas estruturas. Alimentos ricos em cálcio e fósforo são benéficos. As mães deverão aumentar a ingestão de queijo, leite, peixe e substituir alimentos com alto teor de açúcar por frutas e vegetais frescos. O paladar dos bebês começa a se desenvolver por volta do quarto mês da gestação. O consumo de muito açúcar nesse momento poderá induzir as crianças a gostarem muito de doces. As doenças da gengiva e dos dentes maternos poderão se agravar e prejudicar o desenvolvimento do feto. Logo, é importante visitar o dentista a cada trimestre, a fim de receber os cuidados com a sua saúde bucal e as orientações com a saúde bucal do futuro bebê.

QUAL É A SEQUÊNCIA DA ERUPÇÃO DOS DENTES?

Pode variar, mas, geralmente é assim a erupção dental:

Decíduos (provisórios) — incisivos centrais e laterais inferiores: 6 meses; incisivos centrais e laterais superiores: 8-10 meses; primeiros molares inferiores e superiores:

15-16 meses; caninos inferiores e superiores: 17-18 meses; segundos molares inferiores e superiores: 18-29 meses. A dentição decídua completa é com 20 dentes.

Permanentes — molares permanentes superiores e inferiores localizados atrás de todos os dentes decíduos: 5-7 anos; incisivos inferiores e os incisivos superiores centrais e laterais decíduos são substituídos pelos permanentes após os 6 anos; os molares e caninos decíduos inferiores e superiores caem e nascem os permanentes entre 9 e 11 anos; os molares decíduos são substituídos pelos segundos pré-molares definitivos e finalmente os caninos decíduos superiores amolecem e são substituídos pelos permanentes ao redor dos 11 anos; o processo continua com a substituição dos decíduos pelos permanentes e nascem os terceiros molares (sisos) aos 18 anos. Aí, a dentição definitiva estará completa, com 32 dentes.

É PREOCUPANTE O ATRASO NA VINDA DOS PRIMEIROS DENTES?

Um atraso de poucas semanas pode ser normal. Mas se os familiares estão preocupados com um possível retardo na erupção dentária, é bom falar com os seus pediatras. A erupção também pode ser antecipada. Podem surgir logo após o nascimento ou por volta dos 2 a 3 meses de idade. Os odontopediatras deverão ser ouvidos.

É VERDADE QUE ERUPÇÃO CAUSA FEBRE OU OUTROS SINTOMAS?

O assunto é discutido no capítulo *Febre*. Poucas pesquisas mostram relação da erupção dentária com alterações no corpo. Há uma maior vascularização gengival que provoca a irritação local no momento da saída do dentinho. A maior parte dos estudiosos fala que esses fatos fisiológicos não causam malefícios. No entanto os cuidadores relatam algumas alterações que acontecem no mesmo momento do nascimento dos dentes.

O QUE FAZER PARA FAVORECER A ERUPÇÃO DENTAL?

Para ajudar o rompimento dos dentinhos e melhorar esse desconforto, oferecer aos bebês alimentos mais duros e mordedores de borracha para massagear a gengiva. Manter os mordedores na geladeira. Resfriados eles amenizam ainda mais o desconforto. Se o bebê ainda mama, pode ser oferecido o picolé de leite materno.

HÁ REMÉDIOS PARA REDUZIR OS PROBLEMAS DA ERUPÇÃO DENTAL?

As dificuldades que a erupção causa, se é que realmente ocorrem, são de pequena monta e superáveis com carinho e paciência. Analgésicos e pomadas anestésicas, todos com reconhecidos efeitos colaterais, são um exagero. Podem fazer muito mal. Remédios fitoterápicos com beladona, arnica e matricária, para beber ou para uso local, são medidas mais apropriadas. Os mordedores de silicone

resfriados também aliviam a irritação e massageiam a gengiva. Permitir que as crianças mordam pedaços de cenoura ou talos de vegetais crus também ajuda. Outra medida que auxilia é a massagem delicada da gengiva com uma gaze enrolada no dedo e umedecida com água. Os alimentos aquecidos podem aumentar o desconforto. Também não recomendamos o uso do colar de Âmbar para alívio desse desconforto, além de não ter comprovação científica do seu efeito, temos o risco de acidentes.

O QUE É UMA BOLA ROXA NA GENGIVA QUANDO OS DENTES ESTÃO PARA NASCER?

Isso é comum e ocorre mais com a erupção dos primeiros molares. É causado pelo acúmulo de sangue ao redor do dente que está nascendo. Não é doença. É denominado hematoma de erupção dental. Não precisa tratamento. Desaparece espontaneamente.

A AMAMENTAÇÃO É IMPORTANTE PARA A SAÚDE BUCAL?

A extração efetiva do leite no peito é muito importante para o desenvolvimento dos maxilares e das estruturas peribucais. Na amamentação, a criança utiliza a mesma musculatura da futura mastigação e reforça a respiração nasal. O correto padrão de sucção, deglutição e respiração com a movimentação adequada da língua e mandíbula estimula o crescimento dos ossos da face e favorece o alinhamento dos dentes quando estiverem erupcionando.

QUANDO COMEÇAR A HIGIENE BUCAL?

A higiene deve iniciar a partir da erupção dos dentes de leite, com escova e creme dental fluoretado. Antes dos nascimentos dos dentes, não recomendamos a limpeza da boca do bebê, em especial se estiverem em aleitamento materno exclusivo. Estudos recentes apresentaram benefícios das imunoglobulinas no leite materno na colonização da flora bucal do bebê, além de apresentarem o aparecimento de mais alterações bucais nos bebês que tiveram a boquinha manipulada. Para os bebês que fazem uso de fórmulas, recomendamos a limpeza com gaze e água, a partir do terceiro mês de vida ou quando recomendado pelo odontopediatra.

VOCÊS RECOMENDAM O USO DOS MASSAGEADORES DE SILICONE?

As dedeiras e os massageadores não são úteis para a higienização. Eles apenas massageiam a gengiva e talvez possam aliviar nos momentos de desconforto e irritação. Para a higienização, usar as escovas apropriadas para cada idade.

COMO HIGIENIZAR OS MORDEDORES?

Os mordedores de silicone são preferidos, pois permitem uma higienização mais adequada do que os de látex. Eles não devem ter bordas com saliências que favorecem o acúmulo de detritos. A higienização é com uma escova de cerdas macias, água quente e sabão neutro. É importante enxaguar bem para não deixar nenhum resíduo sobre a superfície. Antes do uso, é necessário esterilizar os mordedores com água fervente em uma panela apropriada, por cinco minutos. A fervura por maior tempo danifica o material.

COMO É A HIGIENE LOGO APÓS O NASCIMENTO DOS DENTES?

Nessa fase, devemos usar a escova dental apropriada para a idade com creme dental fluoretado (1100 ppm) em pequena quantidade, de manhã e à noite. A escovação após o almoço é realizada apenas com a escova. A limpeza é no sentido da gengiva para o dente em todas as faces.

POR QUE USAR O CREME DENTAL COM FLÚOR NO INÍCIO DA ESCOVAÇÃO?

A escovação com creme dental fluoretado é a forma de prevenção da cárie nos nossos pequenos. A quantidade de creme dental é que iremos aumentando de acordo com a idade, antes dos 2 anos apenas “melando” as cerdas, a partir daí o quantitativo correspondente a um grão de arroz seco e a partir dos 3 a quantidade de um grão de ervilha.

.

QUANDO USAR O FIO OU A FITA DENTAL?

É importante iniciar o uso do fio ou da fita dental a partir dos 2 anos de vida. A escova não limpa entre um dente e outro, fator que favorece o aparecimento da cárie. Utilizem uma vez ao dia, antes da escovação. Preferentemente, usar o fio e a fita encerados e com sabor para melhorar a aceitação, podemos também iniciar com o uso do fio dental de forquilha. Embora o início seja difícil, a introdução do fio ou da fita deverá ocorrer sem transtornos logo que as crianças estiverem acostumadas com a escova.

O QUE FAZER PARA QUE AS CRIANÇAS VALORIZEM A HIGIENE?

Primeiro: nunca forçar, não agredir, não traumatizar e fazer o asseio do modo mais delicado possível. Segundo: conversar, explicar, falar repetidamente sobre os benefícios da higiene. Terceiro: dar o exemplo e mostrar que papai e mamãe fazem bem direitinho a limpeza dos dentes, da gengiva e da língua, a motivação é muito importante. A escovação é de responsabilidade dos pais até que o filho tenha pelo menos 7 anos. Ainda nessa fase, é importante a supervisão, uma vez que a coordenação motora está sendo aprimorada. Recomendamos especial atenção para a escovação noturna.

POR QUE É IMPORTANTE CUIDAR DOS DENTES DE LEITE?

Os dentes de leite são muito susceptíveis ao aparecimento das lesões de cárie e precisam ser tão bem cuidados quanto os definitivos. Eles servem de guia para a erupção dos permanentes e para a manutenção do crescimento adequado das estruturas da face. São importantes também para a mastigação, a deglutição, o desenvolvimento da fala e a digestão dos alimentos. Evidentemente, os definitivos são extremamente importantes, pois ficarão na cavidade bucal o resto da vida. A doença cárie, dor, infecção, prejuízo estético e até gasto desnecessário poderão ser consequência da falta de cuidados com a dentição decídua.

E O ASSEIO DA LÍNGUA?

A superfície visível da língua é coberta por uma camada esbranquiçada formada por restos de alimentos e de células do próprio órgão (saburra) que pode provocar mau hálito e prejudicar a saúde dental e bucal. É importante realizar a limpeza da língua junto com a escovação. Utilizem a escova dental ou o utensílio apropriado para esse fim. Comecem a limpar delicadamente a ponta da língua, e com o tempo estendam esta limpeza até onde for possível.

QUAIS OS CUIDADOS COM A HIGIENE DA GENGIVA?

A gengiva precisa ser higienizada para não adoecer. A gengivite é um processo inflamatório provocado pela falta de escovação. O uso inadequado da escova que traumatiza a gengiva ao redor do dente deve ser evitado. A escova deve ser passada da gengiva para o dente, com delicadeza. Assim, ela é limpa e massageada, o que evita a gengivite. O uso do fio dental também é importante para a saúde da gengiva.

O QUE É PLACA BACTERIANA?

O biofilme dental, ou placa bacteriana, é o acúmulo de resíduo alimentar e de bactérias da flora bucal ao redor de todo o dente. Ela é importante no desenvolvimento da cárie e da gengivite. Também provoca mau hálito. A placa bacteriana é eliminada com a escovação adequada e com o uso apropriado do fio dental.

O QUE É O TÁRTARO? CRIANÇA TEM? COMO EVITAR E TRATAR?

O tártaro é a placa bacteriana calcificada e está sempre associado à gengivite. A criançada geralmente apresenta um grau menor do problema. O tratamento consiste na remoção pelo odontopediatra. A placa calcificada não sai com a escova. A prevenção é com a boa escovação e com o uso do fio dental.

FAZ MAL CHUPAR DEDO OU CHUPETA?

O assunto é revisto no capítulo *Chupeta ou dedo?*

A MAMADEIRA FAZ MAL PARA OS DENTES?

O uso excessivo da mamadeira após a erupção dos primeiros dentes pode causar a grave cárie da mamadeira (atualmente o termo utilizado é cárie da 1ª infância). O acréscimo de açúcar e cereais ao leite agrava o problema dental. A mamadeira noturna é o principal fator para o desenvolvimento das lesões de cárie em crianças na faixa etária de 18 a 36 meses. Ela deve ser oferecida apenas com a criança acordada e os dentes devem ser escovados posteriormente. Assim, vocês devem estimular o uso do copo e da colher e devem introduzir, desde cedo, os alimentos não lácteos na alimentação das crianças. Há recomendações para suspender gradualmente o uso da mamadeira entre 9 e 12 meses de idade. Para aquelas crianças de mais de 1 ou 2 anos que desejam comer algo antes de dormir, o melhor é dar uma fruta.

E AS CRIANÇAS QUE "RANGEM" OS DENTES? VERMES CAUSAM ISSO?

O bruxismo que é o nome científico para o ranger de dentes. É de origem central e fatores estão associados ao bruxismo na criança. Fatores como obstrução das vias aéreas, infecções repetição das vias aéreas superiores, refluxo, alterações neurológicas, TDHA, estresse, podem estar relacionados com o bruxismo infantil. É comum nas crianças de 3 a 6 anos pelo próprio desenvolvimento emocional nessa fase. Pode até ocorrer em adultos. É observado durante o dia ou à noite na fase mais profunda do sono. A observação de que os vermes causam o problema não encontra apoio científico. O bruxismo prolongado e intenso pode ocasionar desgastes dentários e outros importantes prejuízos para as estruturas da mastigação. O odontopediatra é essencial para o tratamento dos casos mais importantes que deve ser precedido pelo estudo das características emocionais das crianças e dos seus familiares, da frequência e da intensidade do hábito e da análise dental. Ele atua através de procedimentos específicos da odontologia. Em alguns casos, pode haver a necessidade de atuação conjunta de vários especialistas.

E O QUE É A CÁRIE?

A cárie é uma doença biopsicossocial causada por um desequilíbrio na microbiota bucal nativa. Esse desequilíbrio é provocado principalmente pelo consumo em grande frequência de carboidratos fermentáveis, especialmente, mas não apenas, a sacarose e que leva à perda de mineral do tecido duro do dente. Ela se manifesta inicialmente como uma lesão não cavitada e se nada for feito para conter a perda mineral, poderá evoluir para a cavidade. Devido ao caráter dinâmico

da doença, a avaliação do risco de desenvolver a doença, se faz necessária e irá diminuir as chances da doença se instalar e evoluir para uma lesão de cárie.

A OCORRÊNCIA DA CÁRIE ESTÁ MUDANDO?

Nos últimos anos, constatou-se declínio da prevalência da cárie. Mas ainda é problema de saúde pública. É mais notada na população carente. A doença cárie pode ser erradicada da face da terra.

COMO PREVENIR E TRATAR A CÁRIE?

A prevenção da cárie é possível com: escovação com creme dental fluoretado, fio dental, controle da dieta (evitar os carboidratos fermentáveis, retirar da alimentação noturna o mais precocemente possível), visitas regulares ao odontopediatra iniciadas ainda no 1º ano de vida. Nas lesões iniciais da cárie, sem cavitações, o profissional usa apenas medidas preventivas. Em alguns casos, ele indica o uso de flúor. Nos casos com cavitações, ele realiza o tratamento restaurador convencional e preserva o máximo as estruturas dentárias. A doença cárie não tratada pode levar ao desenvolvimento de processos inflamatórios (pulpites), infecciosos (abscessos) e até a perda do elemento dental.

QUAIS ALIMENTOS PODEM EVITAR OU PRODUZIR A CÁRIE DENTAL?

Há vários aspectos importantes:

- Alimentação a intervalos muito curtos não permite que a saliva volte a ter suas características normais o que favorece o desequilíbrio do meio bucal e a ação das bactérias que ocasionam a cárie. É recomendável intervalo de cerca de três horas entre uma alimentação e outra.
- Dieta com biscoitos recheados, refrigerantes, bolos e balas caramelizadas favorece o desenvolvimento da cárie, principalmente se esses alimentos são oferecidos com muita frequência. Evitem alimentos aderentes, pegajosos.
- Os alimentos açucarados devem ser oferecidos como sobremesa.
- Alimentação com frutas, verduras, legumes, carnes e sem alimentos açucarados entre as refeições é essencial para a manutenção da saúde bucal. Os lanches não devem ser cariogênicos, devem ser à base de frutas ou legumes como maçã, laranja, abacaxi, melão, cenoura no lugar dos bolos, biscoitos, geleias e refrigerantes.

E O FLÚOR?

Há vários aspectos a destacar sobre o flúor:

- Quantidades adequadas de flúor são essenciais para a perfeita saúde dental. O excesso pode ser maléfico.
- Atualmente, todos os cremes dentais contêm um teor de flúor apropriado para a prevenção da cárie.
- O uso do flúor sob outra forma é indicado para crianças com necessidades específicas, segundo orientação do profissional.
- A mancha branca ou lesão de cárie inicial pode ser paralisada com a aplicação de flúor. Assim, é possível conseguir a reparação do esmalte dentário danificado. Quando a mancha branca não é tratada, a perda mineral progride originando uma cavidade que vai se aprofundando e que pode chegar a causar dor e infecção (pulpite). Se o quadro avança mais, surge o abscesso dental. O rosto fica inchado e, às vezes, o pus sai por uma bolinha que se forma na gengiva.

O USO EXCESSIVO DA PASTA COM FLÚOR PODE CAUSAR PROBLEMAS?

As crianças menores de 5 anos ingerem em média 30% de pasta usada na escovação. Quando não se utiliza simultaneamente flúor sob outra forma, não há risco de malefícios. Se são usados água fluoretada + flúor medicamentoso + pasta com flúor, há risco do desenvolvimento de alterações estruturais nos dentes permanentes que é conhecida como fluorose dental. Quando a água para consumo não contém o mineral, a presença de flúor no creme dental é de suma importância. O controle da quantidade de creme dental na escovação é importante. As crianças devem ser instruídas a cuspir e não a deglutir a pasta. A partir dos 3 anos, elas devem ser ensinadas a bochechar com água após a escovação.

O QUE É FLUOROSE DENTAL?

O excesso de flúor por longo prazo provoca a fluorose que corresponde a alterações estruturais no esmalte dental de todos os dentes definitivos. Pode ser leve provocando apenas alterações estéticas, como pigmentação branca no esmalte dentário, ou moderada e grave com manchas amareladas ou marrons, além de defeitos estruturais no esmalte.

PODE SER FEITO O CLAREAMENTO DENTAL NA INFÂNCIA?

Os dentes permanentes são mais amarelados que os decíduos porque possuem uma estrutura diferente. O esmalte dentário dos primeiros vinte meses de idade é mais transparente e permite ver a cor mais amarelada de dentina que é a parte mais interna do dente. À medida que a dentição permanente é completada, o esmalte torna-se mais mineralizado, mais maduro e os dentes ficam mais claros e apresentam uma coloração mais homogênea. O clareamento dental não é rea-

lizado na infância, mas pode ser feito na adolescência, após criteriosa avaliação profissional.

O QUE É PULPITE? O QUE É ABSCESSO DENTAL?

A pulpite é o processo inflamatório do tecido inervado, a polpa dental. Poderá ser provocada por cárie em estágio avançado ou trauma dental. Nesse caso, a criança sente dor e necessitará de tratamento imediato. O abscesso dental acontece pelos mesmos motivos da pulpite, porém já houve morte do tecido e desenvolvimento de processo infeccioso com formação de pus no interior do dente. Habitualmente, o abscesso abre para a gengiva com uma bolinha amarelada, chamada fístula. Nesses casos, também se faz necessário o tratamento imediato do dente, mesmo sendo de leite.

CRIANÇA TEM DOR DE DENTE?

Na lesão de cárie superficial, a dor pode não existir, ser intermitente ou intensificada pela ingesta de líquidos frios e doces. À medida que a cavidade progride e alcança a polpa dental, a dor fica mais intensa e insuportável. Os analgésicos não funcionam e a solução é ir ao odontopediatra rapidamente.

A ODONTOLOGIA RECOMENDA A EXTRAÇÃO DENTÁRIA NAS CRIANÇAS?

A criança deve participar com tranquilidade do período de troca dos dentes decíduos. Eles amolecem e a meninada, sozinha ou com a ajuda de familiares, retira os dentinhos com muita satisfação. Apenas em situações específicas o odontopediatra ajuda nessa retirada. A remoção de dentes permanentes sadios está cada vez mais fora das estratégias de tratamento ortodôntico com o avanço da tecnologia na ortodontia e o início da correção das maloclusões de forma precoce, também com a ortopedia funcional dos maxilares. Infelizmente, a prática da extração dentária, em face de graves doenças odontológicas, ainda é uma forma extrema de tratamento que deveria inexistir se fossem adotadas medidas preventivas adequadas.

A RESPIRAÇÃO BUCAL PREJUDICA OS DENTES?

A passagem contínua de ar pela boca, por longo prazo, provoca uma série de alterações na estrutura facial, em várias funções corporais, na alimentação e mesmo comportamentais nas crianças. As anormalidades observadas compõem o quadro clínico denominado síndrome do respirador bucal que necessita do acompanhamento por uma equipe multiprofissional.

A PARTIR DE QUE IDADE OS ODONTOPEDIATRAS USAM ANESTESIA?

A anestesia odontológica é usada já nos primeiros anos de vida, sempre que necessária e bem indicada. Existem equipamentos modernísimos, sobretudo brocas especiais, que diminuem a dor em 70%. Não produzem aquele som desagradável e, na maioria das vezes, não há necessidade de anestesia.

HÁ PARTICULARIDADES NA ODONTOLOGIA PARA OS ADOLESCENTES?

Os adolescentes demandam uma atenção especial, principalmente em relação aos cuidados com a higiene oral e a gengival. É um período de alterações hormonais que interferem na vascularização periférica e junto a uma higiene deficiente teremos a gengivite com maior frequência e intensidade. Também precisamos ter uma atenção aos esportes indicando o uso de protetores bucais para a proteção contra acidentes.

E AS CRIANÇAS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA?

O tratamento odontológico das crianças portadores de deficiência é um desafio que deve ser vencido com competência profissional e muita paciência. Hoje existem profissionais devidamente qualificados para tratar dessas crianças. Algumas vezes, há necessidade inclusive do uso de anestesia geral, em ambiente hospitalar, para que o tratamento seja executado de forma mais rápida, com menos sofrimento e para que se consigam os melhores resultados.

QUANDO IR AO ODONTOPEDIATRA?

O ideal é que todas as crianças sejam consultadas pelos profissionais especialistas em crianças ainda no primeiro ano de vida. É importante para a introdução de hábitos saudáveis, a eliminação daqueles inadequados, como também, para entrosamento entre a criança e o odontopediatra. A frequência das consultas será de acordo com a necessidade da criança, determinada pelo odontopediatra após avaliação inicial.

O QUE O ODONTOPEDIATRA FAZ? O QUE SÃO SELANTES?

Os odontopediatras acompanham o desenvolvimento das dentições, fazem a gestão do comportamento da criança no atendimento odontológico, motivam para a prática da higiene bucal, previnem e tratam as alterações dentais. O selante é um material aplicado pelos dentistas que visa evitar o desenvolvimento da lesão de cárie na superfície de mastigação dos dentes posteriores. Atualmente, seu uso é mais restrito e não é indicado para todas as crianças. O estudo das condições de saúde bucal é que define ou não o uso.

E O ORTODONTISTA E O ORTOPEDISTA DOS MAXILARES?

A ortodontia e a ortopedia dos maxilares são responsáveis pela correção das alterações da forma dos maxilares e da posição dentária por causas genéticas, hábitos de sucção de dedo e/ou chupeta e por alterações funcionais. Essas especialidades usam aparelhos para atingir seus objetivos. Os odontopediatras definem o momento de ouvir esses especialistas.

O QUE FAZER NOS TRAUMAS DA BOCA?

O que vocês devem fazer de início é tentar avaliar o que ocorreu. Tentem fazer isso de uma maneira tranquila, ou peçam a ajuda de alguém mais experiente, pois a maior parte das lesões é simples, sem gravidade. Em lesão de menor importância, a limpeza com água mineral gelada ou soro fisiológico e leve compressão local resolve o problema e nada mais é necessário. Nas primeiras 24 horas, é bom colocar gelo fazendo compressão suave. Mas se a lesão é, ou parece importante, é prudente ir a uma emergência, ou falar com o pediatra assistente ou com o odontopediatra para analisar o tipo de tratamento indicado.

E, SE NUMA QUEDA, HOUVE AMOLECIMENTO OU QUEDA DE DENTE?

Tentem agir assim:

- Nos casos do amolecimento dentário, procurem evitar ou reduzir os hábitos de sucção para não traumatizar mais e procurem avaliação com um profissional.
- Se ocorrer fratura, guardem o fragmento dentário no soro ou no leite para não desidratar e procurem o odontopediatra para a recuperação do dente.
- Quando ocorrer perda total de dente de leite, não é possível o reimplante. Se o dente for permanente, lavem bem com soro fisiológico e coloquem de imediato no seu local de origem. Caso isso não seja conseguido, conservem o dente no soro fisiológico, no leite ou na saliva por baixo da língua da criança ou do adulto, e procurem o odontopediatra nas primeiras duas horas.

E AS EMERGÊNCIAS ODONTOLÓGICAS?

Os odontopediatras devem disponibilizar seus telefones para os pacientes. Assim, sobretudo nos problemas mais significativos, esses profissionais devem ser acionados para orientar o que fazer. Portanto, os profissionais que assistem a seus filhos devem ter essa consciência. Conversem com eles sobre isso. Peçam o telefone celular. Os dentistas também devem, em cada cidade, oferecer opções para o atendimento das emergências da sua área de atuação.

23.1.2 LÍNGUA PRESA

Cândida Augusta Rebelo de Moraes Guerra
Claudia Marina Tavares de Araujo
João Guilherme Bezerra Alves
Maria Bernadete Marques Danas
Mariane Weber Arnold
Martha Coelho Cavalcanti
Otelo Schwambach Ferreira
Vilneide Maria Santos Braga Diégues Serva

A língua é pequena ao nascimento e cresce de forma lenta. No adolescente e no adulto, ela ocupa maior espaço da cavidade bucal. No passado, o freio lingual, causa da "língua presa", foi cortado, sem necessidade, em crianças hígidas. Hoje muitas mães de crianças novinhas e mesmo de crianças com alguns anos de vida perguntam sobre o assunto.

Anquiloglossia ou freio lingual curto é como os profissionais se referem à "verdadeira língua presa". Mais comum em meninos, há tendência familiar e cerca 0,2 a 2% dos bebês são afetados. Apesar de muitos estudos, ainda persistem dúvidas se a "língua presa" causa transtornos para a alimentação ou para a fala da criança.

O freio lingual é uma prega de tecido que une a parte inferior da língua ao assoalho da boca. Habitualmente, não causa distúrbio ou alteração nas múltiplas funções linguais. Entretanto, ainda paira a dúvida se o freio excessivamente curto e rígido, inelástico dificulta a mobilidade e as funções do órgão.

São múltiplas e importantes as funções da língua. A primordial é na alimentação. Nas crianças novinhas, exerce importante papel na sucção e na deglutição. Nas maiores, é responsável pela lateralização do alimento para a mastigação e pela formação e condução do bolo alimentar à parte posterior da cavidade bucal, para a deglutição. É responsável pela articulação de diversos sons essenciais para a formação das palavras. Além dessas funções vitais, são citadas: participação na ingestão de líquidos com canudos; limpeza da gengiva e dos dentes; beijo; aquecimento do ar inspirado quando a respiração é bucal; mímica facial e até para as brincadeiras.

MESMO NO RECÉM-NASCIDO A "VERDADEIRA LÍNGUA PRESA" EXISTE?

Para alguns, o freio lingual extremamente curto atrapalha a movimentação da língua e dificulta a amamentação ao peito. É menos provável que existam dificuldades com a alimentação na mamadeira que exige menor participação dos movimentos da língua. Não é assunto fácil de definir. Há informações de que até 12% dos nenéns seguidos em um centro de amamentação tinham problemas com o peito da mãe devido à "língua presa". Há muitos relatos de crianças com grande dificuldade com a alimentação com leite materno, que passaram a ma-

mar muito bem após a melhoria dos movimentos linguais pós cirurgia. Há também informações de que, aos 3 meses de idade, maior número de bebês submetidos à excisão do freio mamava ao peito, quando comparados com os que não fizeram a cirurgia. Por outro lado, há outros estudos com resultados exatamente opostos. Além disso, no dia a dia, se observam muitas crianças com língua presa e que se alimentam sem nenhuma dificuldade, seja diretamente do peito ou através da mamadeira.

EXISTE LEI SOBRE O TESTE DA LINGUINHA NO BRASIL?

Esse teste é obrigatório em hospitais e maternidades desde 2014, após a aprovação de um projeto pelo Congresso Nacional (Lei 13.002, de 2014). Apesar do tema ainda ser bastante polêmico, o Brasil passou a ser o primeiro e único país no mundo a estabelecer a obrigatoriedade desse teste para todos os recém-nascidos. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) tem tentado revogar a lei com o argumento de que todo recém-nascido já é examinado pelo pediatra/neonatologista na maternidade/hospital.

QUAL A POSIÇÃO DO PESSOAL DO BANCO DE LEITE HUMANO DO IMIP?

As médicas Vilneide Braga Serva e Bernadete Dantas que comandavam o Banco de Leite Humano do IMIP, quando da primeira edição deste livro, responderam: "na vasta experiência do Banco de Leite Humano do IMIP que acompanhou milhares de mães amamentando, pouquíssimas foram as indicações da cirurgia do freio lingual para resolver dificuldades. Os nossos dados discordam dos apresentados pelo grupo que fala num percentual muito alto de problemas causado pela 'língua presa'. Mas é tema polêmico e cada situação deve ser discutida individualmente por quem tem experiência". Em novembro de 2022, Dra. Vilneide informou que a experiência do Banco de Leite Humano do IMIP continua a mesma.

COMO SE RECONHECE A "VERDADEIRA LÍNGUA PRESA" NO BEBÊ?

Quando o bebê mama no peito, a seguinte combinação de dados sugere que o problema existe: lactação dolorosa + bebê não ganha peso adequadamente e apresenta sinais de fome, a ponta da língua não ultrapassa a gengiva inferior e se dobra quando ele chora ou abre a boca. Pouquíssimas vezes é indicada a cirurgia para seccionar o freio lingual, frenectomia. Após a cirurgia é possível avaliar se, na realidade, a língua sem movimentação estava prejudicando o bebê. Nos bebês, o freio é extremamente fino, delicado e há profissionais que advogam a operação, mesmo no consultório, e informam ser procedimento indolor e sem risco. Por outro lado, muitos outros se posicionam de maneira contrária.

E NOS FILHOS MAIORES? QUAIS TÊM A "VERDADEIRA LÍNGUA PRESA"?

O indivíduo afetado tem dificuldade de exteriorizar a ponta da língua, mesmo além dos dentes incisivos inferiores, ou não toca a parte superior dos incisivos superiores, onde começa a gengiva. Também é notado que, quando ele tenta forçar a exposição da língua além dos incisivos inferiores, ocorre uma deformidade em W que sulca a língua. Embora faltem provas científicas, alguns profissionais acreditam que a "língua presa" pode provocar alguns efeitos maléficos, como prejuízo para o desenvolvimento da linguagem, cárie dental, gengivite, halitose, dificuldade com alimentação, deglutição e digestão. Para alguns fonoaudiólogos, os problemas estão na fala com grande e evidente dificuldade em pronunciar os fonemas vibrantes como o /r/ isolado ou em grupo consonantal e, em casos extremos, haverá dificuldade na articulação dos fonemas ou sons linguodentais ou linguoalveolares /t/, /d/, /n/ e /l//. Entretanto, também aqui, mais uma vez, faltam evidências científicas que comprovem uma relação de causa e efeito entre a anquiloglossia e problemas na articulação da fala.

COMO OS PROFISSIONAIS INDICAM A CIRURGIA?

Agora vocês sabem que é difícil falar em freio lingual curto em uma criança pequena. Ainda é um problema pouco estudado e há mais perguntas do que respostas para esse tema. Naquelas crianças em que o familiar notar dificuldade com a fala, a identificação da anquiloglossia deve ser considerada dentro da avaliação geral do pediatra, otorrinolaringologista e fonoaudiólogo. Esses profissionais devem rever cuidadosamente cada criança, examinando e avaliando a amplitude dos movimentos da língua, o freio lingual e o desenvolvimento da linguagem verbal (oral). Ressalte-se que esses casos em que se atribua um papel da anquiloglossia na articulação da fala são raros e devem ser conduzidos de forma individualizada. Apenas algumas poucas crianças necessitarão cirurgia.

E A CIRURGIA É SIMPLES?

É simples. Há profissionais que não aceitam, nos dias de hoje, fazer o procedimento em cadeira de dentista ou em consultório médico não equipado para enfrentar qualquer dificuldade, como era e ainda é feito por alguns outros. Eles acreditam que a operação deve ser feita em ambiente hospitalar, com anestesista e cirurgião que conhece o problema. Há outros, ainda nos nossos dias, que indicam e fazem o procedimento cirúrgico em consultório, sobretudo em bebês, e não relatam problemas com essa postura. Falam inclusive que é simples, indolor, sem anestesia e segura. Entretanto, faltam estudos que comprovem tudo isso, como, por exemplo, se o recém-nascido realmente não sente dor durante ou após o procedimento cirúrgico. Não está provado que o freio pode se alongar ou se romper com o crescimento da criança, permitindo maior amplitude de movimentos da língua, à medida que a

criança cresce. Há necessidade de estudos que acompanhem ao longo da infância crianças com anquiloglossia. Um autor referiu que “toda criança deve ter o prazer de estirar a língua para lamber um sorvete ou para hostilizar um adulto chato”. Já um outro autor retrucou que “toda criança tem o direito de hostilizar com a língua aquele profissional que lhe cortou o freio da língua”.

SERÁ QUE OS EXERCÍCIOS AUXILIAM NO TRATAMENTO?

Também aqui a resposta é puramente empírica, pois faltam estudos científicos. Inicialmente esses “exercícios” não seriam viáveis na idade em que aqueles profissionais que advogam esse tratamento, mas recomendam, o recém-nascido. Esses exercícios só seriam possíveis a partir de certa idade com a completa colaboração da criança. Para os fonoaudiólogos, os exercícios objetivam desenvolver novos movimentos, aperfeiçoar os existentes e estimular os movimentos importantes para o asseio da cavidade bucal. Esse tipo de tratamento deve ser conduzido pelo fonoaudiólogo. Esses profissionais até ensinam alguns “segredinhos” que podem ser facilmente aprendidos e praticados: encorajar as brincadeiras com os lábios e língua; tentar tocar o nariz ou o queixo com a ponta da língua; colocar pequenas porções de alimentos (um creme, por exemplo) em distintas posições do lábio superior para serem tocadas pela língua; abrir amplamente a boca e tocar os dentes inferiores, sempre com a boca bem aberta, com a extremidade da língua. Cada “segredinho” desse, se bem não fizer, mal não faz.

23.1.3 MAIS DEBATES SOBRE O TEMA

São apresentados vários documentos relativos aos assuntos acima citados para permitir que os leitores percebam as polêmicas que caracterizam o tema.

I - LEI BRASILEIRA DE 20 DE JUNHO DE 2014 SOBRE A OBRIGATORIEDADE DO TESTE DA LINGUINHA

Íntegra da Lei Nº 13.002, DE 20 JUNHO DE 2014

Obriga a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês. A PRESIDENTA DA REPÚBLICA

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei: Art. 1o É obrigatória a realização do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em Bebês, em todos os hospitais e maternidades, nas crianças nascidas em suas dependências. Art. 2o Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 (cento e oitenta) dias de sua

publicação oficial. Brasília, 20 de junho de 2014; 193o da Independência e 126o da República. DILMA ROUSSEFF Arthur Chioro Este texto não substitui o publicado no DOU de 23.6.2014 - Edição extra

O Projeto de Lei nº 4.832/12 de autoria do Deputado Federal Onofre Santo Agostini, que "obriga a realização do protocolo de avaliação do frênulo da língua em bebês, em todos os hospitais e maternidades do Brasil", foi sancionado pela Presidência da República e se converteu na Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. Esta Lei entra em vigor após decorridos 180 dias de sua publicação oficial. O protocolo de avaliação do frênulo da língua para bebês foi desenvolvido durante o mestrado da Fonoaudióloga Roberta Lopes de Castro Martinelli na Faculdade de Odontologia de Bauru da Universidade de São Paulo. Com a aplicação desse protocolo é possível identificar se o frênulo lingual limita os movimentos da língua, que são importantes para sugar, mastigar, engolir e falar. Pesquisas em todo o mundo têm comprovado a importância do diagnóstico e intervenção precoce dessa alteração. Com a aprovação dessa lei, o Brasil torna-se o primeiro país a oferecer esse teste em todas as maternidades, abrindo mais um campo de atuação para os profissionais da saúde e beneficiando a população.

PAIS E RESPONSÁVEIS Peça o teste da linguinha: é eficaz, rápido e não dói. Língua presa é uma alteração comum, mas muitas vezes ignorada. Ela está presente desde o nascimento, e ocorre quando uma pequena porção de tecido, que deveria ter desaparecido durante o desenvolvimento do bebê na gravidez, permanece na parte de baixo da língua, limitando seus movimentos. O teste da linguinha é um exame padronizado que possibilita diagnosticar e indicar o tratamento precoce das limitações dos movimentos da língua causadas pela língua presa que podem comprometer as funções exercidas pela língua: sugar, engolir, mastigar e falar. Como fazer o teste da linguinha O teste da linguinha deve ser realizado por um profissional da área da saúde qualificado, como por exemplo, o fonoaudiólogo. Ele deve elevar a língua do bebê para verificar se a língua está presa, e também observar o bebê chorando e sugando. O exame não tem contraindicações. Recomenda-se que a avaliação do frênulo da língua seja inicialmente realizada na maternidade. A avaliação precoce é ideal para que os bebês sejam diagnosticados e tratados com sucesso. O que fazer se a maternidade ou hospital não tiver realizado o teste, avise o pediatra ou profissional da saúde logo na primeira consulta. Ele deverá encaminhar o bebê para os locais que estejam preparados para realizar o teste. No Brasil, a lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014, que torna obrigatória a aplicação do protocolo de avaliação do frênulo lingual em todos os recém-nascidos é recente, por isso, não existe um cadastro oficial do Ministério da Saúde de todos os locais que realizam o exame.

Resultado. Existem graus variados de língua presa, por isso a importância de haver um teste que leva em consideração os aspectos anatômicos e funcionais para fazer

um diagnóstico preciso e indicar a necessidade da realização do “pique no frênulo que está preso na língua”. Se o resultado da avaliação do protocolo indicar a presença da língua presa, o procedimento de liberação do frênulo lingual, popularmente conhecido como “pique na língua”, deve ser realizado por um profissional médico ou dentista. Quanto mais cedo, melhor. É importante que seu bebê faça o exame o mais cedo possível, preferencialmente no primeiro mês de vida, para que se descubra, com a maior antecedência, se tem língua presa, evitando dificuldades na amamentação, possível perda de peso e, principalmente, o desmame precoce, com introdução desnecessária da mamadeira. Seguir essas recomendações faz toda diferença para a amamentação e consequentemente para a boa saúde do seu filho.
PROFISSIONAIS DA SAÚDE Ajude a detectar as alterações do frênulo lingual Recomende o Teste da linguinha: é eficaz, rápido e não dói. Quando um bebê nasce com o frênulo lingual alterado, normalmente parentes próximos podem apresentar o mesmo problema. Por falta de informação, muitos sofrem em silêncio as várias dificuldades que essa alteração pode causar. Há bebês com dificuldades para mamar, causando estresse tanto para ele quanto para a mãe; crianças, jovens e adultos com dificuldades na mastigação/deglutição e alterações na fala, afetando a comunicação, o relacionamento social e o desenvolvimento profissional. Além disso, diferentes movimentos da língua como, por exemplo, limpar a cavidade oral, lamber sorvete e beijar podem ser difíceis de realizar. Infelizmente, até hoje, alguns profissionais defendem que alterações do frênulo lingual não existem, não afetam a amamentação, não causam desconforto para a mãe, não prejudicam a fala, e que vão corrigir-se sozinha, sem tratamento. Isso não é verdade! Publicações científicas recentes em todo o mundo têm estudado a interferência da “língua presa” nas funções de sucção, deglutição, mastigação e fala. Como oferecer o Teste da linguinha Informe à direção da instituição em que trabalha sobre o teste da linguinha. O exame deve ser realizado por profissionais habilitados. É necessário que a equipe receba treinamento técnico adequado para garantir a integração das etapas entre a triagem, o diagnóstico e o tratamento. Um estudo realizado em 2013, na Universidade de São Paulo, encontrou uma ocorrência de 22,54% de alterações do frênulo lingual em bebês. Isso significa que a cada 10 mil crianças nascidas, 2254 têm alterações do frênulo lingual, sendo muito frequente no período neonatal, superando inclusive as patologias encontradas pelo Teste do Pezinho e da Orelhinha. Por todas essas razões, é muito importante a realização do Teste da Linguinha, preferencialmente durante o primeiro mês de vida. Como realizar o Teste da linguinha O Teste da linguinha é realizado por meio da aplicação do Protocolo de avaliação do frênulo lingual com escores para bebês (Martinelli, 2013). Este protocolo é dividido em história clínica, avaliação anatomofuncional e avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva. O protocolo tem pontuações independentes e pode ser aplicado por partes, até o 6º mês de vida.

Para realização do teste – Orientações gerais 1. Posicionamento do bebê. Para posicionar adequadamente o bebê, é solicitado que a mãe ou responsável apoie a nuca do bebê no espaço entre o braço e o antebraço. Em seguida é solicitado que ela se-

gure as mãos do bebê. Elevação da língua do bebê. Para elevar a língua do bebê é utilizada uma manobra específica onde são introduzidos os dedos indicadores enluvados embaixo da língua, pelas margens laterais, para que se possa fazer a elevação. É preciso tomar muito cuidado para não abrir exageradamente a boca do bebê e, eventualmente, prejudicar a articulação temporomandibular. Para realização da triagem neonatal. Para a triagem neonatal (realizada nas primeiras 48 horas após o nascimento) é realizada somente a avaliação anatomofuncional do bebê, considerando que o bebê demora de 15 a 20 dias para se adaptar às novas condições de vida. Esta avaliação inicial permite diagnosticar os casos mais severos e indicar a frenotomia lingual (pique na língua) já na maternidade. Se a soma total dos escores da avaliação anatomofuncional do protocolo for igual ou maior que 7, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua e orientar a família sobre a necessidade da cirurgia. A única parte do protocolo que pode ser aplicada, e os seus escores considerados de forma isolada, é a avaliação anatomofuncional. Nos casos onde houver dúvida, (normalmente quando o escore total da avaliação anatomofuncional for entre 5 e 6), ou não for possível visualizar o frênulo lingual, o bebê é encaminhado para reteste com 30 dias de vida, sendo que os pais devem ser orientados sobre possíveis dificuldades na amamentação, para que não ocorra o desmame precoce nesse período. Para realização do reteste. O reteste é realizado após 30 dias de vida. No reteste é aplicado o protocolo completo. Esse protocolo contém escores que podem ser analisados a cada etapa de sua aplicação, portanto, as respostas da história clínica podem ser desconsideradas, caso seja observada inconsistência nas respostas dadas pela mãe ou pelo responsável. Para o reteste é necessário que o bebê esteja bem acordado e com fome (próximo à hora da mamada), para que possa ser realizada a avaliação da sucção nutritiva. É importante que o avaliador tenha conhecimento das orientações recomendadas pela UNICEF, referentes ao aleitamento materno (http://www.unicef.org/brazil/pt/aleitamento.pdf. Se a soma total dos escores da história clínica e do exame clínico (avaliação anatomofuncional e avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva) for igual ou maior que 13, pode-se considerar a interferência do frênulo lingual nos movimentos da língua e encaminhar para cirurgia. Se for realizado apenas o exame clínico (avaliação anatomofuncional e avaliação da sucção não nutritiva e nutritiva) e a soma total dos escores for igual ou maior que 9, pode-se considerar a interferência do frênulo nos movimentos da língua e encaminhar para cirurgia. Para realização da cirurgia A cirurgia para liberação do frênulo lingual pode ser realizada por Odontólogos e Médicos. Os procedimentos utilizados podem ser a frenectomia, a frenuloplastia e a frenotomia. Na frenectomia, o cirurgião remove o frênulo lingual; na frenuloplastia, é feita uma reposição cirúrgica do frênulo; e na frenotomia, é realizado o corte e divulsão do frênulo lingual. A literatura refere que, em bebês, a frenotomia é o procedimento mais indicado.

Link htttp://www.facebook.com/TesteDaLinguinha

II - POSIÇÃO DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA SOBRE A LEGISLAÇÃO BRASILEIRA DO TESTE DA LINQUINHA 18/04/2019

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) encaminhou nesta semana ofício ao ministro da Saúde, Luiz Henrique Mandetta, e à coordenadora da área técnica da Saúde da Criança e Aleitamento Materno do Ministério da Saúde, Cláudia Puerari, em que reitera o pedido de revogação da Lei nº 13.002, de 20 de junho de 2014. O texto define a obrigatoriedade de aplicação do Protocolo de Avaliação do Frênulo da Língua em bebês, conhecido como Teste da Linguinha, em todos os hospitais e maternidades do País.
No documento, assinado pela presidente da SBP, Dra. Luciana Silva, é enfatizado que a referida lei foi publicada sem consulta prévia às entidades envolvidas com esse aspecto da saúde da criança, sobretudo a Sociedade Brasileira de Pediatria. A entidade, por meio de seus Departamentos Científicos de Neonatologia, Otorrinolaringologia e Aleitamento Materno, já havia se manifestado contrária à lei e à obrigatoriedade da aplicação do protocolo para avaliação do frênulo lingual em recém-nascidos.

ANOMALÍA - A anquiloglossia se trata de uma anomalia congênita que afeta o movimento normal da língua. É um transtorno detectável desde a idade lactante, devido as suas implicações tanto para o bebê, como para a mãe. Dependendo da gravidade, ela pode também impactar o desenvolvimento da linguagem.

Ela ocorre quando debaixo da língua um tecido que funciona como uma espécie de "ligamento" com a cavidade inferior da sua boca se apresenta de forma curta. Dependendo do grau da anquiloglossia, os problemas mais comuns decorrentes são anemia, baixo peso, mau humor, esgotamento, sessões longas de lactância, entre outros. Para a mãe lactante, um bebê com esse problema pode tornar o processo do aleitamento doloroso, derivando em transtornos como mastite ou candidíase.

"O diagnóstico para esse transtorno pode ser feito apenas pelo médico, como prevê a lei que define o escopo de atuação da categoria (Lei nº 12.842/13). Da mesma forma, qualquer prescrição de tratamento ou mesmo intervenção que se faça necessária somente pode ser realizada por este profissional. Esse é um cuidado importante para com a saúde e o bem-estar de todos, em especial de crianças e adolescentes", destacou o secretário-geral da SBP, Dr. Sidnei Ferreira.

FREQUÊNCIA - "A SBP, inclusive, já solicitou que essa lei seja revogada, devido à baixa frequência de anquiloglossia, ao reduzido risco envolvido, à ausência de dificuldades de diagnóstico de casos graves e, acima de tudo, porque o exame da cavidade oral do recém-nascido e lactente já faz parte do exame físico realizado pelo pediatra, de forma simples e indolor, nas maternidades e nas consultas de puericultura", diz trecho do ofício.

Outro ponto destacado no documento da SBP é em relação à adequada exposição e função da língua na prática do aleitamento materno. O texto destaca que "qualquer ação que proteja e promova o aleitamento materno deve ser estimulada, mas com critério e análise adequados, para que traga benefícios ao binômio mãe-bebê".

LITERATURA - A argumentação feita pela SBP destaca também que a literatura científica não reconhece um protocolo considerado padrão-ouro para avaliação do frênulo lingual. A Sociedade desconhece instrumento que tenha sido validado e embasado em estudos controlados, com dados de seguimento significativo e robustos que possam indicar com precisão o diagnóstico de casos graves e moderados, além de casos de frênulo sub-mucoso que, em geral, são excluídos das pesquisas.
Segundo o documento enviado, "o protocolo brasileiro inicialmente proposto pela lei aponta as maiores prevalências de anquiloglossia relatadas em todo o mundo, causando preocupação quanto a um provável superdiagnóstico. Vale ressaltar, também, que os estudos apontam a importância do seguimento nas primeiras semanas para os recém-nascidos com anquiloglossia que apresentarem dificuldades de amamentação. E este seguimento deve ser sempre realizado pelo pediatra".

EXAME - O documento da SBP conclui que um exame clínico bem realizado e uma observação completa de uma mamada podem ser suficientes para o diagnóstico de anquiloglossia, não sendo necessário um protocolo específico para esta avaliação e, menos ainda, a necessidade de uma lei que obrigue sua realização.

Em sua conclusão, o alerta dos pediatras chama a atenção para a necessidade de estabelecer critérios rigorosos e de avaliação de segurança e eficácia de cirurgias para correção da anquiloglossia, bem como discutir mais detalhadamente o fluxo de seguimento das crianças com diagnóstico dessa condição, principalmente no âmbito do SUS, garantindo a intervenção quando necessária. "Todo e qualquer procedimento que tenha como meta intervir na dinâmica e no sucesso do aleitamento materno deve ter critérios muito bem embasados, estabelecidos e analisados criteriosamente por todos os setores profissionais envolvidos em questão", finaliza.

III - NOTAS TÉCNICAS DA ASSOCIAÇÇÃO BRASILEIRA DE CIRURGIA PEDIÁTRICA SOBRE O ASSUNTO

DOCUMENTO 1

São Paulo, 12 de maio de 2022.
NOTA TÉCNICA FREIO LINGUAL – FRENOTOMIA LINGUAL

A Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica, acompanhando manifestação recente da Sociedade Brasileira de Pediatria e algumas manifestações da imprensa (https://oglobo.globo.com/saude/medicina/noticia/2022/05/obrigatorio-nas-maternidades-do-brasil-o-teste-da-linguinha-e-criticado-pelos-pediatrasen-tenda.ghtml), vem se pronunciar a respeito do "teste da linguinha" e do enorme aumento do diagnóstico e intervenções cirúrgicas terapêuticas para tratamento de anquiloglossia no Brasil, algumas vezes indicadas sob bases técnicas bastante discutíveis. Tem sido reconhecido um aumento nas indicações de frenectomia lingual na casa de 800% em todo o mundo, o que nos parece extremamente desproporcional. A avaliação de problemas clínicos envolvendo o freio lingual sempre foi rotineira para os pediatras, que incluem na anamnese e exame físico este aspecto, no sentido de verificar se há dificuldades de amamentação, fonação e desenvolvimento, se há uma anomalia anatômica do freio lingual e se esta está ligada aos problemas verificados. Examinar crianças com relação a uma possível anquiloglossia não é novidade e faz parte da semiologia pediátrica clássica (desde o 1º exame na sala de parto), apesar das recentes regulamentações e sistematizações feitas pelo Ministério da Saúde. O exame físico da anquiloglossia nem sempre é simples no neonato ou na criança pequena, incapaz de colaborar.

O exame físico utilizando instrumentos pode trazer impressões diferentes de outras formas de avaliação. A avaliação da projeção e elevação máximas da língua, que são parte do "teste da linguinha", são bastante difíceis e dependentes de achados incidentais no neonato, uma vez que a criança não é capaz de responder a comandos. Desta forma, a reprodutibilidade do exame entre examinadores frequentemente não é satisfatória e os resultados finais da análise podem ser bastante subjetivos. Existem variáveis anatômicas a ser consideradas além da simples anatomia do freio. As tabelas utilizadas para o diagnóstico no protocolo atual do "teste da linguinha utilizam o local de ancoragem do freio lingual (se afastado ou não das gengivas) como critério, mas a amplitude e flexibilidade do tecido são relevantes também para determinar a biomecânica: nem todo freio lingual com fixação longa vai determinar problemas. Recentemente as indicações de intervenção sobre o freio lingual têm sido direcionadas por toda uma gama de profissionais, muitas vezes a partir de problemas de adaptação à amamentação. Muitas vezes outras causas de desadaptação, que são mais comuns, não são consideradas. É bastante comum na experiência do dia a dia dos pediatras e cirurgiões pediátricos que o simples aconselhamento, controle de ansiedade dos pais e consulta com enfermeiros especializados em amamentação resolva questões ligadas à amamentação de forma simples e não invasiva. Outras vezes as famílias são frustradas ao perceber que os problemas persistem mesmo após a cirurgia da criança. O tratamento da anquiloglossia em crianças sob contenção e com anestesia local não é sempre seguro, considerando que é bastante difícil e eventualmente traumático conter uma criança incapaz de colaborar para seccionar o freio lingual e exposta a instrumentos de corte. Nem sempre os freios de língua são

translúcidos e muitos precisam de cuidados mais sofisticados para evitar sangramentos imediatos ou posteriores. A insistência em executar procedimentos cirúrgicos com contenção precária pode terminar em secções incompletas ou em uma região inadequada, sangramento e, no caso das secções a laser, queimaduras que podem causar obstrução de glândulas sublinguais levando à formação de cistos iatrogênicos, ou até mesmos a abscessos no local. O índice de complicações em secções de freio lingual é próximo de 8%. A maioria são sangramentos de fácil controle pelo cirurgião com compressão, coagulação ou suturas, mas algumas vezes nos vemos frente a problemas mais sérios, envolvendo sangramentos mais graves (há relatos em literatura de choque e necessidade de transfusão), incisões no tecido muscular da língua, queimaduras e lesões de ductos salivares. Muitas famílias nos procuram encaminhadas por profissionais de diversas origens, informadas que uma frenectomia lingual é um simples "talhinho" feito "num instante", um "piquezinho". Muitas vezes não é bem assim: uma frenectomia lingual pode depender de sedação feita por um anestesiologista, em ambiente de hospital dia, preferencialmente, para ser segura. Finalmente, verificamos a tendência atual a atribuir questões posturais (evidentes ou não) e dores de cabeça a um freio lingual encurtado com capacidade de limitar os movimentos linguais e induzir hipertonia compensatória da musculatura facial. Para alguns profissionais este problema poderia ser extenso a ponto de induzir alterações globais de postura com frequência, numa relação "entre a língua e o dedão do pé". Gostaríamos de acentuar que isto NÃO É informação baseada em evidência científica razoável até o momento, como acentuado até em literatura leiga recentemente e pode ter implicações apenas comerciais em muitas situações.

Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica

DOCUMENTO 2

São Paulo, 24 de abril de 2023
NOTA TÉCNICA: FREIO LINGUAL

A Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica, para prestar esclarecimentos à população, retorna a se pronunciar a respeito da hipertrofia ou restrição de freio lingual (ANQUILOGLOSSIA) e indicações de tratamento cirúrgico (secção do freio lingual):

1. Todas as pessoas/bebês têm um freio lingual. A PRESENÇA DO FREIO LINGUAL NÃO É UMA DOENÇA, embora esta estrutura anatômica tenha variações de pessoa para pessoa que não são indicação para tratamento cirúrgico. APENAS UMA MINORIA DE CRIANÇAS APRESENTA SINTOMAS DECORRENTES DE ANQUILOGLOSSIA.

2. O exame do freio lingual (“teste da linguinha”) é uma rotina pediátrica, que faz parte do exame clínico.

3. A limitação grave do freio lingual pode causar dificuldades na amamentação, MAS ISTO É INCOMUM: NA MAIORIA DAS VEZES, DIFICULDADES DA AMAMENTAÇÃO, INCLUSIVE DOR E LESÕES SECUNDÁRIAS DA MAMA, SÃO DEVIDAS A DEFEITOS NA TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO, CORRIGÍVEIS COM SIMPLES ORIENTAÇÃO E CORREÇÃO DO ACOPLAMENTO DO BEBÊ À MAMA.

4. A frenotomia lingual é um ato cirúrgico, com algumas complicações em potencial, mais comumente SANGRAMENTO e FRENOTOMIA INSUFICIENTE. Nem sempre pode ser feito sem anestesia/sedação da criança, que é incapaz de cooperar com o ato operatório e pode impedir/dificultar a cirurgia ou causar complicações por se mover continuamente. A boca e a língua são áreas difíceis de imobilizar numa criança acordada, e instrumentos de corte são imprescindíveis para o procedimento. Temos visto ocasionalmente sequelas sérias do procedimento, com queimaduras extensas da mucosa oral por instrumentos a laser ou cortes não planejados em cirurgias feitas em crianças despertas e agitadas. Nenhum ato médico é isento de risco e pode dispensar procedimentos de segurança. A secção do freio lingual deve ser feita de forma segura. Não é “um piquezinho” ou “uma bobagem”. É um ato cirúrgico.

5. Os sintomas de uma anquiloglossia são distúrbios da amamentação e fonação. NÃO HÁ trabalhos científicos sérios relacionando defeitos do freio lingual ao equilíbrio motor, distúrbios de movimento cervical ou torcicolo congênito.

Associação Brasileira de Cirurgia Pediátrica

IV - SAPS/MS

Ministério da Saúde
Secretaria de Atenção Primária à Saúde
Departamento de Ações Programáticas Estratégicas
Coordenação-Geral de Ciclos da Vida
Coordenação de Saúde da Criança e Aleitamento Materno

NOTA TÉCNICA Nº 11/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/

1. ASSUNTO

1.1. Com a finalidade de atender à Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014, esta Nota Técnica visa orientar os profissionais e estabelecimentos de saúde sobre a identifi-

cação precoce da anquiloglossia em recém-nascidos, bem como estabelecer o fluxo de atendimento dessa população na rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde, tendo em vista sua potencial interferência sobre a amamentação.

2. ANÁLISE

2.1. Definição de anquiloglossia (língua presa)

2.1.1. Anquiloglossia é uma anomalia congênita que ocorre quando uma pequena porção de tecido embrionário, que deveria ter sofrido apoptose durante o desenvolvimento, permanece na face ventral da língua.[1] Dessa forma, a anquiloglossia caracteriza-se por um frênulo lingual anormalmente curto e espesso ou delgado, que pode restringir em diferentes graus os movimentos da língua. A espessura, elas cidade e o local de fixação do frênulo na língua e no assoalho da boca podem variar amplamente na anquiloglossia. Assim, ela pode ser classificada em leve ou parcial (condições mais comuns) e grave ou completa, uma condição rara em que a língua está fundida com o assoalho da boca.[2,3]

2.2. Anquiloglossia e amamentação

2.2.1. A anquiloglossia tem sido apontada como um dos fatores que podem interferir negativamente na amamentação, diminuindo a habilidade do recém-nascido para fazer uma pega e sucção adequadas, dificultando o adequado es mulo à produção de leite e o esvaziamento da mama e causando dor nas mães durante a amamentação. Embora as evidências sobre a associação entre anquiloglossia e dificuldades na amamentação não sejam robustas, alguns testes têm sido propostos para facilitar a identificação de alterações no frênulo lingual que potencialmente podem interferir na mobilidade da língua[4].

2.3. Avaliação do frênulo lingual

2.3.1. A avaliação do frênulo lingual faz parte do exame físico do recém-nascido, no entanto, para fins do cumprimento da Lei nº 13.002 de 20 de junho de 2014, que impõe a aplicação de um protocolo de avaliação do frênulo lingual, com base nas evidências científicas disponíveis[4,5] recomenda-se a utilização do Protocolo *Bristol (Bristol Tongue Assessment Tool)*[6] por profissional capacitado da equipe de saúde que atenda o binômio mãe e recém-nascido na maternidade.

2.3.2. A literatura não é consensual quanto ao melhor teste diagnóstico ("padrão ouro") para a identificação da anquiloglossia, sendo que vários protocolos vêm sendo propostos, inclusive no Brasil[7]. Sendo assim, a escolha de um Protocolo para a implementação em todas as maternidades brasileiras levou em consideração a para cidade de aplicação, validação envolvendo profissionais não especialistas em disfunções orofaciais e capacidade de predição de problemas na amamentação, que jus fiquem a indicação de intervenções para resolver o problema.

2.3.3. O Protocolo Bristol foi desenvolvido com base em prática clínica e com referência à Ferramenta de Avaliação da Função do Frênulo Lingual (ATLFF) de Hazelbaker[8]. Ele fornece uma medida objetiva e de execução simples da gravidade da anquiloglossia, auxiliando na seleção dos lactentes que possam se beneficiar com

a intervenção cirúrgica (frenotomia ou frenectomia) e na monitorização do efeito desse procedimento. A tradução do protocolo foi revisada e aprovada por seus autores Drs. Jenny Ingram e Alan Edmond, da Universidade de Bristol no Reino Unido e um estudo multicêntrico está sendo desenhado para avaliar sua implementação no contexto brasileiro.

2.3.4. Os elementos do BTAT são: (1) aparência da ponta da língua; (2) fixação do frênulo na margem gengival inferior; (3) elevação da língua e (4) projeção da língua. As pontuações obtidas para os quatro itens são somadas e podem variar de 0 a 8, sendo que escores de 0 a 3 indicam potencial redução mais grave da função da língua, como demonstrado a seguir:

Figura 1– Protocolo Bristol de Avaliação da Língua (BTAT)

Aspectos avaliados	0	1	2	Escore
QUAL A APARÊNCIA DA PONTA DA LÍNGUA?	 Formato de coração	 Ligeira fenda/entalhada	 Arredondada	
ONDE O FRÊNULO DA LÍNGUA ESTÁ FIXADO NA GENGIVA/ ASSOALHO?	 Fixado na parte superior da margem gengival (topo)	 Fixado na face interna da gengiva (atrás)	 Fixado no assoalho da boca (meio)	
O QUANTO A LÍNGUA CONSEGUE SE ELEVAR (COM A BOCA ABERTA (DURANTE O CHORO)?	 Elevação mínima da língua	 Elevação apenas das bordas da língua em direção ao palato duro	 Elevação completa da língua em direção ao palato duro	
PROJEÇÃO DA LÍNGUA	 Ponta da língua fica atrás da gengiva	 Ponta da língua fica sobre a gengiva	 Ponta da língua pode se estender sobre o lábio inferior	

Fonte: Hospital Maternidade de Suzano [202?].

2.3.5. Em relação aos 4 aspectos para avaliação do frênulo lingual:

2.3.5.1. A aparência da ponta da língua é considerada uma das principais formas de avaliar a anquiloglossia. É frequentemente notada pelos pais e por isso pode ser ú l para explicar a presença de anquiloglossia.

2.3.5.2. A fixação do frênulo no alvéolo inferior permite avaliar a presença de anquiloglossia quando sua aparência não é tão visível. Em geral, tem reflexo na aparência da língua com a boca bem aberta.

2.3.5.3. Elevação da língua é fácil de observar enquanto o bebê está acordado ou, idealmente, quando está chorando. Esse é o item que tem se mostrado mais difícil de avaliar e requer conhecimento do avaliador quanto à elevação normal da língua de um recém-nascido.
2.3.5.4. Protrusão da língua. Se o bebê está dormindo e o avaliador é incapaz de provocar protrusão da língua, os pais deverão ser alertados para observar o quanto seu bebê pode projetar sua língua. Maior projeção da língua costuma ser o primeiro sinal de melhora observado pelos pais após a frenotomia.

2.4. Pontuação do Protocolo Bristol (escore)
2.4.1. As pontuações para os quatro itens são somadas, podendo variar de 0 a 8.
2.4.2. Em caso de interferência na amamentação atribuída ao frênulo lingual e escore menor ou igual a 3, sugere-se que uma nova avaliação da mamada e do frênulo lingual sejam realizados antes da alta hospitalar. Caso esse escore se confirme, não existam outros fatores que jus fiquem as dificuldades na amamentação e essas sejam atribuídas à alteração do frênulo, considerar como uma boa prática a indicação de procedimento cirúrgico, embora a força de evidência seja baixa/insuficiente quanto à melhoria na amamentação e redução de dor nos mamilos após frenotomia[4].
2.4.3. É importante levar em consideração a possibilidade de eventos adversos, tais como hemorragias e também de recidivas. Dessa forma, o procedimento cirúrgico deverá ser realizado por profissional capacitado e amparado segundo o exercício legal de sua profissão. Além disso, é fundamental fornecer às famílias todas as informações acerca da falta de evidências cientificas que estabeleçam uma relação de causalidade entre anquiloglossia e dificuldade de amamentação e da ausência de comprovação científica de que a frenotomia produz melhora da amamentação. Também é necessário explicar aos responsáveis os riscos pertinentes ao procedimento cirúrgico e realizá-lo somente mediante assinatura de um termo de consentimento.
2.4.4. Nos casos duvidosos (com escores 4 ou 5), sugere-se seguir o fluxograma de atenção aos lactentes com anquiloglossia na Rede de Atenção à Saúde (Anexo 1).
2.4.5. O escore resultante da aplicação do Protocolo Bristol deve ser registrado na **Caderneta de Saúde da Criança**, na seção "Observações". Esse procedimento é importante para orientar o acompanhamento e evolução da criança após a alta hospitalar.

2.5. Avaliação da mamada
2.5.1. A conduta frente a um recém-nascido com teste positivo para anquiloglossia deve sempre levar em consideração se essa condição interfere ou não na amamentação. Dessa forma, reitera-se a importância da avaliação da mamada como procedimento rotineiro a ser realizado pelos profissionais de saúde que atendem o binômio mãe e recém-nascido. Para tal, sugere-se utilização do Protocolo de Avaliação da Mamada proposto pelo UNICEF (Anexo 2).
2.5.2. Vale ressaltar que quando houver dificuldades na amamentação, independente do resultado do Protocolo Bristol, é importante que a mãe e o recém-nascido recebam o suporte necessário na Rede de Atenção à Saúde.

2.6. Fluxo para avaliação e acompanhamento de lactentes com anquiloglossia na Rede de Atenção à Saúde (RAS).

2.6.1. Considerando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (Portaria nº 1.130/2015, de 5 de agosto de 2015), a Iniciativa Hospital Amigo da Criança (Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014), a Rede Cegonha (Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011); a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e Atenção Básica no âmbito do SUS (nº 793, de 24 de abril de 2012), propõe-se o fluxograma para avaliação e seguimento dos lactentes com anquiloglossia na RAS (Anexo 1).

2.6.2. Sugere-se que a avaliação do frênulo lingual seja realizada u lizando Protocolo Bristol antes da alta hospitalar (entre 24h-48h de vida do recém-nascido) por profissional de saúde capacitado que realiza assistência ao binômio mãe e recém-nascido.

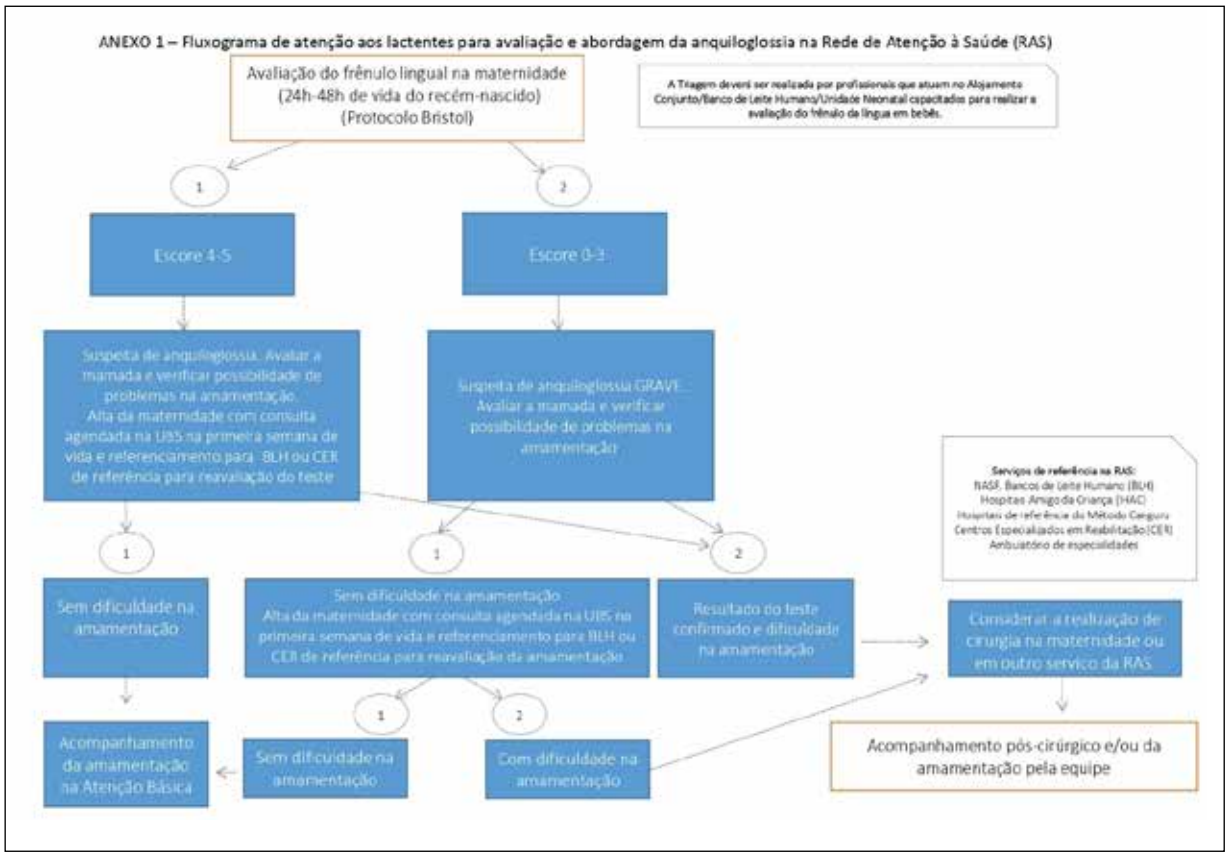
2.6.3. Sugere-se também que o diagnóstico da anquiloglossia na alta hospitalar seja realizado por profissional habilitado para tal e amparado segundo o exercício legal de sua profissão. Nos casos duvidosos, preconiza-se que seja realizada, na consulta da primeira semana de vida do RN na Atenção Básica, uma avaliação minuciosa da dinâmica da amamentação. Mediante a confirmação de que a alteração da função da língua está interferindo na amamentação, o lactente deverá ser encaminhado para a rede de serviços disponíveis em cada região, preferencialmente com equipes mul disciplinares com experiência em amamentação, como por exemplo, nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, Bancos de Leite Humano, nos ambulatórios dos Hospitais credenciados como "Amigo da Criança", nos Hospitais de referência para Método Canguru ou nos Centros Especializados em Reabilitação (CER).

3. CONCLUSÃO

3.1. Capacitação pelo SUS do profissional de saúde integrante da equipe neonatal para avaliação da mamada e aplicação do protocolo de avaliação do frênulo lingual – Protocolo Bristol.

3.2. Os profissionais que integram a rede de assistência à saúde e de unidades de saúde das universidades deverão ser qualificados na avaliação do frênulo lingual u lizando o Protocolo Bristol**,** uma vez que a principal razão para a ampla variação na prevalência de anquiloglossia no mundo está relacionada à falta de padronização ou critérios clínicos aceitos para a realização da avaliação precoce da anquiloglossia. A uniformidade no procedimento de avaliação visa prevenir o subdiagnóstico, reduzir o sobrediagnóstico e evitar iatrogenias no âmbito do SUS, promovendo as melhores condições para a manutenção da amamentação exclusiva. O Ministério da Saúde elegeu conteúdo para serem abordados na capacitação dos profissionais de saúde, conforme consta abaixo.

Fluxograma 1 – Anexo 1 da Nota Técnica Nº 35/2018 do Ministério da Saúde.



Fonte: Ministério da Saúde (2018).

Quadro 1 - Anexo 2 da Nota Técnica Nº 35/2018 do Ministério da Saúde.

Formulário de Observação da Mamada

Nome da mãe _____ ***Data*** _____

Nome do bebê _____ ***Idade do bebê*** _____

Sinais de que a amamentação está indo bem:	Sinais de possível dificuldade:
GERAL	
Mãe:	Mãe:
☐ A mãe parece saudável	☐ A mãe parece doente ou deprimida
☐ A mãe está relaxada e confortável	☐ A mãe parece tensa e desconfortável
☐ Sinais de vínculo entre a mãe e seu bebê	☐ Sem troca de olhar entre mãe e bebê
Bebê:	Bebê:
☐ O bebê parece saudável	☐ O bebê parece sonolento ou doente
☐ O bebê está calmo e relaxado	☐ O bebê está inquieto ou chorando
☐ O bebê tenta alcançar ou procura a mama quando tem fome	☐ O bebê não tenta alcançar ou não procura a mama
MAMAS	
☐ As mamas parecem saudáveis	☐ As mamas estão vermelhas, inchadas ou doloridas
☐ Não há dor ou desconforto	☐ Há dor na mama ou mamilo
☐ A mama é bem apoiada com os dedos longe do mamilo	☐ As mamas são apoiadas com os dedos sobre a aréola
POSIÇÃO DO BEBÊ	
☐ A cabeça e o corpo do bebê estão alinhados	☐ O pescoço e a cabeça do bebê estão virados para a mama
☐ O bebê está próximo do corpo da mãe	☐ O bebê não está próximo da mãe
☐ Todo o corpo do bebê recebe apoio	☐ O bebê é apoiado apenas pela cabeça e pelo pescoço
☐ O bebê se aproxima da mama com o nariz apontado para o mamilo	☐ O bebê se aproxima da mama com o lábio inferior/queixo apontado para o mamilo
PEGA DA MAMA PELO BEBÊ	
☐ Mais aréola visível acima do lábio superior do bebê	☐ Mais aréola visível abaixo do lábio inferior do bebê
☐ A boca do bebê está bem aberta	☐ A boca do bebê não está bem aberta
☐ Lábio inferior voltado para fora	☐ Lábios apontam para frente ou para dentro
☐ O queixo toca a mama	☐ O queixo não toca a mama
SUCÇÃO	
☐ Sucção lenta e profunda com pausas	☐ Sucção rápida e superficial
☐ Bochechas cheias durante a sucção	☐ Bochechas vazias durante a sucção
☐ O bebê solta a mama quando termina	☐ A mãe tira o bebê da mama
☐ A mãe percebe sinais do reflexo da ocitocina	☐ Não são percebidos sinais do reflexo da ocitocina

Fonte: Ministério da Saúde (2018).

Quadro 2- Anexo 3 da Nota Técnica Nº 35/2018 do Ministério da Saúde.
Módulo: Avaliação do Frênulo lingual no contexto da Amamentação

Conteúdo programático

- Contextualização da nota técnica nº09/2016 do Ministério da Saúde e a importância do trabalho da equipe muldisciplinar na condução dos casos.
- História clínica
- Avaliação da Mamada
- Anatomia do frênulo da língua
- Identificação da anquiloglossia e seguimento dentro da RAS
- Apresentação do protocolo Bristol de avaliação do frênulo (com vídeo ilustrado)
- Treinamento de aplicação do protocolo mediante aplicação do protocolo em diferentes filmagens
- Observação da mamada em casos com diagnósco de anquiloglossia (casos que a criança mama bem e casos em que a criança não mama bem)
- Discussão de casos

23.2 GOLFADA: REFLUXO GASTROESOFÁGICO FISIOLÓGICO E DOENÇA DO REFLUXO GASTROESOFÁGICO

Gisélia Alves Pontes Da Silva
João Guilherme Bezerra Alves
Katia Galeão Brandt
Michela Cynthia da Rocha Marmo
Otelo Schwambach Ferreira

23.2.1 GUIA PRÁTICO

6. Ao dizer que a criança novinha que golfa está engordando, as pessoas da comunidade fazem uma sábia interpretação dessa ocorrência. Estão dizendo que as crianças muito jovens que “golfam” são normais, isso é, apresentam refluxo gastroesofágico fisiológico ou não patológico.
7. Mesmo assim, admitindo que o povo tem razão na imensa marioria das vezes, em algumas ocasiões o refluxo gastroesofágico faz parte de um problema de saúide que pode ser até significante. Problelma que é chamado doença do refluxo gastroesofágico.
8. E o médico de crianças é quem está mais habilitado para definir se o bebê golfador é ou não é normal. E a avaliação faz parte da análise dos profissionais da saúde sobre cada bebê ao longo de alguns meses de vida.

23.2.2 CONVERSANDO...

Existem dois grupos de crianças golfadoras com pouco tempo de vida:

Sadias: nelas não há sinais de doença. Elas ganham peso, não manifestam choro ou outro sinal de desconforto, não têm sintomas de doença respiratória (tosse, "chiado", pneumonia, otite média e outras), o material eliminado é leite parcialmente digerido e não parece como uma borra de café. Essas t**ê**m o que chamamos de refluxo gastroesofágico fisiológico.

Doentes: nelas há sinais de doença. Pode existir, isso varia de caso a caso, choro excessivo, irritabilidade, dificuldade para ganhar peso, anemia, manifestações de doença respiratória e eliminação de leite com resíduos semelhantes à borra de café. Essas têm o que chamamos de refluxo gastroesofágico patológico ou doença do refluxo gastroesofágico.

Elas participam de dois grupos de acordo com o quadro apresentado:

- **Refluxo Gastroesofágico fisiológico** é a eliminação de alimentos pela boca, sem esforço, em crianças que não apresentam sinais de doença.
- **Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE)** consiste na presença de sinais de doença produzidos pelo refluxo gastroesofágico.

Evidentemene, há situações intermediárias em que a equipe de saúde deve avaliar criteriosamente os dados para tentar enquadrar a criança em um ou no outro grupo e adotar as medidas mais adequadas.

GOSTARÍAMOS DE SABER MAIS SOBRE O REFLUXO?

Até os 2 anos de idade, quase todas as crianças normais apresentam retorno ou refluxo de alimentos do estômago para o esôfago. Parte do alimento que retorna para o esôfago aparece no exterior da boca é a golfada. Os médicos também usam o termo regurgitação para esse evento. Poucas crianças não apresentam a "golfada", é o refluxo oculto. Esse retorno do alimento ocorre sem esforço, basicamente leite, que já esteve no estômago. Algumas vezes, o material eliminado é volumoso e parece vômito.

MAS O QUE OCORRE REALMENTE?

O refluxo ocorre devido à imaturidade dos mecanismos que devem impedir que o conteúdo gástrico retorne para o esôfago. Com o passar dos meses, essa imaturidade vai sendo superada e as golfadas vão desaparecendo. A golfada ocorre nos primeiros meses de vida. É observada mais entre o quarto e sexto mês e há tendência para o

desaparecimento gradual após sexto mês de vida. Após os 2 anos de idade, espera-se que nenhuma criança apresente o problema. Prestem atenção: a maturação ocorre naturalmente e sem remédios.

A GOLFADA É PREJUDICIAL?

Geralmente não faz mal e o povo sabiamente diz: "criança que golfa está engordando". Se surgem sintomas e outras evidências de dano à saúde, é DRGE.

QUER DIZER QUE A GOLFADA NÃO É CONSIDERADA DOENÇA?

Doença significa prejuízo para o corpo. Habitualmente, não existem dados de doença junto com as golfadas. As crianças que golfam usualmente crescem normalmente e nada há que sugira doença. Mas, em algumas crianças, esse vai e vem do alimento entre o estômago e o esôfago pode provocar sintomas. Os últimos casos, nos quais a "golfada" está associada a sintomas, é que merecem uma atenção especial da medicina, pois, já é possível falar em DRGE.

EXISTEM CONDIÇÕES QUE AUMENTAM A OCORRÊNCIA DAS GOLFADAS?

As golfadas são mais vistas quando:

- É usada fórmula láctea oferecida com a mamadeira. O bebê que mama no peito da mãe regurgita menos.
- Há técnica incorreta no uso da mamadeira (bico com orifício grande).
- Existe ingestão de ar junto com o alimento. O certo é dar a mamadeira inclinada para o bico ficar cheio de leite a fim de evitar a deglutição de ar.
- A criança é muito manuseada após a alimentação. Isso é observado ao se trocar a fralda após a tomada do alimento.
- Não se coloca a criança para arrotar após a ingestão do alimento.
- A criança é alimentada deitada, na cama. A que toma o alimento no colo das mães golfa menos.
- A ingestão de alimentos é forçada
- São oferecidos os alimentos mais líquidos. Os pastosos são menos golfados.
- Há ingestão de grande volume de comida. As porções menores são eliminadas menos frequentemente.
- Há pressão sobre o abdome, como a exercida pelas fraldas muito apertadas.
- Existem doenças, por exemplo, gripe e tosse.

A CRIANÇA QUE NÃO ARROTA APÓS A ALIMENTAÇÃO GOLFA MAIS?

Não necessariamente. A forma com que a mãe carrega o filho pode fazer com que ele apresente refluxo ao arrotar. A posição ideal para se colocar o bebê, depois

que ele mamou, é "em pé", no colo da mãe, de modo que não se faça nenhum tipo de pressão ou força para que ele arrote.

A POSIÇÃO DA CRIANÇA NO BERÇO INTERFERE NAS GOLFADAS?

As recomendações atuais indicam que as crianças que apresentam apenas as golfadas, sem evidências de DRGE, sejam mantidas no berço deitadas sobre as costas e sem elevação da cabeceira do berço ou uso de qualquer artifício para manter a cabeça mais alta que o corpo. É importante não exercer qualquer tipo de pressão no abdome.

O QUE O MÉDICO FAZ QUANDO A CRIANÇA GOLFA?

Vocês devem ter percebido que é essencial separar as que golfam e não tem doença das que golfam e tem a a doença denominada DRGE. Os médicos então tem que buscar dados que informam ou não a presença de malefícios causados pelas golfadas. Eles revisam alimentação, conferem o ganho de peso e examinam as crianças. Na maioria das vezes, nada é encontrado, os pediatras orientam sobre a alimentação e sobre outros cuidados e dizem às mães que é necessário observar o andamento do processo. Assim, com frequência, há necessidade de várias entrevistas com a família e de vários contatos com a criança para que uma conduta mais precisa seja adotada. Alguns exames e a consulta com o gastroenterologista de criança são indicados para certos casos.

O QUE FAZER PARA REDUZIR AS GOLFADAS?

Alguns cuidados são essenciais: oferecer leite materno, alimentar com boa técnica quando a mamadeira for usada (bico e posição adequados que impeçam a deglutição de grande quantidade de ar), não forçar a ingestão de alimentos, não "balançar" a criança após a alimentação, colocar para arrotar, em posição ereta, após a alimentação, oferecer, nos "grandes golfadores", o alimento em menores volumes e com mais frequência, não usar fraldas apertadas, evitar manuseio excessivo, sobretudo na troca de fraldas e após a alimentação.

AS FÓRMULAS ANTI-REFLUXO AJUDAM?

Essas fórmulas imitam o dito popular de que os leites "engrossados" diminuem as golfadas. A indústria alimentícia adiciona ao leite determinados amidos, gomas, farinhas, tornando o leite mais espesso. Entretanto, os estudos científicos não mostram vantagens desses leites para as "crianças que golfam e são felizes". Inclusive, algums sociedades internacionais de pediatria, alertam que esses leites podem acarrtear prejuízos nutricionais às crianças por serem habitualmente hipercalóricos, apresentarem elevada osmolaridade e diminuirem a absorção de alguns nutrientes como o zinco, o ferro e o cálcio. Além disso, tem um custo elevado.

Por tudo isso não são indicados. Registra-se, mais uma vez, o uso da propaganda enganosa pela indústria de alimentação infantil.

O MÉDICO PODE INFORMAR QUE NÃO HÁ DRGE E MUDAR DE OPINIÃO?

Foi dito que que existem situações intermediárias em que a equipe de saúde fica com dúvidas sobre a melhor conduta. Nessas condições a equipe precisa acompanhar o paciente por algum tempo, precisa avaliar repetidas vezes, para definir se há ou não a DRGE. Por exemplo, é necessário que o profissional siga a criança por algumas semanas para verificar se o aumento de peso é satisfatório ou não, ou se surgem dados que indiquem doença. Então vocês percebem que mudar do médico a cada mês e não dar sequência dificulta a avaliação.

A DRGE É COMUM?

Não é incomum. Crianças que golfam e não são doentes são mais numerosas do que as portadoras de DRGE. Assim entre os "golfadores", que são muitos, os médicos têm que ter critério e cuidado para definir os que portam a DRGE.

A DRGE É OBSERVADA APENAS NAS CRIANCINHAS?

A DRGE ocorre em todas as faixas etárias da infância e até os adultos podem ter a doença. As regurgitações, porém, só são consideradas fisiológicas até os 18 meses. A partir daí é mais provável que a persistência de regurgitações já caracterize a DRGE. Nas crianças maiores, é mais comum se observar queixas típicas dos adultos como azia, sensação de dor ou queimor no tórax, sensação de retorno do alimento que não se exterioriza, e tosse.

A HEREDITARIEDADE É IMPORTANTE NA DRGE?

A DRGE pode ter um caráter hereditário. É comum que uma criança filha de pais com a doença bem estabelecida tenha o problema. Porém, à semelhança de outras heranças genéticas, isso não é obrigatório.

QUAIS OS SINTOMAS DA DRGE?

Ocorrem prejuízo geral como do ganho de peso (por perda de parte do alimento) e irritabilidade, sintomas digestivos (queimor retroesternal ou azia, dor retroesternal e as próprias regurgitações) e respiratórios por contato do conteúdo gástrico ácido com o esôfago e com órgãos das vias aéreas (tosse, otite, faringite, sinusite, sintomas asmáticos, dentre outros).

Assim os sintomas são variados e devem ser investigados toda criança com choro contínuo, irritabilidade, sono inquieto, recusa alimentar, perda ou dificuldade de ga-

nhar peso; sangue ou resíduos tipo “borra de café” no material eliminado; perda de sangue nas fezes (demonstrada por exame especial) e anemia causada por esta perda sanguínea e uma grande variedade de fenômenos respiratórios como os citados.

ATÉ ASMA?

Há casos muito difíceis de asma que podem ser explicados pela aspiração para a árvore respiratória do material gástrico. Não é fácil estabelecer quem começou primeiro, pois o refluxo gastroesofágico pode causar quadro que se assemelha à asma e as crises asmáticas podem produzir refluxo.

AS GOLFADAS E A DRGE PROVOCAM CRISES DE SUFOCAÇÃO?

Recomendamos que todos leiam o capítulo sobre *Morte súbita ou Morte no berço*. As ocorrências de “sufocação” ou de apneia (parada da respiração) que muitas criancinhas apresentam durante ou após a alimentação, ou mesmo em outras fases do dia, chamados pelos médicos de episódios de quase morte súbita podem ter relação com as “golfadas” e com a DRGE.

A EXPLICAÇÃO PARA A DRGE É A MESMA PARA AS GOLFADAS?

A maior parte das crianças com DRGE não porta problemas especiais. Pode-se dizer que a DRGE decorre de mecanismos iguais aos que ocorrem nas crianças “golfadoras felizes”, sendo que os mesmos acontecem de forma mais exacerbada. Neste caso, a DRGE é dita primária. Mas ela pode ser secundária a uma anormalidade anatômica, como a estenose hipertrófica do piloro, a uma anormalidade de motilidade do estômago, como o retardo de esvaziamento gástrico, e também pode decorrer de uma reação anormal a alimentos, como na alergia a proteína do leite de vaca, entre outros. É obrigatório que os pacientes com essa doença sejam criteriosamente avaliados e que sejam solicitados exames para esclarecimento.

ENTÃO A ALERGIA AO LEITE DE VACA PODE CAUSAR DRGE?

Pode. A substituição da proteína inteira do leite de vaca pela mesma proteína parcial ou extensamente hidrolisada ou até por outra (leite de soja) é um dos tratamentos para alguns casos de DRGE.

O QUE O MÉDICO FAZ QUANDO HÁ A POSSIBILIDADE DE DRGE?

Os portadores de DRGE têm orientação diferente da fornecida para os simples golfadores. Apenas o médico tem condições de separar os que precisam dos que não precisam conduta especial. Ultrassom do abdome com pesquisa do refluxo gastroesofágico e exame do piloro, raio-x contrastado do esôfago, estômago e duodeno,

raio-x do tórax, exame com radioisótopos para demonstrar o refluxo e avaliar o esvaziamento gástrico, o estudo da acidez do esôfago (pHmetria) para demonstrar a presença do refluxo do material do estômago e a endoscopia com biópsia são importantes quando bem indicados. Algumas vezes, há necessidade de outras avaliações (exemplos: pesquisa de sangue nas fezes, exames para demonstrar alergia à proteína do leite de vaca, hemograma, exames para asma e laringoscopia).

QUAIS AS MEDIDAS A ADOTAR PARA OS PORTADOES DA DRGE?

São de três tipos as providências a serem tomadas:

Dietéticas: o leite materno deve ser mantido. Para os que não recebem leite materno, precisam ser avaliados quanto a necessidade de formulas especiais se há suspeita de alergia a proteína do leite de vaca. É necessário dar o alimento com paciência e cuidado, tento atenção para evitar hiperalimentacão. Alimentos que devem ser evitados: cítricos, refrigerantes, chocolate, açúcares concentrados (balas, doces, etc), chás, tomate, café, alimentos gordurosos, enlatados, embutidos (como linguiças, salames, etc.), frituras e condimentos.

Posturais: após tomar o alimento, as crianças devem ser mantidas eretas, no colo da mãe por cerca de 30 minutos. Não devem ficar curvadas, comprimindo o abdome. Até a troca de fraldas e outras vestes após a alimentação deve ser evitada. Se necessário, trocar com a criança em pé. Nos intervalos das refeições, na cama, as crianças devem ser mantidas em uma posição que dificulte o refluxo.

Medicamentosas: há alguns remédios que parecem auxiliar. Quando as duas medidas anteriores são ineficazes, pode ser necessária a indicação de drogas. Mais comumente são usadas drogas para diminuir a produção ácida pelo estômago e ocasionalmente drogas que tentam melhorar a motilidade do esôfago e estômago.

E O BEBÊ CONFORTO?

O bebê conforto, além de quente e desconfortável, aumenta a pressão dentro do abdome o que pode até agravar o refluxo. Não é recomendado.

QUANDO A CIRURGIA ESTÁ INDICADA?

A cirurgia é raramente indicada. Deve ser pensada apenas quando a DRGE estiver causando importante prejuízo à saúde e não houver resposta ao tratamento clínico e com os potentes medicamentos hoje disponíveis.

HÁ RISCO DE A DOENÇA DA CRIANÇA PERSISTIR ATÉ A VIDA ADULTA?

Alguns portadores de DRGE deverão ser seguidos por muito tempo, ou até por toda a vida, face às alterações esofágicas apresentadas. O médico deve ter muito cui-

dado ao definir os critérios de cura numa criança com DRGE. Se ele dá alta ao cliente, diz que ele está curado, e o esôfago continua a ser agredido pelas secreções do estômago, poderão surgir dificuldades muito lá na frente.

EXISTE ALGUM RISCO ESPECIAL?

Quando a agressão ao esôfago for muito intensa e prolongada, há o risco de aparecimento a longo prazo de células pré-cancerosas na parte terminal do órgão.

23.2.3 RELATO DE PAIS E EQUIPE MÉDICA

I - RELATO (2016)

> "Nosso filho, que hoje tem 19 anos, foi levado a um pediatra quando tinha 1 ano e 4 meses de idade para avaliação. Nós o achávamos pequeno e ele havia apresentado alguns episódios de "sufocação". Além disso, respirava muito mal, de boca aberta e roncava. Como nós, pai e mãe, somos 'grandes', estranhávamos o fato de o garoto ser 'pequeno'. O pediatra pensou que havia a possibilidade de refluxo gastroesofágico e fez exames, inclusive a endoscopia e a biópsia que mostraram graves alterações no esôfago. Ele sempre apresentava vômitos após alimentação e náuseas, bem como dava sinais de sempre estar com um certo desconforto. O pediatra nos explicou que esses são sintomas que ocorrem na doença esofagiana.
>
> Consultamos uma especialista em gastroenterologia de crianças e logo o garoto foi medicado para a esofagite e o refluxo. Foi colocado para dormir com a cabeça elevada e foram introduzidas várias modificações na alimentação. Como também apresentava problema de adenoides e de ouvidos, fez cirurgia nos tímpanos e foi adenoidectomizado.
>
> Nessa época, viajamos a São Paulo para realizar avaliação especializada, da função do esôfago que nada resultou de prático.
>
> Aos 2 anos de idade, o pediatra, o gastroenterologista e o cirurgião de crianças resolveram que o quadro esofagiano era grave e o garoto foi submetido à primeira cirurgia contra o refluxo. Isso foi feito. Ele continuou sem ganhar peso da forma como nós e a equipe assistencial esperávamos.
>
> Os médicos continuaram monitorando o quadro esofagiano com endoscopias e biópsias que sempre mostravam alterações. Continuou sempre, por longos períodos, com medicação contra a inflamação do esôfago. Face à persistência dos dados de doença esofagiana, foi reoperado quando tinha 6 anos e 7 meses de idade.

Três meses após essa segunda operação, continuava com refluxo para o esôfago e também apresentou úlcera no duodeno. Continuou sendo medicado e alguns exames (como o estudo da acidez do esôfago foi normal) e passou tempos sem sintomas do estômago e do esôfago, o que animava os médicos. O seguimento com o gastroenterologista de criança era metódico, contínuo, rigoroso.

O ganho de peso continuou, durante todo o seguimento, sem modificações. Isso é, não ganhava peso de forma satisfatória.

As avaliações endoscópicas, após a segunda cirurgia, continuaram mostrando sinais de refluxo e as biópsias persistiram evidenciando sinais de inflamação, e ocorreu transformação das células normais do esôfago e células anormais (esôfago de Barrett). Os médicos nos disseram que isso era um sinal importante.

Quando ele tinha 12 anos e 7 meses de idade, face à manutenção dos dados de doença esofagiana, levamos o rapaz à Itália, para ser avaliado por um médico alemão estudioso do refluxo gastroesofágico. Esse especialista indicou uma terceira cirurgia que foi realizada no Recife, quando o rapaz tinha quase 13 anos de idade, pelo mesmo médico alemão.

Hoje, seis anos após a última cirurgia, o menino não apresenta sinais clínicos da doença esofágica, mas estamos seguros de que temos que manter o acompanhamento por longo tempo."

II - COMENTÁRIOS DA EQUIPE MÉDICA

O relato é de um caso muito bem caracterizado de DRGE. Um dos profissionais que assina este capítulo participou do primeiro exame endoscópico do garoto. E ficou marcado neste profissional a gravidade das lesões esofágicas evicenciadas. Desde a porção superior do órgão foram evidencadas lesões esbranquiçadas que caracterizavam uma grave esofagite causada pelo refluxo gastroesofágico. Após este relato, informamos as informações gerais sobre o problema do refluxo ácido do estômago para o esôfago apresentadas aqui não substituem a avaliação médica criteriosa.

23.3 ESTOMATITES: GENGIVOESTOMATITE HERPÉTICA, ESTOMATITE AFTOSA, DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA, SAPINHO OU CANDIDÍASE ORAL

Andreza Xavier de Brito
Carla Virgínia Lobato
Carlos Gonçalves de Oliveira
Crystiane Maria do Nascimento Rocha
João Guilherme Bezerra Alves
Maria Helena Soares de Barros Hulak
Otelo Schwambach Ferreira
Roberta Cardoso de Siqueira

23.3.1 GUIA PRÁTICO

- Embora pareça problema do estômago, estomatite significa inflamação do revestimento interno da boca, a mucosa oral.
- É usualmente doença infecciosa por vírus ou por fungos. Várias enfermidades outras podem causar lesões que lembram a estomatite infecciosa comum.
- A estomatite e outras doenças causadas por fungos, habitualmente a *Candida albicans*, são consequências usuais do uso de antibióticos. Mais um motivo para evitar o uso abusivo desses produtos.
- Junto com o acometimento da mucosa oral, sobretudo marcado pela presença da afta, as gengivas também são afetadas e o quadro é rotulado de gengivoestomatite. A mais comum é a herpética.
- Um detalhe do diagnóstico é o contato com pessoa com doença parecida.
- Quadros isolados são usuais e não tem significado especial. Os quadros repetidos são importantes e podem significar situação especial como doença de base imunológica ou de outra ordem.

23.3.2 CONVERSANDO...

O QUE É AFTA?

Afta é úlcera na mucosa da boca e é a lesão típica das estomatites. Junto com vermelhidão, inchaço e vesículas (bolhinhas com diminutas coleções e líquido no interior), na mucosa bucal, compõem o quadro geral da estomatite. Pode haver uma ou dezenas de aftas. É lesão dolorosa e quanto maior o número, maior o sofrimento e as dificuldade durante a alimentação. Frequentemente ocorre inflamação da gengiva que fica inchada, dolorosa e com tendência ao sangramento. A superfície da língua também pode ser acometida.

O QUE É A ESTOMATITE HERPÉTICA?

Habitualmente gengivoestomatite é a doença mais importante desse grupo e a que causa mais transtorno ao paciente. Habitualmente, produz febre muito alta, decaimento geral, numerosas aftas na mucosa oral, inflamação nas gengivas, muita dor e dificuldade de ingerir alimentos. Desidratação e necessidade de hospitalização ocorrem em alguns casos. O acometimento das gengivas é muito marcante e elas ficam inchadas, dolorosas e até sangram.

O QUE CAUSA ESSA DOENÇA? COMO É ADQUIRIDA?

É uma doença infecciosa causada pelo vírus do herpes simples que é altamente transmissível da pessoa doente para a sã. É adquirida após contato com portador de uma das doenças causadas pelo vírus (estomatite, conjuntivite ou afta herpética isolada). Espera-se que toda criança, nos primeiros anos, tenha a infecção pelo vírus do herpes simples. Cerca de 90% dos adultos carregam consigo, por muitos anos, esse vírus.

COMO É ISSO? NÃO ENTENDEMOS!

A maior parte dos que tem o primeiro contato com o vírus do herpes simples tem uma infecção sem sintomas. Assim 90% dos adultos já tiveram contato com o vírus e não sabem informar sobre isso. Ficam protegidos e não terão a doença ao longo da vida. Mas algumas crianças, por razões desconhecidas, desenvolvem a doença com sintomas marcantes. Nos dois casos, o vírus continua a se multiplicar lentamente no corpo por muitos anos. Assim, 15-20% das pessoas apresentam, vez ou outra, sobretudo quando sujeitas a certas situações, alguns sinais e sintomas da infecção. O quadro mais típico é o herpes labial ou bucal. Ocorre ainda o genital.

COMO A DOENÇA SE APRESENTA?

A criança acometida está entre 2 e 5 anos. A doença se caracteriza por: febre alta por 4-7 dias; irritabilidade, choro, insônia; muita salivação; intensa dificuldade de comer; pequenas bolhinhas com conteúdo líquido na mucosa bucal, que logo se transformam em aftas distribuídas por toda a superfície da mucosa; a dor é tão forte que dificulta inclusive o exame médico; inchaço e sangramento gengival; mau cheiro na boca. As lesões da boca são curadas ao redor do décimo dia. A dor dura em torno de 5-7 dias. A primeira semana é difícil para os familiares e para os médicos que dispõem de poucos recursos para combater o problema.

COMO É O DIAGÓSTICO?

É clínico e o quadro é típico que até pelo telefone o médico pode definir a conduta. Mas é importante que a criança seja examinada para que seja traçado um programa de ajuda na fase mais crítica do quadro.

E O TRATAMENTO?

Existe remédio que age contra o vírus. Usado no início, parece reduzir o número de lesões e abreviar o curso da enfermidade. A maior parte da criançada é diagnosticada no terceiro ou quarto dia de doença, quando a droga antiviral não ajuda. Os doentes são tratados para enfrentar os seis ou mais dias de dor, já que a infecção se cura espontaneamente. Os médicos habitualmente:

- Esclarecem os familiares sobre o curso da enfermidade que, na maior parte das vezes, é superada em casa, sem maiores transtornos.
- Informam que os antibióticos não ajudam e podem até agravar o quadro.
- Receitam antifebris e medidas gerais de conforto. Prescrevem anestésicos locais, para uso na mucosa, que podem reduzir a dor. Têm que ser usados com receita e controle médico, do contrário, podem ser maléficos.
- Evitam os remédios com cortisona que podem agravar o quadro.
- Orientam como higienizar a boca o que não é fácil: bochechos, gargarejos, limpeza da cavidade oral por qualquer método são úteis, mas difíceis de serem feitos numa criança de 3-4 anos de idade e que está sofrendo. Solução de bicarbonato de sódio ou de ácido bórico, leite de magnésia e outros produtos têm sido usados de forma empírica na mucosa afetada. Os médicos devem debater o tema com cuidado e recomendar: o que se conseguir, do jeito que conseguir, com a maior delicadeza, será útil; não forçar, não traumatizar, não gerar sofrimento, pois tudo isso prejudica, não ajuda.
- Recomendam ainda que os familiares alimentem as crianças da melhor forma possível, do melhor jeito possível, com os alimentos aceitos. As crianças terão grande dificuldade de mastigar ou simplesmente de ingerir alimentos, mesmo líquidos e pastosos por alguns dias. Sorvetes, "brigadeiro", bolos, doces, balas, bombom, chocolate e tudo o que é quase proibido em outras épocas, nessa fase pode ser liberado. Alimentos líquidos ou pastosos, não ácidos, resfriados ou gelados, podem ser mais bem aceitos.
- Avaliam repetidamente a criança, a cada dois dias, por exemplo, para rever hidratação e quadro geral.

É IMPORTANTE SEPARAR A CRIANÇA DOENTE DAS OUTRAS?

A criança doente deve ser afastada da escolinha. Qualquer pessoa que está com o quadro do herpes labial não deve ter contato próximo com as crianças. Isso é difícil de ser praticado. O prazo de afastamento da escolinha é de 7-10 dias.

O QUE É O HERPES RECIDIVANTE?

Mais ou menos 20% das pessoas têm o herpes recidivante nos lábios e tecidos ao redor da boca ou na mucosa oral. As lesões acontecem em situações de estresse, menstruação, exposição intensa à luz solar, ao frio e ao vento. Ocorrem mais após manipulação dental. As lesões labiais acontecem no encontro da parte vermelha dos lábios com a pele perioral. Tanto no lábio como na mucosa, o quadro sempre começa pela fase vesicular para depois aparecerem as úlceras. A dor é marcante. O quadro se estende por sete a dez dias e pode ocorrer muitas vezes na mesma pessoa. O tratamento é com o medicamento antiviral embora seja discutível a sua ação benéfica. O corticoide local não é indicado e pode ser maléfico. Várias pomadas e cremes para uso local têm sido recomendados, mas nada está cientificamente comprovado.

ESSE VÍRUS PODE ACOMETER OUTROS LOCAIS DO CORPO?

Os vários tipos de vírus podem causar muitas doenças. Nos olhos, produzem uma doença grave que requer consulta urgente. A doença pode causar cegueira. É complicação da infecção da boca. Nos genitais, produzem uma vulvovaginite que é causada por um dos tipos de vírus do herpes simples. Na genitália pode acontecer o quadro repetitivo. Também existe uma infecção grave do sistema nervoso. Há quadro dermatológico causado pelo citado vírus.

EXISTE VACINA CONTRA ESSE VÍRUS?

Não existe.

O QUE É ESTOMATITE AFTOSA? É DIFERENTE DA HERPÉTICA?

É diferente. É recorrente e uma forma comum de afta. Ocorre várias vezes no indivíduo de qualquer idade, mas, sobretudo, naqueles com mais de 10 anos. Predomina nas mulheres.

COMO É A DOENÇA?

A origem não é bem conhecida. Parece haver tendência familiar. Não é transmissível de uma pessoa para outra. A afta pode ocorrer após uma agressão como

manipulação pelo dentista ou por uma escovação feita de forma inadequada. Também pode acontecer quando o indivíduo morde a língua ou a mucosa da bochecha. Dificuldades emocionais, menstruação e outros fatores também podem disparar o processo. Doenças virais também precipitam o aparecimento da lesão. As úlceras ocorrem na superfície interna das bochechas e dos lábios, por baixo da língua, no véu palatino e na base da gengiva. Assim, ocorre em vários locais e isso diferencia essa doença da estomatite herpética. É afebril e após a existência de um ponto vermelho, sem aparecimento da vesícula, surge a úlcera que pode ser pequena, de um a dois milímetros, ou grande, mais de um centímetro de diâmetro. A lesão é dolorosa e pode ser isolada ou múltipla. Algumas vezes, surge febre baixa e mal-estar geral e os gânglios cervicais podem estar aumentados.

É PRECISO IR AO MÉDICO?

As famílias habitualmente não vão ao médico, sobretudo se é sabido que determinada pessoa apresenta, vez ou outra, o problema. Mas existem doenças (eritema multiforme, pênfico, distúrbios imunológicos) que podem se apresentar com lesão muito parecida, na mucosa oral. Portanto, é sempre bom manter uma postura de desconfiança e consultar um profissional quando preciso.

COMO É O TRATAMENTO?

Não existe tratamento específico. Tocar a lesão com cotonete embebido em água oxigenada (uma parte) diluída em água (uma parte) e em seguida tocar a úlcera com leite de magnésia, quatro a seis vezes ao dia, é conduta caseira. A dor decresce em três a quatro dias e a cura total ocorre em dez ou mais dias.

INTERESSANTE O NOME DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA!

Esta terminologia define exatamente os aspectos mais característicos desse quadro: lesões na mucosa bucal e na pele das mãos e dos pés. É causada por um ou mais vírus e predomina nas crianças de menos de 5 anos, sobretudo se frequentam creches ou escolinhas. A enfermidade é menos intensa que a estomatite herpética. A febre é menor e pode até inexistir. As lesões da boca, pequenos pontos avermelhados na língua e na mucosa bucal ou nas gengivas que se transformam em vesículas e rapidamente em pequenas aftas dolorosas, não perturbam tanto a vida do doente. A alimentação é dificultada, mas não tanto como na doença herpética. Surgem lesões nas mãos (dedos e na palma), nos pés (dedos e na planta) e até nas nádegas. São pontos vermelhos que rapidamente mudam para vesículas. Nas nádegas, as lesões permanecem apenas como os pontos avermelhados. As lesões não são pruriginosas. O quadro cutâneo lembra a catapora ou varicela, mas as lesões não incomodam, não coçam. As lesões da catapora coçam, causam desconforto na pele. Todos os aspectos da doença cedem em 5-7 dias.

COMO É O DIAGNÓSTICO E O TRATAMENTO?

O diagnóstico é clínico. As manifestações são típicas. O tratamento é feito com as mesmas medidas recomendadas para a estomatite herpética sendo que as dirigidas para as lesões bucais podem ser mais simples.

A CRIANÇA COM A DOENÇA DEVE SER AFASTADA DA ESCOLINHA?

É prudente, para proteger as outras crianças.

O QUE É O "SAPINHO"? POR QUE É TÃO COMUM? COMO SURGE?

"Sapinho" é a infecção da mucosa da boca produzida pela *Candida*. Ocorre mais na criança novinha. Vários fatores contribuem para isso: parto vaginal, convívio com pessoas doentes (infecções ungueais), utensílios alimentares precariamente higienizados, uso de antibióticos ou de corticoides como os usados para a asma.

COMO O FUNGO DO SAPINHO CHEGA AO NOSSO CORPO?

Nós convivemos com micro-organismos valiosos para a saúde. Na pele, conduto auditivo, fossas nasais, garganta, parte das vias aéreas e do tubo digestivo e genitália externa vivem "companheiros" que nos ajudam a viver. Eles nos protegem contra a invasão de micróbios estranhos e produzem nutrientes importantes para nós. Após o nascimento, toda criança tem contato com grande número de germes que passarão a constituir a flora normal. Muitas doenças são produzidas pela ação indevida, pretensamente terapêutica, que atingem os micro-organismos amigos. O fungo do "sapinho" é parte da flora normal e o seu achado não causa surpresa em vários locais no corpo. A *Candida albicans* habita principalmente o tubo digestivo e a genitália externa. Por toda a vida nos acompanha. A doença é denominada candidíase ou monilíase oral, o popular sapinho.

E O FUNGO AMIGO CAUSA DOENÇA? O QUE OCORRE?

O que transforma o fungo em inimigo é a quebra de algumas regras da boa convivência entre o corpo que o hospeda e o fungo. Os antibióticos, os corticosteroides e algumas doenças graves rompem as regras. Mas a mais frequentemente regra rota é a da boa higiene. O que ocorre é mais ou menos o seguinte:

- O fungo existe e se multiplica normalmente, quieto, em equilíbrio, em alguns locais do corpo.
- Alguma transgressão higiênica, como o uso inapropriado de fraldas, ou a falta, ou o excesso de limpeza "irrita" a pele.
- A pele irritada favorece a multiplicação excessiva do fungo.

- Surge a dermatite por *Candida*.

Esse exemplo da pele se aplica aos genitais e à boca, os mais comuns locais da doença. Outro exemplo:

- O fungo existe e se multiplica normalmente no intestino, tranquilo, em equilíbrio.
- O uso do antibiótico e a rotura dos mecanismos imunes (AIDS, leucemia), desequilibram a flora e favorecem o crescimento desordenado do fungo.
- Surge diarreia ou outras doenças, até meningites, causadas pela *Candida*.

COMO É O "SAPINHO"?

O "sapinho" se manifesta com pequenas plaquinhas brancas e aderentes na mucosa da boca e na língua. Não causa febre. Parece que alguns nenezinhos ficam incomodados. A presença de coágulos de leite na mucosa bucal pode ser confundida com o "sapinho". No entanto, esses coágulos podem ser facilmente removidos. Os médicos devem examinar as crianças e existem exames para definir o diagnóstico.

E COMO TRATAR?

Quando o quadro é leve, com poucas lesões, o tratamento é feito com solução de água com bicarbonato de sódio. Basta colocar uma pitadinha, menos que uma colher das de café, do bicarbonato em uma xícara cheia com água fervida e limpar delicadamente a boca do bebê com uma gaze embebida na solução, 4-6 vezes ao dia. Após 7 ou mais dias, o quadro cede. Não se deve tentar remover as plaquinhas. Causa desconforto e pode sangrar. Os médicos receitam antifúngicos (nistatina e outros) quando houver indicação especial.

EXISTEM OUTROS REMÉDIOS USADOS PARA O "SAPINHO"?

É hábito popular usar a violeta de genciana e outros produtos (mel rosado e o mel rosado boratado). A medicina não os recomenda.

TEM QUE ESTERILIZAR A MAMADEIRA DA CRIANÇA COM "SAPINHO"?

Quando a criança novinha não tem a felicidade de ser amamentada ao peito, os utensílios usados na alimentação devem ser bem esterilizados. Alguns pediatras recomendam que, após a lavagem e a fervura, as mamadeiras, os bicos e os demais utensílios usados na alimentação sejam imersos em solução de água com bicarbonato (uma colher das de chá para um litro de água fervida), durante o tratamento das crianças que estão com "sapinho".

É IMPORTANTE CUIDAR DO ASSEIO DO PEITO DAS MÃES?

O tratamento da mama materna faz parte do tratamento em alguns casos de candidíase oral. Também os médicos devem perguntar sobre infecções de unha ou de outros locais do corpo.

EXISTEM OUTRAS DOENÇAS PRODUZIDAS PELO FUNGO?

Existem. As doenças da pele da unha e da genitália (vulvovaginite e postite) são comuns. São abordadas em outros capítulos deste livro: *Genitais externos* e *Problemas de pele*. Existe ainda a doença intestinal causada pelo fungo. O intestino é a principal moradia do micróbio no nosso corpo. Aí existe normalmente, em todos nós, e não faz mal. Algumas vezes, por exemplo, quando há uso abusivo de antibióticos ou em outras situações em que há queda da resistência orgânica, o fundo cresce excessivamente e produz diarreia importante. Vulvovaginite (doença da genitália externa feminina), a postite (doença da genitália externa masculina) e várias outras doenças, até meningites, podem ser causadas pelo fungo.

DEVE-SE EVITAR AS BABÁS QUE APRESENTAM MICOSES NAS UNHAS?

Não. Como falamos antes, todas as crianças, de um jeito ou de outro, vão ter contato com o fungo do "sapinho" e não há razão para uma atitude de "neura" de tudo evitar, pois tudo faz mal, tudo é perigoso. Evidentemente, as pessoas com micoses ungueais devem ser tratadas e as babás que têm muito contato com as crianças e apresentam o problema devem obedecer a alguns princípios básicos de higiene como fazer um curativo oclusivo na unha doente. Repetimos que o mais importante é tratar a doença e acreditamos que as babás qualificadas não devem ser dispensadas devido as micoses das unhas.

RESUMINDO, COMO EVITAR O "SAPINHO"?

A amamentação é importante. Higiene é essencial: mãos lavadas e esterilização dos utensílios alimentares. Nutrição adequada é sempre importante. Os doentes com candidíase devem ser tratados. Existem medidas específicas para os indivíduos com enfermidades debilitantes (câncer, AIDS). Após usar o corticoide inalado para controle da asma fazer bochechos e gargarejos para retirar o excesso do remédio e assim evitar a candidíase.

Ressaltamos que as noções expostas não substituem a consulta médica. Assim, leiam o texto, revisem o assunto na Internet e em outros livros, mas consultem os pediatras assistentes.

23.4 VÔMITO, DIARREIA AGUDA, DESIDRATAÇÃO

Gisélia Alves Pontes da Silva
Jailson de Barros Correia
Otelo Schwambach Ferreira
Sebastião Tenório da Silva

23.4.1 GUIA PRÁTICO

Observar que é:

1. Importante a avaliação médica da criança com quadro importante: febre alta, vômitos frequentes e diarreia intensa, decaimento significativo, apatia intensa, má impressão geral. O quadro é sempre mais grave em menores de 1 ano.
2. Valioso conhecer os sinais de desidratação: abatimento significativo, pouca urina, mucosa oral seca, fontanela baixa (nos menores de um ano).
3. Deve ser mantida a alimentação para a que não vomita. E deve ser mudada a alimentação na que vomita. Essencial nunca parar o leite materno, em qualquer situação.
4. Fundamental observar a hidratação. Nas diarreias leves, oferecer mais água, água de coco, chás, refrescos de frutas. Nas intensas, com grande perda de água pelas fezes, ofertar a solução hidratante (soro oral do posto ou o das farmácias).
5. É essencial a hidratação oral. É eficiente. A criança desidratada tem alta chance de se recuperar com esse método, sem hidratação venosa. Mas cabe ao médico orientar o tratamento para a criança desidratada.
6. Importante oferecer o volume da solução de acordo com a intensidade da diarreia. Quadro mais grave, maior oferta da solução, dia e noite.
7. Fundamental a emissão de urina que é o melhor sinal de que a hidratação está funcionando. Os dados gerais (atividade, alegria) também ajudam a mostrar que o problema está sendo superado.
8. Essencial saber que a flora intestinal normal, a própria diarreia e os outros mecanismos normais de defesa do intestino usualmente curam a diarreia aguda em 4-7 dias sem antibióticos ou qualquer outra medicação.
9. De extremo valor manter o leite materno como medida básica para evitar a diarreia aguda nas crianças de menos de um ano de idade. Boa higiene alimentar, esterilização adequada das mamadeiras e dos outros utensílios usados na alimentação, lavagem das mãos e outras medidas, também são importantes.

23.4.2 CONVERSANDO...

O tubo digestivo dispõe de maravilhosos recursos de proteção contra as agressões do meio exterior. A relação com o que nos cerca oferece riscos ao corpo e muitos dos perigos chegam via ingestão de diferentes produtos, alimentos ou não. Vômito e diarreia são importantes meios de defesa e a resposta às agressões antes citadas.

Vômito — Na ingestão de tóxicos (folha de uma planta, vários produtos químicos, remédios e outros) o corpo reage com vômitos para eliminar o agressor. O excesso de alimentos produz vômitos como arma de defesa. As infecções por vírus, bactérias e parasitos e a ingestão de toxinas produzem vômitos cujo propósito é eliminar o agente que produz a doença. Assim, vômito, usualmente, é mecanismo de proteção e sinal de problema que deve ser descoberto. Problema que pode estar em outro setor do corpo e não no tubo digestivo. Pode estar no sistema nervoso ou nas vias urinárias e pode até ser psicológico.
Diarreia — É habitualmente mecanismo de "limpeza" do intestino agredido por vários agentes infecciosos, toxinas, medicamentos e outros fatores. A forma usual na criança é a aguda, que dura até 14 dias. A que dura mais tempo, a crônica, não será objeto desse estudo.
Outros — Os dois mecanismos citados são auxiliados pela flora intestinal e por vários mecanismos imunológicos. A soma de mecanismos protege o tubo intestinal e, consequentemente, o corpo humano contra a maior parte das agressões. São tão eficientes que a maior parte das agressões nem chegam a se exteriorizar como doença.

Assim a diarreia deve ser tolerada como mecanismo de defesa e é maléfico o uso de remédios para reduzir o número de evacuações. Esses medicamentos potencialmente agravam o quadro. Os antibióticos também não devem ser usados, a não ser em casos excepcionais. Eles prejudicam a sagrada flora intestinal e também podem agravar o problema.

A consequência principal dos vômitos frequentes e da diarreia aguda é a perda fecal de água, sais e de outros elementos químicos corporais, que pode ser importante e causar a desidratação. Assim a prevenção da desidratação é o objetivo principal dos cuidadores e do pessoal da saúde quando está sendo cuidada a criança com estes sintomas. Comecemos a debater sobre o vômito.

POR QUE A CRIANÇA VOMITA COM FREQUÊNCIA?

As doenças que causam vomito são frequentes na criança. Uma tem experiência dolorosa e vomita. Outra tem febre e vomita. Há criança que viaja de carro e vomita. Há a que experimenta um novo alimento e vomita. Forçada a ingerir um remédio, vomita. A outra que aceita bem o remédio, vomita. Outra tosse e vomita. Todas essas situações são comuns nos primeiros anos. É comum haver vários motivos que expliquem os vômitos na mesma criança: vômito pela doença febril e pelo remédio para a febre.

O VÔMITO FAZ MUITO MAL?

Frequentemente, o vômito é benéfico. Muitas vezes, ocorre para eliminar do estômago material estranho, perigoso: planta tóxica, alimento contaminado por bactérias ou toxinas, medicamento tomado em grande quantidade, vários tipos de substâncias perigosas, por exemplo. Pode ter outro benefício: alertar para o diagnóstico de um tumor cerebral. Mas pode ser maléfico.

QUAIS SÃO OS MALEFÍCIOS DO VÔMITO?

O vômito esporádico causa pouco transtorno. Mas o fato precisa ser relatado ao pediatra, pois pode implicar no diagnóstico de uma condição importante. O frequente, principalmente se acompanhado de diarreia, febre, falta de ar, convulsão, sonolência e outros dados, pode significar problema de maior gravidade, ocasionar a desidratação e prejudicar a nutrição. Sempre os malefícios serão reduzidos se as causas forem descobertas e tratadas.

MAS O QUE REALMENTE CAUSA VÔMITO NA CRIANÇA?

É grande a lista de causas:

Digestivas: infecções, parasitoses, apendicite, hepatite, ingestão de alimentos contaminados, defeitos da formação do tubo intestinal, problemas com as enzimas digestivas, refluxo gastroesofágico, erros e excessos alimentares, entre outros.
Respiratórias: amigdalite e outras infecções, pneumonia, asma e coqueluche.
Infecciosas: catapora, roséola, mononucleose infecciosa, otite média, infecção urinária e outras.
Intolerância e intoxicação: por medicamentos ou por outras substâncias, como antibióticos, querosene, plantas, toxinas alimentares e outros produtos.
Neurológicas: meningites, trauma, tumores e outros problemas.
Outras: enxaqueca, movimento do carro, emocional etc.

Nas crianças novinhas as causas são distintas das observadas nas das outras idades. Nelas, são frequentes os defeitos congênitos do tubo digestivo, a estenose hipertrófica do piloro (obstrução entre o estômago e o duodeno) e alguns outros problemas especiais.

O QUE OS MÉDICOS FAZEM?

A tarefa principal dos médicos é buscar a causa. Eles conversam com os familiares, examinam o paciente, solicitam exames (fezes, urina, sangue, de imagem — raio-x, tomografia, ultrassonografia, entre outros) e ouvem outros colegas (gastroenterologista de criança, por exemplo) até que o diagnóstico seja definido. Algumas

vezes, o diagnóstico é difícil e eles necessitam de algum tempo para isso. Os médicos avaliam também os prejuízos causados e adotam medidas específicas.

COMO SABER SE O VÔMITO SIGNIFICA ALGO IMPORTANTE?

Devem ser levadas logo ao médico a criança que apresenta: vários episódios de vômitos em pouco tempo; sangue ou algo estranho no material eliminado; vômitos associados a dor abdominal intensa, convulsão, dor de cabeça e tontura; sinais de doença importante como astenia, desinteresse, febre alta; vômitos após trauma na cabeça; vômitos e decaimento geral, redução da eliminação de urina e da saliva, olhos fundos, palidez e tristeza (desidratação); vômitos que existem há algum tempo sem explicação definitiva.

E OS VÔMITOS QUE SURGEM APÓS A TOSSE?

Eles são usualmente benéficos, pois a criança elimina grande quantidade de secreção respiratória quando tossem e vomitam. Dar remédio para o vômito, nessa situação, é um erro. Os médicos devem tratar a doença que produz a tosse.

O QUE FAZER SE OS VÔMITOS OCORREM APÓS O USO DOS REMÉDIOS?

Há remédios que produzem reação gástrica. Alguns podem ser repetidos logo após o vômito (as penicilinas, por exemplo). Outros não (os produtos para convulsão, por exemplo). O sabor, a consistência, o modo de dar e a pessoa que dá e outros fatores podem aumentar a possibilidade do vômito. Existem alternativas para a criança que não aceita a medicação oral.

O QUE NÃO DEVEMOS FAZER?

Vocês não devem usar remédios sem orientação médica — os produtos são potencialmente tóxicos; dar antifebris ou antibióticos ou outra medicação por via oral durante a fase em que a criança está vomitando; o assunto deve ser revisto com o médico; ficar em casa, quando há sinais de uma situação importante.

E O QUE DEVEMOS FAZER?

Ajudar a descobrir a causa; examinar o material vomitado (restos de plantas, algum cheiro especial); procurar dados de infecção intestinal, ingestão de tóxicos, de alimentos contaminados, de plantas ou de qualquer outro produto; avaliar se o vômito pode ser devido ao antibiótico ou outro remédio; pensar em parasitose intestinal, causa comum de vômito; verificar se há elementos de infecção urinária; informar se houve trauma no crânio; verificar se o vômito é secundário à tosse; pensar sem dificuldade emocional; iniciar a hidratação oral e modificar a alimentação; parar todos os remédios pela boca (mesmo o de febre e o antibiótico) e conversar com o médico sobre isso.

COMO FAZER COM A ALIMENTAÇÃO QUANDO A CRIANÇA VOMITA?

Para as crianças que vomitam esporadicamente, basta reduzir a quantidade do alimento por refeição, hidratar bem e buscar o diagnóstico como as parasitoses, por exemplo. Para as que vomitam frequentemente, num curto período, recomenda-se: suspender a alimentação; oferecer apenas líquidos bem tolerados: água potável, água de coco e chás caseiros açucarados (canela, erva-doce, mate, preto), caldo de carne, água de arroz e suco de frutas diluído com água e adocicado (refrescos); dar os sais de hidratação oral se houver evacuações líquidas; para as crianças mais velhas; dar os líquidos resfriados, mais bem aceitos pelo estômago; não oferecer os "energéticos"; dar os líquidos de forma repetida, em pequenos volumes, sem parar, mesmo que as crianças vomitem; experimentar uma colher das de chá a cada 10 -15 minutos para as crianças com menos de um ano; para as mais velhas, uma colher das de sobremesa ou de sopa; persistir mesmo se os vômitos continuam; deixar as crianças dormir um tempinho; esperar que a fase mais crítica que dura seis a doze horas seja superada; então começar a dar os alimentos de mais fácil digestão (refrescos de frutas, sopas magras, leite diluído, caldo de arroz e de carnes) após seis horas sem vômitos.

E OS REMÉDIOS PARA BLOQUEAR OS VÔMITOS?

São indicados para os quadros intensos, pelos médicos.

COMO VOCÊS DEFINEM QUE O VÔMITO É PSICOLÓGICO?

O diagnóstico de vômito de causa emocional não é fácil. Primeiro, devem ser excluídas as doenças orgânicas e até quadros complexos como a doença dos vômitos cíclicos. Algumas vezes o médico indica endoscopia e outros procedimentos diagnósticos especiais como a tomografia. E também ouve profissionais que labutam na área do psiquismo humano. Há inclusive doenças de origem mista, orgânica e emocional, e os especialistas no psiquismo devem ser ouvidos quando necessário.

EM ALGUNS CASOS, A CIRURGIA É INDICADA?

Se a enfermidade for de tratamento cirúrgico — estenose do piloro e estreitamento intestinal, por exemplo — o remédio é a cirurgia.

Agora poderemos rever o tema diarreia aguda.

AINDA HOJE A DIARRÉIA AGUDA É PROBLEMA IMPORTANTE?

A vacina contra o rotavírus reduziu de forma significante as infecções por esse importante agente da diarreia aguda. Mas o problema causado por outros vírus e

por bactérias ainda são muito frequentes. E ainda há dezenas de outras causas de diarreia aguda. O problema universal, mais frequente e grave nas regiões pobres. Ocorre dez vezes mais em crianças que tomam mamadeira do que nas que mamam no peito. E mais nos menores de 5 anos, sobretudo entre 6 meses e 2 anos de idade;

É uma das principais causas de morte na criança de famílias de baixas condições socioeconômicas. As mortes ocorrem por desidratação. As soluções hidratantes evitam o problema e as suas consequências, sobretudo a morte.

Toda criança, até os 10 anos de idade, apresenta vários episódios da doença. Existem muitos agentes microbianos e não microbianos causais. Isso explica porque a doença se repete muitas vezes na criança;

É geralmente sem gravidade e cura sem drogas. Mas existem situações, sobretudo se as crianças não são convenientemente hidratadas e alimentadas, em que pode ser grave e até letal;

QUAIS AS CAUSAS DA DIARREIA?

A diarreia aguda é usualmente infecciosa. Os vírus (rotavírus e outros) e as bactérias (salmonela, shigella, alguns tipos de E. coli e outras) são as principais causas. Esses organismos causais são adquiridos no contato com pessoas doentes ou com a ingestão de água imprópria para o uso e de alimentos contaminados, mal esterilizados e malconservados. Alguns tipos de vermes, também provocam a doença. Há outros problemas que podem produzir diarreia: alergia e intolerância a alimentos (leite, trigo ou cevada, por exemplo), uso de antibióticos e de laxantes.

A DIARREIA AGUDA É CONTAGIOSA?

As de origem infecciosa são. Quando a causa é o rotavírus ou outro agente viral, o risco de transmissão é grande. Assim é bom evitar contato íntimo entre o doente e as outras crianças sadias. As infecções bacterianas também são potencialmente transmissíveis do indivíduo doente para o sadio. Assim, se existe uma pessoa com infecção intestinal por *salmonela*, por exemplo, e a pessoa que faz o asseio da criança é a mesma que prepara os alimentos, há essa possibilidade. Quem cuida do paciente com diarreia aguda infecciosa deve ter muito cuidado com o asseio das mãos após cuidar do enfermo.

QUAL É A CRIANÇA DE MAIOR RISCO?

A que não mama na mãe é a de maior risco. Nela a frequência de diarreia aguda, nos primeiros meses de vida, é altíssima. E a de menor idade é a mais vulnerável para as formas mais intensas e para a desidratação, significativa complicação da enfermidade. Também são mais tendentes à desnutrição, problema com os fermentos digestivos e morte. Os efeitos danosos da diarreia aguda são ainda mais frequentes quando a criança que não mama na mãe é socialmente desassistida e consome alimentação inadequada.

POR QUE A DIARREIA AGUDA CURA SEM REMÉDIOS?

Mais de 90% das diarreias agudas curam espontaneamente, sem remédios, em quatro a sete dias. Isso é sabido e há **muitos estudos científicos sobre** o tema. A cura é natural, sem antibióticos, sem antidiarreicos, sem remédios para a flora, sem qualquer outro medicamento, desde que a criança seja mantida hidratada e continue a se alimentar. São vários os fatores da cura. Diarreia é mecanismo de limpeza do tubo digestivo e essa é a razão que justifica a proibição dos remédios para reduzir o número de dejeções. A flora intestinal luta com os micróbios agressores e esse é motivo de os médicos usarem os antibióticos com cuidado. Os fatores imunológicos de defesa intestinal e corporal também contribuem para a cura da infecção.

O QUE MAIS DEVEMOS CONHECER SOBRE A DIARREIA AGUDA?

- A febre pode inexistir. Quando existe, pode ser intensa nas primeiras horas e pode existir mesmo antes do aparecimento da diarreia. A febre dura 24 a 48 horas e cede naturalmente quando o quadro diarreico aparece.
- Os vômitos são comuns e podem ocorrer poucos episódios ou muitos em poucas horas, quando o risco de desidratação é alto.
- A intensidade da diarreia varia. A criança pode defecar poucas vezes e eliminar fezes com menos consistência ou pode defecar dezenas de vezes, fezes líquidas, como xixi. O material eliminado pode conter muco (catarro) ou raias de sangue e o odor é diferente do usual.
- Também há a falta de apetite, decaimento do estado geral e dor abdominal.

COMO É O DIAGNÓSTICO DA DIARREIA AGUDA?

O diagnóstico é feito, em quase 100% dos casos, sem necessidade de exames. Alguns médicos indicam: cultura de fezes, pesquisa de vírus, parasitológicos, hemogramas e outros exames para conhecer a causa. Outros acham que os exames estão indicados em situações especiais: casos graves, diarreia em criança de poucos meses, uso prévio de antibióticos, dentre outros.

QUAIS SÃO OS SINAIS DE ALERTA DE UMA SITUAÇÃO MAIS GRAVE?

Vocês devem buscar assistência médica se as crianças com diarreia aguda: são muito novinhas e não tomam leite materno; evacuam muito frequentemente fezes líquidas (como xixi) e apresentam vômitos; não urinam há mais de seis horas e estão sem lágrimas, com boca seca, olhos fundos, com a fontanela (moleira) baixa e sem a elasticidade normal da pele — sinais de desidratação; não aceitam líquidos e estão decaídas, apáticas, sem brincar ou sorrir; apresentam sangue nas fezes e cólicas intensas; exteriorizam outros dados preocupantes — manchas na pele e convulsão, por exemplo.

MAS VOCÊS NÃO FALARAM AINDA SOBRE A ALIMENTAÇÃO?

Repetimos que estamos debatendo apenas sobre a diarreia aguda e os cuidados com a alimentação são: preservem a amamentação; se os pacientes não vomitam, não há necessidade de alterar a dieta; aqueles que se alimentam de leite, frutas e sopinhas deverão continuar com a alimentação; se a doença é intensa, aproveitar todas as oportunidades em que a criança manifesta desejo de se alimentar para hidratar; o leite diluído (com 50% ou 30% de água), os sucos de frutas diluídos (exemplo: 50% de suco de maçã e 50% de água), as sopas e os caldos de legumes e carne (com grande quantidade de água), alimentam e hidratam; os que se alimentam com dieta mais variada, devem receber sopas e frutas cruas ou cozidas, torradas e papas de cereais, dentre outras opções.

QUAIS OUTROS CUIDADOS COM A ALIMENTAÇÃO?

Vejam mais alguns cuidados: não forçar a ingestão de alimentos, pois a recusa alimentar na diarreia aguda é mecanismo de defesa e deve ser respeitada; os vômitos e outras consequências poderão surgir se a criança é forçada a comer mais do que aceita naturalmente; os pacientes que vomitam muito precisam de orientação específica que é fornecida no capítulo *Vômitos*; bom senso e prudência são bons amigos; em caso de dúvida, consultem o médico.

ALGUMA MEDICAÇÃO?

A medicina hoje sabe muito bem que pode ocorrer agravamento da doença se houver tentativa para reduzir o número de evacuações. Existem remédios com essa função, podem implicar agravamento: aumento dos vômitos, distensão abdominal, febre alta e até disseminação da infecção para todo o corpo da criança. Assim, cada vez que a criança evacua, está mais perto de ficar curada. Os antibióticos são usados em casos muito especiais: prematuros, desnutridos, imunodeficientes, formas muito graves da diarreia e outras. Remédios e outras medidas para a febre e para cólicas, usados com parcimônia, podem ajudar na fase aguda.

E OS REMÉDIOS PARA A FLORA INTESTINAL?

Os remédios para a flora intestinal também são questionados. Podem aumentar a frequência dos vômitos e encarecem o tratamento.

E COMO FAÇO O ASSEIO DA REGIÃO PERIANAL?

Com água, óleo mineral ou sabão neutro após cada evacuação. E para proteger a pele, pode ser usada uma das pomadas que as mães conhecem.

E COMO SE PREVINE A DIARREIA?

O leite materno é o mais potente meio preventivo para a diarreia infecciosa. A vacina contra o rotavírus previne esta infecção e é atualmente usada rotineiramente. Constituem outros mecanismos de prevenção: preparo e estocagem adequados dos alimentos (ver preparo da mamadeira e refrigeração do leite), lavagem das mãos, uso de água de boa qualidade, destino apropriado dos dejetos, luta contra as moscas, educação da população e melhoria geral das condições de vida.

Por fim, estudemos a desidratação.

O QUE É A DESIDRATAÇAO? E QUAL A CAUSA PRINCIPAL?

A desidratação é a redução da água e dos sais do corpo. Usualmente é consequência da perda excessiva desses elementos por vômito e diarreia. É a causa dos principais transtornos causados pela diarreia aguda. Dentre outros, citamos a queda da pressão arterial, a redução do funcionamento renal e até a morte. Enfatizamos, mais uma vez, que a prevenção e o tratamento da desidratação são a meta principal dos que cuidam da criança com diarreia aguda. E para encerrar a resposta enfatizamos que é essencial o uso da solução hidratante adequada; o emprego de solução inadequada pode gerar e agravar os transtornos metabólicos — o uso da água potável, dos chás, da água de coco e da água de arroz para hidratação é erro que pode complicar intensamente uma situação já desequilibrada.

EXISTE DESIDRATAÇÂO POR FALTA DE INGESTÃO DE ÁGUA?

A gengivoestomatite herpética provoca lesões muito dolorosas na boca da criança e febre muito alta por muitos dias. Essa enfermidade pode provocar desidratação por falta de ingestão, pois a criança afetada não consegue tomar os alimentos, dentre eles a água. Então a doença causa desidratação por falta de ingestão. E existem outros exemplos na medicina.

O QUE DEVEMOS FAZER?

A maior parte das crianças deve ser tratada em casa com hidratação oral adequada. A desidratação importante necessita hidratação venosa. Há necessidade de alguns cuidados especiais com a alimentação e de atenção rigorosa com o andamento da enfermidade. Criança que não ingere líquidos ou alimentos, que vomita repetidamente, que não urina, que não brinca, que está prostrada, que evacua de forma intensa e ininterrupta deve ser levada imediatamente a uma emergência médica.

E COMO SE FAZ A HIDRATAÇÃO ORAL?

Há três componentes essenciais para o sucesso da hidratação oral:

1. **Solução hidratante adequada —** É composta de água, sais e açúcar, em proporções bem estabelecidas. O ideal é o uso dos sais de hidratação oral do posto de saúde ou das farmácias as soluções que têm o número 90 no rótulo devem ser usadas sob orientação médica. São preferíveis as que têm a fórmula 45. O soro caseiro não é a melhor recomendação, pois está demonstrada a grande variação no seu preparo o que pode complicar a desidratação. A água potável, as soluções usadas pela medicina popular (chás, água de arroz, água de coco e os refrigerantes) e os energéticos não devem ser usadas isoladamente na hidratação, pois podem agravar a desidratação.

2. **Técnica —** Se há vômitos, ofereçam pequenas porções, repetidamente. Se a criança vomita, repitam, repitam, repitam. Não parem. Persistam por horas até que bons resultados sejam obtidos. Há maior sucesso usando-se uma colher no lugar da mamadeira, e o colo da mãe ajuda. Variem o sabor da solução hidratante. As de farmácia têm vários sabores (uva, framboesa...). Vejam o que seus filhos aceitam melhor. Misturem uma boa porção da solução de hidratação com o refrigerante preferido, na garrafa conhecida, e testem. Ofereçam soro, soro e mais soro e, aqui ou ali, intercalem um pouco de outro líquido que a criança aceita (chás, refrescos de frutas); evitem remédios pela boca (para febre, vômitos ou cólicas), principalmente no caso de vômitos; nunca parem a amamentação. Se há vômitos, façam pausa alimentar de curta duração continuem oferecendo líquidos hidratantes.

3. **Adulto disponível e calmo —** É o componente que mais vezes falha. Já foi dito: repita a oferta da solução hidratante, repita, repita... e a paciência pode ser necessária por horas. É essencial que alguém assuma a hidratação oral por longo tempo e obedeça aos princípios técnicos. É importantíssimo que o responsável pela terapêutica seja calmo, que imponha certo ritmo ao tratamento, mas de forma não tensa.

COMO VERIFICO SE MEU FILHO ESTÁ MELHORANDO OU PIORANDO?

A mãe percebe quando o filho está melhor. Observar que não surgem os sinais de desidratação antes citados. Se surgirem, procurem uma emergência

Se os vômitos ficam menos frequentes ou desaparecem, o problema tem grande chance de ser resolvido. Algumas vezes, a diarreia é tão profusa que a hidratação oral, mesmo numa criança sem vômitos, não é suficiente para manter a hidratação adequada. Nesse caso, há necessidade de assistência médica imediata. Na maior parte dos quadros, não há necessidade de se preocupar com a diarreia, desde que

garantida a hidratação e a nutrição. Repetimos: a diarreia cura naturalmente, sem drogas, entre quatro a sete dias; quando o doente volta a brincar, a sorrir, a se interessar pela vida e pede comida, viva**,** seguramente, está de fato melhor.

E SE A CRIANÇA SÓ QUISER TOMAR ÁGUA?

Repetimos para firmar o aprendizado que a água, os chás, a água de arroz e a água de coco não são apropriados para a criança que está desidratada ou que está hidratada, mas está com diarreia líquida intensa. Essas soluções se usadas isoladamente, sem a solução hidratante apropriada, podem causar um problema grave. Há necessidade do uso da solução de hidratação oral adequada. Isso é essencial. As crianças que só querem água são problema. O melhor é rever a situação com o pediatra.

O SORO CASEIRO NÃO É VÁLIDO PARA QUEM MORA NUMA FAZENDA?

Vamos repetir. Vocês devem ter em mente que é errôneo hidratar as crianças com diarreia intensa com água, chás ou água de arroz, água de coco, refrigerantes. As pesquisas demonstram que a maior parte da população não consegue preparar corretamente o soro caseiro.

Vejam que essa receita obtida na Internet é vaga e sujeita a erros grosseiros: em um copo de 200 mL com água limpa e fervida coloque uma medida pequena e rasa de sal (ou uma pitada de 3 dedos) e duas medidas grandes e rasas (ou um punhado) de açúcar. Pessoas diferentes vão preparar a mistura de formas distintas. Isso é verdade, está provado. Essas soluções diferentes apresentam quantidades muito variáveis de sal o que pode complicar a situação.

São essas as razões que fazem com que os estudiosos não recomendem o preparo da solução caseira com o uso de colheres domésticas ou com pitadas ou porções de sal e de açúcar. Para resolver essa dificuldade, os postos de saúde distribuem uma medida padronizada e os envelopes cos componentes para o preparo correto da solução.

ENTÃO, COMO PROCEDEMOS?

Seguramente, os familiares que habitam uma fazenda ou outra região que não tem acesso fácil a uma farmácia fazem o seu sortimento dos produtos básicos e, entre eles, devem existir alguns envelopes com os produtos para a hidratação oral. Quando preciso, é só diluir o conteúdo do envelope na quantidade de água indicada e oferecer às crianças. Tomem as seguintes providências. Os sais para reidratação oral são fornecidos e sigam as instruções.

O QUE É FEITO COM OS QUE SÃO INTERNADOS?

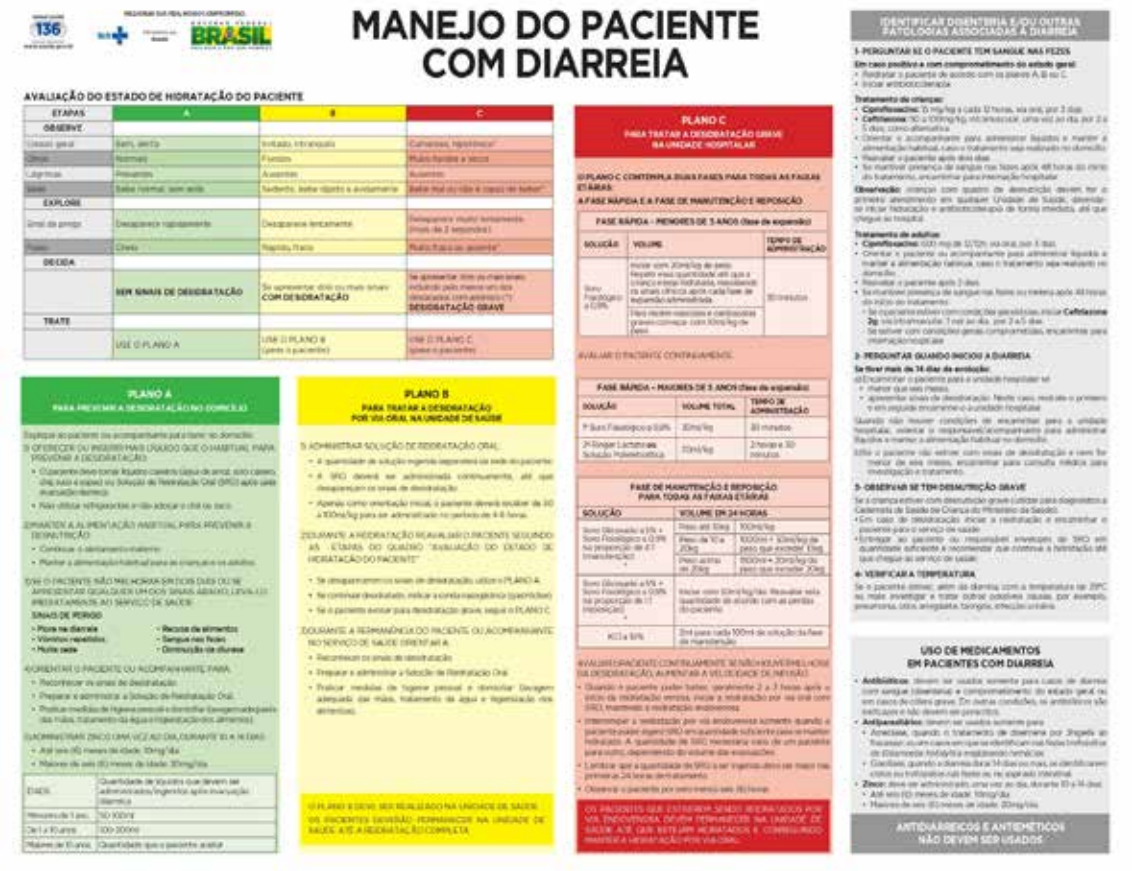
A internação é usualmente breve, de 12 a 24 horas, pois logo que a criança é hidratada pela veia, é iniciada a hidratação oral e tudo pode ser concluído no domicílio.

O QUE NÃO DEVEMOS FAZER?

Vocês não devem agir com ansiedade, forçar a ingestão de líquidos e de alimentos, exigir que o médico prescreva remédios e relaxar a observação sobre a criança; desobedecer às determinações sobre a hidratação e a alimentação; usar remédios que a vizinha usou no filho na semana passada ou que a vovó usou no passado; ficar pensando nos antibióticos, pois isso é missão dos médicos; pedir remédios para reduzir as evacuações.

23.4.3 MATERIAL PARA AUXILIAR OS CUIDADORES A PRATICAR A HIDRATAÇÃO ORAL COM MAIS SEGURANÇA E EFICIÊNCIA

Figura 2 – Parte do cartaz *Manejo do paciente com diarreia*, divulgado nos Postos da Saúde da Família (PSF) do Sistema Único da Saúde (SUS) que trata da hidratação oral.



Fonte: Ministério da Saúde [2011?].

TEXTO SOBRE HIDRATAÇÃO ORAL ATUALIZADO PELO ENFERMEIRO MANUEL REIS, EM FEVEREIRO DE 2022, E DIVULGADO NA INTERNET

Sais e soluções para terapia de reidratação oral (TRO)

Os sais e soluções de reidratação oral são produtos que estão indicados para fazer a reposição das perdas acumuladas de água e de eletrólitos, ou para manutenção da hidratação, em pessoas com vômitos ou com diarreia aguda.

As soluções são produtos já prontos a usar que contêm eletrólitos e água, enquanto os sais são apenas eletrólitos que ainda precisam ser diluídos na água, antes de serem utilizados.

A reidratação oral é um passo muito importante no tratamento dos vômitos e da diarreia, já que evita a desidratação, que pode ter consequências graves para o organismo.

Que produto usar

Os sais e soluções de reidratação oral podem ser encontrados nas farmácias com os nomes rehidrat, floralyte, hidrafix ou pedialyte, por exemplo. Esses produtos têm na sua composição sódio, potássio, cloro, citrato, glicose e água na sua composição, que são essenciais para prevenir a desidratação.

Como usar

As soluções de reidratação oral só devem ser usadas se forem recomendadas por um profissional de saúde. Geralmente, estas soluções ou sais diluídos, devem ser ingeridos após cada dejeção diarreica ou vômito, na seguinte quantidade:

- Crianças até 1 ano de idade: 50 a 100 mL;
- Crianças de 1 a 10 anos de idade: 100 a 200 mL;
- Crianças e adultos com idade superior a 10 anos: 400 mL ou conforme necessidade.

Em geral, as soluções de reidratação oral e os sais preparados devem ser conservados na geladeira depois de abertos ou preparados, num prazo máximo de 24 horas.

OS SUCOS, CHÁS E SOPAS SUBSTITUEM A REIDRATAÇÃO ORAL?

Para manter a hidratação, podem ser utilizados líquidos industrializados ou caseiros, como sucos, chás, sopas, soro caseiro e a água de coco verde. Porém, é importante que a pessoa saiba que embora sejam considerados hidratantes orais líquidos seguros e com concentrações aceitáveis de açúcar, apresentam na sua composição teores muitos baixos de eletrólitos, com quantidades de sódio e potássio inferiores a

60 mEq e 20 mEq respetivamente, não sendo recomendados como reidratantes orais em casos mais severos, porque podem não ser suficientes para evitar a desidratação.

Assim, em casos mais severos e justificados pelo médico, recomenda-se que a reidratação oral seja feita com soluções industrializadas cujas concentrações de seus constituintes estejam dentro das faixas recomendadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS).

Além disso, o uso do soro caseiro deve ser evitado como reidratante em casos mais severos, já que a sua composição pode apresentar concentrações de solutos muito variadas, como risco de serem inadequadas por conter com mais açúcar e/ou mais sal do que o recomendado.

ORIENTAÇÕES SOBRE HIDRATAÇÃO ORAL ADAPTADO PELA DRA. RAFAELA SARTURI SITIIKI, (CRF-PR 37364). 8 DE JANEIRO DE 2020

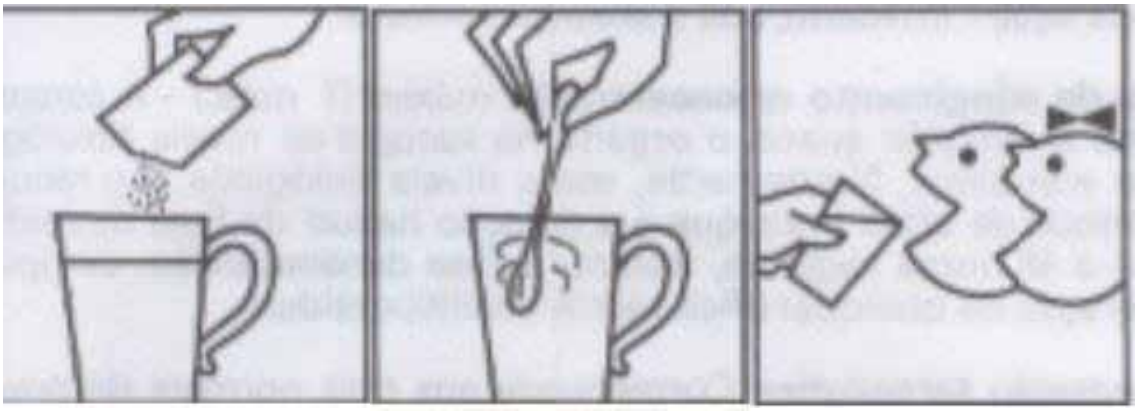
Posologia e como usar os Sais de Reidratação?

Siga cuidadosamente as instruções para preparo da solução. Use a quantidade correta de água; água a menos fará a solução forte demais e água a mais fará uma solução fraca, sendo que qualquer das duas trará problemas ao doente. Use água limpa, se possível previamente filtrada e/ou fervida, colher e vasilhame também limpos. Depois de preparar a solução, mantenha o vasilhame tampado e em lugar fresco.

Dissolver todo o conteúdo do envelope em 1 litro de água filtrada ou fervida, para obter o soro.

Figura 3 – Bula do Sais de Reidratação

Modo de preparar



Fonte: Seiman (2020). https://consultaremedios.com.br/sais-de-reidratacao/bula

Não é necessário adoçar. O volume a ser administrado varia de acordo com o peso e a severidade do caso. É conveniente suspender a administração do leite de vaca

e fórmulas para lactentes e/ou alimentos sólidos por 24 horas. Deve-se continuar amamentando e administrar o reidratante oral após cada mamada.

Após as primeiras 24 horas, pode ser tentada a realimentação conforme necessidades individuais. O leite de vaca deve ser gradualmente reintroduzido à dieta (começando, por exemplo, com 30ml/kg de peso em 24 horas), num período aproximado de 5 dias, enquanto se continua o tratamento com o reidratante oral. Durante a diarreia dê o soro toda vez que a criança evacuar ou sentir sede. Se os vômitos continuarem, deve-se instituir uma terapêutica endovenosa apropriada. Crianças menores de 3 anos devem estar sob contínua supervisão médica.

Se ocorrer gravidez durante ou logo após o tratamento, o médico deverá ser imediatamente notificado.

Intervalo de concentração permitido

Na fase de reidratação, a administração da solução apropriada deve ser quase contínua, com intervalos mínimos. Na fase de manutenção, a administração da solução apropriada deve ser espaçada, sem intervalos determinados.

Lactentes e crianças até 3 anos

1 colher de sopa da solução preparada, de meia em meia hora, ou conforme orientação médica.

Crianças de 3 a 8 anos

2 colheres das de sopa da solução preparada, de meia em meia hora, ou conforme orientação médica.

Crianças maiores de 8 anos e adultos

3 colheres das de sopa da solução preparada, de meia em meia hora, ou conforme orientação médica.

Sempre lembramos que os textos fazem parte de um projeto educacional para os cuidadores, mas que nunca substituem a consulta médica.

23.5 CONSTIPAÇÃO INTESTINAL

Gisélia Alves Pontes da Silva
João Guilherme Bezerra Alves
Michela Cynthia da Rocha Marmo
Otelo Schwambach Ferreira

23.5.1 GUIA PRÁTICO

4. Não é usual que a constipação intestinal represente doença significante na criança. Mas defeitos do ânus e o megacolon congênito são exemplos de problemas que precisam tratamento especial e até cirúrgico.
5. Toda criança cronicamente constipada deve ser avaliada pelo médico. Quando são afastadas doenças mais graves a constipação é rotulada como familiar, funcional, psicogênica, ou decorrente de erro alimentar, ou causada por um problema menos grave, como uma fissura anal.

23.5.2 CONVERSANDO...

A evacuação difícil e dolorosa é experiência desagradável. Imaginamos que todos sabem muito bem disso.

COMO CARACTERIZAR A EVACUAÇÃO NORMAL?

A evacuação intestinal normal é indolor. Ocorre sem sofrimento ou dificuldade. E seguida de sensação de alívio. As fezes devem ser pastosas, sem rachaduras, não endurecidas e não devem causar fissura no ânus ou sangue nas fezes. A evacuação deve ocorrer com periodicidade regular que é particularidade de cada pessoa. Há as que evacuam todo dia, até mais de uma vez, e as que evacuam a cada três dias e desde que não ocorra desconforto, fissuras ou sangramentos, é considerado normal.

O NÚMERO DE EVACUAÇÕES MUDA COM A IDADE?

A defecação sofre a influência de vários fatores: idade, padrão alimentar, transgressões dietéticas, tensão emocional e outros. A criança novinha, sobretudo se amamentada, evacua duas a sete vezes ao dia. Lá pelos 5 meses, a frequência das defecações cai para uma a três ao dia e aos 2-3 anos passa a ser igual ao que é mais

vista no adulto, uma vez ao dia. Alguns lactentes em aleitamento materno exclusivo ficam até sete a dez sem evacuar, e quando o fazem, eliminam fezes normais, sem desconforto e sem comprometer seu bem estar.

COMO É QUE OS MÉDICOS DEFINEM A CONSTIPAÇÃO INTESTINAL?

A constipação intestinal crônica é caracterizada como dificuldade para evacuar com fezes volumosas que entopem o vaso sanitário, fezes endurecidas com rachaduras ou em forma de seixos, presença de escape fecal nas roupas das crianças maiores de 4 anos (e que tenham treinamento esfincteriano), evidência de impactação de fezes (em toque retal ou raio-x de abdome), comportamento de retenção (adiamento do momento da evacuação por associar a dor e desconforto).

PARECE FÁCIL DEFINIR QUEM É CONSTIPADO, NÃO É?

Na constipação, não basta contar o número de evacuações num certo período e dividir pelo número de dias. É preciso demonstrar que a evacuação é dolorosa, que há sofrimento ou sangramento ou outro sintoma relacionado. Uma criança novinha que mama na mãe pode fazer cocô a cada quatro ou mais dias e eliminar fezes amolecidas, sem que a mamãe note qualquer sintoma de dificuldade ao evacuar. Ela não é constipada. E outra criança pode defecar a cada dia, com dificuldade, com dor. Essa é constipada. Outra ainda pode evacuar todo dia e ter constipação revelada apenas pela ocorrência de dor abdominal.

E SE A CRIANÇA FAZ COCÔ DURO DE DOIS EM DOIS DIAS SEM DOR?

Existe constipação leve, moderada e grave. A leve é semelhante à do paciente da pergunta. A grave é aquela em que o indivíduo passa muitos dias sem evacuar, elimina fezes muito duras e ressequidas, sofre muito na defecação e inclusive apresenta sangramento por fissura anal. A moderada é uma condição intermediária. É desejável que as fezes eliminadas sejam pastosas, pois as endurecidas ferem o ânus. E o relato de que a criança não faz esforço é questionável. É possível perguntar: será que ela poderia eliminar fezes pastosas de uma maneira mais fácil? E outra questão importante é que a criança que apresenta condição como a descrita na pergunta pode agravar se não forem adotadas medidas iniciais. Intervir cedo, quando o quadro é leve, é um dos pilares para evitar o agravamento.

O MEU FILHO "SUJA" A ROUPINHA INTERNA TODA HORA? O QUE É ISSO?

Isso é o escape fecal. Na maioria das vezes, está associado à constipação intestinal de longa data. Há ainda a encoprese, que é uma evacuação completa em sequência fisiológica, mas em local ou momento inadequado. No escape fecal, "soiling", existe constipação intestinal, sendo diferente da encoprese, que tem causa emocional e

não há retenção de fezes e nem doença estrutural ou inflamatória. O pediatra deve ser informado para assim caracterizar bem a situação.

A CONSTIPAÇÃO INTESTINAL É COMUM NA CRIANÇADA?

Há informações que 15% a 40% das crianças e adolescentes são constipadas. A constipação crônica consiste em 5% de todas as queixas no ambulatório de pediatria geral e 25% de todas as queixas no ambulatório de gastroenterologia pediátrica. Além de comum, algumas vezes representa um problema de difícil solução. Os quadros mais leves, mais simples, são os mais comuns. Os mais intensos, mais graves, são menos observados.

QUAIS SÃO AS CAUSAS DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL NA INFÂNCIA?

São muitas as causas. Inadequação alimentar — a dieta sem resíduo, sem fibra, como naqueles que tomam mamadeira até 4 ou 6 anos, representa a mais importante causa. Característica familiar — em certos pacientes é possível caracterizar familiares com o "intestino preguiçoso". Dificuldades emocionais — treinamento esfincteriano precoce; experiências más ligadas à defecação (crianças rotuladas de "sujas" ao defecar na roupa ou a eliminação de uma lombriga); distintas dificuldades emocionais (separação dos pais e até mudança de ambiente como a que não evacua na escolinha); ou "coisa de criança" como a que só evacua quando está com a fralda. Doenças orgânicas — má formação intestinal e anal, problemas neurológicos, enfermidade das glândulas endócrinas. Quadros mistos — tendência familiar, dieta pobre em fibras e dificuldade afetiva podem existir no mesmo enfermo.

QUAIS AS CAUSAS MAIS COMUNS?

Cerca de 95% das crianças constipadas apresentam quadro dependente de fatores genéticos e alimentares. Essa informação reforça o papel da alimentação apropriada para a prevenção e a cura do problema. As doenças orgânicas, como um defeito intestinal congênito, são menos comuns.

AS CAUSAS SÃO DIFERENTES NAS CRIANÇAS NOVINHAS?

No começo da vida, ocorrem rolha de mecônio, defeitos congênitos do ânus, megacolon congênito e outros problemas não vistos nas idades posteriores.

ATÉ O "PENIQUINHO" CAUSA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL?

Isso mesmo. A pressão para a criança evacuar, determinando o lugar, prometendo presentes e recompensas, assim como atitudes de repreensão podem fazer mal

à cabecinha da criança. É importante esperar o momento em que a criança esteja amadurecida neurológica e emocionalmente para entender e realizar todo o processo de evacuação sem traumas. Isso ocorre cerca dos 2 anos de idade. E ao iniciar, mesmo na idade certa, deve ocorrer sem pressão e sem data marcada para que a criança aprenda o processo de forma tranquila e natural.

O PROBLEMA COMEÇOU QUANDO UMA CUIDADORA CHAMOU MINHA FILHA DE "SUJA" E "FEDORENTA" APÓS ELA EVACUAR NA FRALDA!

Todos nós, todos os cuidadores, devemos ter plena consciência de que a eliminação de fezes é ato fisiológico normal, benéfico. Que a evacuação deve ser festejada e nunca criticada. Sem dúvida uma agressão como a citada pode causar transtorno numa cabecinha inexperiente, A maior parte da meninada provavelmente não valoriza observações desse tipo. Mas a criança mais sensível pode ficar marcada pela crítica e evitar a eliminação das fezes para não ficar suja nem fedorenta.

NO MEU FILHO ACONTECEU APÓS UMA EVACUAÇÃO DOLOROSA!

A evacuação dolorosa inicia o problema em algumas crianças. É por isso que um dos objetivos do tratamento é conseguir que as crianças eliminem fezes pastosas, sem dor. É importante que o tratamento da constipação se faça no início, para quebrar a cadeia de anormalidades que pode se formar:

- Evacuação difícil e dolorosa
- Dor
- Maior dificuldade para evacuar
- Mais constipação
- Mais dor
- Maior dificuldade

Nos quadros intensos e prolongados, surgem consequências importantes como as fissuras anais, sangramento e evacuação extremamente dolorosa e mais constipação.

QUANDO IR AO PEDIATRA PARA FALAR SOBRE A CONSTIPAÇÃO?

Toda avaliação pediátrica, mesmo a de rotina, deve incluir o funcionamento intestinal como item obrigatório. Mas vocês devem ir ao médico tratar do assunto quando acontecer: sofrimento ao evacuar, sangramento nas fezes; agravamento da constipação anteriormente diagnosticada; aumento do volume do abdome; dor abdominal; escape fecal ou outro aspecto que preocupe a mãe.

O QUE OS MÉDICOS FAZEM?

Os médicos têm que caracterizar se o paciente é constipado. Uma vez definida a constipação, deve-se excluir causas orgânicas. Eles prestam atenção especial à história alimentar e emocional quando já foram afastadas as causas orgânicas — problema neurológico e outros. O exame físico é importante para ver se há fezes impactadas no intestino, sendo necessário avaliação da região anal e as vezes até um toque retal. Essas etapas da consulta permitem o médico avaliar se exames são necessários e o tratamento mais adequado, além da sempre necessária orientação sobre hábitos alimentares e de vida. Algumas vezes, os médicos indicam o esvaziamento intestinal de urgência face ao grande acúmulo de fezes (fecaloma).

A ANÁLISE DA CRIANÇA CONSTIPADA É COMPLICADA?

Em alguns pacientes, o médico necessita fazer avaliação com exames (raio-x do intestino grosso e outros), consulta com cirurgião para a realização de exame retal mais detalhado e alguns exames especializados como a endoscopia. Mas, na grande maioria das vezes, a correção do padrão alimentar, alguns cuidados especiais e o uso de laxantes resolvem o problema.

QUANDO OS EXAMES SÃO NECESSÁRIOS?

O pediatra solicita exames para alguns casos especiais. Alguns exemplos: retardo da eliminação de mecônio; constipação nas primeiras semanas ou meses de vida; constipação associada à distensão abdominal, que repercute no ganho de peso, com sangramento intestinal importante.

E O PAPEL DA PSICÓLOGA, DA NUTRICIONISTA E DO GASTROPEDIATRA?

O psicólogo ajuda quando existem decisivos aspectos psíquicos envolvidos. Sobretudo em famílias emocionalmente instáveis. A nutricionista auxilia a mudar o padrão alimentar em certos casos mais complexos. Na maioria das vezes, o pediatra é que inicia essas abordagens. E o gastropediatra e até o cirurgião de crianças podem ser envolvidos na solução do problema.

COMO ABORDAR O QUADRO LEVE? E O GRAVE?

As medidas diagnósticas no portador de constipação grave são diferentes das adotadas no portador do quadro leve. O tratamento também é diferente. Na constipação leve bastam as medidas dietéticas, alimentares. Na intensa, há necessidade de um conjunto maior de medidas que incluem também o uso de medicação, como do óleo mineral e até medidas excepcionais como a cirurgia.

POR QUE TAMANHA IMPORTÂNCIA DA DIETA?

A alimentação previne e cura a constipação intestinal na maior parte das crianças. Para que o intestino funcione bem e a defecação seja indolor, é fundamental que as fezes estejam amolecidas e tenham um volume razoável. Esse cocô facilmente eliminável é produzido pela alimentação rica em água e em produtos naturais (legumes, verduras e frutas). Ou seja, dieta que ofereça produtos ricos em fibras e que contenham talos, folhas, cascas e bagaços. O predomínio dos alimentos industrializados na dieta causa constipação. O intestino não tem o que eliminar. A dieta sem resíduo é constipante e produz cárie, obesidade e consequências tardias como doença cardíaca, diverticulose e câncer do intestino.

SABEMOS DISSO. MAS COMO PROCEDER PARA QUE COMAM VEGETAIS?

Essa pergunta é sempre feita e o primeiro e mais importante componente da resposta é: dê exemplo. Não convence o filho, o cuidador que não dá o exemplo. Assim, uma boa mistura de exemplo + compras que valorizam os alimentos adequados e desvalorizam os inadequados + coerência da mensagem de todos os que cuidam da criança (é desastroso que a criança ouça orientações distintas) + continuidade por meses ou anos + persistência é a fórmula para a solução da dificuldade.

Estudos recentes apontam que esse exemplo deve ser iniciado ainda na vida pré-natal. Os alimentos da gestante, depois de absorvidos, passam pela placenta para o líquido amniótico. Esse líquido amniótico, além de exalar o cheiro desses alimentos, já percebido pelo feto, também é deglutido pelo concepto. E esse processo todo da percepção do aroma e do sabor dos alimentos ingeridos pela mãe vai ficando gravado na memória do feto. Dessa forma, o que a gestante come, influencia na diferenciação do paladar da criança e persiste por toda a vida. Em conclusão, a prevenção da constipação intestinal deve ser início ainda na vida fetal com uma dieta da gestante bastante rica em fibras.

JÁ TENTEI TUDO ISSO E É COMPLICADO!

Mais alguns conselhos:

1. A mamadeira, após o primeiro ano de vida, por fixar a criança no leite, alimento com pouco resíduo, que causa constipação. Vejam se é possível, com um mínimo de agressão emocional, retirá-la. O que se espera é redução da ingestão de leite e aceitação gradual de uma alimentação mais variada, mais "cocozável".
2. A família deve ter um comportamento dietético apropriado.
3. Para que a evacuação se faça de um modo normal, é importantíssimo o conteúdo de fibra dos alimentos. A fibra vegetal, o principal resíduo a ser eliminado pelo intestino. Ela é encontrada em vários alimentos. Não é fácil educar

a criança ou o adulto para aceitar uma dieta saudável. Também não se pensa em alternativas agradáveis que favoreçam a ingestão de tais alimentos. Todos os cuidadores devem ser orientados a preparar uma sopinha rica em fibras. Deve-se ir da teoria à prática.

4. O farelo e o germe podem ser acrescidos ao leite. Papas, mingaus e sopas exercem grande ação sobre o funcionamento intestinal. Para paladares mais exigentes, há produtos com fibras que podem facilitar a aceitação. Todos podem ser usados associados aos alimentos que usualmente a criança ingere. O pediatra pode fornecer uma lista de produtos farmacêuticos e dietéticos com fibras.
5. A água também é importante para o correto funcionamento intestinal. A alimentação só funciona bem quando as fibras estão hidratadas, ou quando o paciente ingere água em abundância.

OUVIMOS FALAR EM EDUCAÇÃO INTESTINAL. O QUE É?

O alimento chega ao estômago e desencadeia um reflexo e a vontade de evacuar. As crianças de 3 ou mais anos devem ser estimuladas a sentar no vaso, após uma das refeições, para treinar esse reflexo. O ambiente deve ser calmo, não coercitivo. É importante que ela tenha os pés bem apoiados no chão para que a evacuação ocorra com maior facilidade. Lidem com naturalidade. Nada de promessas. Não ofereçam presentes se as crianças evacuarem. Não deixe que o ritmo intestinal da criança passe a ser o assunto mais importante da família.

OS ESPORTES AJUDAM NO FUNCIONAMENTO DO INTESTINO?

O imobilismo, o sedentarismo, torna lento o intestino, agrava a constipação em quem tem outros fatores que favorecem o aparecimento do problema. A atividade física, o brincar, o correr, o andar de bicicleta, a natação, o futebol e as outras práticas esportivas são métodos que evitam a prisão de ventre.

QUANDO USAR LAXANTES? QUAL USAR? COMO USAR?

Uma vez que o diagnóstico de constipação funcional é feito, é necessário uso de laxantes pelo período necessário até que os fatores desencadeantes como inadequação de hábitos alimentares e traumas sejam corrigidos ou superados. Na pediatria são prioritários o uso de laxantes osmóticos, sendo a primeira escolha o polietilenoglicol 3350 ou 4000 (PEG 3350 ou PEG 4000) pelo seu efeito potente, com boa aceitação por ter a opção sem sabor e poucos efeitos colaterais. Ainda pode ser utilizada a lactulose e o hidróxido de magnésio, além de laxantes lubrificantes como o óleo mineral. Esses laxantes são segunda escolha quando comparados com o polietilenoglicol. E o óleo mineral ministrado a força, na "marra", pode ser aspirado para a via aérea e causar grave pneumonia. Todo o tratamento deve ser individualizado. O pediatra e o gastropediatra fazem ajustes de acordo com a resposta clínica

E OS CHÁS E PRODUTOS NATURAIS?

Os produtos ditos naturais para a constipação podem ser danosos. Chás ou remédios fitoterápicos com sena, cáscara sagrada e extrato de ruibarbo produzem vários efeitos danosos no intestino e não devem ser empregados. O uso continuado dos produtos com derivados dessas plantas tende a agravar a prisão de ventre. Quantidades cada vez maiores passam a ser necessárias o que piora a situação. Mesmo o leite de magnésia só deve ser utilizado com orientação médica.

QUANDO USAR O SUPOSITÓRIO DE GLICERINA? E A EMERGÊNCIA?

A constipação deve ser tratada desde que surjam os primeiros sintomas. Não esperem que o problema agrave. Mas evitem supositórios, principalmente evitem usá-los com frequência. As crianças que apresentam retenção fecal de vários dias precisam de avaliação médica. Existem várias maneiras de estimular a evacuação. Caso exista dor abdominal, distensão numa criança que esteja sem evacuar faz vários dias, é aconselhável ir a um serviço de emergência. A lavagem intestinal, feita por uma pessoa não habilitada, pode traumatizar.

QUAIS SÃO AS CONSEQUÊNCIAS DA CONSTIPAÇÃO INTESTINAL?

A prisão de ventre não tratada de forma apropriada e que persiste por muito tempo pode produzir graves complicações para o intestino: distensão abdominal, fissuras, hemorróidas, perda de apetite, infecção urinária, obstrução intestinal, atraso de crescimento.

QUAIS OS ALIMENTOS QUE CONTÊM GRANDE QUANTIDADE DE FIBRAS?

Os alimentos que estimulam o funcionamento do intestino são aqueles que estão nas folhas, caules, raízes, cascas, bagaços, grãos, sementes, ou seja, nos alimentos vegetais. Aí está a lista dos alimentos abundantes em fibras:

- Farelo de trigo: aumenta o volume fecal, torna as fezes pastosas e acelera o trânsito intestinal. É usado junto aos alimentos que a criança toma.
- Folhosos: alface, repolho, acelga, couve, couve-flor, brócolis, chicória, agrião, escarola, rúcula, alho-poró, erva-doce, aipo, espinafre.
- Outros: abóbora, abobrinha, pepino, berinjela, quiabo, maxixe, vagem, broto de feijão, feijão, aspargo, batata-inglesa com a casca, tomate, inhame, cará, macaxeira.
- Frutas (as fibras estão na casca e no bagaço): laranja, maçã, pera, uva, abacaxi, manga, tamarindo, ameixa, uva passa, abacate, amêndoa, amendoim e figo. O ideal é que sejam ingeridas inteiras e não apenas sob a forma de sucos.

- Milho, grão-de-bico, ervilha, lentilha, gergelim, aveia, arroz integral e pães feitos com farinhas integrais: todos são importantes.
- Líquidos: importante é saber que a dieta rica em fibra só vai funcionar se a criança passar a receber uma oferta abundante de líquidos.

QUAIS ALIMENTOS SÃO PRATICAMENTE ISENTOS DE FIBRAS?

As proteínas animais (carne, leite, ovos, peixe, queijos), as gorduras (manteiga, óleos em geral, creme de leite), vários tipos de doces e as massas com cereais refinados contêm pouquíssima quantidade de fibras. E um alerta final: o hábito alimentar, o comportamento da criança, a ocorrência de sinais de alerta (déficit de crescimento, infecção urinária, sangramentos, vômitos, constipação de início antes dos 6 meses) devem ser vigiados e relatados pela família e considerado pelo pediatra assistente em uma criança com constipação, assim como devem ser afastadas causas orgânicas.

23.5.3 COLABORAÇÕES DE CUIDADORAS

I - COLABORAÇÃO DE UMA CUIDADORA

> "O texto está fácil e totalmente entendível! Leitura clara e acessível. Considerando o meu olhar a partir da experiência com meu filho, da estudadinha que eu dei antes de escrever minha opinião, pensei que a constipação de causa psicológica poderia ser, talvez, um pouco mais comentada, com algum título específico, a exemplo de 'E quando a constipação resulta de causas psicológicas?'. Se a gente entender que o 'sintoma psicológico' é uma forma de manifestar algo que não encontrou outros meios de ser expresso na linguagem, na troca e no diálogo, temos o desafio de ajudar a criança (e também os pais) a decifrar o enigma que determinado sintoma poder representar, causando sofrimento para a criança. Como esse sintoma pode ser moldado de maneira muito singular, a depender das experiências específicas da vida de cada criança, acredito que seja muito bem-vinda a ajuda psicoterapêutica como um espaço de fala para a criança e seus pais. Imagino que a constipação pode resultar tanto de alguma experiência traumática, como de um conjunto de fatores/dificuldades que convergem, resultando no sintoma da constipação."

II- CONSTIPAÇÃO INTESTINAL NO MEU GAROTO (OUTRA CUIDADORA)

> "No momento que eu escrevo este texto, a constipação intestinal do meu filho ainda é uma questão presente, mas que, ultimamente, vem dando sinais de melhora! Meu filho está com 6 anos de idade e nunca teve qualquer dificuldade com o funcionamento do intestino, sempre fez cocô regularmente e tran-

quilamente. A alimentação dele é maravilhosa, não faz rejeições e come todo tipo de fruta, verdura, folhagens e grãos. Ele realmente adora comer, famoso bom de boca! Nunca tivemos preocupações nesse sentido porque a alimentação em casa sempre foi muito diversa e rica em fibras. Além disso, não temos na família sinais de uma possível herança genética de constipação intestinal, ao contrário: todo mundo é soltinho. Assim, me preocupava compreender a origem da constipação intestinal do meu filho, já que nunca houve sinais alimentares, fisiológicos ou genéticos que justificassem o desafio apresentado.

O início do quadro se deu quando meu filho tinha cerca de 4 anos de idade. No início, ainda cogitei que pudesse haver questões próprias da idade. Hoje, porém, o cenário é mais complexo do que essas etapas próprias do desenvolvimento infantil. Antes de convidá-lo a usar o assento redutor no vaso do banheiro, meu filho sempre teve uma rotina de fazer cocô mais de uma vez por dia e sem nenhuma dificuldade. No período em que começou a usar 'troninho', ele oscilava entre concordar ou fazer na fralda, mas sem dificuldades. Depois passou a pedir sempre para vestir a fralda e ia até uma cadeira para se apoiar, no quarto, meio escondidinho. Até aí fui esperando ele se sentir mais confiante e atribuindo esse comportamento às questões próprias de uma nova fase, mas me perguntando se ele estava resistindo a deixar o cocô cair no vaso e ir embora. Enfim, questionamentos para tentar entender como estava sendo para ele concordar ou não em deixar a fralda.

Os desafios para fazer cocô surgiram mais expressamente quando o cenário passou a ser o seguinte: além do meu filho demandar fazer na fralda, em um contexto bem específico, dentro do quarto, na mesma cadeira de sempre, regulada na mesma altura e na qual ele pudesse ficar apoiado, o ato de defecar passou a ser sofrido, com suor, choro e pedidos de ajuda. Foi aí que passei a ficar, realmente, alerta. O cocô era para ser prazeroso como antes e não com angústia. E, apesar do sofrimento, o cocô era todo bonitinho — nada de cocô ressecado.

O alerta fez com que eu passasse a me perguntar o porquê do meu filho começar a manifestar sofrimento e, por isso, decidi entrar em contato com o pediatra, Dr. Otelo, que prescreveu os exames pertinentes e sempre orientou no sentido do investimento em bastante água e em alimentação rica em fibras. O exame de imagem descartou qualquer anomalia que viesse a justificar a constipação. Descartada, então, a causa fisiológica.

Do ponto de vista alimentar, como citei, meu filho sempre foi muito saudável, sendo, portanto, uma questão fácil de conduzir. O que se tornou a grande questão, que, infelizmente, permanece até o momento em que compartilho essa experiência é: meu filho retém o cocô.

A barriga funciona bem, as fezes são hidratadas e marronzinhas. Quando ele consegue fazer, sempre comemoro! E digo que, se houvesse um concurso de cocô, o dele com certeza estaria num dos primeiros lugares. Ainda assim, meu filho prende, murcha profundamente a barriga, relata sentir medo, se apavora nos momentos de defecar e passa horas para conseguir. O que seria um momento de alívio, se tornou um momento de verdadeiro sofrimento e, posso dizer, de desespero para ele.

Percebendo o quão difícil estava sendo para meu filho, recorri mais uma vez ao pediatra, que foi categórico: 'óleo mineral, alimentação e terapia nele!'. Procurei então ajuda profissional através do contato com uma psicanalista de crianças, considerando a orientação médica e o contexto de vida do meu filho — que inclui desafios emocionais, pais não apenas separados, mas sem diálogo possível, lamentavelmente.

Assim, hoje, além do acompanhamento pediátrico, meu filho faz um acompanhamento psicanalítico que tem sido de fundamental importância no enfrentamento da constipação intestinal. Nesse processo, aos poucos fomos juntando as pecinhas, como um quebra-cabeças que ainda está em construção.

Nesse sentido, considerando o meu olhar a partir da experiência com meu filho, penso que a constipação de causa psicológica merece bastante atenção, pois se a gente entender que o 'sintoma psicológico' é uma forma de manifestar algo que não encontrou outros meios de ser expresso na linguagem, na troca e no diálogo, temos o desafio de ajudar a criança (e também a nós, mães e pais) a decifrar o enigma que determinado sintoma poder representar, causando sofrimento para a criança. Como esse sintoma pode ser moldado de maneira muito singular, a depender das experiências específicas da vida de cada criança, acredito que seja muito bem-vinda a ajuda psicoterapêutica como um espaço de fala para a criança e seus pais. Imagino que a constipação pode resultar tanto de alguma experiência traumática (a exemplo de algumas falas descabidas dirigidas às crianças, como foi caso do medo expresso pelo meu filho, ao fazer referência a um estranho relato ouvido por ele, no sentido de que uma vez, um homem foi fazer cocô e os órgãos saíram'), como de um conjunto de fatores/dificuldades que convergem, resultando no sintoma da constipação. No caso do meu filho, O acompanhamento psicológico tem tido um papel realmente decisivo!

Nesse percurso, busquei também o acompanhamento homeopático de Dra. Odimariles Dantas, que se manteve atenta à evolução do quadro do meu filho, conforme os tratamentos prescritos, entre eles o uso do óleo mineral, em um primeiro momento, e, posteriormente, a ingestão diária do Peg 4000 - 5g (começamos com um sachê por dia e, depois, aumentamos para dois — manhã e noite). Esses tratamentos muito contribuíram (no período em que eles

foram feitos) nos tantos episódios que já passamos. Cuidados simples que foram incorporados às nossas rotinas.

A constipação intestinal do meu filhote é uma questão ainda não resolvida, mas apresenta alguns sinais de melhora e estamos confiantes no acertado caminho que estamos trilhando, com os suportes profissionais tão importantes e necessários e, ainda, com conversas boas e propositivas ao longo do percurso."

O que discutimos e que está relatado faz parte de uma proposta educacional para auxiliar os familiares a resolver a problemática mais simples de saúde dos seus filhos. Não substitui a orientação profissional individualizada.

23.6 PARASITOSES INTESTINAIS

Cicero Cruz Macedo
Constantino Giovani Braga Cartaxo
João Guilherme Bezerra Alves
Magda Carneiro-Sampaio
Maria de Fátima Lopes da Cruz
Otelo Schwambach Ferreira

23.6.1 GUIA PRÁTICO

6. A elevada frequência das parasitoses intestinais nas crianças brasileiras é um atestado da nossa precária estrutura sanitária.
7. Isso justifica a proposta de usar antiparasitários de rotina em crianças, mesmo sem o exame de fezes.
8. O contato direto com terra contaminada e com as formas infectantes dos parasitos possibilita as infecções. Banhos em rios onde exista a esquistossomose, e ingestão de alimentos com deficiente padrão de higiene, também.
9. Os cuidadores das crianças devem conhecer os principais sintomas – dor abdominal, vômitos, diarreia, excesso de gases, anemia, tosse, catarro, "bronquites", dentre outros.
10. O diagnóstico é feito com a análise de uma ou mais amostras de fezes. Em alguns casos, existe o relato da eliminação de vermes pelas fezes, geralmente os áscaris, ou mesmo a visualização de vermes nas proximidades do ânus, oxiuros, geralmente no período noturno.
11. O tratamento deve ser indicado pelos médicos. Há parasitoses agressivas, as quais causam doenças importantes: esquistossomose, ancilostomíase e a estrongiloidose.

12. Algumas parasitoses, como a amebíase e a giardíase, na nossa região, hoje são tidas como de menor importância. Elas convivem com o indivíduo sem causar sintomas, a não ser em situações especiais.

23.6.2 CONVERSANDO...

As parasitoses intestinais continuam a ser importantes para a criança do Brasil. Familiares e demais cuidadores, pediatras e aqueles que planejam a saúde pública no Brasil devem estar atentos ao problema.

Nossas crianças convivem com ambientes e circunstâncias que favorecem a aquisição dessas enfermidades. Na maioria das vezes, a infecção por um ou mais tipos de parasitos não causa sintomas. Algumas vezes há manifestações clínicas simples e poucas vezes doença com muitos sintomas..

ESSAS DOENÇAS AINDA SÃO IMPORTANTES?

As parasitoses são problema de saúde pública em vários países. Ocorrem principalmente nas regiões menos favorecidas e são muitas as pessoas doentes em todo o mundo. Estima-se que haja cerca de um bilhão de pessoas infectadas pelo áscaris e as "verminoses" intestinais. Elas ainda causam prejuízos econômicos e absenteísmo escolar e no trabalho. Na realidade, as parasitoses intestinais representam mais um problema social do que um problema médico. E ações não médicas, como por exemplo, saneamento básico, têm maior impacto no controle das parasitoses intestinais do que o simples ato do médico em diagnosticar e tratar esses parasitas.

QUAIS SÃO OS PRINCIPAIS PARASITOS QUE CAUSAM DOENÇAS?

Vejam os principais: *Giardia lamblia* (giárdia), *Entamoeba histolytica* (ameba), *Ascaris lumbricoides* (áscaris ou lombriga), *Enterobius vermicularis* (enterobio ou oxiuros), *Trichuris trichiura* (tricuro), *Ancilostoma duodenale* e *Necator americanus* (vermes do amarelão), *Strongyloides stercoralis (*estrongiloides), *Schistossoma mansoni* (esquistossomo, verme da barriga d'água), *Taenia solium* e *Taenia saginata* (solitárias).

ELES ACOMETEM MAIS AS CRIANÇAS DAS FAZENDAS. É VERDADE?

As crianças que vivem em apartamentos têm pouco contato com a natureza e pouca chance de adquirir parasitos intestinais. Mas as que vivem nas favelas e periferias das cidades, em condições insalubres, têm maior chance de adquiri-las, assim como as que vivem em ambiente rural.

COMO ADQUIRIMOS AS PARASITOSES?

Os parasitos intestinais entram no corpo por duas vias: oral — falta de higiene das mãos, da água e dos alimentos favorecem a aquisição dos parasitos por (áscaris, tricuro, giárdia, ameba e outros); cutânea — o contato com terra, areia e água onde podem existir larvas de vários parasitos, permite a aquisição do ancilóstoma, esquistossoma e estrongiloides, por exemplo.

OS VERMES TÊM UMA VIDA COMPLEXA, NÃO É?

Algumas lição̧ezinhas sobre a biologia dos parasitos facilitam o entendimento dos principais sintomas que causam:

- Os ovos e os cistos que entram pela boca, de alguns parasitos (tênia, tricuro, enterobius, giárdia e ameba) chegam ao intestino onde se transformam em adultos e vivem. Os sintomas, quando existem, são leves e digestivos: cólicas, "gases" e diarreia. A tênia elimina parte do corpo nas fezes o que facilita o diagnóstico. Os sintomas da infecção pelo enterobius é coceira anal e a vulvovaginite. A infecção intensa pelo tricuro causa prolapso retal e alguns tipos de ameba podem provocar doenças graves (abscesso hepático, por exemplo).
- Os ovos do áscaris entram pela boca e liberam larvas no intestino as quais via sangue chegam aos pulmões. Daí são expelidas pela tosse, deglutidas e no intestino se transformam em adultos e eliminam ovos vistos nas fezes através o exame microscópico. A passagem pelos pulmões pode condicionar crises asmáticas, mas é, sobretudo, no intestino que causam sintomas — diarreia, cólicas e eliminação da própria lombriga.
- As larvas de alguns dos vermes entram na pele (estrongiloides e ancilóstoma) vão ao sangue e chegam aos pulmões. Daí as larvas são expelidas pela tosse, deglutidas e vão em busca do intestino onde crescem e se multiplicam. Eliminam formas reprodutivas nas fezes onde são vistos; causam quadros cutâneos (dermatites), pulmonares e sobretudo digestivos: cólicas, vômitos, diarreia, além de poderem provocar anemia e espoliação proteica, prejuízo nutricional e outros.
- As larvas do esquistossoma, ao saírem do caramujo, entram na pele e via sangue vão aos pulmões. Daí se dirigem para as veias intestinais onde crescem. Os ovos são eliminados e vistos nas fezes. Essa biologia complexa é que justifica os múltiplos sintomas: diarreia, cólica, doença do fígado, baço grande, hemorragia do esôfago e ascite popularmente conhecida "barriga d'água".

E AS MANCHAS NA PELE E O RANGIDO DE DENTES?

Há algumas evidências que justificam pensar que os parasitos intestinais produzem manchas brancas na pele. O rangido dos dentes, ou bruxismo, é atribuído às parasitoses, mas não há evidências nesse sentido.

E A FALTA DE APETITE?

Essa queixa é popularmente atribuída às verminoses. Entretanto, não há provas científicas de que isso seja verdadeiro. Quando essa queixa está presente e decorre de parasitas intestinais, habitualmente se trata de uma infecção maciça e a criança apresenta várias queixas: dor abdominal, diarreia, vômitos, palidez e abatimento, entre outros sinais e sintomas.

QUANDO FAZER EXAME DE FEZES?

O parasitológico de fezes é indicado por alguns pediatras, mesmo nas crianças sem sintomas. Nas que tem sintomas, o valor do exame é maior. O exame seriado, de três ou mais amostras, é mais útil que o da amostra única. Os exames negativos não excluem parasitose.

SÃO NECESSÁRIOS OUTROS EXAMES?

Existem formas clínicas incomuns das parasitoses. Assim há, por exemplo, uma forma de teníase com manifestações neurológicas (cisticercose cerebral). Há uma forma excepcional de ascaridíase (ascaridíase biliar). E ainda outras síndromes clínicas raras produzidas pelos parasitos. Para essas o médico pede outros exames (LCR, sangue, ultrassonografia, raio-x de tórax e outros) para estudar o paciente com uma forma clínica especial.

TODAS AS PARASITOSES PRECISAM DE TRATAMENTO?

Quando produzem sintomas, sem dúvida. A demonstração da giárdia e da ameba no exame de fezes numa pessoa assintomática não implica tratamento, pois esses parasitos podem conviver com o ser humano sem produzir qualquer malefício. É rotina, no entanto, face aos potenciais perigos tratar sempre que o exame de fezes demonstrar as seguintes parasitoses: áscaris, estrongiloides, tricuro, ancilóstoma e necátor, oxiúros, tênia e esquistossoma.

E VÁLIDO DAR REMÉDIO CONTRA OS VERMES DE 6 EM 6 MESES?

Crianças que estão muito expostas, como as que vivem em ambientes insalubres, podem se beneficiar com o uso periódico do remédio para vermes, mesmo

sem exame de fezes. Nesse caso são usados os remédios de baixíssima toxicidade para o ser humano e apenas para os parasitos mais comuns, como o áscaris. Não se usa, por exemplo, remédio para esquistossoma sem o exame de fezes. É discutível essa conduta para crianças que vivem nas cidades, em apartamentos, com baixa chance de serem parasitadas. Mas há médicos que dão o remédio, mesmo para essas últimas crianças. E eles devem indicar o produto, a dose e a periodicidade. E há alguns profissionais que indicam a medicação inclusive para os adultos. A indicação de medicamentos contra vermes quando o exame de fezes não demonstra parasito é questionável.

HÁ REMÉDIOS PARA TRATAR MUITOS TIPOS DE VERMES?

Existem drogas que tratam diferentes tipos de parasitoses. Mas sempre existe a medicação mais bem indicada para cada uma das doenças parasitárias. O médico avalia a intensidade e as outras características dos sintomas e é o melhor conselheiro para indicar o remédio a ser usado.

USAR OS REMÉDIOS "CLÁSSICOS" OU OS "NOVOS"?

Remédios bons são os que estão em uso há décadas e continuam eficientes. Olhem a nossa penicilina, usada há mais de seis décadas e ainda útil. Para tratar os vermes, essa noção também é válida. Mebendazol, albendazol, tiabendazol, levamisole e ivermectina são "clássicos" para o tratamento de várias parasitoses. A automedicação para as parasitoses intestinais também é uma prática desaconselhada.

OUVI FALAR MUITO DA NITAZOXAMIDA! VOCÊS NÃO RECOMENDAM?

A nitazoxamida, mais conhecida pelo atraente nome feminino, Annita, caiu no gosto dos médicos e dos familiares. É impressionante como os cuidadores de crianças do interior citam a Annita quando questionados sobre qual remédio para vermes usaram na criança. O produto é eficaz para tratar apenas a giardíase. Não é tão eficaz no tratamento das outras parasitoses. Apesar da enorme propaganda é uma droga relativamente nova e os estudos acerca de sua eficácia e segurança ainda são poucos. Comparando com outros tratamentos tem o custo um pouco mais elevado e pode provocar efeitos colaterais como dor abdominal, náuseas e vômitos, além de alterar a coloração da urina. Por tudo isso, ainda não é recomendada para o uso mais amplo como insiste a propaganda.

COMO TRATAR AS TÊNIAS? E A ESQUISTOSSOMOSE?

Há remédios específicos para as duas verminoses que devem ser prescritos pelos médicos.

OUVI DIZER QUE É BOM TRATAR TODOS DA FAMÍLIA.

Quando o diagnóstico é de oxiuríase que é um parasito que tem grande capacidade de infectar outras pessoas da família, é importante tratar todos, mesmo os adultos. Para as outras parasitoses, isso não é preciso.

QUE OUTROS TRATAMENTOS SÃO NECESSÁRIOS?

Dois exemplos: se há anemia, é importante tratá-la e, se há cólicas, há medicação e cuidados dirigidos para esse sintoma.

HÁ REMÉDIOS FITOTERÁPICOS PARA OS VERMES?

Existem remédios derivados da hortelã da folha miúda (*Menta crispa*) e de outras plantas recomendados pelos fitoterapeutas para as parasitoses.

COMO FAZER A PREVENÇÃO DAS PARASITOSES INTESTINAIS?

- Higiene pessoal — mãos lavadas, unhas cortadas, uso do sapato.
- Higiene alimentar — lavagem das frutas e verduras é essencial.
- Evitar contato com rios contaminados com esquistossoma.

Sugerimos que todos leiam um pouco mais. Há muito material sobre a biologia dos vermes que fazem parte do nosso mundo – e que leiam o capítulo *A sujeirinha que faz bem ou a teoria da higiene*. Essas orientações nunca substituem a orientação médica individualizada.

24 | ASMA E RINITE ALÉRGICA

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho
Otelo Schwambach Ferreira
Patrícia Bezerra
Patrícia Tenório Bastos

24.1 GUIA PRÁTICO

A crise de asma pode eventualmente causar grave distúrbio na oxigenação corporal, além de gerar outros problemas críticos e necessitar até de recursos de UTI para a preservação da vida.

O depoimento de uma asmática é suficiente para desenhar a gravidade potencial da asma. "A pior crise que tive foi em 1995, depois de uma Páscoa. Comi muito chocolate e cheguei a pontuar apenas 23% de capacidade respiratória. Entrei direto no corticoide na veia. Passei, em poucos dias, de 42 a 50 kg e quase morro". O episódio relatado ocorreu quando a mocinha tinha 15 anos de idade.

A criança ou o adolescente afetado com uma ou com as duas enfermidades (asma e rinite alérgica) necessita seguimento médico sistemático e continuado. Não é boa prática levar a criança a diferentes médicos.

- O pediatra assistente deve participar de todas as etapas diagnósticas e/ou terapêuticas mesmo se a criança for avaliada pelo especialista.
- O conhecimento da intensidade do quadro é essencial para o delineamento da conduta, sempre com a participação dos cuidadores.
- O acompanhamento por um profissional ou equipe multiprofissional pode durar anos.
- A programação definida deve ser seguida com critério.

24.2 CONVERSANDO...

A asma e a rinite, a dermatite e a conjuntivite, as três últimas quando de natureza alérgica, podem ocorrer concomitantemente na mesma criança, em diferentes graus.

A asma é a doença crônica que causa mais sofrimento à criança, aos adolescentes e aos cuidadores. Ela produz angustiantes crises agudas de falta de ar, intermináveis acessos de tosse e sofridas consultas ao sistema de saúde. Também produz terríveis noites mal dormidas e restrições como: "você não pode tomar picolé", "você não pode ir à praia porque está ventando", "você está tossindo e não pode jogar bola".

E ainda motiva o uso de recursos, muitos dos quais falham, o que pode ser constatado na seguinte declaração de uma paciente asmática: "mainha dizia que eu tinha que ir à praia porque lá ficaria melhor da asma. Assim, passávamos grandes temporadas na praia, mas tinha crises de todo jeito".Também desencadeia questões afetivas complexas como disse a asmática antes citada: "às vezes, achava bom, pois sentia que chamava a atenção de meus pais e, inclusive, dos colegas". Além do mais expõe o paciente ao uso de remédios de duvidosos efeitos terapêuticos e gastos com medicamentos.

A RINITE ALÉRGICA E A ASMA SÃO FREQUENTES?

A frequência é alta nas cidades. No Recife, fica entre 20 e 30% de asma e de rinite. Na população do campo, as duas enfermidades ocorrem menos.

HOJE EXISTE MAIS RINITE ALÉRGICA E ASMA DO QUE ANTIGAMENTE?

A deterioração das condições de vida das populações urbanas — menos espaço para as atividades esportivas e para o lazer, mais poluição, sobretudo pelo grande número de carros, maior aglomeração e outros fatores — explicam a maior frequência das enfermidades que também são mais conhecidas e diagnosticadas. Por todo o mundo, essas doenças são vistas como um problema de saúde pública. Há programas internacionais para uniformizar os métodos de diagnóstico e de tratamento da rinite e da asma, minimizar a multiplicidade de abordagens, maximizar a reposta clínica e até reduzir custos para a família e para o estado. São guias confiáveis para que o médico não submeta o paciente a aventuras terapêuticas e a riscos desnecessários.

A QUE VISAM ESSES ROTEIROS?

Eles orientam os médicos a classificarem cada asmático de acordo com a gravidade da doença. A rinite e a asma não são uniformes. Existem formas leves, moderadas e graves. Os portadores das formas leves da ama constituem mais de 80% dos casos e devem ser conduzidos com esquemas diferentes dos propostos para os com as formas graves. Também existem programas para os portadores de rinite alérgica que visam cobrir os diversos aspectos da doença.

COMO O MÉDICO DEFINE QUE EXISTE A RINITE ALÉRGICA?

De uma maneira geral, os médicos utilizam o história familiar (existe maior número de rinícticos e de asmáticos quando os familiares mais próximos apresentam esses quadros), sintomas (a rinite alérgica é caracterizada pelos clássicos dados de obstrução nasal, coriza, espirros e coceira nasal), duração e fatores desencadeantes (a longa duração e a evidência de fatores desencadeantes como o frio e o contato

com animais e ambientes poluídos), ocorrência de outros quadros alérgicos (a presença de asma e/ou dermatite ajuda a definir o diagnóstico de alergia), exame médico (a mucosa nasal apresenta sinais de alergia), exames laboratoriais e de imagem (são elementos que ajudam a caracterizar a existência da doença e a sua importância, e definir o papel da alergia na gênese do problema) e resposta ao tratamento (é mais um dado que o profissional usa para corroborar o diagnóstico).

É FACIL DEFINIR QUE EXISTE RINITE ALÉRGICA?

O médico precisa avaliar se outros fatores — exposição ao cigarro dos pais e a outros poluentes ambientais, aumento excessivo das adenoides, desvio de septo nasal, presença em escolinhas e creches, doenças imunológicas, dentre outros — podem ser a causa dos sintomas apresentados ou podem estar junto da alergia no mesmo doente.

TODA "FALTA DE AR" É ASMA? COMO VOCÊS CHEGAM AO DIAGNÓSTICO?

Muitas doenças causam falta de ar. Para que o doente seja diagnosticado como portador de asma é preciso que existam:

- Crises repetidas de falta de ar que melhoram com os remédios para asma.
- Sinais característicos da doença, como o chiado na ausculta do tórax nas crises de falta de ar; episódios repetidos de tosse, mesmo sem falta de ar, que também melhoram com os remédios para asma.
- Casos semelhantes na família.
- Nariz e pele alérgicos.
- Dados de exames como os de função pulmonar.
- Resposta a um plano de tratamento específico para a doença.

ENTÃO A ASMA PODE SER CONFUNDICA COM OUTRA DOENÇA!

Há outras doenças que podem causar quadro parecido com o da asma: refluxo gastroesofágico, fibrose cística, corpo estranho na via aérea, algumas infecções e parasitoses intestinais, por exemplo. Através do exame clínico e, quando necessários, de exame complementares, o médico consegue distinguir outras doenças da asma.

E SÓ A PRESENÇA DE TOSSE PODE SIGNIFICAR ASMA?

Sim, pode. E é frequente. A tosse, sobretudo noturna, que se prolonga por dias e que se repete com frequência, mesmo sem os episódios de falta de ar, pode significar asma. E essa é uma das apresentações mais comuns da doença. A história clínica, exames feitos pelo especialista, e a resposta aos remédios contra asma podem definir que a criança que tosse muito é asmática.

OS TESTES ALÉRGICOS AJUDAM A DIAGNOSTICAR A RINITE ALÉRGICA?

Constituem importante ajuda para definir com mais precisão se a rinite e a asma são alérgicas. Ajudam também a definir a causa ou as causas. Com os testes, é possível avaliar a interferência dos ácaros, dos fungos, epitélio de cão e gato na origem das doenças o que permite orientar o tratamento com mais segurança. O teste cutâneo consiste na aplicação da substância a ser testada na pele. São indicados após os 4 anos de idade e devem ser feitos pelo especialista. Também é possível demonstrar a alergia medindo no sangue a quantidade do anticorpo da alergia a cada uma das substâncias que se deseja avaliar. A interpretação dos resultados deve ser feita por médico com experiência no assunto.

O QUE REALMENTE CAUSA ESSAS DOENÇAS?

A predisposição genética e a exposição a fatores ambientais adversos (vírus, ácaros, vários tipos de poluentes, por exemplo) ocasionam os sintomas. Mas essa fórmula não explica a complexidade das doenças. A rinite alérgica e a asma são doenças com muitas faces, com variadas apresentações clínicas e com diferentes graus de gravidade. Na rinite alérgica, é possível encontrar um paciente que é tão obstruído, não dorme bem à noite e é chamado de "funga-funga". Há outro que usa continuamente o lenço tanta é a coriza que apresenta. No caso da asma, é possível encontrar um doente que sofre duas ou três crises leves durante toda a infância. Há outro que tem crises frequentes, por meses ou anos. Há formas fatais da asma.

O QUE JUSTIFICA ESSAS DIFERENÇAS?

Certas combinações de genes favorecem o surgimento da rinite e da asma alérgicas (aos ácaros, por exemplo). Outras combinações permitem o aparecimento da rinite e da asma não alérgicas (viroses ou pelo cigarro, por exemplo). Há combinações que produzem um quadro misto. Além da genética, algumas crianças são expostas a um conjunto de fatores e desenvolvem um padrão de doença que é diferente do apresentado por outras expostas a outros fatores. A intensidade e o tipo do tratamento a que o paciente é submetido justificam parte das diferenças notadas. As crises asmáticas podem ser influenciadas por fatores psíquicos. A valorização excessiva do quadro pode induzir a criança a produzir mais sintomas. Adoecer pode gerar gratificações que devem ser repensadas pelos familiares do asmático. Os presentes e as gratificações são prejudiciais e podem ocasionar a permanência na posição de doente. Mães excessivamente presentes e protetoras podem gerar ansiedade e maiores e mais frequentes crises de asma. A doença de cada asmático deve ser conhecida e o tratamento individualizado.

QUEM TEM RINITE E/OU ASMA PODE TER FILHO COM AS DOENÇAS?

Quem tem rinite, asma e dermatite e conjuntivite alérgicas tem a possibilidade de gerar filhos asmáticos. Quando um dos pais é asmático, a chance de o filho ter a mesma doença é de 50%. Quando pai e mãe são asmáticos, a frequência sobe para 90%.

AS VIROSES CAUSAM ASMA?

As infecções virais respiratórias produzem doenças muito parecidas com a asma. Além disto, a maioria dos pacientes asmáticos pode apresentar crises precipitadas por vírus. É impossível falar em asma numa criança em que a infecção viral produziu apenas uma crise de falta de ar. É imprudente, na primeira crise de falta de ar, dizer que a criança é asmática e que o seu futuro será com crises ou sem crises asmáticas. Até os 5-6 anos de idade, muitas crianças que têm tendência para ter sintomas asmáticos apresentam crises desencadeadas pelas infecções virais. E se essas mesmas crianças também são sujeitas a fatores ambientais adversos (pais fumantes e outros), a chance de que apresentem sinais asmáticos é muito maior. A asma é decorrente de uma soma de fatores adversos. E é esse conjunto que deve ser trabalhado.

POR TODA A VIDA A CRIANÇA VAI TER ASMA CAUSADA PELAS VIROSES?

A maioria das crianças que apresenta crises de asma desencadeadas apenas pelas viroses tende a ficar livre do problema lá pelos 5 anos de idade. Nessa idade, a frequência das infecções respiratórias virais cai muito e ocorrem mudanças na imunidade e na estrutura respiratória que não mais favorecem o surgimento das crises asmáticas. Mas, em algumas pessoas, especialmente naquelas com histórico familiar ou com outra doença alérgica como rinite ou dermatite, essa tendência a ter sintomas asmáticos produzidos pelos resfriados virais pode permanecer por toda a vida.

A ESCOLINHA É UM PROBLEMA PARA AS CRIANÇAS ASMÁTICAS!

Todas as condições que favorecem a aglomeração de muitas crianças — escolinhas, aniversários, “shoppings” — favorecem a aquisição das doenças viróticas respiratórias e de crises de asma para quem é predisposto. Isso é tão importante que, algumas vezes, o médico recomenda afastar, mesmo por um determinado tempo, a criança da creche ou da escolinha. Por outro lado, o contato com alguns vírus pode, talvez, no futuro, ajudar à criança a amadurecer o seu sistema imunológico e, assim, a ficar livre da asma na idade adulta.

SINUSITE CAUSA ASMA?

Asma pode predispor à sinusite e sinusite pode agravar asma. Os asmáticos apresentam infecções nos seios da face (sinusite), no ouvido médio (otite média), nos

brônquios e nos pulmões (bronquites e pneumonias) que precisam ser bem diagnosticadas e bem tratadas. É sabido que uma infecção dessas, uma sinusite, desencadeia ou agrava os sintomas da asma e prejudica o tratamento. É rotina do médico, se os sintomas do asmático não estão se comportando como esperado, buscar o diagnóstico de sinusite e de outros problemas que justificam a falta de resposta ao tratamento.

QUAL A RELAÇÃO DA CASA COM A ASMA E COM A RINITE ALÉRGICA?

Os principais inimigos dos asmáticos estão aquartelados na nossa casa. É lá que os fumantes agem com mais intensidade. E é na casa que se concentram os ácaros, as baratas e os fungos (mofos) que tanto mal fazem a eles. E é na casa que o convívio com animais de pelos e penas (sobretudo gatos e cachorros) é mais íntimo. Também é na casa que estão a televisão, os celulares e os videogames que favorecem o sedentarismo e o aparecimento dos sintomas asmáticos.

O QUE MAIS DEVEMOS SABER SOBRE A CASA?

Acabou-se o tempo das casas amplas, dos espaçosos quintais com fruteiras e das ruas calmas onde se brincava livremente. Sobretudo nas grandes cidades, o tempo é dos apartamentos cada vez menores, de falta de espaço para brincar ou de ter que dividir o local das brincadeiras com a garagem dos carros, de ruas onde não se pode correr livremente. Portanto, é infelizmente tempo de vida sedentária, TV, celulares, videogames, dos alimentos prontos e do *fast food*, da obesidade. É também tempo das ambientações com cortinas, tapetes, alcatifas, almofadões (pufes), enormes colchas, edredons e sofás erroneamente estofados e repletos de almofadas. A limpeza disso tudo é quase impossível. Também é tempo de uso de detergentes com muito odor e de muitos outros produtos químicos na rotina da casa, e de pouca água e sabão. E tudo isso favorece a agressão pela poeira doméstica e tudo o que nela existe e por outros agentes ao pulmão dos asmáticos.

PARECE QUE, PARA O ASMÁTICO, É MELHOR VIVER FORA DE CASA?

Grande parte da nossa vida é na casa onde moramos. Mais uma vez, a casa onde mora um asmático deve ser muito bem pensada. E a vida dele deve ser bem programada, com o mínimo de tempo no interior e o máximo no exterior da casa, em atividades lúdicas ou esportivas, ao ar livre, no sol, na praia, nas praças.

O PISO DA CASA TEM IMPORTÂNCIA?

O ideal é o piso de granito, mármore, cerâmica, cimento ou fórmica que permitem limpeza com pano úmido. O piso de madeira não é recomendado. Ele permite acúmulo de todo o tipo de resíduos orgânicos entre a madeira e o cimento sobre o qual estão assentados e o consequente crescimento de ácaros e fungos.

COMO DEVEM SER AS CORTINAS E OS ESTOFADOS?

As cortinas devem ser lisas, curtas e feitas com tecido plastificado ou emborrachado. Para favorecer a limpeza com pano úmido ou aspirador. Os estofados devem ser de material plastificado ou couro e também devem ser convenientemente limpos. É melhor não ter os bichinhos de pelúcia, mas, se existem e são de estimação, é recomendável que sejam guardados em sacos plásticos bem fechados. Periodicamente, eles devem ficar um dia no freezer ou no congelador para que os ácaros sejam desnaturados.

QUAIS PRODUTOS DE LIMPEZA USAR NA CASA DO ASMÁTICO?

O ideal é usar água e sabão. Os produtos com muito odor, como os detergentes e outros, podem ser maléficos.

E A UMIDADE? MINHA CASA ESTÁ CHEIA DE VAZAMENTOS.

A casa úmida é repleta de mofo e de ácaros. É importante adotar medidas para resolver o problema dos vazamentos. Casa de asmático deve estar com as janelas abertas de dia, para entrar sol e ar puro.

E O AR-CONDICIONADO E O VENTILADOR?

O asmático deve viver em sintonia com a natureza. Quanto menos artificialismo, melhor. Se o tempo está fresco, ótimo. Mas se está quente e a temperatura for tolerável, o melhor ambiente, até para dormir, é sem ar-condicionado e sem ventilador.

COMO FAZER SE ESTIVER MUITO QUENTE? E AS MURIÇOCAS?

Quando está excessivamente quente, e ainda mais no Nordeste do Brasil, com muriçocas (pernilongos), o ar-condicionado ajuda. Muitas mães relatam que seus filhos passaram a ter menos nariz entupido e menos tosse quando o ar-condicionado foi aposentado. O ventilador e o circulador de ar também ajudam nas épocas mais quentes do ano. O mal que o ventilador ou circulador de ar faz é manter os ácaros e outros elementos em suspensão e favorecer que o asmático os inspire. Esses aparelhos podem ser usados no quarto do asmático e não ser muito prejudiciais se os seguintes cuidados forem adotados: regular o ar-condicionado para que a temperatura fique lá pelos 22°C e, se a madrugada for fresquinha, é prudente desligá-lo; limpar o filtro do ar-condicionado constantemente e todo o aparelho deve passar por uma manutenção geral a cada seis meses; evitar dirigir o jato de ar do ventilador diretamente em cima do asmático; manter o ambiente bem limpo.

ENTÃO, O IDEAL É NÃO USAR ESSES APARELHOS?

Sempre lembrar que o asmático melhora com o contato com a natureza sem utilização de equipamentos que favorecem um ambiente artificial. Para o asmático, e para toda criança, são ótimos: tomar banho de mar e de chuveiro com a água na temperatura ambiente nos dias mais quentes e com a água levemente aquecida nos dias mais frios; andar; correr; jogar bola; praticar ciclismo e outros esportes; brincar com os colegas e fazer tudo o que as crianças normais fazem. O asmático deve aprender a dizer eu posso, eu sou capaz, eu não vou adoecer.

E OS CORTINADOS?

Os cortinados ajudam a evitar as picadas das muriçocas (pernilongos). Têm os inconvenientes de aquecer a cama da criança e de acumular poeira na sua malha. Para evitar esse último problema, é bom toda manhã retirar o cortinado e guardar numa gaveta. Toda noite é só colocar no lugar. E uma vez por semana é válido lavar para retirar a poeira existente.

PODEMOS USAR INSETICIDAS EM SPRAY OU OS DE TOMADA?

Os inseticidas sem odores à base de piretro que apresentam menor toxicidade e menor alergenicidade podem ser utilizados duas a três horas antes da criança se recolher ao quarto, quando for estritamente necessário.

É MELHOR USAR INSETICIDA OU CORTINADO?

Se possível, evitem os inseticidas. Cortinado é melhor. Os *sprays* desodorizantes fazem mal e são caros.

E OS ÁCAROS?

Está documentado cientificamente que os ácaros são provocadores de asma. No Recife, isso já foi muito bem demonstrado. Então, reduzir o número de ácaros no domicílio, pois eliminá-los é quase impossível, é tarefa importante na casa dos portadores de asma e/ou de rinite. E não é muito difícil fazer isso. Eliminem ou reduzam drasticamente tudo o que acumula poeira na casa, cuidem do guarda-roupas (mantenham limpo com pano úmido e guardem em caixas plásticas o que não é usado regularmente), removam objetos aglomerados e evitem excesso de prateleiras que sempre permitem a guarda de excesso de objetos, eliminem os carpetes e tapetes, façam as cortinas de material lavável, usem capas de material impermeável no colchão e no travesseiro do asmático e de quem dorme no quarto com ele, revistam os estofados, os "pufes", os almofadões com material que não acumula poeira e que permite limpeza com pano úmido, limpem o quarto com pano úmido duas vezes na semana.

OUVI FALAR EM CAPAS PARA O COLCHÃO E O TRAVESSEIRO.

Existem capas que ajudam no controle dos ácaros, nas lojas especializadas em produtos para alérgicos e nas lojas de produtos médicos.

E AS BARATAS?

Está definido que os produtos eliminados pelas baratas são potentes desencadeadores de sintomas nos portadores de rinite e de asma. Então reduzir o número de baratas na casa é uma tarefa significativa no tratamento dos alérgicos. Alguns conselhos que ajudam a lutar contra elas: mantenham a casa limpa, sem restos de alimentos; deixem os ralos fechados quando não estiverem em uso; realizem dedetizações semestrais, especialmente quando as crianças puderem passar alguns dias em outro ambiente — as firmas divulgam que existem formas de combate às baratas com o uso de substâncias não tóxicas, não causadoras de alergia e sem odor, o que é discutível.

E O STERILAIR? O QUE FAZER PARA OS FUNGOS?

O fabricante apregoa que o aparelho "...funciona mesmo, e em 100% dos casos de utilização. Isso significa que, com o uso do Sterilair, é possível eliminar vírus, bactérias e fungos do ar". Os estudiosos questionam essa afirmação tanto sobre o Sterilair quanto sobre outros aparelhos. A preocupação maior é que possam até prejudicar, pois certas mães descuidam do controle do ambiente quando compram um desses aparelhos.

E COMO EVITAR O MOFO?

Os fungos ou mofo são causa de rinite e de asma alérgicas. O ambiente úmido, quente, mal iluminado e sem ventilação natural favorece o crescimento destes micro-organismos. O primeiro conselho é manter a casa bem iluminada, com boa ventilação natural e com o mínimo de umidade. Para evitar fungos, verifiquem se as paredes não estão úmidas, sobretudo atrás dos móveis. Se houver sinais de mofo, usem quinzenalmente uma solução de detergente tipo Lysoform nas paredes (uma medida do recipiente para um litro d'água ou conforme as instruções do produto). Outro produto que pode ser usado é o ácido fênico.

E OS CACHORROS E OS GATOS?

As secreções e outras substâncias deixadas pelos animais de pelos e de penas, pela casa, são importantes desencadeadores de sintomas em alguns pacientes asmáticos e rinníticos. Além disso, os animais domésticos podem estar impregnados de ácaros em seus pelos. Isso é cientificamente conhecido. Não é desejável a presença dos animais de pelo e pena na casa de portadores de rinite e de asma. O nó é saber o que fazer quando o portador da asma está afetivamente ligado a um dos citados animais.

QUANDO TER UMA POSIÇÃO RADICAL E AFASTAR O ANIMAL DA CASA?

Quando há prova confiável, como um teste alérgico demonstrando que a criança portadora de um quadro asmático importante, é alérgica às proteínas do cachorro. Tentar transferir o cão para a casa de um familiar ou para um canil, onde a criança sabe que o animal está sendo bem cuidado e que pode visitá-lo vez ou outra, pode ser uma solução. É sempre útil lembrar que a alergia às proteínas dos cães é menos frequente. A alergia aos produtos do gato é mais observada.

E O CIGARRO?

É guerra total contra este terrível agressor para as vias respiratórias e para diversos órgãos do nosso corpo. Está suficientemente demonstrado que os produtos da fumaça do tabaco são o principal agressor para as vias aéreas, sejam elas de um asmático ou de pessoa sem o problema. Criança asmática que convive com um fumante adoece mais que o que não tem esta convivência. A que convive com dois fumantes sofre ainda mais. Os familiares de asmáticos aceitam mudar todos os outros itens que podem ajudar no controle da doença. Mas é difícil mudar o hábito de fumar e a rotina que o cerca. Por exemplo, dizem que pararam de fumar no interior da casa, mas o carro está impregnado de "inhaca" do cigarro.

DEVEMOS SER RADICAIS CONTRA O CIGARRO?

Algumas famílias, mesmo sem ter asmáticos na casa, face aos outros graves problemas criados pelo cigarro, adotam medidas de controle do fumo no ambiente domiciliar. Elas têm criado um "fumódromo" domiciliar, numa área aberta, com o vento levando a fumaça. E muito interessante que, muitas vezes, o protesto inicial para que sejam adotadas essas medidas tem sido feito pelos filhos.

E OS CIGARROS ELETRÔNICOS (VAPE)?

A comercialização de cigarros eletrônicos é proibida no Brasil. Quem compra e consome esse tipo de cigarro está praticando uma contravenção penal. Os chamados vape são extremamente danosos ao usuário, levando a uma adição a nicotina muitas vezes superior ao cigarro comum. Desta forma, todas as pessoas que convivem com o usuário que fuma um vape corre sérios riscos à sua saúde. Esse dispositivo dá a falsa impressão de ser menos perigoso, mas já se provou o contrário, com lesões pulmonares irreversíveis, incluindo jovens adolescentes.

E OS GASES DO ESCAPAMENTO DOS CARROS? E AS FOGUEIRAS?

Os gases e as partículas liberadas pelo escapamento dos carros, ônibus e outros veículos que usam derivados de petróleo são causa de doença respiratória mesmo

em quem não tem asma. No asmático, eles agravam a doença. Criança que apresenta a enfermidade e brinca na garagem de prédio, misturada aos carros e respirando os produtos por eles eliminados, terá mais sintomas. Qualquer fumaça, de queima de lixo e até dos fogões que usam madeira ou serragem como fonte de calor, e as de fogueira das festas juninas fazem mal.

E OS PERFUMES, AS COLÔNIAS E OS DESODORANTES?

A regra para o asmático é o mínimo de produtos que modificam a natureza e também os odores normais do corpo humano. Os itens dessa pergunta são todos dispensáveis. Água e sabonete são os aspectos essenciais do asseio pessoal. Existe uma linha de desodorantes sem odor, que podem ser usados. E um pouquinho de perfume ou colônia, por trás da orelha, bem pouquinho, para ver a namorada, não deve ser maléfico e deve ajudar o romance.

E AS PLANTAS DENTRO E FORA DE CASA?

As plantas no interior da casa que ficam em xaxim, são fonte de acúmulo de fungos e de poeira domiciliar. Quanto as plantas fora da residência, não há problemas já que em nosso meio não existe a eliminação de pólens inaláveis.

E O PICOLÉ?

No dia e na hora apropriada, na praia, quando todas as crianças estão curtindo ou picolé ou o sorvete, é importante que o asmático também goze dessa delícia. Mas todo dia, toda hora, para o asmático e para o não asmático, é má prática alimentar e faz mal à saúde.

O VENTO E AS MUDANÇAS DE CLIMA FAZEM MAL?

Há pessoas que apresentam sintomas respiratórios quando sujeitas às mudanças da temperatura e da umidade. Tanto é assim que o ar frio é usado como teste indutor de asma. Ar muito seco também agride as vias respiratórias. Embora seja teoricamente válido tentar proteger o asmático destas mudanças súbitas na temperatura e na umidade do ambiente, essa é tarefa muito difícil. Para certos estudiosos, é até indesejável, pois vai impedir que a criança alérgica viva em liberdade enquanto seus colegas tudo podem. Há os que defendem que o asmático deve ser exposto ao vento, ao banho de chuva, ao passeio num lugar muito frio ou de temperatura com baixa umidade mesmo que isso possa fazer mal a ele. E, algumas vezes, somos informados que um asmático foi para local com temperatura de 30°C negativos e que melhorou dos sintomas asmáticos.

OS ALIMENTOS EM CONSERVA FAZEM MAL?

Alimentos em conservas, com corantes, acidulantes ou alcalinizantes, espessantes, conservantes e outros produtos químicos não fazem bem à saúde e, em alguns casos, foram implicados em algumas formas de alergia (rinite, dermatite e asma). Alguns remédios como a aspirina participam da origem de certas doenças respiratórias que muito lembram a asma alérgica.

FATORES EMOCIONAIS CAUSAM ASMA?

Há evidências de que certas vivências psicologicamente traumáticas, como a separação dos pais, possam agir como fatores desencadeadores de crises asmáticas. O suporte emocional é essencial para uma resposta terapêutica mais consistente em certos casos. Crianças e adolescentes com desajustes psicossociais tendem a apresentar crises graves de asma e estão entre esses pacientes os que apresentam maiores risco de morte. Fatores psíquicos da dinâmica familiar têm importância na manifestação e no agravamento da doença e até a abordagem psicanalítica pode ser necessária.

OUVI DIZER QUE AS VITAMINAS A E D SÃO BOAS PARA A SAÚDE.

A criança asmática deve ter dieta rica e variada que favoreça a boa nutrição e que não propicie a obesidade que prejudica o asmático. Os alimentos ricos em vitamina A (cenoura e vísceras, por exemplo) e a exposição ao sol que possibilita a utilização da vitamina D são importantes para a saúde respiratória. Mas o importante mesmo é alimentação variada.

A ALERGIA AO LEITE PODE PRODUZIR ASMA?

A asma é raramente produzida por alergia a alimentos. O leite e o ovo são os alimentos mais incriminados. Testes alérgicos na pele e no sangue ajudam a definir o assunto. Alergia alimentar é causa rara de asma. Não proíba seu filho de ingerir qualquer alimento por causa da asma.

GOSTARIA DE SABER SOBRE OS ESPORTES!

O asmático deve ter vida ao ar livre, estar menos no ambiente caseiro —o mais rico de substâncias maléficas —, menos na frente da TV e com vida menos sedentária. Ele deve andar, correr, brincar e praticar esportes. A natação em piscinas com água clorada tende a agravar o quadro da rinite crônica de qualquer natureza. Para quem não tem doença nasal, a natação, mesmo em água clorada, é excelente. Futebol, vôlei, basquete, tênis, ciclismo, balé, dança, dentre outros, ajudam o asmático de uma maneira marcante.

EXISTE ASMA CAUSADA PELOS EXERCÍCIOS?

Algumas crianças e adolescentes com asma podem ter os sintomas agravados pela prática esportiva. A maioria não. O futebol e a corrida estão entre os que mais provocam o problema. O paciente apresenta tosse e até falta de ar durante a prática física. Há exames especiais para esses pacientes. Há tratamento apropriado para a condição. O desencadeamento de sintomas de tosse e/ou chiado durante as atividades físicas é um dado importante que deve ser relatado ao médico, serve de sinal de que a asma de seu filho não se encontra bem controlada.

A FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA É IMPORTANTE?

Tudo o que faz o asmático exercitar a musculatura respiratória e melhorar a função pulmonar ajuda no tratamento da asma. Brincar com "língua de sogra" e praticar música com um instrumento de sopro são ótimas técnicas para fazê-los respirar melhor. E a fisioterapia respiratória também é importante para os casos mais graves da enfermidade, sobretudo se já existe deformidade torácica.

QUANDO LEVAR A CRIANÇA ASMÁTICA À EMERGÊNCIA?

Levar à emergência quando: é a primeira crise de falta de ar; a família está insegura; a criança é novinha; a família percebe que o quadro é mais intenso, há cianose (dedos e lábios arroxeados) ou está causando grande desconforto e angústia; a crise dura mais de 12 a 24 horas; a criança usa corticoide; o paciente já foi internado pelo problema; a crise é num adolescente com dificuldades emocionais.

E O QUE FAZEMOS EM CASA ANTES DE IR AO HOSPITAL?

O médico e os familiares devem traçar um plano para o emprego dos remédios para o início da crise asmática. O consenso internacional é que o familiar bem instruído tem condições, inclusive, de usar a medicação contra a crise asmática de forma eficiente e correta. O ideal é que todo o doente tenha um plano escrito sobre como proceder na crise. Plano que deve ser cumprido por uma ou duas pessoas bem instruídas. Muitas pessoas cuidando do assunto causa erros.

OS REMÉDIOS PARA COMBATER A ASMA SÃO PERIGOSOS?

Os remédios que a medicina usa para aliviar a crise asmática devem ser usados com controle cuidadoso. São potentes e apresentam importantes efeitos colaterais. Atualmente, os medicamentos são menos maléficos do que seus parentes do passado. Para a prevenção da crise, há alguns remédios com poucos efeitos adversos. Não é nossa proposta informar sobre os produtos recomendados, pois esse é um assunto para a consulta médica.

O NEBULIZADOR DEVE SER APOSENTADO?

A aerocâmara (ou espaçador) para uso dos remédios em sprays é o método mais útil para ministrar remédios aos asmáticos. As vantagens, quando comparadas com os nebulizadores, são muitas: mais barata, portátil, dispensa eletricidade, tempo gasto para a aplicação dos medicamentos é muito menor, quantidade do remédio e os efeitos colaterais menores. Os nebulizadores estão em franco desuso. Não se pode ser dogmático. É importante reconhecer que cada criança é única e algumas preferem a nebulização com remédios ao *spray* com espaçador. Há criança que aceita o *spray* durante o dia e a nebulização durante a noite. Para que que o espaçador seja usado corretamente, há necessidade de uma série de cuidados.

NA CRISE DE ASMA, A NEBULIZAÇÃO COM SORO FISIOLÓGICO AJUDA?

A nebulização com soro fisiológico puro, sem a associação com outra medicação, não é indicada na crise de asma. O soro fisiológico serve para a diluição da medicação usada para a crise de asma. O mais útil é o broncodilatador. Algumas crianças são extremamente resistentes ao uso do espaçador e preferem a "fumacinha" da nebulização. Nelas essa alternativa pode ser recomendada.

O uso da nebulização para ajudar na remoção da secreção nas narinas também é questionável. O mais eficaz aplicar o soro fisiológico diretamente nas narinas para facilitar a respiração e reduzir a tosse causada pela secreção que "escorre" pela garganta.

EXISTEM NOVIDADES SOBRE O ASSUNTO?

Os sprays estão foram aperfeiçoados para evitar que os gases propelentes sejam trocados por produtos menos agressivos até para a camada de ozônio. Para os adultos, adolescentes e crianças maiores, estão sendo indicados e funcionam muito bem os remédios em pó para serem aspirados com o uso de distintos dispositivos. Todos esses detalhes devem ser avaliados na consulta médica.

E OS REMÉDIOS PELA BOCA AINDA SÃO USADOS?

Alguns remédios por via oral e os injetáveis são eficazes contra a asma. É prudente que o médico reveja o plano de medicação e de cuidados, com a participação dos cuidadores, para que o máximo de benefícios com o mínimo de problemas seja obtido.

PODEMOS TRATAR A CRISE EM CASA?

Os familiares devem reconhecer os sintomas iniciais da crise de asma e usar corretamente a medicação, para evitar que a crise alcance um nível de gravidade que provoque faltar oxigênio no corpo da criança. Há dois componentes essenciais:

- Reconhecer os sintomas iniciais da crise de asma — A família pode até suspeitar do que está ocorrendo, mas não deve assumir o diagnóstico da primeira crise de asma, isso é tarefa do médico, mas as próximas, sempre muito parecidas com a primeira, devem ser prontamente reconhecidas no domicílio. Quanto mais o conhecimento familiar se estrutura, mais precocemente o problema é diagnosticado. Então o segredo é reconhecer que o asmático está iniciando uma nova crise bem no começo, naquela fase da tosse chata, repetitiva. Reconhecer apenas quando a criança já está "cansada", dispneica, é reconhecimento tardio. A razão para esse cuidado é simples: o remédio dado no início funciona melhor.
- Usar corretamente a medicação recomendada — O pediatra ou outro profissional habilitado define o programa de medicamentos e os cuidadores devem observar se a criança está bem e pode ser mantida em casa ou se não está e deve ser levada a uma emergência. Isso é essencial.

COMO ACOMPANHAR O RESULTADO DO TRATAMENTO?

Essas doenças melhoram e agravam devido a múltiplas circunstâncias e há que se ter muita atenção para definir se o agravamento observado depende de falhas da medicação ou de outras circunstâncias, como fatores emocionais tipo mudança de escola e nascimento de um irmão. A elaboração de um diário de sintomas e o acompanhamento médico cuidadoso e contínuo definem o melhor caminho a seguir. Algumas vezes, o tratamento é por tempo prolongado e há erros no uso dos medicamentos o que é uma causa comum da falha do tratamento preventivo.

E SE A CRIANÇA ASMÁTICA NÃO RESPONDE?

Os modelos assistenciais procuram enquadrar o cliente em alguns grupos de acordo com a gravidade da doença. Para os portadores dos quadros mais leves, o tratamento será o mais simples. Para os asmáticos com as formas mais graves, será mais intenso, com os produtos mais potentes. Sempre há pacientes, num grupo e no outro, que precisam ajustes no plano diagnóstico e/ou terapêutico. Um exemplo: hoje se reconhece a importância da sinusite na falta de resposta do asmático ao tratamento a que ele está sendo submetido. Outro exemplo: um paciente tratado como portador de asma por causas alérgicas pode ter a doença do refluxo gastroesofágico ou outro problema. Mais outro: a medicação não está sendo feita corretamente. É o médico competente que avalia e que descobre esses problemas. O asmático precisa de um programa assistencial contínuo com bom relacionamento entre família e médico assistente.

O ASMÁTICO PRECISA DE VACINA DE GRIPE E DA COVID-19?

As vacinas citadas são obrigatórias. E outras também, como a contra o pneumococo e contra os hemófilos. Essas vacinas previnem infecções que poderão atrapa-

lhar a vida do asmático. Além dessas vacinas, os asmáticos devem ter um programa de saúde bem planejado e bem executado. Eles devem receber todas as outras vacinas do calendário vacinal e também todos os cuidados para que a sua saúde física e emocional seja mantida em nível ótimo.

E AS VACINAS PARA ALERGIA?

O leigo fala em "vacinas", mas na realidade é um tratamento para reduzir à sensibilização e tornar o indivíduo tolerante ao fator que causa a sua alergia. O melhor nome é imunoterapia. Pessoas com rinite e asma comprovadamente alérgica a um determinado tipo de ácaro com sintomas rebeldes, mesmo com o uso correto de medicações, podem se beneficiar com esse tratamento. A imunoterapia está indicada nos pacientes portadores de asma leve ou asma moderada com sintomas controlados. Nos casos de asma grave, a terapia não deve ser realizada, pois pode desencadear crises.

RINITE E ASMA TÊM CURA?

Tem controle. Quem nasceu com a característica biológica de apresentar sintomas de rinite e de asma tende a carregá-la por toda a vida. Em alguns casos, o problema fica "adormecido". A medicina consegue controlar muito bem os sintomas desse problema a ponto de portadores de rinite e de asma levarem vida normal e longa. Mas isso só é conseguido com a participação da família, do enfermo e do sistema de saúde, E do cumprimento de um programa preventivo e terapêutico bem formulado e aceito e cumprido pelos cuidadores.

A FAMÍLIA É ESSENCIAL, NÃO É?

Controle ambiental, prática esportiva, luta contra o sedentarismo, alimentação saudável, manutenção do equilíbrio emocional, vacinação adequada contra as infecções, detecção e o tratamento das crises, uso adequado da medicação preventiva, ida ao consultório médico com certa periodicidade, realização dos exames, manutenção da confiança no programa estabelecido e muitos outros itens são de absoluta responsabilidade dos familiares e, quando possível, do próprio asmático. O trabalho do médico é aplicar, para cada indivíduo enfermo, os conhecimentos mais modernos da medicina, convencer os parentes, quando possível o próprio paciente, da importância do seguimento de todas essas tarefas para que o sucesso do programa seja obtido e para que ocorra a melhoria ou desaparecimento dos sintomas. Como em qualquer outro tipo de doença, o sucesso do tratamento depende muito do trabalho dos familiares.

COMO CIDADÃOS, QUAL NOSSA RESPONSABILIDADE?

Os familiares de pacientes com asma e os próprios pacientes fundaram uma associação onde você pode aprender sobre a doença, discutir sobre a mesma e

assegurar o direito dos asmáticos no Brasil. Participe da Associação Brasileira de Asmáticos, www. asmaticos.org.br.

COMO É A SITUAÇÃO DA CRIANÇA POBRE ASMÁTICA?

A Sociedade Brasileira de Pediatria, a Sociedade Brasileira de Imunologia e Alergia, a Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia e outros organismos públicos ou não têm pressionado os governos a organizar programas específicos para o combate à asma da criança e do adulto. Esses programas, que já existem em países mais avançados que o nosso, têm alcançado grande sucesso no combate **à** doença. No Rio Grande do Sul e em outros estados da federação estão sendo obtidos bons resultados contra a asma nas populações carentes.

E OS REMÉDIOS CASEIROS?

A asma é doença tão antiga quanto o homem. Em todo o mundo, existem múltiplos e diferentes tratamentos populares praticados para ajudar os pacientes. Chás, poções mágicas milagrosas e desconhecidas, inalações de diversos tipos, produtos para aplicar no tórax e rezas, dentre outros tratamentos, ainda hoje existem nas diversas regiões do mundo. E há inclusive charlatanismo e exercício ilegal da medicina como o uso de corticoides como homeopatia. Então, é um perigo expor o paciente com doença potencialmente tão importante a condutas inaceitáveis, questionáveis, desconhecidas e perigosas. Nada substitui a consulta do médico capaz de dialogar e de aceitar remédios caseiros como o lambedor e uma boa reza como parte de um planejamento terapêutico bem fundamentado.

O QUE VOCÊS ACHAM DA HOMEOPATIA E DA ACUPUNTURA?

A medicina exercida pelos homeopatas e pelos acupunturistas ajuda em alguns casos de asma. Mas não é prudente deixar exclusivamente com eles o diagnóstico e o tratamento da asma. Não existem prontos-socorros oferecidos pelos homeopatas ou pelos acupunturistas ou pelos que praticam outras formas de medicina não tradicional para ajudar o asmático em crise. Esse paciente necessita oxigênio, hidratação venosa, algumas vezes de ajuda de UTI e de outras medidas para doentes graves encontrados em estruturas complexas. Em certos enfermos, e com profissionais preparados e que conseguem dialogar, é possível que a homeopatia e/ou a acupuntura possam ser praticadas ao mesmo tempo em que se adota um tratamento clássico para a asma.

24.3 ORIENTAÇÕES PARA A UTILIZAÇÃO DA INALOTERAPIA, SPRAYS E ESPAÇADORES, INALADORES DE PÓ E NEBULIZADORES

Sprays e espaçadores

Os medicamentos administrados na forma de inalador dosimetrado ou spray, popularmente conhecido por "bombinhas", representam um dos grandes avanços da Medicina. Trata-se de uma via de administração segura de medicamentos diretamente no trato respiratório, quando utilizada de maneira correta. A grande vantagem do uso de sprays é a praticidade, já que sua eficácia é comprovadamente superior às medicações em xarope ou nebulização.

Outras vantagens da utilização dessa forma de tratamento são a ação praticamente imediata do medicamento e as pequenas doses utilizadas, quando comparadas às outras formas de administração. A maioria dos medicamentos preventivos usados no controle da asma é utilizada dessa forma e, apesar de serem administrados por tempo prolongado, seus efeitos colaterais são mínimos ou desprezíveis, desde que as orientações de uso sejam seguidas adequadamente.

Figura 1– Inalador de asma (spray)



Fonte: iStock (2019).

COMO ADMINISTRAR OS MEDICAMENTOS NA FORMA DE INALADOR DOSIMETRADO — SPRAYS?

O inalador dosimetrado (spray) libera a medicação na forma de um jato, que sai em alta velocidade. Se colocados diretamente na boca, o jato impulsionará o remédio para a garganta e não para os pulmões, onde deveria exercer seus efeitos. Por este motivo, os sprays devem ser utilizados com um espaçador.

Figura 2 - Espaçador



Fonte: Dr. Luiz Vic, site (2022)

Figura 3 - Espaçador com máscara



Fonte: Dr. Luiz Vic, site (2022)

Os espaçadores melhoram muito a eficácia dos remédios administrados através de spray, além de reduzir os possíveis efeitos colaterais. Os espaçadores apresentam ainda a vantagem de permitir o uso destes dispositivos mesmo em crianças pequenas, utilizando-se máscaras acopladas.

Os espaçadores são acompanhados por três tamanhos de máscaras: para bebês, crianças e adultos. É fundamental que a máscara seja posicionada corretamente ao redor do nariz e boca da criança, não permitindo escape da medicação.

Os espaçadores são fabricados em material plástico ou alumínio, sendo que os últimos favorecem uma melhor deposição da medicação nos pulmões. Quanto ao volume do espaçador, a maioria é de 500mL, adequado para as faixas etárias pediátricas.

A técnica para a utilização do spray e espaçador varia conforme a faixa de idade da criança. A seguir, serão apresentadas as técnicas para crianças menores de 3 anos, entre 3 e 6 anos e para as maiores de 6 anos (inclusive para os adolescentes). Observe atentamente o entendimento do cuidador e da própria criança. Em algumas situações, crianças de 4 anos, por exemplo, não conseguirão utilizar a técnica adequada a sua faixa de idade, sendo necessário treiná-la com a técnica para menos de 3 anos.

Importante! A cada consulta, os cuidadores devem portar o spray e o espaçador em uso, para que seja observada a técnica de aplicação.

CRIANÇAS MENORES DE 3 ANOS - SPRAY E ESPAÇADOR COM MÁSCARA ADEQUADA PARA A IDADE

1. Prepare o spray removendo a tampa e agitando bem o frasco, colocando-o na abertura de borracha do espaçador.

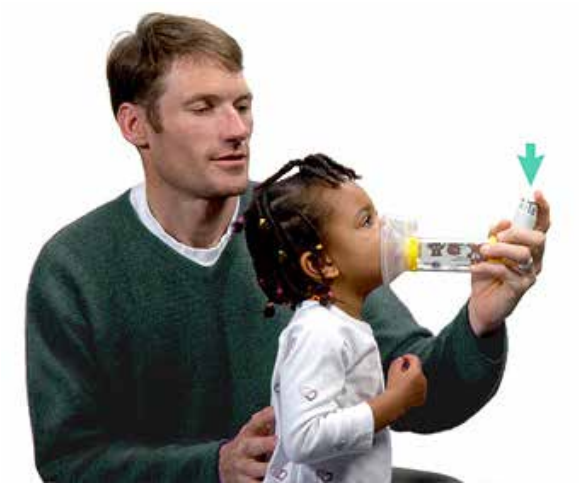




2. Coloque a máscara do espaçador firmemente sobre o rosto da criança, certificando-se que ela cubra o nariz e a boca e não haja espaços entre a máscara e o rosto da criança.



3. Pressione a parte metálica do frasco de alumínio para liberar um jato da medicação dentro do espaçador.



4. Mantenha a máscara no local até que a criança respire pelo menos cinco vezes, ou durante 10 segundos.



5. Se a criança necessitar mais de um jato, aguarde 30 segundos, agite novamente o spray e repita as etapas 1 a 5.
6. Se você perceber escape da medicação pela boca da criança durante a aplicação, isto significa que a técnica utilizada precisa ser melhorada.

CRIANÇAS ENTRE 3 ANOS E 6 ANOS — SPRAY E ESPAÇADOR COM MÁSCARA APROPRIADA PARA A IDADE

7. Prepare o spray removendo a tampa e agitando bem o frasco, colocando-o na abertura de borracha do espaçador.





2. Coloque o bocal do espaçador entre os dentes da criança, orientando-a a fechar os lábios em volta deste bocal.



3. Pressione a parte metálica do frasco de alumínio para liberar um jato da medicação dentro do espaçador.



4. Peça à criança para respirar pelo menos cinco vezes, lenta e profundamente, com o bocal entre os dentes ou durante 10 segundos.



5. Se a criança necessitar um segundo jato, aguarde 30 segundos, agite novamente o spray e repita as etapas 1 a 5.

   Atenção: não aplique mais de um jato de cada vez dentro do espaçador.

6. Se você perceber escape da medicação pela boca da criança durante a aplicação, isso significa que a técnica utilizada precisa ser melhorada.

CRIANÇAS MAIORES DE 6 ANOS — SPRAY E ESPAÇADOR COM BOCAL

1. Prepare o spray removendo a tampa e agitando bem o frasco, colocando-o na abertura de borracha do espaçador.





2. Peça à criança para expirar profundamente, “esvaziando” os pulmões.



3. Coloque o bocal do espaçador entre os dentes da criança, orientando-a a fechar os lábios em volta deste bocal.



4. Pressione a parte metálica para liberar um jato da medicação.



5. Peça à criança para fazer uma inspiração lenta e profunda, prendendo o ar (e a medicação inspirada) por 10 segundos, ou o máximo que ela conseguir.



6. Caso a criança não consiga fazer a inspiração profunda e/ou prender a respiração, oriente-a a respirar pelo menos cinco vezes, lenta e profundamente, com o bocal entre os dentes, ou durante 10 segundos.
7. Se a criança necessitar um segundo jato, aguarde 30 segundos, agite novamente o spray e repita as etapas 1 a 5.

   Atenção - não aplique mais de um jato de cada vez dentro do espaçador.

8. Se você perceber escape da medicação pela boca da criança durante a aplicação, isso significa que a técnica utilizada precisa ser melhorada.

OUTRAS INFORMAÇÕES

- Lembre-se de incentivar a criança a fazer qualquer pergunta que possa ter e de supervisioná-la até que ela possa usar o inalador e o espaçador corretamente por conta própria.
- Se a criança chorar muito ou se agitar durante o uso da medicação, tente insistir no uso e acalmar a criança. Com o tempo, a tendência é que a criança se acostume com o uso da medicação com o espaçador. Uma boa dica para crianças pequenas é brincar de aplicar o spray primeiro em seus bichinhos de brinquedo ou bonecas. Deixá-la manusear o espaçador também ajuda a diminuir o medo.
- Se a medicação em uso for um corticosteróide inalatório, lave a boca da criança (ou escove os dentes) após a aplicação do spray (ou ofereça algum líquido para beber se for bebê). Esse procedimento diminui o risco de aquisição de candidíase (“sapinho”) na boca.

- Substituir o espaçador a cada seis meses, se apresentar sinais de desgaste e escape de medicação.
- Um único espaçador pode ser utilizado para as medicações de crise e de controle (preventivas).

COMO SABER SE O SPRAY ESTÁ CHEIO OU VAZIO?

Alguns sprays possuem um contador de doses que auxilia na identificação do término da medicação. Porém, outros sprays não possuem contador de doses. Para identificar se o spray está cheio ou vazio, recomenda-se separar o frasco de alumínio do frasco de plástico e colocar o primeiro em um pote com água, suficiente para cobri-lo totalmente. Se o frasco estiver cheio, ele ficará submerso, no fundo do pote; caso esteja completamente vazio, o frasco boiará na superfície da água; caso esteja mais ou menos cheio ele ficará submerso, mas sem tocar o fundo do pote.

Figura 4 - Determinação da quantidade de medicamento que ainda resta no cilindro.



Fonte: Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul (2019).

DICAS DE LIMPEZA

- Para evitar acúmulo de poeira, mantenha o espaçador em um depósito plástico quando não estiver em uso.
- A parte plástica do spray pode ser limpa com água morna, desde que previamente retirada a parte metálica, que só deve ser recolocada quando a parte plástica estiver bem seca.
- O espaçador deve ser lavado em água morna 1 ou 2 vezes por semana, usando-se detergente neutro ou sabão de coco.
- Deixe secar bem, mas não enxugue o espaçador por dentro antes de usá-lo novamente.
- Atenção: não escaldar o spray nem o espaçador. Não remover as válvulas plásticas que estão inseridas no espaçador. Em caso de dano ou perda de uma ou todas as válvulas, o espaçador necessitará ser substituído.

A CRIANÇA NÃO ACEITA USAR O SPRAY E ESPAÇADOR — DICAS!

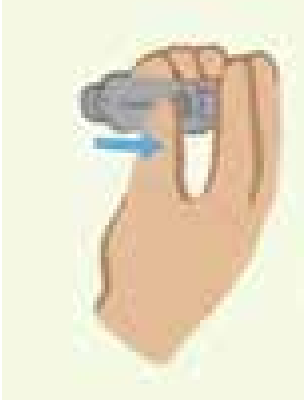
- Se a criança chorar muito ou se agitar durante o uso da medicação, tente insistir no uso e acalmar a criança. Com o tempo, a tendência é que ela se acostume com o uso da medicação com o espaçador.
- O ideal é que a criança não utilize chupeta em momento algum. Porém, se ela aceita o espaçador com a chupeta, vá tentando, aos poucos, que ela se acostume a não a usar.
- Uma boa dica para crianças pequenas é brincar de aplicar o spray primeiro em seus bichinhos de brinquedo ou bonecas, ou até mesmo nos demais irmãos, se for o caso.
- Deixá-la manusear o espaçador também ajuda a diminuir o medo.

I. DE INALADORES DE PÓ

Para crianças maiores de 6 anos, existem medicações para tratamento da asma que são formuladas em pó,e que podem ser inaladas através de diferentes dispositivos. A vantagem dos inaladores de pó é que eles dispensam o uso dos espaçadores. A técnica inalatória de utilização é semelhante ao que foi explicado antes. O que os diferencia, além do tipo das medicações em si, são os dispositivos: Aerolizer^{Ò}, Diskus^{Ò}, Turbuhaler^{Ò}, Ellipta^{Ò}, Next^{Ò}DPI, dentre outros.

TÉCNICA INALATÓRIA PARA USO DOS PRODUTOS EM PÓ PARA CRIANÇAS MAIORES DE 6 ANOS

1. Sempre comece lendo cuidadosamente as instruções fornecidas pelo fabricante do inalador. Cada dispositivo pode ter diferentes características e requisitos específicos.
2. Prepare o inalador: se necessário, abra o dispositivo conforme as instruções. Alguns inaladores requerem a inserção de uma cápsula da medicação antes do uso.



3. Coloque o ar para fora para esvaziar completamente os pulmões antes de usar o inalador.



4. Coloque o bocal do inalador na boca, certificando-se de que os lábios estejam firmes ao redor dele para evitar vazamentos de ar.
5. Comece a inalar o mais rápido e profundo possível.



6. Prenda a respiração por cerca de 10 segundos ou o máximo que for confortável. Isso permite que a medicação seja depositada nos pulmões.



7. Após segurar a respiração, expire lentamente pela boca. Isso ajuda a remover qualquer resíduo de medicação que possa ter se depositado na boca ou na garganta.



8. Se o inalador contiver corticosteroides, enxague a boca com água após o uso. Isso ajuda a reduzir o risco de efeitos colaterais, como candidíase oral ("sapinho").
9. Siga as instruções do fabricante para a limpeza regular do inalador.
10. Guarde o inalador em local adequado, protegido da umidade e do calor excessivo.

II. NEBULIZADORES

Por muito tempo, os nebulizadores eram os únicos equipamentos disponíveis para a aplicação das medicações diretamente nas vias respiratórias. Com o avançar da medicina, os nebulizadores foram perdendo espaço para os sprays/espaçadores e inaladores de pó.

Vários fatores contribuíram para isso, mas o principal deles é a praticidade dos dispositivos mais modernos: são portáveis, mais baratos, de fácil higienização, não dependem de eletricidade ou de manutenção e são de mais rápida aplicação. O ponto fundamental é que as medicações chegam aos pulmões de forma eficaz.

Mesmo assim, ainda há papel para o nebulizador? Sim, pois algumas doenças (como a fibrose cística e a laringite aguda) ainda necessitam do nebulizador para a administração de medicações específicas. Até mesmo numa crise aguda de asma, em ambiente de emergência ou UTI, a nebulização pode ser necessária para o tratamento com broncodilatador associado ao oxigênio.

Alguns pacientes asmáticos, extremamente rebeldes ao uso da medicação em spray via espaçador ainda se beneficiam com o emprego do nebulizador. Mas nunca esquecer que a dose dos broncodilatadores para a asma, medicação essencial para a melhoria da falta de ar, quando usada no nebulizador, é cerca de 10 vezes maior do que quando usada na forma em spray com espaçador. Significa mais

efeitos adversos, mais tremor, mais aumento da frequência cardíaca e mais outros efeitos indesejáveis.

24.3.1 DEPOIMENTOS

I. Depoimentos de asmáticos divulgados na primeira edição do *Conversando com o pediatra*.

"Concordo com o que vocês falaram sobre o envolvimento emocional na asma. Só acrescento que isso é algo bom para os pais saberem. Mas quando somos pequenos e ficam dizendo que asma é psicológico ou tem muito que atende à nossa psique, isso faz mal. Pelo menos, me fazia mal, porque me sentia culpada. Como se passasse por uma escolha minha. Só que criança é levada por estímulos mesmo. Ainda está construindo uma visão crítica das coisas, e ser impregnada com tamanha responsabilidade, sendo tão pequena, gera dor. Eu mesmo acho que são coisas que os pais, mais maduros, podem se controlar, mas não cobrar da criança esse controle quando pequenas. Essa é uma percepção minha."

"Eu tenho graves problemas com o perfume do outro, que vão de congestionamento automático do seio da face, narinas e coceiras nos olhos até enxaqueca. As pessoas pensam que implico com elas, quando usam cheiro forte. Se elas tivessem a consciência do quanto me agride, o quanto dói ou me provoca angústia saber que vou perder a qualidade de vida de mais um dia inteiro, talvez pudessem cuidar melhor de mim. Ao mesmo tempo em que preciso de tantos cuidados que parece, às vezes, que espero que tudo seja feito em função de mim. E isso irrita ao outro e me condiciona o comportamento. É chato demais. Mas parece que tudo, realmente tudo que me altera o ambiente natural me agride e vivo na batalha entre lutar e sensibilizar meus constantes agressores. Imagine o como isso condiciona a relação com o outro. O quanto isso molda a personalidade de uma pessoa que sofre com estes problemas e a forma de relação com as pessoas ao redor. Somatizo tudo, sempre e muito. E não sei o que provoca o quê, só sei que vivo numa sensibilidade exacerbada e constante com tudo o que me toca. Às vezes, me transformo um pouco em antissocial, até. Pois todo contato me angustia. Às vezes, faço escolhas ruins por não aguentar o isolamento, e até topo ficar numa casa numa reunião de fumantes, para não ficar encerrada na minha bolha de cristal. Mas aí eu sinto que explodo mais. Pois espero do meio o cuidado comigo, e já sei de antemão que a mistura é explosiva. Mas vou de todo jeito. Explodo e a crise de asma explode mais forte depois. As relações ficam mais tensas depois. Aí me encerro novamente na bolha até me limpar e voltar tudo outra vez."

"Eu mesmo nunca tive problemas de asma associados a baixas temperaturas na Europa, onde morei por mais de 5 anos. Tive sim problemas drásticos associados à umidade sempre que íamos acampar — era asma, tiro e queda — e ao período de primavera, junto ao processo de polinização das flores. Sinto que me acabo quando o frio é associado com umidade. O clima do Recife, muito úmido, me faz muito mal. É como se, além dos aspectos globais, existissem alguns aspectos locais que também funcionam equilibrando ou desequilibrando o asmático."

"Eu tenho alergia a corantes de cores quentes: amarelo, laranja, vermelho, e associo diretamente crises alérgicas quando consumo alguns deles. Até xampus, hidratantes e sabonetes fazem mal. Escolho os brancos e sem odor, pois desenvolvo doença de pele quando uso os com cor."

"Eu tive muitos problemas com os sprays, porque o gás me agredia muito e tinha incansáveis crises de garganta. Hoje só uso aqueles que lançam um pozinho açucarado, pois não tenho aversão aos mesmos, como tinha aos sprays."

"Tenho alergia imensa a ovo. Sinto-me meio mal quando bebo leite e sinto asma muitas vezes quando como melancia. A história da melancia nenhum médico parecia acreditar. Há pouco vi um médico francês que falava que a melancia era uma ótima desencadeadora da asma. Depois vem o chocolate, as conservas e o corante, que acabam comigo. Sinto-me extremamente mal com crustáceos e com ovo."

"A pior crise que tive foi em 1995, depois de uma páscoa. Comi muito chocolate e cheguei a pontuar apenas 23% de capacidade respiratória. Entrei direto no corticoide na veia. Passei em poucos dias de 42 a 50kg e quase morro."

"Eu sempre tentei me esquivar do esporte na escola porque sentia falta de ar. Na Espanha, os professores não eram tão 'bonzinhos' como no Brasil e me obrigavam a fazer tudo como os demais. Sentia falta de ar, mas ia adiante, e garanto que foi melhor assim."

"Acho muito taxativo dizer que todo adolescente asmático está com dificuldade emocional. Pois se todo inverno úmido no Recife eu tenho minhas crises intensificadas, não acredito que seja porque acumule minhas dificuldades emocionais para explodirem no inverno. Acredito que a crise advenha de uma conjunção de fatores e que o emocional é um deles, que pode ou não constar no bolo da vez. Muitas vezes, por exemplo, que eu tenho crises de riso, crio num instante catarro nos brônquios e começo a tossir como se estivesse com bronquite. Por alergia ao cloro, tive uma crise tremenda há três anos e eram coisas que independiam de condição emocional, como quando eu como camarão e tenho uma crise imediatamente depois."

> "No meu caso a televisão ajuda nas crises desencadeadas pela ansiedade, pois uma programação relaxante, com excelente conteúdo cultural, funciona para mim como um analgésico fantástico, pois aliena e não deixa pensar em nenhuma preocupação."
>
> "Os senhores. concordam, doutores, com estas observações?"

Concordamos com as observações da nossa amiga asmática. Mas o que informamos é que deve ser levado à emergência o adolescente com dificuldades emocionais e que está com crise de asma. O que citamos é que o conjunto (adolescência + dificuldades emocionais + crise de asma) configura um quadro potencialmente grave.

II. Depoimento de cuidadora de criança asmática divulgado na primeira edição

> "Lembro da primeira crise de asma de Enrico. Aconteceu quando ele tinha cerca de 1 ano e 5 meses — hoje, Enrico está com 6 anos de idade. Sintomas como tosse seca e cansaço respiratório não fizeram parte da minha história familiar — não, ao menos, na intensidade daqueles apresentados pelo meu filho. Pois bem... lá, quando Enrico contava com seu 1 ano e pouquinho de vida, recém iniciado o período escolar, começaram as gripes e, com elas, os primeiros sinais das dificuldades respiratórias.
>
> Para mim, era um momento de gripe/virose comum, até perceber que Enrico não estava sequer conseguindo fazer a nebulização. Era por falta de ar e, até ali, eu ainda não sabia. Levei Enrico imediatamente para a urgência hospitalar e assim fomos 'batizados' com aquele que seria somente o primeiro de tantos ciclos de broncodilatadores + oxigênio nas emergências. Era hora de correr atrás das orientações médicas e não pensei duas vezes antes de telefonar, ainda na emergência, para o nosso pediatra, que me disse: 'preciso ver o menino.'
>
> Esse profissional cuidou de mim e dos meus dois irmãos quando éramos crianças e, naquele momento, passou a cuidar, também, de Enrico — mal sabia eu que o pediatra estaria novamente cuidando de mim ao me ensinar tanto sobre como proteger a vida do meu filho!
>
> Na primeira consulta de Enrico com o médico, já com o raio-x de tórax em mãos, lembro direitinho de vê-lo segurando a imagem do laudo contra a luz da janela do consultório e dizendo: 'é asma, menina.'
>
> A sensação era a de que uma porta absolutamente desconhecida tinha se aberto. A minha segurança foi, aos poucos, sendo construída porque, desde o início, o pediatra assistente me ensinou tudo sobre os cuidados em torno da condição respiratória de Enrico. Além do cuidado próprio como médico pediatria de

Enrico, ele também me transmitiu a importância de construir, pessoalmente, a capacidade e autonomia para conhecer os sintomas e a intensidade da crise asmática e estar preparada para cuidar precocemente da doença, entendendo as melhores formas de intervenção em cada situação.

A mensagem sempre era essa: o conhecimento dos quadros de asma é primordial! E, aqui, o nosso pediatra iniciou comigo um verdadeiro trabalho de transmissão e aposta na sensibilidade, aprendizado e autonomia dos pais - no meu caso, da mãe.

A partir das instruções, corri para as leituras da Enciclopédia Pediátrica, providenciei um estetoscópio e um aparelho oxímetro para verificar os parâmetros da saturação normal. Com os equipamentos indicados, retornei ao consultório e ele, pacientemente, foi me ensinando a usar o estetoscópio para auscultar e reconhecer as diferenças entre "ronco" e "chiado". Com isso, passei a utilizar o equipamento, buscando ser sensata, considerando as minhas limitações e ciente das competências que somente o profissional da saúde possui. Passamos do nebulizador ao espaçador e, nessa trajetória, pude construir a leitura dos sintomas que, hoje, me permite avaliar qual a quantidade de jatos do broncodilatador a ser administrada e o intervalo de horas apropriado entre eles, conforme cada quadro asmático que se apresenta, e, ainda, a necessidade e o melhor momento de entrar com o corticoide (caso haja necessidade) ou de eventual ida à emergência hospitalar. Também compreendi que a via medicamentosa não é o único meio de tratamento, pois a asma é uma doença tratada predominantemente pela adoção de hábitos saudáveis no cotidiano da rotina familiar, entre tantos outros aprendizados que ainda estão em curso.

Nessa trajetória, a pediatra homeopata Odimariles Dantas, colega do nosso pediatra, nos trouxe recursos valiosos do seu conhecimento e experiência com a homeopatia, que muito contribuíram nos tantos episódios de crise asmática, como também, de modo importante, nos cuidados preventivos. Cuidados simples, que foram incorporados às nossas rotinas.

Desde o início, acreditei que encapsular Enrico não o tornaria uma criança mais saudável, mas estive atenta aos fatores de risco e aos limites próprios da mudança de tempo.

No caso de Enrico, a asma é grave e, durante alguns anos, foi difícil mantê-la distante por mais de 15 ou 20 dias. Mal se encerrava um ciclo, já entrávamos em outro. Em praticamente todos eles foram preciso recorrer à utilização de broncodilatador, de corticoides e do oxigênio na emergência hospitalar. Em uma das crises, se fez necessário o internamento em UTI pediátrica após uma longa noite com consecutivos ciclos de broncodilatador, sem resposta (ficamos de segunda

à sexta no hospital). Desde então, as idas à escola foram suspensas em função das recomendações médicas — tanto da pediatra da UTI, quanto do pediatra. Enrico tinha participado apenas de um semestre escolar — em termos, por conta da quantidade de adoecimentos — e só retornou no ano seguinte. Qualquer resfriado, por menor que fosse, ou contato com fatores alergênicos provocavam as crises asmáticas que evoluíam muito rapidamente. Hoje, com seis anos de idade, Enrico está mais fortalecido e os episódios ocorrem com intervalos significativamente maiores, principalmente no período do verão, ainda que, quando ocorram, evoluam também rapidamente, em função do próprio fator genético.

Como, antes, as crises eram muito, muito, muito constantes, às vezes eu me sentia angustiada por não conseguir preveni-las. O pediatra dizia: "menina, assim é o nariz do asmático" e lembrava um colega médico que, por sua vez, brincava dizendo "para o nariz do asmático, basta uma pequena transformação dos átomos na atmosfera". Depois da chegada dessa danada dessa asma, ter sol e verão virou o maior dos meus desejos! O que não impediu bons banhos de chuva com Enrico (gosto herdado da minha avó). A propósito, uma das principais formas de tratamento da asma de Enrico foi: banho de mar e fazer muitas bolhinhas, soprando a água da piscininha na areia. Brincar na praia/mar se tornou uma prioridade!

Sobre esses fatores externos do tempo e do clima, é verdade que ninguém terá controle, mas, na nossa experiência, pude perceber a tamanha importância de preservar o brincar livre! Isso não quer dizer descuidar dos fatores de risco. Se, por um lado, não temos o controle do tempo e do clima, por outro, podemos e devemos conhecer e afastar os agentes desencadeadores das crises asmáticas, cuidando precocemente do ambiente, mantendo o cuidado cotidiano com a nossa casa, controlando os materiais químicos utilizados, escolhendo a prática de esportes saudáveis (a natação, em especial), adotando uma rotina e alimentação adequadas, entre tantos outros recursos disponíveis. Aqui, por exemplo, percebi que Enrico apresentou forte reação ao cloro das piscinas, o que me levou a buscar a prática da natação em piscina de ozônio desde 1 ano e 10 meses de idade. Hoje, ele já tolera melhor as piscinas cloradas — umas mais, outras menos. Além disso, sempre adotei o exercício de uma alimentação saudável e, durante muito tempo, evitei lácteos, não por alergia, mas sim pela quantidade de secreção que Enrico produzia com determinados produtos (leite em pó, chocolates). Também mantemos o hábito do controle de mofo, poeira e ácaro em casa (a exemplo de colocar colchões e travesseiros no sol com frequência), bem como do tipo de produto utilizado na limpeza.

E, assim, vamos caminhando nesse percurso de eterno aprendizado que é criar filhos, superar doenças e construir as condições de uma vida com saúde. Concluindo, reforço que as orientações médicas que recebi são, realmente, inestimáveis e

valiosíssimas! A transmissão de alguns saberes associada ao estímulo da capacidade e autonomia no cuidar viabilizaram a formação de uma maior segurança materna (no meu caso) para fazer a leitura dos sintomas e pensar as intervenções necessárias em cada contexto de adoecimento e, portanto, para promover a proteção da saúde do meu pequeno Enrico."

OBSERVAÇÕES DA EQUIPE MÉDICA

Excelente o depoimento desta mãe que demonstrou como foi construído o aprendizado sobre a doença do filho e como ela conseguiu montar um programa para enfrentar a doença do garoto, bem orientada pelo pediatra. Isso é essencial em toda doença crônica como o diabetes na criança que necessita tratamento com insulina.

24.4 DIÁRIO DE SINTOMAS DA ASMA

Nome:_____

Toda manhã, para cada sintoma citado abaixo, registre o número que melhor represente o que ocorreu com a criança nas últimas 24 horas.

DISTÚRBIO DO SONO CAUSADO PELA ASMA:

Escreva o número que corresponde à sua avaliação _____

0. Dormiu bem na última noite (sem asma)
1. Dormiu bem, mas apresentou um pouco de tosse e de chiado
2. Acordou duas ou mais vezes devido à tosse ou chiado
3. Péssima noite, maior parte do tempo acordado com asma

TOSSE

Escreva o número que corresponde à sua avaliação_____

Ocasional
Frequente
Maior parte do tempo

CHIADO

Escreva o número que corresponde à sua avaliação_____

0. Nenhum
1. Discreto
2. Moderado
3. Intenso

FALTA DE AR AOS EXERCÍCIOS

Escreva o número que corresponde à sua avaliação_____

0. Nenhum
1. Discreto
2. Moderado
3. Intenso

CORIZA OU NARIZ ENTUPIDO

Escreva o número que corresponde à sua avaliação_____

0. Nenhum
1. Discreto
2. Moderado
3. Intenso

MEDICAÇÃO DE ALÍVIO

Escreva na linha o número de vezes em que a medicação de alívio foi usada nas últimas 24 horas _____

Como sempre temos feito, alertamos que as orientações aqui prestadas oferecem apenas um roteiro geral de práticas que devem ser adotadas nos pacientes com rinite e com asma, ambas de natureza alérgica. Elas não substituem a consulta médica. É um risco muito grande tentar tratar o asmático sem supervisão médica e os estudiosos sempre alertam que uma das causas de morte no asmático é o não reconhecimento da gravidade da crise e a não busca por socorro adequado.

25 | ALERGIA E INTOLERÂNCIA AOS ALIMENTOS

Emanuel Sávio Cavalcanti Sarinho
João Gonçalves de Medeiros Filho
João Guilherme Bezerra Alves
Maria Cecilia Figueira
Otelo Schwambach Ferreira
Patrícia Tenório Bastos

As reações adversas surgidas após a ingestão de alimentos decorrem de:

Infecção: causados por bactérias, vírus, parasitos e toxinas. É o problema mais comum.

Intolerância: causada pela incapacidade para digerir alguns alimentos. O melhor exemplo é deficiência do fermento ou enzima intestinal (lactase) que digere a lactose, açúcar do leite. Outro exemplo é a doença celíaca em que o indivíduo não consegue conviver com o glúten do trigo e de outros alimentos.

Ação farmacológica: ocorre após a ingestão de alimentos e/ou de alguns aditivos alimentares que induzem reações anormais. Um exemplo é o agravamento dos sintomas do refluxo gastroesofágico após a ingestão de chás, café e bebidas gasosas. Outro é a ocorrência de azia, dor de cabeça, sudorese, inchaço e pressão craniofacial produzidos pelo glutamato monossódico existente em comida oriental.

Alergia: acontece nos indivíduos geneticamente predispostos para manifestar reações alérgicas digestivas, respiratórias e cutâneas.

Vamos discutir a alergia e a intolerância aos alimentos. Não discutiremos as outras reações.

25.1 ALERGIA AOS ALIMENTOS

O QUE É ALERGIA ALIMENTAR?

A maior parte das pessoas consome os alimentos sem problemas. Mas algumas apresentam uma reação atípica do sistema imunológico quando em contato com um alimento que é bem aceito pela maioria. A maior parte de nós ingere a proteína do leite de vaca e nada sente, mas alguns têm reação alérgica que pode ser até gra-

ve. Podem surgir diversas manifestações como diarreia, cólica, vômito, tosse, coriza, cansaço, prurido, urticária e até um choque anafilático. É importante ressaltar que a alergia alimentar não se manifesta com sintomas respiratórios isolados. Então, não é correto pensar em alergia alimentar em crianças que apresentam repetidos quadros respiratórios. A alergia começa a ser montada nos primeiros contatos com o alimento e é específica. Assim, reação contra o amendoim não funciona contra o leite de vaca e vice-versa. A alergia aos alimentos tem a mesma explicação da asma, rinite alérgica, eczema e alergia aos medicamentos.

QUAL A FREQUÊNCIA DO PROBLEMA?

Estima-se que cerca de 8% das crianças sofram de alergia alimentar. Fica evidente que algumas crianças alérgicas, com o passar dos anos, tolerarão o alimento antes considerado ofensivo. A alergia do lactente tende a ser transitória principalmente quando o agente causador é o leite de vaca. Os novos métodos diagnósticos e o aumento das alergias explicam a maior frequência atual do problema. O consumo de alimentos industrializados com corantes, conservantes, espessantes e outros produtos também devem explicar o aumento das alergias.

QUAIS OS ALIMENTOS MAIS IMPLICADOS?

Cerca de 90% dessas alergias são provocadas por: proteínas do leite de vaca, ovo, amendoim e seu óleo, trigo, soja, peixe, frutos do mar (camarão, caranguejo, lagosta), sementes (gergelim), frutas (banana, tomate, melão, morango, abacaxi e outras frutas) além das castanhas e das nozes. Porém, todos os alimentos podem provocar alergia.

NA CRIANÇA, QUAL O MAIS FREQUENTEMENTE IMPLICADO?

É o leite de vaca que contém múltiplas proteínas. O problema aparece principalmente quando o leite de vaca é introduzido antes dos 6 meses de idade devido a imaturidade do sistema imunológico. A frequência da alergia ao leite de vaca varia de 0,3 a 7,5 %. A tendência é que alergia alimentar se resolva ao longo dos anos, principalmente quando se trata de leite de vaca e de ovo. Do total de crianças alérgicas a leite de vaca, 50% ao fim do primeiro ano, 75% ao fim do segundo e 90% ao fim do terceiro não terão o problema. No entanto, a alergia causada por um tipo de anticorpo (IgE), com sintomas imediatos após contato com leite de vaca e principalmente amendoim e crustáceos, pode durar por toda a vida.

O LEITE QUE A MÃE INGERE QUANDO ESTÁ AMAMENTANDO PODE CAUSAR ALERGIA NO SEU BEBÊ?

Isso pode ocorrer. Uma pequeníssima parte da proteína do leite de vaca que a mãe ingere é absorvida pelo intestino e chega intacta até o leite do peito. A criança

predisposta a apresentar alergia ao leite de vaca, ao ingerir o leite da sua mãe, com essa pequeníssima quantidade de proteína, pode desenvolver alergia e sinais e sintomas de doença, como choro excessivo, irritabilidade, vômitos e/ou regurgitações, distensão abdominal, diarreia e sangue nas fezes.

QUEM TEM ALERGIA A UM ALIMENTO PODE TER A OUTROS?

Algumas crianças podem ter alergia a múltiplos alimentos (proteínas), mas não é o mais comum. Isso ocorre com frequência. A mesma criança pode ter alergia a camarão e lagosta, que são parentes. Existe maior possibilidade de uma pessoa ser alérgica a vários tipos de nozes e castanhas, todos relacionados. Cerca de 50% das crianças que têm alergia às proteínas do leite de vaca também apresentam problema com ovo, soja, amendoim, peixe, trigo e outros produtos. De 50 a 80% deles, apresentam alergia ao pólen, epitélio de cão e gato, mofo e ácaros.

E O PROBLEMA DA ALERGIA AO CHOCOLATE?

Não é comum a alergia causada pelo cacau, o componente básico do chocolate. A explicação para essa má fama do chocolate é que ele frequentemente contém, além do cacau, outros componentes como leite, ovo, castanha e amendoim, que são causas importantes de alergia alimentar. E um ou mais desses outros componentes do chocolate é que podem produzir o problema.

E OS ADITIVOS ALIMENTARES?

Eles foram incriminados excessivamente no passado. Hoje, não há comprovação científica que sejam causa comum de alergia. Algumas pessoas, especialmente as que não toleram AAS/ dipirona, podem apresentar alergia a esses produtos. A internet relaciona várias categorias de aditivos alimentares: conservantes (antioxidantes e antimicrobianos), corantes, aromatizantes, estabilizantes, espessantes, acidulantes, edulcorantes, umectantes, antiumectantes, espumíferos e antiespumíferos. Cada categoria é composta por vários aditivos químicos. São dezenas de substâncias. Estão presentes em vários alimentos. Os aditivos que mais comumente causam reação adversa são: aspartame, benzoatos, certos corantes amarelos (tartrazina) e vermelhos, glutamato monossódico, nitratos e nitritos, parabenzeno, sulfitos, BHA e BHT. A maior parte das reações é do tipo intolerância (cefaleia, enxaqueca, irritabilidade, insônia). Raramente causam reação alérgica com rinite, asma, urticária e o aditivo mais implicado é o corante amarelo tartrazina, muito comum em balas e biscoitos consumidos pela criançada.

QUAIS OS SINTOMAS DAS REAÇÕES ALÉRGICAS AOS ALIMENTOS?

Os sintomas variam de leves a graves. Podem aparecer em apenas um órgão ou em dois ou mais ao mesmo tempo. Também podem não chamar a atenção do pa-

ciente e/ou dos familiares. Algumas vezes, são alterações graves, que aparecem de forma súbita, aguda, e que colocam em risco a vida. As principais alterações possíveis são:

Gastrointestinais: náuseas, vômitos, cólicas, gases, diarreia, constipação, perda de sangue nas fezes.

Respiratórias: coriza, espirros e obstrução nasal, rouquidão, tosse, chiado (asma), que surgem associados a outros sintomas nas alergias alimentares das reações sistêmicas (anafilaxia).

Dermatológicas: eczema, dermatite, urticária, prurido, descamação (caspa), coceira e vermelhidão ao redor do ânus, inchaço nos lábios e nas pálpebras.

Outras: irritabilidade, insônia, tonturas, cansaço; lacrimejamento, coceira e outros dados de conjuntivite; perda de peso, sudorese, baixo rendimento escolar, depressão e até choque anafilático.

COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO DE ALERGIA A UM ALIMENTO?

A história contada pelo familiar ou pelo cliente e o exame médico dão importantes pistas. Há exames de laboratório e testes cutâneos para ajudar em alguns tipos de alergia alimentar. Algumas vezes, há necessidade de anotar detalhadamente os alimentos ingeridos e os sintomas apresentados para o diagnóstico. A suspensão do alimento que causa o problema e a desaparição dos sintomas e a posterior reintrodução com reaparecimento dos sintomas, fecha o diagnóstico. A suspensão de um alimento consumido esporadicamente é fácil. O camarão é um bom exemplo. A suspensão de um alimento tomado diariamente e que está presente em dezenas de produtos é um problema especial. A suspensão do leite de vaca é o melhor exemplo. Existem pessoas que não acreditam na orientação do médico e acham que a oferta de um "brigadeiro" não faz mal. A eles não foi informado que isso pode provocar reações muito graves. Por isso, é importante orientar a todas as pessoas que convivem com criança sobre quais alimentos podem conter a proteína que deve ser evitada e como reconhecer e tratar uma reação.

QUAL O PAPEL DOS ESPECIALISTAS?

Vários especialistas trabalham junto com o pediatra na definição do problema e no planejamento terapêutico. O gastroenterologista e o alergista/imunologista são os principais para o diagnóstico e acompanhamento. Os nutricionistas têm papel essencial principalmente nas crianças que precisam excluir vários alimentos e proteínas.

COMO É FEITO O TRATAMENTO?

Quando o fator que causa a alergia é descoberto, o tratamento é afastar o alimento causador. Como já citado, para alguns alimentos, como o camarão, é tarefa simples. Para outros, sobretudo para o leite de vaca, é tarefa extremamente difícil que precisa ser bem planejada pelo pediatra, familiares, nutrólogo e gastroenterologista. O leite de vaca entra na composição de uma grande variedade de alimentos que as crianças consomem. Um dos segredos é fazer com que todos, até aquela avó extremamente agradável, acreditem no diagnóstico e não transgridam a prescrição. Atualmente existem novas propostas de tratamento, como a dessensibilização, porém para apenas alguns tipos de alergia e para alguns alimentos e que devem ser orientados por um especialista.

E COMO CONVENCER OS ADULTOS?

Todos que convivem com a criança devem saber, que a alergia implica um risco de reação grave se a criança for exposta ao alimento em causa. Também é importante orientar que pode ocorrer contaminação cruzadas de alguns alimentos e que alguns alimentos têm a proteína causadora da alergia (purê contém leite de vaca, mousse contém clara de ovo, por exemplo). Colocar avisos pela casa, fazer uma pulseira ou medalha com a informação ajudam.

EXISTE INDICAÇÃO PARA O TRATAMENTO COM REMÉDIOS?

Os medicamentos são receitados para alguns pacientes. É tema para o especialista. Normalmente o principal tratamento é a exclusão do alimento implicado.

QUANDO TENTAR INTRODUZIR O ALIMENTO QUE CAUSOU ALERGIA?

A introdução de qualquer alimento que causou quadro alérgico numa criança é assunto extremamente importante. Isso deve ser bem planejado pelo médico assistente. Como dito anteriormente, 50% das crianças diagnosticadas como portadoras de alergia ao leite de vaca passam a tolerar o alimento ao fim do primeiro ano de idade. Então, provavelmente, se a criança está indo muito bem, sem tomar leite de vaca e seus derivados e está sem alterações atribuíveis à alergia ao alimento, logo após completar um ano de idade, pode ser feito o teste. Com os outros alimentos, é possível que o mesmo aconteça. Depois de muitos meses sem o produto causador do quadro alérgico, numa criança que passou esse período muito bem, é possível testar a aceitação. Os testes devem ser orientados pelo especialista e nos casos das alergias IgE mediadas devem ser realizados no consultório ou no hospital.

COMO É O TESTE PARA VER SE A ALERGIA DESAPARECEU?

O teste deve ser feito de forma planejada, com cuidado, com gente qualificada observando a criança. O pediatra, o gastroenterologista e o imunologista/alergista são os profissionais que devem planejar o teste. E a mãe instruída pelos profissionais, sobretudo sobre as possíveis reações alérgicas, é a melhor pessoa para executar o que foi pensado. Em certas ocasiões, face ao risco de graves alterações após a introdução do alimento, o teste é feito no hospital.

COMO EVITAR A ALERGIA ALIMENTAR?

O primeiro e o mais importante cuidado é a amamentação exclusiva por seis meses. A introdução dos alimentos diferentes do leite materno deve começar pelos menos indutores de alergia, como está bem descrito no capítulo sobre alimentação. Também devem ser evitados os alimentos em conservas que sempre aumentam a possibilidade de reação alérgica.

O RISCO DO MEU FILHO TER ALERGIA DIMINUI SE EU EXCLUIR ALGUM ALIMENTO DURANTE A GRAVIDEZ E A AMAMENTAÇÃO?

Não. É importante que a grávida e mãe que amamenta tenha uma alimentação variada e saudável, pobre em alimentos industrializados. Excluir um alimento da dieta da mãe não reduz o risco de alergia alimentar na criança.

DEVO EVITAR CERTOS ALIMENTOS NO PRIMEIRO ANO DE VIDA PARA PREVENIR ALERGIAS?

Esse e outros assuntos relacionados à alimentação da criança são debatidos nos capítulos 18, 25 e 42.

EXISTEM NOVIDADES SOBRE O TEMA?

Em 2000, a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomendou que as mães de famílias com história de alergia deveriam evitar leite de vaca, ovos, peixe, amendoim e nozes durante a amamentação para evitar alergias a esses alimentos nas crianças. Muitos pediatras pelo mundo afora passaram essas recomendações para a comunidade. Em janeiro de 2008, a mesma AAP questionou essas recomendações. Nesse último parecer, ela concluiu que o único conhecimento seguro é o valor do leite humano para prevenir as alergias nas crianças. As revisões da literatura no ano corrente, 2023, concluem que a recomendação de retardar para depois de 1 ano de idade a introdução de alimentos potencialmente mais alergênicos não deve ser seguida. Os estudos mostram que tanto a introdução precoce, a partir dos 4 meses de idade para crianças não amamentadas, como a tardia,

após 1 ano de idade, não modificam o risco de alergia alimentar nessas crianças. A recomendação atual é introduzir todos os alimentos seguros (cozidos, sem risco de contaminação) o mais precoce possível (aos 6 meses). Alguns estudos observaram que a introdução precoce de amendoim (aos 4 meses) preveniram o aparecimento de alergia ao citado alimento.

O QUE MAIS RECOMENDOU A ACADEMIA?

A Academia ainda observa que:

- A amamentação exclusiva por quatro meses reduz o risco de erupção cutânea alérgica ao leite de vaca, também evita as bronquites com chiado nos bebês, mas não é seguro que evite a asma.
- Não existem dados para aceitar o emprego de alimentos hipoalergênicos (há leites com esse rótulo) como úteis para evitar as alergias em crianças susceptíveis que não usam exclusivamente o leite humano.
- Não há dados suficientes para recomendar o leite de soja para evitar as alergias. Não existem evidências suficientes para postergar a introdução de alimentos como ovos, peixe ou manteiga de amendoim para reduzir a frequência das alergias nas crianças. Recomenda que apenas em situações muito especiais há necessidade de restringir o uso de alguns alimentos. Inclusive a orientação é que todos esses alimentos devem ser introduzidos no primeiro ano de vida.

QUAIS SÃO OS CONSELHOS FINAIS?

Lá vão mais dois:

1. Procurem fazer com que seus filhos e familiares tenham um cardápio com o máximo de produtos naturais e com o mínimo de produtos artificiais, em conservas.
2. Estejam preocupados com a alergia aos alimentos, medicamentos, produtos para uso na pele com finalidade terapêutica ou cosmética e as substâncias inaladas como os ácaros, fungos, pólens, epitélio de cão e gato e outros.

Como sempre temos feito, avisamos que os textos não pretendem que os familiares tomem decisões baseadas no que está escrito. A consulta médica individualizada continua a ser o aspecto mais importante para decidir o que fazer para cada pessoa enferma.

25.2 INTOLERÂNCIA AOS ALIMENTOS: INTOLERÂNCIA À LACTOSE E INTOLERÂNCIA AO GLÚTEN

Por fim, apresentamos duas súmulas técnicas do Ministério da Saúde, publicadas na Biblioteca Virtual em Saúde, que explicam de forma simples e direta o que hoje se entende por intolerância à lactose e intolerância ao glúten, ajudando a esclarecer esses conceitos, bem como os sintomas, diagnóstico e tratamento na prática em saúde.

INTOLERÂNCIA À LACTOSE

Intolerância à lactose é a incapacidade de digerir a lactose (açúcar do leite). O problema é resultado da deficiência ou ausência de uma enzima intestinal chamada lactase. Essa enzima possibilita decompor o açúcar do leite em carboidratos mais simples, para a sua melhor absorção.

É importante estabelecer a diferença entre alergia ao leite e intolerância à lactose. A alergia é uma reação imunológica adversa às proteínas do leite, que se manifesta após a ingestão de uma porção, por menor que seja, de leite ou derivados. A mais comum é a alergia ao leite de vaca, que pode provocar alterações no intestino, na pele e no sistema respiratório (tosse e bronquite, por exemplo).

Causas:

- Deficiência congênita da enzima: a criança nasce com um defeito genético que impossibilita a produção da lactase.
- Diminuição na produção da lactase em consequência de doenças intestinais.
- Deficiência primária: ocorre diminuição da produção da lactase como consequência do envelhecimento. Esse fato é mais evidente em algumas raças como a negra (até 80% dos adultos têm deficiência) e menos comum em outras, como a branca (20% dos adultos).

Sintomas:

Os sintomas mais comuns são náusea, dores abdominais, diarreia ácida e abundante, gases e desconforto. A severidade dos sintomas depende da quantidade ingerida e da quantidade de lactose que cada pessoa pode tolerar. Em muitos casos pode ocorrer somente dor e/ou distensão abdominal, sem diarreia. Os sintomas podem levar de alguns minutos até muitas horas para aparecer. A peristaltase, ou seja, o movimento muscular que empurra o alimento ao longo do estômago pode influenciar o tempo para o aparecimento dos sintomas. Apesar de os problemas não serem perigosos eles podem ser bastante desconfortáveis.

Tratamento:

A intolerância à lactose não é uma doença. É uma carência do organismo que pode ser controlada com dieta e medicamentos.

Alimentos proibidos:

1. Leite de vaca, queijos, manteiga, requeijão e demais derivados de leite.
2. Preparações à base de leite (bolos, pudins, cremes, entre outros).
3. Bolachas e biscoitos que possuem leite em sua composição.
4. Deve-se ressaltar que esta orientação dietética não substitui o acompanhamento pelo médico!

IMPORTANTE: Somente médicos e cirurgiões-dentistas devidamente habilitados podem diagnosticar doenças, indicar tratamentos e receitar remédios. As informações disponíveis em Dicas em Saúde possuem apenas caráter educativo.

INTOLERÂNCIA AO GLÚTEN: A DOENÇA CELÍACA

Doença celíaca é uma doença autoimune causada pela intolerância ao glúten, uma proteína encontrada no trigo, aveia, cevada, centeio e seus derivados, como massas, pizzas, bolos, pães, biscoitos, cerveja, uísque, vodka e alguns doces, provocando dificuldade do organismo de absorver os nutrientes dos alimentos, vitaminas, sais minerais e água.

Sintomas

Os sintomas, em geral, aparecem entre os 6 meses e 2 anos e meio de vida. No entanto, isso não é regra. Portadores da doença podem manifestar os sintomas na fase adulta:

- Diarreia ou prisão de ventre crônica.
- Dor abdominal.
- Inchaço na barriga.
- Danos à parede intestinal
- Falta de apetite.
- Baixa absorção de nutrientes.
- Osteoporose.
- Anemia.
- Perda de peso e desnutrição.

Diagnóstico

O diagnóstico é feito por exame clínico com médico especialista, que vai analisar os sintomas. Biópsia do intestino, por meio de endoscopia, exames de sangue e/ou dieta restritiva sem glúten também podem ser requeridos pelo médico.

Tratamento

O principal tratamento é a dieta com total ausência de glúten; quando a proteína é excluída da alimentação os sintomas desaparecem. A maior dificuldade para os pacientes é conviver com as restrições impostas pelos novos hábitos alimentares. A doença celíaca não tem cura, por isso, a dieta deve ser seguida rigorosamente pele resto da vida. É importante que os celíacos fiquem atentos à possibilidade de desenvolver câncer de intestino e a ter problemas de infertilidade.

Contaminação cruzada

A contaminação cruzada ocorre quando há transferência direta ou indireta de contaminantes físicos, químicos ou biológicos de um alimento, utensílio, vetor ou manipulador para alimentos que serão consumidos. Pode ocorrer nas diferentes etapas do processo de produção do alimento: pré-preparo, tratamento, armazenamento, transporte, serviço. São fontes de contaminação: esponjas, panos de prato, colher de pau, óleo para fritura, dentre outros.

Observação 1: Celíacos só podem ingerir alimentos feitos em cozinhas descontaminadas.

Observação 2: É obrigatório por lei federal (Lei nº 10.674, de 16/05/2.003) que todos os alimentos industrializados informem em seus rótulos a presença ou não de glúten para resguardar o direito à saúde dos portadores de doença celíaca.

IMPORTANTE: Somente médicos e cirurgiões-dentistas devidamente habilitados podem diagnosticar doenças, indicar tratamentos e receitar remédios. As informações disponíveis em Dicas em Saúde possuem apenas caráter educativo.

26 | APNEIA EMOCIONAL OU CRISE DE PERDA DO CHORO

Ana Maria Van Der Linden
Ivo de Oliveira
João Gonçalves de Medeiros Filho
João Guilherme Bezerra Alves
Lucas Victor Alves
Otelo Schwambach Ferreira

26.1 GUIA PRÁTICO

- Apneia, ou pausa respiratória, produzida por doenças orgânicas ou fatores emocionais, é sempre assunto para análise médica. O profissional deve avaliar vários tipos de doença, como a convulsiva, para orientar adequadamente.
- Na regra geral, está incluido o primeiro episódio de apneia emocional que é sempre dramático, preocupante. A sensação de morte próxima é inevitável. Os cuidadores, atarantados, angustiados, surpresos, inseguros, sem saber como proceder, sopram a face, sugam o nariz, massageiam o tórax e adotam várias outras atitudes que não ajudam. O episódio cede espontaneamente. A ida a uma emergência pediátrica é mandatória.
- Os episódios repetitivos de apneia emocional, quando o problema é bem caracterizado pelo médico, podem ser cuidados na casa sem apoio médico. As crises são ainda preocupantes, mas são enfrentados de forma mais tranquila desde que os cuidadores sejam bem orientados.

26.2 CONVERSANDO...

Apneia é a interrupção da respiração e pode ser voluntária (a do mergulhador) ou involuntária (por doenças orgânicas ou fatores psíquicos). Na criança a apneia involuntária é ocasionada por enfermidades como o aumento excessivo das adenoides ou doenças neurológicas. A criança também apresenta a apneia emocional em resposta a situações psíquicas particulares. A última, entre nós, é referida como "crise de perda do choro" ou "a criança que engoliu o choro". Em espanhol é citada como em "espasmo de choro" e, em inglês, em "breath holding spells".

POR QUE É CHAMADA DE APNEIA EMOCIONAL?

O que desencadeia a apneia é sempre uma experiência psíquica desagradável.

Raiva, frustação, susto, dor, medo, trauma e exame pediátrico produzem a apneia em certas crianças. Experiências normais que na maior parte dos meninos e meninas, nada provoca a não ser o choro, em alguns provoca o choro e a apneia.

O QUE OCORRE?

Há duas formas: a azulada (ou cianótica) e a pálida.

a. **Azulada** (mais frequente): após um evento emocional desagradável, a criança chora ou soluça vigorosamente como todas as outras e nada há que sugira que o choro vai terminar com parada respiratória. Subitamente, o choro é suspenso e a respiração para. A criança fica diferente, com a face azulada (cianose) causada pela redução da oxigenação corporal. Ela fica rígida, com a cabeça jogada para trás. Não há perda da consciência. A maior parte desses episódios termina rapidamente sem ocorrência de outros fenômenos. Há uma inspiração profunda e o ritmo respiratório, a cor e o aspecto da criança são normalizados. A duração total do choro e da parada respiratória, na crise curta, é menos de 30 segundos.

b. **Pálida**: após o fator desencadeante, geralmente um trauma leve, há choro mínimo ou ausente, ocorre redução da frequência cardíaca, intensa palidez, sudorese e parada da respiração. Também podem acontecer quedas, inconsciência, abalos musculares, rigidez corporal e até manifestações que sugerem convulsão. Em alguns casos, há eliminação de fezes e de urina. Logo os batimentos cardíacos retomam ao normal, a respiração é retomada e tudo volta ao normal. Em aproximadamente um minuto, que é a duração de todo o episódio, tudo volta ao normal e a criança pode ficar sonolenta por um curto período.

A DESCRIÇÃO É TERRIVEL!

A primeira ocorrência é uma surpresa brutal. Quando o familiar sabe que o menino ou menina reage desta forma, é possível prever eventos semelhantes.

EXISTEM MAIS DIFERENÇAS ENTRE OS DOIS TIPOS?

A azulada surge quando a criança está raivosa ou frustrada e parece fazer parte de um comportamento emocional especial. É possível que faça parte das respostas dos temperamentais, explosivos, “de pavio curto”. Desaparece com o passar dos tempos. A pálida é observada numa experiência dolorosa, numa aplicação de vacina ou numa queda. Algumas pessoas poderão continuar a ter síncopes ou “desmaios”, após traumas ou emoções fortes.

A APNEIA EMOCIONAL É FREQUENTE?

Ocorre em cerca de 5% da meninada no período de 6 meses a 5 anos de idade. A maioria tem o primeiro episódio antes dos 18 meses . Aos 4-6 anos, 50%, e aos 6 anos 90% das crianças terão superado o quadro. O número de crises varia muito: ocasional, mensal, semanal, diária ou mesmo mais de uma no mesmo dia. Não existe disparidade importante entre os dois sexos. Parece existir maior frequência em algumas famílias.

A MEDICINA NÃO EXPLICA ESSES PROBLEMAS!

O que se sabe é a apneia emocional é involuntária. Provavelmente, tudo depende de mecanismos reflexos fisiológicos que existem no nosso organismo. Devem estar relacionados com fases do amadurecimento do cérebro. A forma azulada geralmente acontece numa fase de comportamento negativo ou de oposição em que a criança está buscando independência. Isso desaparece quando meninos e meninas conseguem expressar suas posições e emoções em palavras. Na forma pálida, o sistema nervoso estimulado envia sinais que causam os eventos citados. Mais ou menos 25% dos familiares dos meninos e meninas que apresentam esses episódios relatam apresentar algo semelhante, particularmente a forma pálida. Estudos sobre o perfil emocional não têm demonstrado diferenças das que não as apresentam. A anemia predispõe a essas ocorrências.

O QUE FAZER EM CASA?

Perto de 100% das crises apneicas acontecerão na casa, no local em que a criança vive e brinca, e onde tem suas mais frequentes experiências emocionais. Então os que cuidam da criançada tem que estar prontos para agir, sobretudo quando já se conhece que aquela determinada criança “tomou o choro”. São pilares da conduta caseira:

- Ter a certeza do diagnóstico e ter absoluta certeza de que os episódios de origem emocional não são danosos e desaparecerão. Isso é essencial e sem essa segurança é difícil agir com equilíbrio.
- Montar um esquema para que durante os episódios a criança seja**:** protegida contra traumas evitando que pernas, braços e cabeça sejam traumatizados por superfícies duras e pontiagudas. Mantida deitada de lado, principalmente numa superfície lisa e confortável (sofá, tapete, cama) para evitar aspiração pulmonar se a criança tem o episódio após a alimentação. Tocada, acalmada e acariciada, nunca agredida, soprada, espremida, banhada.
- Solicitar que alguém filme os eventos. É importante que o médico posteriormente assista para se certificar que se trata de uma crise de perda de fôlego.
- Mantidos esses cuidados, o episódio cede e o problema desaparece.

O QUE NÃO DEVEMOS FAZER NAS CRISES?

Nada de sopros na face, nem banhos frios ou quentes, nem compressão torácica, nem respiração boca a boca ou outra manobra agressiva. Também nada de remédio ou instrumento na boca da criança. Tudo isso atrapalha. O importante, novamente é repetido, é ter certeza de que o episódio termina sem consequência no curto ou no longo prazo. É extremamente significativo atender a criança, na crise e fora dela, com calma, amor e tranquilidade.

E LOGO APÓS O EPISÓDIO? HÁ ALGO A SER FEITO?

Deixar a criança dormir, se ela quiser, ou esperar que gradativamente reassuma as atividades normais. Drama, "chororô", telefonemas desesperados para a avó, correria para o hospital, nada produzem de útil. Mais uma vez, desde que o cuidador e o médico tenha certeza que os episódios são emocionais.

O QUE FAZ O MÉDICO SE PRESENCIAR UMA CRISE?

Pouquíssimas vezes o médico vivencia o quadro. E o médico tem que agir como vocês: preservar a calma, usar palavras e atos tranquilizadores, manter a criança deitada ou firmemente apoiada no colo e demonstrar a todos que o problema reverte rapidamente sem dificuldades outras. O médico não deve ministrar oxigênio, comprimir o tórax ou usar qualquer outro método que induza o familiar a pensar que a situação só se resolve no hospital.

COMO PROCEDER NO LONGO PRAZO?

Devem ser mantidas as condições para que essas crianças possam amadurecer normalmente, num ambiente emocional salutar e estável. Há de haver ganhos, alegrias, sorrisos e vitórias, mas também perdas, frustrações, experiências dolorosas, exame médico, aplicação de vacinas e competição. Com essa atitude, tudo tenderá a terminar mais rapidamente. Se após os episódios forem mantidas ou criadas condições desfavoráveis a um equilibrado amadurecimento emocional, as crises tenderão a ser mais intensas e mais prolongadas. Criança após uma apneia deve continuar a ouvir "sim" e "não", a ter limites, a obedecer a regras, a ter rotina, a ter ganhos e perdas. Superproteção, quando tudo pode, onde só se ouve "sim", onde nada é proibido, onde se fala "nunca aborreça esta criança" e quando outros erros educacionais são cometidos, ajudam a perpetuar a problemática da apneia emocional e a facilitar o surgimento de outras dificuldades.

Alguns autores sugerem que estas crianças recebam ferro por via oral, pois alguns estudos demonstraram que muitas crianças com apneia emocional se beneficiam com essa intervenção, mesmo aquelas sem anemia ferropriva. Entretanto, esse assunto ainda é polêmico e aguarda novos estudos para maiores esclarecimentos. Não

é necessário realizar outros exames complementares, tais como ressonância magnética de crânio e nem eletroencefalograma.

QUANDO LEVAR AO MÉDICO?

A família após o primeiro episódio deve ir ao pediatra para discutir o tema. O pediatra é o responsável pela definição do diagnóstico e da conduta. É ele que deve estabelecer o diagnóstico de apneia emocional de forma segura e convincente para os familiares. Nessa tarefa, o pediatra deve excluir algumas doenças que têm manifestações que se assemelham com as da apneia emocional. Também cabe a ele verificar se há anemia que precisa de tratamento. E ao pediatra cabe o levantamento de condições emocionais (separação dos pais, nascimento de irmão, escolinha e outras) que favoreçam o desencadeamento dos episódios. Cabe ainda ao pediatra delinear com a família e até com as babás um plano de ação para quando aparecerem outros episódios.

E QUANDO LEVAR AO NEUROLOGISTA E/OU AO PSICÓLOGO?

Se o pediatra tem dúvidas sobre o diagnóstico ou se tem incerteza sobre a conduta, quando ele percebe um distúrbio emocional mais significativo, ou ainda quando a família solicita, é possível ouvir um desses especialistas.

Essas orientações constituem o que a moderna medicina orienta. As orientações que constam deste capítulo não substituem a consulta médica. Cada criança deve ser seguida por um pediatra e o que debatemos agora necessita obrigatoriamente da orientação pediátrica individualizada.

27 | CONVULSÃO

Lucas Victor Alves

27.1 GUIA PRÁTICO

- A convulsão consite em contrações musculares, repetidas, involuntárias, nos quatro membros, ou em um lado do corpo e até em apenas um membro. Pode haver perda da consciência, queda, eliminação de fezes e urina. Existem outros tipos como a ausência em que a criança por um tempinho fica "desligada" do mundo.
- Convulsão representa doença que atinge o sistema nervoso (meningite, encefalite, malformações, alteração do metabolismo, hipóxia neonatal).
- Todo paciente convulsivo tem que ser atendido pelo sistema de saúde e ser submetido a uma investigação minuciosa.
- Na primeira crise é obrigatório ir rapidamente ao hospital mais próximo da residência.
- Nas crises repetidas, mesmo com os familiares bem instruídos, quando o episódio é diferente, ou mais prolongado, ou é mais repetitivo, também é importante ir a uma emergência médica.
- O médico vai prestar a assistência devida (remédio para parar a crise, se for o caso, e ministrar oxigênio suplementar e adotar outras medidas necessárias) e iniciar a busca da causa.
- As crianças novinhas devem ficar internadas por alguns ou vários dias até o diagnóstico da doença causal.
- Os portadores de algumas situações especiais (encefalites, meningites, distúrbios metabólicos, defeitos congênitos do cérebro e outros problemas graves) também podem precisar de hospitalização prolongada, estudos e tratamentos especializados.
- No longo prazo, o pediatra assistente e o neurologista de criança são mais fundamentais nessa situação do que na convulsão febril.
- É essencial o contato com os pediatras assistentes.

27.2 CONVERSANDO...

As convulsões não febris são sintomas de múltiplas doenças do cérebro ou de outras partes do corpo que afetam o sistema nervoso central. O significado das convulsões não febris e tudo o que os médicos e os familiares devem fazer dependem da causa, da doença.

SÃO COMUNS ESSAS CONVULSÕES SEM FEBRE?

São menos frequentes que as crises convulsivas febris, mas ocorrem com certa frequência. Cerca de 1% da população apresenta epilepsia.

QUAIS DOENÇAS PRODUZEM ESSAS CONVULSÕES NÃO FEBRIS?

Pode ser causada por uma grande lista de condições. Vamos separar por idades:

- Em recém-nascidos: as causas mais frequentes são as ligadas à redução do fornecimento de oxigênio para o cérebro no momento do parto. Ainda existem as malformações do sistema nervoso central, as meningites, infecções congênitas, microcefalia.
- Em crianças maiores, as meningites continuam sendo importantes. Mas, aparecem outros distúrbios metabólicos (hipoglicemia, desidratação), traumas do crânio, tumores do cérebro, intoxicações e hipertensão arterial.

OS MÉDICOS SEMPRE ENCONTRAM A CAUSA?

Algumas vezes os médicos e todo o arsenal de exames (liquor, eletroencefalograma, ressonância magnética, exames genéticos) não conseguem definir a causa. A principal causa de epilepsia na infância são as de origem genética. O advento desses exames permitiu identificar a causa das crises em uma maior quantidade.

QUAIS AS CARACTERÍSTICAS DA CONVULSÃO NÃO FEBRIL?

A convulsão na ausência de febre apresenta uma fenomenologia muito ampla. Face às variadas causas, aos distintos mecanismos lesionais, aos vários locais a do cérebro e à gravidade e extensão do processo lesional, o quadro convulsivo tende a ter características bem mais variadas em todos os aspectos observados: tipo de manifestação convulsiva, duração, repetição, significado para os enfermos, manejo terapêutico e outros. O que será resumidamente relatado serve para ilustrar os achados mais usuais:

- O início é súbito, inesperado, embora alguns doentes percebam que a crise vai ser iniciada devido a certos sintomas chamados de aura.
- Na maior parte das vezes, as crianças ficam inconscientes. Há crises apenas com essa manifestação, em que elas ficam “desligadas” ou “molinhas”. Há crises convulsivas em que a consciência é mantida.
- Há crises com abalos musculares dos quatro membros ao mesmo tempo (crises generalizadas). Outras vezes, os movimentos são em apenas um membro ou em parte dele (crises localizadas).

- O corpo das crianças pode ficar amolecido ou enrijecido. Pode ser notada contração dos músculos da mastigação, o que fere a língua, e eliminação de saliva, urina e fezes. Muitas vezes, surge coloração azulada (cianose) na face.
- Há crises com um movimento súbito do corpo, como num abraço inesperado.
- Outras crises são tipificadas por movimentos involuntários e repetidos da musculatura da mastigação, dos olhos, da língua. Outras vezes, ocorre alteração da respiração, do coração e do tubo gastrintestinal.

APENAS OS MOVIMENTOS DE LÍNGUA PODEM SER CONVULSÃO?

Sim, nesses casos os pais irão perceber uma mudança da fala da criança, semelhante a uma fala "enrolada". Existem inúmeros tipos de crises epilépticas, não só aquela em que o paciente debate os quatro membros. Há quadros típicos como o observado na crise convulsiva tipo "grande mal" em que inesperadamente o paciente perde a consciência e apresenta vigorosos abalos musculares. Até o leigo sabe que algo importante está ocorrendo. Há outros tipos de crise que serão descobertos por um familiar atento que nota repetidamente algo estranho na criança. Também muito importante que o familiar perceba se a criança, principalmente do primeiro ano de vida, está com desenvolvimento normal. Atraso na aquisição de qualquer habilidade, no sentar, por exemplo, pode ser significativo na análise que o médico fará. Até o neurologista experimentado pode ter certa dificuldade de rotular o fato relatado como manifestação convulsiva.

E A DURAÇÃO E A REPETIÇÃO DESSAS CRISES?

Esses são outros detalhes que diferenciam essas crises das febris. Elas têm duração não padronizada, podem durar de segundos a minutos. O objetivo principal do tratamento é o controle das crises ou a diminuição da frequência delas.

ELAS PODEM DEIXAR SEQUELAS?

A enfermidade que ocasiona a convulsão é grande determinante desse aspecto. As convulsões que são sequelas de uma meningite ou de uma carência de oxigênio podem ser para toda a vida. Por outro lado, a convulsão que ocorreu por outras condições (distúrbio metabólico da desidratação ou infecção intestinal, por exemplo) não devem deixar sequelas se tratadas a tempo. Outros aspectos como a crise convulsiva (prolongada, repetida, com falta de oxigenação cerebral) e o tratamento instituído (cirurgia do cérebro e outros) também são potencialmente causadores de sequelas. Várias funções cerebrais podem ser comprometidas por esse conjunto de fatores: visão, audição, fala, inteligência e outras. Sequelas físicas (crescimento retardado e puberdade precoce) também podem ocorrer. Mesmo as crises epilépticas de curta duração também podem deixar sequelas.

QUANDO LEVAR A CRIANÇA CONVULSIVA AO MÉDICO?

Todo paciente que apresentar uma crise convulsiva deve ser visto pelo médico. Na primeira crise, quando for possível caracterizá-la, é obrigatório ir ao hospital mais próximo da residência. Lá o médico vai prestar a assistência devida (remédio para parar a crise, dar oxigênio suplementar e adotar outras medidas) e iniciar a busca da causa.

O pediatra assistente e o neurologista de criança são fundamentais. É de extrema importância manter um acompanhamento regular, no qual será avaliado o controle das crises, eficácia do tratamento, seguimento do desenvolvimento neurológico e eletroencefalograma periódico.

QUAL O FUTURO DE UMA CRIANÇA QUE TEM O QUADRO?

Grande parte não terá sequelas no futuro. Principalmente, aquelas que apresentaram apenas uma crise convulsiva em face de um evento isolado não deverão ter dificuldades. Estão entre elas as crises provocadas pela desidratação, hipoglicemia, intoxicação por medicamentos ou até mesmo a meningite precocemente diagnosticada e tratada.

Outro aspecto importante salientar é o advento de novos medicamentos anti epilépticos, com menor risco de efeitos colaterais. Porém há doenças muito graves ou aquelas nas quais a criança já nasce com uma sequela grave. Nesses casos o prognóstico é reservado.

E O PAPEL DA FAMÍLIA?

A medicina tem conseguido avanços espetaculares. A cirurgia resolve alguns tipos de convulsão, além de corrigir alguns defeitos antes irreparáveis. Há tumores curáveis. Há medicamentos altamente eficientes. Próteses auditivas e transplante coclear são reais. A recuperação fisioterápica é inegável. Confiar, lutar e procurar centros de referência são os melhores conselhos que podemos dar.

27.3 RELATO DE PAIS

I. RELATO DE PAIS QUE TÊM UM FILHO COM CONVULSÃO NÃO FEBRIL

"Somos pais de um garoto que hoje tem 12 anos, joga basquete está no sétimo ano do ensino fundamental, tira notas acima da média, corre, joga games, lê mangá, vai a pé para escola, gosta de animais, cinema, super-heróis, lego, e tudo aquilo que uma criança faz. Porém, há seis anos, foi diagnosticado com epilepsia, após um (e único) episódio de convulsão presenciado pela mãe grávida de seis meses, que de pronto providenciou o socorro para uma emer-

gência hospitalar, onde, após exames clínicos, em especial a tomografia, foi identificado uma cicatriz encefálica que segundo o neuro de plantão e seus auxiliares, pelo tamanho, foi proveniente ainda enquanto feto, ou seja uma cicatriz intrauterina que pode ter sido ocasionada por diversos fatores, o que não importava muito naquele momento da descoberta da doença.

Assim começou a jornada de uma mãe e um pai em busca do que fazer para cuidar de seu filho. Entre idas e vindas de especialistas de saúde, onde diversos protocolos médicos foram feitos, introduzindo, combinando e retirando medicamentos, vimos nosso filho sentir as reações adversas das medicações, tais como: sonolência, irritabilidade, alucinações, reações de pele, entre outras.

Neste interim, por longos três anos, que para nós pais, pareceram décadas, as crises basicamente eram espasmos que atiravam nosso filho ao chão, uma angústia para nós e uma afiliação para nosso filho, pois toda vez que caía no chão, com as crises, ele externava: 'eu não quero mais ter vontade de cair´ (denominação dada por ele mesmo para as crises).

Quando foi acertado a medicação (com a administração de três remédios combinados) e os eletroencefalogramas (EEG) começaram a se organizar, e, com isso, as medicações começaram a ser reduzidas e algumas retiradas, ficando apenas uma.

Depois de dois anos e meio sem crises aparentes fomos encaminhados para mais um exame clínico, a polissonografia com eletroencefalograma, e, para nossa felicidade, depois de cinco anos e meio, foi o primeiro EEG limpo (monitorado a noite toda), foi tanta a emoção ao ler o resultado do exame que passamos um bom tempo para nos recompor dos prantos.

Coincidentemente, estamos escrevendo este depoimento durante uma nova polissonografia, após nove meses da anterior, para definir uma nova etapa dessa história com o desmame da última medicação. Queremos aqui deixar nossa vivência para outras famílias que passem por algo parecido, que acreditem nas orientações médicas e que procurem entender mais sobre a enfermidade que seu filho ou ente enfrenta para melhor ajudá-lo."

28 | TRANSTORNO DO DÉFICIT DE ATENÇÃO E HIPERATIVIDADE (TDAH)

Lucas Victor Alves

Há crianças que não se concentram em uma atividade, não terminam o que começam, estão sempre distraídas, encrencam com os amigos, têm dificuldades na escola, não param, nunca cansam, mexem em tudo, perturbam o ambiente.

Nos primeiros anos de vida, são engraçadinhas e o orgulho dos pais que não imaginam as dificuldades significativas na época escolar. São chamadas de "diabinhos" e mais tarde de "malcriadas", "mal educadas", "problemáticas", "desmotivadas", "indisciplinadas", "irresponsáveis" e até de "pouco inteligentes".

Os pais são considerados culpados por não terem dado educação a criança ou por não terem colocado limites. Esse grupo de crianças pode ser portador do transtorno do déficit de atenção e hiperatividade ou TDAH.

QUAL A FREQUÊNCIA DO PROBLEMA?

O TDAH é o transtorno neurocomportamental mais frequente na infância, afeta 2,6 a 21,8% dos indivíduos. Nos Estados Unidos, acomete mais de 5 milhões de crianças entre 6 e 17 anos, correspondendo a 9,5% das crianças norte-americanas. No Brasil, a prevalência do TDAH é estimada em 13%. Os meninos são 4 a 9 vezes mais afetados que as meninas. É problema crônico, que pode perdurar por anos a fio, até 15% dessas crianças serão adultos com a sintomatologia completa e até 65% podem ter remissão parcial, com permanência de alguns sintomas, especialmente de desatenção.

O QUE CAUSA O TDAH? TEM RELAÇÃO COM OS PAIS?

Acredita-se que a causa seja multifatorial, com forte componente genético. São considerados fatores de risco: prematuridade, baixo peso ao nascer, estresse fetal, intercorrência perinatais, como eclâmpsia, uso materno de álcool e tabaco. É provável que circunstâncias ambientais e psicodinâmicas atuem como desencadeantes em pessoas predispostas devido a fatores genéticos. Estudos mostram que pais com diagnóstico de TDAH apresentam risco duas a oito vezes maior, do que grupos controles, de que seus filhos apresentarem TDAH, com risco entre irmãos semelhantes.

HÁ DOENÇAS QUE CAUSAM SINTOMAS SEMELHANTES AOS DO TDAH?

Problemas relacionados ao sono, podem levar a uma dificuldade de atenção na escola. Mas a problemática emocional é o que mais produz quadros que lembram o TDAH. Essa é mais uma razão para o médico examinar a criança detalhadamente e entender todo o ambiente familiar em que a criança está inserida. Informações sobre separação dos pais, ausência da mãe ou do pai, ambientes domiciliares conturbados influenciam no comportamento da criança.

A CRIANÇA COM TDAH SERÁ UM ADOLESCENTE COM O PROBLEMA?

O TDAH é mais diagnosticado nos primeiros anos da escolaridade. É nesse período em que as crianças são mais cobradas por: organização, cumprimento das tarefas escolares, acordar para ir à escola, certo número de outras atitudes e comportamentos. Está associado ao desempenho escolar e sucesso acadêmico reduzidos, rejeição social e, nos adultos, a pior desempenho profissional e a maior probabilidade de desemprego, além de altos níveis de conflito interpessoal e menor renda financeira. O início precoce do tratamento está associado à diminuição desses riscos na vida adulta.

COMO IDENTIFICAR A CRIANÇA HIPERATIVA?

Essa é uma das questões centrais. Criança deve brincar, correr, pular, mexer nos objetos, fazer barulho, incomodar os adultos, ser desatenta e descompromissada. Quem pouco brinca, não tem a curiosidade usual, não é "buliçoso", está parado e triste, está excessivamente quieto deve estar adoentado. É bom discutir isso com o médico. O principal ponto que deve ser analisado é se a criança apresenta prejuízo social ou pedagógico. Relatórios escolares são muito importantes para avaliar o comportamento e rendimento da criança.

COMO SABEMOS O QUE É O NORMAL?

Nos primeiros 4 ou 5 anos de vida, isso é particularmente difícil. Nessa idade os familiares têm dificuldade em fazer com que seus filhos cumpram ordens, sigam os horários, obedeçam às rotinas e mantenham a casa arrumada. A partir dos 5 anos, é usual que toda criança seja menos anárquica, mais organizada, constante, atenta, obediente e cumpridora das obrigações. Após essa idade, é possível ver cumpridos alguns acordos sobre as rotinas da casa, sobre a organização do lar, o cumprimento das tarefas e assim por diante. No entanto, não é súbita essa mudança do comportamento. Tudo vai se processando lentamente. Após os 6 anos, é possível observar muitas das atitudes que ocorriam antes dessa idade num grau menos acentuado. Portanto, a definição do normal para os comportamentos e atitudes nas crianças de 6 anos não é fácil.

QUAL O ASPECTO MAIS IMPORTANTE?

O primeiro e o mais importante aspecto é a repetição, a continuação dos comportamentos tidos como inaceitáveis. O que queremos enfatizar é: ser desorganizado, desatento, rebelde e excessivamente ativo, vez ou outra, ou num certo período, não deve ter importância. Pode significar desajuste transitório em face de uma experiência emocional, de uma doença e até do uso de medicamentos. Mais importante é quando a criança constantemente, repetidamente, continuadamente, por no mínimo seis meses, apresenta as atitudes e comportamentos inaceitáveis. Além disso, os comportamentos "fora do normal" devem estar presentes nas várias atividades da criança e do adolescente: escola, casa, brincadeiras.

O QUE CARACTERIZA O DÉFICIT DE ATENÇÃO?

O déficit de atenção é caracterizado quando as crianças são por um período acima de seis meses, desatentas: nas tarefas escolares — professores e familiares podem ter excelentes informações sobre o assunto; as crianças não terminam os deveres, não se concentram, não prestam atenção aos detalhes, não avançam no aprendizado como as outras da turma; além disso, esquecem com facilidade o que foi aprendido; nas brincadeiras —mudam de interesse a cada momento, são inconstantes, instáveis e muito diferentes quando comparadas aos colegas da mesma idade; na sua organização pessoal e grupal — perdem objetos, não seguem a rotina, são desobedientes, têm sua atenção facilmente desviada; não participam ou o fazem de forma precária das atividades grupais.

E A HIPERATIVIDADE?

Esse componente ocorre em mais da metade das crianças com déficit da atenção. É importante falar também da impulsividade, outra característica do TDAH. Só poderemos falar que as atitudes e comportamentos que fazem pensar que a atividade e a impulsividade são anormais quando são observados por longo período, continuadamente, repetidamente, comportamentos rotulados como anormais. Sobre esses dois aspectos, os familiares e/ou professores observam que as crianças: não ficam relaxadas, paradas, prestando atenção à aula, ou a um programa de TV, ou a um filme no cinema; estão sempre com os braços e as pernas em movimento, abandonam a sala de aula, mexem com os colegas; não ficam em silêncio, isoladas e sozinhas mesmo que por poucos minutos; estão sempre falando, interferindo nas conversas e nas brincadeiras dos colegas; falam mais que os outros, gritam mais que a sua turma; correm mais que os coleguinhas, sobem escada mais que os outros; caem mais vezes que os companheiros e se acidentam com mais frequência; respondem precipitadamente antes mesmo de conhecer toda a pergunta; têm dificuldade de aguardar sua vez na fila; parecem não ter limites.

É FÁCIL PARA OS MÉDICOS DIAGNOSTICAREM QUE AS CRIANÇAS TÊM TDAH?

Não é difícil diagnosticar o TDAH. Além do que falamos — duração, continuação, repetição dos sintomas e as manifestações do TDAH — deve ser demonstrado que as crianças estão sendo prejudicadas pelo problema. É essencial que os professores e a família demonstrem que a escolaridade está sendo comprometida. Também é preciso demonstrar que o convívio dos possíveis portadores do TDAH com os familiares e com os colegas está sendo prejudicado. O prejuízo da escolaridade é mais fácil de demonstrar. Muitas dessas crianças acabam sendo excluídas de trabalhos em grupos escolares, convites para aniversários e finais de semana na casa de colegas. Algumas pessoas interpretam o comportamento hiperativo, como uma falta de educação.

QUANDO LEVAR A CRIANÇA EXCESSIVAMENTE "TRELOSA" AO PEDIATRA?

Se uma de vocês perceber que seu filho está há meses com atenção e a atividade fora dos limites do aceitável, quando o professorado informa que está havendo prejuízo e quando outros familiares percebem que está havendo dificuldade no convívio social no lar e fora dele, em qualquer idade, é importante levar ao pediatra e discutir o problema.

COMO SUSPEITAR SE A CRIANÇA OU ADOLESCENTE TEM TDAH?

O diagnóstico de TDAH é clínico e tem por base os critérios adotados pelo *Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 5ª edição (DSM-5)*. Para a confirmação do diagnóstico, seis ou mais itens de desatenção e/ou seis ou mais itens de hiperatividade devem estar presentes, por pelo menos seis meses, respeitando:

- Vários sintomas devem estar presentes antes dos 12 anos de idade.
- Os sintomas devem estar presentes em pelo menos dois ambientes (casa e escola).
- Os sintomas devem interferir no funcionamento social, acadêmico ou profissional.
- Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso de outra doença psiquiátrica, excluindo-se o autismo.

QUAIS SÃO OS SINTOMAS DE DESATENÇÃO?

- Frequentemente deixa de prestar atenção a detalhes ou comete erros por descuido em atividades escolares, de trabalho ou outras.
- Com frequência tem dificuldades para manter a atenção em tarefas ou atividades lúdicas.
-

- Com frequência parece não escutar quando lhe dirigem a palavra diretamente.
- Com frequência não segue instruções e não termina seus deveres escolares, tarefas domésticas ou deveres profissionais (não devido a comportamento de oposição ou incapacidade de compreender instruções).
- Com frequência tem dificuldade para organizar tarefas e atividades.
- Com frequência evita, antipatiza ou reluta a envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante (tarefas escolares ou deveres de casa).
- Com frequência perde coisas necessárias para tarefas ou atividades (por exemplo, brinquedos, tarefas escolares, lápis ou livros).
- É facilmente distraído por estímulos alheios à tarefa.
- Com frequência apresenta esquecimento em atividades diárias.

QUAIS OS SINTOMAS DE HIPERATIVIDADE E DE IMPULSIVIDADE?

- Frequentemente agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira.
- Frequentemente abandona sua cadeira em sala de aula ou em outras situações nas quais se espera que permaneça sentado.
- Frequentemente corre ou escala em demasia, em situações nas quais isto é inapropriado.
- Com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer.
- Frequentemente está “a mil” ou muitas vezes age como se estivesse “a todo vapor”.
- Frequentemente fala em demasia.
- Frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas.
- Com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez.
- Frequentemente interrompe ou se mete em assuntos de outros (por exemplo, intromete-se em conversas ou brincadeiras).

TODOS OS PORTADORES DA TDAH SÃO IGUAIS?

Em alguns, existem de forma balanceada os sintomas de desatenção e de hiperatividade, é o tipo combinado. Em outros, predominam de forma marcante os de déficit de atenção e são chamados como pertencentes ao tipo desatento. Em outros, preponderam os sintomas de hiperatividade e de impulsividade e pertencem ao grupo hiperativo-impulsivo.

Os sintomas de hiperatividade costumam aparecer mais cedo, aos 4, 5 anos de vida. Enquanto os predominantemente desatento, irão apresentar prejuízo do aprendizado apenas aos 10, 11 anos de vida.

A LISTA É BEM PRÁTICA. MAS O QUE O PEDIATRA FARÁ?

O pediatra é quem está mais próximo à família e junto com ela deve levantar a suspeita da existência do TDAH. Ele ouvirá muito bem o que for relatado, avaliará com cuidado o ambiente emocional, estudará criteriosamente o comportamento dos pais, pois alguns são hiperativos e dormem pouco, examinará cuidadosamente a criança e solicitará exames que julgar importantes. Quando o profissional afastar várias entidades que produzem sintomas parecidos e o TDAH for o diagnóstico provável, ele poderá recomendar medidas terapêuticas.

E O QUOCIENTE DE INTELIGÊNCIA DESSAS CRIANÇAS?

São inteligentes e criativas, e a inteligência normal é um dos critérios para o diagnóstico. Se não é normal, outro problema deve ser cogitado. É importante citar que é difícil a avaliação da capacidade intelectual das crianças abaixo de 6 anos. A desatenção que caracteriza o transtorno pode gerar falsos resultados. Nesses casos, deve ser feita uma nova avaliação após o tratamento.

É IMPORTANTE ESTUDAR A AUDIÇÃO E A VISÃO?

Essas duas avaliações são recomendadas para toda criança com dificuldade escolar ou com TDAH.

SÃO IMPORTANTES ELETROENCEFALOGRAMA E OUTROS EXAMES?

O diagnóstico do TDAH é clínico. É baseado no quadro clínico e não existe exame ou teste para confirmar o diagnóstico. Em alguns casos, é importante relatórios escolares, avaliação neuropsicológica e a presença na consulta dos familiares que têm um maior contato com a criança, avós, tios, empregadas domésticas.

QUAL É O TRATAMENTO DO TDAH?

O tratamento do TDAH é multiprofissional e composto por orientação aos pais, participação da escola, terapia cognitivo-comportamental e medicamentoso. Três aspectos são essenciais**:**

Revisão do modelo educacional: professores, psicólogos e psicopedagogos devem planejar o modelo educacional que favoreça o rendimento ótimo do portador de TDAH. Vários aspectos têm que ser pensados: escola espaçosa e com possibilidade do desenvolvimento de atividade física e de lazer; ambiente com a menor fonte de estímulos e de distração; apoio próximo na execução das tarefas; estabelecimento de metas e objetivos como tempo e horários para copiar o trabalho e fazer as tarefas; fracionamento das tarefas em intervalos curtos de tempo, com descansos entre uma

e outra; uso de recursos audiovisuais que fixam a atenção e favorecem o aprendizado; gratificação de cada sucesso; uso de métodos para a organização pessoal como cronogramas e agendas.

Psicoterapia: abordagem terapêutica deve ser feita com base na idade e presença ou não de comorbidades. Em crianças pré-escolares, o tratamento inicial é com intervenção psicossocial e participação da família.

Tratamento medicamentoso: a eficácia do tratamento medicamentoso em diminuir os sintomas do TDAH é superior às terapias adjuvantes.

EXISTEM OUTRAS FORMAS DE TRATAMENTO?

Rezas, florais, homeopatia, canabidiol, mudanças dietéticas, doses altas de vitaminas, ômega 3 e outras terapias têm sido usados sem comprovação científica, portanto não são indicadas.

O QUE ESPERAR DO TRATAMENTO?

O tratamento com medicamento pode produzir uma resposta imediata com redução importante da hiperatividade e da desatenção. Entretanto, 70% dos portadores do TDAH habitualmente apresentam outros problemas — conduta de desafio, oposição, ansiedade, humor, tiques — que devem ser abordados. O tratamento deve ser longo o suficiente para o controle dos sintomas e pode se prolongar até a vida adulta. Não é boa conduta mudar de médico repetidamente. Não é recomendável trocar o esquema terapêutico antes de um prazo para analisar a resposta. Os profissionais devem periodicamente rever o paciente e fazer os ajustes necessários. Há casos que respondem muito bem ao primeiro plano terapêutico e outros que não respondem.

28.1 DEPOIMENTO DE CUIDADORA

"Quando tivemos nosso primeiro filho, tudo era novidade. Pais de primeira viagem, onde todos dão conselhos e 'pitacos'. As velhas frases: toda criança é danada, criança parada é criança doente, e por aí vai .... Todo desenvolvimento neuropsicomotor da sua primeira infância foi dentro da normalidade.

Muitas vezes, saiamos para jantar ou almoçar, mas sempre pedíamos para embalar e terminávamos em casa. Ele não ficava na mesa para fazermos as refeições. Era sempre um de nós andando atrás dele no restaurante. Foi crescendo e ficando mais calmo.

Começou a frequentar a escola aos 2 anos. Escolhemos uma escola perto de casa, mas com boas referências. Ela tinha um projeto sócio construtivista, acho que era assim que falavam na época. Na metade do infantil 4, ainda não juntava as sílabas. Alguns coleguinhas da sala já estavam lendo palavras. Pensamos em mudar de es-

cola no meio do ano, mas fomos orientados a esperar o ano terminar, para ele não sentir tanto a mudança. Fizemos um intensivão em casa, com brincadeiras e jogos com letras, sílabas, palavras... Ele progrediu bastante.

Resolvemos mudar para uma escola mais tradicional. Uma das melhores decisões que tivemos. Ele chegou no primeiro ano, ainda sem ler. Os coleguinhas da sala já estavam lendo. Fizemos outro trabalho intenso, juntamente com a escola e ele acompanhou bem.

O tempo foi passando, ele foi crescendo, vem a "fase do cascão" , começa a ter mais cobrança na escola, precisa deixar de brincar para estudar. Difícil tarefa para uma criança. Todo dia chegávamos em casa e perguntávamos o assunto estudado. Na maioria das vezes, ele não sabia. Mas quando ensinávamos, rapidamente aprendia. Era muito cansativo. Brigávamos com ele, porque não estudava sozinho. Era desgastante para ele e para gente. Não recebíamos nenhum recado que a escola mandava. Só sabia porque as outras mães falavam no grupo da escola sobre alguma tarefa ou trabalho que tinham que fazer. Várias vezes fui à escola saber como ele estava nas aulas, porque dava muito trabalho para estudar em casa. Mas sempre falavam bem, sem queixas contra ele e as notas eram ótimas.

Quanto ele estava perto dos 10 anos, levamos a uma psicóloga. Porque era muito impaciente e com o "pavio curto", mesmo sendo um doce de menino na maior parte do tempo. Sempre foi muito argumentador quando não concordava com algo e com argumentos bem coerentes, até nos surpreendíamos.

A psicóloga nos pediu uma avaliação com o neurologista . Então levamos e tivemos o diagnóstico de TDAH. Começamos o tratamento medicamentoso com a ritalina, mas tivemos que ir mudando ao longo dos anos por causa de alguns efeitos adversos. Atualmente, faz uso do concerta. Só faz uso durante os dias de aula. Não é preciso no final de semana, nem nas férias. Já tentamos retirar a medicação algumas vezes, mas ele pede para voltar, porque sente falta quando faz prova.

Ele vem evoluindo favoravelmente com o tratamento combinado com a psicóloga e o neurologista. Amadureceu muito, melhorou o cuidado com a higiene corporal, melhorou o controle sobre a paciência, é um adolescente bem tranquilo.

Desde a metade da oitava série que não estudamos mais com ele. Atualmente ele está com 15 anos e no primeiro ano do ensino médio. Está, desde o oitavo ano, em uma escola mais voltada para vestibular. Com ensino mais intenso e vem acompanhando bem.

Mesmo com toda melhora, ainda cobramos muito. Para que aprenda a utilizar todo seu potencial e não achar que não pode ser excelente só porque tem TDAH. Sempre tentamos mostrar a ele que a doença é um obstáculo que ele pode pular, basta ter força de vontade e dedicação. E graças a Deus, vem dando certo."

29 | TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA)

Lucas Victor Alves

Há crianças que não respondem quando são chamadas pelo nome, não interagem com outras crianças, gostam de ficar mais isoladas. Parece que está acontecendo uma verdadeira pandemia do transtorno do espectro autista (TEA), praticamente toda sala de aula tem um aluno com TEA. O que realmente está acontecendo? Como é o tratamento? É possível que seja evitado? Tentaremos responder essas e outras perguntas nas próximas páginas.

QUAL A FREQUÊNCIA DO TEA?

Houve um aumento muito importante da incidência do TEA nos últimos anos, ocorreu um incremento de 175% em relação ao ano de 2002. Os dados epidemiológicos mais recentes, referentes ao TEA nos Estados Unidos, apresentam uma prevalência de 23 por 1.000 crianças com 8 anos, ou seja, a cada 44 crianças com 8 anos de idade nos Estados Unidos, uma tinha o diagnóstico de TEA em 2018.

POR QUE OCORREU ESSE AUMENTO?

Ainda não se sabe o real motivo, porém existem algumas justificativas. Um aumento da divulgação das informações e da precisão de ferramentas de investigação e diagnóstico estão entre os principais fatores. Um aumento do diagnóstico dos casos de TEA nível 1, que anteriormente não eram diagnosticados. Também ocorreu uma diminuição no diagnóstico de outras doenças psiquiátricas, como esquizofrenia e déficit intelectual.

O QUE SERIA O TEA?

É um transtorno do neurodesenvolvimento em que a criança pode apresentar um prejuízo da interação social, da comunicação e do comportamento. Podem apresentar um atraso da fala, ausência de resposta quando é chamado pelo nome, estereotipias, não dão funcionalidade aos objetos, não apontam para o que desejam, evitam contato visual.

Geralmente as famílias são as primeiras a notar ou comparar comportamentos atípicos. Os professores também desempenham um papel importante para detectar e notificar os familiares, sobre um possível atraso no desenvolvimento.

COMO É FEITO O DIAGNÓSTICO?

O diagnóstico é clínico, não é feito através de nenhum exame. Deve-se realizar o exame físico com objetivo de identificar a presença de neurofibromatose, esclerose tuberosa e traços dismórficos, doenças que aumentam o risco do TEA. Avaliação da criança é feita no consultório médico, também é importante relatórios escolares e a observação dos familiares. Caso a criança já faça algum tipo de terapia ocupacional, psicologia ou fonoaudiologia, também é importante que seja feito um diálogo com esses profissionais. Em alguns casos, principalmente nos graves, o diagnóstico é feito em poucas consultas. Porém, em outras crianças é necessário um acompanhamento por um período prolongado, até por anos.

É NECESSÁRIO ALGUM EXAME?

Avaliação auditiva e oftalmológica são obrigatórias em todos os casos. Exames genéticos também são importantes. Acredita-se que 15-20% das crianças que tenham TEA, têm uma origem genética. Importante reafirmar que nenhum exame complementar confirma ou descarta o diagnóstico. Avaliação da visão e audição são feitas para descartar algum tipo de problema dessas áreas.

O exame genético tem o seu papel naqueles casos em que o primeiro filho do casal tem TEA e a família deseja outros filhos. Através desses exames, em alguns casos, é possível determinar qual o risco em uma gestação futura que a criança tenha TEA.

QUAL É A IDADE QUE DEVE SER DADO O DIAGNÓSTICO?

Não existe uma idade mínima. O ideal é que seja dado antes dos 3 anos de vida. Claro que em crianças mais novas o diagnóstico é mais difícil, em alguns casos precisa de um acompanhamento. Se a criança apresenta algum tipo de atraso do desenvolvimento ou suspeita do TEA, devem ser iniciadas as terapias de reabilitação o mais breve possível e avaliarção da resposta da crianças.

É impossível dar o diagnóstico em bebês. Durante o primeiro ano de vida, alguns sintomas podem ser um sinal de alerta para o TEA como, por exemplo, pouco ou nenhum olhar para as pessoas, não olha nos olhos da mãe durante amamentação, ausência de resposta ao chamado pelo nome. Por volta dos 18 meses podem surgir movimentos repetitivos (girar inúmeras vezes sobre o próprio eixo ou ficar seguindo a sombra) ou interesses restritos (olhar fixo em itens que giram).

Na idade escolar, pode surgir dificuldades no aprendizado, na alfabetização. Não entender ironias ou figuras de linguagem. Apresentam desorganização quando a rotina é modificada ou se deparam com um novo ambiente.

Quadro 1 - Características frequentemente presentes em crianças com TEA.

Dificuldades Sociais e de Comunicação	Interesses Restritos e Repetitivos
Dificuldade para estabelecer conversa	Estereotipias motoras
Dificuldade para iniciar interação social	Alinhar objetos
Dificuldade em demonstrar emoções	Ecolalia
Prefere ficar sozinho	Sofrimento extremo frente às mudanças
Pouco constato visual	Dificuldade com transições
Linguagem corporal pobre	Padrões rígidos de pensamento
Pouca expressão facial	Interesse extremo ou restrito a um assunto
Não entende linguagem corporal ou facial	Necessidade de fazer o mesmo caminho
Dificuldade para entender ironia ou piadas	Hipo ou hiperreatividade a estímulos sensoriais
	Cheirar ou tocar objetos
	Apego incomum a determinado objeto
	Recusa de determinados alimentos

RELATO DE PAIS QUE TÊM UM FILHO COM TEA

"Somos pais de Samuel, um garotinho atípico de 7 anos de idade. Nossa árdua luta começou alguns meses após o seu aniversário de 1 ano. Samuel começou a apresentar comportamentos atípicos. Mesmo sendo pais de primeira viagem, sentíamos que havia algo errado com o desenvolvimento do nosso filho.

Não brincava funcionalmente com nenhum brinquedo de sua faixa etária, tinha fixação em alguns movimentos e objetos e só quando estava dormindo é que ele parava de se movimentar. Sempre muito hiperativo, vivíamos uma rotina exaustiva nesse período. Girar no chão a escova de cabelo, passava horas, se deixássemos, abrindo e fechando incessantemente a porta dos armários, foram alguns dos comportamentos inadequados que chamaram a nossa atenção para o TEA.

Ao mesmo tempo, atendia a alguns comandos, atendia pelo nome, acenava com tchauzinho, cantava parabéns, dançava, não gostava de ficar sem ninguém por perto e sempre gostou muito de afeto. Assim, vivemos sob a angústia da dúvida até decidirmos procurar um neuropediatra. Seis meses após a consulta inicial, começamos a observar o surgir dos *flappings* — estereotipia com as mãos como se fossem asas, uma forma de auto-regulagem — e, a ausência da fala.

No mesmo momento, tivemos a segunda consulta e dessa forma recebemos o temido diagnóstico. Nosso filho era autista. Mas o que era autismo? Não conhecíamos ninguém com autismo. E a pergunta pairava em nossos pensamentos: Como seria a nossa vida dali por diante? Precisamos chorar por alguns dias. A mãe desolada, o pai sempre mais forte. Esse equilíbrio foi essencial para darmos juntos o pontapé inicial que o nosso filho precisava. Não podíamos perder tempo.

Iniciamos fonoaudióloga, terapia ocupacional, terapia ABA, colocamos na escola com mediadora, psicomotricista e psicopedagoga. Contratamos então um advogado para travarmos outra guerra: a do plano de saúde. Precisávamos garan-

tir todo o tratamento prescrito pelo neuro. Quase seis anos se passaram desde o diagnóstico e a certeza que temos é que vivemos um dia após o outro dentro de um campo minado.

São vários os desafios, porém o caminho é um só: terapias multidisciplinares somadas à medicação. Sem esse combo, dificilmente uma criança no espectro conquistará a sua evolução. Nosso filho já fez uso de várias, todas dão um resultado satisfatório no primeiro mês e após esse período, percebemos a ineficácia das medicações, mesmo com o aumento da dosagem. Faz-se muita falta uma medicação específica para o controle das comorbidades de pessoas com TEA, pois passamos a vida em testes de medicações destinadas a outras patologias.

Ao longo desses anos de tratamento percebemos que o nosso filho vem evoluindo a passos de formiguinha, mas o importante é que no autismo nada é definitivo. Samuel estuda no 2º ano do ensino fundamental, tem vários ganhos pedagógicos, superou a aversão por algumas texturas, superou a sensibilidade ao cortar o cabelo, é indiscutivelmente apaixonado por terapia, adora estar em atendimento, é muito colaborador e participativo. Tem facilidade com mudança de rotina, obedece as regras e demandas escolares e terapêuticas. Aprendeu a nadar e mergulhar. Continua uma criança extremamente afetuosa e inteligente.

Somos a prova de que a intervenção precoce foi fundamental para o alcance de resultados importantes em seu desenvolvimento, além de um acompanhamento com um bom neuropediatra somado a uma equipe multidisciplinar comprometida foram essenciais para a qualidade de vida de toda a nossa família atípica.

Conviveremos com o autismo pelo resto das nossas vidas, mas hoje, entendemos que o autismo é apenas uma característica do nosso filho e que não define quem ele **é,** muito menos o seu potencial. Temos a certeza de estar no caminho certo, com os profissionais certos e, com a certeza de que mesmo com tantos obstáculos, desistir nunca será uma opção, pois o amor pelo nosso menino sempre nos fez enxergá-lo muito além do seu diagnóstico."

TEM TRATAMENTO PARA O TEA?

Sim, sem dúvida nenhuma! O tipo de tratamento vai depender das queixas e do prejuízo da criança e deve ser individualizado de acordo com a necessidade de cada um. De uma maneira geral, podem necessitar de uma equipe multidisciplinar (terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia, psicomotricidade e psicopedagoga). A frequência das terapias deverão ser decididas conjuntamente entre o neurologista e os profissionais da reabilitação. É importante destacar que não será o mesmo tratamento ao longo de toda a vida. Ao longo dos anos com a melhora do desenvolvimento do paciente as terapias poderão ser descontinuadas.

As terapias comportamentais, baseadas na Análise de Comportamento Aplicada (ABA) são, atualmente, as terapias com mais evidência científica para os principais sintomas do TEA. Nem todas as crianças com TEA se desenvolvem da mesma maneira, por isso, é importante que ocorra uma reavaliação periódica.

Os déficits da linguagem são um dos principais sintomas, portanto o tratamento fonoaudiológico é de extrema importância. Sabe-se que a efetiva melhora da comunicação traz benefícios para amplos domínios do paciente.

NECESSITA DE MEDICAÇÃO?

Nem todos os pacientes necessitarão de tratamento medicamentoso, cerca de 40% não fazem uso de medicamento. O tipo de medicamento dependerá da necessidade da criança, não existe medicação específica para o TEA. Os sintomas mais preocupantes e que costumam necessitar de um fármaco são: ansiedade, irritabilidade, agressividade e estereotipias. O uso deles é muitas vezes de extrema importância para uma condução adequada da terapia de reabilitação.

A introdução, ajuste ou troca do medicamento deve ser estudada e analisada com cautela entre o médico e as famílias. Os fármacos devem ser iniciados com uma dose pequena e ter o seu aumento gradual.

EXISTEM OUTROS TIPOS DE TRATAMENTOS?

Dietas, suplementações vitamínicas e vários tipos de abordagens têm sido propostas para o tratamento do TEA, entretanto, não há evidência científica para que muitas dessas terapias sejam utilizadas. As terapias frequentemente utilizadas em nosso meio, mas que não têm eficácia comprovada, especificamente para o TEA, até o momento são: ômega 3, vitamina B12, vitamina D, dieta sem glúten, dieta sem caseína, equoterapia, ozonioterapia, oxitocina, quelantes de metais pesados, corticoesteróides, imunoglobulina, células-tronco e óleos essenciais.

A prescrição de um tratamento sem comprovação científica pode trazer grande prejuízo (não só econômico), pois quando a família decide seguir um tratamento alternativo, muitas vezes ela abandona o tratamento comprovadamente eficaz. Devido aos riscos de efeitos colaterais, além de gastos desnecessários, a orientação das famílias com filhos com TEA deve incluir a abordagem sobre risco e benefício dos tratamentos alternativos. Finalmente, deve-se salientar que vacinas não causam ou desencadeiam TEA e que os pacientes com TEA devem tomar todas as vacinas disponíveis para faixa etária.

E O PROGNÓSTICO?

Novamente destacamos a importância da intervenção precoce, quanto mais cedo o tratamento for iniciado, melhores oportunidades de desenvolvimento serão dadas a essas crianças. O objetivo final é que essa criança tenha uma independência quando se torne um adulto, infelizmente nem todos alcançarão esse objetivo. O prognóstico também irá depender do nível do TEA, as crianças com nível 1 tem uma melhor resposta ao tratamento.

30 | MORTE SÚBITA NA CRIANÇA NOVINHA

João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

Em novembro de 2022, a *Academia Americana de Pediatria* (AAP) divulgou mais um alerta sobre a morte súbita na infância. Trechos do texto são divulgados abaixo.

"Os pais devem dormir no mesmo quarto que os recém-nascidos para prevenir a morte no berço, dizem os médicos [...] Os bebês devem dormir no mesmo quarto que seus pais pelo menos nos primeiros seis meses de vida para prevenir a síndrome da morte súbita do lactente (Sudden Infant Death Syndrome - SIDS), de acordo com as novas diretrizes pediátricas".

A AAP anunciou novas recomendações de sono, baseando-se e atualizando uma política de 2011, pedindo aos pais que durmam com seus recém-nascidos no mesmo quarto, de preferência até que a criança complete um ano — mas não na mesma cama. Também recomenda colocar os bebês dormindo de costas e em uma superfície firme, sem travesseiros, protetores de berço ou brinquedos macios, com um lençol bem ajustado.

"Os pais nunca devem colocar o bebê em um sofá ou cadeira acolchoada, sozinho ou dormindo com outra pessoa. Sabemos que essas superfícies são extremamente perigosas", disse Rachel Moon, principal autora das novas diretrizes e professora de pediatria da Escola de Medicina da Universidade da Virgínia.

A preocupação dos norte-americanos com o falecimento de crianças enquanto dormem é justificada. Cada ano nos Estados Unidos falecem cerca de 3.500 crianças novinhas com problemas ocorridos durante o sono. O mais importante desses problemas é a morte súbita no berço de causa desconhecida. Outro é a sufocação e estrangulação acidental na cama.

No citado país, ocorreu declínio substancial dos falecimentos de crianças com problemas ocorridos durante o sono, nos anos 1990. Após esse período e desde o ano de 2000 o quadro é estável, mas ainda preocupante.

Os estudos dos cientistas norte-americanos indicam que deve existir uma interação de fatores que favorecem o falecimento durante o sono numa determinada criança com vulnerabilidade biológica especial. Há apensas sugestões e nada ainda provado. Mas todos os estudiosos concordam que o risco é maior quando a criança é exposta a certas condições ambientais desfavoráveis durante o sono. E algumas dessas condições são bem conhecidas e podem ser evitadas para reduzir a ocorrência deste desastre.

O assunto, além de polêmico, é desconhecido e traumático. Os familiares dificilmente admitirão que a criança sadia tem risco de falecer subitamente. Os médicos embora sabedores deste risco não explicam o que acontece e não tem informações seguras para prevenir a ocorrência.

E O QUE OCORRE NOS ESTADOS UNIDOS?

Os norte-americanos lideram os estudos sobre a morte súbita em crianças e eles, há décadas, têm alertado os médicos de todo o mundo sobre a gravidade da problemática. Eles realizam congressos médicos sobre o tema. Lá existem organismos governamentais e não governamentais envolvidos com o tema. Eles são tão cuidadosos que nos enviam mensagens desse tipo: "desde 1983, a frequência da morte súbita de crianças caiu 50%. Infelizmente, ainda há 2.500 mortes por ano nos Estados Unidos e mais de milhares pelo mundo afora...".

QUAL A IDADE DE MAIOR RISCO?

O que acontece nos Estados Unidos dimensiona o problema, pois a morte no berço é a causa mais comum de óbito nas crianças de um mês a um ano. Os óbitos ocorrem: mais nas crianças de 2-4 meses de idade; nos dois sexos, mas predomina no masculino; mais nos meses frios; sobretudo nas classes sociais mais desfavorecidas; mais nos negros e nos índios do que nos brancos. De forma geral, parece ocorrer mais nos países de clima temperado.

COMO É A SITUAÇÃO DO PROBLEMA NO BRASIL?

São pouquíssimos os estudos sobre a morte súbita na infância no Brasil. O tema é discutido em aulas de congressos, sempre com dados do estrangeiro. São poucos os pediatras do Brasil que tiveram contato real com o problema. Um de nós vivenciou uma dessas situações que, por falta de estudos adequados, **não pô**de ser rotulada como típica da morte súbita no berço. Muitos casos não diagnosticados de morte súbita na infância devem estar acontecendo no nosso país. Na faixa etária em que ocorre a morte súbita, as maiores causas de óbitos ainda são as e as infecções respiratórias. É possível que, quando superarmos esses problemas, a morte súbita passe a ser mais diagnosticada.

O QUE MAIS FAVORECE A OCORRÊNCIA DA MORTE SÚBITA?

Aumentam a chance de uma criança apresentar o problema: familiares que fumam e que consomem álcool e outras drogas ilícitas; pré-natal insatisfatório; baixo peso e prematuridade; idade materna menor que 20 anos; uso de roupas do corpo e de cama que causam aquecimento corporal excessivo; hábito de dormir de bruços.

A POSIÇÃO NO BERÇO É REALMENTE IMPORTANTE?

A citada redução das mortes súbitas nos Estados Unidos decorreu da ampla campanha para evitar que os bebezinhos sejam colocados para dormir de bruços. Vejam alguns dados biológicos durante as duas posições ao dormir:

AS CRIANÇAS DE BRUÇOS DE COSTAS

Quadro 1 - Crianças deitadas de bruços vs crianças deitadas de costas

	DEITADAS DE BRUÇOS	DEITADAS DE COSTAS
CHORAM MAIS		X
MOVIMENTAM-SE MAIS		X
TÊM DIFICULDADE PARA ACORDAR	X	
TÊM MAIOR TEMPERATURA CORPORAL	X	
RESPIRAM MAIS O AR EXPIRADO	X	
TÊM MAIS GÁS CARBÔNICO CORPORAL	X	
TEM MAIS APNEIA	X	
"GOLFAM" MAIS	IGUAL	IGUAL
TÊM MAIOR FREQUÊNCIA DE SUFOCAÇÃO	IGUAL	IGUAL
TÊM MAIOR RISCO DE MORTE SÚBITA	X	

As crianças que dormem de bruços são mais calmas, choram menos, toleram mais os ruídos cotidianos, estão mais aquecidas do que as que dormem em outras posições. Mas, por outro lado, essas crianças respiram ar que elas mesmas expiraram, portanto menos puro, e por isso têm tendência a aumento do gás carbônico corporal. E principalmente tem mais apneia (parada da respiração) e morte súbita. A conclusão sobre o que fazer é óbvia.

E vocês ficarão ainda mais convencidas se souberem que a criancinha que dorme de barriga para baixo tem 13 vezes maior chance de ter morte súbita do que aquelas que dormem de costas. Desde 1992, quando a Academia Norte-Americana de Pediatria desencadeou campanha no âmbito nacional do seu país, para que todos os bebês de menos de um ano dormissem de costas, não dormissem de bruços, a frequência da morte no berço caiu 40%.

A POPULAÇÃO ESTÁ ACATANDO ESSAS RECOMENDAÇÕES?

Nos Estados Unidos, apesar do todos os esforços, cerca de 30% dos bebês ainda são colocados para dormir de barriga para baixo. Os pais argumentam que nessa posição elas dormem mais relaxadas e choram menos.

EXISTE RELAÇÃO COM AS VACINAS OU COM OUTROS FATORES?

Nada está demonstrado. Vamos discutir alguns itens:

- As pesquisas negam que as vacinas favoreçam a ocorrência da morte súbita.
- Parece que o uso do leite materno reduz o risco da morte súbita.
- Um estudo demonstrou que o uso da chupeta reduziu a morte súbita na infância em 90%. Admitem os autores que defendem essa ideia de que a chupeta mantém uma boa passagem de ar e facilita a boa oxigenação corporal.
- Há estudos mostrando a relação da morte súbita com algumas infecções. Em 470 crianças que morreram entre 1996 e 2005, na Inglaterra, foi demonstrada infecção em 181 bebês; metade dos 365 óbitos não pode ser explicada.
- É questionável se refluxo gastroesofágico causa morte súbita. Os pediatras investigam refluxo em crianças com episódios de sufocação que alguns estudiosos citam como episódios de "quase morte súbita".
- Vários estudos apontam que o uso de drogas pela gestante como metadona, opioide e cocaína, aumenta o risco de morte súbita.
- Estudos recentes com "autópsia molecular" nas crianças falecidas por morte súbita e com necrópsia normal, descobriram até hoje mais de 40 genes que provocam arritmias cardíacas e podem ser responsabilizados pela morte súbita.

EXISTE UMA "QUASE MORTE SÚBITA"?

Muitas crianças novinhas apresentam episódios súbitos de sufocação, de parada ou dificuldade com a respiração, ficam pálidas ou arroxeadas e apresentam outros dados de um mal-estar súbito inexplicável. Os episódios cedem espontaneamente ou após manobras como o "sugar o nariz e a boca" ou as de ressuscitação como a respiração boca a boca. Algumas vezes, o problema ocorre durante ou logo após a ingestão de alimentos. Outras vezes não existe relação com nada especial. Pode ocorrer apenas um episódio ao longo do primeiro ano de vida ou vários numa mesma criança. Esses bebês precisam de investigação. Os programas dos Estados Unidos para reduzir a morte súbita reduziram de forma marcante os episódios de quase morte súbita. Essa é uma evidência de que os dois assuntos estejam relacionados.

QUAL A CAUSA DA MORTE SÚBITA NA INFÂNCIA?

O que há são hipóteses e não são conhecidos os mecanismos causais do evento. Está demonstrado que são normais: sangue, metabolismo, coração e outros órgãos da circulação, sistema nervoso, fígado, rins e tudo o que é investigado. Também não são encontrados: traumas e tóxicos — botulismo e outros — ou qualquer outra causa de morte. As hipóteses mais aceitas vinculam o problema à baixa de oxigênio e ao aumento do gás carbônico corporal:

- **Posição ao dormir —** Quando os bebês dormem de bruços com a face envolta por travesseiro muito mole e/ou por lençóis ou cobertores, eles tendem a reinalar o ar expirado que produz as duas alterações citadas.
- **Imaturidade do cérebro visceral que controla respiração, circulação, coração e temperatura ligada à serotonina** — Crianças que têm quantidades suficientes de serotonina, que estão de bruços, quando ocorre a redução do oxigênio, reagem com mudança na respiração, choro e aumento da frequência cardíaca e superam o problema. Crianças que produzem quantidades insuficientes de serotonina não reagem e o risco de morte súbita ocorre.
- **Arritmias cardíacas —** Alterações do ritmo cardíaco interferem com o funcionamento do coração a consequentemente com a irrigação cerebral, provocando deficiente oxigenação do cérebro.

OS MONITORES AJUDAM?

A indústria tem tentado oferecer soluções que ajudem os pais a monitorarem seus filhos. Foram desenvolvidos sensores de apneia, de movimento e de oxigenação. São mais usados pelos familiares que passaram pela experiência da morte súbita e os médicos indicam para as crianças com risco elevado de apresentar o problema. Para ilustrar o assunto, transcrevemos um texto retirado da internet:

> *"The product is attached to the side of vour baby's diaper and stays with the-infant throughout the night*" (O monitor é preso na fralda do bebê e funciona à noite, enquanto os pais dormem).
>
> "*For ultimate sensitivity, resulting in added protection, the sensor is attached to a very-flexible tip made of rubber which is. then placed directly on top of the infant's stomach*" (Para máxima sensibilidade, resultando em proteção adicional, o sensor é fixado a uma ponta muito flexível feita de borracha, que é então colocada diretamente sobre o estômago do bebê).
>
> *"While you and your baby sleep, the SIDS monitor will keep track of the infant's: movements and take action if something: irregular occurs"* (Ele acompanha os movimentos do bebê e age se algo irregular ocorre).
>
> *"For example. if the child does not move after 15 seconds, a vibration will occur to-wake the baby up and gef everything back to normal"* (Por exemplo, se a criança não se mover por 15 segundos ocorrerá um movimento vibratório para estimulá-la).
>
> *"If after 20 seconds there is no movement in vour precious infant a much louder signal will alert whoever the child's caretaker is"* (Se o bebê não se movimentar, após 20 segundos, é acionado um alarme para alertar os adultos).

Evidentemente existe um enorme interesse comercial envolvido e os familiares devem rever o tema com seus pediatras assistentes para não "comprar gato por lebre" e/ou adquirir e/ou usar equipamentos desnecessários e/ou neurotizantes.

QUAL O PAPEL DO MÉDICO?

O papel mais valioso do médico é a educação dos familiares. O profissional que atende a uma situação que pode ser enquadrada como morte súbita na infância deve solicitar perícia médico-legal. Esse é o único meio de diagnosticar acidentes, ingestão de tóxicos, aspiração de alimentos para as vias respiratórias, dentre vários outros problemas que podem vitimar a criança.

30.1 DEPOIMENTOS

Colaboração de uma senhora divulgada na primeira edição

> "As causas são vagas e hipotéticas e a prevenção é difícil. Se a criança tem uma infecção e morre de repente qual é a causa: é infecção ou morte súbita? O que aparece no atestado de óbito? A causa da morte é infecção ou 'morte súbita' passa a ser uma 'doença'? Se a criança morre, de repente, por problemas respiratórios, a causa é 'problemas respiratórios' ou 'morte súbita'? Deu pra entender minha dúvida?"

RECOMENDAÇÕES ATUAIS (OUTUBRO DE 2022) DA ACADEMINA NORTE-AMERICANA DE PEDIATRIA SOBRE A PREVENÇÃO DA MORTE SÚBITA NA INFÂNCIA

A Academia Norte-americana de Pediatria e outras instituições dos Estados Unidos, recentemente, recomendaram medidas para a prevenção da morte súbita na infância e outras mortes relacionadas ao sono em crianças do nascimento até 1 ano de idade:

1. **Até 1 ano de idade sempre a criança deve ser deitada sobre as costas para dormir**: essa posição reduz o risco de morte súbita no berço. A posição de dormir sobre um dos lados não é segura. Colocar a criança para dormir de bruços deve ser considerada apenas em certas doenças (refluxo gastresofágico alguns defeitos da laringe). Os prematuros também devem ser mantidos deitados sobre suas costas. A criança quando começa a rolar na cama pode dormir de bruços se eles adormecem nesta posição.
2. **A criança deve dormir numa superfície firme**: o colchão não deve se deformar e não deve se adaptar à forma do corpo da criança. Colchão, travesseiros, almofadas e lençóis aumentam o risco de sufocação.
3. **Amamentação reduz o risco de morte súbita.**

4. **Criança deve dormir em sua própria cama no quarto dos pais**: por no mínimo 6 meses, idealmente por 1 ano, a criança não deve dormir num quarto separado do quarto dos pais. Devem dormir no quarto dos pais, mas na sua própria caminha. Isto permite maior atenção e ação quando preciso. Carrinhos e cadeiras são especialmente perigos locais para a criança dormir. Também é local perigosa a cama dos pais, os cuidadores devem estar atentos quando a criança começa a dormir em um destes locais. Quando possível a criança deve ser colocada em sua cama deitada de costas.
5. **Evite objetos na área de sono da criança**: travesseiros, "rolinhos", "bichinhos de pelúcia" ou outras peças soltas, ao redor dos bebezinhos, durante o sono, são proibidas. Essas peças podem cobrir a cabeça das criancinhas e causar falta de oxigenação corporal. O lenço deve ser bem esticado e preso nas laterais do colchão. Não usar colcha de chenile ou de outro material que não possa ser bem esticada.
6. **A chupeta pode ser oferecida nos cochilos diurnos e no sono noturno**: estudos demonstram que a chupeta reduz o risco de morte súbita. Mas a criança não deve ser estimulada ou forçada a usar a chupeta quando não mostra interesse. A chupeta e outros itens como brinquedos não devem estar pendurados no pescoço da criança. Esta última medida reduz o risco de estrangulação e sufocação.
7. **A criança não deve ser exposta ao tabaco durante a gravidez ou após**: além de muitos malefícios, há risco significantemente maior da ocorrência de morte súbita quando a criança divide a cama com um fumante mesmo que o fumante não fume na cama.
8. **A criança não deve ser exposta ao álcool ou outra droga ilícita durante a gravidez ou após o nascimento**: O uso comum da cama com pessoa que usa uma dessas drogas aumenta o risco de morte súbita.
9. **Evite o aquecimento excessivo da criança e evite cobrir sua cabeça**: Há estudos que apontam para a relação entre morte súbita e aquecimento excessivo. A criança deve ser vestida com uma vestimenta a mais do que o adulto usa para estar confortável no quarto. O aquecimento excessivo pode ser percebido se há sudorese ou sentindo que a pele do tórax da criança está quente. O excesso de vestuário sobretudo com a cobertura da face da criança é perigoso.
10. **Pré-natal cuidadoso**: há substancial evidência de que o pré-natal criterioso reduz o risco de morte súbita.

Ainda recomendam: estar atento quando a criança estiver deitada de bruços; não usar monitores cardiorrespiratórios caseiros; não usar equipamentos que são inconsistentes com as recomendações para um sono seguro; não há evidências de que qualquer tipo especial de roupa; sobretudo as que "enrolam" completamente o bebê, evite a morte no berço.

Médicos, equipe da saúde não médicos, equipes hospitalares e pediatras devem endossar o uso destas recomendações desde o início gravidez.

Esperamos que o texto tenha mostrado que o termo morte súbita só se aplica ao evento ocorrido em crianças ditas normais, sem doença, sem febre, sem problema respiratório, sem dificuldade neurológica ou sem outro problema conhecido e definido antes ou mesmo após a morte. O atestado de óbito deve indicar a causa do óbito: trauma, meningite, miocardite (inflamação do coração) ou outra doença.

Há necessidade de avaliação da Medicina Legal quando a causa não é conhecida. É o mecanismo para que a *causa mortis* seja definida ou não quando será rotulada como indefinida.

Para concluir, acreditamos que todos sabem que esse debate não finaliza o assunto e não substitui a discussão do assunto com os pediatras assistentes das crianças.

31 | SONO E SEUS PROBLEMAS

Beatriz Soares de Azevedo Sardano
João Guilherme Bezerra Alves
Magda Carneiro-Sampaio
Márcia Pradella – Hallinan
Otelo Schwambach Ferreira
Rosana Souza Cardoso Alves

Há décadas a medicina conhece doenças relacionadas ao sono. Mas há pouco tempo os estudos científicos avançaram no entendimento da relação sono/ saúde/ doença.

Certos cuidadores relatam aos pediatras dificuldades com o sono das crianças. Isso ocorre principalmente após 1 ano. Nessa idade, os cuidadores informam que 10-15% das crianças protestam para não ir para a cama e que 15-20% acordam muito durante a noite.

Nossa proposta de trabalho, é revisar aspectos do sono normal e dos seus principais distúrbios, nas crianças e nos adolescentes. Para facilitar vamos separar os problemas do sono em:

Menos significantes — Não aceitação do horário de dormir, desejo de brincar nas madrugadas, despertares excessivos, sono inquieto, hábito de dormir no colo, medos, sonhos ruins e outras queixas dos familiares são comuns na prática pediátrica. Não representam doença, mas são problemas reais para os quais os médicos de crianças têm dificuldade de encontrar literatura pertinente. As recomendações que os profissionais fazem são baseadas no bom senso e na experiência pessoal;
Mais significantes — Terror noturno, sonambulismo, despertar confusional e pesadelos são temas que merecem mais valoração que os anteriores. Para esses a literatura médica oferece orientações de como os pediatras devem agir. São menos frequentes que os anteriores.

Debateremos alguns temas gerais e logo revisaremos os problemas do primeiro grupo e que são a rotina dos consultórios pediátricos.

O SONO É IMPORTANTE PARA NOSSAS VIDAS?

O sono é essencial para a vida. É importante para o descanso da mente e do corpo e para que todas as funções orgânicas e psíquicas sejam desenvolvidas com o máximo de eficiência. Até uma substância — a melatonina — é produzida à noite, pelo cérebro, para nos induzir a dormir. O sono noturno, o mais prolongado e

importante, não é monótono como antes pensado. O sono noturno é e dinâmico e caracterizado por vários estágios com características e significados diferente. Conhecemos agora que o sono é riquíssimo de eventos biológicos especiais. É essencial para que o corpo realize tarefas específicas como é a secreção do hormônio do crescimento que ocorre mais à noite. Esse é o principal hormônio estimulador do crescimento da criança.

EXISTEM DOENÇAS CAUSADAS PELA FALTA OU PELO SONO DE MÁ QUALIDADE!?

A criança que não dorme a quantidade de horas, que têm sono de má qualidade por problemas físicos (como o aumento das adenoides) ou psíquicos (angústia, tensão, cansaço), apresenta vários problemas de saúde, alguns até graves. Recomendamos que todos leiam o capítulo *Ronco,* neste livro. O sono tranquilo, reparador, sem ronco, sem apneia, sem agitação, enfim em que a quantidade e a qualidade sejam normais, é importante indicador de boa saúde. Por outro lado, criança que ronca, que se debate, que tem insônia e várias outras manifestações de sono anormal precisa de avaliação médica. Até a secreção do hormônio do crescimento pode ser prejudicada e, em consequência, causar problemas com o ganho de estatura e de peso. Isso é hoje tão importante que há médicos especialistas em distúrbios do sono e há laboratórios especialmente desenvolvidos para estudar os pacientes com tais problemas.

QUAIS SÃO OS SINAIS DE SONO INSUFICIENTE OU DE MÁ QUALIDADE?

As principais alterações observadas são:

- Humor e comportamento — Irritabilidade, excesso de alternâncias entre alegria e tristeza, hiperatividade ou “preguiça”, não aceitação das brincadeiras dos colegas e outras.
- Conhecimento — mau rendimento escolar, desatenção, dificuldade de acompanhar o ritmo da turma e outras.
- Físicas — Ganho de peso e de estatura deficientes, perda de peso, aparência de doente, olheiras e até alterações da pressão arterial, do coração e outras.

COMO É O SONO DO BEBÊ NO ÚTERO DA MÃE?

No final da gravidez, o feto passa cerca de 90% a 95% do dia dormindo. Entretanto, o padrão de sono no início até meados da gestação ainda não é bem conhecido. Sabe-se, hoje, que o sono do feto é influenciado por vários fatores, como o próprio sono materno e a passagem de melatonina materna pela placenta. Há estudos recentes mostrando que os fetos que dormem mal apresentam maiores riscos no seu desenvolvimento na vida extrauterina.

Ainda, quando a gestação está no final, cada criança define o seu ritmo de sono e de vigília. Isso é conhecido pela mãe a partir do padrão de atividade do feto. Alguns bebês

ficam relaxados, provavelmente dormindo, durante o dia, “embalados” pelos movimentos daquela que o transporta para lá e para cá. É possível que esses mesmos fetos façam movimentos e fiquem acordados, enquanto a mãe dorme à noite. Outros têm um padrão oposto, ou seja, ficam ativos enquanto as mães estão se movimentando e dormem quando as mães também o fazem. Evidentemente, a ausência do estímulo luminoso enquanto a vida é tocada no útero materno é bem diferente do que as crianças experimentam logo ao nascer quando são colocadas subitamente num ambiente que alterna abundância de luz, dia, estar acordado, e ausência de luz, noite, dormir. É importante referir isso, pois após o nascimento as crianças tendem a continuar com o padrão de sono manifestado no útero materno. Os que dormiam mais durante o dia e os que dormiam mais durante a noite tendem a manter esse padrão por algum tempo, provavelmente não mais de três meses. Assim, o padrão de sono da vida extrauterina, que bem conhecemos, só será conseguido após algum tempo de adaptação.

COMO É O SONO DA CRIANÇAS NOVINHA?

Logo que nascem, os bebês dormem 16 a 20 horas por dia (média de 14 horas). Eles apresentam períodos de 1 a 4 horas de sono seguidos por outros de 1 a 2 horas em que estão acordados. A fome é o principal motor para manter os ciclos. Nos bebês, a quantidade de horas dormidas à noite é equivalente à quantidade dormida ao dia. Assim, neles, o dia e a noite não são diferentes, o que passa a ocorrer lá pelas 6 semanas de vida, sobretudo após os 3 meses de idade.

COMO É O SONO A PARTIR DOS 3 MESES DE IDADE?

A partir dos 3 meses, ocorre um maior número de horas dormidas à noite. Aos 4 meses de idade, as crianças dormem 14 a 15 nas 24 horas do dia, e dessas, 9 a 12 horas são no período noturno. Aos 6 meses, elas dormem 13 a 14 horas no ciclo de 24 horas e continuam dormindo 9 a 12 horas à noite. Nessa última idade, já são notados períodos longos, de até 6 horas, de sono contínuo. Assim, elas podem tomar alimento às 9 ou 10 da noite e dormir até as 5 ou 6 da manhã seguinte. Ocorrem dois a quatro soninhos diurnos de 30 minutos a cada 2 horas. Aos 9 meses, as crianças dormem muitas horas no período noturno, 8 ou mais horas, e dormem em média duas vezes no diurno.

E APÓS 1 ANO DE IDADE?

As crianças continuam dormindo longos períodos à noite, 8 ou mais horas, e apresentam cerca de dois “cochilinhos” com a duração total de cerca de 2 a 4 horas de dia. O tempo total de sono é em torno de 12 horas e lá pelos 3 anos é comum apenas uma soneca à tarde de aproximadamente 1 ½ a 3 horas. Nessa fase, o sono já passa a ter uma organização parecida com a do adulto e os estágios do sono que antes citamos passam a ser notados.

E AOS 3 ANOS?

Após os 3 anos, a quantidade total de sono é aproximadamente 11 a 12 horas. A soneca diurna vai desaparecer lá pelos 5 ou 6 anos de idade.

COMO É NA ADOLESCÊNCIA?

Os adolescentes precisam de mais de 9 horas de sono no período das 24 horas. Eles têm um atraso do relógio fisiológico e por conta disso tem sono cerca de 1 hora mais tarde que o habitual. Também têm necessidade de dormir mais porque nesse período crescem muito. Como resultado, o ideal seria que os adolescentes pudessem começar as atividades escolares um pouco mais tarde.

O QUE MAIS VOCÊS DESTACAM SOBRE O SONO DAS CRIANÇAS?

- As crianças amamentadas têm ciclos de sono e de vigília mais curtos. O leite materno é rapidamente digerido e nos bebês esses ciclos são controlados essencialmente pela fome/saciedade. Os amamentados dormem períodos mais curtos e estão sempre de olhos e boca aberta solicitando o peito das mães. Os que tomam leites artificiais, de digestão bem mais lenta, dormem períodos maiores. Mas isso não é regra fixa e há crianças novinhas que mamam e que dormem horas e horas seguidas.
- Embora as crianças não nasçam com noção de dia e noite, isso é aprendido. Assim, nas primeiras semanas, é importante deixar que durmam e acordem livremente. Mas a partir daí o sono do dia deve ser em ambiente com alguma luz e com menos conforto do que o da noite. Esse é mecanismo para estimulá-las a dormir mais no período noturno.
- Desde muito cedo, é possível separar as crianças mais relaxadas, que dormem facilmente e por longos períodos, das mais inquietas, que têm certa dificuldade de relaxar e adormecer e que dormem períodos mais curtos. E é possível que características genéticas influenciem nesse aspecto.
- O estabelecimento da rotina do sono é um processo que pode ser lento e como tudo na vida isso também é pessoal. As crianças relaxadas e calmas enquadram-se numa rotina mais rapidamente. As mais agitadas e rebeldes criam maiores dificuldades.
- A tentativa de reduzir ou abolir precocemente os períodos de sono durante o dia não produz, obrigatoriamente, uma noite tranquila. Essa tentativa pode gerar irritabilidade e cansaço excessivo, o que pode atrapalhar o repouso noturno.

COMO SABEMOS SE A QUANTIDADE DO SONO É SUFICIENTE?

A quantidade de sono necessária, normal, é aquela suficiente para o descanso e para que as funções cotidianas (brincar, correr, pular, estar alegre, cumprir as ativi-

dades escolares) sejam bem cumpridas. Evidentemente, a avaliação dos pediatras que acompanham as crianças é importante pois eles estudam o ganho de peso, de estatura e outros itens para verificar se as crianças estão bem ou precisando de alguma abordagem especial.

COMO AVALIAR A QUALIDADE DO SONO?

Além de verificar se há algum dado especial ligado ao sono (despertares excessivos, ronco, frequência exagerada de otites e de catarro nasal, tosse excessiva à noite e outros dados), vocês devem observar a criança no período diurno, pois as crianças que não têm boa qualidade de sono estão sonolentas, irritadas, não se alimentam bem. O capítulo *Ronco*, neste livro, fornece mais dados sobre isso. Faz parte da avaliação dos pediatras verificar o item sono nos seus pacientes. Os laboratórios de sono ajudam muito nessa análise.

OS BEBÊS DEVEM DORMIR DE BARRIGA PARA BAIXO OU PARA CIMA?

Essa questão é bem debatida no capítulo *Morte súbita ou morte no berço* neste livro. Também no mesmo capítulo está definida a importância de o bebê dormir por 6-12 meses no quarto dos pais e de ele ter o seu berço e não dormir na cama dos familiares. Ainda são debatidos temas como: o tipo de colchão, a fixação do lençol, os malefícios do travesseiro e de outros objetos na cama da criança, o uso excessivo de agasalhos, certos tipos de roupas, uso de chupeta e outros itens que podem estar relacionados com o falecimento inexplicável.

O QUE DEFINE O DORMIR À NOITE E ESTAR DESPERTO DE DIA?

O poderoso "relógio biológico" que existe em todos nós, movido até quimicamente — pela melatonina, substância produzida quando a luminosidade desaparece e nos induz a dormir — tenderá a ajustar naturalmente o sono predominantemente para a noite. Isso ocorre naturalmente após as seis a dez primeiras semanas de vida. Mas, além desses processos biológicos naturais, a rotina de sono é um aspecto aprendido. Cerca de 10% das crianças desenvolvem sozinhas seus mecanismos de adormecer. Chupam o dedo, mexem na orelha ou no cabelo, balançam a cabeça e dormem. Mas 90% devem aprender a dormir. Sobre isso, falamos antes.

COMO É O APRENDIZADO DA ROTINA DO SONO?

Como todo aprendizado, o do sono envolve a habituação ou a repetição dos mesmos atos, por certo período, com paciência, sem pressa. O aprendizado deve ser iniciado aí pelos 3 ou 4 meses de idade quando as crianças têm uma tendência a dormir mais à noite. Todos sabem o que fazer, mas é bom repetir que um banho gostoso dado pela pessoa que mais significa para elas, as mães, o peito da mãe ou

a mamadeira, um quarto aconchegante, silencioso, pouco iluminado, fresco, uma musiquinha, um cafuné, um bonequinho companheiro e um beijo de boa noite fazem todos dormirem. É claro que esse rito muda com o passar dos anos e mais na frente uma historinha ajuda.

ESSE APRENDIZADO PODE SER TRAUMÁTICO, VERDADE?

Estudiosos australianos mostraram em 2012 que o aprendizado da rotina de dormir sozinho é benéfica e não traumática. Eles mostraram que deixar os bebês sadios chorarem um pouquinho à noite os ensina a dormir sem a presença dos adultos e a montar a rotina de sono.

O QUE ATRAPALHA O PROCESSO DE APRENDIZADO?

A falta do estabelecimento de rotina que favoreça os bons hábitos do sono, desde cedo, é o grande problema. Dormir em casas e quartos diferentes, um dia na casa da vovó, outro na casa da tia e outro na casa dos pais, dormir com pessoas diferentes, um dia na rede, outro na cama e outro no colo, e vários outros itens que caracterizam a falta de método, da rotina que cria o hábito, devem ser evitados. Sobretudo, deve ser evitado o dormir no colo, pois o estabelecimento desse costume complica sobremaneira a rotina de dormir na cama. Nos despertares noturnos, que ocorrem com as crianças e com todos nós, as que estão habituadas a dormir embaladas vão cobrar de imediato o colo. O melhor hábito, desde muito cedo, é o dormir na cama. Mas o sono noturno, o mais prolongado, é influenciado de forma benéfica ou maléfica por vários outros fatores:

- **Influências benéficas**: rotina implantada desde os primeiros tempos de vida, berço/cama adequados, paciência e calma para tolerar os protestos e a natural tendência que as crianças têm para a desordem, alimentação prévia, dormir no berço/cama, pouca/ausência de luminosidade no quarto, ambiente calmo e agradável, fresco, "denguinho", "cafunés", banho antes da cama, bichinho de estimação (o amiguinho de dormir), inexistência de problemas de saúde e outros itens.
- **Influências maléficas**: falta de rotina, dormir no colo, ansiedade dos familiares, temperamento forte, rebelde e protestador das chamadas "crionças", excesso de sonecas de dia e vários problemas de saúde e uso de medicamentos excitantes, eletroeletrônicos no quarto de dormir e outros itens.

E OS DESPERTARES?

Como já citamos, o sono não é um fenômeno uniforme, monótono. Os despertares ocorrem na transição dos estágios do sono e são breves e rapidamente as crianças voltam a dormir. Mas os despertares podem ser anormais, prolongados, muito

repetitivos e ocorrer em várias outras situações (fome, hábito de dormir no colo) ou mesmo doenças (cólicas e dor de ouvido são exemplos). Portanto, se as crianças despertam excessivamente, por períodos prolongados, se há dificuldade de voltar a dormir, irritação, choro e outros dados que indicam alguma anormalidade, os pediatras precisam ser consultados. Cerca de 25 a 50% das crianças com menos de um ano têm despertares noturnos. Após um ano, a frequência é de 30% e muitas têm dificuldade de voltar a dormir.

REDUZI A QUANTIDADE DE MAMADEIRAS DO MEU FILHO DE 1 ANO E 1 MÊS, MAS ELE CONTINUA ACORDANDO MUITO À NOITE. O QUE FAZER?

A mamadeira noturna deve ser desestimulada desde cedo. Acreditamos que após os 6-7 meses de idade a grande parte da meninada pode e deve viver muito bem, estar muito bem nutrida, sem a mamadeira noturna. A última refeição deve ser entre 19 e 22 horas. E só comer de manhã cedinho. Existe muita ansiedade dos familiares acerca da alimentação das crianças e isso gera, com frequência, oferta excessiva de alimentos à noite. Leiam o capítulo *Meu filho não come*, neste livro, para mais informações sobre o assunto. Essa excessiva e, às vezes, compulsiva oferta de alimento à noite interfere com o sono das crianças. Para responder à sua pergunta, que parece estar vinculada a essa questão, oferta excessiva de mamadeiras à noite, pensamos que agora o que você tem a fazer é continuar reduzindo a oferta de alimentos após as 19h, pois seu filho tem mais de um ano de idade.

É VERDADE QUE O BEBÊ QUE MAMA ACORDA MAIS DO QUE AQUELE QUE TOMA MAMADEIRA?

O padrão de sono de uma criança que mama é um pouco diferente daquele da criança que não mama. Apesar de ainda pairar alguma dúvida, a maioria dos estudos tende a apontar que as crianças exclusivamente amamentadas despertam um maior número de vezes à noite e apresentam um pouco menos de horas de sono total nas 24h, entre os 6 meses de idade e até completar o primeiro ano de vida, quando comparadas às crianças não amamentadas. Por outro lado, os bebês exclusivamente amamentados adormecem de forma mais rápida. Lembrar ainda a vantagem das crianças amamentadas receberem a melatonina através do leite materno, uma vez que esse importante hormônio para o sono ainda não é produzido pelos bebês nos primeiros meses de vida.

PODEMOS IMPOR HORÁRIOS DE SONO PARA NOSSOS FILHOS?

Se impor for igual a montar uma rotina, a resposta é sim. Ter sono e dormir, estar cansado e descansar, são mecanismos fisiológicos, normais e importantes para uma vida normal, feliz, produtiva, legal. Todos sabemos disso e algumas culturas, como na Espanha e em vários outros locais do mundo, preservam a “siesta”,

o repouso, após o almoço como valioso para a vida de todos. Isso é para dizer que vocês devem pensar bem, avaliar bem, pesar os prós e os contras, quando pretenderem impor ou propor uma mudança nos horários do sono das crianças. O ideal é deixar que cada criança vá gradualmente montando seu esquema de acordo com suas necessidades. Já foi dito que isso é pessoal, mas pode ser aprendido. Cada uma tem sua necessidade de sono que varia com muitos fatores: intensidade da atividade física, nível de estimulação ambiental e outras características do ambiente físico e emocional da família e do indivíduo. E os familiares devem tentar reconhecer quando as crianças estão com sono e atender a essa necessidade. Às vezes, um "cochilinho" de 30 minutos recarrega as baterias e faz voltar a felicidade e o bom humor. Tentar propor às crianças um esquema de sono para facilitar a vida da família é uma conduta inteligente, que ajuda a tocar a vida. Mas isso não deve ser imposto, colocado de forma absoluta. Queremos dizer que as crianças de 2 anos não devem ser obrigadas a dormir uma determinada quantidade de horas durante o dia ou à noite. Mas, de uma forma geral, lá pelos 2 ou 3 anos de idade, a maior parte da criançada está muito bem com um "soninho" breve durante o dia e um "sonão" longo durante a noite.

GOSTARÍAMOS DE MAIS DADOS SOBRE OS PROBLEMAS GERADOS PELO HÁBITO DE EMBALAR AS CRIANÇAS NO COLO?

Já falamos sobre isso, mas vamos repetir. As crianças não devem ser habituadas a dormir no colo. Desde os primeiros dias de vida, elas devem conhecer e se acostumar com o seu berço, onde devem ser colocadas para dormir. Devem, inclusive, dormir sem a presença do ser humano. Nos primeiros meses de vida, é prudente que o berço esteja no quarto dos pais o que favorece a interação familiar, facilita a amamentação e permite maior atenção. Cadeira de balanço, cantigas de ninar, colo e o gostoso e dolente gingado do embalo devem ser experimentados pelas crianças e também por quem cuida delas. Mas não devem ser rotina. São extremamente úteis numa fase de turbulência, de febre ou de alguma outra dificuldade. Mas logo superadas, as crianças devem voltar a dormir no berço ou na caminha. Os problemas causados pelo costume de dormir no colo são os despertares excessivos com irritação e choro, não aceitação do berço como o local para dormir, dependência excessiva do ser humano e outras dificuldades.

COMO DESACOSTUMAR AS CRIANÇAS QUE SÓ DORMEM NO COLO?

Conselhos práticos como os abaixo citados são obtidos na internet. Os agora transcritos foram escritos por um estudioso do assunto, o Dr. Alan Greene, pediatra norte-americano e estudioso dos temas ligados ao sono nas crianças. (https://www.drgreene.com). O texto é em inglês, mas existe a possibilidade de traduzir o conteúdo para o português. Vale consultar.

- Atendam todas as necessidades físicas — alimentação, banho, vestuário — antes do horário da dormida, sobretudo da noturna.
- Preparem os berços ou as camas com todo o carinho e também com carinho preparem os quartos — iluminação, temperatura, silêncio.
- Incluam nessa rotina todos os itens importantes para o sono de cada criança: o "ursinho", música apropriada e cantigas de ninar.
- Façam propaganda desses itens, tranquilamente digam que tudo isso está sendo feito para o sono na cama, mas sem "neura".
- Coloquem as crianças nos berços ou nas camas, logo que demonstrem algum sinal de sono.
- Fiquem junto e mantenham algum contato corporal como tocando com a mão o dorso das crianças, algum movimento suave pode ser feito.
- Não as retirem da cama quando começarem a chorar. E essa é a fase difícil, traumática, complicada, do processo. Se vocês as atendem e tiram-nas do berço, elas agirão assim no dia seguinte e no próximo e no próximo.
- Continuem a tocar, a cantar cantigas de ninar, mesmo que continuem a chorar. Estejam seguros de que não estão abandonando seus filhos e sim ensinando uma importante rotina de vida.
- Solicitem ajuda de uma outra pessoa calma, paciente, persistente; uma avó ajuda muito. Quando a mãe cansar, a avó pode continuar a implantar essa rotina, sem mudar os princípios adotados.
- Continuem cantando, acalmando, mantendo contato físico, mas sempre com as crianças na cama, até que durmam.
- Acrescentamos ao que Dr. Greene disse que é preciso sempre estar vigilante para a possibilidade de existir alguma doença que precisa de cuidado médico.

ISSO FUNCIONA?

Pode ser difícil em alguns casos, mas funciona. Algumas crianças são rebeldes e difíceis de aceitar uma rotina diferente da que estão habituadas. A primeira vez é a mais difícil. Pode durar uma hora ou mais para as crianças adormecerem. No dia seguinte, pode ser mais fácil, muito mais fácil, ou pode manter a mesma dificuldade. Provavelmente, vão ser necessárias seis tentativas difíceis até que a rotina de dormir na cama seja aceita pacificamente. Vocês deverão notar que a cada dia a situação vai sendo controlada. Mas é importantíssimo, isso é mandatório, que todos os envolvidos, na quebra de uma rotina e na implantação de uma outra, tenham o mesmo comportamento. Atrapalha muito se o pai adota uma postura diferente da que está sendo implantada pela mãe. Mas sejam maleáveis e quando as crianças estiverem doentes ou de férias adotem uma rotina diferente para que elas se sintam protegidas, amadas e percebam que os pais são pessoas tolerantes e sensíveis.

QUAIS OS BENEFÍCIOS DO DESMONTE DO HÁBITO DE DORMIR NO COLO?

É essencial que vocês tenham certeza de que são muitos e por toda a vida os benefícios dessa luta contra o dormir no colo. E vocês têm que ter consciência desses benefícios para aguentar aqueles dias em que a criançada não quer dormir na cama. O Dr. Greene diz textualmente: "para ter sucesso na vida, as crianças têm que aprender a colocar a si mesmas para dormir". E ele complementa dizendo que "quando isso é conseguido, elas e vocês ficarão mais felizes".

COMO ROMPER O HÁBITO DE DORMIR NA CAMA DOS PAIS?

Após os 6 ou preferencialmente após os 12 meses de idade as crianças, todas, devem dormir no seu próprio quarto. Antes devem ser mantidas no quarto dos pais (ler o capítulo 30 sobre morte súbita na infância).

Na nossa cultura, é rotina que adultos e crianças durmam em quartos separados. Elas devem ser ensinadas, desde cedo, a aceitar o seu berço e logo a sua caminha. O errado é definir "essa é a sua caminha" e no primeiro protesto aceitar que elas passem a dormir na cama dos pais. Orientamos:

- Mantenham a decisão firme, serena, tranquila e contínua de que as crianças devem dormir na sua própria cama, no seu próprio quarto.
- Permitam vez ou outra, como exceção, que as crianças experimentem a cama dos pais. Elas adoram isso e os pais também. Mas não deve ser permitido que isso vire hábito.
- Digam, no dia seguinte, que foi legal e que todos os papais e todas as mamães adoram dormir com os filhos. Mas reforcem que todas as crianças dormem nas camas "pequeninas" que são feitas para elas. Ressaltem que as camas dos papais e das mamães são "grandonas" porque eles são grandes, mas que nelas só cabem os papais e as mamães. Enfim, consigam que elas voltem para suas camas e que a experiência nas dos familiares não se transforme em rotina.
- Não briguem, não elevem a voz, não punam e nada de palavreado vazio tipo "você é grande e deve dormir na sua cama". Isso não funciona.

Tentem descobrir a causa quando as crianças resistem à orientação de dormir nas suas camas. Provavelmente, essa razão não será descoberta simplesmente perguntando a elas. Medo do escuro, de ficar sozinhas, de monstros, ciúme da criança novinha que nasceu e que está no quarto dos pais, medo de perda do afeto materno e paterno à medida que elas crescem, e outras razões são reais e precisam de abordagem apropriada. Isso pode necessitar até da ajuda de uma psicóloga, mas algumas sugestões são apresentadas no site do Dr. Greene (http://www.drgrene.com).

MAS, ALGUMAS VEZES, DEVEMOS SER TOLERANTES E PERMITIR QUE OS FILHOS DURMAM NO NOSSO QUARTO, NÃO É?

Evidentemente que sim. Quando as crianças estiverem doentes, quando houver qualquer dificuldade emocional importante, quando houver um pesadelo e elas acordam assustadas e com medo, a atenção, o carinho, a proteção e o aconchego da cama dos pais ajudam a ultrapassar a fase de dificuldades. Mas, quando a prudência indicar que isso pode ser feito, logo que adormeçam, elas devem ser levadas para as suas camas. É importante que acordem nos seus quartos e que os fantasmas e os monstros não estejam lá.

VOCÊS PODEM DAR ALGUMAS SUGESTÕES PARA AS CRIANÇAS QUE TÊM MEDO DO ESCURO?

Para esse problema, talvez funcionem os "equipamentos para enfrentar os medos" como recomenda o Dr. Greene. Equipamentos que funcionam melhor se forem apresentados como realmente eficazes, poderosos, mágicos, extraordinários. Então, há que se reforçar a importância deles. Algumas coisinhas simples funcionam: uma lanterna para brincar de iluminar ambientes escuros durante o dia que vão para a cama com a meninada; um "*spray* mata-monstros" também funciona; um urso ou outro animal de pelúcia bem grande para servir de protetor; uma gravação com a voz de um dos pais contando a história favorita para ser ouvida quando o medo aparece; ou as próprias crianças podem oferecer soluções inteligentes que possam ser aplicadas. Dormir no quarto dos pais na fase mais intensa ou, melhor ainda, um dos pais dormir no quarto da criança que está com problemas, todas essas soluções, por alguns dias, podem ser importantes. Se o problema for ciúme de um irmão, a solução é distribuir atenção e amor para os dois, sem discriminação, mas a criança ciumenta deve talvez receber uma "atençãozinha" especial quando ela menos espera.

PAIS NERVOSOS CAUSAM PROBLEMAS DE SONO NOS FILHOS?

Pais, mães, vovós, babás irritados, impacientes, extremamente rígidos e que gritam e que não conversam com os filhos causam problemas no sono e em outros aspectos da vida dos filhos e dos outros familiares. As crianças dormem melhor quando são amadas, alimentadas, aquecidas e vestidas apropriadamente. Também dormem melhor num ambiente calmo, relaxante e fisicamente adequado.

E AS CRIANÇAS QUE QUEREM BRINCAR DE MADRUGADA?

Essa é questão comum. As crianças adoram brincar e ter atenção dos pais e mesmo das babás. Fazem isso por necessitarem de afeto, amor. Para elas, não importa se é dia ou madrugada. O problema pode estar relacionado a muitos fatos e um deles é a necessidade que as crianças têm de estar o maior tempo possível com os pais,

principalmente com as mães. É possível que a ausência delas que têm que trabalhar durante o dia estimule esse comportamento dos filhos. Isso também parece ocorrer mais nas crianças que: são dominadoras e que desejam que as coisas se passem do jeito que elas querem; estão acostumadas a dormir no colo das mães ou de outra pessoa; acordaram uma vez, por qualquer razão, e foram tiradas das caminhas para brincar, com a luz acesa e com muita alegria. Recomendamos nessa situação:

- Adaptar as crianças a dormir na cama, se o hábito é dormir no colo. Isso não se consegue em um dia ou por decreto. É lentamente que se consegue mudar essa indesejável rotina. Deixem que as crianças habituadas a dormir no colo comecem a "cochilar" e as coloquem no berço. De início, há resistência, mas com jeito vai. É importante falar que "papai e mamãe dormem na cama".
- Não favorecer as brincadeiras nas madrugadas. Não estimular, não acender as luzes. Dizer algumas palavrinhas para as que acordam e tentar fazer com que o sono recomece nas caminhas. Se necessário embalar no colo por alguns minutos, mas logo colocar nos berços.
- Persistir, insistir, não retroceder que todas elas, embora existam algumas duras na queda, vão se adaptar.

E O QUE FAZER COM AS CRIANÇAS QUE TÊM SONO INQUIETO, COM EXCESSO DE DESPERTARES?

Vários aspectos têm que ser observados: calor, frio, fome, sede e roupa que precisa ser trocada são o óbvio que todas as mães observam. Crianças que dormem excessivamente durante o dia podem ter dificuldade com o sono noturno. Tentar mudar lentamente essa rotina, como antes citado, colocando-as para dormir num ambiente claro e com mais sons durante o dia pode ajudar a reduzir os períodos de sono ao dia e favorecer o noturno. Também é possível que excesso de atividades diurnas as canse e favoreçam o repouso tranquilo à noite. Mas cerca de uma hora antes da hora do início da dormida noturna, elas devem participar de atividades que não as excitem e cansem. Alguns advogam o uso das massagens antes do sono para as crianças irritadas. Evidentemente, dor de ouvido, no abdome e vários outros problemas de saúde, inclusive os do sistema nervoso, podem causar dificuldade no sono. Assim é importante relatar ao pediatra o que está ocorrendo.

NA NOSSA CASA DORMIMOS À MEIA-NOITE, DEPOIS DAS NOVELAS E DE VER MUITA TELEVISÃO. NOSSO FILHO TAMBÉM DORME NESSA HORA, NA NOSSA CAMA, E ACORDA QUASE AO MEIO-DIA. É ERRADO?

A maioria das crianças e dos adultos começa as atividades cotidianas logo cedo. As atividades laborais começam de manhã. As estudantis mais intensas também são matinais. As físicas também. Assim o que se observa é que os adul-

tos dormem lá pelas 22 horas e que as crianças dormem mais cedo, pois necessitam de maior quantidade de horas dormidas para de manhã iniciar as atividades. Há pessoas que têm horários diferentes. Dormem mais tarde e acordam mais tarde e algumas aceitam ou até estimulam que os filhos sigam esse ritmo. Não se pode afirmar que essa postura será muito maléfica para as crianças, enquanto não existir a necessidade de atividades matinais. Entretanto, respeitar o ritmo biológico com maior período de sono durante a noite, com certeza vai favorecer um sono de melhor qualidade. Sabe-se que a luz intensa, e com isso pensamos logo nos monitores da TV e dos computadores ou joguinhos eletrônicos, dificultam a liberação da melatonina que é o hormônio que facilita o sono. Então, a recomendação é que cerca de uma hora antes do horário de dormir as crianças, e, sobretudo os adolescentes, sejam afastados desses equipamentos para poderem dormir num horário mais adequado. Também é importante saber que o que se oferece como lazer às crianças à noite (companhia de adultos, televisão, filmes educativos, joguinhos e um certo sedentarismo) não deve ser o mesmo que é ofertado de dia (companhia de outras crianças, natação, brincadeiras, parquinho, praça e praia para as brincadeiras livres). Como tudo na vida, há que se fazer um balanço entre perdas e ganhos, e pensar no que é melhor para a criançada.

A CHUPETA ACALMA ESSAS CRIANÇAS COM DIFICULDADE NO SONO?

Nas crianças novinhas, é uma tentativa. Leia o capítulo *Chupeta ou dedo,* neste livro. Mas nas crianças com semanas de vida, é pouco provável que ajude.

AS BABÁS PODEM AJUDAR?

Babás qualificadas, vovós e outras pessoas que têm paciência podem ser úteis na implantação da rotina. Mas é importante que todos sigam as mesmas orientações. É fácil imaginar como ficam confusas as cabeças das crianças se uma pessoa a mantém na cama, mesmo sob protesto, e na noite seguinte a outra a faz dormir no colo. Então, cada um de nós pode ajudar ou pode atrapalhar.

O QUE FAZER PARA QUE AS CRIANÇAS ACORDEM CEDO PARA IR À ESCOLA?

Dormir mais cedo é a solução. Repetimos o que foi dito anteriormente. A rotina de sono das crianças é individual. Cada uma necessita determinado tempo de sono para o descanso necessário. As que têm um dia cansativo e/ou dormem muito tarde tenderão a não acordar cedo na manhã seguinte e prejudicar o horário da escola. Então, no período escolar, é boa norma colocar a turminha na cama mais cedo. Nas férias, ou nos finais de semana, é possível permitir uma "farrinha" e dormir um pouco mais tarde. Um pouco só. Não muito.

AS CRIANÇAS TÊM INSÔNIA? ELAS SONHAM OU TÊM PESADELOS E PODEM ACORDAR?

Os adolescentes apresentam esse problema e a frequência é relativamente alta. As crianças também podem ter dificuldades para iniciar e manter o sono. Isso atualmente é chamado de insônia comportamental e é devido a associações inadequadas com o sono ou à falta de limites. Para o primeiro tipo de dificuldade, o ideal é modificar a rotina de dormir favorecendo os hábitos adequados. Para o segundo tipo, é essencial entender que as crianças estão barganhando, não ceder às reclamações e protestos outros e estabelecer um ritual de sono.

OS CHÁS CALMANTES PODEM SER USADOS?

Podem e devem. Os chás de camomila são classicamente indicados. Os refrescos de maracujá também. Os produtos fitoterápicos com esses e outros vegetais podem ser usados. Mas muito cuidado com o uso das "inocentes ervas". Algumas são tóxicas.

O CAFÉ QUE A MÃE TOMA PODE PASSAR PARA O LEITE E EXCITAR E ATRAPALHAR O SONO DAS CRIANÇAS QUE MAMAM?

Isso é discutível. Mas como não há prejuízo em a mãe reduzir a quantidade de café ingerido, é uma boa tentativa a ser feita.

E OS REMÉDIOS PARA QUE AS CRIANÇAS DURMAM MAIS?

Dezenas de anos atrás, os médicos de crianças receitavam com certa liberalidade alguns remédios extremamente potentes para as crianças que não dormiam bem. Sedativos, anticonvulsivantes e antialérgicos e até produtos para desordens psiquiátricas foram empregados. Atualmente, são drogas proibidas nas crianças normais e que têm simplesmente dificuldades durante o sono. Esses medicamentos ainda são usados quando há uma doença específica ou quando a dificuldade com o sono não é numa criança sadia. Os pediatras e/ou os neurologistas e/ou os especialistas em sono são os profissionais que devem ser consultados nas situações especiais.

CERTAS CRIANÇAS DEVEM TER MAIOR DIFICULDADE EM ACEITAR ESSAS REGRAS, VERDADE?

Falamos sobre isso, mas vamos repetir. As crianças mais dóceis, menos rebeldes, mais cordatas, tendem a aceitar essas orientações sem muita luta e a continuar a aceitá-las no longo prazo. Por outro lado, as mais rebeldes podem ter alguma dificuldade em segui-las e também tendem a mudá-las, a fazer seu próprio esquema, se não houver um pulso firme para a preservação de um modelo ideal do que deve ser feito.

E OS PROBLEMAS MAIS SIGNIFICANTES COMO O TERROR NOTURNO?

Como falamos, nossa proposta de trabalho é a de revisar os probleminhas corriqueiros, do dia a dia. O terror noturno e outros problemas rotulados de mais significantes merecem discussão com o pediatra que, algumas vezes, solicita a participação dos especialistas — neurologistas, psicólogos ou psiquiatras de crianças e até especialistas nos distúrbios do sono — para encaminhar as orientações. Algumas vezes, a problemática assume tal importância que alteram a dinâmica familiar e causam muita angústia. Para terminar, vamos falar rapidamente sobre os principais tipos desses distúrbios do sono que são denominados em medicina de parassonias:

- Despertar confusional — Acontece nas crianças pequenas que apresentam, durante o seu despertar normal, choro inexplicado, inconsolável, movimentos dos membros e sudorese.
- Terror noturno — Incide mais quando há história familiar, sobretudo lá pelos 6 anos de idade e a frequência é de cerca de 3%. O problema desaparece com a idade. As crianças que aparentemente dormiam tranquilas subitamente acordam, sentam-se na cama, suam excessivamente, respiram rapidamente, apresentam aumento dos batimentos cardíacos e apresentam expressão facial de terror, de medo intenso. Após segundos ou alguns minutos, elas voltam a dormir e no dia seguinte nada referem.
- Sonambulismo — As crianças afetadas, durante o sono, levantam-se e andam pelo quarto ou pela casa. Os quadros são repetitivos, mas elas durante os episódios não se mostram angustiadas ou assustadas. No dia seguinte, elas não se lembram do acontecido. Há sempre o risco de acidentes durante essas crises de sonambulismo. Também tendem a desaparecer com o amadurecimento do sistema nervoso. Os adolescentes são mais acometidos e embora um percentual elevado de crianças possa apresentar um único episódio, os repetitivos ocorrem em cerca de 3% das crianças e adolescentes.
- Pesadelo — É um sonho com forte conteúdo de emoção ou de angústia. Também ocorre sudorese, aumento da frequência do coração e da respiração durante o pesadelo. As crianças acordam e se lembram do conteúdo sonhado. É ocorrência comum em até 30% das crianças na idade escolar. Pode estar associado com as outras parassonias.

E finalmente a posição da Anvisa sobre o emprego da melatonina para as crianças, adotada em setembro de 2022: “a idade mínima para tomar melatonina recomendada pela Anvisa é 19 anos. Isso acontece porque ainda não há estudos que apontam a eficácia e segurança do hormônio em crianças e adolescentes que estão em desenvolvimento. A melatonina tem sido usada ao redor do mundo todo para regular o sono”

31.1 PARTICIPAÇÃO DE CUIDADORES

Texto enviado por colaboradora

"A gravidez, o parto, a amamentação, a participação efetiva e ativa do pai, o meu próprio compromisso e a minha participação na vida e nos cuidados com meu filho, tudo enfim, foi antecipadamente planejado. E tudo aconteceu, nos primeiros meses da vida do nosso filho, como eu e meu esposo pensamos.

Nos primeiros meses, ele dormia direitinho. Acordava para mamar e em seguida voltava a dormir, tranquilo. Adormecia no peito lá pelas 19h30 horas e às 23 horas já voltava a acordar e daí em diante acordava de três em três horas.

A partir dos 5 meses, não sei o que aconteceu, o sono dele degringolou. À noite, sempre revezava com meu marido o "ninar" do garoto. E bem no mês que ele completou 4 meses, ele sentiu mais a ausência do pai, que trabalhava duro, e só chegava de madrugada em casa, quase sem ver o filho durante todo o dia. Não sei se tem relação, mas pouco depois desse período, o sono do meu filho não foi mais o mesmo. Aos 5, 6 meses, ele só começava a dormir ao redor das 23 horas e acordava muitas vezes à noite.

Fiquei muito cansada com essa exigência do garoto. Continuava tentando fazer com que ele dormisse desde às 19h30 horas e nada de ele se entregar ao sono. Pensava: ele está crescendo e, no lugar de ele melhorar, está piorando! O mais cansativo era que passou a dormir menos vezes durante o dia, comparando com o período que dormia quando recém-nascido. Mas continuava a dar dois bons cochilos: um pela manhã e outro à tarde (que chegavam a durar, em média, duas horas cada um).

Quando ele completou 6 meses, fui introduzindo outros alimentos, que ele aceitou muito bem. Já era a preparação para a minha volta ao trabalho. Inclusive, por orientação de minha mãe (as avós sempre interferindo...), fui tentando dar menos peito à noite, e mais leite artificial — para ver se o 'leite mais forte' podia fazer ele dormir mais tempo continuamente. Mas nada feito. A substituição do leite materno pelo leite artificial não alterou em nada o sono do bebê. Resultado: ele mesmo foi deixando o peito e o sono continuou de passarinho durante a noite.

Eu que não queria acostumá-lo a dormir na mesma cama que eu e o pai, não tive escolha. Só lá ele dormia melhor, um pouco mais de tempo, mesmo assim ainda acordava. E quando acordava, algumas vezes era chorando, e muito. No início, achei que era fome e preparava mamadeiras. Cheguei a oferecer cerca de três mamadeiras de 210 mL por noite. Algumas vezes, ele tomava tudo, e

virava de lado, já adormecido. Outras vezes, tomava tudo e ainda continuava aceso, sem dormir. E outras ainda, nem tomava tudo, e ainda ficava esperto. Ou seja, nunca consegui achar uma rotina para o dia a dia do meu filho. Cada dia era um dia diferente. Mas uma coisa era certa: o garoto já estava com 6 meses e eu continuava bastante cansada e sem nunca ter dormido uma noite inteira.

Como não sabia mais o que fazer, procurei uma homeopata, que escutou toda a história e achou curiosa a relação da falta de sono a partir da ausência maior do pai, aos 5 meses do bebê, mas receitou uns florais, que ofereci a ele exatamente como ela mandou, e nada adiantou. Repeti tudo o que já tinha feito antes: tentar preparar delicadamente os momentos antes do sono: dar banho quentinho, dar de mamar, colocar música instrumental e tentar fazê-lo dormir. O problema persistia.

Aos 7 meses, a situação conseguiu piorar. Retornei ao trabalho das 16 às 23 horas pensando em ser um bom horário para poder curtir o dia com ele. Nosso dia era bastante preenchido, sempre dando o banho de sol, indo ao parquinho ou à praia, e um passeio à padaria, pensando em deixá-lo cansado para dormir melhor à noite. Quando saía às 15h30, a empregada que cuidava da casa passava a ficar com ele e às 19 horas meu marido chegava para assumir o filho, e fazê-lo dormir. Perdi as contas da quantidade de vezes em que eu chegava do trabalho às 23 horas e ainda encontrava o garoto acordado me esperando para dormir e meu marido estafado, de tanto cansaço.

Também marquei consulta com o pediatra que ouviu toda a história dele e disse que uma das possíveis causas desse sono complicado era a estreita ligação dele comigo. O pediatra sugeriu que eu introduzisse uma terceira pessoa na relação — uma babá ou mesmo uma avó na tentativa de que o bebê pudesse começar a perceber que existem outras pessoas além da mãe.

Enfim, não sei se a introdução dessa pessoa (babá) interferiu no sono, ou se foi mesmo o crescimento que ajudou. Mas hoje ele está com 11 meses e não digo que ele está dormindo perfeitamente, mas já melhorou bastante. Estou agora com duas empregadas: uma para casa e outra babá, que me ajuda com o que necessito para cuidar do garoto, mas continuo querendo me fazer bastante presente no dia a dia dele: ainda sou eu quem o leva todos os dias ao parquinho e quem o alimenta. Mas o banho e o ninar, ela já divide comigo. Ele voltou a dormir numa hora plausível: sempre com o pai, na nossa cama, e por volta das 20 horas. Quando eu chego do trabalho, às 23 horas, o coloco, já dormindo em seu berço, no mesmo quarto da babá. Mas ele ainda acorda de madrugada e na maioria das vezes, ela consegue fazê-lo voltar a dormir, só com um ninar, ou oferecendo uma mamadeira. Mas há dias em que ele bate o pé e só sossega quando volta para nossa cama, no meio do pai e da mãe. As noites que conse-

> gui fazê-lo dormir sem acordar sempre foram quando relaxei e deixei-o dormir a noite inteira na minha cama. Mas não deixo sempre e continuo as tentativas para fazê-lo se acostumar no bercinho dele, até o dia em que ele gostar e quiser dormir toda a noite por conta própria, sem a necessidade de ter ao lado o quentinho do pai e/ou da mãe."

A experiência do casal com o sono do filho ilustra muito o que discutimos. O fato é que vocês programaram vários aspectos de extrema importância, mas não planejaram nem estavam preparados para enfrentar as dificuldades com o sono. Talvez — e talvez mesmo — o excesso de expectativa e, mais ainda, de um esquema de superproteção tenham imperado na relação do casal com o filho. No primeiro confronto, que provavelmente ocorreu no item sono, os pais não souberam definir o modelo a ser adotado. E, a partir daí a dormida constante na cama dos pais, a falta de uma proposta contínua para o sono, o despreparo dos pais para enfrentar um chorinho de "chantagem" ou mesmo de real desconforto do filho e outros aspectos devem ter marcado a relação pais/filho e criado as condições para o nascimento das dificuldades com o sono e mesmo a perpetuação do problema. Evidentemente, não se pode esquecer de que algumas crianças são dominadoras, mais tendentes a apresentar essas e outras dificuldades, e isso pode ter contribuído, no caso desse casal, para disparar o processo.

32 | ICTERÍCIA FISIOLÓGICA DO RECÉM-NASCIDO E OUTRAS

Adeildo Simões da Silva
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

32.1 GUIA PRÁTICO

a) A icterícia no recém-nascido é potencialmente uma situação importante que demanda sempre assistência médica. Nesse grupo etário o excesso de bilirrubina pode ser danoso para o sistema nervoso.
b) Nas outras idades, a assistência médica também é recomendada pois a icterícia pode significar variadas enfermidades, algumas muito graves.

32.2 CONVERSANDO...

Icterícia é a coloração amarelada da pele, das mucosas e dos fluidos corporais. A urina fica excessivamente pigmentada. É causada pelo excesso de bilirrubina no corpo.

A hemácia é destruída pelo fígado quando encerra seu ciclo de vida. E a bilirrubina é um pigmento normal derivado da degradação da hemoglobina. Ela e outros produtos compõem a bile que o fígado produz. A bile é conduzida pelas vias biliares até a vesícula biliar e duodeno. No intestino essa secreção participa de importantes processos digestivos.

A geração e a excreção fecal de bilirrubina estão em equilíbrio e existe normalmente pequena quantidade do pigmento circulando no corpo humano. Essa quantidade pequena não produz icterícia. Os níveis normais de bilirrubinas são menores que 2,0 mg por 100 mL de sangue (2,0%). A icterícia é notada quando a quantidade é maior que 7,0 mg/100 ml.

Existe uma icterícia fisiológica, normal. Dependente de fato esperado da biologia humana. É a icterícia fisiológica do recém-nascido.

Outras situações são patológicas em que icterícia é indicador de anormalidade, de doença: defeitos congênitos dos canais biliares, incompatibilidades entre o sangue da mãe e o do bebê, hepatite, tumor abdominal, cálculo biliar e outros problemas.

ENTÃO A ICTERÍCIA NÃO É DOENÇA, É COMO A FEBRE, UM SINTOMA?

Apenas um sintoma. Assim, os médicos devem, ao avaliar o paciente com icterícia, ouvir a história clínica, examinar a criança ou o adolescente, solicitar exames e definir a causa.

MAS A ICTERÍCIA, ELA MESMA, NÃO PRODUZ SINTOMAS?

No bebê prematuro e principalmente se doente (infecções, anemia, doença respiratório e outros problemas), o nível muito elevado de bilirrubina pode produzir grave doença cerebral, o kernicterus. O risco de kernicterus sempre assusta os pediatras que devem dedicar especial atenção quando o nível de bilirrubina está muito elevado no recém-nascido. Os sintomas que existem na criança e no adolescente ictéricos são ocasionados pelas doenças que causam o problema. Na hepatite, há febre, mal-estar, vômitos e outros sintomas. Na criança ictérica por destruição excessiva das hemácias, há anemia e todos os sintomas desse último problema. Na icterícia secundária a um tumor ou má formações de órgãos abdominais, há dor, aumento de volume do abdome e outros sintomas.

COMO VOCÊS MÉDICOS AVALIAM A INTENSIDADE DA ICTERÍCIA?

Existe um aparelhinho (bilicheck) para medir o nível das bilirrubinas sem precisar coletar sangue dos nen**éns, m**as o método mais apropriado é o exame químico do sangue.

COMO EXPLICAR A TAL ICTERÍCIA FISIOLÓGICA?

Toda criança ao nascer tem muitas hemácias e um tipo especial de hemoglobina (a F). Tudo apropriado para a vida dentro do útero. Dentre as várias mudanças que ocorrem com o nascimento, existem a redução do número de hemácias e a substituição da hemoglobina F por hemoglobina A. Em todo o processo, ocorre intensa destruição das hemácias, metabolização da hemoglobina e produção de grande quantidade de bilirrubina. E o fígado não é capaz de manejar essa grande oferta de bilirrubina. Todos esses fatos são normais, naturais, esperados e justificam a observação da icterícia na maior parte das crianças absolutamente sadias.

A ICTERÍCIA FISIOLÓGICA PODE SER MUITO INTENSA?

Na icterícia fisiológica, o nível de bilirrubinas chega a 10,0 mg/100 ml ou um pouco mais. O pico máximo é alcançado entre o terceiro e o quinto dias de vida. A partir daí, naturalmente, sem intervenção médico, a icterícia desaparece. Quando o nível da bilirrubina alcança valor muito alto, é importante pensar em outros fatores causais

COMO A ICTERÍCIA SE COMPORTA NOS PREMATUROS?

Nas crianças prematuras, a icterícia fisiológica tende a ser mais intensa e durar mais tempo. Em todos os bebezinhos, sobretudo nos prematuros, muitas agressões — infecção, diarreia, desidratação, baixa de glicose no sangue, alteração metabólica, dificuldade respiratória, hipotermia, hematoma — podem provocar icterícias mais intensas e mais prolongadas.

A ALIMENTAÇÃO TEM ALGUMA RELAÇÃO COM A ICTERÍCIA?

A icterícia fisiológica tende a ser mais intensa e mais prolongada na criança que está com dificuldade alimentar e com ganho deficiente de peso. Assim, para que a icterícia fisiológica desapareça mais rapidamente, é importante que a nutrição e a hidratação do bebê estejam adequadas.

QUANDO A ICTERÍCIA FISIOLÓGICA APARECE E DESAPARECE?

A icterícia que surge nas primeiras 48 horas de vida tende a ser mais importante do que a que surge após. A que surge nas primeiras 24 horas de vida é mais importante ainda. A icterícia fisiológica aparece após o segundo dia de vida, aumenta até o quarto ou quinto dia e, a partir daí, passa a regredir. Desaparece espontaneamente em cerca de 7-10 dias.

ENTÃO NÃO DEVEMOS VALORIZAR A ICTERÍCIA FISIOLÓGICA?

Quando os pediatras estão seguros de que a icterícia é fisiológica, não há necessidade de exames nem de tratamento. Falamos que os pediatras devem estar seguros de que não existe doença e de que a explicação para o fenômeno são fatos fisiológicos. Desse modo, é importante ouvir os profissionais e só eles poderão definir o melhor caminho a seguir. O que parece uma icterícia fisiológica sem importância pode significar uma incompatibilidade entre o sangue das mães e o dos conceptos.

A ICTERÍCIA FISIOLÓGICA PODE FAZER MAL?

Não. A icterícia fisiológica nunca danifica qualquer órgão corporal. A icterícia que faz mal é a produzida em certas ocasiões quando o sangue da mãe é diferente do sangue do filho. É o que se denomina incompatibilidade sanguínea materno-fetal. A mais grave é a produzida pelo fator RH e a menos grave é a pelo fator ABO. A incompatibilidade RH pode provocar níveis altíssimos de bilirrubinas, mais de 20,0 mg/100 ml em poucas horas. Nessa situação, pode haver o que a medicina conhece como kernicterus que se caracteriza por lesão de algumas partes do sistema nervoso. Mas repetimos que isso não ocorre na icterícia fisiológica, onde

a elevação das bilirrubinas é lenta e geralmente não atinge 20,0 mg/100 ml. Os pediatras definem se a icterícia é realmente fisiológica ou se pode ser secundária a alguma doença.

NENHUM TRATAMENTO? NEM A FOTOTERAPIA?

Não precisa. Esta é a posição científica. Mas não é isso que se observa na prática. Os familiares que têm acesso à Internet e a outras fontes de informações, e têm contato com o que significa o *kernicterus*, passam a ter extremo temor de que isso ocorra com seus bebês. A partir daí, passam a ficar tensos e a cobrar atitudes dos pediatras para uma situação que na quase totalidade das vezes não tem importância. É comum observar que os nenezinhos estão sendo furados a cada dia ou dois para dosar os níveis das bilirrubinas com o receio de que atinjam 20,0%.

POR QUE 20,0 MG/100 ML?

Décadas atrás, foi determinado que os níveis de bilirrubinas acima de 20,0 MG /100 ML poderiam ser danosos ao sistema nervoso dos recém-nascidos, poderiam produzir kernicterus. A partir daí muitas discussões ocorreram e muita "neura" foi gerada. Surgiu a "vintefobia", o medo do 20 mg/100 ML que ainda hoje é percebido. Mas o que também ficou demonstrado, décadas atrás, é que para haver dano cerebral são necessárias algumas condições que os pediatras conhecem. E são esses profissionais que devem ditar a conduta. E para isso, eles dispõem de roteiros para ajudar a decidir.

COMO O LEITE DA MÃE PRODUZ ICTERÍCIA?

Em cerca de um para 200 bebês, o leite materno é a causa da icterícia que se confunde com a do tipo fisiológico. Os maiores níveis de bilirrubinas são atingidos na segunda ou terceira semanas. O quadro é causado por certas substâncias do leite humano que reduzem a capacidade de o fígado eliminar as bilirrubinas. O desaparecimento do problema ocorre antes dos dois meses. Não causa qualquer tipo de consequência, não precisa de tratamento e não é razão para suspender a lactação. Não suspender a amamentação mesmo por poucos dias a título de teste.

A INCOMPATILIDADE RH É PREVENIDA! CERTO?

Certíssimo. Há algumas décadas, a medicina dispõe de medicamento para impedir que as mães RH negativas fiquem sensibilizadas e causem doença nos seus filhos. Isso não é possível na incompatibilidade ABO.

COMO FUNCIONA A FOTOTERAPIA? PODE FAZER MAL?

A fototerapia produz a transformação da bilirrubina, potencialmente tóxicas, em produtos não tóxicos. Embora seja possível realizar a fototerapia no domicílio, ela é habitualmente um tratamento hospitalar, pois há uma série de cuidados que devem ser implementados para que o resultado seja maximizado e os efeitos colaterais reduzidos.

AINDA SE FAZ A TROCA DE SANGUE?

Ainda é a terapêutica heroica para casos graves de incompatibilidade sanguínea entre a mãe e o filho quando as hemácias da criança estão sendo destruídas rapidamente e quando está ocorrendo importante anemia e significativo aumento das bilirrubinas.

E AS ICTERÍCIAS PELAS OUTRAS CAUSAS? HEPATITE, POR EXEMPLO.

A icterícia nas crianças novinhas, nas outras crianças, em todos os adolescentes e em todos os adultos, deve ser comunicada aos médicos. Cabe a eles diagnosticar e orientar sobre o tratamento de cada uma das entidades causais. Uma doença causada por defeito da formação dos canais biliares e outra causada por defeito no metabolismo devem ser diagnosticadas e tratadas de formas completamente distintas.

32.3 DEPOIMENTOS

Depoimento de um casal que viveu as dúvidas de familiares e médicos quando acompanham os recém-nascidos que apresentam icterícia:

> "Nosso filho foi diagnosticado como portador de icterícia no terceiro dia de vida. A médica pediu exame de sangue e, aos sete dias de vida, a bilirrubina total foi igual a 15,8. A pediatra fez algumas perguntas, sobre o sangue da mãe e o sangue do bebê (ambos são O+) e aconselhou a não dar muita importância ao resultado do exame. Entretanto, achou que ele estava muito amarelo e pediu para repetirmos imediatamente o exame de sangue. Nessa época, ele tinha 10 dias de vida. Falou que talvez o bebê precisasse se internar para fazer a fototerapia. Nós, marinheiros de primeira viagem, ficamos preocupados. A ideia de internar nosso filho com 10 dias nos deixava apreensivos.
>
> A realização deste exame de sangue nos deixou nervosos. Furaram o bebê numa mão e ficaram espremendo, por cerca de cinco minutos, para sair sangue e encher um potinho. Ele berrou o tempo inteiro. Disseram que teriam que furar a outra mão. O mesmo chororô e a mesmo sofrimento se repetiu por mais

uns 10 minutos. Aquela cena, um bebezinho de poucos dias sendo furado daquela maneira, deixa os pais muito angustiados.

Ligamos logo para a pediatra, pois, a bilirrubina total havia aumentado para 16,5. A pediatra nos pediu para repetir o exame no outro dia. Nesta hora, entramos em desespero. Repetir novamente aquele exame de sangue horrível. Fazer nosso bebê passar por aquele sofrimento novamente no outro dia. Começamos a questionar se era realmente necessário isto.

Foi quando resolvemos ouvir a opinião de outro pediatra, médico da família. EsSe profissional nos tranquilizou. Falou que o caso do nosso filho era de uma icterícia fisiológica e que pelo conjunto da obra (grupo sanguineo, tempo de gestação, peso, amamentação, início da icterícia e significado daquelas dosagens das bilirrubinas nos bebês de 10 dias de vida e etc), ele precisava apenas de acompanhamento clínico. Que não havia motivo para grandes preocupações. Disse que não era necessário ficar "furando" o bebê, mas queria apenas fazer o acompanhamento no consultório, para avaliar a evolução da icterícia.

Nosso filho não precisou ficar sofrendo fazendo exames de sangue diariamente e após alguns dias a coloração amarelada desapareceu. Hoje ele está com cinco meses e é um bebê bastante saudável!"

Voltamos a repetir que as noções aqui emitidas fazem parte de uma proposta educacional, importante na saúde e em qualquer outra atividade voltada para o bem-estar do ser humano, e não substituem a avaliação médica.

33 | DOENÇAS INFECCIOSAS ERUPTIVAS — ESCARLATINA, SARAMPO, VARICELA, RUBÉOLA, ROSÉOLA, MONONUCLEOSE INFECCIOSA, DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA, ERITEMA INFECCIOSO, VARÍOLA DOS MACACOS, DENGUE, ERUPÇÃO PÓS VACINAL E OUTRAS

João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

33.1 GUIA PRÁTICO

- Criança ou adolescente, com erupção cutânea, sobretudo se febril, idealmente deve ser avaliado pelo médico para a definição do diagnóstico/tratamento.
- Vários problemas clínicos cursam com erupção cutânea infecciosos (como os citados no título), basicamente dermatológicos (como impetigo e verrugas), reações às vacinas (contra sarampo e varicela), reações alérgicas (medicamentos e a alimentos) e de outro tipo (como na artrite reumatoide e no lúpus eritematoso sistêmico).
- A maior parte das erupções cutâneas acompanhadas de febre é viral e não necessita antibiótico.
- A escarlatina, infecção bacteriana pelo estreptococo, deve ser precocemente diagnosticada e tratada com antibiótico.
- Os cuidadores devem evitar soluções caseiras (antialérgicos e cremes dermatológicos) que podem retardar o diagnóstico.

33.2 CONVERSANDO...

Notícias atuais e tristes sobre o sarampo no Brasil dos dias atuais:

"Após os últimos casos de sarampo em 2015, o Brasil recebeu em 2016 a certificação da eliminação do vírus. Nos anos de 2016 e 2017, não foram confirmados casos de sarampo no País. Em 2018 foram confirmados 9.325 casos da doença. No ano de 2019, após um ano de circulação do vírus do mesmo genótipo, o País perdeu a certificação de 'País livre do vírus do sarampo', dando início a novos surtos, com a confirmação de 20.901 casos da doença. Em 2020 foram confirmados 8.448 casos e, em 2021, 676 casos de sarampo foram confirmados."

"No Brasil, entre as semanas 1 e 25 de 2022, foram notificados 1.637 casos suspeitos de sarampo. 41 (2,5%) foram confirmados, 1.143 descartados e 453 permanecem em investigação."

Dados brasileiros sobre a catapora (varicela):

"[...] é uma infecção viral comum no Brasil, tendo mais de 150 mil casos todos os anos. A doença pode acometer indivíduos de todas as idades, mas é mais comum em crianças. No Brasil, entre 2012 e 2017 foram notificados 602.136 casos de varicela no Brasil, a região Sul notificou 33 % dos casos."

Agora sobre a varíola dos macacos:

"O Ministério da Saúde do Brasil confirmou, até a noite de quarta-feira (24 ago 2022), 4.144 casos de *Varíola dos Macacos*. Em 24 horas, foram registrados 160 novos casos da doença, segundo o boletim epidemiológico divulgado pela pasta. São Paulo e Rio de Janeiro são os Estados brasileiros com o maior número de confirmações da nova varíola, com 2.640 e 508, respectivamente."

Os dados anteriormente citados mostram que as doenças infecciosas que apresentam erupção cutânea em seu rol de sintomas continuam frequentes. O sarampo, doença hoje eventual, não será abordada no capítulo.

AS VACINAS MUDARAM O CENÁRIO DESSAS DOENÇAS, CERTO?

Certíssimo e ainda há os críticos das vacinas! Inacreditável! A vacina fez desaparecer a varíola que foi a mais terrível das doenças febris eruptivas do ser humano. O sarampo, a catapora e a rubéola também estão na lista das infecções eruptivas que serão extintas pelas vacinas. Notícias promissoras estão chegando sobre o imunizante contra dengue. A contra a varíola dos macacos já é uma realidade. Evidentemente a ciência ainda tem que conseguir vacinas úteis contra outras infecções. E que mudem os descrentes e que os governos invistam pesado na vacinação de todos.

TODA DOENÇA QUE APRESENTA ERUPÇÃO NA PELE É INFECCIOSA?

Existem várias doenças não infecciosas que podem apresentar erupção cutânea: alergia a medicamentos e a alimentos, artrite reumatoide, lúpus eritematoso, síndrome de Stevens Johnson entre outras.

AS ENFERMIDADES COM ERUPÇÃO CUTÂNEA APRESENTAM FEBRE?

A febre pode existir ou não. Muitos pacientes com doenças infecciosas eruptivas não apresentam febre como a catapora e a rubéola. Ao contrário, outros com doenças não infecciosas eruptivas apresentam febre — na síndrome de Stevens Johnson que é uma reação grave a certos medicamentos.

A CRIANÇA COM ERUPÇÃO CUTÂNEA DEVE SER LEVADA AO MÉDICO?

Acreditamos que sim. O médico é quem indicará se a doença é infecciosa ou não infecciosa, qual a importância do problema e qual a conduta a seguir.

JÁ OUVI FALAR NA ESCARLATINA. O QUE É?

A escarlatina é causada pela toxina de uma bactéria, o estreptococo, que causa amigdalite. Lembrar que a maioria das amigdalites é viral. O estreptococo também causa o impetigo, abscessos e outras infecções. O germe produz e libera grandes quantidades de toxina que causa o quadro cutâneo. A escarlatina ocorre durante essa infecção bacteriana, que atinge sobretudo a garganta.

MAS COMO SUSPEITAMOS DA ESCARLATINA?

As mães notam que a criança, sobretudo as de 4-8 anos de idade, começa com febre alta, abatimento, vômitos e muita dor de garganta. Logo surge uma vermelhidão difusa pelo corpo. A criança de pele clara fica tão vermelha com aspecto de casca de lagosta cozida. O médico deve examinar o enfermo, caracterizar os outros aspectos da doença (língua em framboesa, "pus" nas amígdalas), solicitar exames diagnósticos e afastar outras enfermidades com quadro parecido (exemplo: mononucleose infecciosa).

TODA INFECÇÃO PELO *ESTREPTOCOCO* APRESENTA ESCARLATINA?

Apenas alguns tipos de *estreptococo* produzem a toxina responsável pelo quadro cutâneo. Quando a infecção é por uma bactéria não produtora de toxina, existe a amigdalite e não existe a escarlatina.

COMO É O TRATAMENTO DA ESCARLATINA?

O tratamento é com antibiótico. A infecção da garganta por estreptococo e a escarlatina são doenças importantes. Quando não diagnosticadas e não tratadas corretamente, podem produzir duas sequelas importantes: febre reumática_e_nefrite. O diagnóstico e o tratamento precoces das infecções pelo estreptococo impedem o aparecimento desses problemas que podem ser graves.

A ESCARLATINA É DOENÇA IMPORTANTE?

É muito importante. Vocês perceberam bem. Mas também é importante em face de outro aspecto. Há uma enfermidade que muito parece com a escarlatina, a doença de Kawasaki. Essa última não tem origem bem definida. O que se sabe, além dessa semelhança com a escarlatina, é que pode deixar graves sequelas no

coração da criança. Isso é para alertar mais uma vez que toda criança com vermelhidão na pele, com ou sem febre, deve ser consultada pelo pediatra para que o diagnóstico seja feito.

GOSTARÍAMOS DE SABER ALGUNS DADOS SOBRE A CATAPORA.

A varicela (catapora) é doença viral e ocorre, principalmente, em crianças e adolescentes não vacinados. Após um ou dois dias de febre baixa, que pode não existir, e sem que ocorram outros sinais, começam a aparecer na pele pequenas bolhinhas (vesículas) cheias de líquido que coçam muito. As lesões ocorrem em maior número no tronco e com menor número nos membros. Podem ser observadas lesões na mucosa bucal, vaginal e ocular. As vesículas continuam a aparecer por 2-3 dias. Na doença mais simples, a febre logo cede e o total de vesículas não é muito grande. Mas algumas vezes o quadro é mais intenso, a febre pode ser muito alta e durar muitos dias. Existe habitualmente forte astenia, mal-estar e intensa anorexia. O quadro cutâneo pode ser representado por centenas de vesículas o que ocorre principalmente em adultos. A catapora é muito grave em pacientes que estão usando cortisona ou têm doenças que comprometem a imunidade. Os pediatras devem ser informados rapidamente quando os familiares souberem que um deles teve contato com portador da catapora. Para esses doentes, pode estar indicada a globulina específica ou uma droga antiviral.

COMO É O TRATAMENTO?

É baseado em medidas higiênicas: evitar coçar para não romper as vesículas; cortar as unhas bem rentes; banhar com sabonete comum e enxugar com cuidado; evitar muitos produtos na pele que podem facilitar a ruptura das vesículas; pensar em medicações que reduzem a coceira (antialérgico) e usar o antifebril — a aspirina não deve ser empregada; avisar ao médico, pois algumas complicações podem ser observadas, principalmente a infecção secundária (piodermite), que podem necessitar medidas especiais.

COMO É A RECUPARAÇÃO DA PELE DE QUEM TEVE CATAPORA?

A recuperação total da pele pode levar de três a quatro semanas. Nessa fase, é importante evitar exposição ao sol.

E A RUBÉOLA?

A rubéola é doença viral habitualmente de evolução muito simples e sem gravidade. Os adolescentes e os adultos jovens são os mais acometidos. A maioria dos infectados não apresenta dados clínicos da doença. Os que manifestam sintomas, após 2-3 semanas do contato com a pessoa doente, apresentam febre baixa, gânglios

linfáticos aumentados e manchas rosadas, que se espalham primeiro pelo rosto e depois pelo resto do corpo. Pode ocorrer ainda astenia discreta, falta de apetite e dor de garganta. Dor nas articulações e outros eventos são incomuns. O quadro cede em poucos dias, sem tratamento específico. Hidratação adequada e repouso são suficientes. Os conflitos maiores sobre o que fazer é quando a rubéola afeta a grávida. É aí que a infecção mostra a sua real importância.

O QUE PODE OCORRER NESSA ÚLTIMA SITUAÇÃO?

É real o risco para o feto com menos de 3 meses de gestação quando a mãe adquire a rubéola. Defeitos congênitos graves e até a morte fetal podem ser o resultado da infecção pelo vírus da rubéola nessa fase da gravidez. E faz parte do planejamento para uma gestação sadia, além de muitos outros cuidados, rever a vacinação contra a rubéola. Quando ainda não foi realizada, deve ser providenciada de imediato. O ideal é que seja feita muitos meses antes da sonhada gravidez. O risco de outras infecções — apresentem ou não erupção cutânea — causarem doença fetal não é bem definido pela medicina. Mas, por prudência, o obstetra deve sempre ser avisado quando a gestante tem contato com uma criança ou um adulto com erupção cutânea de qualquer natureza. Cabe ao médico solicitar exames para definir se a gestante está protegida contra a rubéola — existem exames para demonstrar isso — e também solicitar definição sobre o diagnóstico da doença que acomete a pessoa portadora da erupção cutânea.

A VACINA CONTRA A RUBÉOLA É OBRIGATÓRIA!

Exatamente isto. A vacinação universal da criança é basicamente para evitar que ela contamine a mulher grávida. E toda mulher que planeja engravidar deve rever seu programa vacinal e verificar se está devidamente protegida contra a infecção. Se há dúvida, a vacina pode ser repetida. Ou pode ser feita pesquisa de anticorpos no sangue para avaliar a imunidade contra a rubéola. E lembrar sempre que a grávida não imunizada pode ter contato com pessoa infectada pelo vírus da rubéola. A maior parte deles não apresenta sintomas. Então o tema deve sempre ser bem estudado.

QUAIS OS SINTOMAS DA ROSÉOLA?

A roséola ou exantema súbito é uma das doenças febris mais típicas da criança. É viral e mais comum em crianças de escolinha. Ocorre na meninada de 6 meses a 3 anos. Há febre alta, muito alta, e nada mais por 2 ou 3 dias. Além disso, as mães nada vêm nos seus filhos — não há sinais gripais, não há diarreia, não há nada, as crianças brincam, correm, pulam, comem e nenhuma outra anormalidade é notada; elas simplesmente estão com febre muito alta; o remédio de febre é usado e, após um curto período em que cede apenas parcialmente, a temperatura corporal volta a ficar muito alta; os médicos também nada encontram — olham as gargantas, os

ouvidos, pensam em infecção urinária, mas nada obtém de positivo e o exame de sangue (leucograma) e o de urina nada informam. Lá pelo terceiro dia, pode ser um pouco antes ou um pouco mais tarde, começam a aparecer umas pintinhas ou manchinhas vermelhas na face que rapidamente tomam o corpo, aí, como que miraculosamente, a febre subitamente desaparece; só então é possível definir com precisão o diagnóstico, roséola. A cura, como deduzida dessa descrição, é espontânea, sem necessidade de antibióticos, nada a fazer e o quadro cutâneo cede sem remédios, sem antialérgicos, sem pasta d´água, em dois dias.

A CRIANÇA COM ROSÉOLA PODE TER CONVULSÃO?

A roséola atinge a criança na faixa etária em que a convulsão febril é mais comum. Na lista de doenças que produzem febre e convulsão, a roséola é destacada. Existem pesquisadores que citam que o vírus que causa a roséola tem uma capacidade maior de produzir a convulsão febril.

GOSTARÍAMOS DE SABER ALGO SOBRE A MONONUCLEOSE INFECCIOSA.

A mononucleose infecciosa é causada por um vírus que tem intensa afinidade por todos os tecidos linfáticos do corpo: gânglios, baço, amígdalas e adenoides. O vírus é transmitido da pessoa doente à sadia e acomete, mais frequentemente, as crianças da época escolar e os adolescentes. Há febre baixa, moleza, falta de apetite e aumento acentuado dos gânglios do pescoço e de outras regiões do corpo. O baço e o fígado são acometidos e podem surgir sinais de hepatite — icterícia e alterações laboratoriais de doença hepática. O acometimento das amígdalas (dor de garganta, dificuldade de deglutir, “pus” nas amígdalas) e das adenoides (dificuldade para respirar pelo nariz e ronco) surge, em alguns doentes. A erupção cutânea pode ser de vários aspectos e ocorre, sobretudo, se o paciente está usando penicilina.

O DIAGNÓSTICO PARECE MUITO SIMPLES, NÃO É?

Os médicos devem examinar todos os doentes que estão com febre e aumento dos gânglios, com ou sem erupção cutânea, para definir o diagnóstico e afastar outros. Um dos aspectos principais que os médicos têm que resolver é separar a amigdalite por estreptococo da causada pela mononucleose. Além disso, devem verificar a intensidade do adoecimento das adenoides e do fígado, por exemplo, e traçar o plano terapêutico.

COMO É O TRATAMENTO DA MONONUCLEOSE INFECCIOSA?

A cura é espontânea, sem antibióticos. Mas a doença involui mais lentamente que a grande parte das viroses tão típicas da criançada. São necessárias duas ou mais semanas para que a cura seja total. Algumas vezes, há que se usar medidas de exceção — corticoides, por exemplo.

O QUE É A DOENÇA MÃO-PÉ-BOCA?

A doença mão-pé-boca está descrita no capítulo das *Estomatites*, neste livro.

O QUE É O ERITEMA INFECCIOSO?

De cinco em cinco anos, aproximadamente, são observados casos de eritema infeccioso que é uma infecção viral. É doença sem gravidade especial e até os médicos têm certa dificuldade de diagnosticá-la. A criança, de 2 ou mais anos, não apresenta febre nem outros dados gerais significativos, brinca, corre, come, e começa a apresentar manchas na pele. As lesões da pele surgem na face e as duas bochechas ficam uniformemente avermelhadas. Nas regiões expostas ao sol, nos membros, é onde surgem mais lesões cutâneas. São de caráter rendilhado, formando desenhos. Não são pruriginosas. As lesões dos membros desaparecem e reaparecem. O quadro pode durar duas a três semanas. Não há tratamento. Não é necessário afastar da escola. A exposição ao sol intensifica a erupção.

EXISTEM OUTRAS VIROSES QUE APRESENTAM ERUPÇÃO NA PELE?

Existem muitas outras. Várias doenças virais que apresentam febre associada a um ou mais dos sintomas de acometimento respiratório (coriza, dor de garganta, aftas na garganta, tosse) e/ou digestivo (vômito e diarreia) podem apresentar erupção cutânea. Até os vírus causadores das hepatites podem produzir o quadro cutâneo eruptivo. Essa erupção pode ser como a da roséola, caracterizadas por múltiplas pintinhas ou manchinhas avermelhadas difusas por todo o corpo, ou por lesões mais grosseiras, elevadas, parecidas com as lesões da urticária alérgica. O diagnóstico só pode ser definido pelo médico que deve sempre tentar diagnosticar com precisão qual a doença causal (hepatite?) e verificar a possibilidade de outras doenças que muito parecem com as doenças virais eruptivas. Mas não é comum que o profissional consiga definir o diagnóstico com precisão e, na maior parte das vezes, o que ele consegue é dizer que é uma virose eruptiva. A erupção cutânea produzida por remédios numa criança que está com doença febril é o que mais dificulta o diagnóstico do médico.

QUAIS DESSAS DOENÇAS PRECISAM DE ISOLAMENTO?

Essa é uma questão extremamente importante e aí vão alguns conselhos:

a) Avisar aos familiares das crianças e dos adolescentes que mantiveram contato com o doente. Isso é para facilitar o diagnóstico caso surjam sintomas nas pessoas que tiveram contato com o doente.
b) Tentar evitar contato da criança doente com as da mesma família e, se ela mora num condomínio, é prudente evitar o contato com a meninada que ali habita.

c) Avisar aos pediatras e eles recomendarão sobre: isolamento, vacinação e outras medidas preventivas.
d) Evitar que durante uma doença febril as crianças compareçam à escola.
e) Proceder assim no caso de todas as doenças contagiosas:

- **Escarlatina** — O paciente deve ir à escola após dois dias do início do tratamento.
- **Catapora** — A catapora é transmissível dois dias antes do aparecimento da primeira lesão cutânea e nos sete dias da fase eruptiva. Após o sétimo dia do período eruptivo, as crianças podem ir para a escola. Mas é importante informar que, nesse período, a pele ainda deve apresentar lesões não integralmente curadas o que pode assustar as professoras e as outras mães. É importante levar uma declaração do médico informando que a doença não é contagiosa nessa fase.
- **Roséola** — Como a febre é muito alta e nos primeiros dias é impossível diagnosticar o que está ocorrendo, as crianças febris devem ficar em casa para os cuidados da fase febril e para proteger as outras crianças.
- **Hepatite** — Os familiares dos pacientes receberão dos médicos uma orientação especial, até sobre vacinação das pessoas que conviveram recentemente com o doente e sobre as medidas preventivas especiais.
- **Mononucleose** — Não é infecção que exige o afastamento das atividades escolares. Os médicos orientarão sobre o período que o paciente com mononucleose ficará em casa. Isso depende da forma clínica da doença. Às vezes, por cinco a dez dias, existe grande abatimento que dificulta o cumprimento das atividades cotidianas.
- **Eritema infeccioso** — Não é doença que exige afastamento da escola pois quando o quadro clínico é evidenciado o vírus causal já foi eliminado do corpo.
- **Outras viroses eruptivas sem denominação específica** — não são necessárias medidas especiais de isolamento. Os pacientes são mantidos em casa para observação.

VACINA PODE CAUSAR ERUPÇÃO CUTÂNEA?

A vacina do sarampo pode produzir, num pequeno percentual de crianças, uma erupção cutânea discreta. A da catapora também pode provocar reação idêntica.

ROSÉOLA, CATAPORA OU OUTRAS DOENÇAS OCORREM DE NOVO?

Essas doenças causam imunidade duradoura. Ou seja, quem teve catapora não deve ter outra vez a doença. O mesmo ocorre com a roséola. Também quem teve mononucleose provada pelo vírus Epstein-Bar (EB) não deve ter de novo. O que ocorre é que há outras infecções virais que produzem quadros clínicos que podem ser diagnosticados erroneamente. A doença mão-boca-pé apresenta alguns dados clínicos muito parecidos com o da catapora e é com ela confundida. Vários outros vírus conhecidos e, seguramente muitos ainda não conhecidos, ocasionam quadro

cutâneo semelhante ao da roséola. O citomegalovírus e vários outros distintos do EB também produzem doença semelhante à mononucleose. Portanto, há vários vírus que provocam doenças com quadros clínicos muito parecidos ou idênticos. Isso é o que justifica, por exemplo, os diagnósticos de roséola e de mononucleose em clientes que apresentaram anteriormente tais enfermidades.

33.3 VARÍOLA DOS MACACOS

O texto abaixo foi publicado em 23/05/2002 pela OMS:

Casos da varíola dos macacos (*monkeypox*) não param de surgir em países onde a doença não é endêmica, a maioria deles na Europa. Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS) vem atualizando a quantidade de casos, a forma de transmissão e os sintomas que envolvem a doença 'prima' do vírus da varíola comum, que foi erradicado do planeta em 1980 com o apoio do órgão de saúde mundial.

De acordo com a OMS, até 21/5, foram confirmados 92 casos em ao menos 12 países onde a doença não é endêmica, todos da linhagem encontrada em países da África ocidental, porém sem relação direta com viagens ao continente africano. Esse evento é considerado pelo órgão como 'altamente incomum' e a OMS 'espera que mais casos em áreas não endêmicas sejam relatados'.

Transmissão

A varíola dos macacos é transmitida pelo monkeypox, vírus que pertence ao gênero orthopoxvirus da família Poxviridae, e é considerada uma zoonose viral (o vírus é transmitido aos seres humanos a partir de animais) com sintomas muito semelhantes aos observados em pacientes com varíola, embora seja clinicamente menos grave. O período de incubação da varíola dos macacos é geralmente de seis a 13 dias, mas pode variar de cinco a 21 dias, segundo a OMS.

A transmissão ocorre por contato próximo com lesões, fluidos corporais, gotículas respiratórias e materiais contaminados, como roupas de cama. E, segundo o órgão de saúde, a transmissão humano para humano está ocorrendo entre pessoas em contato físico próximo com casos sintomáticos.

Várias espécies animais foram identificadas como suscetíveis ao vírus da varíola dos macacos, mas permanece incerta a história natural do vírus, sobretudo os possíveis reservatórios e como a sua circulação é mantida na natureza. A ingestão de carne e outros produtos de origem animal malcozidas de animais infectados é um possível fator de risco, indica a OMS.

Sintomas

A OMS descreve quadros diferentes de sintomas para casos suspeitos, prováveis e confirmados. Passa a ser considerado um caso suspeito qualquer pessoa, de qualquer idade, que apresente pústulas (bolhas) na pele de forma aguda e inexplicável e esteja em um país onde a varíola dos macacos não é endêmica. Se este quadro for

acompanhado por dor de cabeça, início de febre acima de 38,5°C, linfonodos inchados, dores musculares e no corpo, dor nas costas e fraqueza profunda, é necessário fazer exame para confirmar ou descartar a doença.

Casos considerados 'prováveis' incluem sintomas semelhantes aos dos casos suspeitos, como contato físico pele a pele ou com lesões na pele, contato sexual ou com materiais contaminados 21 dias antes do início dos sintomas. Soma-se a isso, histórico de viagens para um país endêmico ou ter feito tido contato próximo com possíveis infectados no mesmo período e/ou ter resultado positivo para um teste sorológico de *orthopoxvirus* na ausência de vacinação contra varíola ou outra exposição conhecida a *orthopoxvirus*. Casos confirmados ocorrem quando há confirmação laboratorial para o vírus da varíola dos macacos por reação em cadeia da polimerase (PCR) em tempo real e/ou sequenciamento.

Origem e características do vírus

O nome *monkeypox* se origina da descoberta inicial do vírus em macacos em um laboratório dinamarquês em 1958. O primeiro caso humano foi identificado em uma criança na República Democrática do Congo em 1970.

Existem dois clados (linhagens) do vírus da varíola dos macacos: o da África Ocidental e o da Bacia do Congo (África Central). As infecções humanas com o clado da África Ocidental parecem causar doenças menos graves em comparação com o clado da Bacia do Congo, com uma taxa de mortalidade de 3,6% em comparação com 10,6% para o clado da Bacia do Congo, segundo a OMS.

Os países onde a varíola dos macacos é considerada endêmica são: Benin, Camarões, República Centro-Africana, República Democrática do Congo, Gabão, Gana (identificado apenas em animais), Costa do Marfim, Libéria, Nigéria, República do Congo, Serra Leoa e Sudão do Sul.

Tratamento e prevenção

A varíola geralmente é autolimitada, ou seja, pode ser curada com o tempo e sem tratamento, mas pode ser grave em alguns indivíduos, como crianças, mulheres grávidas ou pessoas com imunossupressão devido a outras condições de saúde. A OMS desaconselha a vacinação em massa contra a varíola Monkeypox. A vacinação é indicada apenas em situações especiais."

33.4 DENGUE

Na primeira edição deste livro, 2013, foi registrado que "a dengue é a doença infecciosa mais importante do Brasil atual...". Agora, a covid-19 tirou a dengue do pódio, mas a arbovirose continua firme entre nós. Nos últimos meses de 2022, são estes alguns dados sobre a ocorrência da dengue no Brasil:

- Em 2022, até meados de outubro, houve aumento de 184,6% no número de

casos prováveis de dengue em comparação com o mesmo período de 2021. As ocorrências passaram de 478,5 mil casos, no ano passado, para 1,3 milhão neste ano. Foram 909 óbitos confirmados em 2022.
- Brasil vive explosão de casos de dengue em 2022. Ano pode terminar com recorde de mortes pela doença. Total de mortes por dengue em 2022 já é maior do que o registrado nos últimos seis anos. Até a primeira semana de dezembro, 978 óbitos foram confirmados e mais de 1,4 milhão de casos registrados.

As informações abaixo sobre a dengue, por serem clássicas e ainda válidas, são apresentadas como na primeira edição do *Conversando com o pediatra*. Foram adaptadas de uma publicação oficial do governo brasileiro no Portal da Saúde. (http://www.saude.gov.br).

INFORMAÇÕES BÁSICAS – TRANSMISSIBILIDADE

A dengue é uma doença infecciosa febril aguda causada por quatro tipos de vírus (DEN 1, 2, 3 e 4). A infecção por um deles dá proteção permanente contra o mesmo tipo e imunidade parcial e temporária contra os outros três.

O mosquito *Aedes aegypti* transfere a doença do indivíduo infectado para o sadio. O mosquito infectado pode transportar o vírus da dengue e assim contaminar muitas pessoas ao longo de todo o seu ciclo de vida. A dengue é caracterizada por essa cadeia: mosquito não infectado se torna infectado após picar o homem infectado à mosquito infectado pica o homem susceptível se torna infectado à mosquito não infectado.

A fêmea do mosquito deposita os ovos em recipientes com água. Ao saírem dos ovos, as larvas vivem na água por cerca de uma semana quando se transformam em mosquitos adultos prontos para picar as pessoas. O *Aedes aegypti* procria numa velocidade prodigiosa e o adulto vive em média 45 dias.

A transmissão da doença ocorre mais quando a temperatura gira em torno de 30° a 32° C. A fêmea coloca os ovos e, em condições adequadas, os embriões se desenvolvem em 48 horas. Os ovos embrionados suportam períodos secos de até um ano e podem ser transportados por longas distâncias fixos nas bordas dos recipientes. Da fase do ovo até a fase adulta, há um período de dez dias. Os mosquitos acasalam no primeiro ou no segundo dia após se tornarem adultos. Depois desse acasalamento, as fêmeas passam a se alimentar de sangue, como do ser humano, que possui as proteínas necessárias para o desenvolvimento dos ovos.

O *Aedes aegypti* mede menos de um centímetro e tem aparência inofensiva, cor café ou preta com listras brancas no corpo e nas pernas. Costuma picar nas primeiras horas da manhã e nas últimas da tarde, evitando o sol forte, mas, mesmo nas horas quentes, ele pode atacar à sombra, dentro ou fora de casa. Há suspeitas de que alguns ataquem durante a noite. O indivíduo não percebe a picada, pois no momento não dói e nem coça.

QUADRO CLÍNICO

Os sintomas da infecção em geral se manifestam, em média, de cinco a seis dias após a picada. Existem duas formas clínicas:

Dengue Clássica — subitamente ocorrem febre alta, dor de cabeça intensa, dor atrás dos olhos e que agrava com os movimentos oculares, perda do paladar e do apetite, erupção cutânea principalmente no tórax e membros superiores, náuseas e vômitos, tonturas, cansaço intenso, moleza e dores no corpo, nos ossos e nas articulações. Esse quadro dura até cerca de sete dias e após esse período os sintomas começam a diminuir até desaparecer.

Dengue Hemorrágica — os sintomas iniciais são os mesmos da dengue clássica e quando a febre desaparece começam a surgir: dores abdominais fortes e contínuas, vômitos persistentes, pele pálida, fria e úmida, sangramento pelo nariz, na boca e nas gengivas, manchas vermelhas na pele, sonolência, agitação, confusão mental, sede excessiva e boca seca, pulso rápido e fraco, dificuldade respiratória e perda de consciência.

O quadro clínico da dengue hemorrágica tende a se agravar rapidamente e podem aparecer sinais de instabilidade circulatória com queda da pressão arterial (choque), o que pode terminar com morte em até 24 horas. Cerca de 5% das pessoas com dengue hemorrágica morrem.

TRATAMENTO

A primeira medida é buscar ajuda médica. Além do exame clínico existem dados laboratoriais que ajudam a definir a doença e a sua gravidade.

Não existe antibiótico para tratar a infecção. Os cuidados são para ajudar os enfermos a superarem a fase aguda da doença. A medida mais importante é a hidratação oral (água, sucos, refrescos, água de coco, chãs) que deve ser cuidadosamente executada ao longo de toda a fase febril da enfermidade. O repouso é essencial. Os remédios para a febre e a dor devem ser receitados pelos médicos que prescrevem um plano de seguimento.

PREVENÇÃO

1 - LUTA CONTRA O *AEDES AEGYPTI*

O problema é que a reprodução do *Aedes aegypti* ocorre em qualquer recipiente utilizado para armazenar água, tanto em áreas sombrias como ensolaradas: caixas d'água, barris, tambores, vidros, potes, pratos e vasos de plantas, tanques, cisternas, garrafas, latas, pneus, panelas, calhas de telhados, bandejas, bacias, drenos de escoamento, canaletas, blocos de cimento, urnas de cemitério, folhas de plantas, tocos e bambus, buracos de árvores e muitos outros, onde a água da chuva é coletada ou armazenada.

Assim, a prevenção e as medidas de combate exigem a participação e a mobilização de toda a comunidade a partir da adoção de um conjunto de medidas simples que visam à interrupção do ciclo de transmissão da infecção. As ações isoladas são insuficientes.

Numa epidemia da dengue, há a necessidade de serem executadas medidas de controle como o uso de inseticidas aplicados através de carro "fumacê" para diminuir o número de mosquitos adultos transmissores e interromper a disseminação da doença. Nessa oportunidade, a comunidade deve cooperar com o processo, mantendo as portas e janelas das casas abertas, de modo a permitir a entrada do inseticida.

2 - MEDIDAS QUE EVITAM AS PICADAS DO INSETO

As pessoas não picadas pelos insetos não adoecem e não se tornam um foco de transmissão da doença. Veja algumas dicas para evitar as picadas:

Medidas para evitar a picada de mosquito:

- **Espirais ou vaporizadores elétricos:** devem ser colocados ao amanhecer e/ou no final da tarde, antes do pôr do sol, horários em que os mosquitos da dengue mais picam.

- **Mosquiteiros:** devem ser usados principalmente nas casas com crianças. Devem cobrir as camas e outras áreas de repouso, tanto durante o dia quanto à noite.

- **Repelentes:** podem ser aplicados no corpo, mas devem ser adotadas precauções quando utilizados em crianças pequenas e idosos, em virtude da maior sensibilidade da pele.

- **Telas:** usadas em portas e janelas, são eficazes contra a entrada de mosquitos nas casas.

Medidas para a eliminação dos locais de reprodução do mosquito:

- **Tampar os grandes depósitos de água:** é essencial a boa vedação com tampas dos recipientes como caixas d'água, tanques, tinas, poços e fossas que impedirão os mosquitos depositarem seus ovos. Esses locais, se não forem bem vedados, permitirão a fácil entrada e saída de mosquitos.

- **Remover o lixo:** o acúmulo de lixo e de detritos em volta das casas pode servir como excelente meio de coleta de água de chuva. Portanto, as pessoas devem evitar tal ocorrência e solicitar sua remoção pelo serviço de limpeza pública ou enterrá-los ou queimá-los, onde isto for permitido.

- **Fazer controle químico:** existem larvicidas seguros e fáceis de usar, que podem ser colocados nos recipientes de água para matar as larvas em desenvolvimento. Esse método para controle doméstico da dengue em cidades grandes tem sido usado com sucesso por várias secretarias municipais de saúde e é realizado pelos agentes públicos de controle da dengue.

- **Limpar os recipientes de água:** não basta trocar a água do vaso de planta ou usar um produto para esterilizar a água, como a água sanitária. É preciso lavar as laterais e as bordas do recipiente com bucha, pois nesses locais os ovos eclodem e se transformam em larvas.

3 - OUTRAS IMPORTANTES MEDIDAS:

- **Qualidade e quantidade da água:** um eficiente tratamento da água e sua disponibilidade à população são importantes para a prevenção da dengue. A falta d'água força as pessoas a armazenarem-na em recipientes que podem tornar-se criadouros para os mosquitos transmissores.

- **Coleta de lixo:** a coleta regular de lixo também reduz os possíveis criadouros de mosquitos.

- **Inspeção domiciliar para controle da reprodução de mosquitos**: quando isso for necessário, visitas domiciliares determinam se há reprodução de mosquitos dentro e em volta das casas. Os inspetores públicos ensinam aos moradores os meios para impedir a reprodução dos mosquitos.

- **Campanhas de educação em saúde:** o primeiro passo para uma adequada ação contra o mosquito da dengue é informar as comunidades sobre a doença e sobre as medidas adequadas para combatê-la.

- **Preparação para emergências:** no caso de disseminação da dengue, as comunidades e municípios devem adotar medidas para a proteção contra a doença. Planos de ação devem ser formulados e implantados em conjunto pelas autoridades sanitárias nacionais, estaduais e locais, incluindo a habilitação dos médicos e dos enfermeiros, a identificação de unidades de saúde de referência, a obtenção de equipamentos para a aplicação dos inseticidas, sua estocagem, fornecimento de veículos e outras medidas consideradas necessárias.

- **Campanhas de remoção de lixo:** as atividades de remoção de lixo têm efeitos duradouros e amplos, não apenas sobre o mosquito da dengue como também sobre moscas, roedores e baratas.

- **Campanhas escolares:** a participação das escolas no processo de promoção da saúde e de uma comunidade é de grande importância. Os estudantes podem participar ativamente das campanhas de informação, levando para sua família e seus vizinhos as mensagens educativas recebidas. Inicialmente, participam limpando a própria escola. Posteriormente, adotam a mesma iniciativa em suas casas e arredores. As escolas podem organizar projetos e centros de interesse.

Repetimos que o texto faz parte de uma estratégia educacional para os familiares e nunca procura substituir a consulta médica individualizada.

34 | CRIANÇA E ADOLESCENTE BAIXOS: USO DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO

Claudia Coutinho
Filumena Maria da Silva Gomes
João Guilherme Bezerra Alves
Marcello Pitta Pontual
Ney Cavalcanti de Albuquerque
Otelo Schwambach Ferreira
Thereza Selma Soares

É frequente a preocupação com a pequena estatura da criança e do adolescente, sobretudo quando do sexo masculino. O interesse sobre o tema explodiu com a síntese do hormônio de crescimento, que ampliou a possibilidade do seu uso terapêutico. E isso tem provocado muita celeuma entre pediatras, endocrinologistas e outros profissionais que se interessam pelo crescimento da criança e do adolescente.

QUAL A IMPORTÂNCIA DA MEDIDA DA ALTURA?

A altura (estatura) é um importante indicador de saúde e o cuidador têm razão ao procurar o médico quando acha que a criança ou o adolescente está crescendo pouco. A medida da estatura, apenas uma vez, pode chamar a atenção do médico. Mas é o acompanhamento metódico, contínuo, do crescimento do garoto e da garota por um longo tempo que fornece os dados mais valiosos.

A medida da altura é essencial na consulta pediátrica e há muitos anos os pediatras registram num gráfico as medidas obtidas. Criança que apresenta redução ou aumento do ganho estatural, registrado no gráfico de crescimento, pode apresentar doenças: genéticas, metabólicas, endocrinológicas, nutricionais, digestivas, neurológicas, ósseas e psíquicas, dentre outras.

A GRANDE MAIORIA DA MENINADA NÃO TEM GRÁFICO DE CRESCIMENTO! COMO PROCEDEMOS?

Infelizmente é real. Mas está mudando. O SUS distribui gratuitamente para cada brasileirinho a *Caderneta de Saúde da Criança* para registro dos eventos da saúde, ao longo do tempo. É um tesouro. Entre muitos outros itens, lá estão os gráficos de crescimento, entre eles o de altura, que permitem a anotação e o acompanhamento de cada criança. Quando os dados não estão disponíveis sob a forma de um gráfico, o cuidador deve buscar na escola, com o professor de educação física ou com outros

médicos que examinaram a criança as informações sobre a altura. Qualquer dado é útil. Isso mais os dados colhidos pelo exame atual permitirão ao médico formar algum juízo sobre o diagnóstico.

O QUE DETERMINA A ALTURA?

O crescimento estatural tem forte base genética. Em condições normais, os genes herdados são os mais importantes definidores da altura final do ser humano. Mas condições nutricionais, peso e tamanho ao nascimento, saúde geral, vacinação, prática esportiva e vários outros aspectos ambientais são importantes.

O QUE É O NORMAL? QUAL O CONCEITO DE BAIXA ESTATURA?

O entendimento familiar é simples e útil. O pai e a mãe comparam a filha e o filho com a meninada, principalmente da escola, e referem: "ela é do tamanho das garotas da sala" ou "ele é o mais baixo da turma." É avaliação que deve ser valorizada pelo pessoal da saúde.

Essa ideia de comparar o paciente com outras crianças é usada pelos pesquisadores médicos e pelo estaticistas para definir se o caso em estudo é normal ou anormal. A medicina usa dados de milhares de crianças sem doenças que foram avaliadas. As informações por cada grupo etário e por cada sexo permitiram a construção do padrão normal para cada item estudado. Assim foi feito para o aspecto altura.

O padrão normal demonstrado é exposto sobre a forma de tabelas e de gráficos de vários tipos como a curva de crescimento para altura. Existem também dados sobre o padrão de crescimento de portadores de certas enfermidades, como na Síndrome de Down.

O gráfico, ou curva de altura, serve de padrão para o estudo da criança sadia e da criança com provável baixa estatura. Assim elas são sempre comparadas com milhares de outros meninos ou meninas normais da sua idade e sexo. Consultar o capítulo 5, *O que é normal? E o que é anormal?*, na Parte I deste livro.

A TABELA É MAIS SIMPLES OU ESTOU ENGANADA?

A tabela ajuda. Mas oferece visão estática da altura para a criança de determinado sexo e idade.

Inquestionavelmente a curva de crescimento é mais útil. Ela permite visão dinâmica do processo de incremento estatural, pois a cada nova medida a criança é comparada com ela mesma e com o que ocorre com a população. Logo é facilmente mostrado ao familiar que tem visão convincente do problema do filho ou filha, pode ser impresso, fotografado e enviado por e-mail ou diferente meio para avaliação por outro médico e serve magistralmente para o controle da resposta ao tratamento.

APÓS COLOCAR A ALTURA DA CRIANÇA NO GRÁFICO, QUANDO O MÉDICO ADMITE OU DEFINE QUE A ESTATURA É ANORMAL?

Há situações em que as informações clínicas por si só são evidentes. Na acondroplasia, por exemplo. Não é necessário o estudo do gráfico de altura para definir que o acondroplásico é muito pequeno.

Mas, para a maioria das crianças e dos adolescentes sem alterações clínicas evidentes, a baixa estatura é aceita quando a altura estiver abaixo do percentil 3 ou da linha inferior do gráfico. Também devem ser avaliados em relação a estatura os meninos e meninas com estatura inadequada em relação ao padrão familiar ou se não estiverem crescendo o esperado para a idade, mesmo que estejam acima do percentil 3.

E AS CRIANÇAS QUE NASCEM PEQUENAS OU PREMATURAS?

São considerados prematuros aqueles que nascem antes das 37 semanas de gestação. E da mesma forma que avaliamos a estatura da criança e adolescente a cada idade, temos para cada idade gestacional uma variação de peso e estatura que seria considerado normal e abaixo daquele padrão, a criança seria considerada pequena para idade gestacional.

A criança pode não ter sido prematura, mas por algum motivo, por exemplo, alguma doença da mãe durante a gestação, nascer pequena ou com baixo peso. E em relação aos prematuros, podem ter peso e tamanho adequado para idade gestacional ou além de serem prematuros, também serem pequenos para idade gestacional.

Essas crianças nos primeiros anos de vida, além do crescimento esperado, terão que crescer a mais para alcançar as crianças de mesma idade. No primeiro ano de vida, o crescimento esperado em média são 25 cm e no segundo são 15 cm, então quem nasceu com 50 cm ao fim do segundo ano teria 90 cm, enquanto quem nasceu com 45cm, teria apenas 85cm; mesmo os dois sendo saudáveis, tendo nascido com mesma idade gestacional, e tendo o mesmo crescimento. Essas crianças que nasceram pequenas para idade gestacional geralmente conseguem crescer a mais (*catch-up*) e fazem essa recuperação até os dois, mas se também foram prematuros além de pequenos, essa recuperação pode ocorrer até os quatro anos de idade.

Se não houve a recuperação, seria adequado realizar avaliação com endocrinologista pediátrico e considerar a reposição com hormônio de crescimento.

A BAIXA ALTURA É UM PROBLEMA?

O importante é ser sadio. O homem e a mulher de menor estatura têm potencialmente a mesma chance de ser tão hígidos quanto os mais altos. A comunidade pensa que os mais altos são mais sadios. Isso não é verdade. Os mais altos, dos dois sexos, podem ser melhores atletas de vôlei, de basquete, de natação e de muitos outros esportes. Os mais altos, sobretudo os rapazes, podem até chamar

mais a atenção na escola e nos encontros sociais. Mas não se pode falar que eles sejam os mais sadios. As mulheres com 1,60 m casadas com homens com 1,70 m tendem a comparar seus filhos com os das mães com 1,75 m casadas com homens de 1,95 m. Essa e uma comparação indevida. Mas isso é esquecido e a imagem de que os mais altos são mais sadios, mais belos, mais destacados nos esportes e até na carreira profissional é sempre mais forte. Não é assim. Indivíduos com estatura menor podem ser mais sadios que os mais altos. Os conceitos de boa ou má saúde envolvem muitos outros aspectos e não são definidos por apenas um fator como a estatura.

NÃO É MELHOR QUE O RAPAZ SEJA MAIS ALTO QUE A MOÇA?

O familiar tolera mais a menor estatura na filha do que no filho. Ao fim do crescimento estatural, o homem é em média 13 cm maior do que a mulher. O pai fica preocupado quando percebe que seu filho é menor do que alguns meninos da mesma idade, ou pior ainda, quando percebem que é mais baixo que algumas meninas da mesma faixa etária. E ele passa a agir em função dessas observações. Fala com o pediatra e procura outros médicos quando a orientação não foi convincente. Busca o endocrinologista, exige exame e vive angustiado com a estatura do filho que, na maioria das vezes, é normal.

QUANDO É FEITO O DIAGNÓSTICO DO RETARDO ESTATURAL?

Numa estrutura modelar, onde a criança e o adolescente são assistidos de forma sistemática, contínua e qualificada, os desvios do crescimento estatural podem ser descobertos pelos pediatras muito precocemente. E tudo seria mais fácil. O diagnóstico seria feito mais cedo e o tratamento teria maior chance de funcionar. Um exemplo clássico é o exame do pezinho que permite ao pediatra descobrir e tratar precocemente várias enfermidades graves. Algumas com importante influência no crescimento como é o deficiente funcionamento da tireoide.

NOS BEBEZINHOS, É POSSÍVEL DIAGNOSTICAR OS QUE SERÃO BAIXINHOS?

O teste do pezinho e a consulta pediátrica no recém-nascido permitem diagnosticar doenças que atrapalham o crescimento. O pré-natal, o nascimento e todas as fases da infância devem ter assistência médica adequada, sistematizada, o que permite descobrir cedo as anormalidades do crescimento. Quando existem anormalidades evidenciadas ao nascimento — dos membros, olhos, coração e outras — que fazem pensar em doenças específicas, é possível ao médico diagnosticar desvios na altura e no perímetro cefálico, por exemplo. Mas não é possível ao pediatra falar, logo ao nascimento e nos primeiros meses, sobre as crianças normais que tendem a ser adultos altos ou baixos. A estatura do pai e da mãe fornece dados que podem sugerir a altura final da criança.

QUANDO VOCÊS SABEM QUE AS CRIANÇAS SERÃO ADULTOS BAIXOS OU ALTOS? E O QUE CAUSA A BAIXA ESTATURA?

O gráfico ou curva de altura usado sistematicamente permite a definição precoce da criança que precisa atenção especial. E essa criança pode ser alocada em um de dois grupos:

- **Doente**: o pediatra analisa os dados do gráfico de estatura, clínicos e os laboratoriais e define se a criança apresenta crescimento anormal e, numa segunda etapa, se há doença: intestinal, cardíaca, respiratória, neurológica, renal, osteomuscular, endócrina, metabólica, genética, dentre outras. A criança doente, mais vezes muito pequena, mas às vezes muito alta, precisa tratamento apropriado.
- **Sadia**: essa é a situação mais comum. O pediatra tem condições de conhecer a criança que, embora normal, absolutamente hígida, apresenta estatura que provavelmente a caracterizará como adulto baixo ou alto. Nesta situação, é possível falar sobre o crescimento estatural da criança antes que o cuidador pergunte. Na criança e no adolescente saudáveis, o gráfico de crescimento estatural não apresenta desvios para cima ou para baixo. Nos primeiros anos de vida da criança, o pediatra pode medir a altura do pai e da mãe, calcular o alvo estatural e falar se a altura da criança está ou não dentro do perfil familiar. É possível começar a montar desde muito cedo uma estratégia para abordar o assunto.

POR QUE VOCÊS USARAM A PALAVRA PROVAVELMENTE?

Não é possível nos primeiros anos definir com precisão como será a estatura final. Há crianças pequenas que parecem que serão adultos baixos e que apresentam um extraordinário crescimento pubertário que derruba a previsão inicial. As meninas que parecem que serão muito baixas na vida adulta poderão alcançar uma estatura maior do que a imaginada se a primeira menstruação ocorrer lá pelos 14 ou 15 anos de idade. Os garotos que crescem entre os menores da turma e que apresentam os sinais puberais lá pelos 14 ou 15 anos, poderão alcançar uma estatura final maior do que a antes prevista. Por outro lado, quando as garotas menstruam mais cedo e quando os rapazes apresentam sinais puberais mais precocemente, há maior chance de alcançarem estatura menor. Assim, não é possível definir com exatidão a estatura final nos primeiros anos, mesmo usando as curvas de crescimento e a avaliação da idade óssea.

O QUE FAZER QUANDO EXISTE ANORMALIDADE NA ESTATURA?

Estatura anormalmente baixa ou elevada pode existir em várias doenças. O primeiro objetivo é diagnosticar o que existe. Essa tarefa é conseguida com exames (sangue, urina, imagem e outros) e consulta com especialistas (endocrinologistas, geneticistas,

neurologistas e outros). O tratamento pode resultar na total normalização do padrão de crescimento e no desaparecimento dos sintomas da doença. Um dos melhores exemplos é a deficiência do funcionamento da tireoide. A medicação com hormônios tireoidianos produz a retomada do crescimento e o desaparecimento dos sintomas. Há outras situações que a medicina ainda hoje não consegue mudar.

E QUANDO NÃO EXISTEM ANORMALIDADES?

Nas crianças normais, as preocupações com a estatura são comuns nas consultas do quinto ou sexto ano de vida quando os colegas de escola começam a chamar os meninos, sobretudo eles, de "baixinhos" ou "tampinhas". Mas essas questões são mais intensas antes do início da puberdade. E nessa idade, é possível perceber as diversas preocupações dos familiares:

- A mais comum é com a aparente pouca estatura dos garotos, pois os pais desejam sempre que seus filhos homens tenham mais de 1,80 m de altura. Essa preocupação existe com mais ênfase antes dos primeiros sinais puberais.
- A segunda situação é com a primeira menstruação nas meninas baixinhas. As mães sabem que se o primeiro ciclo menstrual ocorrer muito cedo a altura será menor.
- Outra preocupação, menos comum, é com as garotas que sempre foram as mais altas do seu grupo, as mães manifestam suas preocupações, sobretudo quando elas, apesar de estarem com onze ou doze anos, não apresentam sinais puberais o que significa que a altura final será muito alta. A preocupação com a estatura final dos garotos que terão 1,95 ou 2,00 m de altura é muito menor. No fim do capítulo, será apresentada rapidamente essa questão,

O QUE É A IDADE ÓSSEA?

A idade óssea consta de um estudo radiológico dos núcleos de crescimentos dos ossos. As doenças que retardam o crescimento usualmente retardam a idade óssea. Há doenças que fazem a idade óssea avançar. Vamos falar sobre alguns exemplos de idade óssea em crianças baixas:

I. **Idade óssea atrasada em relação à cronológica:** quando não existe doença, a idade óssea atrasada significa maior potencial de crescimento. Essas crianças sadias estão amadurecendo lentamente e terão início tardio da puberdade e uma estatura final maior. Mas é importante verificar se não existem doenças, como a doença celíaca ou a deficiência do funcionamento da tireoide, nesse grupo de crianças. É importante reavaliação da idade óssea, principalmente com a progressão do desenvolvimento da puberdade ou se paciente apresentar excesso de peso, pois pode acontecer um avanço rápido da idade óssea.

II. **Idade óssea compatível com a cronológica:** geralmente significa que não há distúrbios hormonais. Também significa que existe menor potencial de crescimento do que nas crianças que têm atraso na idade óssea.

III. **Idade óssea mais avançada do que a idade cronológica**: são crianças que alcançam a puberdade mais cedo e que podem ficar com a altura menor do que se a puberdade fosse anos depois.

EXISTEM DOSAGENS HORMONAIS QUE AJUDAM OS MÉDICOS?

Existem sim e devem ser solicitados pelos médicos que se baseiam no estudo da(s) possibilidade(s) diagnóstica(s) formulada(s). Assim o conjunto —análise do gráfico de crescimento da altura + estudo clínico para avaliar se existem ou não doenças que causam retardo estatural + análise do padrão de altura da família + verificação da idade óssea + dosagens hormonais — permite definir qual a melhor proposta terapêutica.

O QUE FAZER PARA OS GAROTOS NORMAIS QUE NÃO SERÃO ALTOS?

Nessa situação, os médicos devem:

- Ter certeza de que não existem doenças. A doença celíaca mostra que o diagnóstico da enfermidade que causa baixa estatura pode ser complexo.
- Estimular a prática de esportes. Reduzir o sedentarismo. Buscar as melhores condições e saúde (nutrição e vacinação adequadas).
- Tentar estabelecer um vínculo de confiança com os familiares. Discutir sobre uma entrevista com o endocrinologista de crianças.

EXISTE TRATAMENTO HORMONAL PARA ESSES GAROTOS?

Os pediatras e os endocrinologistas de crianças têm condições de avaliar os riscos e os benefícios dos tratamentos propostos para as crianças normais e pequenas. A preocupação dos pediatras é a de mostrar que esses garotos são normais, que eles se transformarão em rapazes normais, que a estatura final que eles alcançarão, por exemplo, 1,68 m, é uma estatura de muitos homens sadios, e que não existe tratamento sem efeitos colaterais.

AINDA SÃO USADOS OS HORMÔNIOS MASCULINOS?

Certos adolescentes apresentam deficiente ganho estatural + ausência de sinais puberais + retardo da idade óssea + ausência de doença endócrina. Os hormônios masculinos ou androgênicos, parentes da testosterona, foram usados por muito tempo para disparar o processo de amadurecimento puberal nos adolescentes, como os antes descritos, do sexo masculino.

Os pediatras discutem essa conduta atualmente face aos importantes efeitos colaterais dos hormônios masculinos. A melhor alternativa é garantir ao adolescente e aos familiares que não existem anormalidades e que tudo é apenas uma questão de tempo. E hoje existe a alternativa do emprego do hormônio do crescimento sintético.

Lembrar sempre que os hormônios masculinos não são indicados na adolescente feminina. Provocam significante masculinização.

OS ENDOCRINOPEDIATRAS CONDORDAM COM A POSIÇÃO DOS PEDIATRAS?

Nos adolescentes que apresentam deficiente ganho estatural associado a ausência de sinais puberais + retardo da idade óssea + ausência de doença endócrina, pode ser utilizado hormônios masculinos ou androgênicos para estimular o início do desenvolvimento puberal. No caso das adolescentes do sexo feminino, o desenvolvimento de características puberais seriam estimuladas pelo uso de estrógenos. O uso desses hormônios seria por 3 a 6 meses e em doses baixas. Em alguns casos, pode ser necessário o uso de hormônio de crescimento sintético para garantir a estatura na vida adulta no mesmo padrão da estatura da família. Nos adolescentes do sexo masculino, ainda para auxiliar no crescimento, pode ser utilizado o inibidor de aromatase, com melhor efeito associado ao hormônio de crescimento, pois sua ação é impedir o avanço da idade óssea com a progressão da puberdade. O inibidor de aromatase está em uso e descrito em estudo já há mais de 10 anos, porém ainda permanece sendo *off label*.

É POSSÍVEL RETARDAR A MENSTRUAÇÃO?

É essencial que os médicos definam com precisão qual a garota normal que menstruará mais cedo e que provavelmente ficará com baixa estatura. Se existem anormalidades ou mesmo se existem dúvidas sobre o diagnóstico é importante revisar o assunto. O que discutimos antes sobre a importância da prática esportiva, da luta contra o sedentarismo, do fornecimento de condições para o desenvolvimento pleno da saúde e do acompanhamento pediátrico adequado também é aplicável nesta situação. É possível que, para muitas famílias, a terapêutica pare por aqui e não sejam usados medicamentos. Mas os familiares devem ser avisados que existe medicação hormonal destinada a retardar o início dos ciclos menstruais e permitir que alguns centímetros de altura sejam ganhos.

QUAL O PAPEL DOS ENDOCRINOLOGISTAS DE CRIANÇAS?

Os endocrinologistas são essenciais em muitos dos problemas de crescimento. Quando a criança é normal, eles auxiliam os pediatras a debaterem os riscos e os benefícios da adoção de qualquer medida. Sobretudo auxiliam a debater o uso do hormônio de crescimento. Quando são anormais e há doenças que diminuem o potencial de crescimento e causam outros transtornos eles são fundamentais na escolha do tratamento.

TEMOS NOTÍCIAS DE QUE HÁ MUITAS CRIANÇAS USANDO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO! O QUE ACHAM?

O hormônio do crescimento sintético derrubou a dificuldade quando não se dispunha do remédio para tratar a criança com deficiência na produção do aludido hormônio. Não há discussão sobre a indicação do tratamento hormonal para o paciente que não sintetiza a substância. Mas hoje, a facilidade de ter o hormônio é tão grande, que até indicações questionáveis estão sendo observadas em vários locais do mundo. E não se questiona a influência da indústria farmacêutica para que os médicos descubram outras indicações para o uso da substância. E obviamente a situação mais comum é a indicação, que pode ser abusiva, do hormônio do crescimento para a criança, o menino mais das vezes, com baixa estatura familiar ou constitucional. É uma questão que coloca muitas vezes o pediatra e o endocrinologista em lados opostos.

O pediatra, principalmente o que conhece os trabalhos de Tanner & Whitehouse, dois ingleses fantásticos, sobre o crescimento do garoto que amadurece cedo e do garoto que amadurece tarde, enfim que é púbere mais cedo ou mais tarde, é mais tolerante e tende a esperar que a mãe natureza continue a cumprir sua missão. E não usar remédios. E, parece, que o endocrinologista é mais imediatista e recomenda a terapêutica hormonal. Durante o acompanhamento para definir sobre necessidade do uso de reposição do hormônio de crescimento é importante avaliar a idade em que se inicia a puberdade, qual a estatura apresenta neste momento e a idade óssea. Mas, como a medicina é a prática das "verdades transitórias", esperemos para ver onde vai terminar esta história.

E OS EFEITOS COLATERIAIS DO USO DO HORMÔNIO DO CRESCIMENTO EM CRIANÇA E ADOLESCENTE NORMAIS?

Vale pensar sempre sobre o paradigma: "não há remédio sem efeito colateral".

O efeito indesejável é, talvez, tolerado quando a medicação é usada para tratar uma doença — reação adversa no tratamento com hormônio do crescimento para o paciente que não o produz.

Por outro lado, é dificilmente aceita a reação indesejada quando a medicação é usada em criança que não precisava, em criança normal**.** Exemplo, problema causado pelo uso do hormônio do crescimento em criança sadia. Em criança pequena, mas absolutamente normal.

E quando se fala em efeito colateral é impossível não lembrar das terríveis experiências com a talidomida e com o dietiniletlbestrol (DES). Será lembrada a segunda experiência,

Antes de 1971, milhões de embriões/fetos foram expostas ao DES quando suas mães foram medicadas com o hormônio para evitar dificuldades na gravidez. Pesquisadores médicos relacionaram um tipo raro de câncer no útero de adolescentes filhas das mulheres que haviam usado o DES quando grávidas. E a partir daí um mutirão de estudiosos explorou o tema e concluiu que aos 45 e aos 55 anos ainda era possível de-

monstrar efeitos indesejáveis e muito provavelmente produzidos pela exposição precoce ao DES. Infertilidade, tendência para aborto espontâneo, para parto prematuro, morte fetal no segundo trimestre da gestação, gravidez ectópica, pré-eclâmpsia, parto de natimorto e menopausa precoce, câncer do colo do útero e câncer de mama foram relacionados ao contato precoce com o DES. E os autores concluíram que a exposição intrauterina de mulheres ao DES está associada a um **"risco maior durante toda a vida de uma ampla gama de resultados adversos de saúde"** (o grifo é nosso).

E agora os netos das mulheres medicadas com DES estão sendo estudados e já há evidências de algumas anormalidades provavelmente relacionadas ao uso da substância na sua vovó. Vejam, então, que os efeitos colaterais de uma substância aplicada no ser humano devem ser vistos no longo, longuíssimo prazo. E até em outras gerações.

O Prof. João Guilherme Bezerra Alves, com a sua autoridade de estudioso da Pediatria, cita que a terapêutica com o hormônio de crescimento recombinante (sintético) é aparentemente segura, que até agora não existe relação do uso do produto com tumores ou com outros problemas. Mas que o uso foi iniciado nos últimos anos da década de 1980 (então há cerca 30 anos) e que inexiste experiência com o seguimento por tempo mais longo. Provavelmente a maioria dos que usaram o hormônio tenha hoje mais ou menos 40 anos. Como estarão eles aos 60 ou 70 anos?

Então, sobretudo após a experiência com os efeitos adversos do DES, não é possível ter certeza sobre o que ainda temos a aprender sobre as consequências do tratamento com o hormônio do crescimento, principalmente quando usado na criança normal.

E NO CASO DA CRIANÇA E ADOLESCENTE ALTOS?

É tema menos importante e menos conflitivo que o anterior. Mesmo assim o revisaremos brevemente.

A CRIANÇA E O ADOLESCENTE MUITO ALTOS SÃO SEMPRE NORMAIS?

Não. Existem doenças, endócrinas (tumor de hipófise com produção excessiva do HC) ou não (doença de Klinefelter), caracterizadas pelo crescimento estatural excessivo. E existem criança e adolescente normais, que é a situação mais comum, filhos de pais e mães altos, que serão altos por influência genética.

Novamente: o acompanhamento sistematizado do crescimento com o uso da curva de crescimento e, obviamente, e a análise clínica detalhada, com a interpretação adequada das informações, permite conhecer precocemente os que serão muito altos e a estudar adequadamente os que necessitarem.

QUAL A POSIÇÃO DA MEDICINA PARA OS GAROTOS QUE SERÃO MUITO ALTOS?

Se eles são normais, altos, mas normais, basta conversar com os cuidadores sobre o assunto e traçar uma estratégia de acompanhamento. Para esse grupo, não há dificuldades, pois, os genitores acham que o filho alto é um belo troféu.

O QUE FAZER COM AS MOCINHAS NORMAIS QUE SERÃO MUITO ALTAS?

Os pediatras deverão debater com os familiares, sempre com o apoio dos endocrinologistas de crianças, os riscos e os benefícios do uso de medicamentos para induzir a parada do crescimento das mocinhas que deverão se transformar em mulheres muito altas. Estimulamos a leitura do subcapítulo a seguir. Lá existem informações que consolidam o que foi escrito.

E também estimulamos a leitura do *Normal at any cost— tall girls, short boys and the medical industry's quest do manipulate height,* extraordinário trabalho das jornalistas científicas Susan Cohen e Christine Cosgrove. No livro, estão descritas todas as tentativas de interferir no crescimento de rapazes e moças normais simplesmente pelo fato de serem baixos ou altos. Está descrita até a redução cirúrgica dos ossos da perna para diminuir a altura de mocinha muito alta. Barbaridade!

34.1 TABELAS DE ALTURA

TABELA DE ALTURA PARA MENINAS ATÉ OS 2 ANOS DE IDADE

Idade (meses)	Altura mínima	Altura média	Altura máxima
0 meses	45,4 cm	49,1 cm	52,9 cm
1 mês	49,8 cm	53,7 cm	57,6 cm
2 meses	53,0 cm	57,1 cm	61,1 cm
3 meses	55,6 cm	59,8 cm	64,0 cm
4 meses	57,8 cm	62,1 cm	66,4 cm
5 meses	59,6 cm	64,0 cm	68,5 cm
6 meses	61,2 cm	65,7 cm	70,3 cm
7 meses	62,7 cm	67,3 cm	71,9 cm
8 meses	64,0 cm	68,7 cm	73,5 cm
9 meses	65,3 cm	70,1 cm	75,0 cm
10 meses	66,5 cm	71,5 cm	76,4 cm
11 meses	67,7 cm	72,8 cm	77,8 cm
12 meses	68,9 cm	74,0 cm	79,2 cm
13 meses	70,0 cm	75,2 cm	80,5 cm
14 meses	71,0 cm	76,4 cm	81,7 cm
15 meses	72,0 cm	77,5 cm	83,0 cm
16 meses	73,0 cm	78,6 cm	84,2 cm
17 meses	74,0 cm	79,7 cm	85,4 cm
18 meses	74,9 cm	80,7 cm	86,5 cm
19 meses	75,8 cm	81,7 cm	87,6 cm

20 meses	76,7 cm	82,7 cm	88,7 cm
21 meses	77,5 cm	83,7 cm	89,8 cm
22 meses	78,4 cm	84,6 cm	90,8 cm
23 meses	79,3 cm	85,5 cm	91,9 cm
24 meses	80,0 cm	86,4 cm	92,9 cm

TABELA DE PESO E ALTURA PARA MENINAS DOS 3 AOS 18 ANOS DE IDADE

Idade (anos)	Mínimo		Médio		Máximo	
	Peso (kg)	*Altura (cm)*	*Peso (kg)*	*Altura (cm)*	*Peso (kg)*	*Altura (cm)*
3	11,61	88,4	14,42	95,7	18,96	103,5
4	13,25	95,2	16,42	103,2	21,86	112,3
5	14,56	100	18,37	109,1	23,95	118,8
6	16,87	108	21,09	115,9	26,63	125,4
7	18,73	114	23,68	122,3	30,63	131,7
8	20,55	119,1	26,35	128	35,79	137,4
9	22,27	123,6	28,94	132,9	40,78	143,4
10	24,13	127,7	31,89	138,6	46,22	149,3
11	26,26	132,3	35,74	144,7	51,21	157,4
12	28,85	137,8	39,74	151,9	57,92	164,6
13	32,75	143,7	44,95	157,1	64,55	168,4
14	37,69	148,2	49,17	159,6	68,40	170,7
15	40,37	150,2	51,48	161,1	70,40	171,6
16	41,64	150,8	53,07	162,2	71,53	172
17	42,59	151	54,02	162,5	72,35	172,2
18	42,87	151	54,39	162,5	72,89	172,2

34.2 GRÁFICOS DE CRESCIMENTO DISPONÍVEIS

Para vários aspectos da condição normal e de vários aspectos de condições anormais.

Gráfico Europeu. Acondroplasia (Meninas). Altura sentada (2 a 20 anos)
Gráfico Europeu. Acondroplasia (Meninas). Envergadura e Comprimento das Pernas (Nascimento – 20 anos)
Gráfico Europeu. Acondroplasia (Meninas). IMC (Nascimento – 20 anos)
Gráfico Europeu. Acondroplasia (Meninos). Altura sentada (2 a 20 anos)
Gráfico Europeu. Acondroplasia (Meninos). Envergadura e Comprimento das Pernas (Nas-

cimento – 20 anos)
Gráfico Europeu. Acondroplasia (Meninos). IMC (Nascimento – 20 anos)
OMS: IMC (Meninos), 0-5 anos, em Z score
OMS: IMC (Meninas), 0-5 anos, em Z score
OMS: Altura para Idade (Meninos), 0-5 anos, em Percentil.
OMS: Altura para Idade (Meninos), 0-5 anos, em Z score.
OMS: Altura para Idade (Meninos), 5-19 anos, em Percentil.
OMS: Altura para Idade (Meninos), 5-19 anos, em Z score.
OMS: Altura para Idade (Meninas), 0-5 anos, em Percentil.
OMS: Altura para Idade (Meninas), 0-5 anos, em Z score.
OMS: Altura para Idade (Meninas), 5-19 anos, em Percentil.
OMS: Altura para Idade (Meninas), 5-19 anos, em Z score.
Tanner: Velocidade de Crescimento (Meninas), 2-20 anos
Tanner: Velocidade de Crescimento (Meninos), 2-20 anos
Holanda: Altura sentado e Comprimento da perna (Meninas e Meninos), 0-21 anos
OMS: IMC (Meninos), 5-19 anos, em Percentil.
OMS: IMC (Meninos), 5-19 anos, em Z score.
OMS: IMC (Meninas), 5-19 anos, em Percentil.
OMS: IMC (Meninas), 5-19 anos, em Z score.
OMS: Perímetro cefálico (Meninos), 0-5 anos, em Percentil.
OMS: Perímetro cefálico (Meninos), 0-5 anos, em Z score.
OMS: Perímetro cefálico (Meninas), 0-5 anos, em Percentil.
OMS: Perímetro cefálico (Meninas), 0-5 anos, em Z score.
OMS: Peso para Idade (Meninos), 0-5 anos, em Percentil.
OMS: Peso para Idade (Meninos), 0-5 anos, em Z score.
OMS: Peso para Idade (Meninas), 0-5 anos, em Percentil.
OMS: Peso para Idade (Meninas), 0-5 anos, em Z score.
OMS: Peso para Idade (Meninos), 5-10 anos, em Percentil.
OMS: Peso para Idade (Meninos), 5-10 anos, em Z score.
OMS: Peso para Idade (Meninas), 5-10 anos, em Percentil.
OMS: Peso para Idade (Meninas), 5-10 anos, em Z score.
CDC: Síndrome de Down: Altura para Idade (Meninos), 0-3 anos, em Percentil.
CDC: Síndrome de Down: Altura para Idade (Meninos), 2-20 anos, em Percentil.
CDC: Síndrome de Down: Altura para Idade (Meninas), 0-3 anos, em Percentil
CDC: Síndrome de Down: Altura para Idade (Meninas), 2-20 anos, em Percentil.
CDC: Síndrome de Down: Peso para Idade (Meninos), 0-3 anos, em Percentil.
CDC: Síndrome de Down: Peso para Idade (Meninos), 2-20 anos, em Percentil.
CDC: Síndrome de Down: Peso para Idade (Meninas), 0-3 anos, em Percentil.
CDC: Síndrome de Down: Peso para Idade (Meninas), 2-20 anos, em Percentil.
Brasil: Síndrome de Down: Altura para Idade (Meninas), 0-36 meses, em Percentil
Brasil: Síndrome de Down: Altura para Idade (Meninas), 3-20 anos, em Percentil
Brasil: Síndrome de Down: Peso para Idade (Meninas), 0-36 meses, em Percentil
Brasil: Síndrome de Down: Peso para Idade (Meninas), 3-20 anos, em Percentil

Brasil: Síndrome de Down: IMC (Meninas), 2-18 anos, em Percentil
Brasil: Síndrome de Down: Perímetro Cefálico (Meninas), 0-24 meses, em Percentil
Brasil: Síndrome de Down: Altura para Idade (Meninos), 0-36 meses, em Percentil
Brasil: Síndrome de Down: Altura para Idade (Meninos), 3-20 anos, em Percentil
Brasil: Síndrome de Down: Peso para Idade (Meninos), 0-36 meses, em Percentil
Brasil: Síndrome de Down: Peso para Idade (Meninos), 3-20 anos, em Percentil
Brasil: Síndrome de Down: IMC (Meninos), 2-18 anos, em Percentil
Brasil: Síndrome de Down: Perímetro Cefálico (Meninos), 0-24 meses, em Percentil
Síndrome de Turner: Altura para Idade, 2-19 anos, em Percentil.
Fenton: Gráfico para Prematuros (Meninos), IG: 22-50 semanas, em Percentil.
Fenton: Gráfico para Prematuros (Meninas), IG: 22-50 semanas, em Percentil.
InterGrowth: Gráfico para Nascidos Prematuros – Período Fetal e Neonatal – Peso, Comprimento e Perímetro cefálico (Meninos), IG: 27-64 semanas, em Z score.
InterGrowth: Gráfico para Nascidos Prematuros – Período Fetal e Neonatal – Peso, Comprimento e Perímetro cefálico (Meninas), IG: 27-64 semanas, em Z score.
Clarity. Acondroplasia (Meninas). Comprimento (0-36m) e Altura (2-18a)
Clarity. Acondroplasia (Meninas). Peso (0-36m) e Peso (2-18a)
Clarity. Acondroplasia (Meninas). Peso para Altura de 50 a 80cm e 80 a 110 cm
Clarity. Acondroplasia (Meninas). Peso para Altura de 110 a 140 cm
Clarity. Acondroplasia (Meninos e Meninas). Perímetro cefálico - 0 a 5 anos
Clarity. Acondroplasia (Meninos). Comprimento (0-36m) e Altura (2-18a)
Clarity. Acondroplasia (Meninos). Peso (0-36m) e Peso (2-18a)
Clarity. Acondroplasia (Meninos). Peso para Altura de 50 a 80cm e 80 a 110 cm

34.3 DEPOIMENTOS

Depoimentos divulgados na primeira edição

Divulgamos opiniões de familiares e de médico e exemplos vividos sobre o crescimento estatural da criança e do adolescente.

Primeiro depoimento de familiar:

> "Nosso filho tem doença neurológica e sempre foi o mais baixo da turma. Com o passar do tempo, isso ia ficando mais evidente. O pediatra, que o acompanha desde o seu nascimento, há muito detectara através da curva de crescimento, que ele crescia menos do que o esperado. A idade óssea era abaixo da sua idade cronológica.
>
> Quando ele estava com 13 anos de idade, o pediatra então achou que deveríamos acompanhar isso com um endocrinologista infantil, que solicitou exames específicos e fez a indicação do hormônio do crescimento. Fomos pesquisar na

internet e encontramos diversas opiniões de endocrinologistas, uns a favor e outros radicalmente contra o uso do hormônio. E ainda tínhamos a dúvida devido à sua doença neurológica. Sempre perguntamos se o tratamento poderia ter alguma interferência na doença que ele tem. Decidimos procurar uma segunda opinião que reforçou que a administração do hormônio era necessária.

Nossa decisão foi difícil, mas na última consulta, nosso pediatra apoiou inteiramente nossa decisão de administrar o hormônio. O tratamento é muito caro. Quando começamos, em fevereiro de 2009, custava cerca de R$ 2.300,00 por mês. Logo nos primeiros três meses, ele cresceu três centímetros, o que para nós foi o início de uma evolução. No mês de maio, já preocupados com o aumento do custo do medicamento fomos orientados a procurar o SUS, que poderia fornecer o medicamento.

Foi o que fizemos. Marcamos uma consulta com o endocrinologista infantil do SUS, que solicitou alguns exames e marcou uma junta médica que o incluiu no programa de medicamentos especiais do governo, sem qualquer custo, aliviando bastante a preocupação financeira. Hoje, mais de um ano e meio após a administração do medicamento, nosso filho já cresceu 13 cm, tem 16 anos e 1,53m de altura e continua firme e forte com o tratamento.

O que temos a dizer a outros pais é que verifiquem o motivo de seu filho ser de baixa estatura. Se ele tiver deficiência do hormônio do crescimento, não há dúvidas, o remédio deve ser administrado, pois as consequências dessa deficiência podem ser graves no futuro."

Segundo depoimento de familiar:

"A preocupação com a altura do nosso filho nasceu da observação de que a maioria dos nossos familiares, pais, irmãs, tios, avós, tem estatura entre 1,50 m e 1,60 m.

Quando nosso filho tinha 7 anos de idade, além das consultas periódicas ao pediatra, procuramos uma endocrinologista infantil. Ele foi submetido aos exames clínicos rotineiros e a uma série de dosagens hormonais e à verificação da idade óssea. Foi constatado que ele era sadio, que tinha as taxas hormonais normais, inclusive que eram normais os níveis do hormônio do crescimento. A idade óssea era menor que a idade cronológica e indicava que ele teria um crescimento mais longo antes da puberdade.

A partir desse estudo, o pediatra e a endocrinologista nos mostraram que ele teria um crescimento normal, mas ficaria com uma altura final baixa, em torno de 1,60m. Eles aconselharam o uso do hormônio do crescimento.

Ficamos muito preocupados por causa dos efeitos colaterais, pois nos pareceu serem pouco conhecidos os efeitos de longo prazo. Além disso, o tratamento era exaustivo, principalmente para a criança e a mãe, uma vez que é necessário tomar uma injeção subcutânea diariamente.

Diante das nossas dúvidas e incertezas, resolvemos ouvir a opinião de mais um especialista em crescimento infantil, e procuramos um endocrinologista de crianças e de adolescentes em São Paulo que também indicou o uso do hormônio do crescimento.

Nosso filho iniciou com o hormônio do crescimento aos 10 anos de idade e teve uma resposta excelente. No primeiro ano de tratamento, cresceu 13 cm. Ele praticava futebol e tênis, e tinha uma alimentação saudável.

Quando estava para iniciar a puberdade, usou um medicamento para retardar essa fase. O objetivo dessa nova medicação era ganhar mais um tempo de crescimento que poderia implicar no ganho adicional de uns centímetros a mais. Usou a medicação até que a idade óssea igualou com a idade cronológica.

Ele usou o hormônio do crescimento por cinco anos, ou seja, até os 15 anos de idade. Hoje com 17 anos, está com 1,75m de altura, com peso ideal, um rapaz lindo, inteligente, normal, sadio e satisfeito com o resultado do tratamento. E nós pais estamos seguros que fizemos o melhor para ele."

Terceiro depoimento de familiar:

"Lemos todo o texto e muitos pontos abordados coincidem com as vivências, preocupações e dúvidas que antecederam a nossa tomada de decisão em relação ao tratamento das crianças.

Concordamos inclusive que a maior preocupação é com as crianças do sexo masculino. Tínhamos uma grande preocupação com nosso filho no que sua altura poderia vir a interferir nas suas relações pessoais, sociais e futuramente profissionais. Já em relação à menina, a nossa decisão se baseou muito mais na questão de como sua baixa estatura poderia influenciar nas atividades funcionais do seu dia a dia. Apesar de também levarmos em consideração o fator emocional, pois ela sempre se mostrou bastante incomodada com sua altura.

Um dos aspectos que nos angustiou foi com a preocupação dos médicos com a Síndrome de Turner, que incide sobre o sexo feminino e que foi um dos nossos pontos de ansiedade nos exames prévios realizados anteriormente ao tratamento.

A baixa estatura incomoda as crianças e os nossos filhos demonstraram isso de várias maneiras em várias épocas da vida. Isto foi uma questão que nos afligiu, principalmente em relação à menina, pois ela se mostrava constantemente incomodada com sua baixa estatura, e sempre me questionava por isso. E, por vezes, me responsabilizava."

Depoimento de Médico:

O Prof. Ney Cavalcanti, endocrinologista e estudioso do crescimento, publicou em setembro de 2010, o seguinte texto sobre a baixa estatura.

A baixa estatura tem tratamento?

O fato é que a preocupação com estatura é motivo frequente de consulta ao pediatra e /ou ao endocrinologista. A primeira tarefa do profissional é verificar se a queixa tem realmente fundamento. Em um bom número de casos, a altura das crianças se encontra dentro dos parâmetros normais para sua idade, sexo e também coincide com a expectativa definida pela herança familiar. Mas, menor, é verdade, do que a idealizada pelos pais. E os genitores de menor altura valorizam mais esse componente da aparência. Afinal, eles já sentiram e sentem o quão foram e são discriminados por serem baixos.

Quando as crianças são realmente menores do que seria normal para elas, cabe ao médico tentar descobrir a razão. Isso é conseguido através da história e do exame clinico e, quando necessário, da investigação laboratorial.

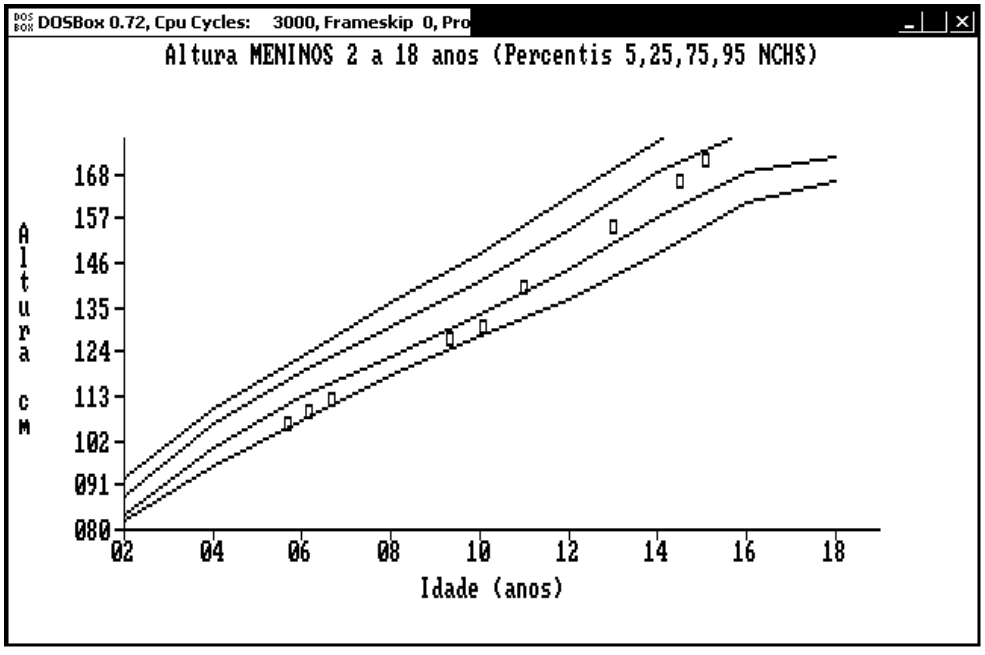
Caberá aos médicos descobrir a causa e, se possível, tratá-la, se for constatada anormalidade no desenvolvimento estatural. Qualquer doença crônica — respiratória, digestiva, renal e de outra natureza — prejudica o crescimento. Doença genética cromossômica ou hormonal podem ser a causa. Má alimentação é um motivo frequente de alterações do peso e da altura. Crianças que não dormem bem ou que vivem em ambientes hostis, também podem ter o crescimento prejudicado. A falta de afeto faz causar a síndrome da deprivação afetiva que reduz a secreção do hormônio do crescimento.

O hormônio do crescimento só deve ser usado em umas poucas situações. A deficiência da secreção pela hipófise, condição rara, e o déficit do crescimento intrauterino são duas indicações para o uso do hormônio. Nas doenças em que existe indicação para o uso, o governo, através do SUS, fornece o medicamento.

Alguns pesquisadores têm demonstrado que o hormônio do crescimento pode aumentar a altura das crianças normais e sãs. Essa indicação não é aceita pela maioria dos estudiosos do assunto que ainda estão preocupados com os efeitos colaterais a longo prazo. O outro problema é o custo do tratamento, dois e três mil reais mensais, durante anos.

Exemplo sobre o acompanhamento médico com gráfico de crescimento:

A importância do acompanhamento médico sistematizado e contínuo e do gráfico de crescimento são demostrados no exemplo seguinte. Os nove retângulos que vocês notam representam os dados de acompanhamento do garoto e depois adolescente seguido pelo mesmo pediatra por muitos anos. O primeiro retângulo mostra quando ele foi medido aos seis anos e o último quando foi avaliado perto dos 16 anos. Os primeiros cinco retângulos mostram que ele estava crescendo na curva inferior, característica dos que serão rapazes baixos. Como existia uma forte tendência familiar para a baixa estatura, o endocrinologista indicou o tratamento com hormônio do crescimento que foi iniciado aos 10 anos de idade. A resposta foi excelente o que pode ser constatado pelos últimos quatro retângulos. O rapaz deixou a curva inferior e chegou a alcançar a terceira curva. Passou de uma expectativa de altura de 1,60 m para mais de 1,70 m. A curva de crescimento permitiu aos profissionais decidirem sobre o tratamento e aos familiares acompanhar o resultado da medicação. E permite a vocês avaliarem a importância do registro adequado dos dados médicos.

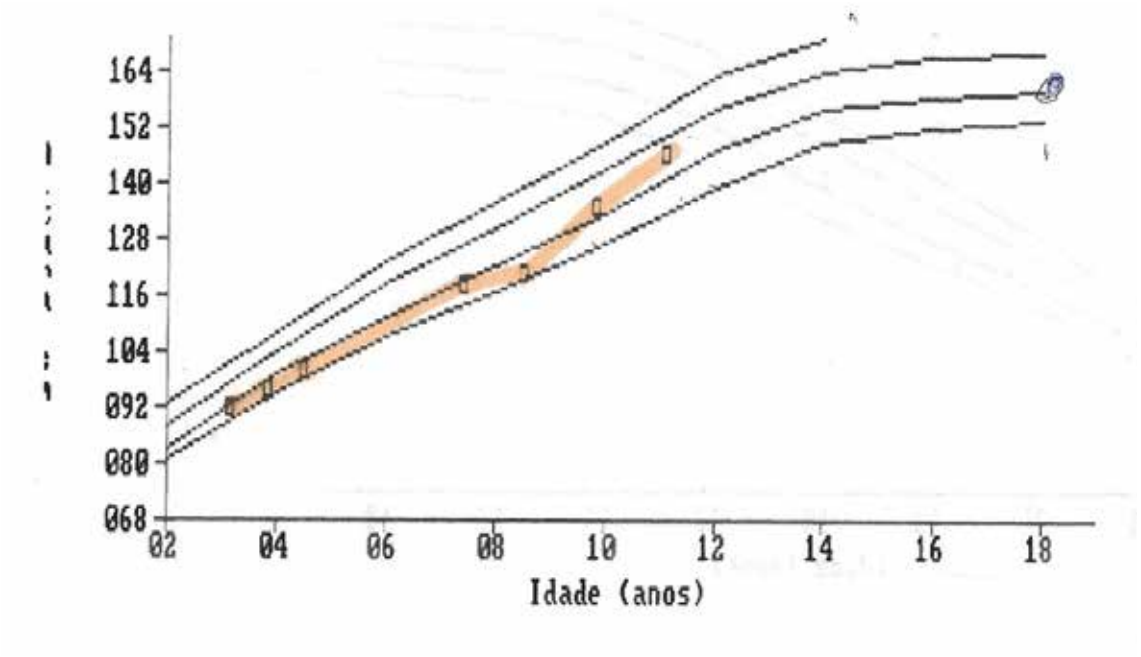


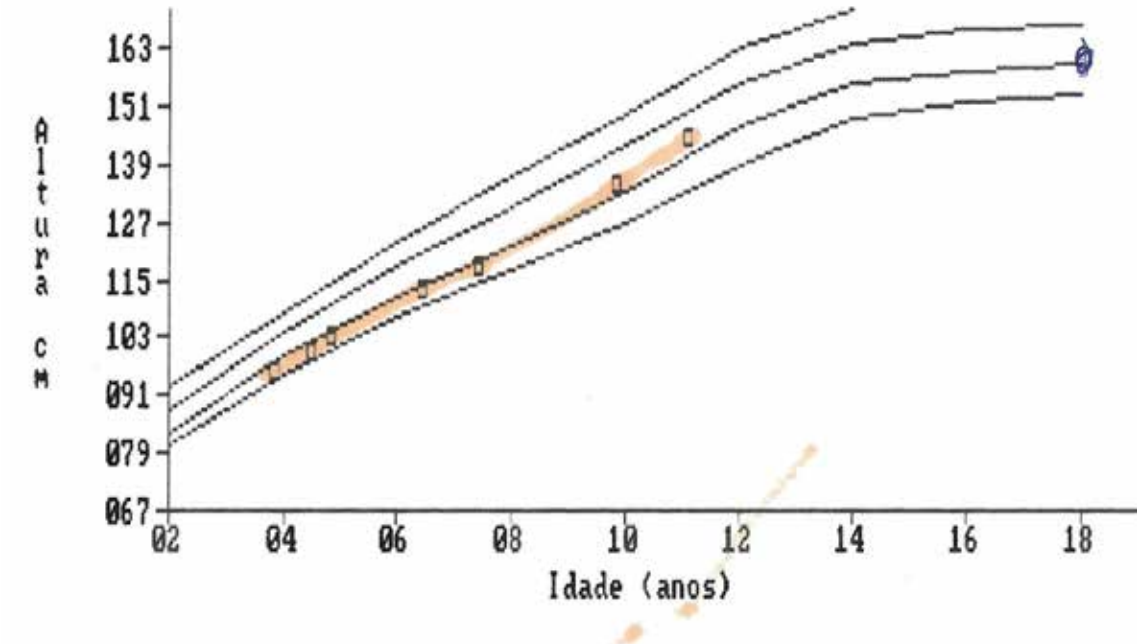
DEPOIMENTOS DIVULGADOS NA SEGUNDA EDIÇÃO

Estudo crescimento altura de irmãs gêmeas

O material abaixo mostrado corresponde ao estudo do crescimento estatural de duas garotas, gêmeas, para saber se havia indicação do uso de hormônio do crescimento para incremento da altura. As garotas sempre foram normais e a idade

óssea, das duas, era coincidente com a cronológica. Na época estavam no início da puberdade e uma delas havia menstruado. Como havia dúvida sobre a indicação do hormônio, o material foi exposto a três pediatras experientes que emitiram laudos também vistos aqui.





Otelo, agradeço a confiança! Minha posição seria contrária, baseada nos seguintes aspectos:

1 - As adolescentes estão com o crescimento normal, ou seja, percentil acima do 25, não se enquadrando dentro do conceito de baixa estatura - percentil abaixo de 3. Esse conceito de normalidade da estatura esta muito bem abordado no livro, "Normal at any cost: tall girls, sg]hort boys, and the medical industry`s quest to manipulate height", de Cohen & Cosgrove, 2009;

2 - Revisões sistemáticas têm evidenciado que o máximo de ganho estatural na vida adulta, nesses casos, não chega a 3 cm com o uso do GH e esse aumento estatural não melhora a qualidade de vida e nem os aspectos psicológicos associados com o fato de não ser alto(a); Bryan J et al. Recombinant growth hormone for idiopathic short stature in children and adolescents. COCHRANE DATABASE SYST REV (3) 2007;

3 - Apesar de ser considerada como uma terapia segura e os estudos correntes não demonstrarem maior risco de tumores, a terapia com o GH recombinado teve início no final da década de 80 e portanto, ainda não há estudos com o seguimento de adultos com mais de 30 anos de idade; Allen DB. Growth hormone therapy for short stature: is the benefit worth the burden? Pediatrics, 2006;118:343;

4 - Elevado custo.

Abraço,

PARECER DRA FILUMENA-----USP/ICR----SÃO PAULO
EM 29/3

Oi Dr Otelo! Tudo bem? As meninas estão bem nas curvas!!! A altura alvo é de 159/160 pela altura dos pais. Talvez elas ultrapassem a mãe

Não consigo ver problemas nas curvas, principalmente porque não menstruaram, então ainda vão estão no estirão

Sabe o estágio Puberal delas?

Se elas estiverem no M3 ou M4 o crescimento deve desacelerar

Talvez possa ser essa a preocupação do Endocrino

após conhecer parecer João quiserme

Bom dia Dr Otelo! Tudo bem? Acredito também que a conduta conservadora é a melhor.
Grande abraço

POSIÇÃO DO MARCELLO
29/3

Amigo Otelo
As meninas com 1,44 e 1,46 estão no percentil 25 . Sem indicação médica de GH . Esto inteiramente de acordo com João . Um abraço

Depoimento de cuidadores sobre a altura dos filhos

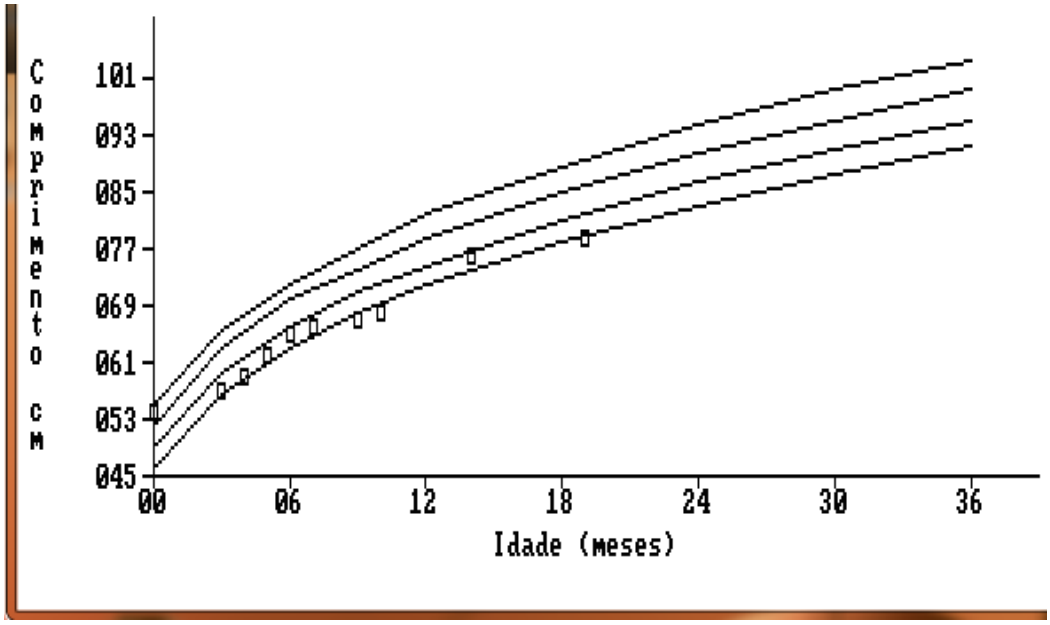
"A curva de peso e sobretudo altura dos meus filhos (4 e 7 anos) sempre foi um assunto que nos preocupou muito. Eles sempre foram muito pequenos. Mas visto que eu tenho 1,56 e o pai 1,71, não tinha como ser muito diferente.

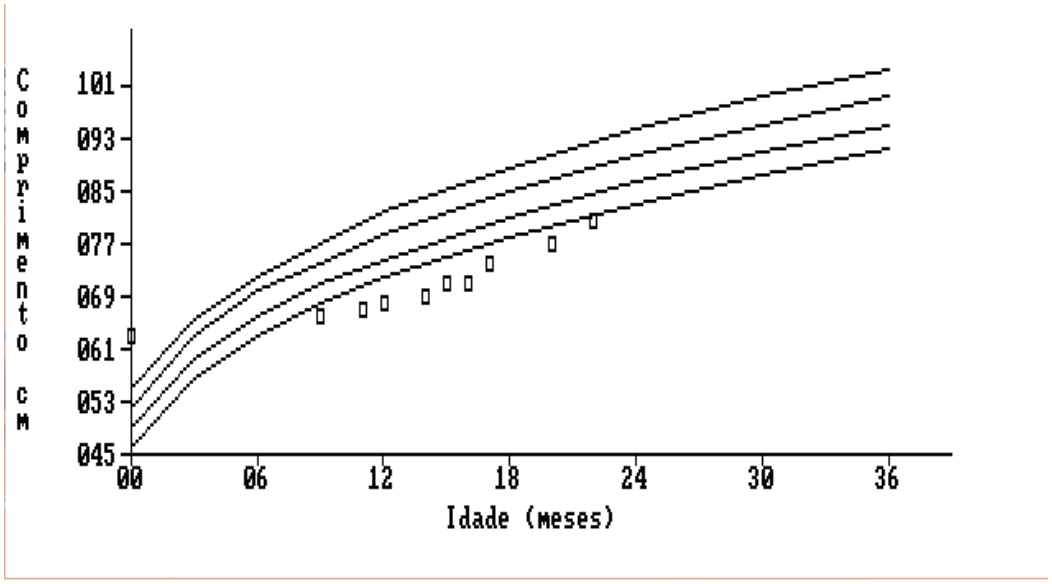
Ao longo do tempo fomos aprendendo que o que na verdade importa não é o tamanho que eles estão e sim se eles estão acompanhando a sua linha de crescimento, ou seja, se estão mantendo o ritmo e o padrão traçados em seu DNA. Como sempre achamos eles menores que o padrão aprendemos a ler os temidos gráficos, que sem nenhum mistério, você consegue facilmente ver se seu filho está desenvolvendo conforme o esperado para ele, sem acréscimos ou decréscimos em sua curva.

O nosso mais novo teve intolerância alimentar (alergia) até completar 1 ano e 6 meses, não podendo comer nada além do leite materno, tendo, neste período, um crescimento menor do que o esperado. Foi quando resolvemos ir para São Paulo procurar ajuda de um endocrinologista de crianças. O médico o examinou e viu que não tinha nenhum problema maior, além das alergias e intolerâncias. E realmente, dito e feito. Assim que ele iniciou, bem tardiamente, a sua introdução alimentar, em menos de um ano ele retornou a sua curva e voltou o seu crescimento normal, o que nos deixou muito mais tranquilos.

Naturalmente que eles não serão homens altos, mas hoje existem várias maneiras de estimular o crescimento. O hormônio do crescimento é um deles. Hoje somos muito mais tranquilos em relação a crescimento, depois que aprendemos a ler os gráficos, interpretá-los de forma correta e entender que o que importa é eles estarem mantendo o padrão definido pela genética e representado pelos gráficos. Estão saudáveis e felizes.

Aos 7 anos fizemos um RX de punho do mais velho e ele está com idade óssea de 5 anos. Sabemos que isto é bom pois ele terá muito tempo para crescer. Tudo na sua hora e no seu tempo e se mais para frente houver necessidade nossa ou até mesmo deles, procuraremos os tratamentos adequados."





Observações dos médicos sobre os gráficos de altura
das crianças citadas no comentário antes mostrado

O primeiro é de um garoto que mantém um padrão bem definido de ganho estatural como os dos menores garotos norte-americanos (padrão NCHS). Ele tem idade óssea menor que a cronológica (atraso de 2 anos). Isso significa que ele é um maturador tardio, que não terá puberdade muito cedo e que deverá crescer por longo tempo. O segundo é do irmão que teve evidente retardo do ganho estatural provavelmente secundário problema de saúde. Mas que agora, como o irmão, acompanha o crescimento dos menores garotos normais dos Estados Unidos. Provavelmente, por influência genética deverá como o irmão ter adolescência mais tardia.

35 | DOR

Ana Maria van der Linden
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

35.1 GUIA PRÁTICO

1. *Sedare dolorem opus divinun est (*Aliviar a dor é missão divina) ensinou Galeno (129 DC), um dos médicos mais antigos que a história registra. A lição cruza os séculos e, no tempo de Galeno e no atual, diminuir ou abolir a dor é nobre missão dos cuidadores e da equipe de saúde.
2. Reduzir ou abolir a dor implica em conhecer e remover a causa, se possível. E essa última tarefa é a mais importante missão dos cuidadores e do pessoal da saúde. Conhecida e removida a causa, o efeito, a dor, cessa.
3. O time da saúde emprega medidas farmacológicas (analgésicos, anestésicos e, às vezes, antibióticos e outros produtos) e não farmacológicas (imobilização de osso fraturado, drenagem de abscesso dental ou do ouvido médio, remoção de cálculo renal, apendicectomia, resolução de obstrução intestinal e outras medidas) no alívio da dor e no tratamento dos quadros dolorosos na criança e no adolescente.

35.2 CONVERSANDO...

DOR É UM SINTOMA, NÃO É?

Sim. E sintoma extremamente comum. Talvez mais comum e mais importante que febre, tosse, vômitos e diarreia e todos os outros alertas que o corpo usa para avisar sobre a existência de anormalidade. O único órgão do corpo que não possui sensores de dor é o cérebro. Todos os outros possuem estruturas do sistema nervoso, os nociceptores, sensores de dor, que têm a nobre missão de disparar sinais de alerta quando há qualquer tipo de injúria a um tecido corporal. Os sinais chegam ao cérebro e a desagradável sensação de dor é registrada, junto com um conjunto de outros dados referentes à sensação dolorosa: localização, intensidade, sensação contínua ou intermitente, aumento ou redução da intensidade, resposta ao tratamento instituído, etc.

E QUAIS AS CAUSAS DA DOR?

Repetidamente, falamos e falaremos, que o importante é o diagnóstico da causa. Tomar ou dar analgésico e esperar que a dor passe, tomar ou dar analgésico de novo e de novo não é recomendável. A dor no abdome que vai e volta, vai e volta, novamente vai e volta, pode significar grave defeito renal, cálculo biliar, dentre outras condições. A dor no osso, que não cede, pode significar um tumor. A dor de cabeça que sempre chateia pode implicar na existência de um defeito arterial grave. Então, quem tem quadro doloroso repetitivo, constante, deve ir, sem demora, ao médico.

A dor é um sintoma que ocorre em grande variedade de doenças clínicas ou cirúrgicas, em vários problemas agudos ou crônicos, em enfermidades de diferentes gravidades e em quadros de diagnóstico simples ou complexos em praticamente todos as estruturas corporais. Dor é um fenômeno que pode ter diferentes explicações. Mas é sempre um sinal de alerta que deve ser devidamente valorizado.E há dois grandes grupos de quadros dolorosos:

Agudos, isolados, não repetitivos — Traumas, doenças dentais, afecções do ouvido, abscessos e outras doenças da pele e dos tecidos anexos, infecção intestinal, indisposição alimentar, infecções da garganta e muitas outras enfermidades agudas, que não têm a característica da repetitividade, apresentam dor como um dos sinais de alerta de que o corpo está doente. Genericamente, a conduta para eles é:

1. Dar um dos remédios (nas mesmas dosagens) indicados para a febre.
2. Conversar com o médico para que o tratamento da doença que causa o sintoma seja providenciado.

Crônicos, contínuos e/ou repetitivos — Enxaqueca, cefaleia tensional, algumas doenças gastrointestinais e urinárias, certas dores dos membros (de crescimento e outras), certas doenças do sangue (anemia falciforme e outras, neuralgias e muitas outras enfermidades têm a característica de apresentar dor crônica, que persiste por meses ou anos, ou por ser muito repetitiva. A conduta é:

3. Ajudar o médico a definir o diagnóstico e o tratamento da enfermidade.
4. Usar, com muita parcimônia e com orientação médica, os analgésicos ou produtos com distinta função (para cólicas, por exemplo). O uso indiscriminado desses remédios pode provocar efeitos colaterais e dificultar o diagnóstico.

OS NENÊNS SENTEM DOR?

Até a metade dos anos 1980, se pensava que os recém-nascidos não sentiam ou sentiam pouca dor. Cirurgias para fimose e de outra natureza eram neles executadas sem anestesia. Hoje, isso é um absurdo. Em 1987, as evidências definiram que os nenéns sentem dor. As frequências cardíaca e respiratória, a pressão arterial e a secreção hormonal são modificadas quando são submetidos a procedimentos dolorosos.

Anestesiados, essas alterações são reduzidas. E várias linhas de evidências mostram que prematuros são ainda mais sensíveis. Os dados científicos mostram que todos registram o sofrimento na memória pelo resto da vida. Hoje, todo procedimento doloroso nos nenéns deve levar em conta essa noção. Os dados atuais sobre o sistema nervoso dos fetos definem que a partir da vigésima semana de gestação eles sentem dor. Isto levanta a questão até da dor nos abortos.

COMO SE CHEGA AO DIAGNÓSTICO DA CAUSA DA DOR?

Como em toda a medicina, ouvindo o familiar e, quando possível, a própria criança, examinando o paciente e, em alguns casos, solicitando exames de sangue, de urina, Raio X, ultrassom e outros. Na Pediatria, algumas vezes, como na dor abdominal, o diagnóstico pode exigir várias consultas, avaliação com especialista (gastroenterologista e outros), vários exames e até alguns procedimentos especiais como a suspensão do leite de vaca (intolerância à lactose).

COMO AVALIAR A LOCALIZAÇÃO E A INTENSIDADE DA DOR NA CRIANÇA?

É tarefa difícil, sobretudo, nas criancinhas. O conhecimento é valioso, pois os procedimentos diagnósticos e terapêuticos numa dor leve são distintos dos adotados numa dor intensa. O aspecto que dificulta ou facilita a avaliação da dor é a idade das crianças. Nas novinhas, a tarefa é muito mais complexa.

COMO E FEITA ESSA AVALIAÇÃO NAS CRIANÇAS NOVINHAS?

Os familiares e os médicos devem observar dados que indiquem a existência e a intensidade da dor: intensidade e frequência do choro, expressão facial, manifestações de alegria ou de tristeza, movimentação corporal normal ou limitada, alimentação, resposta quando são colocadas no colo e confortadas.

E NAS CRIANÇAS DE 2 A 4 ANOS?

Nessa idade, a capacidade de referir pode existir ou não. E, se existe, pode não ser confiável. A coleta de dados pode ser bem conduzida pelas pessoas que conhecem as crianças e que têm alguma capacidade de conversar e de interpretar o que referem. Os adultos, entre eles, nós médicos, nos valemos dos seguintes dados: algumas crianças podem usar a escala de dor que é mais empregada para as que tem 4 e mais anos. Devidamente estimuladas, elas podem mostrar nas bonecas onde a dor ocorre e depois mostrar nos seus próprios corpos. As observações gerais dos familiares são de grande valia, como nas crianças de menos idade. Paciência e aguçado espírito de observação são importantes nessa idade.

E NAS DE MAIS DE 4 ANOS? O QUE É A ESCALA DE DOR?

Essas crianças verbalizam o que sentem. Estimuladas, participam de joguinhos e até de encenações que ajudam a definir o local e a importância da dor. Com as mãos, podem mostrar o "tamanho" da dor. Embora ainda seja difícil que elas solicitem analgésico, podem pedir a presença constante de um adulto. A escala de dor deve ser mostrada às crianças para que livremente apontem a carinha que corresponde ao que estão sentindo. É importante explicar que a carinha da esquerda não está com dor, a da direita está com um pouquinho, a outra está com mais e a última está com muita. O zero significa sem dor. A cinco significa a dor mais intensa.

Figura 1 - Escala de Dor Facial de Wong-Baker.



Fonte: Conselho Regional de Farmácia do Rio Grande do Sul (2019).

0 — Nenhuma dor
1 — Dor de pequena intensidade
2 — Dor um pouco mais intensa
3 — Dor ainda mais intensa
4 — Dor muito intensa
5 — Dor insuportável

NOS ADOLESCENTES, É MAIS FÁCIL, CORRETO?

Eles referem muito bem o local, a intensidade, a frequência e até o tipo da dor. As que dão sensação de queimadura, as perfurantes, enfim, características que ajudem na elucidação. Eles solicitam medicação analgésica.

HÁ CRIANÇAS QUE ESCONDEM A DOR?

Muitas crianças dizem não estar com dor face ao medo de injeções, de outros procedimentos ou de ir ao hospital. E muitas não são capazes de informar, devido à idade ou a outras razões. Essa é, obviamente, uma situação que exige um cuidado muito especial na avaliação dos familiares e dos médicos.

OUTRAS PODEM SIMULAR A EXISTÊNCIA DA DOR?

Esse parece um problema comum. Frequentemente, na hora da escola, muitas crianças dizem estar com dor de cabeça ou outra queixa. Todos devemos ter cuidado ao rotular a queixa de simulação. Pode ser uma queixa real.

QUAL O REMÉDIO PARA AS CÓLICAS DOS BEBÊS?

Consultar o capítulo sobre choro excessivo na criança pequena.

EXISTEM MANEIRAS DE EVITAR A DOR DA VACINA? E COMO TRATAR

O capítulo *Vacina* responde à questão.

E PARA AS CÓLICAS DE INTESTINO?

Os chás sempre ajudam. Algumas pessoas melhoram com bolsa de água morna e outras com bolsa de água fria. Nos quadros mais intensos, os antiespasmódicos com atropina e produtos assemelhados associados ou não aos analgésicos dipirona ou acetaminofen podem ser testados. O uso do remédio é responsabilidade do médico. O mais importante é saber que cólica pode significar doença importante. Sempre comunicar ao médico. A atropina e seus derivados são produtos tóxicos e não devem ser usados sem orientação médica apropriada, sobretudo, em crianças de poucos meses de idade.

MAS EXISTEM ALGUMAS CÓLICAS VIOLENTAS?

A cólica renal e a cólica da vesícula biliar ocasionam dor intensa. Para essas, há medicação mais potente, habitualmente feita na veia em hospitais.

O QUE FAZER PARA A DOR DE OUVIDO?

É valioso consultar o capítulo sobre *Otite, dor de ouvido*.

E A DOR DE DENTE?

Consultar o capítulo *Dentes, gengivas.*

E NA DOR MENSTRUAL?

Bolsa de água fria ou de água quente ajudam. É importante ver o que é melhor. Os mesmos produtos usados para a cólica intestinal, já citados, auxiliam. O medicamento mais indicado é o que contém ácido mefenânico. Mas a resposta é sempre

muito individual e há quadros mais severos que precisam de ajuda especializada e de produtos mais potentes. Os médicos devem ser ouvidos.

COMO ENTRA O PSIQUISMO NO ESTUDO DA DOR DA CRIANÇA?

Todos os quadros dolorosos nas crianças induzem sofrimento que causa alterações emocionais que podem ser importantes. Mesmo aquelas que sofrem um quadro agudo, como a dor da infecção intestinal, ficam transtornadas. As crianças, então, devem ser confortadas, apoiadas e carinhosamente informadas que tudo logo vai passar. E devem ter certeza de que os médicos e familiares estão fazendo algo para aliviar o sofrimento. As crianças que sofrem quadros dolorosos importantes e repetitivos desenvolverão dificuldades emocionais mais marcantes. Assim, o apoio emocional deve ser planejado, com pessoal qualificado, para que a problemática emocional seja minimizada. Algumas vezes, há necessidade inclusive de medicação usada pelos psiquiatras para ajudar a conviver com o problema.

EXISTE A DOR EMOCIONAL?

A medicina reconhece que há pessoas sensíveis aos quadros dolorosos e outras que os toleram melhor. Assim é que algumas referem que as famosas dores do crescimento se manifestam como cansaço ou mal-estar nas pernas. Outras citam que há dor. Então, o sentir dor também é uma característica pessoal. Dificuldades emocionais, por outro lado, podem produzir doenças que evoluem com dor. Esofagites, gastrites e úlceras digestivas que apresentam dor podem ser desencadeadas, dentre outros fatores, pelo psiquismo. A doença do cólon irritável, que pode apresentar dor tipo cólica, também.

TENHO UMA "NEURA" COM A DOR DE CABEÇA. SEMPRE PENSO EM TUMOR! COMO DEVO AGIR?

Separar a criança ou o adolescente com dor de cabeça em:

- **GRUPO A — Com dor de cabeça aguda, isolada, não repetitiva**: acontece nas doenças agudas (gripe, sinusite, amigdalite e outras) e durante as "pressões" da vida (escola, casa, alimentação). Acalmar o doente, colocar um pano úmido na testa e dar uma "água com açúcar". Usar, se o quadro é significante, um analgésico como os indicados para a febre. Mas os médicos devem ser contatados.
- **GRUPO B — Com dor de cabeça crônica, repetitiva, contínua**: os médicos devem obrigatoriamente ser consultados. A conduta familiar de dar o famoso "remedinho" é arriscada e pode retardar o diagnóstico de condições importantes (tumores cerebrais, aneurismas, defeitos congênitos do cérebro, hipertensão arterial) e mesmo da enxaqueca que também é um problema que pode dificultar a vida do doente.

A ENXAQUECA PODE TERMINAR NUMA DOENÇA MAIS GRAVE!

Dor de cabeça rotulada como enxaqueca pode significar uma enfermidade importante do sistema nervoso ou de outro órgão corporal. Então, o médico deve ser ouvido. A noção mais valiosa que se deve guardar é de que dor de cabeça pode ser manifestação de várias doenças e que dor abdominal pode significar vermes, mas pode também significar apendicite, cólica renal, cólica biliar, gastrite, intolerância a alimentos, problema emocional e mais uma dezena de outros diagnósticos. As crianças que repetidamente se queixam de dor nos membros inferiores e são rotuladas como portadoras de "dor do crescimento" podem ter doenças importantes. O sintoma dor, enfim, pode levar ao diagnóstico de um problema grave. Então, o importante é o diagnóstico da causa. Terapêuticas dirigidas à causa tendem a solucionar a doença e seu sintoma.

O QUE OS MÉDICOS FAZEM?

Os profissionais atuam para definir o diagnóstico e o tratamento. Para isso, examinam os enfermos, solicitam exames e acompanham a evolução clínica. Sobretudo nos quadros crônicos, há necessidade de seguimento por um certo tempo para que possam definir com precisão a causa ou causas envolvidas.

QUAIS MÉDICOS DEVEM SER OUVIDOS NO MANEJO DAS CEFALEIAS?

O pediatra deve ser consultado inicialmente. Ele indica os especialistas quando julgar necessário: os otorrinolaringologistas auxiliam na definição do problema quando há dados indicativos de rinite, sinusite, aumento excessivo das adenoides e otite; os oftalmologistas devem participar da avaliação se há dados que sugerem dificuldade visual, estrabismo, lacrimejamento e outros; os odontólogos ajudam se há anormalidades dentárias, como cárie, abscesso, maloclusão, uso de aparelhos ortodônticos e outros. Há pediatras que indicam a avaliação desses três setores quando a dor de cabeça é crônica ou muito frequente. Pode existir doença que produz a cefaleia mesmo sem que os familiares e os pediatras tenham notado anormalidade ocular, odontológica ou otorrinolaringológica.

E OS NEUROLOGISTAS?

Se as mães e/ou os pediatras evidenciam qualquer anormalidade ligada ao sistema nervoso, os neurologistas devem ser consultados rapidamente. E alguns pediatras indicam consulta neurológica em todas as crianças que apresentam cefaleia crônica ou recidivante. Os neurologistas usam mecanismos de avaliação mais refinados que os usados pelos pediatras e podem evidenciar dificuldades do sistema nervoso mais precocemente que os médicos não especialistas. Eles também são mais habilitados do que os pediatras a conduzir as enxaquecas.

QUANDO CONSULTAR OUTROS ESPECIALISTAS?

Existem médicos especialistas em dor com alta qualificação para o manejo dos quadros mais incapacitantes e eles poderão ser ouvidos para os casos mais complexos. Os especialistas em acupuntura, em homeopatia, em psicologia ou psiquiatria e os nutrólogos podem ajudar em certas circunstâncias especiais.

AS MAIORES "BRONCAS" ESTÃO NAS DOENÇAS CRÔNICAS, CERTO?

O trabalho dos médicos é mais difícil quando a história define que o quadro é de mais longa duração. A preocupação com problema neurológico é sempre grande. E, além do que foi informado, há problemas especiais como a disfunção da articulação temporomandibular, intolerância alimentar, estresse, postura errônea, fadiga, excesso de atividades e o uso de alguns medicamentos que precisam ser revistos. A enxaqueca é admitida após terem sido excluídas as outras.

QUAIS ALIMENTOS CAUSAM DOR CRÔNICA NA CABEÇA?

Alguns alimentos e alguns aditivos alimentares agem como gatilho para o surgimento da cefaleia. Os *enxaquecosos* são especialmente sensíveis. O mais reconhecido é o glutamato adicionado às comidas chinesas e a alimentos em conservas (nozes, sopas e molhos, batatas fritas, maioneses e carne processada e enlatada). A tiramina contida em alguns queijos, no chocolate, no vinagre, no vinho tinto, no molho de soja, no iogurte e em vários outros produtos também produz o sintoma. Também ocorre nos alimentos que contém nitratos como conservante, como no bacon, salsicha, peixe defumando, hambúrguer, carne enlatada e outros. Os próprios alimentos podem produzir cefaleia em algumas pessoas. Esses alimentos são os consumidos usualmente: carnes, vegetais, grãos e frutas. Milho, soja, suco de maçã, banana e carne de porco são alguns dos mais comuns desencadeantes da dor de cabeça. A cafeína e alguns parentes dela existem no café e nos chás, podendo ocasionar a dor de cabeça. Para informações mais detalhadas sobre o assunto consultar a Internet.

COMO PROCEDER PARA VER SE ALGUM ALIMENTO CAUSA A DOR?

Existem programas com controle da dieta para tentar descobrir a(s) causa(s) da cefaleia de origem alimentar. Há um que coloca o cliente em dieta com quatro alimentos que usualmente a criança não consome: uma carne (cordeiro ou galinha), um vegetal, uma fruta e um carboidrato por três semanas. Após essa fase, outros vão sendo introduzidos de forma programada. Quando parece que certo alimento produziu o sintoma, ele é suspenso e novamente introduzido até que se tenha uma ideia precisa sobre a sua participação no quadro. Há outro que admite na fase de testes que a família opte por oito a 10 produtos que a criança

usualmente não ingere e, a partir daí, vão sendo introduzidos outros produtos e avaliada a resposta.

É COMPLICADO, NÃO É?

Fácil não é. Existem algumas boas dicas na internet, como em

https://www.hopkinsmedicine.org/health/conditions-and-diseases/headache/headaches-in-children, https://my.clevelandclinic.org/health/diseases/4225-headaches-in-children

E A CEFALEIA TENSIONAL NA CRIANÇA E NO ADOLESCENTE?

É mais encontrada nos adolescentes e é secundária a uma série de condições que ocasionam o uso excessivo ou inadequado da musculatura cervical. A postura errônea ao dormir e ao sentar-se, o ficar horas semi-imobilizado na frente do computador ou da televisão, o estresse emocional e as tensões do cotidiano favorecem o surgimento do quadro. É uma dor que se mantém por longo tempo e que não se modifica de forma marcante ao longo dos meses. O quadro doloroso pode ser o de cefaleia ou de dor na parte superior do pescoço. O diagnóstico desse problema exige que se excluam várias outras causas de dor na cabeça e no pescoço, sobretudo a enxaqueca com a qual pode estar associada.

QUAIS SÃO AS CAUSAS DA ENXAQUECA?

A enxaqueca é o tipo de cefaleia que mais incomoda os doentes. Ela evolui por longo tempo e pode se constituir num problema de difícil solução ou controle. São aspectos marcantes: hereditariedade — em 88% dos casos, um dos pais apresenta o problema; idade de início — 20 % das crianças afetadas têm menos de cinco anos de idade; assim, a maior parte ocorre após essa idade; a frequência aumenta muito na adolescência; fatores desencadeantes —emoções, exposição ao sol, mal-estar, vertigem, náuseas e vômitos ao andar de carro ou de avião, alimentos e odores, esforço físico, repouso prolongado seguido por esforço visual e trauma craniano.

QUAIS SÃO OS SINTOMAS DA ENXAQUECA?

Vamos tentar resumir e apresentar os sintomas dos quadros típicos:

- Antes da dor de cabeça podem ocorrer irritabilidade, alegria excessiva ou tristeza, verborreia ou retração social, aumento ou queda do apetite, retenção hídrica e alterações do sono. Os que apresentam o quadro com frequência reconhecem esses dados como as manifestações iniciais da crise.

- Após essa fase, algumas crianças (só 10-20% das que tem enxaqueca) apresentam a aura que ocorre 30 minutos antes da cefaleia e dura cinco a dez minutos. As crianças não descrevem bem a aura, mas a mais relatada é a visual (visão borrada, linhas em "ziguezague", cintilações, pontos negros, distorção do tamanho dos objetos e outros tipos). Existem outros tipos: perda da atenção, confusão, amnésia, dificuldade de falar, de se movimentar, vertigem, tonturas e até paralisias musculares.
- A cefaleia dura 30 minutos a 48 horas, usualmente menos de quatro horas, é mais curta que a observada nos adultos e também parece ser menos intensa, habitualmente é unilateral e pulsátil. Mas pode ser bilateral na fronte, nas têmporas ou atrás dos olhos. A tosse, o espirro, o subir escadas agrava a dor. Extremidades frias, náuseas, vômitos, perda do apetite, diarreia, aumento da frequência urinária, sudorese, intolerância à luz e aos sons e outros dados.
- Após a cefaleia, habitualmente surge exaustão, cansaço e menos frequentemente, excitação que persistem por horas ou dias.
- Os fatores de melhoria são: analgésicos, sono, escuridão, repouso e vômito.
- A exclusão de causas específicas da dor de cabeça (como hipertensão, sinusite, distúrbios visuais) é aspecto essencial do trabalho com esses pacientes. Os médicos com frequência solicitam tomografia ou ressonância nuclear magnética do cérebro para afastar doença do sistema nervoso.

EXISTEM DIFERENTES TIPOS DE ENXAQUECA?

Existem. A enxaqueca clássica é a que ocorre com aura, habitualmente visual, e é vista em um terço dos clientes. A enxaqueca comum, que não é acompanhada de aura, acontece em 60% da criançada que tem o problema. Há outras formas como s enxaqueca complicada, que é acompanhada de sinais neurológicos, e formas menos comuns como a confusional, a abdominal, a oftalmológica e a síndrome dos vômitos cíclicos. Vejam como o tema é complexo.

QUAL A FREQUÊNCIA DAS CRISES DE ENXAQUECA?

Há clientes com frequentes crises que chegam a dificultar o cumprimento das tarefas cotidianas como o estudo. Outros têm episódios menos frequentes. Excesso de obrigações, cansaço, abuso de TV e de computador e as tensões do dia a dia explicam a maior ocorrência de crises alguns.

COMO SÃO AS CRIANÇAS QUANDO ESTÃO SEM ENXAQUECA?

Os portadores de enxaqueca têm mais frequentemente cinetose (náuseas e vômitos nas viagens de carro e navio, por exemplo), dores nos membros ("dor de cresci-

mento"), dor abdominal recorrente e distúrbios do sono (sonambulismo, bruxismo e outros). Mas têm rendimento intelectual e comportamento normais.

COMO TRATAR A DOR DE CABEÇA AGUDA?

A cefaleia aguda é causada por uma doença que deve ser diagnosticada e tratada. Assim, a cura da sinusite aguda resolve a dor de cabeça causada por essa doença. O controle da hipertensão arterial faz a dor de cabeça secundária a essa alteração desaparecer. Isso é válido para a meningite, para o trauma, para o tumor cerebral e para muitas e muitas outras situações em medicina. Mas o analgésico para o sintoma dor de cabeça também pode ser empregado.

COMO É O TRATAMENTO DA ENXAQUECA?

Existe o tratamento da crise aguda, que é indicado quando há poucos episódios como menos de dois por mês. O sono é o melhor remédio para terminar a crise, manter o cliente em casa, em repouso, sem atividades esportivas ou escolares, fornece um ambiente favorável para dormir (quarto escuro, silencioso, ventilado) e medicar com analgésicos. Existe o tratamento preventivo indicado quando há muitas crises, mais de duas ao mês. Muitos usam acupuntura, técnicas de relaxamento e manuseio da dieta como terapias não medicamentosas para a prevenção do quadro. Outros usam medicamentos para evitar os ataques.

QUAIS MEDICAMENTOS DEVEMOS TER EM CASA PARA AS DORES?

A moderna medicina está mais cuidadosa com o uso de remédios. Também critica cada vez mais o excesso de medicamentos na casa. Uma das maiores razões é que quanto mais remédio na casa, maior o risco de intoxicação medicamentosa com as crianças. Então, se deve ter uma farmacinha com os remedinhos básicos para febre, nariz, dor e os problemas mais simples. E mesmo essa farmacinha deve estar muito bem trancada, escondida e com acesso controlado para evitar que as crianças tomem acidentalmente um desses produtos**.** Leiam o capítulo *Farmacinha***.** Agora, se algum membro da família usa produtos controlados, como remédios para o sistema nervoso, é bom alertar que são de alto poder tóxico e é prudente que sejam guardados mais escondidos ainda, mais controlados ainda. Remédio pode matar criança.

EXISTEM REMÉDIOS MAIS FORTES PARA ALIVIAR A DOR! CORRETO?

Os derivados da morfina, os opiáceos, são os mais potentes analgésicos conhecidos. Também existem anti-inflamatórios não hormonais que possuem potente ação analgésica. São produtos para situações muitos especiais.

INFORMEM QUAIS OS REMÉDIOS QUE DEVEMOS TER!

Os produtos para os quadros dolorosos das crianças são os que contêm dipirona, acetaminofen e ibuprofeno. São úteis para dor após a vacinação, de cabeça, de dente e dos traumas menores, cólicas, dor muscular e articular, enfim, para os problemas mais simples. São seguros embora apresentem efeitos adversos. Escolham um deles, aprendam a usá-lo guiando-se pelas tabelas fornecidas no capítulo sobre *Febre*. Colem uma cópia dessa tabela na porta da farmacinha. Evitem erro. Evitem intoxicação medicamentosa.

E QUAIS NÃO DEVEMOS TER OU USAR?

A farmacinha não deve conter e, portanto, não se deve usar nas dores comuns os analgésicos e/ou anti-inflamatórios potentes com codeína nimesulida, diclofenaco, cetoprofeno e outros. São produtos para casos muitos especiais e mais raros na criança. Esses remédios têm efeitos colaterais importantes e não se justifica o risco de sangramento gástrico, de nefrite e de outros problemas, quando a dor poderia ser resolvida com um medicamento mais seguro. Os produtos citados e outros só podem ser usados por médicos. Mas podem ser extremamente úteis em certas circunstâncias.

O GELO AJUDA?

Ajuda muito. Nos traumas sem ferimento (contusões, entorses, distensões musculares, e outras) a aplicação local de gelo, de compressa fria ou bolsa de água gelada alivia muito.

E OS REMÉDIOS PARA PASSAR NO LOCAL DA "PANCADA"?

Há produtos para uso local, com derivados do ***ácido*** salicílico que ajudam quando há dores musculares e ou articulares, de diversas origens. Junto com a compressa de água fria, outras medidas ajudam (repouso e imobilização). Mas é sempre importante que o médico examine o paciente.

E HOMEOPATIA? E ACUPUNTURA? E A YOGA?

Os melhores resultados são obtidos com o tratamento da doença que origina o sintoma. É inquestionável. Um bom exemplo é a remoção de um cálculo renal que está produzindo crises dolorosas. A retirada do cálculo resolve a dor e evita que o problema se repita. No exemplo do cálculo renal e de outros, onde o que resolve é a remoção por meios clínicos ou cirúrgicos das causas da dor, os remédios analgésicos, a homeopatia e/ou a acupuntura são de menor importância. A homeopatia e a acupuntura são úteis nas dores crônicas, sobretudo, quando há forte componente

psicossomático, tipo enxaqueca provocada por tensão emocional, dor na coluna de origem muscular também produzida por estresse ou postura errônea. Também podem ajudar a Yoga, a RPG e outras terapias.

Os textos que estamos produzindo devem ser vistos como um mecanismo para educar os familiares e nunca devem ser vistos como um mecanismo para evitar a consulta médica individualizada.

36 | GENITAIS EXTERNOS DA MENINA E DO MENINO

João Guilherme Bezerra Alves
Lúcio Flávio Andrade de Alencar
Otelo Schwambach Ferreira
Walter de Moura Lima

36.1 GENITAIS EXTERNOS DA MENINA

OS GENITAIS DAS MENINAS SÃO MAIS COMPLICADOS?

Complicados, não. Claro é que vocês devem conhecer a genitália externa (ou vulva) das filhas para cuidar adequadamente da higiene e conseguir perceber os probleminhas. E vocês só vão aprender praticando o asseio das meninas e lendo, vendo figuras, pesquisando na internet e conversando com o pediatra. Há sites que apresentam excelente material sobre o tema: http://www.mulheres.org.br, http://www.guiadosexo.uol.com.br e http://www.adolescente.psc.br.

MAS TEMOS MEDO DE MACHUCAR.

Não tenham medo de fazer o asseio, portanto, de tocar na genitália das suas filhas. Os grandes lábios são cobertos de pele e vocês podem tocar e afastá-los delicadamente para ver os pequenos lábios que devem estar completamente separados**.** O esquerdo não pode estar preso ao direito. São separados desde o clitóris até quando a fenda vulvar termina, lá para o lado do ânus. Vocês também vão ver o hímen e podem até perceber o orifício externo da uretra, lá para o lado do clitóris, por onde o xixi é lançado no exterior. No interior da genitália, nos pequenos lábios e no resto, vocês não devem tocar com o dedo, ou com cotonete ou com qualquer outra coisa. Essa parte rósea é mucosa, estrutura delicada.

A RESPOSTA NÃO MUDOU A MINHA COMPETÊNCIA.

É claro que não. O conhecimento é construído aos pouquinhos. E como falou uma das nossas colaboradoras "é preciso ter cuidado para não transformar a genitália da menina num 'laboratório'". Nem oito nem oitenta. Não explorar excessivamente, sem dúvida. Mas também não ter medo, não criar tabus que

fazem pensar que os genitais são órgãos intocáveis. Os médicos são os profissionais mais indicados para mostrar como é a genitália externa das garotas e como cuidar do asseio. Eles devem examinar os genitais externos de todas as garotinhas, rotineiramente, em todas as consultas, da mesma forma que examinam nariz e garganta. Essa conduta é aconselhável para ver se está tudo bem e até para ajudar aos pais a quebrar o desconhecimento e o receio de fazer o asseio. Em cada higiene, estarão evitando doenças e aprendendo.

O QUE É A SECREÇÃO BRANCA NA VAGINA DA MENINA NOVINHA?

O nome correto é vulva que é a parte da genitália que aparece exteriormente. Vagina é o canal, por trás do hímen, que vai até o útero. Essa secreção esbranquiçada, que pode apresentar um pouquinho de sangue, como uma pequena menstruação, e o aumento das mamas, fazem parte das reações normais da recém-nascida aos hormônios que a mãe passa para ela. Essas reações até mostram que o corpinho funciona. Não há necessidade de remover essa secreção esbranquiçada que naturalmente desaparece. Nem com o sangramento que cede espontaneamente. Basta o asseio normal. Outro aspecto que chama a atenção é que o hímen da menina novinha, também por ação hormonal, é diferente. Ele é saliente e em algumas recém-nascidas quase que se exterioriza na vulva. Com o passar dos meses e com o desaparecimento do efeito hormonal, o hímen e a secreção terão o aspecto visto em criança maior.

ALGUMAS MENINAS TÊM OS PEQUENOS LÁBIOS BEM PEQUENINOS?

A forma dos genitais externos varia entre as meninas. Em uma garota, o clitóris é mais facilmente perceptível. Em outra, os pequenos lábios são menos evidentes. Compete ao pediatra definir sobre a normalidade ou não. Assim, falem com os médicos quando tiverem dúvidas sobre qualquer aspecto da genitália.

E COMO É A ABERTURA DA URETRA NA MENINA?

A abertura uretral não é facilmente perceptível pelos familiares e está entre o hímen e o clitóris. Quando muito ampla, facilmente perceptível, pode ser doença.

HÁ NECESSIDADE DE MONITORARMOS O JATO URINÁRIO?

É importante avaliar o jato urinário que deve ser contínuo, sem interrupção, e "forte". As crianças dos dois sexos, mesmo novinhos, devem ser capazes de lançar a urina longe do corpo. O jato não deve ser interrompido, em gotinhas, muito fino. Se isso ocorre repetidamente, sobretudo se existem dor, febre e outros sinais de doença nas vias urinárias, é importante avisar ao médico.

COMO DEVE SER O ASSEIO GENITAL DA MENINA NOVINHA?

O primeiro conselho é que as mães devem cuidar da higiene nos primeiros tempos da vida da criança. Depois a vovó e uma babá confiável podem participar desde que os mesmos princípios sejam seguidos. O asseio é, sobretudo, importante após a evacuação. As fezes, em contato com a genitália externa, podem produzir doença. Vejam uma rotina para o asseio da garota:

- Coloque a garotinha de barriguinha para cima; afastem delicadamente os grandes lábios com seus dedos.
- Use água fervida e amornada nos primeiros meses de vida. Façam com que uma boa quantidade de água escorra pela vulva, um chumaço grande de algodão embebido em água é o melhor mecanismo de você deixar o líquido escorrer na genitália. Pode ser usado um copinho com água.
- Percebam que, nessa posição, a água escorre no sentido vulva-ânus. É fácil verificar que essa higiene retira até as fezes acumuladas na vulva.
- Use, após essa primeira fase, ainda com os grandes lábios afastados, um chumaço de algodão bem umedecido para o asseio dos pequenos lábios. Passar o algodão no sentido vulva-ânus, nunca fazer a higiene no sentido oposto.
- Faça o asseio da pele ao redor do ânus e dos genitais, com água e sabonete.
- Retire o excesso de água encostando uma toalha na pele que cerca a região, não enxugar no interior da genitália.

QUANTAS VEZES AO DIA DEVEMOS FAZER ESSE ASSEIO?

Na criança novinha, há necessidade de mais asseio em função do maior número de evacuações. Mas é sempre valioso fazer o asseio também na hora do banho. Quando há diarreia, o asseio deve ser mais frequente.

DEVEMOS EMPREGAR O SABONETE?

Na pele, por fora, sim. No interior da vulva não. Você deve usar um sabonete neutro para o asseio. Uma vez ao dia, no banho, e após as evacuações. No interior da vulva, na região dos pequenos lábios, use apenas água. Um pouquinho, sem excesso, do mesmo sabonete usado na pele pode ser empregado para o asseio da região dos pequenos lábios.

E O LENÇO UMEDECIDO OU O PAPEL HIGIÊNICO UMEDECIDO?

São úteis quando você está fora de casa. Na rotina, não devem ser usados. Como foi informado, nada mais delicado que a água que escorre de um chumaço de algodão ou que é despejada por um copinho para o asseio.

E AS POMADAS OU DE CREMES?

Usar pomadas e cremes na pele da região que cerca o ânus e a vulva é um hábito da nossa população. Dizem que é para evitar "assaduras". É discutível. Na região de clima quente e úmido, é bom manter a pele asseada e bem hidratada, mas sem excesso de cremes, pomadas e óleos. Ou até sem esses produtos. Vejam que a Índia não usa nada disso.

NADINHA MESMO?

A boa hidratação da pele da região ao redor do ânus e da genitália externa, que é submetida ao calor de fraldas, sobretudo das descartáveis, é fator de boa saúde. Nesse sentido, é válido não esfregar algodão ou toalha quando efetuar a limpeza para não retirar as células que servem de proteção. A pele deve ser enxuta discretamente após o asseio. Então pode ser utilizada uma fina camada de creme hidratante ou óleo de amêndoas.

E O TALCO?

É usado com frequência. O mais fino talco, o mais delicado talco, é lixa para o interior da vulva. Como é impossível colocar talco só na pele ao redor do ânus e da vulva, sem que penetre na parte interna da vulva, deve ser evitado. É uma das causas de vulvite, de inflamação no interior da vulva, de secreção da genitália externa. Portanto, não é recomendável.

E SE ELA FICAR "ASSADINHA"?

Quando houver "assadura", "irritação", "dermatite das fraldas" ou outros problemas na região do períneo é que devem ser usados cremes, pomadas ou remédios na forma líquida. O médico é quem indica, pois há muitas diferentes doenças que exigem tratamentos diferenciados. Algumas doenças são simples, mas existem outras que, embora também sem gravidade, precisam tratamento especial, como a dermatite por fungos.

COMO DEVE SER O ASSEIO DA MENINA MAIS VELHA?

A mãe deve, desde muito cedo, na hora da higiene genital da garotinha, dizer o que está fazendo e quais as razões. O educar é um ato contínuo, repetitivo, em que pai, mãe e babá devem colaborar. A partir dos 5 ou 6 anos de idade, quando a criança começa a tomar o banho sem auxílio do adulto, ela deve ser instruída para lavar a genitália. Mas a mãe sempre deve supervisionar e sempre dar uma olhadinha para continuar a se lembrar da anatomia e para fiscalizar o asseio. Após a defecação, ela deve ser ensinada a usar o papel higiênico, sempre no sentido do

genital para o ânus, de "frente para trás". E deve ser dito a ela que é para não trazer cocô para a "florzinha", para a genitália externa, que isso pode causar problemas. Explicar também que se ela for usar a duchinha, deve direcionar um jato suave de água (nada de violência), tangenciando a vulva, em direção ao ânus. Nunca apontando diretamente para a vulva, em ângulo reto, pois podem jogar material com bactérias para o interior da bexiga.

A CALCINHA TEM SEMPRE UM POUCO DE SECREÇÃO, É NORMAL?

A mucosa vaginal da menina e a parte mais interna da vulva, onde estão o hímen e a uretra, são regiões que apresentam secreções normais. Essas regiões estão sempre com certa umidade. Isso é normal. E isso pode junto com um pinguinho de "xixi" manter a calcinha úmida. Mas não deve haver secreção abundante, fétida, sanguinolenta. Isso é motivo para consulta médica. Na pré e na adolescência, quando o corpo feminino começar a se preparar para os seus famosos ciclos, a mucosa genital secreta mais abundantemente e a calcinha pode ficar mais úmida. Mas nada de secreção abundante, fétida, sanguinolenta. Em caso de dúvida, é importante consultar o médico.

QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS DOENÇAS DOS GENITAIS EXTERNOS DAS MENINAS?

Existem má formações congênitas (hímen imperfurado, defeitos da diferenciação sexual e fístulas do intestino na vagina), corpo estranho (sementes e outros objetos), infecções e reações alérgicas ou irritações locais (dermatite das fraldas, vulvites e vulvovaginites por produtos de higiene, asseio incorreto, vírus do herpes, bactérias e parasitos — oxiúros), aderência dos pequenos lábios e até agressões sexuais e doenças sexualmente transmissíveis.

O QUE FAZEMOS NESSAS ENFERMIDADES?

É recomendável que qualquer alteração na genitália ou na pele da região do períneo, chamada região das fraldas da criança novinha, ou mesmo qualquer dúvida surgida, seja informada ao médico para que a orientação específica seja adotada. Há situações como as dermatites de contato que são diagnosticadas e resolvidas de forma muito simples (uso de outro tipo de fraldas ou com mudança no asseio) e as mais complexas que exigem exames e até consulta com o ginecologista (diagnosticar e tratar um corpo estranho). E ainda as que envolvem aspectos médico-jurídicos como as agressões sexuais.

AS DOENÇAS VENÉREAS PODEM ACOMETER AS CRIANÇAS?

Ocorrem mais frequentemente nas adolescentes que têm vida sexual ativa e não usam preservativos, principalmente nas que têm vários parceiros. Pode ocorrer, menos frequentemente, em criança menor, submetida a abuso sexual.

DEVEMOS ESTAR ALERTAS PARA O ABUSO SEXUAL! CORRETO?

É terrível, mas os abusos sexuais ocorrem. Toda menina com irritação genital e com qualquer tipo de secreção vulvar que muda subitamente as atitudes em relação ao asseio sexual ou que apresente qualquer outro dado que estranhamente chama a atenção para a área genital pode ter sido abusada sexualmente.

EXISTE ATÉ DOENÇA NO HÍMEN?

A imperfuração himenal impede a saída das secreções normais produzidas na vagina da menina novinha, mas impede principalmente a saída do sangue menstrual. O pediatra no primeiro exame que faz em todas as meninas fiscaliza a existência de orifício ou orifícios himenais no exame rotineiro que faz em toda menina após o nascimento. O diagnóstico do hímen fechado é habitualmente feito na adolescência durante os primeiros ciclos menstruais. A não eliminação do sangue menstrual, a presença de tumor no baixo ventre, manifestações de desconforto abdominal e a evidência de um hímen abaulado definem o problema. O tratamento é simples.

MENINAS TÊM HÉRNIAS?

As meninas têm hérnias que podem se exteriorizar no púbis ou ao lado dos grandes lábios. Aumento de volume nessas regiões deve ser avisado ao médico.

E A TAL DE ADERÊNCIA DOS PEQUENOS LÁBIOS?

Vocês se lembram que os pequenos lábios devem estar bem separados. Separados do clitóris até o limite posterior da vulva, lá perto do ânus. Por ter taxas hormonais reduzidas e/ou por irritação da vulva (vulvite por uso de talco ou asseio inapropriado ou outra causa) é comum que os pequenos lábios se unam. É o que se chama aderência ou sinéquia dos pequenos lábios vulvares. A aderência pode ser parcial, em um pequeno trecho dos pequenos lábios ou pode ser total.

ESSA ADERÊNCIA FAZ MAL?

A aderência pode dificultar a saída livre da urina e provocar infecção urinária ou infecção da vulva e da vagina (vulvovaginite). Então pode fazer mal.

COMO SE EVITÁ-LA?

O asseio adequado como antes sugerimos evita a maior parte das aderências dos pequenos lábios.

COMO A ADERÊNCIA É RESOLVIDA?

O tratamento é feito com cremes que o médico pode indicar.

O QUE FAZER APÓS O TRATAMENTO?

O médico indica, quando os pequenos lábios se separam, o que a mãe deve fazer para evitar a repetição. Se não houver alguns cuidados, como o asseio para limpar e para afastar os pequenos lábios e o uso de um pouco de vaselina na face interna dos pequenos lábios, o quadro se repetirá.

E SE A MENINA APRESENTA MUITA SECREÇÃO VAGINAL?

Se a mãe julga que a secreção é muito abundante, sobretudo se apresenta outros dados como mau cheiro e sangue, o médico deve ser procurado. Existem várias causas que justificam essa ocorrência: asseio incorreto e o uso de produtos que causam reação alérgica ou de outra natureza (cremes, fraldas, calcinha e sabonetes); oxiurose que é uma parasitose intestinal; brincadeiras em caixa de areia; corpo estranho introduzido na vagina (neste caso, a secreção é usualmente abundante e sanguinolenta); algumas infecções.

O QUE FAZERMOS NESSE CASO?

O médico deve ser consultado. E, com frequência, algumas medidas simples de natureza higiênica e troca de vestuário podem resolver o problema. Algumas vezes, o profissional recomenda higiene com certas soluções (aplicadas em banhos de assento ou de outra forma) associadas a medicamentos.

QUANDO COMEÇAR A EDUCAÇÃO SEXUAL?

Os genitais devem ser tratados como órgãos normais, iguais ao nariz, aos olhos e a todos os outros, e vistos sem mistérios, conotação de coisa suja ou noção de coisa proibida. Os pais devem permitir que os filhos e filhas participem dos seus e dos banhos dos coleguinhas da mesma faixa etária. Isso pode motivar uma série enorme de questões e uma excelente oportunidade para iniciar a educação sexual. As respostas devem ser simples e entrar em assuntos ligados à concepção, à gestação e o parto.

EXISTEM LIVROS PARA A CRIANÇA CONSULTAR?

Há livrinhos, inclusive alguns ilustrados, para a turminha mais jovem como *De onde eu vim. Aprendendo sobre sexualidade*, Coleção Meu corpo, de Gordon, Mike

e Llewellyn, Claire. E há enciclopédias como a *Enciclopédia sexual infantil*, *O abc sexual infantil*. Existem também muitos livros e enciclopédias para os adolescentes. Esse material impresso deve ficar disponível para livre manuseio.

E SOBRE OS JOGOS SEXUAIS NA INFÂNCIA?

Vejam o texto da internet no site **www.montardo-ap.blogspot.com**.

36.2 GENITAIS EXTERNOS DOS MENINOS

De início, noção rápida sobre o prepúcio, a pele que recobre e protege a glande. Prestem bem atenção ao protege a glande. Certos pediatras dizem que o prepúcio está para a glande como a pálpebra está para o olho. O prepúcio evita que a glande de criança novinha sofra agressões e exposição as fezes. Esta exposição excessiva pode permitir o surgimento de lesões na glande. É importante dar uma boa revisada na anatomia dos genitais externos do menino. A internet oferece bons textos e boas imagens.

E é importantíssimo saber que a glande do pênis do bebê é recoberta pelo prepúcio. E o prepúcio não permite a exposição da glande. É normal. Anos após o nascimento, de forma natural, o prepúcio passa a correr livremente sobre a glande.

COMO É O ASSEIO DO PÊNIS NO NENÉM?

O cuidado mais importante é não forçar para expor a glande. Isso não é ´possível pois a pele, o prepúcio, é "colado" à glande. Tentativas forçadas para a exposição da glande podem "rasgar" o prepúcio e causar, no futuro, um tipo importante de fimose, a cicatricial. Na rotina, basta lavar, nos banhos, o pênis e sobretudo o prepúcio com água e sabonete. O excesso de sabonete deve ser retirado. Não fazer esforço para expor a glande. É importante higienizar a parte da glande que a fenda prepucial permite ver. Se não for possível expor mesmo uma pequena parte da glande, basta lavar o prepúcio. A higiene nunca deve causar dor, sofrimento ou sangramento. Toda higiene que causa isso significa trauma que pode induzir a fimose cicatricial.

E O ASSEIO NA CRIANÇA MAIOR?

Até os 5 ou 6 anos de idade, o asseio deve ser feito pelo adulto. Nessa idade, os adultos devem ensinar aos meninos a assumirem o seu asseio peniano. O pai, evidentemente, deve dar o exemplo, mostrando ao filho como fazer a higiene. Ele deve ser ensinado a expor a glande ou parte dela para o asseio.

É PRECISO USAR ALGUMA POMADA?

Rotineiramente, não se deve usar. Se ocorrer inflamação ou "irritação" local, o médico pode indicar alguma pomada ou creme.

E QUE É ESMEGMA?

É a secreção normal produzida, desde o nascimento, por glândulas do revestimento interno do prepúcio. Em alguns meninos, surgem bolsas de esmegma, peroladas, abaixo do prepúcio. Não é problema. Aos poucos, surgem comunicações que permitem a eliminação desse material, de odor desagradável. O esmegma é um dos fatores responsáveis pelo descolamento do prepúcio. Logo que o prepúcio possa ser retraído, mesmo parcialmente, em qualquer idade, é importante que seja feito o asseio da glande para a remoção do excesso da secreção. Isso deve ser colocado para o menino como tão importante quanto escovar os dentes. Não é demais enfatizar que o asseio deve ser feito pela mãe ou pelo pai. E lembrem-se que a libido não deve ser estimulada. A produção do esmegma aumenta na puberdade e no adulto.

O QUE É FIMOSE?

Fimose é o estreitamento da fenda do prepúcio. Todos devem estar lembrados que na pontinha da glande existe o orifício da uretra que permite a saída da urina e do esperma. O estreitamento do prepúcio impede a visualização ou a exteriorização da glande e pode inclusive, nos casos intensos, impedir a saída da urina e causar infecção urinária e outros distúrbios. Há dois tipos:

1. Fimose fisiológica — Não causa doenças como infecção urinária, não apresenta postite e não precisa tratamento.
2. Fimose patológica — Pode causar infecção urinária, ser sede frequente de postite e necessita tratamento.

OUVI DIZER QUE QUASE TODO MENINO NASCE COM FIMOSE.

Mais de 90% dos meninos nascem com a glande coberta pelo prepúcio. É o que caracteriza a fimose fisiológica. O prepúcio é aderido à glande o que impede o deslizamento da primeira estrutura sobre a segunda. Isso é diferente do que ocorre com o adolescente e o adulto onde o prepúcio desliza livremente sobre a glande. Há razões para que isso seja assim. Médicos competentes questionam a prática da operação de retirada de parte do prepúcio, na criança novinha, pois acreditam que a cirurgia retira essa essencial proteção da glande e pode gerar doenças. Com o passar dos anos, a aderência entre o prepúcio e a glande vai sendo desfeita até que seja possível a completa exposição da glande. Isso é o que se espera nos adolescentes. Vejam bem, como tudo está bem-feito. A glande deve estar coberta para evitar doença, nos pri-

meiros tempos da vida. E mais tarde quando há necessidade de que ela fique exposta, para atividade sexual e asseio, o prepúcio poderá ser retraído. Essa é a explicação para essa fimose normal, dita fisiológica, que não causa problema, que não causa infecção urinária. É diferente da fimose patológica.

HÁ NECESSIDADE DOS "EXERCÍCIOS" NO PÊNIS?

Alguém inventou que forçando a retração do prepúcio sobre a glande — o famoso "exercício" —, desde os primeiros tempos de vida, seria possível apressar o processo natural. Esta manobra só causou problemas: dor, rachaduras (fissuras), no prepúcio, inflamação (postite) e muitas fimoses patológicas. A cura das fissuras e da postite é com cicatrização e formação de tecido inelástico, rígido, que impedirá que a natureza siga seu curso esperado. É a causa da fimose cicatricial. Portanto, esse manuseio, o "exercício" é proibido.

FIMOSE PODE CAUSAR INFECÇÃO DOS RINS OU CANCER NO PÊNIS?

A relação da fimose com infecção urinária é importante. Toda mãe deve observar a micção do filho. O jato miccional deve ser único e forte. Micção partida, interrompida, jato urinário fraco, dilatação do prepúcio na micção, febre e outros sinais de infecção, no menino, podem indicar infecção urinária. Existem várias causas dessa doença e uma delas é a fimose. A fimose que causa infecção urinária é denominada patológica, e, portanto, necessita tratamento. O câncer do pênis tem relação com o asseio. Adultos que não expõem a glande para a higiene rotineira têm mais probabilidade de ter câncer peniano.

OS JUDEUS AINDA HOJE FAZEM A POSTECTOMIA NOS SEUS BEBÊS!

É uma tradição milenar e que não pode ser avaliada pela ótica científica. Não é uma postura refutável e assim não pode ser questionada pela ciência.

O QUE É A POSTITE?

É inflamação do prepúcio. Ocorre, sobretudo, por falta de asseio e/ou por manuseio traumático como o do maldito "exercício". É valioso higienizar bem o pênis naquela fase em que a criança faz muito xixi e muito cocô e cuidar bem da região coberta pelas fraldas. Não deixar a pele em contato com fezes e urina por muito tempo, trocar fraldas, fazer asseio adequado da pele da região do períneo, usar produtos adequados para o asseio e vestuário apropriado. A postite causa fimose cicatricial, sobretudo, se de longo prazo ou repetida. E é possível prevenir a ocorrência. Algumas vezes, quando a reação inflamatória é intensa e há a possibilidade de infecção por bactérias e/ou por fungos, é necessário tratamento médico.

COMO É O TRATAMENTO DA FIMOSE VERDADEIRA, PATOLÓGICA?

O tratamento médico está indicado quando ficar definido que a fimose é patológica, do tipo cicatricial ou de outro tipo, e/ou que está causando problemas para o garoto. Dificuldade à micção, infecção urinária e impossibilidade da exposição da glande para asseio ou para início da vida sexual (masturbação). São os principais problemas. Hoje, antes da cirurgia, é possível o tratamento com cortisona que é eficaz em grande número de pacientes. Mas quando falha, ou por outra razão, a cirurgia resolve.

A CORTISONA PODE SER USADA EM TODO MENINO?

A indicação da cortisona é para a fimose patológica. Há pediatras que indicam a aplicação da cortisona, já no primeiro ano de vida quando o prepúcio continuar com o orifício muito estreito. Até mesmo quando ainda não se pode falar em patologia. Também indicam medicamentos com cortisona quando existem indícios de postite. O resultado com o tratamento é, usualmente, excelente e isso é medido pelo significativo aumento do orifício prepucial.

O QUE FAZER APÓS O TRATAMENTO COM A CORTISONA?

A melhoria com o tratamento pode ser rapidamente perdida, ou seja, o orifício pode se estreitar novamente, se o pediatra não orientar os familiares sobre o manuseio, o asseio, após o tratamento. A orientação consta do asseio, uma ou duas vezes ao dia, para manter a abertura da fenda prepucial do mesmo tamanho observado ao fim do tratamento. Isso é conseguido pela mãe ou por outra pessoa corretamente instruída e consta da retração não traumática do prepúcio e asseio para manter a fenda como estava ao fim do tratamento.

E SE A FIMOSE VOLTAR, A CORTISONA PODE SER USADA NOVAMENTE?

Os pediatras e cirurgiões de crianças, que são os principais profissionais que cuidam desse assunto, indicam a repetição do tratamento com a cortisona naqueles casos que apresentaram bons ou excelentes resultados com o uso desta medicação. Mas eles também vão procurar definir as causas da recidiva da fimose o que pode ser explicado pelo asseio inapropriado ou pela ocorrência da postite. Assim, além de mandar repetir o tratamento com a cortisona, eles vão indicar medidas para evitar a causa da recidiva.

OUVI FALAR EM PARAFIMOSE. O QUE É?

A parafimose ocorre quando o prepúcio não pode ser levado à sua posição normal, cobrindo totalmente a glande, após totalmente retraído. Com o pênis ereto,

essa dificuldade é maior. Ocorre devido à inelasticidade do prepúcio que foi perdida por postite e a formação de tecido cicatricial da fenda prepucial. Em alguns garotos ou homens, há necessidade de cirurgia.

E O FREIO?

Este freio ou dobra de pele que vai da glande até o prepúcio, na parte de baixo do pênis, habitualmente não causa transtornos. Mas pode causar dificuldade sexual e até se romper. A cirurgia corrige com facilidade.

QUAIS AS OUTRAS DOENÇAS DOS GENITAIS DOS MENINOS?

Além do que foi referido há más formações (exemplo: hipospádias e epispádias em que o canal uretral se abre em local diferente do normal, defeitos da diferenciação sexual, hérnias e hidroceles), infecções, reações alérgicas e irritações locais (por fraldas, produtos de asseio, por bactérias como o impetigo), e lesões produzidas por abuso sexual.

E AS DOENÇAS VENÉREAS?

A resposta que demos sobre a mesma pergunta, quando discutimos a problemática da genitália feminina, se aplica também aos meninos.

O TAMANHO DO PÊNIS VARIA DE CRIANÇA A CRIANÇA?

O tamanho do pênis varia. Na adolescência é que o assunto passa a chamar a atenção dos pais e do próprio garoto. Existem gráficos que servem para acompanhar o crescimento do órgão e valorar a queixa. Quando os pais chamam a atenção para um pênis que aparentemente é pequeno, os pediatras estudam todos os dados de crescimento, pesquisam a existência ou não de certas anormalidades e realizam alguns testes laboratoriais. Em algumas situações, há indicação de tratamento.

FALEM SOBRE A AUSÊNCIA DOS TESTÍCULOS!

Em um pequeno percentual de meninos, sobretudo se prematuros, um ou os dois testículos podem não estar nas bolsas escrotais ao nascimento. Isso ocorre em crianças absolutamente normais. Nos primeiros meses de vida, naturalmente, um ou os dois testículos migram para as bolsas. Mas os pediatras sempre devem acompanhar essas crianças, pois quando o(s) testículo(s) não migram para a sua posição normal, nos primeiros dois ou três anos de vida, pode ser necessária a adoção de alguma medida terapêutica.

E HIDROCELE E HÉRNIA?

São problemas que alguns meninos apresentam. A hidrocele é líquido ao redor dos testículos, comum ao nascimento e tende a desaparecer naturalmente, sem tratamento, nos primeiros meses de vida. Se a hidrocele não desaparece até os 6 meses de idade, a possibilidade de hérnia deve ser levantada e o cirurgião de crianças deve ser consultado. A hérnia é habitualmente percebida como um aumento de volume na região inguinal ou como um aumento de volume do saco escrotal. Esse aumento de volume é causado pela presença de um órgão abdominal que aí chega devido a um defeito no fechamento da parede abdominal. É diagnosticada ao nascimento ou pode surgir mais tarde quando o garoto começa a pular, correr, praticar esporte, fazer esforços. O pediatra facilmente diagnostica e orienta.

PODE HAVER DOENÇA DA ABERTURA URETRAL?

A abertura da uretra deve ocorrer bem na extremidade da glande. Quando ocorre em outro local do pênis, representa problemas (hipospádia ou epispádia) que podem necessitar correção cirúrgica.

É TERRÍVEL O ABUSO SEXUAL NUMA CRIANÇA, NÃO É?

É terrível e infelizmente ocorre. Todo menino com irritação genital, com qualquer tipo de secreção nessa região ou que muda subitamente o comportamento em relação ao asseio sexual ou qualquer outro dado que estranhamente chama a atenção para a área genital, pode ter sido abusado sexualmente.

36.3 DEPOIMENTOS

I. Depoimento de uma senhora

> "Minha mãe não era bem informada nesses aspectos. Cresci com ela olhando para minha genitália como se ali tivesse um 'monstrengo'. Nunca esqueço a primeira vez em que fui a um ginecologista. Foi muito sofrimento desde a hora em que ela marcou até o dia de chegar lá. Eu ficava imaginando as reações dele ao deparar com tamanha 'deformidade'. Tortura total. Até perceber que não houve nenhum olhar estranho e que outros médicos também não acharam diferente. Isso é muito sério. Foi um grilo que carreguei anos e anos, e capaz de acontecer também com as pessoas que tenham os pequenos lábios bem pequenos ou bem maiores. As pessoas que se relacionam com a criança que tenha algo diferente têm que ser educadas para não provocar esse tipo de sofrimento. Pior é que eu percebia que minha mãe achava que era deformada e me olhava com uma expressão de 'repulsa'. Diferente não é sinônimo de anormalidade, é apenas diferente."

II. Texto retirado da internet

A maioria das crianças apresenta comportamentos sexuais que preocupam os pais, mas que geralmente são normais, saudáveis e fazem parte do processo normal do desenvolvimento. A curiosidade sobre as partes do corpo, principalmente aquelas que geralmente estão "escondidas", bem como sobre as diferenças entre os sexos, é algo esperado e natural. As atitudes mais comuns são tocar ou manipular os próprios genitais, mostrar os genitais para outras pessoas, masturbar-se e tentar ver pessoas nuas. Jogos sexuais entre crianças da mesma idade, como brincar de médico, são geralmente desvinculados de malícia e se constituem em brincadeiras alegres e espontâneas. A masturbação é uma das preocupações mais frequentes dos pais e pode incluir uma variedade de comportamentos, como assumir determinadas posturas, comprimir as coxas, excitação sexual e manipular os genitais.

Esses comportamentos têm como principais características o fato de serem transitórios, frequentes entre meninos e meninas, e diminuírem após os 5 anos de idade. Em geral, a criança cessa a atividade quando os pais tomam alguma atitude (como chamar a atenção sobre o comportamento ou distrair, redirecionando-a para outra atividade ou brinquedo). Mesmo quando os pais chamam a atenção, a criança não fica envergonhada, ansiosa ou com sentimento de culpa, pois ela ainda não percebe o comportamento como algo errado ou sua vinculação com questões sexuais. As atitudes dos pais devem ser moldadas na observação de que, em geral, as crianças não têm dificuldades em aceitar os costumes e as normas sociais que os pais e demais adultos vivenciam e ensinam. Portanto, não é difícil conversar com os filhos e explicar que certos comportamentos não são adequados na frente de outras pessoas. Há muitos outros comportamentos, além dos associados às questões sexuais, que também não devem ocorrer em público.

Elas aceitarão as explicações com naturalidade, desde que o seu comportamento não seja associado como algo errado, feio ou sujo e não sejam reprimidos com ênfase exagerada ou violência. Com tranquilidade e reforços positivos, as crianças aprendem a se controlar na presença de outras pessoas e diminuem a frequência e intensidade dos impulsos sexuais. Algumas diferenças entre os comportamentos sexuais normais e aqueles que eventualmente possam estar associados a situações problemáticas podem necessitar de intervenção profissional.

III. Relato de uma cuidadora sobre o que ouviu de um pediatra

"O que acho grave é que ainda existem pediatras que recomendam esses famosos "exercícios". Acho que a melhor colocação que vocês pediatras devem ter é

deixar claro que conhecem o procedimento, sendo absolutamente contrários à sua adoção. Lembro-me de que um pediatra experiente me disse que esse tipo de "exercício" era para o menino ou a namorada dele fazer no futuro. Achei ótimo e preguei essa postura muito tempo. Algumas pessoas achavam que eu era louca. Esse "babado" de "exercício" é um troço cultural mesmo."

IV. Outra opinião

"Não seria interessante falar algo que alerte os pais sobre a necessidade de conversar abertamente com os filhos, até mesmo para que a criança ou adolescente saiba identificar uma possível anormalidade genital. Não sei hoje em dia, mas acredito que ainda existem pessoas que 'frustrem' as tentativas iniciais de masturbação em ambos os sexos e isso, creio eu, traz consequências psicológicas significativas."

O educar os filhos é sempre extremamente importante. Saber a idade em que os filhos podem ser educados e saber como fazer são os segredos para a solução. O tema é tão importante que é abordado em vários outros locais do livro e há um tema específico sobre *Masturbação na criança*.

V. Mais um depoimento

"Quando meu filho fez a cirurgia de fimose, uma amiga estava para marcar a cirurgia do filho que estava com uma 'pelanca' imensa. No dia em que meu garoto se operou, houve um óbito de um bebê que teve choque anafilático e ela cancelou a cirurgia e nunca mais falou nisso. Contou-me tempos depois. Fora esses acidentes, que são riscos inerentes a qualquer tipo de cirurgia, existem medos enraizados na maioria dos homens e na maioria das mães em tocar o precioso troféu denominado pênis! Tem mais um detalhe: o excesso de 'pelanca' dá uma aparência de maior volume e diâmetro, muitos têm medo de perder está aparente 'superdotação', alimentando uma postura inadequada em relação ao tamanho e contribuindo para uma futura patologia."

VI. Outro depoimento

"Tenho dois filhos e os dois foram operados de postectomia, por razões diferentes. Meu primeiro filho, Rodrigo, aos 2 anos de idade, apresentou a primeira infecção urinária. O tratamento conduzido pela sua então pediatra foi apenas de ministrar o antibiótico, não houve investigação. Um ano depois, Rodrigo teve a sua segunda crise de infecção urinária, tinha febre altíssima e muito incômodo, além da urina turva. Novamente a pediatra indicou o uso do antibiótico, o que foi realizado. Ocorre que pouco depois de cessada a medicação, por volta de um mês, ele voltou a ter infecção urinária, cada

vez pior. Nesta terceira vez, a então pediatra resolveu finalmente investigar, prescrevendo apenas um exame de ultrassom, que foi realizado, porém nada foi detectado. Após exaurido o tempo do antibiótico — que, diga-se de passagem — era cada vez mais forte, Rodrigo voltou a ter infecção com febre altíssima, no dia seguinte após terminar o tratamento. Já nessa quarta infecção urinária, meu coração me dizia que algo estava errado e fomos procurar ajuda com o melhor e mais experiente pediatra do estado para entender o que estava acontecendo.

Após analisar o caso, o médico pediatra ficou incrédulo com o fato de Rodrigo estar tendo infecção urinária pela quarta vez e fez duras críticas à forma como o caso foi conduzido desde a primeira infecção. Nos encaminhou, então, a um urologista pediátrico, também o melhor da região, momento em que passaram a acompanhar juntos o caso de Rodrigo.

O especialista, então, prescreveu os exames necessários ao deslinde do diagnóstico, incluindo uma cintilografia com contraste. Após os exames, Rodrigo foi diagnosticado com refluxo vesicoureteral bilateral. Nesse momento já estava fazendo uso de amicacina (antibiótico bastante forte) e precisou ser operado com certa urgência. Além da cirurgia de correção do refluxo, a postectomia foi realizada porque Rodrigo já tinha bastante esmegma acumulado sob a pele, o que também contribuía para as infecções.

Após a cirurgia, ele se recuperou muito bem e não voltou a ter infecções. Meu segundo filho, Romero, também foi operado, porém — agora mais experientes — não precisamos passar pelo transtorno que passamos com o primeiro filho. Romero apenas tinha a pele do pênis muito fechada, que dificultava a higiene, pois ao puxar a pele para limpar, ela não abria praticamente nada. Romero fez uso da pomada postec por diversas vezes e durante o uso o tratamento tinha o efeito desejado, porém pouco tempo depois a pele voltava a se fechar. Também passou a ter esmegma sob a pele, por causa da dificuldade de higienização, então o pediatra, em conjunto com o urologista, após reiteradas tentativas de tratamento convencional sem sucesso, decidiu indicar a cirurgia de postectomia, que foi realizada. Vale salientar que o pai de Rodrigo e Romero também sofria de fimose e precisou ser operado na adolescência. A cirurgia de Romero foi bem-sucedida e ele não teve mais intercorrências."

As orientações contidas neste livro visam a educar os familiares, mas não objetivam substituir a consulta com o profissional habilitado. A avaliação médica é o aspecto mais importante para o diagnóstico que é a base essencial para o tratamento adequado de cada problema de saúde. Leia este e outros textos sobre o tema mas consulte o médico.

37 | INFECÇÃO URINÁRIA — CISTITE E PIELONEFITE

Carlos Gonçalves de Oliveira
Marcello Pitta Pontual
Otelo Schwambach Ferreira

37.1 GUIA PRÁTICO

- Criança dos dois sexos, sobretudo do feminino, de qualquer idade, que têm febre com certa frequência pode estar com infecção urinária bacteriana.
- A prescrição de antibióticos, repetidamente, sem investigação adequada da via urinária e dos outros órgãos do corpo, é prática errônea.
- A infecção urinária bacteriana avisa para a possibilidade de doença que rompeu os mecanismos de defesa do trato urinário (fimose, defeito congênito de múltiplos tipos, dos rins até a uretra terminal, dentre outros) que precisa ser conhecida e combatida.
- Com frequência basta uma infecção urinária para que o médico alerta procure uma causa do problema para tratamento apropriado.

37.2 CONVERSANDO...

As vias urinárias são estéreis. Sem bactérias ou outros agentes microbianos. Não invalida esse conceito o fato de o fim da uretra, sobretudo no sexo feminino, conter bactérias iguais às encontradas na genitália externa. E essas bactérias não causam sintomas, não representam doença.

Mas são elas, quando existem condições que alteram os mecanismos de defesa das vias urinárias, que produzem infecções bacterianas urinárias. Podem subir até um ou os dois rins e produzir doenças importantes.

Cistite significa infecção que atinge predominantemente a bexiga, ou o trato urinário inferior. Pielonefrite significa infecção que atinge, sobretudo, os rins, ou o trato urinário superior.

O crescimento de bactérias nos setores das vias urinárias, onde elas não existem, tipificam a infecção que produz reação inflamatória da mucosa que se apresenta com dados:

- Clínicos gerais (febre, moleza, vômitos e outros).
- Clínicos locais (dor lombar, dor ao urinar, urina diferente até com sangue perceptível ao olho nu).
- Laboratoriais (alterações da urina vistas no exame químico e microscópico da urina –— proteína, hemácias, leucócitos e piócitos — e a presença da própria bactéria causal evidenciada principalmente pela cultura).
- Imagem (sobretudo a ultrassonografia fornece dados importantes).

POR QUE EXISTE A INFECÇÃO URINÁRIA?

Há alguns fatores conhecidos:

- Vários mecanismos garantem o fluxo urinário contínuo dos rins para o exterior. Sempre num único sentido e de forma contínua. Qualquer anormalidade que dificulte ou que pare o fluxo favorece a instalação da infecção. O retorno ou refluxo da urina de um trecho inferior para um superior do trato urinário pode causar infecção. Assim problemas congênitos (estenose ureteral e outros) ou adquiridos (estenose ureteral pós-cirúrgica e outros) e distúrbios dos mecanismos valvulares (refluxo vesicoureteral e outros) causam infecção urinária. Os cálculos e os corpos estranhos (sondas) também causam infecção urinária. A fimose também pode predispor ao surgimento da infecção urinária.
- O diabetes mellitus e o uso de instrumentos introduzidos nas vias urinárias também podem causar infecção. A falta do aleitamento materno e o uso de antibióticos podem favorecer o aparecimento da doença.
- Há outros fatores — imunitários, acidez urinária e outros de natureza variada. Mas, algumas vezes, principalmente nas mulheres, e mesmo crianças e adolescentes, há infecções urinárias repetidas sem que sejam conhecidas causas predisponentes.

PARA QUE ESSAS NOÇÕES?

Para demonstrar que a infecção urinária pode implicar uma outra doença mais importante. A noção é importante para vocês entenderem a razão que faz o médico solicitar exames para melhor diagnosticar o que está acontecendo. São também para vocês perceberem que essa doença pode se repetir várias vezes enquanto não removida a causa primária do problema.

A INFECÇÃO URINÁRIA É COMUM?

A infecção urinária é uma doença comum nas crianças. Ocorre mais nos primeiros anos de idade, principalmente no primeiro. De um modo geral, as meninas são

três vezes mais acometidas que os meninos. Mas nas crianças de menos de um mês, é mais comum nos garotos do que nas garotas.

O QUE JUSTIFICA A MAIOR OCORRÊNCIA NAS MENINAS?

A explicação é que a uretra mais longa do pênis protege contra a subida de germes da genitália externa para aquelas áreas onde a urina é estéril. Nas meninas, a uretra mais curta permite essa subida mais facilmente. Outro dado é que as más formações das vias urinárias são mais comuns nos meninos. Como as infecções secundárias, as más formações ocorrem logo após o nascimento. Os meninos são mais acometidos antes do primeiro aniversário.

ASSEIO GENITAL INADEQUADO PODE PROVOCAR ESSA INFECÇÃO?

A vulvite, a vaginite e a postite (infecção do prepúcio), ocasionadas por asseio inapropriado e por outros fatores, favorecem o aparecimento da infecção urinária.

E A FIMOSE?

A fimose que dificulta o fluxo normal da urina que sai da bexiga para o exterior pode ser causa deste tipo de infecção.

OUVI DIZER QUE AS BACTÉRIAS INTESTINAIS É QUE CAUSAM A DOENÇA.

A principal causa de infecção urinária é a bactéria *escherichia coli* que todos temos nas fezes e na genitália externa. O mecanismo da infecção é a migração da bactéria da genitália externa ou da uretra terminal para outros setores das vias urinárias. Muitos outros tipos de bactérias podem causar o problema.

QUAIS SÃO OS SINTOMAS DE INFECCÃO URINÁRIA?

Devem ser investigadas para infecção urinária as crianças que têm:

- Febre de natureza não definida.
- Deficiente ganho de peso, falta de apetite, palidez, desânimo, tristeza, “criança diferente” — mesmo sem febre, mesmo sem sintoma das vias urinárias.
- Urina diferente, com mau cheiro, com qualquer alteração da coloração — mesmo sem febre e sem dados urinários.
- Micção dolorosa, jato urinário partido, mudança do hábito miccional, reaparecimento da enurese noturna — mesmo sem febre.
- Dor lombar e dor abdominal sem causa definida — mesmo sem febre e sem sintomas urinários.

E A PRESSÃO ARTERIAL?

A pressão arterial deve ser sempre aferida como parte do ato médico. Quando há a chance ou mesmo o diagnóstico firmado de infecção urinária, a pressão arterial deve ser avaliada nas vias urinárias. O conhecimento de que a hipertensão arterial é produzida por lesões renais causadas pelas infecções urinárias é um dos aspectos mais importantes dessas doenças.

DEVO IR AO ESPECIALISTA OU AO PEDIATRA?

O pediatra é quem melhor avalia as condições gerais da criança (peso, altura, pressão arterial, existência ou não de anemia e outros itens) e também analisa a qualidade do asseio genital que é fator determinante de algumas infecções urinárias. E também é o pediatra quem avalia se a febre, quando existente, é explicada por outra doença. A participação do nefrologista e/ou do urologista de criança deve ficar reservada para os casos mais complexos, sobretudo quando há causa, tipo defeito congênito, que precisa ser mais bem examinado e resolvido.

QUAIS OS EXAMES QUE O PEDIATRA SOLICITA?

Ele solicita sumário (ou exame de urina tipo 1), pesquisa de bactérias na urina (bacterioscopia) e cultura de urina. As duas primeiras análises são feitas rapidamente e o laboratório pode informar o resultado em poucas horas. A terceira precisa de 48 horas em média para que o laboratório possa informar o resultado. O pediatra requisita mais exames (hemograma, outros exames de sangue e ultrassonografia) a partir dos dados clínicos. Outros estudos como radiografias, estudo com radioisótopo e até a endoscopia são solicitados em casos especiais, sobretudo após consultar o especialista.

COMO É A COLETA DA URINA PARA O SUMÁRIO E PARA A CULTURA?

A coleta deve ser cuidadosa e bem-feita por pessoa qualificada. Esse é o segredo para o correto diagnóstico da infecção urinária. Muitas crianças são medicadas erroneamente com antibióticos após o resultado da cultura da urina colhida sem a técnica apropriada. A parte terminal da uretra e a genitália externa contêm bactérias e a urina contaminada com esse material resultará numa cultura falsamente positiva. Então a regra é mandar para a cultura urina colhida sem contaminação, sem material da uretra terminal e da genitália. A urina que deve ser examinada é a que representa aquele trecho das vias urinárias que é estéril. Os cuidados para colher uma boa amostra de urina são:

O ASSEIO

No menino — Lavar todos os genitais externos com água fervida e sabonete e por fim fazer asseio especial do prepúcio, a pele que recobre a glande. Retrair o prepúcio sem forçar, para expor o máximo que for possível da glande e lavar a região com água e sabonete. Após, enxaguar bem para retirar o excesso do sabonete. Se não for possível expor a glande, mesmo que uma pequena parte, se o menino tiver fimose, faça a limpeza assim mesmo. E colha a urina.

Na menina — faça a higiene em banho de assento. Sente a criança numa bacia bem limpa e coloque água com um pouco de espuma de sabonete. A quantidade do líquido deve ser suficiente para cobrir a vulva, assim até o clitóris, quando a criança estiver sentada. Abra e feche os grandes lábios 10 vezes. Substitua a água por outra solução com água e sabão e repita toda a operação antes feita. Finalmente enxague e enxugue a genitália. E colha a urina.

E O QUE FAZER APÓS O ASSEIO?

Coletar a urina e seguir os próximos passos como citado a seguir:

1. Coletar a urina no frasco esterilizado fornecido pelo laboratório. Não usar o saco coletor que colherá material da parte terminal da uretra, portanto, urina não estéril.
2. Colher urina de qualquer micção, sem a preocupação de ser a primeira do dia.
3. Aguardar que a criança faça "xixi" e desprezar o primeiro jato para evitar a coleta de material contaminado. Colher a urina do meio da micção diretamente no frasco. Não é preciso encher, pois basta pequeníssima quantidade para o exame.
4. Levar logo ao laboratório. Se não for possível, manter o material na porta do refrigerador pelo mínimo de tempo possível.

É DIFÍCIL, NÃO É?

É fácil nas crianças que controlam a micção. Pode ser menos simples nas outras, mas não é difícil. A maior parte das mães, tentando de novo com paciência se não deu certo da primeira vez, consegue colher o material. O importante é que vocês entendam a importância da coleta correta.

NÃO É MAIS FÁCIL PASSAR UMA SONDA?

A sonda é indicada em condições excepcionais. O uso da sonda pode causar infecção urinária em quem não está com a doença. E é traumático. A sondagem vesical é útil nos pacientes com formas muito graves da infecção urinária, em pacientes em UTI, onde há necessidade premente de colher a urina para o início do antibiótico.

NO RECIFE, ALGUNS MÉDICOS DE EMERGÊNCIA ESTÃO PASSANDO SONDA PARA COLHER URINA.

Como antes falado, não é prática recomendável. Sempre é possível com paciência coletar a urina pelo método tradicional, em casa.

QUAL O ESPECIALISTA QUE O PEDIATRA INDICA?

O urologista e o nefrologista de criança são os profissionais que ajudam o pediatra no estudo mais aprofundado desses pacientes. O urologista é chamado quando o paciente pode precisar de alguma intervenção cirúrgica. O nefrologista é consultado quando o problema for de ordem clínica.

SÃO USADOS ANTIBIÓTICOS PARA TRATAR A INFECÇÃO URINÁRIA?

O tratamento é com antibióticos por via oral e poucas vezes muscular. Poucas crianças devem ser internadas para hidratação e medicação venosa. O médico também recomenda medidas gerais como repouso, hidratação adequada, antitérmicos e outras medidas de ordem geral.

COMO É FEITO O CONTROLE PARA VER SE A CRIANÇA FICOU BOA?

O controle no curto prazo, para ver se o tratamento eliminou as bactérias, é feito com a cultura de urina alguns dias após o fim da medicação. A cura é representada por uma cultura negativa. Alguns profissionais usam apenas critérios clínicos para definir a cura. Advogam eles que se a criança está sem sintomas, não é indicado fazer a cultura de controle. O controle de longo prazo é indicado para os que apresentam as infecções repetitivas. Os familiares das crianças que apresentaram uma infecção urinária devem ser instruídos sobre a possibilidade de a infecção acontecer de novo. Eles devem estar mais alertas ainda e devem seguir com rigor as orientações dos médicos. De um modo geral, devem fazer urocultura as crianças que apresentarem febre, dor à micção, dor lombar, urina de aspecto diferente ou outro qualquer sintoma atribuível à infecção urinária.

E COMO É O TRATAMENTO DA DOENÇA QUE CAUSA A INFECÇÃO?

Algumas doenças são de tratamento cirúrgico. A fimose é um bom exemplo. Outras, como a maioria dos refluxos, são de tratamento clínico.

COMO É A PREVENÇÃO?

A forma mais importante de prevenção é a cura das doenças causais das infecções urinárias. A amamentação nos primeiros meses é medida significante. A hidratação adequada e a alimentação saudável, sobretudo com alimentos ricos em vitamina A

(cenoura, vísceras e outros) são importantes. O asseio genital apropriado, tanto da menina quanto do menino, é medida valiosa. A operação da fimose é indicada em certos garotos. A ingestão abundante de água é valiosa.

37.3 DEPOIMENTOS

I. Depoimento de uma colaboradora na primeira edição

"Aos cinco meses, nosso filho teve febre. O pediatra do serviço de emergência nada definiu e nos aconselhou a medicá-lo com antifebril e esperar 48h. Na ocasião, foi levantada a suspeita de roséola. O garoto continuou feliz, esperto, comento bem, como se nada houvesse, embora a febre continuasse alta e de quatro em quatro horas.

Decorridas as 48h, o pediatra solicitou sumário e cultura de urina. É importante frisar que nada observamos que indicasse doença urinária. Não chorava ao urinar e a urina era de aspecto normal. O sumário mostrou quantidade incontável de leucócitos e a cultura mostrou a escherichia coli. Após o diagnóstico, foi medicado com cefalexina por 10 dias. Melhorou rapidamente.

Passado o susto, fomos orientados a realizar ultrassonografia das vias urinárias que foi absolutamente normal. Após o ultrassom, fomos orientados a realizar a uretrocistografia miccional, a fim de tirar quaisquer dúvidas a respeito de má formação do aparelho urinário. Ficamos preocupados, pois esse exame solicitado nos pareceu agressivo. Procuramos outro pediatra que achou precoce a indicação do último exame e ouviu a opinião de um urologista de criança. Esse também achou cedo indicar o exame uretrocistografia e nos orientou a continuar acompanhando a evolução do garoto.

Agora, mais recentemente, o garoto surgiu com febre e o segundo pediatra, por telefone, indicou os exames de urina face ao seu passado. Novamente, não existiam sinais urinários ou miccionais e nenhum dado de outra doença. O sumário foi normal e a cultura mostrou uma contagem alta (mais de 1 milhão) de uma bactéria que o pediatra disse que não era um germe usualmente produtor de infecção urinária. Solicitou outros exames de urina, com mais cuidado na coleta (asseio cuidadoso do prepúcio e coleta da urina no jato do meio). Orientou ainda que as análises fossem realizadas num laboratório de referência em bacteriologia. Os resultados foram normais. A cultura, estranhamente, para nós foi negativa. A febre cedeu sem antibiótico. O garoto está ótimo. O pediatra orientou que mesmo sem febre, três semanas após, nós realizássemos outra cultura de urina.

Mostramos a nossa experiência para enfatizar a importância do diagnóstico, do perfeito conhecimento da doença, para que os médicos e nós possamos bem cuidar dos nossos filhos. Se fôssemos valorizar essa última cultura de urina, teríamos dado antibiótico sem necessidade. E se tivéssemos valorado o exame, teríamos a uretrocistografia que é um procedimento agressivo e sem utilidade no caso da nossa criança".

Destaques dos profissionais

A situação mostrada por esse casal exemplifica bem três aspectos:

- Na primeira febre, parece que o diagnóstico de infecção urinária foi bem definido: não havia outra causa para a doença febril, o sumário foi anormal, a cultura evidenciou uma bactéria típica desses quadros e o antibiótico melhorou rapidamente o quadro. O ultrassom do abdome foi bem indicado.
- Na segunda doença febril, na qual também não havia aparentemente uma causa, o sumário foi normal e a cultura evidenciou uma bactéria que não é causa usual da infecção urinária. A cultura foi repetida com redobrados cuidados higiênicos e foi negativa. A febre desapareceu sem antibiótico. Nesse caso, se o médico fosse olhar apenas o resultado dessa última cultura de urina, provavelmente prescreveria um antibiótico e provavelmente indicaria a uretrocistografia.
- Os pais foram informados que o sumário e a cultura de urina deverão ser feitos se ocorrerem: febre de origem não conhecida acompanhada ou não de dificuldade miccional e/ou de urina de aspecto diferente do usual.

II. Depoimento divulgado na segunda edição

"Meu filho com 4 meses e meio apresentou dois dias seguidos de febre e crises de choro. No terceiro dia fomos a uma emergência. Ao ser questionada dos sintomas apenas relatamos a febre e crises de choro. Fomos questionados sobre secreção, tosse, cansaço e respondi que não, pois de fato, ele não apresentou nenhum outro sintoma, além dos relatados. A médica solicitou raio-x de tórax e hemograma, e antes mesmo de realizar os exames e de ter retorno dos resultados, receitou para meu filho os seguintes remédios: aerolin spray, atrovent, predinisolona e tylenol bebê. Após quase 5 horas de espera, passamos pela reavaliação, e a médica informou que todos os exames estavam normais, e para excluir todas as possibilidades, precisaria fazer um exame de urina, sendo necessário coletar utilizando a sonda. Ficamos apreensivos. Vimos nosso filho chorando, cansado por passar horas de espera em uma emergência, agoniado, abusado com sono, fora de casa e da rotina. Diante disso resolvemos não permitir e fomos embora sem nem ao menos falar com a médica mais.

Posteriormente, ao chegar em casa pensando no cenário de forma mais calma, nos sentimos aliviados por não ter dado seguimento ao procedimento indicado pela médica da emergência. Ela ainda insistiu e disse que eu iria embora com nosso filho chorando, sem saber o que ele tinha, que era melhor fazer logo a coleta. Questionamos o uso da sonda, mas ela disse ser o melhor método devido as contaminações. Exaustos com nosso bebê três dias doente, passar horas em uma emergência, obviamente a opinião de uma médica tem peso e, por pouco, não submeti meu filho ao procedimento sugerido.

No dia seguinte fomos no pediatra dele de nossa confiança que indicou fazer a coleta em casa sem sonda, foi bem rápido e tranquilo. Nosso filho não passou por nenhum procedimento mais invasivo ou traumático. Coletamos a urina com todo cuidado e preocupação com a higiene para não contaminar e o resultado deu negativo."

Destaques dos profissionais

Aspectos a ressaltar:

1. O médico da emergência indicou apressadamente coleta de urina por sondagem vesical e não avaliou a competência crítica dos cuidadores, pessoas altamente diferenciadas. Colher urina por sondagem vesical, como está referido no texto é justificável em situação excepcional que não era a apresentada pela criança desse relato. Tanto que a mãe coletou a urina em casa, no jato intermediário, com a técnica apropriada e tudo deu certo. A criança evoluiu para a cura espontânea.
2. Os cuidadores questionaram a conduta médica que, dentro de certos limites, é ato salutar. Mas o ideal, sempre, é que exista diálogo entre o profissional e o cuidador pois, de outra forma, pode haver prejuízo importante para o paciente caso os responsáveis não aceitem a conduta recomendada pelo médico.

Sugerimos a leitura do sexto depoimento do capítulo 36. No caso em questão, fica demonstrada a importância do diagnóstico completo e bem fundamentado do que realmente causa a doença. A avaliação médica é o aspecto mais importante para o diagnóstico que é a base essencial para o tratamento adequado de cada problema de saúde.

38 | ENURESE NOTURNA – XIXI NA CAMA

Adriano Almeida Calado
João Guilherme Bezerra Alves
Maria Helena de Aguiar Catão Rodrigues
Otelo Schwambach Ferreira
Sheyla Betaânia Veras de Souza

Tem enurese noturna a criança que:

1. Faz xixi na cama, após os 5 anos de idade, involuntariamente, quando a maior parte dos seus colegas já não fazem. Nessa idade, cerca de 85% das crianças acordam com a cama sequinha.
2. Controla a emissão de urina durante o dia e não controla a noite, enquanto dorme. Então, criança que não controla a eliminação de urina em nenhum dos horários não tem enurese noturna. Tem outro problema.
3. O portador de enurese noturna não tem doença urinária orgânica. Essa "cláusula pétrea" define que o afetado por infecção ou qualquer outro problema nas vias urinárias — defeito congênito, cálculo, por exemplo — não tem enurese noturna. Também não tem o problema a criança que elimina volumes anormais de urina. Essa pode ter um dos tipos de diabetes, por exemplo. O médico define se existe enurese noturna ou anormalidade.

COMO É O CONTROLE DA MICÇÃO DURANTE OS ANOS INICIAIS DA VIDA?

A criança até mais ou menos 2 anos de idade não tem controle sobre a micção de dia e de noite. A partir dos 2 anos, começa a controlar a micção de dia e não à noite. Lá pelos 5 anos de idade, 15% das crianças ainda urinam de noite na cama, várias vezes na semana, embora tenham perfeito controle diário. A partir daí, ano a ano, muitas passam a controlar a micção noturna. Na adolescência, 0,5 a 2% permanecem com o problema que pode se prolongar até a vida adulta.

QUAL A FREQUÊNCIA DO PROBLEMA?

Apenas aos 5 ou mais anos é que a criança pode ser rotulada como portadora de enurese noturna. O distúrbio afeta 15% das crianças por volta dos 5 anos, 7% aos 10 anos e 3% aos 12 anos. A incidência é maior nos meninos do que nas meninas e a causa não é conhecida.

A HEREDITARIEDADE É IMPORTANTE?

A tendência a fazer xixi na cama aumenta 45% se um dos pais teve o problema. Se ambos tiveram essa experiência, a frequência aumenta para 75%.

COMO OS FAMILIARES REAGEM QUANDO TÊM FILHOS QUE URINAM NA CAMA?

Reagem mal. Pesquisa recente da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, em 149 crianças e adolescentes, entre 6 e 18 anos, que urinavam na cama, revelou que 89% sofreram algum tipo de agressão no domicílio (ofensa verbal, brigas, gritos e xingamentos). Em mais da metade, houve outras agressões (banho frio, lavar o próprio lençol molhado ou ser obrigado a ficar de pé o resto da noite); 48% foram surrados. As agressões foram recorrentes, quase que diariamente em 88% dos casos. A mãe foi a agressora em 88% das vezes, em um caso, aconteceu uma lesão genital grave. É possível entender que os familiares que assim agem não percebem que o problema é de ordem médica. Eles não sabem que as crianças urinam na cama involuntariamente.

QUANDO ESSAS CRIANÇAS PRECISAM CONSULTAR OS MÉDICOS?

Isso deve acontecer lá pelos 5 anos de idade. A principal missão dos profissionais é afastar doenças tratáveis e começar a abordar o assunto quando a possibilidade de enurese passa a ser real. Aos 6-7 anos de idade, todas as crianças que urinam na cama e que controlam a micção durante o dia precisam rever o assunto com os médicos.

É PRECISO CUIDADO NO DIAGNÓSTICO DA ENURESE NOTURNA, NÃO É?

É terrível rotular de enurético um menino que tem, por exemplo, obstrução da uretra. Há que se ter muito cuidado. Por isso é que achamos que é importante consultar o médico para definir o diagnóstico.

POR QUE BUSCAR CUIDADO MÉDICO AOS 6 OU 7 ANOS DE IDADE?

A definição da idade 6 ou 7 anos para iniciar o tratamento da enurese noturna é baseada na maior percepção do problema a partir dessa faixa etária. É nessa idade que ocorre um aumento da "cobrança", tanto da criança afetada quanto dos familiares, pois todos sabem que a maior parte dos coleguinhas não faz xixi na cama. A experiência internacional indica essa idade como ideal para começar a abordar o tema.

COMO EXPLICAR A ENURESE SER NOTURNA?

Os "sensores" que sinalizam o momento de urinar são mais "ligados" enquanto a criança está acordada e menos "ligados" enquanto está dormindo. É isso que

explica o controle da micção diurna ocorrer mais cedo. Há uma teoria que cita distúrbio do sono na criança que porta o problema. Essa hipótese cita que 99% dos casos seriam explicados por essa provável anomalia que seria herdada e caracterizada por um padrão de sono extremamente profundo que dificultaria a resposta aos estímulos oriundos da bexiga. Seria assim: a bexiga cheia manda aviso para o cérebro, mas o órgão não é capaz de responder aos estímulos que obrigariam o indivíduo a acordar e ir ao banheiro e, assim, a bexiga é esvaziada automaticamente e há o xixi na cama.

HÁ OUTRAS EXPLICAÇÕES PARA A ENURESE NOTURNA?

Existem as que citam a maior produção de urina durante o sono nos enuréticos o que destoaria do normal que é menor produção. Citam que isso decorre da menor secreção do hormônio vasopressina responsável pela maior produção urinária. Há ainda os que citam o envolvimento emocional como fator determinante. No entanto, a maior parte acredita que os sentimentos de inferioridade, de culpa e de vergonha observados não são a causa do problema e sim consequência da problemática.

É POSSÍVEL QUE VÁRIOS FATORES ATUEM AO MESMO TEMPO?

Essa é uma linha de pensamento de alguns autores. É possível que a coisa se passe assim em alguns casos: filho de pai enurético + bexiga e/ou válvula de contenção da urina com certas peculiaridades à enurese noturna. E que em outros ocorra o seguinte: particularidades do sono + peculiaridades do ambiente emocional à enurese noturna. E é provável que essa heterogeneidade causal também justifique a também heterogênea resposta aos diferentes planos terapêuticos propostos.

MAS A QUESTÃO EMOCIONAL NÃO É TÃO SIMPLES, VERDADE?

Sem dúvida. Foi citado que há autores que acham que problemas emocionais ou psicológicos da família, como falta de atenção ou maus tratos, geram ansiedade e insegurança que podem agir como um dos fatores contributivos para a origem, continuidade ou recidiva dos sintomas. Situações mais simples, como ansiedade, nascimento de irmão e outros problemas familiares, como medo de ambiente escuro (lembrar sempre de colocar luminária fraca no quarto da criança), também podem contribuir para o surgimento da enurese noturna. No entanto, é na enurese chamada secundária que o ambiente emocional pesa mais como causa. É comum que o nascimento de um irmãozinho produza uma fase de regressão no mais velho. E nessa fase, é comum o voltar a fazer xixi e cocô nas roupas e a usar fraldas. Mas é fase transitória e logo tudo volta a ser como antes.

O QUE É ENURESE SECUNDÁRIA?

Usamos na resposta anterior a palavra recidiva para falar nessa situação. Enurese secundária ocorre quando a criança ou o adolescente volta a urinar na cama após ter passado um bom período sem o problema. Notem que, na maioria dos casos, o que foi a tônica da problemática comentada até agora, na enurese chamada primária, não existe período de controle da micção noturna. As crianças chegam aos 6 ou 7 anos sem nunca ter parado de molhar a cama.

QUAIS OS PREJUÍZOS QUE A ENURESE NOTURNA PROVOCA?

A criança após os 6, 8 ou 9 anos de idade tem plena consciência de que seus colegas não fazem xixi na cama. Isso gera sentimento de inferioridade, inibição, dificuldade de relacionamento, isolamento, retração, frustração, medo, culpa, vergonha e redução da autoestima. São sentimentos indesejáveis e vivenciados por longo período pelo enurético. Falta às aulas, baixo rendimento escolar, atrito com os colegas, ausência de acampamentos coletivos, falta de convívio na casa de colegas são experiências também indesejáveis vividas por eles. O adolescente, por óbvias razões, sofre ainda mais com o problema. Os pais e outros familiares próximos também têm dificuldade de conviver com o assunto. Há ainda o custo econômico com a lavagem das roupas do corpo e da cama e com os cuidados com o colchão. Os benefícios obtidos com a superação do problema são marcantes. O sentimento de vitória é imediato. A autoestima é normalizada. Os familiares também participam do júbilo da conquista.

QUAL O PAPEL DOS PEDIATRAS?

Cabe aos pediatras definir que não há doença orgânica e que o quadro é de enurese noturna típica. Eles também devem marcar o melhor momento de iniciar o tratamento e estabelecer o plano terapêutico ajustado a cada paciente e a cada família. Transmitir confiança que o problema será resolvido. Planejar o controle da resposta ao tratamento proposto. Dirigir todo o processo, inclusive ouvindo se a família insiste ouvir especialista no assunto ou psicólogo.

O PEDIATRA E O UROLOGISTA SOLICITAM EXAMES?

Rotineiramente, exames de laboratório e de imagem não são necessários. Bastam os dados familiares, a história clínica e o exame físico para tipificar o portador de enurese noturna. Mas há médicos, para demonstrar que não há doença orgânica, tipo infecção urinária, que solicitam os exames básicos (sumário e cultura de urina e até hemograma), que serão obrigatoriamente normais. Se forem anormais, a criança não é portadora de enurese noturna. É portadora de outra doença. Os exames mais complexos, como os de imagem, são reservados para os portadores de doença orgânica.

QUAL O PAPEL DOS FAMILIARES?

Compete a eles ler sobre o assunto, dialogar com o profissional consultado, expor claramente as questões que preocupam e falar francamente sobre as expectativas e sobre o ambiente emocional familiar; dialogar abertamente sobre o plano terapêutico e cumprir fielmente o que foi decidido, manter ambiente de confiança no profissional e no programa estabelecido, estimular a criança a cumprir o programa e tentar manter um ambiente emocional favorável a uma boa resposta ao plano terapêutico, recompensar pelas "noites secas" com elogios e carinho e sempre mostrar às crianças que elas são capazes de superar e conseguir êxito, manter postura tolerante nas "noites molhadas" e evitar críticas e/ou as terríveis punições. Procurar fazer com que todos da casa, inclusive as babás, participem do programa. Evitar a todo custo criticar e culpar a criança. Observar atentamente a resposta e voltar para os controles programados, evitar conversas depreciativas, com críticas, chacotas, gracinhas, sobre o assunto e sobretudo na presença das crianças enuréticas.

QUAL O PAPEL DA CRIANÇA E DOS ADOLESCENTE?

O profissional e os familiares devem dedicar um bom tempo do trabalho para "fazer a cabeça" da criança e, sobretudo, do adolescente para que eles participem do programa terapêutico instituído. Tentar conseguir mecanismos para o convívio social salutar, para reduzir o sentimento de inferioridade, para "blindar" contra as agressões dos colegas e contra outras dificuldades vivenciadas pelos portadores da enurese noturna são tarefas de todos. Fazer com que a criança, que já tem 7, 8 ou mais anos, e o adolescente participem do tratamento é essencial. A leitura de textos adequados a cada idade ajuda a entender o trabalho de cada um. É fundamental que eles assumam uma parte das decisões e dos controles. Assim, levá-los à farmácia para comprar o remédio, se for indicado o tratamento medicamentoso, é ato de extremo simbolismo e de grande utilidade. Também fazer com que eles tomem conta do horário da medicação, idem. Deixar com eles a atribuição de preencher o calendário das noites secas é extremamente importante.

QUANDO IR AO UROLOGISTA OU AO PSICÓLOGO?

Algumas vezes, os pediatras solicitam apoio de outros especialistas e os dois citados são os mais importantes. Ansiedade da família ou do adolescente, situação emocional mais complexa, dúvida sobre o diagnóstico, ausência de resposta a uma ou duas tentativas terapêuticas, dentre outros, são elementos que devem fazer o pediatra pensar em rever o assunto com outro profissional. Os familiares, quando mais preocupados e pensarem em ouvir outro profissional, devem expor o assunto francamente ao médico para que o outro profissional consultado faça parte de uma equipe para trabalhar pelo bem do paciente. Em alguns casos, uma equipe interdisciplinar ajudará muito na superação do problema.

EXISTEM EXERCÍCIOS PARA AJUDAR A CONTROLAR A ENURESE NOTURNA?

Existem tentativas de ajudar os enuréticos a superar sua problemática com o tratamento fisioterápico. As tentativas compreendem alongamento, fortalecimento e eletroestimulação da musculatura do assoalho pélvico. O *biofeedback* vesical é outra proposta terapêutica para os portadores de enurese noturna e há pesquisas demonstrando bons resultados com essa abordagem O *biofeedback* é uma técnica utilizada para fortificar as "válvulas" ou esfíncteres musculares uretrais e do assoalho pélvico responsáveis pelo controle miccional. A técnica auxilia o aprendizado de quais músculos usar, quando usá-los e qual a intensidade da contração necessária para manter o controle da micção.

COMO PROCEDER COM AS CRIANÇAS DE 5 ANOS QUE URINAM NA CAMA?

As medidas expostas a seguir podem ser aplicadas após os 5 ou 6 anos de idade. Nunca antes. E claro, desde que nada exista que faça pensar em doença urinária:

1. Saber que o controle da diurese ainda não está totalmente estabelecido e que fazer xixi na roupa, aos 5 anos, é comum.
2. Ter um pouco mais de tolerância e jamais insistir, ameaçar ou exigir o controle precoce da micção noturna, sob pena de piorar ainda mais a situação. Tentar não estimular a adoção de um programa como se fosse questão de "vida ou morte".
3. Dedicar muita atenção para os aspectos emocionais.
4. Retirar a fralda.
5. Reduzir drasticamente a oferta de líquidos (leite, água, sucos, chás, sopa) a partir das 16 horas. É essencial que mães, pais, avós, babás e o principal interessado, o paciente, discutam a importância desse tópico importantíssimo para a solução do problema. A sopa e o leite devem ser substituídos por uma comida sólida.
6. Educar a criança para fazer xixi antes de ir para a cama.
7. Fechar o seguinte acordo com a criança: a mãe ou o pai, o que for dormir mais tarde, a acorda para que ande até o banheiro para fazer xixi. O adulto que levantar mais cedo acorda a criança para urinar.
8. Parar por aí, numa criança de 5 anos ou 6 anos. Cobrar muito, falar muito, reclamar muito, obrigar a lavar a roupa de cama, rotular de "mijão" e coisas assim são absurdos inaceitáveis.

DEVEMOS RETIRAR AS FRALDAS?

Os familiares, por vários motivos, tendem a prolongar o uso da fralda para a criança que continua por muitos anos a urinar na cama. Alguns médicos entendem que isso é errôneo, pois a fralda é para ser urinada mesmo. Então pode ser uma peça que estimula as crianças a não se preocuparem com o controle miccio-

nal. O que se aconselha é tirar a fralda lá pelos 3 anos sempre mostrando as razões da decisão, sem cobrança, sem exagero. É aconselhável usar imagens do tipo "mamãe não usa fralda", "papai dorme de pijama", "menininho que não sabe ligar televisão é que usa fralda", "você que já sabe ligar a TV e atender o telefone não é menininho e não deve usar a fralda". Na criança de 5 ou mais anos, é possível que outra abordagem seja mais adequada. Mas é sempre bom entender que a fralda prejudica o programa de controle da enurese noturna.

GOSTARÍAMOS DE TER MAIS DADOS SOBRE O TRATAMENTO.

Falamos muita coisa quando respondemos sobre os papéis do pediatra, dos familiares, da criança ou adolescente e dos especialistas. Também citamos alguns conselhos valiosos quando respondemos sobre as medidas que podem ser iniciadas na casa mesmo para uma criança de 5 anos. Mas complementamos falando que a terapia comportamental, ou psicoterapia, em alguns casos, pode ter efeito positivo. Também citamos que a associação com obstipação intestinal tem sido relatada em vários casos como fato importante. A retenção fecal funciona como fator mecânico que contribui desfavoravelmente para atrapalhar o funcionamento da bexiga e por gerar desconforto para a criança. Alimentação rica em água, fibra vegetal e outras medidas que facilitem o esvaziamento intestinal são importantes. As outras medidas terapêuticas devem ser debatidas com o médico.

FALEM MAIS. EXISTEM REMÉDIOS?

Existem. Os remédios propostos não são aceitos uniformemente pelos médicos que estudam a enurese noturna. Há profissionais, muito competentes, que falam que o tratamento do problema não é medicamentoso. Não é com remédios e sim com medidas de outra natureza. Mas há remédios propostos para tratar o problema e vamos citá-los:

- **Antidepressivos** — Há médicos que recomendam os perigosos antidepressivos. São remédios que apresentam importantes efeitos colaterais: sonolência ou insônia, secura da boca, distúrbios digestivos, irritabilidade e, raramente, agressividade. A indicação desses remédios é hoje excepcional.
- **Hormônio desmopressina** — Reduz a produção de urina à noite e um tratamento para alguns casos.
- **Outras medicações** — Existem ainda outros medicamentos que os médicos experimentam e que provavelmente agem como placebo.

O TRATAMENTO COM REMÉDIOS É MELHOR QUE OS OUTROS?

Há estudos recentes comparando o efeito dos remédios com a terapia comportamental acompanhada de esclarecimentos para o paciente e para a família. As pes-

quisas citadas não mostram melhores resultados com os medicamentos. O tratamento sem medicamentos não tem contraindicações, é mais barato e demonstra em muitos estudos melhores resultados. Assim é o escolhido.

EXISTE UM ALARME PARA AJUDAR NO TRATAMENTO, VERDADE?

A natureza bolou um mecanismo fisiológico que manda avisos ao cérebro quando a bexiga está cheia. Com o passar dos anos, e após milhares desses avisos, a criança aprende, é condicionada a controlar a micção. Os pesquisadores imitaram esse mecanismo e bolaram um aparelhinho que conectado à roupa do menino ou da menina alarma quando algumas gotas de urina são eliminadas. Os enuréticos acordam quando o *pipi-stop* dispara. Após dezenas ou centenas desses avisos artificiais, a criança que faz xixi na cama tende a controlar a micção. Também parece que há aumento da capacidade vesical e assim o problema é resolvido.

ISSO É ACEITO POR TODOS?

Há profissionais e centros de tratamento da enurese noturna que não aceitam o alarme. Como também não concordam com restrição de líquidos, ir ao banheiro no meio da noite, psicoterapia, hipnose, homeopatia e outras ideias sobre o tratamento dessa entidade. Recondicionamento do padrão do sono, aumento da capacidade vesical e da "força" da válvula uretral são algumas terapias propostas para substituir algumas práticas clássicas. Há um velho ditado da medicina: "vários tratamentos para um problema significam que o tratamento ideal não existe".

QUAL O PERCENTUAL DE CURA?

É importante ressaltar que após os 5 anos de idade, a cada ano, 15% das crianças enuréticas adquirem o controle da micção noturna**.** Isso ocorre de forma espontânea, sem tratamento, sem droga, sem médico e sem psicoterapia. Então ter paciência é uma das artes na definição do que fazer com elas. Cada uma das várias estratégias terapêuticas citadas apregoa resultados satisfatórios com a desaparição do xixi na cama à noite. Os que usam abordagem comportamental dizem que os resultados são tão bons ou melhores do que a obtida com outros tratamentos. Aqueles que empregam outra forma de tratamento, por exemplo, o alarme, falam que os resultados são satisfatórios. Não é simples o estudo do problema e a definição de qual conduta seguir. Os pediatras e os familiares têm que decidir, por exemplo, se as crianças de 5 ou 6 anos devem ser tratadas com um dos métodos citados aqui ou se é aconselhável aguardar mais dois ou três anos para ver se o controle natural ocorre. Há casos de insucesso com várias terapêuticas e o problema se prolonga por anos, até a vida adulta.

É POSSÍVEL O RETORNO DO PROBLEMA?

Há crianças que deixam de urinar na cama aos 2 ou 3 anos de idade e que voltam a molhar a roupa à noite. Isso pode acontecer após vivência, como o nascimento de um irmão. Nessa condição, o controle espontâneo deverá ocorrer rápido. Se o retorno do urinar na cama ocorreu em paciente de 7 ou 8 anos, com tratamento, a abordagem é mais complexa e a avaliação médica é que definirá a conduta. Os conselhos citados na nossa reunião e o texto que a resume não substituem a consulta médica individualizada. As crianças enuréticas ou com qualquer outro distúrbio da micção devem ser levadas para avaliação médica.

38.1 CONCEITO

Enurese Noturna

Denominada também como: "xixi na cama", a enurese noturna ou o não controle vesical noturno precisa ser visto por vários aspectos. Existe uma expectativa de que as crianças após os 5, 6 anos de idade, já consigam controlar o xixi na cama. Às vezes isso pode acontecer antes dessa idade.

Aos 6 anos temos o fechamento do ciclo da primeira infância, onde a criança já adquiriu várias competências e habilidades motoras, cognitivas e emocionais e muitas não se acham mais "pequenas", gerando alguns conflitos em relação ao tema exposto. Devemos considerar vários fatores que podem contribuir para a ocorrência ou não da enurese noturna, dentre eles: aspectos orgânicos/fisiológicos, culturais, ambientais e emocionais, que podem torná-las mais vulneráveis e provocar ou manter comportamentos não esperados para sua faixa etária.

Após descartar qualquer possibilidade de causas genéticas ou fisiológicas, devemos pensar nas questões emocionais e ambientais, como também levar em consideração e buscar compreender a cultura familiar. Na maioria das crianças o controle dos esfíncteres ocorre da mesma maneira: primeiro o fecal noturno, depois o diurno, seguindo com o vesical diurno e depois o noturno.

Quando percebemos a dificuldade de controle vesical noturno em uma criança, precisamos conhecer sua história, bem como a de seus pais, demais familiares e cuidadores, como também entender as condutas adotadas por eles na tentativa de "ajudar" a criança.

A postura da família/cuidadores assume um papel fundamental nesse percurso, podendo ser de grande importância para condutas mais assertivas. Tratar a criança como bebê e esperar que ela tenha posturas e aquisições de "criança maior", se torna incoerente, prejudicando bastante nesse processo.

A criança precisa ter consciência de seu papel para essa nova aquisição, tornando-se corresponsável por seu êxito, sem necessariamente ser pressionada, para que tudo aconteça da forma e no tempo que o outro deseja.

Sabe-se que vários fatores emocionais podem levar a enurese noturna ou mantê-la por mais tempo do que o esperado, dentre eles: medo do escuro; de monstros; a chegada de um bebê na família; condutas repressoras e agressivas, justificando a necessidade em muitos casos de um trabalho psicoterápico para ajudar a criança e seus familiares a entender a situação e, juntos, buscar uma saída para o "problema".

Considerando que a enurese noturna pode causar grande desconforto para a criança e família, precisamos primeiro entender qual o significado que se tem da situação e o lugar que essa situação vem ocupando na vida deles.

O trabalho interdisciplinar é de suma importância na perspectiva de enxergar e cuidar da criança de forma integral, considerando seus aspectos físicos e emocionais como determinantes de muitas condições clínicas que surgem ao longo de seu desenvolvimento.

O acolhimento sem julgamento e exigências, é o melhor caminho para encontrarmos juntamente com a criança e seus familiares, estratégias e metas que possam ser cumpridas para que ela se sinta com autonomia e independência. Dessa forma, consegue-se enfrentar a situação com tranquilidade, podendo se perceber como parte integrante e protagonista do processo.

DIAS, E. O. **A Teoria do Amadurecimento de D.W. Winnicott**. 4. ed. Rio de Janeiro: Imago, 2017.

FERREIRA, M. P. **Transtornos da excreção: enurese e encoprese**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

GERALDO, D. E.; PORTO, P. F. B.; IDE, C. R. B. S. **Como Lidar Com a Enurese: guia prático para pacientes, familiares e profissionais de saúde**. São Paulo: Hogrefe, 2021.

SILVARES, E. F. M.; PEREIRA, R. F. **Enurese Noturna: diagnóstico e tratamento**. São Bernardo do Campo: Artemed, 2012.

39 | CHORO EXCESSIVO NO BEBÊ: "CÓLICA NA CRIANÇA NOVINHA"

Carlos Gonçalves de Oliveira
Constantino Giovani Braga Cartaxo
Filumena Maria da Silva Gomes
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

O bebê chora por fome, frio, calor, posição incômoda, fralda com xixi ou cocô e dor ou desconforto causado por muitas situações patológicas. Todo bebê chora. É assim que ele fala. E, será, que chora porque quer chorar?

Mas há bebê que chora muito. Ou está irritado, inquieto, reclamando. E os médicos são chamados a explicar o que ocorre com esse "chorão". E, com frequência, eles têm dificuldade em definir o assunto.

A maior parte deles fica "boa" após dois ou três meses, sem que os profissionais e os familiares saibam o que aconteceu. Para certa corrente da medicina tais bebês choravam devido à "cólica".

Estudos recentes têm demonstrado que cerca de 10% desses bebês nascem com um temperamento difícil e assim tendem a se manter por toda a vida. Temperamento é definido como os traços psicológicos de uma pessoa que determinam a sua índole. E esse comportamento é presente desde o primeiro dia de vida e é determinado por fatores genéticos. Com frequência tem sempre alguém na família com "pavio curto". E também há fatores ambientais, em especial na vida intrauterina, como estresse, insegurança, violência, entre outros.

A maioria dos bebês é dócil, fácil de ser cuidado. Sorriem com frequência, se adaptam a novas situações com facilidade e pouco estranham as pessoas. Um outro tipo são os de respostas lentas, que reclamam pouco, que são muito tolerantes. Em terceiro, menos frequente, existem os bebês com temperamento difícil. Eles apresentam mais horas de choro por dia, estranham as pessoas com facilidade e correm maior risco de desenvolverem distúrbios psicológicos ao longo da vida.

As crianças novinhas choronas eram e ainda são rotuladas como portadoras de "cólica". Cólica segundo conceituado dicionário de termos médicos é "uma crise aguda de dor abdominal localizada em órgão tubular e causada por espasmo ou obstrução".

E por chamar a atenção para o tubo digestivo é que alguns pediatras experientes, vividos, evitam usar a terminologia cólica. Induz as atenções só ao tubo digestivo, para o cólon ou grosso intestino. Essa é uma visão parcial, enganosa e arriscada.

A orientação da medicina mais crítica, mais metódica, mais questionadora é reconhecer que as crianças com choro excessivo, irritadas, podem estar:

- Avisando sobre situações desconfortáveis (fome, calor, frio e outras).
- Informando sobre doenças que precisam ser diagnosticadas e tratadas. Muitas delas precisam de várias avaliações médicas, ao longo de semanas ou meses. E algumas necessitam exames para tentar descobrir o que realmente está ocorrendo. Doença gastroesofágica, alergia ao alimento que a mãe que amamenta toma (leite de vaca), neurológica, renal, cardíaca, dentre outras, podem causar o choro ou a irritabilidade. Muitas vezes, são necessárias consultas com especialistas (gastroenterologista de criança e neurologista, dentre outros) para ajudar a diagnosticar e a tratar a doença causal.

QUAL O PAPEL DOS MÉDICOS?

O trabalho do médico é o diagnóstico. Ele deve verificar dentre as várias doenças que produzem choro na criança novinha a que melhor explica a sintomatologia. Definido o diagnóstico tudo fica mais simples. Mas, em muitas situações, o choro não tem origem definida. É uma condição mais difícil pois o médico, com frequência, não pode definir com precisão o que fazer. A certeza da existência ou da inexistência de doenças depende, muitas vezes, da evolução. De início, o médico pode rotular o choro como de causa não conhecida e tempos após rotular de secundário a uma enfermidade diagnosticada.

ENTÃO A CONSULTA NÃO É CONCLUSIVA?

Em muitas situações a consulta não é conclusiva. Definir o que está ocorrendo com um bebezinho que chora muito, por muitos dias é uma tarefa difícil. E o profissional tem que ter muita habilidade, muita paciência e muita capacidade de diálogo. E, de forma muito honesta, o médico tem que falar: "nada encontrei. A criança está bem. Mas temos que observar. Informem a evolução. Falem sobre novos sintomas. Voltem na semana vindoura. Talvez precisemos de algum exame. É possível que o especialista em tubo digestivo ajude. A medicina nunca está 100% segura e nessa situação as dúvidas são ainda maiores que em outras". Isso pode confortar algumas famílias. Mas, em outras, essas mesmas palavras podem ser um desastre. O médico deve ser sensível para ver qual o modelo de diálogo adotar.

COMO DIAGNOSTICAR A CAUSA DO CHORO EXCESSIVO?

O diagnóstico é dificilmente feito na primeira consulta. Alguns dados apontam para o diagnóstico de choro excessivo sem doença importante: ganho adequado de peso, exame normal e aspecto hígido entre as crises de choro. Os estudos sobre a "cólica do lactente" ou "cólica dos três meses", ou o choro sem doença mostram: os episódios começam na terceira semana de vida (podendo iniciar desde a primeira);

a média de duração é de 30 minutos a duas horas; ocorrem em qualquer hora, sendo sua intensidade maior no final do dia; não têm predileção por sexo e desaparecem entre o terceiro e quarto mês de vida. As características incluem, além do choro, distensão abdominal, flexão e extensão dos membros, excesso de gases, irritabilidade e inquietude. Mas o aspecto mais importante é a exclusão das muitas doenças que provocam choro. Assim, o médico deve examinar caso a caso para poder dizer se encontrou ou não a causa do problema. E deve pesquisar várias doenças até ter razoável segurança para dizer que a criança é normal. Tudo isso pode implicar na realização de várias consultas, inúmeros telefonemas, muitas mensagens, alguns exames e um bom tempo de seguimento do paciente.

HÁ SUSPEITAS SOBRE A CAUSA DO CHORO EXCESSIVO SEM DOENÇA?

Há três teorias para explicar o quadro: a gastrointestinal fala em imaturidade digestiva; a imunoalérgica admite alergia a alimentos ingeridos pela mãe e que chegam ao leite materno; a psicogênica admite influências emocionais. Discórdia conjugal, marido crítico ou ausente, genitores irritados que gritam com o filho ou o manuseiam asperamente são fatores desencadeantes ou agravantes.

O LEITE QUE A MÃE TOMA PODE FAZER A CRIANÇA CHORAR?

Está provado que o leite de vaca que a mãe toma pode induzir reações alérgicas no bebezinho e produzir dor e choro. A alergia ao leite de vaca (APLV) pode começar a se manifestar assim. Então, é óbvio, que a exclusão total de alimentos com leite de vaca da alimentação materna é uma das linhas terapêuticas. Outros alimentos indutores de alergia (castanhas, amendoim, nozes) podem induzir o mesmo fenômeno. A modificação da dieta da mãe que amamenta é uma possibilidade terapêutica.

O QUE VOCÊS, MÉDICOS, FAZEM?

O pediatra pode ter no início dificuldades para definir o que fazer. As dúvidas poderão ser respondidas depois de algum tempo de acompanhamento. A tarefa principal é verificar se existe: otite, infecção urinária, defeito intestinal ou da vesícula biliar, irritação do esôfago, problema neurológico, erro do metabolismo, alergia ao leite de vaca, intoxicação, agressão física e emocional, entre outras. Não é tarefa simples, resolvida com o "olho do pediatra". Com frequência, são necessárias várias avaliações, verificação do ganho de peso, parecer de especialistas (gastroenterologista, neurologista, otorrinolaringologista) e realização de exames (sangue, urina, raio-x, tomografia, ultrassom e outros). Quando ocorre o diagnóstico de alguma enfermidade, o tratamento é instituído e o choro tem chance de desaparecer. Quando isso não ocorre, o pediatra deve continuar a buscar o diagnóstico, a examinar repetidamente o paciente e a demonstrar segurança. Essas consultas são sempre complexas.

O QUE FAZER SE NÃO FOI DIAGNOSTICADA UMA DOENÇA?

Nesse caso, o médico deve:

- Conversar demoradamente com os familiares e mostrar as evidências de que a criança está bem e não usar remédios.
- Discutir mecanismos que permitam que os familiares, sobretudo, a mãe, fiquem tranquilos e procurem transmitir calma para a criança.
- Enfatizar que não se evidenciou doença e que é preciso acompanhar o paciente, realizar outras avaliações e ouvir outros especialistas.

QUAL O PAPEL DOS CUIDADORES?

É importante que vocês:

- Procurem sinais de doença: dor de ouvido, choro ao urinar ou ao defecar, ganho insuficiente de peso, fome, febre, golfadas excessivas e outros.
- Vejam o ambiente calor, frio, verifiquem se o bebê está confortável: fraldas enxutas e posição cômoda, avaliem se a casa não está muito barulhenta. Atenção: neném ouve, vê, avalia e reclama. Com choro, mas reclama.
- Estudem se a alimentação está adequada e a técnica da amamentação e do uso da mamadeira (furo do bico, oferta do leite de forma a não permitir a deglutição de muito ar). Vejam se a criança não está sendo forçada a tomar o alimento.
- Favoreçam a existência de ambiente tranquilo, com pessoas calmas, com uma boa cadeira de balanço e um gostoso colo.
- Alimentem na hora em que o neném manifestar sinais de fome, sem preocupação com o volume ingerido. Ofereçam a fórmula alimentar que mais se ajusta ao apetite do bebê. Lembrem que ele tem valores, gosta disto e não gosta daquilo. Vejam tudo o que representa conforto ou desconforto.
- Informem ao pediatra as dúvidas e observações. A análise do médico é fundamental para avaliar peso, ouvidos, abdome, genitais e todo o corpinho da criança. Algumas vezes, há necessidade de exames.
- Cuidem também de vocês quando lidarem com esse tipo de crianças. As crianças que choram excessivamente usualmente também têm problemas com o sono e produzem angústia e cansaço nos familiares. Assim, são importantes alguns cuidados especiais com os adultos que cuidam deles.

E NÓS PODEMOS FAZER MAL?

Sim, podem:

- Pensando que tudo é "cólica" e dando analgésicos, antiespasmódicos e "remédios para gases" de forma indiscriminada. Essas medicações podem ter efeitos colaterais. E assim agindo, vocês podem estar retardando o diagnóstico de uma condição importante.
- Esquecendo que o choro pode indicar doença.
- Mudando o leite a cada dois dias.
- Impondo regras rígidas e ignorando o individualismo da criança. "Antes você tomou 180 mL de leite, agora tem que tomar os mesmos 180, tome o restinho".
- Mudando de médico a cada semana e não informando ao pediatra as suas dúvidas e observações.

PODEMOS USAR CHÁS E FUNCHICÓREA PARA ESSAS CRIANÇAS?

Sim, podem usar essas medidas mais simples. Mas, repetimos sempre, o mais importante é a manutenção de uma postura de observação para ajudar o médico na condução do problema. Aqui também o efeito placebo funciona. O fato de a mãe ou a pessoa que cuida da criança achar que os chás e a funchicórea contribuem para "relaxar o ambiente". Evidentemente, isso é benéfico. É preciso lembrar, entretanto, que qualquer bebida, mesmo chás, oferecidos a crianças em aleitamento materno exclusivo, podem ser prejudiciais.

Ervas como camomila, erva-doce e hortelã têm propriedades antiespasmódicas e são usadas em bebês com cólicas. Alguns estudos sugerem que um determinado probiótico, lactobacillus reuteri, pode ser útil em crianças com cólicas. No entanto, mais estudos são necessários para confirmar esses resultados e determinar se outros probióticos podem ser mais úteis. Converse com seu médico antes de dar qualquer probiótico ao seu bebê. Os probióticos podem não ser apropriados e podem ser perigosos em alguns casos.

PODEMOS USAR REMÉDIOS PARA DOR?

O uso de analgésicos é questionado por pediatras que acham que medicar sem o diagnóstico é sempre um risco. Mas há pediatras competentes que liberam o uso de paracetamol, mas sempre enfatizando para os familiares que o mais importante é saber o que realmente está se passando com a criança.

QUAL É O FIM DA HISTÓRIA DOS QUE TÊM O PROBLEMA?

Quando o médico não evidencia doença, quando a criança está bem, ganhando peso e tudo o mais está bem, o choro excessivo desaparece lá por volta dos três me-

ses. A partir daí ela passa a ter padrão de choro idêntico ao da criançada em geral e continua sendo normal em tudo o que o médico avalia.

As perguntas e as respostas apresentadas neste capítulo exploram apenas uma parte do assunto e os conselhos que nós passamos para vocês não pretendem substituir a avaliação médica que pode ser decisiva. O acompanhamento pediátrico é, assim, um aspecto importantíssimo no seguimento da criança normal e essencial da definição da conduta na criança que, por exemplo, chora excessivamente.

39.1 ASPECTOS QUE A DRA. FILUMENA MARIA DA SILVA GOMES ACRESCENTA AO TEXTO

POR QUE OS BEBÊS CHORAM?

Chorar é um comportamento normal do bebê é a sua forma de comunicação. Todo o bebê chora mais nos primeiros três meses de vida do que em qualquer outro período da vida. É normal o bebê pequeno, menor de 3 meses de idade, chorar até duas horas por dia.

O choro do bebê é uma das queixas mais comuns das famílias no consultório médico primeiro mês de vida. O choro em excesso ou persistente de um bebê é um dos problemas mais angustiantes da infância, é estressante para o bebê, os pais ou cuidadores, e para o médico. Quando é percebido como excessivo leva ao stress na família.

Os pais/cuidadores podem interpretar o choro como indicação de que não têm capacidade para cuidar do seu bebê, ou como um sinal de que o seu filho está doente. Os pais vão aos serviços de saúde para saber a causa do choro do seu filho. Isso irá determinar o modo como os pais passam a ver a própria criança e, também, o sistema de saúde, mesmo que o choro tenha sido resolvido há muito tempo.

O QUE FAZ O BEBÊ CHORAR DEMAIS, EM EXCESSO?

O bebê pode chorar excessivamente, mais que o normal, se está com fome, dor, cólicas, calor, frio, em posição desconfortável, com fraldas sujas de xixi ou cocô, doente ou cansado. Podem até chorar muito se for alérgico ao leite da mamadeira. Não existe uma definição do que é choro excessivo. É considerado normal chorar 2 horas por dia, nos primeiros 3 meses de vida.

O QUE É CÓLICA?

Cólica é um excesso de choro em criança menor de 3 meses de idade, e que não apresenta problema de saúde, isso é, são saudáveis. Inicia-se em torno de 2-3 semanas de vida, com pico em torno de 8 semanas. Melhora após os 3 meses de idade.

Bebê menor de 3 meses com cólica, geralmente chora mais de 3 horas por dia, e em mais de 3 dias na semana. As crises de cólica começam repentinamente, de sú-

bito, e acontecem mais no fim do dia ou a noite. A cólica é uma condição benigna e autolimitada que se resolve com o tempo, a maioria após os 3 meses de idade.

A prevalência da cólica varia de 3 a 40% nas crianças pequenas, sendo mais frequente no primeiro filho. É uma queixa mais frequente de mães com a maior idade ou quando há presença de tabagismo materno. Muitas vezes o choro excessivo, do bebê com cólica, desencadeia stress materno, e pode até levar à depressão da mãe.

QUAL A DIFERENÇA DO CHORO DE CÓLICA E DO NORMAL?

Geralmente o bebê com cólica chora mais de 3 horas por dia, enquanto o bebê sem cólica chora em torno de 2 horas por dia. O choro da cólica tem um início e fim súbito, não tem relação com o momento da rotina da criança. Ela pode estar brincando ou dormindo e subitamente começa a chorar. O choro da cólica é mais intenso, mais agudo ou gritado, como se estivesse com dor, e é muito difícil de acalmar, independente do que se faça, e costuma melhorar quando o bebê elimina gases ou evacua.

O bebê ao chorar pode dar sinais que está com cólicas, quando fica com o rosto vermelho, a barriga mais dura, encolhe as pernas ou as mantém esticadas, as mãos fechadas, os braços ficam tensos e as costas ficam recurvadas.

EXISTE ALGUM TESTE OU EXAME PARA FAZER O DIAGNÓSTICO DE CÓLICA?

Não existe nenhum exame que faça ou afirme o diagnóstico de cólica. Somente um profissional de saúde ou o pediatra após examinar o bebê, descartando outros problemas, pode dizer se é cólica.

O QUE POSSO FAZER PARA DIMINUIR O CHORO DO BEBÊ COM CÓLICAS?

Posicionar o peito ou mamadeira de modo que o bebê não engula muito ar. Colocar o bebê para mamar numa posição semi-sentado, nunca deitado. Essa técnica pode reduzir a quantidade de ar engolido, o que pode reduzir as cólicas em alguns bebês. Pegue mais o seu bebê no colo durante o dia, não é possível mimar um bebê segurando-o ou confortando-o.

Leve o bebê para passear de carro, o movimento e barulho do carro acalma. Dê um banho morno para acalmar. Fique com o bebê numa rede ou cadeira de balanço. Massageie, de leve e com cuidado, a barriga da criancinha. Ofereça chupeta.

Um tempo, um intervalo, no cuidado com o bebê. Deixe o bebê com outro adulto da casa. Se você estiver sozinho coloque o bebê no berço, em local seguro, por alguns minutos, deitado de costas. O berço deve estar livre de qualquer objeto, como brinquedos, cobertores, protetores ou travesseiros, para evitar acidentes. Chame alguém para ajudar. Esse intervalo vai permitir que você se acalme, e não faça algo que possa prejudicar o bebê, como sacudir, chacoalhar, bater ou gritar com a criança. Um bebê pequeno não tem firmeza no pescoço e sacudi-lo pode gerar acidentes graves.

É DESTACADO O PAPEL DA ALERGIA. TEM COMO EVITAR?

As mães que amamentam podem tentar consumir uma dieta hipoalergênica para reduzir as cólicas de seus bebês. Essa dieta elimina grupos de alimentos potencialmente alergênicos, como o leite de vaca, ovos, nozes e trigo. Para fazer essa tentativa, pare de comer um único grupo de alimentos por um período de uma semana, enquanto monitora o choro do bebê. Você pode reiniciar a comida retirada se não notar melhora. Esse tipo de dieta parece ser mais eficaz em mães que tenham eczema, asma ou rinite alérgica, ou se o bebê tiver sintomas que sugerem alergia ao leite de vaca (eczema, crises de chiado, diarreia ou vômito).

39.2 RELATO DE CUIDADORA

Relato de cuidadora sobre a doença do filho. A criança, dentre outras manifestações, era irritada, chorava muito, era muito inquieta

> "A minha gravidez foi planejada e muito tranquila. Assim que descobri a gestação comecei o pré-natal, realizando todos os exames de rotina. Passei a trabalhar em casa (home office), então não tive que ficar me deslocando. Comia bem, fazia exercícios semanais (hidroginástica e pilates), dormia bem, sem maiores estresses. Nenhum enjoo, somente alguns episódios de azia. E assim Felipe, no meu útero, crescia e se desenvolvia como esperado.
>
> A tranquilidade da gravidez cessou na 39ª semana, no dia que seria a última ultrassonografia. Naquele dia, a médica que fez o exame nos informou que Felipe estava com o percentil abaixo do esperado para a idade gestacional e ela nos orientou ir para a maternidade e falar com a obstetra para verificar o que deveria ser feito. Chegando lá, foi indicado fazer a indução do parto normal, pois era mais seguro, já que ele estava todo formado e garantiria que ele ganharia peso de forma mais adequada. Assim, nosso primeiro filho nasceu com 57 cm e 2.645 Kg.
>
> Dias depois do parto, descobrimos que houve uma negligência por parte do hospital, pois não foi feita uma avaliação na placenta para tentar descobrir qual foi a causa do ganho de peso insuficiente no final da gestação e ficamos sem essa resposta. Nas primeiras semanas de vida de Felipe, nossa preocupação era acompanhar o ganho de peso dele. Então íamos toda semana ao pediatra verificar se ele estava evoluindo de acordo com o esperado. E ele estava evoluindo bem, na curva de crescimento e apenas ficava um pouco abaixo da média. Mas estava indo bem.
>
> No terceiro mês de vida, em paralelo à questão do peso, começamos a observar que, por vezes, Felipe era um bebê muito inquieto e irritado. Mamava por pouco

tempo e muitas vezes ao dia (mesmo com uma boa pega desde seu nascimento). Tinha dificuldade para dormir, só conseguindo pegar no sono em algumas posições. Cochilos diurnos muito rápidos. Algumas vezes acordando chorando sem motivo aparente e o sono noturno começou a ficar cada vez mais agitado com mais despertares (comportamento que foi piorando ao longo dos meses).

Muitas vezes também se irritava e chorava no momento do banho e do trocador, não aceitava ficar de bruços (mesmo tendo iniciado as tentativas da posição nas primeiras semanas de vida) e também não aceitava ficar deitado (de costas) por mais que poucos minutos.

Por volta do final do terceiro mês, começaram os episódios de vômitos, sem motivo aparente. Ele ficava com os lábios roxos e muito cansado, foi nesse momento que começou nossa peregrinação em vários médicos pediatras. A primeira suspeita foi de Alergia à Proteína do Leite de Vaca (APLV), o que me fez fazer uma rigorosa dieta que não mostrou resultado. Pelo contrário, com o passar das semanas ele começou a não ganhar peso adequadamente e a frequência dos vômitos e irritação aumentavam. Foram feitos vários exames clínicos: sangue, urina, fezes, porém sem detectar alterações.

Até que decidimos procurar médicos particulares mais conceituados na tentativa de descobrir o que tinha de errado com nosso filho. Fomos a um pediatra que o avaliou e pelos nossos relatos viu que nossa apreensão tinha razão e que Felipe tinha alguma doença aparentemente de difícil diagnóstico, assim nos indicou continuar a investigação com ele e uma gastropediatra de sua confiança. Na primeira consulta com essa médica, ela também notando que tinha algo mais sério, passou para ele uma bateria de exames para serem realizados com urgência, incluiu, além de exames clínicos de rotina, raio-x de tórax, ultrassonografias da moleira e abdômen e um ecocardiograma.

Realizamos quase todos os exames com rapidez. Resultados normais. Pela especialidade, o último exame a ser realizado foi o ecocardiograma. No dia desse exame descobrimos que Felipe tinha uma alteração no coração e no pulmão e a indicação foi de internação imediata, visto o avançado quadro em que ele se encontrava. De lá seguimos direto para o Hospital Português, referência em doenças cardíacas, para investigar a doença.

Ficamos internados treze dias. Nesse período foram realizados três tipos de exames específicos em seu coração, além de vários outros exames clínicos, pois ele apresentava o coração bem maior do que o normal e seu pulmão tinha uma severa hipertensão. Nos primeiros dias ele apresentou leve melhora com os remédios, o sono ficou um pouco mais calmo, os vômitos mais espaçados, a irritação e desconforto diminuíram um pouco. Porém, nos dias que se se-

guiram Felipe começou a não ganhar peso, chegando até a perder e os vômitos voltaram a ser mais frequentes. Os exames específicos do coração vinham mostrando que o órgão não estava doente de fato, mas sim vinha sofrendo as consequências da severa hipertensão do pulmão. O último exame a ser realizado foi o cateterismo, um exame complexo e perigoso, porém extremamente necessário para sanar as dúvidas que ainda existiam e fechar o diagnóstico, para dar início, de fato, ao tratamento dele.

O cateterismo foi realizado e o diagnóstico foi fechado: Hipertensão Arterial Pulmonar (HAP) idiopática, ou seja, uma doença rara, grave, progressiva e, no caso dele, com causa não identificada. A situação encontrada no exame foi bem alarmante, a hipertensão era bastante alta e a doença estava avançada.

Ao término ele foi levado para a UTI para observação e recuperação, porém, visto a gravidade em que a doença já se encontrava, ele não resistiu e faleceu, aos 5 meses e 26 dias, horas após o procedimento.

Por fim, nas explicações médicas, apesar dos exames indicarem que Felipe já nasceu com essa doença, ela só começou a se manifestar aos três meses. Nós, ao primeiro sinal de que algo estava errado, começamos a investigar (levando aos médicos) e a observá-lo com mais atenção. Assim, com esse breve relato da breve história do nosso filho, tão esperado e amado; deixamos aqui a importância de atentar aos sinais de alerta que nossos filhos demonstram e a curiosidade em buscar e identificar do que se trata."

40 | ANEMIA

João Guilherme Bezerra Alves
João Medeiros Filho
Otelo Schwambach Ferreira

40.1 GUIA PRÁTICO

1. O portador de anemia aguda e intensa decorrente de sangramento importante de um ferimento ou de sangramento de uma víscera — estômago, grosso intestino, gravidez tubária, hematoma em uma cavidade corporal — necessita imediato socorro médico. Pode ser inclusive causa de morte.
2. O paciente com a anemia crônica que evolui lentamente também pode ter sintomas de doença grave e necessitar ação médica imediata.
3. Todo paciente com anemia necessita atenção médica.

40.2 CONVERSANDO...

A hemoglobina é a responsável para levar o oxigênio dos pulmões aos tecidos corporais. É o componente principal das hemácias do sangue. Anemia é a redução da hemoglobina e a quantidade normal dessa proteína é fundamental para o bom desempenho de praticamente todas as funções corporais. A redução da hemoglobina causa diminuição da oxigenação dos órgãos e tecidos e, dependendo da intensidade e da rapidez da sua instalação, produz importantes transtornos. A criança é particularmente sensível à queda da hemoglobina. Quanto mais novinha ela é, mais significativo é o problema.

A anemia é sintoma de várias doenças e a causa deve ser definida. Mas, independentemente da causa, a criança que está com baixa da hemoglobina não está bem. Não cresce normalmente, não brinca bem, não corre como seus colegas, não aprende como esperado e não tem a resistência normal contra as infecções. Está triste e sem ânimo. Anemia requer cuidados e a causa pode ser uma doença grave.

QUANDO EXISTE ANEMIA?

Existe anemia se a hemoglobina no sangue é menor que 11g/dL dos 7 meses aos 5 anos de idade, menor que 11,5g/dL entre os 6 e os 9 anos e menor que 12,0g/dL nos adolescentes femininos e 12,5g/dL nos masculinos. Assim, a quantidade normal de

hemoglobina varia com a idade e nos primeiros meses de vida, quando existe uma "anemia fisiológica" — a definição de uma anemia real só pode ser feita com hemoglobina menor que 10,0g/d/L.

QUAIS SÃO AS CAUSAS DA ANEMIA?

As mais comuns nas crianças e nos adolescentes são:

- **Carência de ferro:** é a mais comum e a causa usual é a alimentação pobre no mineral. Vermes e sangramentos ocultos (do estômago, do intestino e menstrual nas adolescentes) também produzem a anemia carencial. Essa anemia, de uma forma geral, é facilmente evitada, diagnosticada e tratada.
- **Outras**: doenças congênitas (anemia falciforme e do mediterrâneo), doenças imunológicas (anemia por incompatibilidade sanguínea entre a mãe e a criança, uso de drogas e diversas enfermidades como o lúpus eritematoso), doenças da medula (leucemias, destruição celular por raios-x e quimioterápicos), infecções (infecção urinária e outras).

A ANEMIA É COMUM NA CRIANÇADA?

Cerca de 30% da população mundial apresenta o problema. Mesmo nos países ricos, a anemia por carência de ferro é comum e pode atingir até 12% das crianças com menos de 5 anos de idade. Nas regiões pobres, é muito mais comum e alcança até 70 a 80% nos menores de 2 anos. A anemia por deficiência de ferro é mais comum dos 6 meses aos 2 anos de idade. As outras formas de anemia são menos frequentes

O RECÉM-NASCIDO PODE TER ANEMIA?

Ele pode ter anemia por múltiplas causas. Hemorragia placentária ou do cordão umbilical, incompatibilidade entre o sangue da mãe e o do bebê, infecções congênitas (sífilis, rubéola e outras) são algumas das principais. Nessa idade, a anemia é sempre um aspecto extremamente importante para a saúde.

E NAS CRIANÇAS DE POUCOS MESES?

Após os 6 meses de idade, a deficiente ingestão de ferro é a mais frequente. Se a mãe foi bem nutrida e a gravidez foi normal, a anemia por carência de ferro não ocorrerá nos primeiros meses de vida. O leite materno ajuda a prevenir essa doença. O leite de vaca não contém ferro em quantidade para evitar o problema. A indústria adicionou o mineral em muitos dos leites e a outros alimentos infantis. Criança novinha que toma exclusivamente leite de vaca sem acréscimo de ferro precisa receber

complementação alimentar com produtos ricos nesse elemento ou tomar remédio para suprir a necessidade do mineral.

QUAIS SÃO AS PRINCIPAIS CAUSAS DE ANEMIA NA ADOLESCÊNCIA?

Nessa idade, em ambos os sexos, ainda predominam as causas da anemia por carência de ferro. Na menina, o sangramento menstrual excessivo é um dos problemas.

O QUE A CRIANÇA APRESENTA? O QUE SUGERE A ANEMIA?

Há dois grupos de crianças anêmicas:

- **Sem sintomas:** é o grupo mais numeroso e a anemia não é evidenciada no exame clínico. As crianças não têm nível de hemoglobina muito baixo, usualmente o problema é descoberto no exame de sangue e essa é a razão que mostra a importância do exame médico periódico e da suplementação preventiva de ferro para evitar essa carência. Alguns médicos recomendam com certa periodicidade verificar como está o nível de hemoglobina no sangue.
- **Com sintomas:** os familiares e os médicos percebem palidez que é sinal de anemia com hemoglobina menor que 9g/dL. A palidez é um sinal tardio do problema que deveria ter sido diagnosticado e tratado antes. A meninada com esse nível de hemoglobina está triste, dormindo muito, parada, sem ânimo, sem topar as brincadeiras, cansando com facilidade.

OS SINTOMAS DE UMA ANEMIA POR HEMORRAGIA SÃO DIFERENTES?

A perda crônica de sangue vai acontecendo aos poucos — doença do refluxo gastroesofágico, menstruação — e o tipo de anemia é igual ao da anemia carencial. A perda aguda de sangue — lesão acidental de uma artéria — é situação potencialmente muito grave e necessita imediata intervenção médica.

O QUE O MÉDICO FAZ QUANDO DESCOBRE A ANEMIA NUMA CRIANÇA?

A missão do profissional é chegar à causa da anemia. Para isso, ele verifica quais alimentos a criança tem ingerido nos últimos meses para detectar carência nutricional do ferro, avalia se há dados de doenças que produzem perda sanguínea, tenta descobrir sinais de infecção ou de outras doenças como as que aumentam o baço e o fígado e solicita exames diagnósticos.

QUANDO IR AO HEMATOLOGISTA?

O pediatra é competente para resolver 95% ou mais das anemias da criançada. O hematologista deve participar da investigação diagnóstica e do tratamento

quando o pediatra tem dúvida sobre o diagnóstico. Ele solicita o parecer do especialista se é anemia falciforme, se é anemia do mediterrâneo, anemia por destruição da medula, entre outras.

A CRIANÇA COM ANEMIA PODE PRECISAR DE TRANSFUSÃO DE SANGUE?

Nas anemias muito intensas e, sobretudo, nas que ocorrem por hemorragia aguda (traumas, por exemplo), a transfusão de sangue pode ser salvadora. Nas anemias que vão se instalando lentamente, nas que dão tempo para o coração e os outros órgãos desenvolverem alguns mecanismos adaptativos, a transfusão de sangue não é indicada.

QUAIS ALIMENTOS DAR PARA EVITAR A ANEMIA POR FALTA DE FERRO?

Aí vai uma lista: leite materno nos primeiros seis meses de vida, leites e cereais enriquecidos com ferro (existem várias marcas e é sempre bom consultar a composição dos alimentos ofertados às crianças), vísceras (fígado, coração, moela, rim), ameixa, uva, maçã, mel de engenho; carne, miolo, ovo (gema), espinafre, couve, alface, milho e feijão. Os alimentos ricos em vitamina C (laranja, limão, tomate) ajudam no aproveitamento do ferro da dieta.

DEVO EVITAR ALGUM ALIMENTO?

Alguns alimentos atrapalham o aproveitamento do ferro da dieta: o excesso de farinhas, de café e de chá. Crianças que tomam exclusivamente leite de cabra têm anemia por falta do ácido fólico (vitamina). Os alimentos mais ricos em ácido fólico são fígado, rim, vegetais de folhas verdes, feijão e cereais integrais.

INTERESSANTE QUE VOCÊS NÃO FALARAM NA BETERRABA. POR QUÊ?

As mães realmente sempre perguntam sobre a beterraba. A fama dela é tão grande que com frequência é o primeiro alimento que citam quando perguntadas sobre quais as comidas que as crianças devem comer para curar ou prevenir a anemia. A cor vermelha, parecida com a do sangue, é que deve justificar a fama. Mas a beterraba contém pouquíssima quantidade de ferro.

E O PREPARO DOS ALIMENTOS NA PANELA DE FERRO?

Este é outro "mito". As mães também falam em colocar um prego na fase de preparo do alimentos para curar a anemia. Nada disso tem valor.

QUANDO DAR OS REMÉDIOS COM FERRO?

Eles são prescritos pelo médicos quando o diagnóstico de anemia por carência do mineral for firmado e quando o reforço alimentar com produtos ricos em ferro não for suficiente para resolver o problema. Nas anemias com hemoglobina em torno de 10g/dL, a alimentação rica em ferro, por muito tempo, corrige a deficiência. Mas há crianças que resistem e não aceitam a alimentação rica no mineral e há aquelas com hemoglobina abaixo de 9g/dL em que a correção é feita com a alimentação e medicação. Há uma série de informações sobre o uso desses remédios — aceitação, tolerância, efeitos colaterais — que precisam ser detalhados pelo médico. O uso desses medicamentos é por 60 a 90 dias.

EXISTEM MUITOS EFEITOS COLATERAIS COM O USO DO FERRO?

Muitas crianças recusam os produtos com ferro que não têm sabor agradável. Vômito, náusea, dor abdominal, constipação intestinal e diarreia são eventos comuns e algumas vezes dificultam o tratamento. É comum a coloração escura dos dentes que pode ser retirada com gaze umedecida em suco de limão.

COMO O MÉDICO DEFINE SE O TRATAMENTO FUNCIONOU?

Evidentemente, para cada causa de anemia, há um controle próprio. Mas na anemia por carência de ferro, a maior parte dos pediatras controla a melhoria do cliente com o próprio exame clínico. Mas alguns solicitam, dois ou três meses após o início do tratamento, um hemograma de controle para definir a resposta.

PODEMOS DAR O REMÉDIO DE VERME COM FERRO TODO ANO?

Alguns médicos indicam o remédio de verme periodicamente. Mas outros não indicam e vocês não devem usar por decisão própria os remédios que contém ferro. O mineral é um dos produtos mais tóxicos que a medicina conhece. O ferro em excesso se acumula no fígado e em outros órgãos do corpo e pode causar importantes transtornos para a saúde. É essa também a razão para que o médico defina o diagnóstico com precisão. Receitar ferro e transfusões de sangue nas crianças que têm anemia falciforme é um erro.

COMO TRATAR AS ANEMIAS DE OUTRAS CAUSAS?

O tratamento é dirigido para a causa. A anemia falciforme é orientada de uma forma completamente diferente da anemia produzida pelo excesso de sangramento menstrual na menina. A anemia da ancilostomose, uma parasitose que produz a doença, é conduzida de uma maneira e a anemia por uma infecção urinária crônica é conduzida diferentemente.

40.3 CONTRIBUIÇÃO DE PACIENTES

I. CONTRIBUIÇÃO DE PACIENTE (20/02/23)

"Anemia: o que dizer? Fígado, beterraba, brócolis? O prato é cheio, e o menu de histórias também. O fato é que conviver com a anemia diuturnamente nem sempre é fácil, mas garanto que rende uma boa conversa, sobretudo se você é inquilina de uma super avó e de uma mãe coruja.

Lembro-me bem, aos idos dos meus jovens 8 anos, de flagrar minha querida avó adicionando sorrateiramente suculentas fatias de beterraba na minha sopa. Ora, eu odiava beterraba — e ainda odeio. Mas odiava ainda mais o fato de toda a minha alimentação orbitar em torno da minha eterna companheira, a anemia.

Do latim, anemia quer dizer carência de sangue ou ausência de sangue. Pergunto-me ainda hoje por que sangrava tanto ao ralar o joelho quando caía de bicicleta, se possuía tão pouco sangue. E quando menstruei pela primeira vez? Penso que minha avó acreditava que, junto ao meu sangue, meu corpo inteiro seria absorvido pelo *always* com abas noturno, afinal, era fígado todos os dias.

Mas confesso que nem sempre as histórias são divertidas ou leves. Na verdade, há sempre um fantasma na espreita, esperando comédia se transformar em terror. Como disse no preâmbulo desta conversa, o menu de histórias é vasto, e nem sempre elas são agradáveis.

Foram transfusões de sangue, merticoten, combiron, vitamínicos, viagens a São Paulo e EUA na tentativa de tratar minha síndrome, a Blackfan-Diamond, uma anemia congênita. De fato, essas tentativas lograram êxito, cá estou, mas apenas o travesseiro sabe quantas noites em claro minha mãe passou acordada preocupada com a filha recém-nascida que viera com pouco sangue.

A grande questão é que sangue é vida. Mas pouco sangue não quer dizer pouca vida. Isso a minha história demonstrou. Eu era uma criança normal: brincava, estudava, praticava esportes. Hoje, adulta, no auge dos meus 24 anos de idade, também me considero normal — diga-se de passagem — estudo, trabalho, viajo, possuo ciclos de amizades, relacionamento estável. Enfim.

É possível conviver com a anemia. Aliás, é possível viver com a anemia, viver no sentido mais profundo que essa pequena palavra possa comportar. Mas nesse processo é necessário um bom viver, um viver com certo equilíbrio, inclusive se desequilibrando de vez em quando. É uma dança, e não uma guerra: alguém com uma anemia crônica como a minha não vence a anemia, dança um foxtrot com ela.

Confesso-lhe que não sou uma exímia cozinheira, mas conheço inúmeras receitas diferentes com fígado, espinafre, beterraba e brócolis. Se eu puder lhe dar um conselho e lhe passar uma receita com esses ingredientes, eu diria: coloque um headphone, tenha calma e dance conforme a música. Nem sempre a hemoglobina vai ser 12 — e está tudo bem."

II. CONTRIBUIÇÃO DE CUIDADOR (23/03/23)

"Anemia. Que bicho é esse? Mãe de uma bebê com anemia congênita, sei apenas que é possível viver e ser feliz. Sou testemunha e coadjuvante de como os filhos nos ensinam coisas incríveis... A filha não é uma anêmica! Ela nasceu com "um traço" de anemia. A anemia nunca vai lhe significar, lhe reduzir.

Para anemia, eu pude contar com grandes recursos que me foram oferecidos nas conversas, ricas conversas com o pediatra e outras mães de bebês que superaram os seus desafios. Sim. Saber ir atrás e estar aberta a se expor, cuidadosamente e carinhosamente, para buscar vivências. Com o pediatra e sob a regência dele, construímos uma base de estudo e compreensão sobre como cuidar de uma bebê que é a experiência mais rica que pude viver até hoje. Otelo e a sua pediatria construtivista... Coisa linda de se vivenciar.

A experiência de estar entre mães que se ajudam aconteceu pela primeira vez em minha vida por causa da anemia. Há um saber além das academias de medicina que não é considerado pela indústria farmacêutica! Se ligue nisso! Há um saber que faz toda diferença em qualquer que seja o problema. Por isso, mães, pais e familiares vão atrás das trocas de experiências. Selecione de tudo apenas o que tem sabor de vida e saber de afeto e amor em cuidar.

Há um ser intuitivo dentro de você. Ouça essa voz que a amorosidade traz e canta 'coisas' em nossos ouvidos. Para ajudar ao sangue circular nas micro veias e fazer a limpeza dos tecidos e órgãos da filha, mesmo com pouco sangue circulando, intuitivamente me vi fazendo massagem na bebê, e ajudando ao sangue circular bem em todo o corpo, massageando-a. Aprendi a fazer massagem pelo prazer de fazer massagem dengosas e delicadas nela. Era muito bom o toque e o cuidado. Hoje as massagens são maravilhosas! Todos que conhecem a amam! E não parei aí, veio a acupuntura, ioga.

A bebê não é anêmica, nem é coitadinha, nem é frágil, ela é gente e poderá ter isso ou aquilo, mas não reduza e nem deixe a família tratar com carimbos. Ela é vida capaz de se organizar conforme os estímulos oferecidos.

O bicho que é silencioso pode ser controlado sim. E em vez de fazer um monstro, resolvemos 'encarar'. A anemia aqui em casa nos fez ser mais criativas na cozinha, com temperos, ervinhas cheirosas, rica alimentação em ferro, vitaminas, banho de sol sagrado, atividade física, estímulos sonoros visuais, intelectuais, muitos passeios na natureza, que nos despertava a 'vontade de comer' e a 'vontade de viver'. Falando assim parece que foi simples ou que sou uma supermãe? Não. É árduo mesmo. Mas é possível. E depois que você engata...

Respeitar os gostos do bebê que tem o direito de não comer o que seu paladar não quer. Parece que é uma birra, mas não é. Os bebês que têm traços de anemia, muitas vezes, são inapetentes e tantos mais não gostam daquilo que justamente mais precisam! É de matar o coração de quem cuida! Então tinha o momento de comer o que gostava e tinha sopa! Sopa de tudo mais que era importante e necessário ter para suprir as suas necessidades nutricionais. Mas não corra do 'bicho' não. Que quanto mais tranquilidade e coragem de enfrentar você tiver, mais rápido será o processo de lidar com a anemia.

A pergunta que fiz na primeira linha desse texto, eu não encontrei resposta. Sinceramente não. E faz muito tempo que deixei de procurar. Eu optei pela convivência pacífica e cordata. Hoje o bicho está 'domesticado'!"

41 | DISTÚRBIOS ORTOPÉDICOS

Alexandre Adolfo Romero Machado
Constantino Giovani Braga Cartaxo
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira
Regis Carneiro Andrade Filho
Rodrigo Bezerra Tenório (in memorian)

41.1 PÉ, PERNA, COLUNA VERTEBRAL E PRONAÇÃO DOLOROSA, DOR DE CRESCIMENTO, SINOVITE TRANSITÓRIA DO QUADRIL, ANDAR NA PONTA DO PÉ, DISTENSÃO MUSCULAR

As preocupações com o pé, a perna e a coluna vertebral, e outros temas da ortopedia, são assuntos corriqueiros nos consultórios dos pediatras e dos ortopedistas. E há outros temas importantes no aparelho osteomuscular que precisam ser debatidos. Além de comuns, os assuntos ortopédicos merecem reflexão especial face a ocorrência de condições absolutamente normais que são motivo de valorização, até excessiva, dos cuidadores.

OS PÉS E AS PERNAS MUDAM A MEDIDA QUE A CRIANÇA FICA MAIS VELHINHA?

Sim. É o que justifica muitos dos questionamentos dos familiares que desconhecem que os aparentes problemas das pernas (genu valgo e genu varo) e dos pés (pés planos) da criança não são doenças. São aspectos normais durante uma fase da vida e desaparecem com o passar dos anos, A maior parte das intranquilidades sobre o assunto é resolvida com uma conversa com o pediatra e/ou ortopedista. Mas, algumas vezes, existem doenças que precisam diagnóstico e tratamento apropriados.

É DIFÍCIL SABER O QUE É NORMAL E O QUE É ANORMAL.

O médico sempre precisa dedicar atenção ao que os familiares relatam e ser cauteloso nas condutas. Algumas vezes precisa seguir o paciente por algum tempo para definir se as condições observadas são normais ou não. O maior erro é a padronização rígida. Os pés precisam ter curvinhas e as pernas devem ser retinhas. O corpo da criança sofre alterações durante os anos. O que se observa e que preocupa hoje não existe após alguns anos. Muito tempo das consultas é empregado para explicar as variações do normal, as mudanças que os anos vão produzir e a não necessidade de tratamento.

GOSTARÍAMOS DE SABER MAIS!

Durante o processo de amadurecimento dos sistemas nervoso, ósseo e muscular a criança normal assume postura e apresenta aspectos físicos que não existem nos adultos. Vale destacar:

1. Muitos aspectos dos membros inferiores, na criança novinha, são decorrentes da posição intrauterina, de certa flacidez muscular, da frouxidão das articulações e do processo de ossificação. Quase todo recém-nascido apresenta os pés marcadamente rodados para dentro e os ossos da perna arqueados. Isto ocorre face à posição fetal e à adaptação ao útero materno que exerce um importante papel de molde. Essas características dos pés e das pernas desaparecem normalmente ao longo das primeiras semanas, sem fisioterapia, sem bota, sem tratamento médico.
2. A criança herda características morfológicas dos pais de forma que o conceito de normalidade deve levar em conta os padrões familiares.
3. Criança saudável apresenta, durante uma fase da vida, aspectos que chamam a atenção dos familiares: pé chato, pés rodados para dentro, desvios das pernas e dos joelhos que se constituem nas principais causas de atendimento ortopédico.
4. O mesmo ocorre com algumas curvaturas da coluna vertebral.

O QUE É PÉ PLANO?

Também citado como pé chato é a ausência ou diminuição do arco longitudinal interno, ou da cava do pé. É mais notado quando a criança fica de pé. Os pés ficam esparramados e rodados um pouco para fora. Existem dois tipos de pés chatos: o tipo funcional ou postural e o tipo estrutural. O primeiro não é doença. O segundo é.

O QUE É O PÉ PLANO POSTURAL?

O pé chato postural, ou funcional ou pé plano valgo flexível é o mais comum tipo de pé observado na criança menor. É normal, não precisa tratamento. É parte integrante da morfologia dos membros inferiores da criança novinha normal. Esse pé é flexível, é móvel e funciona normalmente. A ausência de rigidez é que define a normalidade. Ocorre na maior parte da criançada até os 3 ou 4 anos de idade. É causado pela imaturidade das estruturas que mantém o arco ou a cava dos pés e pela deposição de gordura a esse nível. Caracteristicamente, acentua-se com o peso do corpo, principalmente em crianças abaixo de 2 anos. Perto de 95% dos casos regridem sem tratamento até a idade de 5 ou 6 anos de idade. Dos 5% restantes, uma pequena parcela precisa intervenção ortopédica.

AS CRIANÇAS COM ESSE TIPO DE PÉ SENTEM DOR?

Essa condição é também chamada fisiológica e faz parte das características normais dos menores de 5 anos. Portanto, como toda condição fisiológica, não apresenta sintomas. O pé plano postural não causa dor nem outras queixas. As crianças correm, brincam, pulam, sobem e descem obstáculos, são ágeis e nada há que indique problemas.

O QUE DEVEMOS FAZER?

Esse tipo de pé não precisa de tratamento. A formação do arco se dá espontaneamente com o crescimento. É aconselhável estimular a criançada a andar sem sapato, na terra, na areia e na grama. E brincar de andar na ponta dos pés e sobre os calcanhares, correr livremente, praticar esportes como o futebol e a natação.

BOTAS E AS PALMILHAS PODEM SER USADAS?

Não há prova científica de que as botas ou as palmilhas favoreçam ou apressem o surgimento da cava. É completamente desprovida de fundamento a necessidade, que parece criada artificialmente pelo comércio, do uso de botas, ou sapatos, ou sandálias ou palmilhas ditas “ortopédicas”.

AS BOTAS FAZEM MAL?

Fazem. Além de caras, são pesadas, desconfortáveis e quentes. Dificultam a locomoção livre e gostosa, o correr, o subir em muros e o chutar a bola que tanto agradam a criançada. Há os que falam que o uso das botas pode causar risco inclusive de atrofia muscular.

QUANDO COMEÇAR A USAR O SAPATO?

Os sapatinhos dos bebês e das crianças de poucos meses exercem pouca função na proteção ou na função dos pés. O contato dos pés sem os sapatos com os diversos pisos é essencial para o aprendizado da marcha, para o desenvolvimento da proteção individual (as quedinhas, a dor e os tropeções iniciais são importantes) e para o desenvolvimento das inúmeras funções relacionadas à adaptação à vida de bípede. Os pés desnudos devem ter contato com o piso regular, com poucas texturas e praticamente sem desníveis. Também precisa contato com o piso irregular, com várias texturas, pleno de irregularidades da terra, da areia e da grama nos ambientes fora da casa. A criança, quando estiver aprendendo os primeiros passinhos, deve ter a oportunidade de experimentar todos esses pisos e as sensações obtidas com o contato. Na maior parte do tempo, elas devem estar sem sapatos. Ir aos encontros sociais com os sapatinhos é a norma geral. Fora da casa é que os pés entram em

contato direto com os diversos pisos (areia, terra, seixos, grama e outros), repetidamente, por muito tempo. Isso ajuda no desenvolvimento da função e na forma dos pés e também na formação dos arcos plantares. Evita os pés chatos.

QUAL O TIPO DE SAPATO PARA A MENINADA?

O sapato deve ser visto apenas como proteção para os pés e nunca como medida preventiva ou curativa de um certo transtorno. Na criança de menor idade, os sapatos devem ser flexíveis e com solado que não escorregue. Nas de maior idade, os sapatos são indicados de acordo com as atividades desenvolvidas. Mas o solado sempre deve ser antiderrapante.

QUANDO O PÉ CHATO MERECE ATENÇÃO ESPECIAL?

Devem ir para avaliação médica as crianças com pés chatos que não estão apresentando as modificações esperadas após os 5 ou 6 anos de idade. Aquelas que estão tendo alterações mais importantes com o passar do tempo, que reclamam de dor e continuam tendo problemas após os 8 anos de idade.

E O OUTRO TIPO DE PÉ CHATO? O ESTRUTURAL?

O pé chato estrutural, mais raro que o que discutimos antes, não é fisiológico e não desaparece com o passar dos anos. É decorrente de problemas ósseos, neurológicos e musculares. Esse pé não é flexível, não é corrigível com o manuseio. É um pé rígido. Causa dor e limitação funcional. É doença. O pediatra e o ortopedista separam os dois tipos de pés planos com facilidade. O pé chato de natureza estrutural não melhora com o crescimento e necessita de tratamento ortopédico.

E OS PÉS RODADOS PARA DENTRO?

Há dois aspectos a ressaltar sobre esse assunto:

1. **No recém-nascido e na criança de poucas semanas** — O útero exerce ação modeladora sobre os membros inferiores dos fetos que nascem com ambas as pernas e os pés encurvados rodados para dentro. Algumas vezes, a posição de um ou dos dois pés chama tanto a atenção dos familiares que existe a preocupação com a existência do pé torto. Na alteração postural, é facílimo fazer com que o pé volte para sua posição normal com o manuseio. No pé torto, não é possível corrigir a deformidade com a manipulação. O problema postural logo desaparece, sem manuseio, sem fisioterapia, sem tratamento.
2. **Na criança que já anda** — O outro aspecto diz respeito à ocorrência dos pés rodados para dentro em crianças que já andam. Esse tipo de pé existe desde o nascimento, mas é notado apenas quando a criança começa a andar. Também

denominados "pés de periquitos", são acompanhados de desvio dos joelhos para dentro e certo grau de arqueamento das pernas (*genu varo*). O que chama a atenção dos familiares são os pés, mas o que causa esse desvio é uma característica do fêmur no encaixe no quadril. Essa característica regride quase sempre espontaneamente, em torno dos 8 anos. O ortopedista é consultado nos casos acentuados, quando há prejuízo do andar e um pé pode tocar no outro. Ele pode indicar tratamento especializado. É raro que isso ocorra.

O QUE É O PÉ TORTO CONGÊNITO? QUAL É O TRATAMENTO?

O pé torto congênito é uma má formação complexa que envolve ossos, músculos, tendões e vasos sanguíneos de um ou dos dois pés. O pé acometido é geralmente pequeno, voltado para dentro, rodado para cima e apresenta o calcanhar elevado. A deformidade ocorre em cerca de um para 1000 nascidos vivos e é bilateral em metade dos afetados. Os meninos são duas vezes mais acometidos do que as meninas. O pé torto negligenciado, consequência da falta de tratamento precoce da doença, é a causa mais grave de incapacitação dentre todos os defeitos musculoesqueléticos congênitos. Portanto, o tratamento ortopédico adequado deve ser instituído o mais cedo possível para evitar sequelas. Mais dados sobre essa grave doença podem ser obtidos no site **http://www.petorto.com.br**

EXISTEM OUTROS TIPOS DE PÉS QUE MERECEM ATENÇÃO MÉDICA?

O *calcâneo valgum* existe quando, ao nascimento, o pé toca a frente da perna e o talo vertical ou em mata-borrão. Necessita atenção médica.

ALGUMAS CRIANÇAS ANDAM NA PONTA DOS PÉS. O QUE É ISSO?

Há criança normal que, no início do aprendizado da marcha e ainda por algum tempo depois, anda na ponta dos pés. Esse tipo de pisada pode ser favorecido pelos adultos que seguram a criança por uma das mãos e a obriga a ficar na ponta dos pés quando estão aprendendo a andar. O proibido andador que faz a criança usar as pontinhas dos pés para se movimentar também pode facilitar a postura. Essa é mais uma razão usada pelos profissionais para não indicar o uso do andador. O andar na ponta dos pés tende a desaparecer até os 3 anos de idade quando a criança já terá tido tempo suficiente para aprender que é mais fácil e seguro, e menos cansativo, andar com os dois pés apoiados no chão. Essa marcha tende a desaparecer sem tratamento.

QUANDO ANDAR NA PONTA DOS PÉS É PROBLEMA?

Os médicos devem afastar, dentre várias doenças, as neurológicas e as ortopédicas, para assegurar que o problema desaparecerá e que nada tem a ser feito. Constitui motivo de preocupação a criança que anda com um pé corretamente apoiado

no chão e com o outro incorretamente posicionado, andava corretamente e passou a ter esta postura ao caminhar, persiste com essa característica após os 3 anos de idade. Há casos em que o tratamento cirúrgico é indicado. Fisioterapia e aparelhos ortopédicos ajudam em certas situações.

COMO EVITAR O PROBLEMA?

A profilaxia desse problema é conseguida evitando o andador, segurando as crianças que estão aprendendo a andar de forma tal que elas possam tocar o piso com toda a planta dos pés. Bom é segurar a criança com um pano bem forte passado por baixo das axilas e o adulto, por trás da criança, segura o pano e permite que ela ensaie os primeiros passos.

E OS DESVIOS DAS PERNAS E DOS JOELHOS?

Esses desvios são queixas frequentes, principalmente nas crianças que têm peso acima do normal. Existem duas formas: o *genu varo* ou *varum* (afastamento dos joelhos e aproximação dos tornozelos) e o *genu valgo* ou *valgum* (aproximação dos joelhos e afastamento dos tornozelos). Nas duas situações, é importante lembrar que a influência genética é muito relevante.

FALEM PRIMEIRO SOBRE O *GENU VARO.*

Uma posição em varo, na qual os joelhos estão muito afastados e existe um arqueamento dos membros inferiores, é normal em criança até 2 anos de idade. Geralmente, a correção natural, sem tratamento médico, ocorre até final do terceiro ano de vida. De uma maneira geral, a característica não merece preocupação quando a criança tem menos de 3 anos, é bilateral, a deformidade regride com o crescimento e existe em outros membros da família. Mas é importante ter atenção quando a deformidade é mais acentuada em uma das pernas, ocorre após os 2 ou 2 anos e meio, e continua a se intensificar ao longo dos meses. Nesses casos, são necessários avaliação radiológica e outros exames.

AGORA FALEM SOBRE O *GENU VALGUM.*

A posição em *valgum*, na qual os joelhos estão muito próximos, é notada em 74% das crianças acima dos 3 anos de idade. Elas são trazidas para o médico não só pela estética, mas porque caem com facilidade e apresentam um andar esquisito, jogando as pernas um pouco para o lado. Com isso, evitam que os joelhos se toquem. A história da evolução do *genu valgum* é o desaparecimento espontâneo aos 7-8 anos de idade.

HÁ ALGUMA CONDIÇÃO ESPECIAL QUE CAUSA ESSES DESVIOS?

O *genu varo* e o *genu valgum* são comuns no raquitismo que é uma doença por carência de vitamina D e por raras doenças metabólicas. Para evitar a enfermidade por carência da vitamina é essencial a boa alimentação e os banhos de sol pela manhã. Mas é fundamental a avaliação médica.

HÁ ALGUM PROBLEMA SE A CRIANÇA SENTA SOBRE AS PERNAS?

Essa posição deve ser evitada. Afrouxa as estruturas de sustentação dos joelhos. Na criança que têm os pés rodados para dentro, essa posição de sentar deve ser evitada com mais rigor. Também deve ser evitado que ela sente ajoelhada com as nádegas em cima dos pés.

O QUE É A ESCOLIOSE?

É curvatura sempre anormal da coluna vertebral. É suspeitada quando vemos a criança ou o adolescente de costas ou de frente. Os dois ombros normalmente devem estar na mesma altura e a escoliose faz com que um deles esteja mais baixo que o outro. O desvio é reconhecido pelos professores de educação física, de *ballet* e pelas costureiras. Os cuidadores e os próprios colegas notam o problema em algumas crianças. Todas devem ir ao médico que realiza o exame clínico e solicita radiografia da coluna. A escoliose pode ser congênita ou adquirida e, clinicamente, existem dois tipos básicos:

- **Causa desconhecida**: surge após o nascimento e corresponde a quase 80% de todos os casos. Sem motivo, algumas crianças saudáveis começam a desenvolver o desvio da coluna. É durante o intenso crescimento da adolescência que a maior parte dos portadores do desvio é diagnosticada.
- **Causa conhecida**: defeitos ósseos da coluna e da bacia, redução do comprimento de uma das pernas ou outro problema podem ser a causa do desvio. O tratamento da doença que causa a escoliose é importante.

COMO É O TRATAMENTO DA ESCOLIOSE DE CAUSA DESCONHECIDA?

Pode ser apenas com acompanhamento periódico, pois alguns desvios não progridem e podem até regredir espontaneamente. Algumas vezes, o médico indica o uso do colete ortopédico e até cirurgia nas situações mais graves. É importantíssima em todos os casos a realização regular de uma atividade física, em especial a natação, para facilitar o desenvolvimento harmonioso do tronco.

E DA ESCOLICOSE DE CAUSA CONHECIDA?

O tratamento do desvio depende do tratamento, quando possível, da doença causal.

O QUE SÃO A CIFOSE E A LORDOSE?

Apesar de serem curvaturas normais da coluna vertebral, os casos acentuados podem exigir atenção ortopédica. Quando vemos a criança ou adolescente de lado é que podemos perceber essas curvaturas. A lordose é uma curvatura com concavidade posterior e a cifose é com concavidade anterior. Os quadros mais acentuados, patológicos, são chamados de hiperlordose e hipercifose. A cifose mais importante é notada nas crianças acima dos 10 anos. Na grande maioria dos casos, decorre de um vício postural principalmente nas meninas que curvam o tronco para a frente na época do crescimento das mamas. O mesmo acontece nas crianças que ficam muito mais altas que os colegas da mesma idade.

AS MOCHILAS PARA ESCOLARES PODEM FAZER MAL?

Qualquer peso excessivo que a criança carrega pode fazer mal. Uma lei do município de São Paulo determina que o peso da mochila não deve ultrapassar de 10% do peso da criança que a carrega. As mochilas com rodinhas, por exigirem esforço de apenas um lado do corpo, podem ser prejudiciais. O consenso dos especialistas para a melhor forma de transportar carga é junto ao corpo e de forma simétrica. Assim, o ideal é que as crianças levem sua mochila, sem excesso de peso, presa por duas alças nos ombros e presas também com cinto abdominal.

UMA PERNA CURTA PODE CAUSAR PROBLEMA NA COLUNA?

Pode. Esse e outros problemas — neurológicos, musculares, defeitos congênitos — podem causar desvios da coluna. É essa a razão maior para a consulta ao ortopedista. Definir a causa para que o tratamento seja especificado.

RPG E FISIOTERAPIA AJUDAM A TRATAR ESSES PROBLEMAS?

Como citado antes, o tratamento dos problemas da coluna depende da intensidade da causa. Mas independente disso e de outros tratamentos indicados pelo ortopedista, como antes definido, as medidas posturais, a reeducação postural global (RPG), os exercícios de alongamento, a hidroginástica e outras medidas fisioterápicas específicas auxiliam na melhoria dos sintomas. O ortopedista e o fisioterapeuta que conhecem o problema são as pessoas mais indicadas para planejar quais medidas adotar para cada caso.

CRIANÇA TEM DOR NAS COSTAS?

Tem e é comum que as dores nas costas estejam relacionadas à postura, à falta de atividade física e a hábitos ruins como o uso de mochila muito pesada. Os pediatras e os ortopedistas devem intervir se a queixa de dor nas costas é muito frequente, pois ela pode significar doença.

O BRAÇO DE MINHA SOBRINHA SAI DO LUGAR. O QUE É ISSO?

Essa condição conhecida como pronação dolorosa, "mal da babá" ou "cotovelo de ama" decorre da luxação da cabeça do rádio, osso do antebraço. Ocorre em criança até 3-4 anos de idade e surge quando uma criança é puxada bruscamente pela mão ou quando tropeça e é segurada pela mão para não cair. A cabeça do rádio, no cotovelo, sai do lugar e causa a dor e a imobilização do membro que são os aspectos típicos. Uma conversa com a babá ou com quem estava com a criança, antes absolutamente sadia, pode revelar o que ocorreu. Pode acontecer uma única vez, mas há criança que apresenta episódios repetidos. O quadro é de fácil diagnóstico e o tratamento é feito com uma manobra muito simples. Nos quadros repetitivos o próprio cuidador aprende a fazer a redução.

O QUE É A SINOVITE TRANSITÓRIA DO QUADRIL?

A sinovite é inflamação da sinóvia que é a estrutura que reveste cada articulação do corpo. A sinovite transitória do quadril atinge a articulação coxofemural. A denominação transitória define que o problema é passageiro, embora essa característica de transitoriedade só pode ser firmada após a cura. Ocorre entre 1-5 anos de idade, principalmente nos meninos mais ativos que brincam mais e pulam mais. A criança que estava muito bem, sem febre, sem ter sofrido trauma, sem ter recebido vacina recentemente e sem qualquer outra anormalidade, começa subitamente a mancar. Ela sorri, brinca e anda para lá e para cá, mancando. Entretanto, algumas crianças não conseguem apoiar o pé no chão e nem andar. Esse quadro faz supor algo mais importante e essas crianças devem ter uma avaliação médica imediata para afastar situações mais graves, como uma artrite séptica do quadril. Essa última doença é uma emergência médica. Se não devidamente tratada nas primeiras horas do adoecimento, a articulação pode ser comprometida definitivamente. Na sinovite transitória, os médicos apenas encontram dificuldade de realizar alguns movimentos da articulação coxofemoral. A ausência de febre, de outros sinais e de acometimento de outras articulações são aspectos que afastam enfermidades outras. Os exames de sangue nada revelam e o ultrassom da articulação pode mostrar elementos da sinóvia doente. A resolução do problema é espontânea, habitualmente em menos de cinco dias, mas há quadros mais prolongados. Os médicos prescrevem medidas para reduzir a atividade física das crianças afetadas. Habitualmente, nem os analgésicos são indicados. Os anti-inflamatórios não devem ser prescritos. Seus malefícios

são muito grandes. O aspecto mais importante, sem dúvida, é o acompanhamento médico, pois a sinovite deve ceder em poucos dias. Se os dados clínicos persistem, é importante questionar o diagnóstico e buscar outra explicação para o problema.

A DISTENSÃO MUSCULAR OCORRE NA MENINADA?

A criança mais traquina**,** que mais pula e que mais se "aventura" pode, vez ou outra, usar excessiva ou inapropriadamente seus músculos e ossos, e sofrer consequências em função disso. Uma delas é a distensão muscular que se manifesta por dores musculares que são relatadas por aqueles que têm mais idade. Nos menores, o que se encontra é uma criança chorosa que evita fazer determinados movimentos. Os familiares, no entanto, devem estar muito alertas, pois outros diagnósticos mais importantes podem justificar a queixa (fraturas, artrites e outras doenças) e os pediatras devem sempre ser avisados se o quadro não cede em dois ou três dias.

O QUE VOCÊS ACHAM SOBRE A DOR DO CRESCIMENTO?

Alguns aspectos para reflexão:

- Todas as crianças crescem e só algumas apresentam a "dor do crescimento" o que é estranho, não?
- É tema polêmico e existem respostas diferentes de profissionais distintos o que denota falta de uniformidade sobre o assunto.
- Quando existe um cisto ósseo ou outro problema definido por uma radiografia ou outro método, o diagnóstico de dor do crescimento não deve ser pensado.
- O médico fala que certa criança tem "dor de crescimento", mas é difícil que ele dê um atestado informando isso. Ele, no máximo, diz, não atesta, que na falta de outro diagnóstico existe "dor de crescimento".
- O cuidador deve ficar com um razoável grau de desconfiança quando a criança recebe esse diagnóstico.

COMO É ESSE QUADRO?

A dor surge após o desempenho de atividades comuns. Também surge em dias de muita atividade física. Ora a queixa é numa perna, ora na outra. Em alguns momentos, a criança aponta para a perna como o ponto mais doloroso e outras vezes para a coxa. Algumas vezes, doem as articulações e outras vezes isso não é notado. Não há febre nem outros dados que indicam doença mais geral. Não há atrofia muscular pelo desuso o que seria observado se houvesse uma doença definida.

Na maioria das vezes, os médicos examinam, questionam e nada encontram. Examinam clinicamente várias vezes e nada demonstram. Fazem raio-x dos ossos das pernas e outros exames para várias enfermidades e nada encontram. Os profis-

sionais falam, por exemplo, em fibromialgia que é dor provocada pelo uso excessivo dos músculos e das outras estruturas dos membros.

O mais importante é que, quando não se firma nenhum diagnóstico, os médicos devem orientar para que os familiares observem a criança portadora de dor do crescimento, mantenham uma postura de observação, pois o diagnóstico não é definitivo. Devem recomendar que se preste atenção nos detalhes, de forma precisa, isso pode ajudar num diagnóstico certeiro no futuro.

Muitas crianças deixam, depois de algum tempo, de apresentar essa queixa. Mas, algumas vezes, o quadro continua e familiares e médicos são surpreendidos com a descoberta de uma doença que não foi definida antes.

Vale lembrar que a medicina evolui a cada dia e que será possível explicar, no futuro, muitos dos problemas inexplicados hoje.

QUAL O VALOR DA ATIVIDADE FÍSICA E DA PRÁTICA ESPORTIVA?

Os exercícios do dia a dia da meninada — correr, pular, jogar bola, subir em obstáculos, rolar, nadar, sobretudo com os pés na terra, na areia — são essenciais para o desenvolvimento das habilidades motoras, do equilíbrio, da musculatura e da ossatura. O desaparecimento da maior parte dos problemas dos membros inferiores (pés planos, *genu varo e genu valgo*) é mais rápido se a criançada tem vida ao ar livre, nas praças, na praia ou no campo.

A prática esportiva rotineira (natação, equitação, dança dentre outras) também soma para a melhoria de todos os problemas, mas, sobretudo, para os da coluna. E está associada com a prevenção de doenças, como afecções alérgicas, infecciosas e mentais, entre outras.

Além disso, a movimentação física na infância tende a se perpetuar por toda a vida, ou seja, cria o hábito e a inatividade aumenta o risco de obesidade, hipertensão, diabetes, alguns tipos de câncer e várias doenças mentais. Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a atividade física é o melhor remédio do mundo, pois é bom para todo o organismo (coração, pulmões, músculo, ossos, articulações...), ajuda tanto na prevenção, como no tratamento e recuperação das doenças, todas as pessoas podem praticar e o custo é praticamente zero.

41.2 DEPOIMENTOS

> "Usei o colete de Milwaukee por quase seis anos e tive alguns problemas após o uso. Por se tratar de um aparelho que se usa 23h por dia, a musculatura das minhas costas ficou atrofiada e cerca de quatro a cinco anos após o encerramento do tratamento, eu comecei a sentir muitas dores musculares.
>
> Comecei o tratamento aos 10 anos, mas desde os 3 anos minha mãe notava que eu tinha um lado diferente do outro. Seis anos depois, aos 9 anos de idade, o

pediatra solicitou um raio-x que confirmou a escoliose. Tenho uma perna um pouco maior que a outra e comecei o tratamento com uma palmilha. Como não deu certo, passei para o colete. Mesmo após três anos de uso, a escoliose não parava de aumentar e quase fui operada. Consegui terminar o tratamento sem precisar da cirurgia.

Mesmo tendo feito exercícios físicos (volei e natação) fiquei com a musculatura atrofiada. Só quando iniciei os exercícios seguindo o método pilates é que parei de sentir dores. Portanto, na minha opinião, a recomendação seria do pilates e não da natação. Esse método consegue trabalhar a musculatura mais diretamente."

"Estou escrevendo por acreditar que minha experiência poderá ajudá-las e a seus filhos. Quando minha filha mais velha tinha 2 anos de idade, apareceu com o dedo indicador apresentando inchaço. O médico dela, de início, achou que não era nada, pois a garota movimentava o dedo, não tinha dor, nem febre. Só que eu, apesar de não ser médica, tinha minha sabedoria de mãe e não me conformei com o diagnóstico. Levei-a a um ortopedista que tirou uma radiografia da mão e descartou qualquer problema ósseo.

Segui em frente, mas sempre com uma sensação de que existia algo mais sério por trás do inchaço. Um belo dia, ao acordar, ela falou que quando fechava a mão sentia uma dor. Corri para o pediatra que disse: 'dor não é normal, vamos pesquisar'.

Na época, o Recife não tinha nenhum pediatra com formação em reumatologia. Socorri-me, então, por uma reumatologista de adultos. Quando eu saí do consultório dessa médica, sabia que tudo o que ela dizia e propunha não fazia sentido. Voltei ao consultório do médico da garota e, através de um pediatra do Rio de Janeiro, cheguei a uma reumatologista de crianças. A Dra., logo na primeira consulta, diagnosticou que ela era portadora de artrite reumatoide juvenil.

Essa é a primeira mensagem. Quando vocês desconfiarem que algo não vai bem com seus filhos, busquem ajuda competente. No meu caso, foi Impressionante a diferença em ser recepcionada por uma especialista tranquila, esclarecedora e segura.

Bom, a vida seguiu... Há dois anos, a reumatologista, em uma consulta de rotina, notou que minha filha estava desenvolvendo uma escoliose, à época, mínima. Orientou-me a procurar um ortopedista especialista em adolescentes para acompanhá-la.

O primeiro contato com o ortopedista foi decepcionante. Ele mal falou, mas examinou a menina e disse que aquilo não era nem escoliose. Na segunda consulta, ratificou o posicionamento, fiquei 'tranquila.'

Acontece que, em pouco tempo, o desvio da coluna aumentou, como é comum ocorrer, hoje eu sei, na escoliose do crescimento. Procurei mais dois outros médicos e eles disseram que, infelizmente, não havia mais nada a ser feito, pois, a época para o uso do colete corretivo já havia passado.

Entrei em contato com um importante especialista de coluna no Brasil. Ele informou que a correção da coluna só poderia ser feita através de cirurgia. Mas, como no caso da minha filha o desvio é pequeno, a indicação é fazer muito exercício para fortalecer a musculatura das costas e aula de RPG para melhorar a postura.

Atualmente, ela vem fazendo exercícios, acompanhada de uma "personal", e tendo sessão de RPG duas vezes por semana, o que, visualmente, melhorou o seu quadro.Novamente, reforço o que disse antes. Quando vocês sentirem que algo errado está ocorrendo com seus filhos insistam com os pediatras, busquem apoio."

O texto faz parte de um projeto educacional que não substitui a consulta médica, sobretudo não substitui o seguimento pediátrico contínuo e sistematizado.

42 | DISTÚRBIOS ALIMENTARES

42.1 MEU FILHO NÃO COME: A VERDADEIRA E A FALSA FALTA DE APETITE

Carlos Gonçalves de Oliveira
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

"Meu filho não come", "Pedro não aceita o que ofereço", "até a sopa Maria quer na mamadeira", "João só come dormindo", "tenho que passear de carro para ele tomar a mamadeira", "doutor passe uma vitamina para essa criança comer! Estou desesperada", "tenho medo dele pegar uma fraqueza" são observações comuns dos pais e cuidadores e, obviamente, uma das queixas comuns no consultório do pediatra. E essa aparente observação simples, "falta de apetite", motiva, em certas situações, complexas consultas médicas.

Algumas crianças estão realmente enfermas e são portadoras da verdadeira falta de apetite. Outras não estão doentes e apresentam a falsa falta de apetite.

Nas primeiras, o pessoal da saúde deve diagnosticar a causa da falta de apetite. Óbvio é que removida a causa, a falta de apetite desaparece. Nas outras crianças, os profissionais admitem que não existe doença após avaliar criteriosamente cada paciente. E essa avaliação deve ser com extremo cuidado pois o diagnóstico de algumas enfermidades exige várias consultas, exames e acompanhamento médico por um bom tempo. O que parece na primeira avaliação uma aparente falta de apetite amanhã pode se transformar numa real falta de apetite após o diagnóstico da doença A ou B.

A separação entre as duas condições envolve análise de aspectos físicos, psíquicos, comportamentais e educacionais. Tudo isso para dizer que os cuidadores devem estar atentos e mais ainda os profissionais da saúde. E a partir de agora nossa missão é rever cada um destes aspectos.

42.1.1 A VERDADEIRA FALTA DE APETITE

É condição comum na vida das crianças e dos adolescentes.

É REALMENTE UM ASSUNTO QUE PREOCUPA! COMO NÃO FICAR NERVOSA SE A CRIANÇA NÃO COME BEM?

A ingesta insuficiente de alimentos é uma das manifestações de muitas enfermidades da criança e do adolescente. Problemas da saúde física em vários

órgãos e problemas da saúde psíquica, ambos de curso agudo ou crônico, são causas da verdadeira falta de apetite. E cabe aos profissionais da saúde, principalmente aos pediatras, usando as ferramentas usuais, definir se a criança ou o adolescente está doente e que a falta de apetite é real. Bom apetite é indicador de saúde. Mas comer pouco não é forçosamente indicador de doença. Isso precisa ser bem entendido.

QUAIS DOENÇAS CAUSAM A VERDADEIRA FALTA DE APETITE?

Poucos distúrbios da saúde provocam aumento do apetite. Um dos exemplos típicos é a doença de Cushing, provocada por excesso de hormônios. Outro é o uso abusivo de hormônios do grupo dos corticoides. Bulimia é o exemplo maior de dificuldade, na esfera psíquica, que causa a ingesta excessiva de alimentos.

A maior parte dos problemas que atinge o corpo humano produz a verdadeira falta de apetite. Infecções respiratórias (resfriado, gripe, sinusite, amigdalite, tuberculose, pneumonia e outras), digestivas (entre elas as parasitoses), urinárias e dos ossos e articulações, por exemplo, intolerâncias e alergias alimentares, problemas de ordem genética, defeitos congênitos, doenças endócrinas e metabólicas, neoplasias de diferentes tipos como as leucemias e muitas outras enfermidades são causas da dificuldade. E basta pensar na anorexia nervosa para ter um exemplo clássico de doença psíquica que é causa do que estamos estudando.

AO RESOLVER O PROBLEMA, TAMBÉM SE RESOLVE A FALTA DE APETITE!

Perfeito. Basta, por exemplo, diagnosticar e tratar a tuberculose que causa notória e real falta de apetite que o paciente volta a ter ingesta alimentar normal.

42.1.2 A FALSA FALTA DE APETITE

É assunto mais complexo que o anterior. Na grande maioria das vezes, é difícil convencer o cuidador ou cuidadores que o "paciente" não é paciente. Que a criança que eles rotulam de "anormal" é normal. Que, com frequência, eles, os cuidadores, é que precisam ser cuidados e que precisam mudar o comportamento quando estão alimentando certas crianças. Que precisam aceitar as características daquele "enfermo" rotulado equivocadamente como anorético. Isso não é fácil. Às vezes é muito difícil.

A FALSA FALTA DE APETITE É FREQUENTE?

É. E para tornar todo este cenário mais real, reproduzimos o texto escrito por Ana Tereza Bojanic, há cerca de 30 anos, que vivenciou a situação e que bem ilustra o tema.

A plantinha que tomava leite

Era uma vez uma plantinha que morava numa sala, num cantinho, perto da cabeceira da mesa onde a família fazia as refeições. Se fosse só isso, ela não teria nada de diferente das muitas outras existentes por aí. Mas essa, não: era muito maior, muito mais viçosa e muito mais bonita do que as da sua espécie.

Toda essa exuberância tinha um segredo. Durante longo tempo, além da sua cota diária de água, ela tomou um copo de Toddy quente pela manhã e outro, à noite. Isso acontecia porque a menina que se sentava na cabeceira da mesa, pertinho da planta, detestava leite.

Sua mãe sabia disso, pois contava sempre que desde a primeira vez, aos 9 meses de idade, quando experimentou o leite de vaca, a menininha sentiu náuseas e recusou a mamadeira. Enquanto ela foi bebê, o leite foi disfarçado em forma de mingaus, papas, sopinhas de pão etc. e, de uma forma ou de outra, esse alimento foi sendo empurrado. Quando ficou maior, começaram os problemas.

Explicou-se à menininha como o leite fazia bem, era bom, e como era necessário para o crescimento e desenvolvimento, como ela teria lindos dentes, unhas fortes, cabelos brilhantes e compridos. Nada adiantava. O leite continuava sendo horroroso. O paladar da menina não mudava e cada copo era engolido com muito protesto. A mãe, convicta da necessidade mínima de dois copos diários e tendo esgotado os argumentos e também a paciência, passou a obrigá-la a tomar o tal leite.

Então, toda manhã e toda noite, preparava-se um copo de Toddy que era colocado na frente da menina que se sentava à cabeceira da mesa pertinho da planta. Enquanto ela não tomasse todo o copo, não poderia sair para brincar. A menina começou a inventar truques para engolir o leite: tomava bem depressa, sem respirar, tapava o nariz e tomava goles grandes e corria para escovar os dentes. Mas, mesmo assim, o leite era, para ela, insuportável.

Até que um dia, sentada à mesa, tendo diante de si aquele enorme e horroroso copo, a menina, de repente, encontrou a solução para seu problema: esperou que todos se levantassem da mesa e rapidamente despejou aquela coisa no vaso da plantinha. Dessa forma, a plantinha passou a tomar seus dois copos diários de Toddy e a menina livrou-se do seu martírio.

Esta menina cresceu sem problemas de raquitismo, anemia, sempre teve o cabelo comprido, dentes em ordem, e tudo graças ao leite que a plantinha tomou por ela.

O QUE TORNA A FALSA FALTA DE APETITE COMUM?

Os familiares:

- Sabem que o apetite é um indicador de saúde. Não valorizam apropriadamente a variação normal da ingestão alimentar entre diferentes crianças. Analisam equivocadamente as preferências alimentares e o apetite da criança. Disparam, em função destes falsos julgamentos, uma série de preocupações habitualmente despropositadas. Têm noções errôneas sobre a diversidade física, fisiológica e comportamental entre os normais. Comparam seu filho com as outras crianças ou com o que as outras mães relatam. Cometem absurdos como os citados na introdução deste texto que são situações absolutamente reais.
- Projetam para cada filho um modelo físico ideal que com frequência é inalcançável. Pensam assim "para meu filho ser alto e forte, é preciso que ele coma muito". E aí começa a pressão.
- Tentam repetir o modelo aplicado quando eram crianças. "A minha mãe fez assim e deu certo". Não percebem que o apetite não segue uma linha reta. Que há flutuações para mais e para menos justificáveis por muitas razões.
- São ansiosos, apressados, imediatistas. Trabalham muito. Estão sempre cansados. Têm pouco tempo para brincar e alimentar sua turminha.
- Não percebem que seus filhos mudam de um dia para outro e mudam no longo prazo. Que num período comem mais e noutro comem menos.
- Não percebem que as crianças têm que ser cuidadas e alimentadas com método, com certa energia e controle, mas sem ansiedade, sem pressa, sem horários extremamente rígidos, sem comparações absurdas.

SE A CRIANÇA NÃO COME BEM, COMO PODERÁ SER UM ADULTO SADIO?

Comer bem sobretudo ingerir alimentos de boa qualidade e não comer muito alimentos de qualidade duvidosa é um dos pilares da boa saúde. Do crescimento ideal. Do não adoecimento como da não ocorrência da anemia e de outros problemas. Como também são pilares da boa saúde a vacinação adequada, a prática esportiva, a luta contra o sedentarismo, a estimulação sensorial correta e a atenção adequada aos problemas de saúde. Isso tudo favorece o alcance máximo do potencial de crescimento definido pelo patrimônio genético de cada um. Assim, a transformação da criança em adulto sadio depende de muitos fatores e não apenas da boa alimentação.

A FALSA FALTA DE APETITE TEM RELAÇÃO COM A CONDIÇÃO ECONÔMICA?

Provavelmente sim. Não foi possível obter dados sobre a frequência do problema num consultório do SUS e num consultório privado. O que se observa nas casas onde não há abundância de alimentos, onde a regra é "coma o que está na mesa

ou passe fome" deve ser muito distinta do que ocorre nas casas onde há excesso de oferta. Na primeira casa há pouca gente para pressionar, para observar, para cobrar "coma mais". Na segunda há mais controle, mais cobrança, mais ansiedade cercando a alimentação. Na primeira há menos cuidadores, usualmente apenas a mãe, do que na segunda onde além da mãe há a cuidadora não familiar (a babá) e a tia e a avó. Parece que na segunda a alimentação da criança é sempre um espetáculo onde entra até o "lá vem o aviãozinho" e "coma que você ganha um presente". Na primeira não há presentes.

ALIMENTAR UMA CRIANÇA É MUITO CHATO! NÃO É?

Alimentar certas crianças, não todas, é tarefa difícil. Para que tudo ande bem são necessários, tolerância, energia e método. Os fatores que citamos antes, responsáveis pela queixa de falsa falta de apetite, são de ordem emocional e comportamental. Mas carinho, coerência, paciência e a orientação de um profissional competente resolvem a maior parte das dificuldades. Esse conjunto é complexo e provavelmente mais difícil de ser controlado e resolvido do que a maior parte das verdadeiras faltas de apetite, nas quais basta diagnosticar e tratar a doença que tudo volta ao normal.

FAZ MAL UMA "PRESSÃOZINHA" PARA QUE ELAS COMAM MAIS?

Aí está o x do problema. O que é cuidado normal, aceitável e útil? O que é uma boa pressão? E o que é excesso, agressão, desrespeito? É aceitável que os familiares tenham um comportamento alimentar sadio, com espaço, vez ou outra, para um refrigerante ou um alimento do *fast-food*. Assim, é ideal que haja um bom controle sobre o que é desejável e o que não é na dieta da família. Falar para que a criança não tome refrigerante quando o pai só almoça com uma bela garrafa do "dito cujo" é perda de tempo.

E O CONFLITO QUALIDADE X QUANTIDADE DOS ALIMENTOS?

O pessoal da saúde gostaria que os pais falassem "meu filho não come bem" e nunca "meu filho não come". Eles relatam predominantemente a quantidade da alimentação ingerida. E esquecem da qualidade. Prestem atenção:

- No ensinamento do certo pelo exemplo. Consumam e ofertem à turminha leite e derivados, frutas, verduras, grãos, carnes e vísceras, tudo preparado e apresentado de uma forma que a gurizada aceite. O ensinamento do erro também pelo exemplo. Da rejeição da alimentação em excesso, com refrigerantes, bolos, doces, guloseimas e alimentos com muito sal e açúcar.
- A importância da qualidade afetiva durante a alimentação onde a pressão, a pressa, a ansiedade sejam substituídas pelo carinho, reconhecimento da individualidade e tolerância das diferenças.

- O mau exemplo da despensa e do refrigerador abarrotados de refrigerantes, tortas e bolos que são consumidos prazerosamente pelos adultos.

CONHEÇO UM GORDINHO QUE A MÃE DIZ QUE ELE NÃO COME!

Esse paradoxo existe e é comum. Cuidadores familiares e não familiares relatarem, algumas vezes, que a criança gorda, com excesso de peso e até obesidade, não come. Infelizmente é assim mesmo. Elas não são capazes de dizer "ele não come bem". A investigação mesmo superficial mostra que o gordinho que não come vive às custas de guloseimas, doces, picolés, bolos. Não aceita verduras nem frutas. O avô, todo dia, leva balas e bombons para ele. Todo dia.

NO COLÉGIO, ELES COMEM VERDURAS.

Isso mostra a importância do ambiente emocional que cerca a alimentação e é um dos mais notáveis exemplos da falsa falta de apetite. Na escola, num esquema mais livre, menos opressivo até por existirem mais crianças a cuidar e também por verem os exemplos dos coleguinhas, a criançada come o que não tolera na casa. Aceitam frutas, verduras e tudo o que se lhes oferecem.

E OS QUE NÃO ACEITAM FRUTAS E VERDURAS EM NENHUM AMBIENTE?

Voltamos a bater na tecla do individualismo. Há adultos que não ingerem verduras, legumes e frutas. As preferências alimentares são um dos múltiplos aspectos do comportamento humano. Educar as crianças, desde muito cedo para que criem hábitos alimentares sadios, funciona e é uma tarefa dos familiares. Nunca forçar é a solução. Os adultos devem comer frutas e verduras e fazer "propaganda" inteligente desses alimentos que devem ser ofertados continuadamente na forma que as crianças aceitarem. Sopas bem homogeneizadas e ricas em legumes e verduras são uma opção. E gradativamente fragmentos maiores dos alimentos são deixados na sopa para que sejam identificados e ingeridos. Nunca tentar enganar ou omitir a existência desses alimentos nas sopas. Tentar que os que não comem esses alimentos assistam a outras crianças comendo-os. Dar um tempo para ver se a rejeição desaparece. Nunca deixar as crianças com fome para obrigá-las a ingerir o que nós adultos achamos que é o melhor para elas. Provavelmente, mais revolta será gerada por essa conduta. Permitir que elas participem da montagem das suas refeições, desde que a escolha seja de alimentos saudáveis.

CERTAS MÃES NÃO MANDAM LANCHE PARA FORÇAR OS FILHOS A ACEITAREM O LANCHE DA ESCOLA. ELES NÃO ACEITAM E FICAM COM FOME. É CERTO?

Não acreditamos que vocês devam seguir esse exemplo. É radical e a vida não é assim. Essa conduta traumática pode funcionar "bem" e deixar um mínimo de trau-

mas, mas pode funcionar mal e dificultar mais ainda a relação da criança com os alimentos. E mais uma preocupação é que as mães que assim agem, mais tarde vão invadir outras áreas e até querer escolher as namoradas deles. Acreditamos que é melhor agir de forma mais sutil, deixar que seu filho tenha liberdade, desde que escolha alimentos saudáveis, e esperar.

QUAIS OS MALEFÍCIOS DE PRESSIONAR AS CRIANÇAS PARA COMER?

Podem ser muito importantes, mas difíceis de serem percebidos de imediato. Às vezes, são notados apenas aos 12 anos na mocinha que é pressionada para comer desde que nasceu. Podem ser danos na área afetiva, psíquica, e não no corpo físico, mais difíceis de aquilatar. Os familiares que pressionam as crianças para comer certamente cometem desrespeitos em outras áreas do comportamento. Provavelmente, exercem pressões indevidas sobre o asseio, a escolha dos brinquedos, dos amigos, do vestuário, do colégio. Essas ações desrespeitosas e desnecessárias, de início, minam a relação pais/ filhos. Podem surgir conflitos significantes em várias áreas do relacionamento com consequências imprevisíveis. Pressão excessiva, compulsiva, neurótica para que a criança ingira mais alimentos e desrespeitos de outra ordem podem transformar uma falsa falta de apetite numa verdadeira falta de apetite. Transforma uma criança sadia numa doente.

E O PAPEL DO MÉDICO? E SE EXISTIR DOENÇA?

Os pediatras exploram tudo quando os familiares informam falta de apetite. Se as crianças brincam, correm, são criativas, não adoecem e estão entre as mais espertas da turma, se o exame físico é perfeito, se as curvas de peso e de altura estão normais e se os exames solicitados nada revelam, deve ser falsa falta de apetite. Mas se os pediatras evidenciam uma doença que justifica, deve ser a verdadeira falta de apetite. E quando se evidencia um problema médico real, infecção urinária, parasitose, aumento das adenoides, asma e outros, o tratamento, próprio para cada doença, normaliza o apetite e os outros aspectos.

É IMPORTANTE IR AO MÉDICO?

É essencial consultar os profissionais da saúde toda a vez em que os familiares notarem algo na criança que preocupa. Mas é mais importante ainda ir rotineiramente ao posto de saúde, ou em outro local onde a criança e o adolescente são cuidados, para acompanhar os gráficos de crescimento. Os médicos e os outros profissionais é que podem dizer se a falta de apetite é falsa ou verdadeira. Adotar medidas geradas no âmbito da família ou com os vizinhos (dar vitaminas, estimulantes do apetite e remédios de vermes) pode ser prejudicial.

COMO PROCEDEMOS A PARTIR DE AGORA?

Continuem a dar importância à alimentação de todos da familiares. Mas respeitem a peculiaridade do esposo, dos filhos e da babá. Aí vão alguns conselhos práticos:

- A hora da alimentação deve ser gratificante, um encontro feliz e não uma briguinha, com conflitos, pressões e agressões. A alimentação não é hora para comércio: "coma que te dou um presente". Isso é um erro grotesco.
- A meninada deve sentir que a fome é desagradável e que a alimentação é agradável. Não se recomenda deixar a criançada livre para comer o que quiser, na hora que quiser. É necessário que seja montado um modelo adequado de alimentação e de vivências afetivas em torno da mesa, para que o crescimento físico e o emocional se construam solidamente.
- Os familiares devem participar do modelo adotado. Paciência, persistência, certa energia e certo controle são necessários para que o programa traçado seja obedecido e aceito.

TODOS ENTENDEM A MENSAGEM DE VOCÊS?

Já foi referido que a consulta pediátrica, quando a mãe e os outros familiares vão para discutir a falta de apetite numa criança absolutamente normal, não é simples. Diferentes pediatras podem adotar diferentes estratégias num cenário parecido para convencer os queixosos que a criança é normal. É evidente que cenários distintos exigem posturas desiguais. Os familiares muito ansiosos devem ser abordados de forma distinta dos menos ansiosos. Mas o pediatra deve, primeiro, definir que a criança é normal ou portadora de algum problema. Para os últimos, já referimos, o tratamento da falta de apetite é o tratamento da causa. Para os primeiros a conduta clássica é orientar, dialogar, mostrar as evidências da normalidade do paciente, ouvir, falar, falar de novo. Esse trabalho pode durar umas boas dezenas de minutos que parecem não convencer alguns familiares. Há alguns pediatras que adotam o que poderíamos chamar de tratamento de choque. Esses profissionais, quando têm absoluta certeza de que o paciente é normal e que os familiares é que têm que mudar de atitude, falam: "coma pouco, José. Comer muito faz mal. Mas coma um pouquinho de vários alimentos. Um pouquinho de leite, um pouquinho de frutas e verduras, um pouquinho de carne, um pouquinho de feijão e de arroz. E comam bem pouquinho de doces, sorvetes e salgadinhos". Alguns familiares podem entender essa mensagem direta e franca, que também é direta e franca para a criança, do que muita explicação teórica sobre apetite, alimentação e tudo o mais.

QUANDO VALORIZAMOS A FALTA DE APETITE?

Alteração súbita é importante na aceitação alimentar pode ser sinal de doença. Discutam o assunto com o pediatra. Aconselhamos que todos deixem os filhos livres

para escolher quantidade e distribuição dos alimentos dentre os de boa qualidade oferecidos na casa. Atenção: boa qualidade e variedade como está dito em todos os textos sobre o assunto. O apetite é uma das mais precoces manifestações do individualismo dos filhos. Respeitar o apetite é preservar a integridade do psiquismo. Procedam desse modo desde a mais tenra idade dos filhos e estarão plantando sementes do diálogo, da compreensão, do amor.

QUANDO DAR VITAMINAS OU OUTROS REMÉDIOS?

A alimentação sadia, rica, variada contém as vitaminas necessárias. A solução para a falta de apetite não está na farmácia. Está na sua casa. Vitaminas e qualquer outro remédio como os suplementos proteicos devem ser indicados para casos especiais: criança que sofreu grave enfermidade, foi operada e passou longo período sem se nutrir adequadamente, paciente que teve diarreia grave e prolongada, adolescente com quadro depressivo. Outro prejuízo, provavelmente o maior, é desviar o foco da real causa do problema.

OS ESTIMULANTES DO APETITE SÃO INDICADOS?

Não existe remédio para resolver a falsa falta de apetite. Os produtos que as indústrias apresentam para aumentar o apetite têm efeitos colaterais significativos. O uso desses remédios também desvia a atenção de como deve ser a abordagem do problema e da necessidade da correção da visão distorcida que muitos temos de saúde, do apetite e da alimentação. Se a criança está doente, não come, tem cólicas, diarreia e vômitos causados por vermes, a resposta é muito simples. Trate o verme e o apetite volta.

E AQUELES REMÉDIOS ANTIGOS?

Há remédios que fazem parte da medicina caseira que nossos pais empregaram em vários de nós. O mais importante, sempre, é o comportamento dos que cuidam da nutrição da meninada. Nunca devem atuar coercitivamente, pressionando excessivamente, agressivamente para que as crianças comam mais. E muito cuidado com a automedicação. Alguns produtos ditos seguros, mesmo que usados pelos seus pais ou avós, podem conter drogas perigosas.

QUANDO IR AO PSICÓLOGO OU À NUTRICIONISTA?

Eles fazem parte do time de profissionais que atuam em casos especiais. São importantes quando é identificado um comportamento excessivamente distorcido em relação à alimentação e a outros setores da relação familiares-criança. A consulta com os dois especialistas deve sempre fazer parte de um programa geral com participação do pediatra e dos outros membros do time assistencial.

É importante que vocês o revisem nas reuniões entre pais e mestres nos colégios, em outros textos, na internet e sobretudo com os médicos assistentes que são sempre os melhores conselheiros a ouvirem.

42.2 EXCESSO DE PESO E OBESIDADE

João Guilherme Bezerra Alves
Ney Cavalcanti de Albuquerque
Otelo Schwambach Ferreira

Certamente é um dos assuntos mais importantes para os que tentam ajudar os familiares e os pacientes a ter mais saúde.

O QUE É SOBREPESO E O QUE É OBESIDADE?

O sobrepeso ou excesso de peso é o acúmulo excessivo de gordura e aumento anormal do peso. O diagnóstico é baseado no cálculo do índice de massa corpórea (IMC) que é peso (Kg) dividido pela estatura (cm) ao quadrado. O excesso de peso é um desvio menos intenso (IMC>25 Kg/ m^2).

A obesidade é o desvio maior com (IMC>30Kg/m^2). O excesso de peso e a obesidade são problemas de evolução crônica, de diagnóstico relativamente simples, mas, de solução complexa, difícil e frequentemente desapontadora.

QUAL A FREQUÊNCIA DOS DOIS PROBLEMAS NO BRASIL?

Os dados recentes são assustadores. O IBGE vem mostrando nas últimas décadas um "aumento explosivo" do sobrepeso e da obesidade na população. Dados de 2020, indicaram que 61,7% da população brasileira apresentava excesso de peso e 26,8% estava obesa. Esses números são praticamente o dobro do observado no ano de 2003 pelo próprio IBGE.

A obesidade aumenta com a idade. Entre mais de 4 milhões de adolescentes acompanhados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no ano de 2022, segundo o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde, quase 1,4 milhão foram diagnosticados com sobrepeso, obesidade ou obesidade grave (IMC>35 Kg/ m^2). Em crianças, dados do Ministério da Saúde indicam a ocorrência de 12,2% de obesidade.

O PESO NA CRIANÇA TEM RELAÇÃO COM O PESO DO ADULTO?

O risco de obesidade nos adolescentes e nos adultos é maior se o problema foi detectado nas crianças. Cerca de 15% das crianças de 2 a 5 anos de idade que apre-

sentam obesidade serão obesas por toda a vida. Das crianças obesas até os 10 anos de idade, 80% permanecerão com o problema pela vida afora. Existe nítida relação entre obesidade nas crianças e nos adolescentes e entre obesidade no adulto. Além disso, alguns estudos apontam que o tratamento de um adulto obeso é muito mais difícil quando esse indivíduo é obeso desde a infância. A hipótese é de que as células de gordura, chamadas de adipócitos, sejam em maior número nas pessoas obesas desde a infância.

COMO VOCÊS DIAGNOSTICAM EXCESSO DE PESO NOS BEBÊS?

Há fases da vida da criança em que a gordura corporal é mais abundante. Isso pode levar a uma falsa impressão de excesso de peso. Nos primeiros dois anos de vida, as crianças dos dois sexos são redondinhas, rechonchudinhas. Depois, isso muda e elas perdem essa característica. A pediatria chama isso de repleção (há acúmulo de gordura) e de estirão (há menos gordura). Meninos e meninas possuem diferentes quantidades de gordura corporal. Meninos têm que ser comparados com meninos e meninas com meninas. Por esta razão, toda criança precisa ser acompanhada através dos gráficos de crescimento para ver se estão progredindo de forma adequada, tanto em peso como na estatura. Esses gráficos são muito importantes no acompanhamento médico das crianças e hoje, estão presentes na *Caderneta de Saúde da Criança* do SUS. Devem ser preenchidos obrigatoriamente pelos médicos ou outros profissionais de saúde, ou mesmo pelos pais, nos momentos das consultas. Dessa forma, os desvios do crescimento, tanto para mais (sobrepeso, obesidade) como para menos (subnutrição), podem ser reconhecidos precocemente.

SEJAM MAIS PRECISOS! COMO É O DIAGNÓSTICO DO SOBREPESO E DA OBESIDADE?

O diagnóstico exige a comparação do paciente com:

- A história prévia do seu peso no gráfico de crescimento — quando o pediatra sabe que o peso da criança estava na posição 50 do gráfico e subiu para a 75 e depois para a 90, ele pode afirmar que está ocorrendo ganho excessivo de peso.

- Os indicadores normais de peso e estatura para as crianças ou adolescentes normais da mesma idade e sexo — existe excesso quando o peso é: a) maior do que o peso de 97% das crianças b) 20% maior que o peso norma; c) posição acima de 85 no gráfico do Índice de Massa Corporal (IMC). Até 85 é normal; de 85 a 95 representa sobrepeso, acima de 95 representa obesidade.

EXISTE OUTRO MEIO PARA VER SE O IMC DE MEU FILHO ESTÁ NORMAL?

Atualmente, na internet, há diversas calculadoras do IMC que permitem verificar se o IMC é normal. Basta colocar o sexo, a idade, o peso e a altura. Assim, o IMC é calculado e interpretado. Essas calculadoras você encontra em qualquer site de busca, utilizando os seguintes descritores: "calculadora de IMC".

QUAL OU QUAIS AS CAUSAS DESSES PROBLEMAS?

Os estudos e interpretações se baseiam na genética, ingestão maior que o gasto de calorias, fatores ambientais, comportamentais e sedentarismo.

O EXEMPLO DE AMIGOS TAMBÉM GERA OBESIDADE?

O risco de desenvolver obesidade aumenta se existe um amigo obeso. A existência de um irmão ou cônjuge obeso também aumenta a chance de ter o problema. Isso demonstra a importância do convívio social, provavelmente da aceitação do peso excessivo como padrão recomendável.

REMÉDIOS PODEM PROVOCAR AUMENTO DE PESO?

Os corticoides para asma e para outras doenças, os antialérgicos e alguns remédios para os problemas comportamentais são causa de ganho excessivo de peso. E ainda existe a obesidade que faz parte do quadro de algumas doenças muito especiais. É sempre importante que o médico avalie essas situações quando examina a criança obesa. Mas essas situações não são as habituais. O comum é o desequilíbrio entre o que a criança come, tanto em qualidade como em quantidade, e o que gasta, seja através do padrão de atividade física ou de um comportamento sedentário.

SERÁ QUE PODERÍAMOS SABER MAIS SOBRE A ALIMENTAÇÃO?

No mundo todo, a alimentação oferecida à meninada que apresente excesso de peso e obesidade é caracterizada por baixa ingestão de frutas e vegetais, elevada ingestão de doces e de alimentos com alta quantidade de calorias, consumo de sucos e de outras bebidas adoçadas que são as principais fontes de líquidos. Estudo em escolas mostra que 80% consomem diariamente alimentos com alto conteúdo de gorduras, 40% consomem mais de dois pães ao dia, 25% consomem *fast-food*, como hambúrguer, batata frita e outros "salgadinhos" e refrigerantes pelo menos duas vezes ao mês.

E O SEDENTARISMO?

Vejam alguns dados interessantes:

Tempo de tela e IMC
Menos de uma hora/dia IMC=15,7
Mais de uma hora/dia IMC=16,5

Prática de esportes e IMC
Sim, IMC=15,8
N**ão**, IMC = 16,2

O sedentarismo e a ausência da prática esportiva favorecem o ganho excessivo de peso. Existem dados sólidos provando que as pessoas que estão com excesso de peso, mas que fazem atividade física regularmente e que comem frutas, verduras e cereais integrais, possuem o mesmo risco de morte por doenças cardiovasculares que indivíduos magros saudáveis. O risco de problemas com hipertensão arterial e aumento do colesterol pode ser mais alto em indivíduos magros, mas sedentários, sem hábitos saudáveis, do que em pessoas com sobrepeso, mas ativas. Assim, a importância da atividade física regular e da prática esportiva deve sempre ser enfatizada.

IMPRESSIONANTE O PROBLEMA DAS TELAS.

As crianças que passam muito tempo em frente às telas, brincam pouco, correm pouco, descobrem pouco, inventam pouco. Vejam os números de um estudo que relaciona tempo de tela e excesso de peso: menos de uma hora/dia de tela = 17 % de excesso de peso; uma a duas horas/dia = 28 %; três a quatro horas/dia = 30 %; cinco horas ou mais/dia = 25 %.

A PROPAGANDA DE ALIMENTOS PARA CRIANÇAS INFLUI?

A sedutora propaganda de alimentos muda os hábitos alimentares da criançada gerando obesidade, cáries, hipertensão arterial, gastrite, esofagite e vários outros problemas. Mais de 50% da publicidade voltada para as crianças é de alimentos e mais de 80% deles têm alto teor de açúcar, gorduras e sódio. Divulgamos para vocês o que a Anvisa reconhece como 'Alimentos Não Saudáveis': os que têm em sua composição: açúcar — 15 g ou mais por 100 g ou 7,5 g por 100 ml; gordura total — 20 g ou mais por 100 g; gordura saturada — 5 g ou mais por 100 g ou 2,5 g por 100 ml; gordura trans — 0,6 g ou mais por 100 g ou 100 ml; sódio – 400 mg ou mais por 100 g ou 100 ml.

QUAL A INFLUÊNCIA DOS FATORES GENÉTICOS?

Pesquisas com gêmeos mostram que 40 a 70% da gordura corporal sofre a influência da genética. Se um gêmeo idêntico tem obesidade, a chance de o outro apresentar o problema é de 70 a 90%. Nós não idênticos, essa chance é de 35 a 45%. A genética explica o fato de uns indivíduos não acumularem peso apesar de comerem feito "impigem" e de outros terem enorme facilidade para engordar. A

influência dos fatores não genéticos — alimentação, exercício, sedentarismo, hábitos de vida — é tão forte que é sempre muito difícil estudar o assunto. O pai obeso, ou a mãe obesa, normalmente têm hábitos alimentares e de vida errôneos que tendem a ser copiados pelo filho, aspectos que dificultam a explicação genética da obesidade. Entretanto, os estudos mais recentes apontam que as circunstâncias ambientais que cercam a criança oferecem maiores riscos para o desenvolvimento da obesidade do que os fatores genéticos. Isso explica o crescimento vertiginoso dos índices de obesidade nos últimos anos que não justificáveis pelos fatores genéticos. Ou seja, pouco provável que tenham ocorrido alterações na genética do ser humano enquanto a as alterações ambientais (sedentarismo e alimentação inapropriada) mudaram radicalmente.

E DE OUTROS FATORES?

É conhecido que a obesidade em certa pessoa seja diferente da que ocorre em outra. Ultimamente, só para dar um exemplo, tem sido estudado o papel de um hormônio intestinal, a leptina, na gênese do ganho excessivo de peso. Devemos nos ater aos aspectos práticos do problema. É difícil numa proposta de trabalho como a nossa ir muito além do que discutimos sobre os fatores que causam a obesidade.

OCORRE A OBESIDADE NA CRIANÇA POBRE?

Ocorre e isso pode parecer um paradoxo. A explicação é a ingestão excessiva de alimentação rica em açúcares, carboidratos, de preço mais accessível, e carente em proteínas. Legumes, verduras e frutas são mais caros. Então, o problema é da qualidade e não da quantidade da alimentação ingerida. Hipócrates, considerado o pai da medicina, já dizia: “nós somos aquilo que comemos”. Para piorar, aqui no Brasil, diferentemente do que deveria ocorrer, o imposto é o mesmo, seja para o alimento saudável ou para a comida não saudável. Os impostos deveriam ser mais baixos nos alimentos saudáveis para torná-los mais acessíveis às pessoas de baixa renda. Isso ajudaria muito para deixar os brasileiros mais saudáveis, em especial aqueles que mais precisam, os mais pobres.

A OBESIDADE NA CRIANÇA CAUSA HIPERTENSÃO?

Crianças obesas têm risco três vezes maior de desenvolver hipertensão arterial do que os não obesos. Vejam os números de um estudo:

IMC = 25 — Risco de hipertensão = 5 %
IMC = 75 — Risco de hipertensão = 12 %
IMC = 90 — Risco de hipertensão = 22 %
IMC = 95 — Risco de hipertensão = 35 %

O SOBREPESO E A OBESIDADE PRODUZEM DIABETES?

Prestem atenção aos números:

Crianças normais — Glicose no sangue = 78,8 mg/100 ml
Crianças com sobrepeso — Glicose no sangue = 83,4 mg/100ml
Crianças Obesas — Glicose no sangue = 87,6 mg/100 ml

Isso está relacionado com a quantidade de insulina, hormônio que controla o açúcar no sangue. As obesas produzem maior quantidade de insulina do que as que têm sobrepeso. Essa já produz mais que a normal. É um aspecto da desarrumação metabólica do problema. Além disso, as células de gordura (adipócitos) atrapalham o funcionamento da insulina.

EXISTE REALMENTE MAIS DIABETES?

Quanto maior o peso, maior a quantidade de açúcar no sangue. Isso é clara evidência de aumento da chance de diabetes nos gordos. Uma pesquisa mostrou que a ocorrência do diabetes tipo II, a chamada "diabetes do adulto", de zero aos 19 anos de idade, aumentou muito nas últimas décadas e que 85 % desses diabéticos eram obesos. Não há dúvida dessa relação. Está também demonstrado que o ganho anormal de peso ocasiona a síndrome metabólica, caracterizada pelo aumento da gordura abdominal, elevação da pressão arterial, resistência à insulina com menor tolerância à glicose e dislipidemia (aumento do colesterol e dos triglicerídeos). A síndrome metabólica é um importante fator de risco para doença cardiovascular (angina, infarto, acidente vascular cerebral, insuficiência renal, etc.). Prevenir e tratar a obesidade é prevenir e tratar o diabetes tipo II.

EXCESSO DE PESO AUMENTA O RISCO DE DOENÇA CARDÍACA?

Nos Estados Unidos, foi demonstrado que dos 5 aos 17 anos, o excesso de peso (IMC acima da posição 85 no gráfico) favorece o aparecimento de níveis altos do colesterol total, do LDL (colesterol ruim) e dos triglicerídeos, além de contribuir para baixar o HDL (colesterol bom) e propiciar maior risco para hipertensão (arterial e pulmonar), doença cardiovascular e apneia do sono. A chance do indivíduo morrer mais cedo aumenta. A Academia Americana de Cardiologia enfatiza que a obesidade é, atualmente, o mais importante fator de risco para doença cardiovascular, principal causa de morte no mundo.

OS PULMÕES SOFREM COM O EXCESSO DE PESO?

A dificuldade para respirar à noite, que pode produzir a apneia do sono, com todas as suas consequências — falência cardíaca, aumento da pressão da artéria pulmonar, sonolência diurna, dificuldade escolar e muitos outros sintomas — é

mais frequente nas crianças e adolescentes obesos. Neles, a respiração noturna deve ser fiscalizada. A asma e a pneumonia tendem a ser mais frequentes e de mais difícil controle nos obesos.

OS PROBLEMAS ORTOPÉDICOS SÃO MAIS FREQUENTES NOS OBESOS?

Cerca de 60% das crianças que têm arqueamento das pernas são obesas. Aproximadamente, 70% dos portadores de problema na cartilagem do quadril, são obesos. Por outro lado, as dificuldades ortopédicas reduzem a atividade física e promovem ganho de peso adicional.

E OS PROBLEMAS GASTROINTESTINAIS?

A doença hepática gordurosa não alcoólica é consequência da obesidade e pode causar alterações químicas, ultrassonográficas e até fibrose hepática. As alterações são parecidas com a doença causada pelo álcool. É encontrada em até 60-70% dos adultos obesos e neles é uma das causas comuns de cirrose. Nas crianças, o tema é pouco conhecido. Há dados indicando que 25% dos adolescentes obesos exibem elementos que indicam sofrimento hepático e que aproximadamente 16% das crianças com o problema têm alterações das enzimas que indicam lesão hepática e alterações na biópsia do órgão. Os cálculos da vesicular biliar são observados três vezes mais nos obesos.

OS RINS DOS OBESOS TAMBÉM SOFREM?

Perda de proteínas e alterações da biópsia que indicam lesão renal foram demonstradas nos últimos tempos em algumas crianças obesas.

EXISTE MAIS CÂNCER NOS OBESOS?

Há indícios fortes de relação entre excesso de gordura, obesidade e risco aumentado de câncer. Recentemente, em adultos obesos — IMC maior que 40 — houve 60% mais mortes por todos os tipos de cânceres, tanto nos homens quanto nas mulheres, em comparação com os adultos normais. Pessoas dos dois sexos com alto índice de massa corporal aos 20 anos de idade têm 27% a mais de risco de apresentar câncer colorretal. Recentemente, foi visto que a obesidade nas garotas favorece o surgimento de câncer mamário na vida adulta.

O EMOCIONAL DOS OBESOS É MUITO AFETADO, CERTO?

As mais importantes consequências do sobrepeso e da obesidade provavelmente estão no psiquismo. A obesidade é a mais estigmatizante e menos aceitável condição da infância. Redução da autoestima e da qualidade de vida é relatada por

todos os que avaliam esse aspecto da obesidade. O desempenho nas brincadeiras que exige algum esforço físico e nos esportes é muito prejudicado. Os sentimentos que atingem os obesos são de tal gravidade que se assemelham aos sentidos pelas crianças cancerosas em quimioterapia. A escolaridade é prejudicada e as crianças obesas têm quatro vezes mais problemas com a escola do que as crianças normais. Essas dificuldades agravam o problema e tornam o diagnóstico ainda mais complexo. O acometimento emocional de cada obeso deve ser individualizado para permitir que o tratamento seja personalizado..

QUAIS OS OUTROS PREJUÍZOS?

Mais doenças infecciosas — erisipela e abscessos — e mais enfermidades que produzem perda aguda de água e de sais, como as infecções intestinais ocorrem nas crianças com excesso de peso e com obesidade. O gordo tem menos água corporal que a criança normal e sua desidratação é mais significativa.

QUANDO IR AOS ESPECIALISTAS? QUANDO FAZER EXAMES?

O nutricionista e o endocrinologista são os profissionais que trabalham com o pediatra na abordagem do assunto. Por alguma razão especial, pode ser necessária a intervenção do ortopedista, cardiologista, gastroenterologista, psicólogo, psiquiatra ou outros profissionais. É essencial, todavia, que o pediatra e o especialista "leiam" na mesma cartilha para traçar uma política assistencial consistente e única. Os exames de sangue são solicitados frequentemente e alguns exames especiais, de sangue ou de outros materiais, também são pedidos quando há suspeita de problemas como os distúrbios da tireoide. Os exames cardiológicos, de imagem e outros são solicitados quando indicados. Entretanto, para a grande maioria dessas crianças e adolescentes os exames são normais e o excesso de peso/obesidade representa apenas um desequilíbrio entre a ingestão e a perda calórica do organismo.

O TRATAMENTO É IGUAL PARA TODOS?

O tratamento deve ser individualizado. O problema numa criança de 2 oi 3 anos é abordado de uma forma diferente daquele recomendado para quem tem 7 ou 8 anos. Na adolescência, a abordagem é a definida para esse grupo etário. Um cliente que foi recentemente diagnosticado como portador de um pequeno desvio para mais do peso tem uma proposta terapêutica diferente daquele outro que tem um problema antigo e de grande significado. Existem muitas outras variáveis, por exemplo, o grau de aceitação e de envolvimento dos familiares que precisam ser avaliados e que podem ser decisivos para o sucesso ou insucesso do planejamento.

O TRATAMENTO NA CRIANÇA É DIFERENTE DO RECOMENDADO PARA O ADULTO?

O adulto obeso deve perder peso para alcançar o seu IMC normal. Na criança, que está em fase de crescimento, o simples fato de reduzir ou estacionar o ganho ponderal, pode significar um excelente resultado. Como a estatura vai aumentando, se há redução do aumento de peso, tempos depois, o IMC pode voltar a níveis desejados. Esse é um dos aspectos que tornam o programa da criança distinto do recomendado para os adultos. Evidentemente, há outras distinções. O médico expõe a proposta terapêutica diretamente para o adulto. No caso de uma criança, ele as expõe à mãe ou a outro adulto que cuida dela.

DEEM UMA ORIENTAÇÃO GERAL.

Para todas as idades, para todos os graus de sobrepeso e obesidade, para todas as famílias, enfim para todos os pacientes, há um núcleo central de medidas terapêuticas que deve ser praticado e que implicam mudanças no comportamento e no estilo de vida. De uma forma geral, isso envolve:

- Avaliação dos hábitos alimentares do paciente e dos familiares.
- Implementação de um programa regular de exercícios e de atividades que produzem satisfação, redução do tempo de tela e de outras atividades sedentárias.
- Definição de objetivos possíveis de serem alcançados e monitoramento do alcance desses objetivos usando incentivos positivos e não relacionados à alimentação.
- Aconselhamento de como fazer um diário da ingestão alimentar e de atividades para avaliar o progresso.
- Envolvimento de todo o grupo familiar no programa e até a participação em um grupo de colegas com o mesmo objetivo de perder peso.

O QUE PODEMOS FAZER SE AS CRIANÇAS QUEREM COMER A TODA HORA?

O ideal é que as crianças aprendam a controlar o apetite, a conviver com uma porção alimentar menor. Citamos alguns exemplos para a reflexão de todos:

- Deve ser banida a prática de oferecer mais alimentos às crianças que tomaram 180 ou 200 mL de leite, algumas vezes com alta concentração de calorias (leite com farinhas e açúcar). Elas devem, desde muito cedo, aprender a limitar a ingestão alimentar de modo que isso não comprometa a saúde. É importante sempre rever o tema com os pediatras.
- É importante montar para as crianças maiores um cardápio que inclua apenas cinco refeições: café da manhã, lanche no meio da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar. Devem ser respeitadas as crianças que estão brincando e que não se interessam por uma ou duas dessas refeições. A imagem do

lanche que corre atrás da criança deve ser abolida.
- Nunca tenham receio de impor limites, de agir de forma educativa, de mostrar que o excesso alimentar é danoso, de instruir sobre a alimentação ideal, de falar sobre a importância do "prato colorido" com legumes e verduras. Agora, é importante que, para isso, se disponha de tempo, de paciência e de capacidade de persistir; não se consegue isso numa única sessão, há que se repetir, repetir, repetir.

ESTAMOS VENDO QUE O NOSSO PAPEL É FUNDAMENTAL, NÃO É?

O que o pessoal da área de saúde faz é diagnosticar, educar, orientar, revisar, estimular, perseverar, mudar a abordagem. É conversar de novo com o paciente, quando possível, e com os familiares, para que o programa debatido e traçado seja seguido. Os pacientes e familiares, esses últimos com responsabilidade total, devem dar andamento ao programa acordado, quando a idade da criança não permite entendimento do que está sendo proposto. Sem dúvida, o papel dos familiares é fundamental para:

- Mudar o modelo alimentar de toda a família, na lista de compras no mercado, na prática esportiva e de lazer para todos da casa e na redução da relação com a tela, com o computador e com o videogame.
- Manter o entusiasmo pelo programa que é sempre de longo prazo. Ler, refletir e debater o tema. Seguir uma proposta confiável e não aderir a propostas enganosas.
- Dar o exemplo na hora da alimentação e na luta contra o sedentarismo.
- Cumprir as muitas outras tarefas para que o sucesso do programa seja alcançado.

É MUITA COISA.

Está bem provado que o sucesso de longo prazo — por exemplo, de 10 anos — de um programa de controle do excesso de peso e da obesidade aumenta de forma importante se a intervenção é dirigida aos pais e à criança. O programa que envolve os familiares funciona melhor do que a proposta praticada exclusivamente com a criança. E funciona ainda melhor se os pais participam ativamente.

O EXCESSO DE FRUTAS É PREJUDICIAL?

Para a saúde, tudo em excesso pode ser prejudicial. Há dados mostrando que o consumo exagerado de frutas que contém a frutose, o açúcar que mais facilmente se transforma em gordura, é prejudicial.

CRIANÇA NOVINHA PODE TOMAR LEITES SEM GORDURA?

O pediatra e os outros especialistas indicam o leite desengordurado e outras medidas dietéticas específicas a partir do estudo de cada cliente. O leite desengordurado pode ser empregado após os 2 anos de idade. As mudanças alimentares mais radicais e as outras medidas de exceção são indicadas para os portadores dos graus mais intensos do distúrbio. Lembrar que o cérebro da criança necessita de gordura para poder crescer e o período de maior crescimento cerebral ocorre no primeiro ano de vida. Sendo assim, leite sem gordura para os bebês só com uma orientação médica muito precisa.

QUAL O PAPEL DA ESCOLA?

É muito importante. Cada escola deveria dispor de um serviço de saúde atuante para envolver todos os educadores na luta contra o excesso de gordura no alunado, descobrir as crianças e adolescentes que estão com excesso de peso, debater com eles e com os pais alternativas de luta contra o problema, criar facilidades para que as cantinas não ofereçam alimentos que descumpram o programa alimentar recomendado para todo o alunado, e não só para os com excesso de peso, favorecer a prática esportiva, educar os familiares para que, nas férias e em todos os momentos em que a criançada não esteja na escola, as recomendações sejam cumpridas, isso visa a evitar que nas férias as crianças engordem excessivamente, o que é fato comum.

E OS REMÉDIOS PARA A OBESIDADE NAS CRIANÇAS E ADOLESCENTES?

Até agora nenhum remédio para o obeso foi aprovado para uso nas crianças e nos adolescentes. A falta de pesquisas e os efeitos colaterais potenciais dos remédios usados nos adultos é que limitam o uso nessas outras idades. E para o uso em adultos, há uma série enorme de questionamentos sobre a utilidade e sobre a segurança de vários medicamentos para os obesos.

A ANVISA TRATOU DA QUESTÃO, NÃO É?

A Anvisa (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) aprovou, em 2023, a primeira medicação injetável de aplicação semanal para tratar a obesidade do País. O tratamento com a caneta de semaglutida (2,4 mg) tem aval em países como Estados Unidos e Canadá. No entanto, especialistas recomendam que o uso só deve ser feito com supervisão médica.

A CIRURGIA PARA OS OBESOS PODE SER FEITA NOS ADOLESCENTES?

Nas crianças, não. Nos adolescentes, com obesidades extremas, a cirurgia bariátrica é realizada, mas muito raramente. Essa cirurgia modifica substancialmente o sistema digestivo e exige mudanças radicais da dieta que pode chegar a menos

de 1.000 calorias diárias. Os efeitos de longo prazo no crescimento e no desenvolvimento em face dessa intensa restrição calórica não são conhecidos e a cirurgia deve ser sempre o último recurso.

E OS CHAMADOS TRATAMENTOS ALTERNATIVOS?

Há tratamentos "alternativos" que usam drogas como a efedrina, os diuréticos, os laxativos e os fitoterápicos. Essas preparações não são seguras, especialmente para crianças e adolescentes, por várias razões: aumento da frequência cardíaca, desidratação e prejuízo para a nutrição já foram relatados. Sendo assim, não são recomendados. A acupuntura pode ajudar em alguns casos. A meditação e a ioga também.

E AS COLÔNIAS DE FÉRIAS? E OS SPAS?

Programas que envolvem essas práticas podem ser úteis na conscientização e no aprendizado do obeso. Os programas que envolvem a estada no campo, com foco centrado na educação, na reeducação alimentar e na prática esportiva, tudo orientado por equipe multidisciplinar devidamente qualificada, ajudam.

E OS "VIGILANTES DO PESO"?

A luta contra o excesso de peso tem maior chance de funcionar com o envolvimento de todos. Se houver apenas a participação de médicos e nutricionistas, a chance de sucesso não é grande. O Vigilantes do Peso é um movimento comunitário que oferece bom apoio para as famílias, tem o grande mérito de ser um trabalho grupal, desmistifica o tema e oferece várias alternativas alimentares muito úteis. Com o acompanhamento dos pais, é possível que os adolescentes possam se beneficiar.

E OS ALIMENTOS "DIETS", "LIGHTS", "DIETÉTICOS"?

De início, sugerimos que desconfiem de tudo que está sendo industrializado e comercializado para os gordinhos. Há muito dinheiro envolvido, muita propaganda enganosa, muitos produtos colocados à venda sem análise adequada dos malefícios, e até muita mentira. O ideal e desejável é que a dieta seja orientada por um profissional do assunto. O uso indiscriminado dos adoçantes, sobretudo, dos tidos prejudiciais como ciclamato devem ser evitados. Os ditos "diets" ou "dietéticos" podem induzir a erros. Há produtos para o diabético que de nada valem para aquele que quer reduzir a ingestão calórica.

QUAIS SÃO OS RESULTADOS DA LUTA CONTRA O EXCESSO DE GORDURA?

Há algumas décadas, os médicos sabem dos crescentes índices de sobrepeso e obesidade, conhecem o desastre que o excesso de peso vem causando na saúde do indi-

víduo e contabilizam os gastos dos governos na tentativa de controlar ou minimizar o problema. A despeito disso, pouco tem sido conseguido em nível da saúde coletiva e individual. O sobrepeso e a obesidade continuam a ser vistos com mais e mais frequência. A história recente parece mostrar que o combate à obesidade passa necessariamente pelo papel desempenhado pela indústria alimentar. Práticas correntes da indústria alimentar como o ultra processamento dos alimentos visando maiores lucros, a propaganda enganosa, o desprezo aos alimentos saudáveis, representam hoje os principais propulsores da obesidade no mundo. Está mais do que na hora de uma política pública de combate à obesidade, similar a recente campanha exitosa contra no fumo vivenciada em nosso país. "Atenção senhores pais: esse alimento pode deixar seu filho obeso, hipertenso, diabético e ter menos anos de vida saudável".

QUAL A NOSSA ATITUDE SE O TRATAMENTO FALHA?

Muitos dos pacientes com excesso de peso ou obesidade têm sofrido derrotas em suas vidas e o fato de não conseguirem atingir o peso ideal não deve ser somado às suas más experiências. Aliás, o índice de cura da obesidade é baixo em qualquer país do mundo. É essencial não acusar a criança de ter boicotado o programa alimentar e o de atividade física. Ao contrário, é sempre importante manter uma postura de confiança de que alguma vitória será alcançada.

É POSSÍVEL PREVENIR A OBESIDADE?

Enfatizamos que:

- Estimular a amamentação e o consumo de alimentos integrais — arroz integral, aveia, ervilha, grão de bico — vegetais leguminosos e folhosos. Desestimular os alimentos industrializados e os com alto valor calórico —leite enriquecido com açúcar e farinhas, leite condensado com farinhas, vitamina de abacate ou de banana, sorvetes, sobremesas, milk-shakes, batata frita e outras frituras.
- Respeitar o apetite das crianças, afastar a mamadeira ou a colher ao primeiro sinal de "barriguinha cheia" e não insistir para que o restinho seja tomado. Oferecer as comidinhas de colher, de frente para a criança, ensinando que a hora de comer não é hora de ver telas empurrando comida sem ver a reação de quem está sendo alimentado.
- Deixar que a meninada manifeste sinais de fome para dar o alimento, alimentar durante o sono é erro. Oferecer quatro a cinco refeições nas crianças de 5 a 6 meses, desmontar o esquema rígido de dar alimento de 3/3 horas por muitos meses.
- Estimular desde muito cedo: atividade física, prática esportiva, brincadeiras, contato com a natureza. Promover aos seis meses, o contato das crianças com o seu "pedaço" de chão.

- Lutar contra o sedentarismo e a tela, entrosar a criança numa boa turma. O professor Fernando Figueira dizia que o brinquedo é o alimento do pré-escolar. Balé, ginástica olímpica, dança, "pelada", bicicleta, judô, vôlei, basquete e outros esportes educam a mente e o corpo, adestram, agilizam e ensinam a viver.
- Ensinar tudo isso aos que a ajudam a alimentar as crianças. O papel das babás deve ser repensado, elas tendem a pensar que são mais competentes aquelas que conseguem que as crianças ganhem mais peso.
- Acompanhar os indicadores de saúde das crianças, o peso e os outros dados do crescimento e do desenvolvimento, indo ao pediatra. Envolver toda a família nesse processo.
- Ser um pai ou uma mãe exemplar.

QUAL O FUTURO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE OBESOS?

Falamos que o excesso de peso antes de um ano de idade implica o risco mais elevado de o problema continuar nas idades posteriores. Essa regra não é inalterável. Crianças com excesso de peso em uma época da vida podem voltar a uma curva ponderal normal e nunca mais apresentar a dificuldade no futuro. Em qualquer idade, a regra mais geral é lutar contra o problema. Há crianças que estavam muito acima do peso dos 9 aos 13 anos de idade e que aos 15 decidiram que não queriam ser "os gordinhos". Mudaram seus hábitos alimentares, passaram a se exercitar diariamente e se mantém magros desde então. Por fim, a obesidade deve ser considerada como uma doença e que se prolongada para a vida adulta, aumenta o risco de doenças crônicas e compete para uma vida menos longa.

O texto deve ser visto como uma contribuição ao conhecimento do tema. A orientação profissional individualizada é insubstituível nessa e em qualquer outra situação que envolva a saúde.

42.3 ANOREXIA NERVOSA E BULIMIA NERVOSA

Ana Cláudia Zuanella
João Gonçalves d Medeiros Filho
João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

Anorexia nervosa é a extrema redução da ingesta alimentar sem causa física. É provável que não exista uma real falta de apetite (anorexia) observada em muitas doenças. O que parece ocorrer é uma autocensura psíquica extremamente rígida sobre a ingesta alimentar. Censura que busca um corpo ideal, imaginário, extrema-

mente magro. Essa distorção na percepção subjetiva da forma e do peso corporais provocam a estruturação desse esquema de autocrítica que desencadeia uma quase inquebrantável preocupação com a possibilidade de ganho ponderal e rotura do modelo idealizado. Modelo anormal para os outros. Modelo ideal para o paciente. Habitualmente o distúrbio provoca redução acentuada do peso (mais de 15 % do normal), gravíssima desnutrição, vários e graves problemas orgânicos e risco de vida. É considerada uma doença psiquiátrica.

A bulimia nervosa é a ingestão excessiva, anormal, incontrolada, de alimentos. Habitualmente leva à obesidade extrema. A própria denominação indica que é um distúrbio psíquico. O bulímico cicla fases de excessiva, desregrada, incontrolável ingesta alimentar e aumento anormal do peso com fases em que induz vômitos, toma laxantes e diuréticos para perder peso.

Os dois são problemas dramáticos para os cuidadores e para a equipe de saúde. Os pacientes não parecem preocupados com o que apresentam. O mesmo enfermo pode apresentar um ou o outro problema em fases distintas da vida. A Netflix lançou o filme *O Mínimo para Viver* (*To the Bone*), que demonstra o interesse universal sobre o tema.

A ANOREXIA NERVOSA E A BULIMIA NERVOSA SÃO COMUNS?

A frequência da anorexia nervosa é estimada em dois a quatro casos entre mil adolescentes nas sociedades ocidentais. A bulimia nervosa pode ser até quatro vezes mais comum. Ao longo de toda a vida, alguns autores afirmam que cerca de 4% das pessoas do sexo feminino apresentem alguma forma de anorexia nervosa, na sua maioria formas leves. A maior frequência é entre os 13 e 15 anos. As mulheres representam 95% dos casos. Acomete principalmente garotas adolescentes e mulheres jovens.

QUAIS SÃO AS VARIANTES DA ANOREXIA NERVOSA?

A anorexia nervosa apresenta várias formas. A clássica é a mais típica e grave. O paciente chega a perder mais de 25% do peso. Tem uma imagem corporal fantasiosa e extremo receio da obesidade. Queixa-se de que está gordo, mesmo quando extremamente magro. Apesar de todas as investigações, não se consegue estabelecer a origem do problema. É de tratamento muito difícil e a mortalidade chega a cerca de 5% ou mais. Existem as formas menores ou secundárias que são mais frequentes. Não ocasionam perda intensa de peso nem distorção de imagem corporal e é possível entender com mais facilidade seus mecanismos geradores. Essas últimas são reversíveis com tratamento relativamente simples. Existem ainda a anorexia atlética e o medo da obesidade que são tipos de anorexia secundária. Essas últimas atingem mais os grupos de atletas, dançarinos, artistas, considerados de risco.

QUAIS SÃO AS PESSOAS MAIS TENDENTES A TER ANOREXIA NERVOSA?

Os mais predispostos são os compulsivos, os perfeccionistas, "os enquadrados", habitualmente excelentes estudantes. Nos nossos tempos é comum que alguns adolescentes, principalmente do sexo feminino, reduzam a alimentação o que causa significativa perda de peso e parada de crescimento. A moça deixa de menstruar. Geralmente se observa que a família ingenuamente participa da origem do mal ao contribuir na "campanha" para evitar a "obesidade". As academias de ginásticas, os *slim centers*, os *fitness clubs*, os spas e as escolas de dança, onde o culto ao corpo esbelto é a doutrina, habitualmente são o gatilho do problema. A professora de dança, o instrutor de ginástica e o treinador, sem competência para opinar sobre o que seja um corpo ou uma mente sadias, levam o jovem adolescente a nutrir-se erroneamente, a perder peso, a adoecer.

E A BULIMIA?

O portador de bulimia vive períodos em que ingere excessiva quantidade de alimentos. Come de tudo, durante o dia e à noite, de forma desregrada. Em outros períodos, tenta perder peso de forma totalmente radical. Induz vômitos, usa laxantes e diuréticos, e faz restrição dietética. Oscilações de peso de até 5 kg são observados num curto espaço de tempo. Aparecem ainda acentuadas flutuações do humor. O doente é triste e tem pensamentos depreciativos na fase em que tenta perder peso. E é alegre e comunicativo no período em que ingere alimentos de forma descontrolada.

COMO PREVENIR ESSES DISTÚRBIOS?

As causas da anorexia nervosa clássica e da bulimia são complexas e são do domínio da psiquiatria. Podem ser plantadas na infância, no relacionamento pais e filhos, principalmente na hora da alimentação. Atitudes superprotetoras, desrespeito à individualidade e a não imposição de limites dificultam a estruturação mental adequada. As tradicionais pressões para que as crianças ingiram mais alimentos, comuns no dia a dia, podem causar descontrole do apetite. Estudos mostram que os fatores que levam à anorexia e à bulimia são a exigência cada vez maior da cultura atual para se ter um corpo perfeito, um corpo ideal. Uma maneira de evitar tais distúrbios seria criar nos filhos uma autoestima elevada, sólida, através da aceitação de suas eventuais dificuldades, da valorização de suas conquistas e da não perpetuação da ideia corrente de que só o perfeito é aceito.

COMO AGIR NAS FORMAS SECUNDÁRIAS OU MENORES DA ANOREXIA?

As formas secundárias da anorexia nervosa são evitadas pelas ações cotidianas dos familiares e profissionais adequadamente qualificados para ajudar na estruturação emocional das crianças e dos adolescentes. Os pais e outros familiares, educadores, técnicos, treinadores, instrutores de ginástica e de dança, assim como os mé-

dicos, devem fazer parte dessa equipe. Devem ser evitadas as práticas permissivas e também as castradoras. Não se deve esquecer da importância dos limites e o do respeito às regras. Essas atitudes, incorporadas ao modo de ser, ajudam no controle dos impulsos na adolescência e na vida adulta. E também participam do controle da ingestão de alimentos.

EXISTE RELAÇÃO DA ANOREXIA NERVOSA COM O SUICÍDIO?

Sim. E transcrevemos a lição do Prof. Michel Indalécio de Souza para responder*:*

"Entre os transtornos psiquiátricos que apresentam mais tentativas ou chegam a cometer suicídio de fato, estão a depressão, transtorno afetivo bipolar, dependência química, esquizofrenia, transtornos de personalidade, transtorno do estresse pós-traumático, transtornos de ansiedade e os transtornos alimentares (TA) com anorexia e bulimia nervosa.

Vale ressaltar que esses transtornos quando recebem um diagnóstico precoce e tratamento adequado favorecem a melhora dos sintomas e assim podem evitar comportamentos suicidas.

A respeito dos transtornos alimentares há uma diferença quanto a tentativas e suicídio, sendo os casos de anorexia nervosa com mais mortes e bulimia nervosa com mais tentativas. Cada um desses diagnósticos tem aspecto similar e sem relação aos sintomas e população acometida, entretanto todos apresentam dificuldades graves para manter uma alimentação adequada, angústia quanto ao peso ou forma do corpo e por consequência um maior risco para complicações clínicas graves.

A vulnerabilidade para o suicídio nos TA é muito elevada devido ***à***s condições que o paciente está diante da vida com os pensamentos girando unicamente sobre peso, comida e formas de controle que levam a uma vivência diária do medo de engordar. O sofrimento é tamanho que quase 95% dos casos apresentam comorbidades com outros transtornos entre eles a depressão, ansiedade e uso de substância principalmente o álcool

A anorexia nervosa é considerada entre os transtornos psiquiátricos, um dos com maior mortalidade chegando a cinco mortes por ano e taxas de suicídio em torno de 20 a 40%. Quando comparado com a população geral o risco é 23 vezes maior nesse diagnóstico.

Pacientes com anorexia nervosa geralmente apresentam os primeiros sintomas no início da adolescência sendo predominantemente em meninas, justamente na fase da vida que acontecem grandes mudanças tanto físicas como emocionais. O transtorno limita e domina os pensamentos na busca de controle para ter um corpo perfeito, e assim prejudica em muito a qualidade de vida desses pacientes.

A atenção para esses casos está na vulnerabilidade diante de um quadro clínico comprometido de desnutrição que possibilita maior letalidade para uma tentativa de suicídio. As comorbidades associadas e características de personalidade também

podem dificultar uma melhor crítica sobre a doença, e consequentemente dificultar mudanças nos comportamentos rígidos e restritivos.

Já a bulimia nervosa apresenta uma taxa menor de mortalidade,1,7 por 1000 casos-ano, no entanto são elevadas as tentativas de suicídio que no curso da doença podem ocorrer em mais de 35% dos pacientes.

Pacientes com bulimia nervosa geralmente apresentam os primeiros sintomas no final da adolescência e início da fase adulta, mas demoram mais para chegar no tratamento. O medo de ganho de peso é apavorante, levando a uma restrição, muitas vezes seguida de compulsão ou ingesta de alimentos proibidos que levam a busca de métodos compensatório como provocar vômitos, uso de medicações para provocar a perda de fluídos corporais, inibidores do apetite, exercício físicos intensos e uso de drogas ilícitas.

Os comportamentos mais impulsivos nesses casos representam o maior desafio para prevenir um suicídio, principalmente quando associados ao uso de substâncias como drogas e álcool.

Mas o principal desafio para prevenção ao suicídio, não só nos TA, está na mudança de postura tanto dos profissionais de saúde, familiares e amigos no entendimento que um transtorno mental deve ser levado a sério, que não é algo que o paciente deseja, mas muitas vezes é um prisioneiro da situação.

Acolher é um grande começo para uma ajuda, que vai exigir um não julgamento e por fim grandes doses de empatia. Seria assim uma ótima prescrição para todos nós".

COMO É O TRATAMENTO DOS DOIS PROBLEMAS?

É uma *via crucis*. O objetivo é fazer com que o adolescente volte ao peso normal quando ele próprio não aceita essa nem as outras anormalidades tão evidentes no seu corpo. Pediatras, psiquiatras, psicólogos, nutrólogos e outros profissionais são envolvidos na tentativa de reverter o processo. Internações são usadas para hidratar, nutrir e tentar convencer que existe a doença. Drogas antidepressivas e de outra natureza para os problemas psiquiátricos são tentadas. O curso da doença e a resposta ao tratamento não são previsíveis e não ocorrem rapidamente. Quando há alguma melhoria, o risco de que o problema volte, meses ou anos após, existe. É uma doença para a qual não existe uma abordagem uniformemente definida. Há médicos que indicam a internação compulsória quando o paciente está em risco de vida indicam a hospitalização e até a passagem de sonda no estômago para nutrir o enfermo. Não é conduta uniformemente aceita.

A pergunta que resta, ao fim, é como mudar a percepção que o paciente tem do corpo ideal, do corpo perfeito. Pois tudo o mais, sobretudo a autocensura sobre a alimentação, decorrem da busca alucinada, anormal, irracional, de reduzir a alimentação para alcançar este modelo anormal criado. Como a ciência ainda não tem resposta para esta questão inicial é possível conjecturar que o pessoal da saúde está lidando com condição desconhecida.

EXISTEM ESPECIALISTAS NOS DOIS TEMAS?

Existem. A Universidade de São Paulo (USP) / Departamento de Psiquiatria mantém um Programa de Transtornos Alimentares (AMBULIM) que tem vasta experiência sobre os assuntos ora abordados. Evidentemente existem outros no nosso País e pelo mundo afora. Como doença psiquiátrica, pois esse é o entendimento básico, os psiquiatras são os médicos que mais estudam os temas. Mas a conduta geral exige equipe multiprofissional (pediatra, clínico de adultos, nutricionistas e outros profissionais indicados pela condição clínica apresentada) que deve trabalhar de forma coordenada sempre com participação muito próxima dos familiares.

E O PAPEL DOS PAIS?

É estar junto, não desistir. É seguir uma proposta terapêutica bem definida por profissionais que conhecem o problema. É ler sobre o tema. É ter paciência, não se incriminar nem incriminar o doente. É não tentar racionalizar o processo. É não dizer *"eu consigo! Por que é que você não consegue?"* As desordens como essas não estão sujeitas a raciocínios simplistas.

O QUE OS FAMILIARES FALAM SOBRE SEUS ADOLESCENTES QUE APRESENTARAM O PROBLEMA?

Falam sobre:

- O muito que as ciências têm a aprender sobre o assunto. Ressaltam a decepção com quase todas as avaliações (psiquiatras, psicólogos, nutricionistas, clínicos e pediatras envolvidos), no Recife e em São Paulo ao longo de anos de sofrimento e angústia dos pacientes e dos familiares.
- A ineficiência das drogas antidepressivas, para dormir e ansiolíticos.
- O pavor de serem obesos.
- Alguns prováveis desencadeantes, como a isotretionina.
- A compulsividade para a prática de certas atividades como a dança quando são extremamente dedicados e apaixonados.
- A ocorrência autoflagelação como manifestação da doença. Anorexia e bulimia sempre andaram juntas, vômitos provocados, diuréticos e laxantes sempre com o intuito de emagrecer mais e mais.
- Inúmeras internações para se hidratar e nutrir.

43 | COVID-19

João Guilherme Bezerra Alves
Otelo Schwambach Ferreira

43.1 GUIA PRÁTICO

- Na época pandêmica, toda criança e todo adolescente com doença respiratória de qualquer tipo (rinite, faringite, traqueíte, bronquite, pneumonia, com ou sem febre), e com vários outros quadros (erupção cutânea, dor articular, febre inexplicada) deveriam ser suspeitos de ter a Covid -19.
- Atualmente, na época pós-pandêmica, essa preocupação ainda deve existir, ainda que em menor nível.
- O portador de uma das doenças antes citadas deve ser avaliado pela equipe de saúde, pois outros vírus (influenza e respiratório sincicial, por exemplo), distintas bactérias e até contato com irritantes (diversos tipos de fumaças e com agentes causadores de alergia, como o mofo e outros) podem ocasionar o problema.

43.2 A PANDEMIA DA COVID-19

A recente pandemia da Covid-19, registrada entre março de 2020 e maio de 2023, foi uma das piores tragédias vivenciadas pela humanidade. Ocorreram quase 7 milhões de mortes entre mais de 600 milhões de pessoas atingidas no mundo. No Brasil, ocorreram quase 30 milhões de casos e mais de 700 mil mortes.

A pandemia registrou vários efeitos indiretos e negativos para a saúde, particularmente devido às quarentenas exigidas para o seu controle. São exemplos: aumento da mortalidade das doenças crônicas por falta de acompanhamento médico, elevação da incidência de doenças mentais e do consumo de drogas lícitas e ilícitas, acentuado incremento do comportamento sedentário e seus consequentes danos à saúde, além de ter diminuído fortemente as taxas de aderências às vacinas.

Nas crianças, os prejuízos foram enormes com o fechamento das escolas, além do estresse e os problemas mentais que atingiram particularmente esse grupo etário. Além disso, deflagrou uma grave crise econômica, provocando desemprego,

inflação e aumento da pobreza, em especial nos países menos desenvolvidos. Essa crise econômica deve ter suas consequências vivenciadas ainda por décadas, particularmente nas camadas populacionais menos abastadas, as mais atingidas.

O QUE SÃO OS CORONAVÍRUS?

Os coronavírus (CoV) são uma ampla família de vírus que podem causar uma variedade de condições, do resfriado comum a doenças mais graves, como a síndrome respiratória do Oriente Médio (MERS-CoV) e a síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV). O novo coronavírus (nCoV) é uma nova cepa de coronavírus que havia sido previamente identificada em humanos. Pesquisadores chineses identificaram que o novo coronavírus vem dos morcegos, assim como a maioria dos outros coronavírus. Conhecido como 2019-nCoV ou Covid-19, ele só foi detectado após a notificação de um surto em Wuhan, China, em dezembro de 2019. Covid significa Corona Virus Disease (Doença do Coronavírus), enquanto "19" se refere ao ano 2019, quando os primeiros casos foram divulgados.

A COVID-19 ATINGE COM MENOS INTENSIDADE AS CRIANÇAS?

Sim, isso é verdade, graças a Deus! E esse foi um aspecto bastante típico nessa virose respiratória, pois as outras, comumente, atingem mais os idosos e as crianças, em especial aquelas mais jovens, e isso, não aconteceu com a Covid-19. Os estudos, até os dias de hoje, ainda não conseguiram explicar esse fato e várias hipóteses persistem sem serem comprovadas.

Entretanto, a Covid-19 teve seu impacto nas crianças. Nos EUA, por exemplo, 17.4% dos casos da Covid-19 foram registrados em crianças e adolescentes. Cerca de duas mil crianças faleceram devido à doença nos EUA até o final de 2022. Para efeitos comparativos, o vírus da Influenzae, na sua fase sazonal nos EUA, provocou a morte de cerca de 300 crianças no ano de 2022. Mundialmente, no ano de 2022, houve um aumento importante dos casos de Covid-19 em crianças, em especial com o surgimento da cepa **ô**micron e outras variantes, Cerca de 27% dos casos foram registrados em crianças e adolescentes.

Registre-se ainda que mais de 90% das mortes de crianças pela enfermidade foram registradas em países pobres ou em desenvolvimento e, em especial, nos menores de 1 ano. Isso demonstra mais uma vez o grande impacto das desigualdades sociais na área da saúde.

A COVID-19 É DIFERENTE EM CRIANÇAS?

Sim. A Covid-19 em crianças tende a ser bem mais leve. A maioria delas não chega a apresentar sintomas. Mas os pais devem ficar atentos para o surgimento de sinais de alerta: febre por mais de 72 horas, queda do estado geral ou dificuldade para respirar.

CRIANÇAS TAMBÉM TRANSMITEM A COVID-19?

Sim. E isso se torna um grave problema na propagação da Covid-19, pois, muitas vezes, a criança tem a infecção pelo vírus e não apresentando sintomas, se desloca por vários lugares (casa, escola...) sem nenhuma medida de prevenção, disseminando largamente o vírus. Admite-se que muitos avós adquiriram Covid-19 através de seus netos com infecções, mas sem nenhum sintoma.

EXISTE ALGUM FATOR QUE FAVOREÇA O SURGIMENTO DE FORMAS GRAVES DA COVID-19 EM CRIANÇAS?

Sim. Similar aos adultos, crianças com obesidade, doenças metabólicas, prematuridade, doenças crônicas do pulmão, asma de difícil controle, cardiopatias, queda da imunidade, síndrome de Down e várias outras doenças importantes da infância, apresentam um risco maior para desenvolverem formas graves da Covid-19. Por essa razão, essas crianças devem receber medidas de prevenção com maior rigor e representam um grupo prioritário a ser vacinado.

E A SÍNDROME INFLAMATÓRIA?

A síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica (SIM-P) é rara, acontece em cerca de 1 a 10 casos para cada um milhão de crianças com Covid-19. Entretanto, pode ser muito grave. É caracterizada pela permanência da febre, dos sintomas respiratórios e digestivos, associados com o surgimento de lesões na pele e em mucosas. Pode levar a hipotensão e choque, caso não tratada precocemente e de forma adequada.

E A COVID-19 LONGA?

Covid-19 longa se refere a uma gama de sintomas experimentados por pessoas que tiveram a doença, após se recuperarem da infecção. Tem sido descrita com certa frequência em crianças. Estima-se que cerca de 25% das crianças com Covid-19 apresentem alterações do humor, distúrbios do sono ou fadiga, após terem a enfermidade.

VEJO MUITAS PESSOAS QUE FAZEM TESTE DE FARMÁCIA E TÊM RESULTADOS ERRADOS. POR QUÊ?

Os testes disponibilizados em farmácia são chamados de testes rápidos. São normalmente menos confiáveis, resultando com mais frequência em falso negativo e falso positivo. Já os testes feitos em laboratórios são mais precisos.

QUAL O TESTE FEITO NO LABORATÓRIO?

O RT-PCR (*Reverse-Transcriptase Polymerase Chain Reaction*), considerado o "padrão-ouro" para o diagnóstico da Covid-19. Esse teste detecta o RNA do vírus SARS-CoV-2, na amostra analisada, preferencialmente obtida de raspado de nasofaringe. O teste rápido detecta o antígeno, proteínas do SARS-CoV-2, na fase de atividade da infecção. Tem a vantagem de ter o resultado de imediato, embora menos exato quando comparado ao RT-PCR.

QUAIS AS MEDIDAS PREVENTIVAS PARA CRIANÇAS?

Similares às dos adultos, tanto a nível coletivo (isolamento e quarentena) como a nível individual:

- Vacinar as crianças.
- Manter a criança em casa e suspender a escola imediatamente na presença de qualquer sinal de infecção das vias aéreas superiores (febre, coriza, obstrução nasal, tosse ...).
- Lavar bem as mãos frequentemente (usar água e sabão ou álcool 70%).
- Evitar tocar nos olhos, no nariz e na boca com as mãos não lavadas.
- Evitar contato próximo com pessoas doentes (mesmo dentro de casa) — procurar manter distância de cerca de 2 metros.
- Limpar e desinfetar diariamente as superfícies tocadas com frequência.
- Usar máscaras (ver indicações no texto abaixo).

QUAL A DIFERENÇA ENTRE ISOLAMENTO E QUARENTENA?

O isolamento e a quarentena são estratégias de saúde pública que visam evitar a disseminação de doenças contagiosas. O isolamento é a separação de indivíduos infectados dos não infectados, durante o período de transmissibilidade da doença, no caso da Covid entre 2 a 14 dias. A quarentena é uma medida preventiva recomendada para restringir a circulação de pessoas que foram expostas a uma doença contagiosa, Covid-19 no caso, durante o período em que elas podem ficar doentes.

E QUANTO DEVE DURAR O PERÍODO DE ISOLAMENTO?

Para pacientes sintomáticos, as novas recomendações da OMS sugerem 10 dias de isolamento a partir da data de início dos sintomas. Anteriormente, a OMS recomendava que pacientes poderiam sair do isolamento no 10º dia após do início de sintomas, com pelo menos 3 dias adicionais após o desaparecimento dos sintomas. Para aqueles que testaram positivo para Covid-19, mas não apresentam sinais ou sintomas para a doença (assintomáticos), a OMS agora sugere 5 dias de isolamento, comparado com 10 dias previamente recomendados. A OMS também recomenda

que o paciente pode sair do isolamento mais cedo se testar negativo por meio de um teste rápido de antígeno.

E O USO DE MÁSCARAS?

A OMS continua considerando o uso de máscaras faciais como uma ferramenta chave contra a Covid-19. Recomenda o uso de máscaras em situações específicas, independentemente da situação epidemiológica local:

- Para aqueles que foram recentemente expostos à Covid-19.
- Para casos confirmados ou suspeitos da doença.
- Pessoas com risco alto para doença grave por Covid-19.
- Em ambientes superlotados, fechados e com ventilação de ar inadequada.

Orienta ainda que existem outras situações em que o uso de máscara pode ser recomendado, como as tendências epidemiológicas locais ou o aumento das taxas de internação pela doença, nível de cobertura vacinal e imunidade na comunidade, e o ambiente em que as pessoas se encontram.

POR QUE ALGUMAS CRIANÇAS VACINADAS, ASSIM COMO ADULTOS, AINDA ADQUIREM A COVID-19?

As vacinas da Covid-19 são eficazes e tiveram um papel fundamental para o controle da pandemia. Infelizmente, nenhuma vacina apresenta uma eficácia de cem por cento para gerar a extinção da doença que ela propõe evitar. Haverá sempre uma pequena porcentagem de indivíduos que, mesmo vacinados, ainda desenvolverão a enfermidade visada. Além disso, os vírus vão apresentando mutações, ou seja, alterações do genoma, material genético do vírus. Essas mutações são proporcionais ao número de replicações do vírus, isso é, quanto mais pessoas infectadas maiores as chances do surgimento de novas variantes. Para esses vírus que sofreram mutações, habitualmente, as vacinas desenvolvidas para os vírus originais, com seu genoma não modificado (sem as mutações), apresentam um menor efeito. Isso foi registrado na Covid-19 com as variantes, ômicron (variante B.1.1.529), delta, gama, alfa e beta. Entretanto, mesmo nesses casos, os sintomas da doença são mais leves ou ausentes nas pessoas vacinadas.

QUE VACINA EU DEVO DAR AO MEU FILHO? QUAL DELAS É A MELHOR?

A Organização Mundial da Saúde (OMS) orienta as pessoas a se vacinarem contra a Covid-19 com qualquer vacina que lhes seja oferecida. Todas as vacinas autorizadas foram previamente estudadas e se mostraram seguras e eficazes na prevenção da enfermidade.

O QUE É HESITAÇÃO VACINAL EM CRIANÇAS?

Hesitação vacinal é o nome dado ao comportamento dos pais em atrasar ou recusar vacinar seus filhos com vacinas disponibilizadas pelo sistema de saúde. Mais recentemente, os pais têm sido bombardeados com falsas informações sobre a eficácia e a segurança dos imunizantes.

ISSO É PREOCUPANTE...

Sim, muito! As taxas de vacinação vêm declinando no Brasil desde 2015 e preocupa as autoridades. Segundo dados do Ministério da Saúde, os índices de cobertura vacinal, que chegaram a 97% em 2015, declinaram a 75% em 2020, índice anteriormente atingido em 1987. A pandemia da Covid-19 parece ter intensificado esse processo. Isso resulta numa possibilidade bastante perigosa, o retorno de muitas doenças já erradicadas, algumas delas gravíssimas, como meningite, sarampo, tétano, difteria, pólio, entre outras.

Uma pesquisa recente da Sociedade Brasileira de Pediatria mostrou que os sentimentos de desconfiança e de repúdio às vacinas por parte dos pais vinham através das redes sociais (30,95%), conteúdos veiculados pela mídia (20, 68%) e a busca por informações na internet (13, 60%). Também foram citados os conteúdos transmitidos por WhatsApp (8,43%), conselhos de amigos (4,61%) e de familiares (3,26%) e o quadro político geral (2,07%). Dentre os motivos mais comuns para não vacinar os filhos, foram apontados: receio de eventos adversos (19,76%), desconfianças quanto à segurança das vacinas (19,27%), esquecimento (17,98%) e falta de oferta no sistema público (17,58%). As vacinas contra a Covid-19 foram as que mais geraram controvérsias. Mais de 80% dos pais relataram expressões de reserva e desconfiança.

Especificamente para a vacina contra a Covid-19, os fatores mais mencionados pelos pais aos médicos foram: medo de que as vacinas usadas no combate à doença resultem em danos posteriores às crianças (18%), medo de problemas como miocardite e trombose (16,5%), e preocupações com a segurança geral das vacinas de RNA (12,8%). Também argumentaram que as crianças não desenvolviam Covid-19 grave (12,84%), que os pais ou responsáveis não conheciam nenhum caso de criança que morreu de Covid-19 (8,80%), que as vacinas não protegiam da infecção e as crianças só desenvolviam formas leves da doença (8,77%), que a vacina não impedia a Covid (7,08%), que os reforços eram uma estratégia dos laboratórios para empurrar a vacina para cima dos governos (6,95%) e que a infecção natural protegia por mais tempo do que a vacina (5,81%).

Os organizadores do estudo pontuam que parece haver uma diferença de atitude por parte dos pais quanto a se vacinarem e vacinarem os filhos contra a Covid-19. “Menos de 50% da população pediátrica elegível tomou vacina. Entre os adultos esse percentual chegou a 95% para a primeira e a segunda doses”, diz Eduardo Jorge da Fonseca, do comitê científico da SBP. “Isso sugere que, embora os pais e mães tenham se vacinado, essas *fake news* foram tão influentes que geraram insegurança

junto aos pais, e, ainda mais grave, parecem ter afetado também a confiança nas demais vacinas. Já havia desde 2015 uma redução da cobertura vacinal e isso foi agravado pela politização da vacinação durante a pandemia", diz.

QUANDO A CRIANÇA DEVE TOMAR A SEGUNDA DOSE DA VACINA PARA COVID-19?

Vai depender da primeira vacina recebida. Para a vacina (pediátrica) da Pfizer, indicada para crianças de 5 a 11 anos, o reforço é com um intervalo de 8 semanas. Para a Coronavac, indicada para crianças a partir dos 3 anos, deve ter administrada após 28 dias.

A VACINA PARA COVID-19 PODE SER TOMADA JUNTO COM OUTRAS?

Sim. A partir da faixa etária dos 6 meses, as vacinas contra Covid-19 podem ser administradas simultaneamente ou com qualquer intervalo com as demais vacinas do Calendário Nacional de Vacinação.

CRIANÇA QUE TESTOU POSITIVO PARA COVID-19 PODE TOMAR A VACINA?

A recomendação para esses casos é de aguardar 30 dias para tomar a vacina. Entretanto, alguns estudiosos apontam para 90 dias, baseados em estudos que indicam proteção segura pela infecção natural nesse período.

QUAL O RISCO DA VACINA PARA COVID-19 PROVOCAR MIOCARDITE?

A miocardite, inflamação do músculo do coração, praticamente não tem sido descrita em crianças que tomaram a vacina contra a Covid-19. Entretanto, a miocardite tem sido descrita em crianças e adolescentes que contraíram a doença.

É NECESSÁRIA A DOSE DE REFORÇO PARA CRIANÇAS?

O Ministério da Saúde, a partir de janeiro de 2023, passou a recomendar a dose de reforço da vacina Covid-19 para todas as crianças entre 5 e 11 anos. A orientação se baseia em estudos científicos que apontam um aumento da proteção com o aumento dos níveis de anticorpos depois da aplicação da dose complementar. Um estudo apontou um aumento de seis vezes no número de anticorpos após a dose de reforço. O reforço da vacina pediátrica da Pfizer se mostrou eficaz contra a variante **ô**micron, com aumento de 36 vezes na produção de anticorpos nessa faixa etária.

O intervalo entre a segunda dose e o reforço deverá ser a partir de quatro meses. A imunização complementar deve ser feita com a vacina pediátrica da Pfizer, independentemente se a criança tomou a primeira e a segunda dose da Pfizer ou da Coronavac. Mesmo para as crianças que perderam o prazo recomendado, devem receber esse reforço. O Ministério da Saúde recomenda a administração simultânea de vacinas Covid-19 com os outros imunizantes do calendário vacinal.

43.3 ORIENTAÇÕES GERAIS PARA O USO DE MÁSCARAS FACIAIS

ORIENTAÇÕES PARA O USO DE MÁSCARAS FACIAIS

O Ministério da Saúde em sua Nota Técnica (0031644242) faz as seguintes recomendações para o suo de máscaras no âmbito individual:

- Pessoas com sintomas gripais, casos suspeitos ou confirmados de Covid-19, ou pessoas que tenham tido contato próximo com caso suspeito/confirmado da doença.
- Pessoas com fatores de risco para complicações da Covid-19 (em especial imunossuprimidos, idosos, gestantes e pessoas com múltiplas comorbidades) em situações de maior risco de contaminação pela Covid-19, como locais fechados e mal ventilados, locais com aglomeração e em serviços de saúde.

Em relação ao âmbito coletivo, recomenda:

- As recomendações do uso de máscaras no âmbito coletivo devem ser definidas pelas autoridades locais a depender do cenário epidemiológico de cada unidade federada ou município, avaliando fatores como: cobertura vacinal (incluindo doses de reforço), taxa de transmissão, taxa de hospitalização por SRAG, mortalidade, entre outros.
- Na ocorrência de surto de Covid-19 em determinado local ou instituição, recomenda-se o uso de máscara por todos os indivíduos do mesmo ambiente, devido ao potencial risco de transmissão por pessoas assintomáticas.
-

ORIENTAÇÕES PARA ISOLAMENTO DE CASOS DE COVID-19

Os indivíduos com quadro de síndrome gripal (SG) leve com confirmação para Covid-19 por qualquer um dos critérios (laboratorial ou clínico/epidemiológico) ou que ainda não coletaram amostra biológica para investigação etiológica devem:

- Iniciar o isolamento respiratório domiciliar imediatamente e esse poderá ser suspenso no 7º dia completo do início dos sintomas se estiver afebril, sem o uso de medicamentos antitérmicos, há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, sem a necessidade de realizar novo teste de biologia molecular ou TR-Ag. Nesse caso, devem ser mantidas as

medidas adicionais, incluindo o uso de máscaras até o 10º dia completo do início dos sintomas. Mais informações em: https://www.gov.br/saude/pt-br/coronavirus/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-6-2023-cgv-di-dimu-svsa-ms.

- Caso o indivíduo tenha acesso à testagem em serviço de saúde, o isolamento respiratório domiciliar pode ser reduzido e suspenso no 5º dia completo do início dos sintomas se apresentar resultado de teste de biologia molecular não detectável ou não reagente para TR-Ag realizado no 5º dia completo do início dos sintomas, desde que permaneça afebril, sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas, e com remissão dos sintomas respiratórios. Nesse caso, devem ser mantidas as medidas adicionais (veja na sequência), incluindo o uso de máscaras até o 10º dia completo.
- Se o indivíduo permanecer sem melhora dos sintomas respiratórios ou tiver febre no 7º dia completo após o início dos sintomas, ou se apresentar novo exame positivo para SARS-CoV-2 realizado a partir do 5º dia completo do início dos sintomas, deve ser mantido o isolamento respiratório domiciliar até o 10º dia completo. Ademais, caso o indivíduo não consiga usar máscara quando estiver próximo a outras pessoas, o isolamento deve ser de 10 dias completos após o início dos sintomas.

Atenção: dia 0 e o dia do início dos sintomas e o dia 1 é o primeiro dia completo após o início dos sintomas (24 horas), e assim sucessivamente.

MEDIDAS ADICIONAIS A SEREM ADOTADAS ATÉ O 10º DIA COMPLETO DO INÍCIO DOS SINTOMAS/DATA DA COLETA NOS CASOS DE SUSPENSÃO DO ISOLAMENTO A PARTIR DO 5º DIA COMPLETO PARA CASOS LEVES/ASSINTOMÁTICOS

- Usar máscara bem ajustada ao rosto, preferencialmente cirúrgica ou PFF2/N95, em casa ou em público.
- Evitar contato com pessoas imunocomprometidas ou que apresentem fatores de risco para agravamento da Covid-19, como também locais com aglomerações de pessoas, como transporte público ou onde não seja possível manter o distanciamento físico.
- Evitar frequentar locais onde não possa ser usada a máscara durante todo o tempo, como restaurantes e bares.
- Evitar comer próximo a outras pessoas tanto em casa como no trabalho.
- Evitar viajar durante o período.

ORIENTAÇÕES PARA INDIVÍDUOS ASSINTOMÁTICOS E QUE TESTARAM POSITIVO PARA COVID-19 (TESTE RÁPIDO OU MÉTODO RT-QPCR)

- Iniciar o isolamento respiratório domiciliar imediatamente e esse poderá ser suspenso no 7º dia completo após a data da coleta da amostra, sem a necessidade de realizar novo teste, desde que permaneçam assintomáticos durante todo o período. Nesse caso, devem ser mantidas as medidas adicionais até o 10º dia completo da coleta da amostra, descritas acima.
- Caso o indivíduo tenha acesso a testagem, o isolamento respiratório domiciliar pode ser reduzido e suspenso no 5º dia completo a contar da data da primeira coleta, desde que permaneça assintomático durante todo o período e com resultado não detectável para teste de biologia molecular ou não reagente para TR-Ag realizado no 5º dia completo a contar da data da primeira coleta. Nesse caso, devem ser mantidas as medidas adicionais, incluindo o uso de máscaras, até o 10º dia completo da primeira coleta, descritas acima.

Atenção: O autoteste rápido de antígeno não é recomendado para fins de redução do período de isolamento, tanto para casos leves como para os assintomáticos confirmados laboratorialmente, em função de possíveis erros na auto coleta da amostra e grande variedade de testes comerciais disponíveis com características de sensibilidade e especificidade diferentes.

ORIENTAÇÕES PARA INDIVÍDUOS COM QUADRO DE SÍNDROME GRIPAL LEVE, SEM CONFIRMAÇÃO DE COVID-19 PELO CRITÉRIO CLÍNICO/EPIDEMIOLÓGICO E COM TESTE NEGATIVO PARA COVID-19 (TESTE RÁPIDO OU MÉTODO RT-QPCR)

- Medidas de isolamento e precaução podem ser suspensas desde que permaneçam afebris, sem o uso de medicamentos antitérmicos, há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios e cujos exames tenham sido realizados no período indicado, para evitar resultado falso negativo.

ORIENTAÇÕES PARA INDIVÍDUOS COM QUADRO DE SÍNDROME GRIPAL MODERADA E COM CONFIRMAÇÃO PARA COVID-19 POR QUALQUER UM DOS CRITÉRIOS (CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO OU LABORATORIAL) OU QUE AINDA NÃO COLETARAM AMOSTRA BIOLÓGICA PARA INVESTIGAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA

- Medidas de isolamento e precaução devem iniciar imediatamente e só podem ser suspensas após 10 dias da data de início dos sintomas, desde que permaneçam afebris sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios.

ORIENTAÇÕES PARA INDIVÍDUOS IMUNOCOMPETENTES COM QUADRO DE SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (9SRAG) — GRAVE/CRÍTICO — COM CONFIRMAÇÃO PARA COVID-19 POR QUALQUER UM DOS CRITÉRIOS (CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO OU LABORATORIAL)

- Medidas de isolamento e precaução devem ser iniciadas imediatamente e só podem ser suspensas após 20 dias do início dos sintomas, desde que permaneçam afebris, sem o uso de medicamentos antitérmicos há pelo menos 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios, mediante avaliação médica.

INDIVÍDUOS GRAVEMENTE IMUNOSSUPRIMIDOS COM CONFIRMAÇÃO PARA COVID-19 POR QUALQUER UM DOS CRITÉRIOS (CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO, OU LABORATORIAL)

- Medidas de isolamento e precaução devem ser iniciadas imediatamente e só podem ser suspensas após 20 dias do início dos sintomas, desde que afebris há 24 horas e com remissão dos sintomas respiratórios. A estratégia baseada em testagem laboratorial (necessidade de RT-PCR para SARS-CoV-2 negativo) para descontinuidade do isolamento deve ser considerada nessa população, a critério médico.

RECOMENDAÇÕES ATUAIS PARA O USO DE MÁSCARAS

OMS (Atualizadas)

Em situações específicas, independentemente da situação epidemiológica:

- Para aqueles que foram recentemente expostos à Covid-19.
- Para casos confirmados ou suspeitos de Covid-19.
- Pessoas com risco alto para doença grave por Covid-19.
- Em ambientes superlotados, fechados e com ventilação de ar inadequada.

Ministério da saúde (Vigentes)

Recomendado no âmbito individual para:

- Pessoas com sintomas gripais, casos suspeitos ou confirmados da Covid-19 ou pessoas que tenham tido contato próximo com caso suspeito/confirmado da doença.
- Pessoas com fatores de risco para complicações da Covid-19 (em especial imunossuprimidos, idosos, gestantes e pessoas com múltiplas comorbidades) em

situações de maior risco de contaminação pela Covid-19, como: locais fechados e mal ventilados, locais com aglomeração e em serviços de saúde.

RECOMENDAÇÕES ATUAIS PARA TEMPO DE ISOLAMENTO

OMS (Atualizadas)

- 10 dias de isolamento para casos de Covid-19 sintomáticos.
- 5 dias para casos de Covid-19 assintomáticos.

Ministério da Saúde (Vigentes)

Indivíduos com quadro de síndrome gripal leve com confirmação para Covid-19 (sintomáticos):

- 7 dias de isolamento (após início dos sintomas) e medidas adicionais até 10º dia.
- Isolamento pode ser reduzido se apresentar resultado negativo ao final do 5º dia, e estar sem sintomas/febre por pelo menos 24 horas.
- Se ainda apresentar sintomas/febre no 7º dia ou testar positivo no 5º dia, permanecer em isolamento até 10 dias.

Indivíduos assintomáticos confirmados laboratorialmente para Covid-19 (assintomáticos):

- Sete dias de isolamento (após a data da coleta) e medidas adicionais até 10º dia.
- Isolamento pode ser reduzido se apresentar resultado negativo ao final do 5º dia e continuar sem sintomas durante todo o período.

44 | PELE: DIFERENÇAS ENTRE A DA CRIANÇA E A DO ADULTO, CUIDADOS BÁSICOS, PRINCIPAIS DOENÇAS

Cicero Macedo Cruz
Maria de Fatima Lopes da Cruz
Otelo Schwambach Ferreira
Roberta Cardoso de Siqueira
Vanessa Lucília Silveira de Medeiros

O QUE DIFERENCIA A PELE DAS CRIANÇAS DA DOS ADULTOS?

O material gorduroso e esbranquiçado que cobre a pele das crianças recentemente nascidas, o vernix caseoso, é normal e desaparece naturalmente em poucas horas. O eritema tóxico é erupção caracterizada por pequenas lesões parecidas com picadas de insetos e provavelmente produzida pelo contato com roupas ou outros elementos da vida extrauterina é outro aspecto observado. Também desaparece naturalmente. O milium é composto por pequenos pontos branco-amarelados na face que tendem a desaparecer espontaneamente após algumas semanas ou meses.

A pele dos bebês é mais fina e delicada que a dos adultos. É também mais sensível a irritações e infecções como o impetigo, ao asseio inadequado, aos raios solares, aos traumas e aos produtos químicos.

A grande extensão em relação ao peso e outras características da pele fazem com que eles sofram mais os efeitos do frio e do calor; possam ser intoxicados pelo álcool para baixar a febre e tenham mais efeitos danosos com os corticoides usado localmente. Os anos tornam a pele mais espessa, menos extensa por quilo de peso, mais resistente e menos sujeita às doencinhas de criança.

O QUE SÃO AS MANCHAS ARROXEADAS NAS NÁDEGAS?

Chamadas “manchas mongólicas” decorrem da miscigenação racial e, por isso, são muito encontradas nos brasileiros que carregam a genética das três raças que caracterizam a nossa população. São ocasionadas pelo acúmulo da melanina e mais notadas na região do sacro ou nas nádegas, mas podem ser notadas em outras regiões corporais. Não significam anormalidades e tendem a desaparecer, sem tratamento, com a idade.

QUAIS CUIDADOS TOMAR COM A PELE DO RECÉM-NASCIDO?

- **Banhos** — A rotina inclui um banho de imersão logo após o nascimento. A temperatura da água deve ser ajustada de acordo com a sensibilidade do bebê e a temperatura ambiente. Em clima tropical, preferir a água não aquecida.
- **Sabonete** — Usar sabonete para criança e evitar o uso excessivo.
- **Vestuário** — Preferir as roupas de algodão, leves e claras. Evitar as de tecido sintético e de cores fortes. Lavar a roupa com sabão de coco sem amaciantes e alvejantes. Aquecer o bebê apenas o suficiente, o que varia com a temperatura ambiental. Nas regiões quentes e úmidas, é comum ver crianças com excesso de vestuário o que favorece o aparecimento de algumas doencinhas. Uma maneira prática para os primeiros meses é colocar uma roupa a mais do que o cuidador está usando. Por exemplo, se o adulto está confortável com uma blusa de manga curta, colocar uma blusa de manga comprida no bebê. Observar então como a criança se comporta em relação a suor ou se manifesta desconforto.
- **Fraldas, asseio, cremes e pomadas** — As fraldas de algodão, praticamente extintas pela indústria dos descartáveis, se usadas devem ser trocadas imediatamente após cada xixi ou cocô. As descartáveis de boa qualidade mantêm a pele do bebê seca até determinado volume de xixi e devem ser trocadas antes de ficarem encharcadas e imediatamente após cada evacuação. Os descartáveis não absorvem as fezes, que agridem a pele. Eles dificultam a "respiração" da região coberta e favorecem vários tipos de dermatite, principalmente por fungos. Para garantir a higiene adequada do bebê durante as trocas de fraldas, é recomendado utilizar água corrente e sabonete infantil para lavar a região, sempre que houver presença de fezes. Quando não for viável, lançar mão do algodão umedecido com água. Evitar o uso de lenços umedecidos e loções higiênicas. Para prevenir irritações e assaduras, é importante utilizar cremes e pomadas que protejam a pele sem irritá-la ou deixá-la engordurada em excesso. O ideal é testar diferentes produtos até encontrar o ideal para o bebê. Deve-se evitar o uso indiscriminado de cremes com nistatina sem orientação médica. Em caso de irritação local, evitar o uso de cremes com vitamina A, que podem agravar o problema. Por fim, é fundamental evitar o uso excessivo de produtos que possam prejudicar a saúde da pele, mantendo sempre a região limpa e seca.

QUAL O MELHOR ESQUEMA PARA O CONVÍVIO COM O CALOR?

Vestuário sumário e ambiente naturalmente ventilado são os remédios corretos. A criança, desde novinha, deve ser adaptada a viver no seu ambiente. Se a temperatura está elevada, hidrate-a bem e escolha o melhor cômodo da casa para seu repouso. A "neura" de usar ventilador e, sobretudo, o ar-condicionado deve ser combatida.

O ASSEIO DA MENINA É IGUAL AO DO MENINO?

O asseio genital nos dois sexos é diferente. Consultar o capítulo sobre os genitais, neste livro. A pele das meninas apresenta alguns problemas especiais face ao uso de brincos, esmaltes, batons e maquiagens.

COMO DEVE SER O ASSEIO DA PELE DAS CRIANÇAS MAIORES?

Crianças que vivem em áreas tropicais ou que realizam atividades físicas intensas podem precisar tomar mais banhos para manter a higiene adequada. É recomendável usar sabonetes infantis em pequenas quantidades, e enxaguar completamente e sem demora, para evitar irritações na pele. É importante educar as crianças sobre a importância da higiene e os pais devem aproveitar o momento do banho para conversar sobre o assunto. A partir dos 6 anos, as crianças devem começar a se banhar sozinhas, mas é recomendável que os pais acompanhem por alguns anos para garantir que tudo esteja indo bem.

COMO CUIDAR DAS UNHAS?

As unhas dos bebês novinhos são delicadas. Quando estão embutidas no leito ungueal, não devem ser cortadas. Quando longas, devem ser cortadas com tesourinha sem ponta ou com o cortador de unha. Deve ser apenas retirado o excesso com cuidado para não traumatizar a pele fininha ao redor. Na criança mais ativa, pode ser preferível fazer isso durante o sono e nada de tirar a cutícula. O corte deve ser feito reto, sem deixar muito rente para não haver risco de cortar demais e nunca cortar os cantos. Alguns bebês apresentam unhas encravadas espontaneamente logo após o nascimento. Nesse caso **é** recomendado compressas mornas, e em algumas situações, o médico poderá recomendar a aplicação de medicação tópica.

Nas crianças maiores, as unhas devem ser periodicamente cuidadas. Essas crianças têm contato com areia e terra, brincam sem sapatos e sempre existe debaixo das unhas uma "sujeirinha" que pode ser fonte de doenças. As unhas devem ser mantidas curtinhas. É permitido, nas crianças em qualquer idade, dar uma escovadinha bem de leve no encontro da unha com a pele, utilizando uma escovinha macia, água e sabonete infantil. Nada de tentar tirar a cutícula e nada de embelezamento excessivo. Cuidado com acetona, a lâmina ungueal é fina e pode se danificar com esse tipo de produto. É normal a ocorrência de manchas brancas na unha (leuconiquia transversal) pois a matriz é muito delicada e sofre com pequenos traumas.

QUANDO PERMITIR O ESMALTE, O BATOM E A MAQUIAGEM?

As garotinhas têm uma tendência natural de imitar os modelos femininos ao seu redor e desejar usar esmaltes, batons e maquiagem desde muito cedo. A mídia, as bonecas super maquiadas e os presentes das vovós intensificam ainda mais esse aspecto do con-

sumo. No entanto, é importante adiar o máximo possível o contato com esses produtos, pois todos eles implicam a exposição a substâncias químicas que podem propiciar o desenvolvimento de alergias. É recomendável utilizar a linha de produtos para crianças de fabricantes idôneos e responsáveis, evitando sempre o uso dos empregados nas bonecas. Além disso, é importante estar atento a possíveis anormalidades após a aplicação.

E O USO DESSES PRODUTOS NAS ADOLESCENTES?

As adolescentes devem evitar o uso frequente de bases de maquiagem. Esses produtos podem propiciar ou agravar a acne, comum na adolescência. Quando necessário, optar por produtos para pele oleosa. Batom, blush, sombra, rímel e outros produtos de maquiagem podem ser usados, exceto se o adolescente for alérgico. Neste caso, um dermatologista deve ser consultado para o diagnóstico correto da alergia, orientações e acompanhamento.

COMO CUIDAR DOS CABELOS? ALGUM XAMPU ESPECIAL? E A CASPA?

Deve-se optar por um xampu suave e adequado para a idade da criança, de preferência, sem sulfatos e outros ingredientes agressivos que podem irritar o couro cabeludo. A frequência de lavagem normalmente é diária em locais de clima quente, mas pode ser mais espaçada, desde que seja suficiente para manter cabelos e couro cabeludo limpos e saudáveis.

O condicionador ajuda a hidratar e nutrir os cabelos, deixando-os mais macios, brilhantes e fáceis de pentear. Isso é especialmente importante para crianças com cabelos crespos, cacheados ou muito longos, que são mais propensos a emaranhar e formar nós. Importante escolher um produto suave e seguro, especialmente formulado para cabelos infantis. Depois da lavagem com xampu, aplica-se o condicionador nos cabelos, concentrando-se nas pontas, evitando o couro cabeludo. O enxague deve ser completo. Os cabelos ficarão mais macios e fáceis de pentear, reduzindo a dor e o desconforto que as crianças podem sentir ao desembaraçá-los. É importante pentear o cabelo das crianças regularmente para desembaraçar os fios e evitar a formação de nós. Deve-se usar um pente com dentes largos ou escova apropriada para o desembarace, iniciando pelas pontas e subindo gradualmente até as raízes.

Na presença de caspa ou se a criança tiver outros problemas no couro cabeludo, como coceira, vermelhidão, é importante consultar um dermatologista para avaliar a condição e recomendar o tratamento adequado. A caspa pode ser manifestação de dermatite seborreica ou atópica, da psoríase e de algumas micoses.

COMO DEVE SER A PROTEÇÃO SOLAR?

Bebês de 0 a 6 meses não devem ser expostos diretamente ao sol e devem ser mantidos na sombra. A partir dos 6 meses, é importante evitar a exposição solar direta entre 10 e 16 horas. É recomendável também o uso de roupas protetoras como

camisas e chapéus e a aplicação de protetor solar adequado para a idade. Importante lembrar que quanto mais clara a pele, maiores os riscos de queimadura solar envelhecimento precoce e desenvolvimento de câncer de pele. Além disso, o excesso de sol também pode predispor à catarata na idade adulta. Portanto, é fundamental que os pais e responsáveis sejam conscientes sobre a importância da proteção solar em crianças e incentivem o hábito de se protegerem. Essa medida pode contribuir significativamente para a saúde e bem-estar dos pequenos e prevenir doenças causadas pela radiação solar na idade adulta.

QUAL PROTETOR USAR?

A proteção solar uma prática que deve ser estimulada desde cedo para se tornar hábito, especialmente para aquelas crianças de pele mais clara, as com tendência a desenvolver sardas e as que tenham pais ou avós com histórico de câncer de pele. Deve ser preferido o protetor solar em loção cremosa indicado para a faixa etária e com fator de proteção solar (FPS) acima de 30. Deve ser aplicada uma camada do protetor em toda pele não coberta por roupas ou chapéu 30 minutos antes da exposição solar e a reaplicação deve ser feita a cada 2 horas ou após transpiração excessiva ou banho, mesmo em dias nublados. Não esquecer das orelhas e da nuca. Observar que o uso de roupas protetoras diminui a quantidade produto aplicado na criança, uma vez que não é necessária a aplicação em pele coberta por elas, mas os pais devem ficar atentos para não permitir a retirada das roupas durante o período de exposição.

É importante observar se há ardência ou vermelhidão nos olhos, que indica sensibilidade ao produto, podendo se manifestar horas após a aplicação ou ao suar/molhar o rosto.

COMO USAR OS REMÉDIOS EM CREMES, POMADAS E LÍQUIDOS?

As diferenças dos remédios em veículos como cremes, pomadas e líquidos estão relacionadas à forma de aplicação, absorção e efeitos terapêuticos.

- **Cremes**: tem consistência macia, se espalham facilmente na pele. São indicados para tratamentos de áreas de pele mais extensas, como na dermatite atópica, e são facilmente absorvidos pela pele.
- **Pomadas:** tem consistência mais espessa e oleosa, que formam uma camada protetora sobre a pele. São indicadas para tratamentos de lesões mais localizadas e mais ressecadas, são mais difíceis de serem absorvidas pela pele, mas podem ter o efeito mais prolongado.
- **Líquidos**: podem ser utilizadas em sprays ou soluções tópicas. São indicados para tratamentos em áreas específicas, como as mucosas e o couro cabeludo, e são facilmente absorvidos pela pele.

É importante ressaltar que a escolha do medicamento em creme, pomada ou líquido deve ser feita pelo médico, levando em consideração a condição clínica da criança, aspectos da lesão e a área a ser tratada. Além disso, é importante seguir corretamente as instruções de uso do medicamento, para garantir a eficácia e segurança do tratamento.

44.1 PRINCIPAIS DOENÇAS DA PELE NAS CRIANÇAS

MEU FILHO NASCEU COM UMA LESÃO COR DE SANGUE NA PELE. O QUE É ISSO?

Deve ser um hemangioma que é lesão vascular congênita que pode se apresentar de várias maneiras. Os hemangiomas geralmente aparecem nas primeiras semanas de vida como uma mancha vermelha na pele e podem aumentar de tamanho rapidamente, especialmente nos primeiros meses. À medida que crescem, eles podem se tornar mais elevados e ter uma aparência semelhante a um "morango". Costumam ser macios e compressíveis, e podem ter uma temperatura mais elevada que a pele ao redor. A maioria é inofensiva e desaparece gradualmente sem a necessidade de tratamento. No entanto, mais raramente, alguns podem crescer rapidamente ou apresentar riscos para a saúde, dependendo da sua localização e tamanho. Nesses casos, o médico pode recomendar o uso de medicamentos, cirurgia, terapia a laser ou uma combinação desses métodos para reduzir o tamanho ou remover a lesão. Por isso, todo hemangioma infantil deve ser avaliado e seguido pelo médico, para avaliar o risco, a velocidade de crescimento e a necessidade ou não de tratamento específico para cada lesão.

O FILHO DA MINHA VIZINHA NASCEU COM UMA MANCHA VERMELHA NO ROSTO. O MÉDICO DISSE QUE ERA MANCHA VINHO DO PORTO. É O MESMO QUE HEMANGIOMA INFANTIL?

Não. A mancha de vinho do porto é considerada uma forma particular de malformação vascular. Manifesta-se ao nascimento como uma mancha plana, de cor característica vermelho-vinho, de tamanho variável. Geralmente acomete a pele do rosto ou do pescoço e é permanente. Apesar de inofensiva, pode causar grande incômodo estético. A camuflagem com maquiagem é útil e a terapia a laser feita por um dermatologista experiente nessa tecnologia, pode ajudar a melhorar a aparência da mancha.

Vale destacar que, quando a mancha está localizada no terço superior da face, próximo ao olho, na testa, ou se estender até o couro cabeludo, deve-se suspeitar da Síndrome de Sturge-Weber, um distúrbio congênito raro associado a problemas neurológicos como deficiência intelectual e convulsão. Nesse caso, é importante que a criança seja avaliada por um neurologista para um diagnóstico preciso e um acompanhamento adequado.

NO BRASIL, AINDA SÃO VISTAS AS ERUPÇÕES CUTÂNEAS CAUSADAS POR SARAMPO E CATAPORA?

Sim. Problemas de natureza infecciosa (sarampo, catapora/varicela, escarlatina, eritema infeccioso, roséola, rubéola, dengue e outras) ou não (doença de Kawasaki) são estudados pelo pediatra embora existam marcantes manifestações dermatológicas que podem exigir a participação do dermatologista. Há capítulos especiais sobre algumas destas doenças neste livro.

O QUE É DERMATITE DA FRALDA?

É uma inflamação na pele da área coberta pela fralda. É causada pela umidade, calor, fricção, contato com urina e fezes com proliferação de bactérias e fungos. É comum em bebês e crianças pequenas que usam fraldas. Existe vermelhidão, irritação, coceira e até feridas no local.

O tratamento inclui medidas de higiene: trocar a fralda com frequência, manter a área limpa e seca, usar fraldas de boa qualidade e deixar a pele ventilada sem fralda sempre que possível. Além disso, é recomendado o uso de cremes ou pomadas de barreira, que protegem a pele do contato com o xixi e o cocô e ajudam na sua cicatrização. Em alguns casos, é necessário o uso de pomadas com corticoides ou antifúngicos para combater a inflamação e as infecções secundárias. É importante lembrar que o tratamento deve ser orientado pelo médico pediatra ou dermatologista, para evitar o uso inadequado de medicamentos e garantir a segurança e eficácia do tratamento.

Agora um segredinho, desses que são aprendidos com os mais experientes. Há mais de 50 anos um excelente professor de Pediatria ensinou a um jovem médico o "tratamento seco" para esse tipo de dermatite. E esse médico pratica a abordagem, desde então, com sucesso em muitos pacientes. Não em 100%, pois esse percentual não é alcançado com nenhuma terapêutica. O tratamento seco é assim

- Não utilização de cremes ou pomadas.
- Nos banhos de rotina, ou após evacuação e micção, a criança é submetida ao asseio usual.
- O enxugamento é feito com toalhas de algodão ou com papel absorvente sem atrito. Apenas encostando a toalha ou o papel absorvente até que a pele esteja bem seca.
- O enxugamento é ainda mais completo com o uso do secador de cabelo, sem calor, apenas com o jato de ar.
- E ainda para secar mais a pele, é possível usar talco após o uso do secador de cabelo.
- Não usar fralda descartável. Usar a de algodão. E deixar por muitas horas, a pele da região "respirar", ou seja, sem cobertura com fralda.

Evidentemente o médico deve ser consultado se, após 2-3 dias desse "tratamento seco", a pele continuar doente.

O QUE É A CROSTA NO COURO CABELUDO? COMO TRATO?

Também chamada crosta láctea é uma variante da caspa comum em bebês. É caracterizada pela formação de crostas gordurosas, amareladas e aderentes ao couro cabeludo. A pele ao redor pode estar avermelhada. Em certos casos ocorre infecção bacteriana secundária.

Os cuidados incluem lavar cuidadosamente a cabeça com xampu infantil suave e água morna, massageando suavemente o couro cabeludo com as pontas dos dedos. Antes do banho é bom aplicar óleo mineral ou óleo de amêndoa, em pequena quantidade e suavemente no local. Após alguns minutos as crostas estão amolecidas. Em seguida, passar um chumaço de algodão delicadamente removendo as crostas, já soltas, sem promover sangramento. O cabelo pode ser lavado em seguida normalmente e algumas crostas a mais irão se desprender. É importante lembrar que o problema é condição benigna e geralmente desaparece com o tempo, sem deixar cicatrizes ou sequelas. Entretanto, algumas vezes, é necessária a associação de remédios, evidentemente prescritos pelo médico.

E A BROTOEJA?

Ou miliária é a erupção cutânea causada pelo aumento da produção de suor e obstrução do canal da glândula. Com a obstrução, o suor não consegue atingir a superfície e extravasa para dentro da pele. Temperatura ambiental elevada, exposição prolongada ao sol, excesso de agasalhos, uso de roupas de tecido sintético, banhos prolongados, surtos febris e exercícios físicos são os principais fatores desencadeantes. Caracteriza-se por pequenas lesões cutâneas vermelhas e elevadas, geralmente acompanhadas de coceira intensa.

É mais comum em áreas do corpo propensas à transpiração, como o pescoço, as costas, o rosto e as dobras de pele. Ocorre em qualquer idade, mas é mais comum em bebês e crianças pequenas, especialmente em obesos e nos climas quentes e úmidos. Não é raro ocorrer infecção secundária, com o surgimento de (pústulas, vesículas com pus) ou até abscessos (nódulos dolorosos, vermelhos e quentes).

A prevenção é conseguida pelos meios que evitam o excesso de sudorese: roupas ventiladas e de algodão, banhos frios e proteção contra o calor. A pasta d´água e a pasta com goma de tapioca ou amido e água (fórmula popular) são úteis no tratamento. Corticoide de baixa potência em creme alivia a coceira e diminui o processo inflamatório.

Se houver pústulas, lavar a região com água e sabonete comum e o médico indica antibiótico local. Se houver abscessos, fazer também compressa morna. Nesse caso, pode ser necessário uso de antibiótico orientado pelo médico.

O QUE É A ACNE?

É uma condição comum da pele que ocorre quando os folículos pilosos ficam obstruídos com sebo (óleo) e células mortas da pele. Isso leva ao desenvolvimento de cravos (comedões). Quando há inflamação no local e aumento de bactérias, ocorrem as espinhas, que podem ser bolinhas vermelhas ou lesões inflamadas e dolorosas. Compromete áreas onde há riqueza de glândulas sebáceas como a face e as regiões anterior e posterior do tórax. É mais comum na adolescência, especialmente após a puberdade. É causada por vários fatores, incluindo predisposição genética, desequilíbrios hormonais, dieta inadequada, estresse e uso de certos medicamentos. Óleos e cremes podem desencadear ou agravar o quadro.

O tratamento depende da intensidade. De forma geral, são necessários alguns cuidados como manter a pele limpa que pode ajudar a reduzir a produção de óleo e prevenir a obstrução dos poros. Isso pode incluir produtos clássicos como, sabonetes suaves para pele oleosa com ou sem ácido salicílico e soluções de limpeza para acne. Podem ser empregados medicamentos tópicos como, cremes, loções ou géis com ingredientes específicos.

Nos casos intensos, o médico pode prescrever antibióticos para ajudar a controlar as bactérias que contribuem para a acne. A isotretinoína oral é recomendada em casos muito intensos e resistentes ao tratamento usual.

O QUE É A ISOTRETINOÍNA?

É um medicamento altamente eficaz no tratamento da acne grave. Atua reduzindo a produção de óleo pelas glândulas sebáceas, diminuindo a inflamação e a formação de cravos. A acne pode afetar significativamente a qualidade de vida e a autoestima dos pacientes, especialmente quando se trata de acne grave e resistente ao tratamento. Nesses casos, a isotretinoína pode proporcionar benefícios significativos tanto físicos como emocionais.

No entanto, pode também ocasionar efeitos colaterais graves que incluem ressecamento da pele e dos lábios, sensibilidade à luz solar, vermelhidão e irritação da pele, sangramento nasal, aumento dos níveis de colesterol e triglicerídeos no sangue, dores musculares e nas articulações, depressão e ansiedade. Além disso, a isotretinoína ocasiona risco significativo de defeitos congênitos em bebês. Por esse motivo, é contraindicado em gestantes e as mulheres em idade fértil devem usar contracepção eficaz durante o tratamento e por mais um mês após a interrupção do medicamento.

Devido aos efeitos colaterais, a isotretinoína oral deve ser prescrita apenas por médicos dermatologistas especializados no tratamento da acne grave. O paciente deve ser monitorado de perto durante todo o tratamento.

O QUE É DERMATITE ATÓPICA?

É problema crônico e recorrente. Resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais, que levam a uma exacerbação da resposta imune e inflamação crônica na pele. Compromete a função de barreira exercida pela pele e produz sintomas como coceira intensa e erupções cutâneas recorrentes. As lesões vermelhas e descamativas afetam, principalmente, as áreas flexoras dos braços e pernas, pescoço e rosto e podem ser agravadas por fatores como estresse, clima seco e contato com irritantes da pele. É mais comum em crianças e os sintomas podem melhorar ou desaparecer completamente na medida em que elas entram na adolescência ou na idade adulta. No entanto, em algumas pessoas, a doença pode persistir ou até piorar na vida adulta, especialmente naquelas com antecedentes familiares de alergia.

A dermatite atópica é frequentemente associada a outras doenças alérgicas, como rinite e asma, em um processo conhecido como "marcha atópica". A marcha atópica sugere que a exposição a alérgenos na infância pode desencadear inicialmente a dermatite atópica, que pode levar à sensibilização das vias respiratórias e, eventualmente, à rinite e à asma. No entanto, é importante notar que nem todas as pessoas com dermatite atópica desenvolvem outras doenças alérgicas, e nem todas as pessoas com rinite alérgica ou asma têm dermatite atópica. Cada pessoa é única e pode ter uma combinação diferente de fatores genéticos e ambientais que contribuem para a manifestação de suas doenças alérgicas.

A coceira intensa pode interferir no sono da criança e causar fadiga e queda do rendimento escolar durante o dia. Quando intensa, o paciente coça até sangrar. Infecções secundárias ocorrem. Além disso, a doença pode afetar a autoestima especialmente se o enfermo tiver erupções cutâneas visíveis em áreas expostas do corpo, como o rosto ou as mãos.

O apoio e a compreensão da família são essenciais para que o paciente lide melhor com a dermatite atópica e sua autoestima não seja afetada negativamente.

COMO É O TRATAMENTO?

Proteção da pele: os banhos são uma parte importante dos cuidados. Deve-se evitar banhos longos e quentes. São recomendados os sabonetes suaves, sem fragrâncias. Preferentemente empregar produtos que sejam especialmente formulados. Não usar esponjas ou buchas e usar toalha macia para secar a pele delicadamente, sem esfregar. Manter as unhas curtas para evitar feridas e infecções secundárias causadas pelo ato de coçar. É fundamental manter a pele sempre hidratada através do uso de cremes ou loções hidratantes suaves e sem fragrância. Devem ser aplicados em todo corpo logo após cada banho, enquanto a pele ainda está úmida. Isso ajudará a selar a umidade na pele e prevenir o ressecamento. Usar roupas confortáveis e de tecidos respiráveis, como algodão.

Identificação e tratamento dos gatilhos que pioram a doença: certos alimentos, poeira, pólen, ácaros, perfumes, maquiagens, esmaltes de unha e produtos quí-

micos. Não usar perfume ou maquiagem. A mãe, quando em contato com o filho, também deve evitar o uso desses produtos. Evitar o contato prolongado de alimentos ao redor da boca e trocar as fraldas após micção e defecação. Lavar a roupa com sabonete de coco, enxaguar bem e não usar alvejantes ou amaciantes. Evitar picadas de inseto com o auxílio de roupas compridas, meias e mosquiteiros. O benefício do uso de repelentes no paciente com dermatite atópica deve ser avaliado individualmente pelo médico dermatologista.

Controle ambiental físico e emocional: tentar controlar a temperatura para evitar sudorese excessiva. Retirar cortinas, carpetes, animais de pelúcia do quarto. Passar pano úmido nos móveis e piso diariamente. Não usar aerossóis, trocar roupa de cama, no mínimo duas vezes por semana. Usar protetor antialérgico de travesseiro e de colchão. Evitar fumaça de cigarro e contato com gatos, cachorros, passarinhos. Ambiente emocional saudável ajuda na prevenção e na cura.

Tratamento medicamentoso: quando o acometimento da pele é extenso, e o desconforto é significativo ou se os sintomas estiverem piorando, um médico dermatologista deverá ser consultado para prescrever um plano terapêutico consistente e acompanhar a evolução do tratamento. Importante lembrar que todos os cuidados de rotina já mencionados devem ser mantidos em conjunto.

O QUE É URTICÁRIA? E O ANGIOEDEMA?

A urticária é condição comum caracterizada pelo surgimento rápido de placas vermelhas e elevadas na pele com muita coceira. As lesões podem aparecer em qualquer parte do corpo e variam em tamanho e forma. Têm duração curta de minutos a horas, normalmente até 24 horas. Novas lesões podem surgir em outros lugares, à medida que as outras desaparecem. Ela é classificada como aguda quando as lesões surgem abruptamente e regridem em até seis semanas ou como crônica quando dura mais de seis semanas. A urticária aguda é uma reação alérgica desencadeada por uma série de fatores, incluindo alimentos (leite, ovos, amendoim, nozes, peixes, mariscos, soja, trigo e frutas cítricas), substâncias inaladas (poeira doméstica, ácaros, pólen, mofo, pelos de animais e produtos químicos presentes em sprays e aerossóis), medicamentos (antibióticos, antitérmicos, anticonvulsivantes), picadas de insetos; contato com plantas, exposição ao sol, infecções (hepatites virais, parasitoses intestinais, infecção do trato urinário) e agentes físicos (frio, calor, pressão). A urticária crônica pode ser doença da imunidade. Apesar desse conhecimento, em grande parte dos pacientes investigados a causa não é definida. Sempre importante salientar que a urticária não causa risco de vida ao paciente.

O angioedema é uma condição não comum em que ocorre o inchaço súbito e temporário de uma parte do corpo, como o rosto, lábios, língua, mãos ou pés. É causado por uma reação alérgica ou por uma condição genética rara e pode ser acompanhado de urticária. Quando o angioedema afeta a laringe, pode levar a um edema de glote e causar dificuldades respiratórias graves, tornando-se uma emergência médica que necessita de assistência hospitalar imediata.

COMO É O TRATAMENTO DA URTICÁRIA?

A urticária aguda geralmente não é grave, mas pode ser extremamente incômoda e desconfortável ao paciente. Com o tratamento adequado, a maioria dos casos melhora em alguns dias ou semanas. O tratamento consiste no afastamento do fator causal, quando identificado e possível, e no uso de anti-histamínicos que reduzem a reação alérgica. A avaliação médica é necessária.

Para a urticária crônica, quando o quadro persiste por mais de seis semanas e não se identifica o fator desencadeante, há opções de tratamento modernas, com imunobiológicos. No entanto, são medicamentos de custo elevado e devem ser prescritas apenas por médicos dermatologista ou imunologista.

E A ALERGIA À PICADA DE "MURIÇOCA"?

A "muriçoca" ou pernilongo e outros insetos (percevejos, pulgas e maruins) injetam substâncias na pele que desencadeiam reações de intensidade variada que dependem da sensibilidade do indivíduo. Alguns fatores que podem atrair esses insetos incluem roupas escuras ou brilhantes, calor, umidade, pele ferida ou irritada e uso de perfumes. Climas quentes e úmidos também podem favorecer as picadas de insetos.

O estrófulo é a manifestação cutânea mais comum e frequentemente ocorre em crianças de 1 a 6 anos, especialmente aquelas com histórico de asma, rinite alérgica ou dermatite atópica. As lesões aparecem como pequenas pápulas (carocinhos) avermelhadas que coçam intensamente e podem durar cerca de uma semana. As áreas descobertas do corpo são as mais afetadas e o ato de coçar pode causar escoriações que podem levar a infecções secundárias, manchas residuais e até cicatrizes.

O tratamento depende da intensidade da reação. Em casos leves, é importante lavar o local da picada com água e sabão e evitar coçar o local para prevenir infecções secundárias. É possível aliviar o desconforto com compressas frias no local, pomadas ou cremes à base de corticoides, antialérgicos orais. Caso haja infecção secundária, pode ser necessário o uso de antibióticos tópicos ou até orais. Em casos raros e intensos, com anafilaxia e sintomas gerais, incluindo coceira, vermelhidão, inchaço, falta de ar, queda abrupta da pressão arterial e choque anafilático é necessário buscar assistência médica imediata.

FALEM SOBRE A DOENÇA CAUSADA PELA"PICHILINGA"?

"Pichilinga" é um parasito da pele de diversas aves. Alimenta-se do sangue das aves e também do ser humano. Causa uma dermatite pouco conhecida e pouco diagnosticada. É doença cada vez mais frequente, especialmente nos centros urbanos, onde os pombos são os principais responsáveis pela disseminação desses parasitas. Os ninhos dos pombos encontrados nos telhados, caixas de condicionadores

de ar e janelas muitas vezes estão infestados desses piolhos. Eles são muito pequenos. Migram à noite para se alimentar e durante o dia se escondem em frestas e ranhuras dos móveis ou do colchão ou retornam aos ninhos. Nos humanos, as picadas causam uma dermatite com pequenas lesões vermelhas, localizadas principalmente em áreas de dobras da pele e coçam intensamente.

O tratamento da dermatite consiste principalmente na eliminação da fonte da infestação dos piolhos, especialmente os pombos. É necessário remover seus ninhos e fechar com telas as áreas onde eles possam entrar na casa, como frestas em telhados, caixas de ar-condicionado e janelas. Além disso, é importante limpar e desinfetar o ambiente infestado para eliminar possíveis ovos e piolhos restantes.

Para tratar a doença cutânea é recomendado o uso de corticoides tópicos e antialérgicos orais. O tratamento pode variar de acordo com a gravidade dos sintomas e a orientação do médico dermatologista.

A melhor forma de evitar a "pichilinga" é manter a higiene da casa e evitar a presença de aves em áreas próximas à residência. Se houver sinais de infestação, deve-se buscar ajuda de profissionais especializados em controle de pragas.

Além disso, vale destacar que os pombos podem transmitir outras doenças, como a criptococose e a histoplasmose, que podem ser graves para os humanos. Por isso, é fundamental manter a higiene das áreas onde esses animais costumam frequentar, além de evitar o contato direto com eles e suas fezes.

COMO EVITAR AS PICADAS DOS INSETOS?

Vestimentas adequadas: roupas de manga comprida e calças não muito justas devem ser usadas para cobrir o máximo de pele possível, especialmente em áreas com muitos insetos. É recomendado escolher cores claras e evitar estampas florais ou brilhantes que atraem insetos.

Perfumes e fragrâncias: o uso de perfume ou loção perfumada deve ser evitado, pois os insetos são atraídos por cheiros fortes.

Limpeza da casa: a casa deve ser limpa regularmente e quaisquer fontes de água parada que possam atrair mosquitos devem ser eliminadas. É recomendado o uso telas nas janelas e portas.

Mosquiteiros: mosquiteiros devem ser usados especialmente durante a noite.

Áreas infestadas: deve-se evitar áreas com grande presença de insetos, especialmente durante os períodos de maior atividade.

Preservação de animais que se alimentam de insetos: como, sapos, pássaros, aranhas, lagartixas e peixes.

PODEMOS USAR ABUNDANTEMENTE OS REPELENTES?

Abundantemente não. O uso de repelentes em crianças deve ser feito com cuidado após ler atentamente o rótulo do produto e seguir as recomendações. Antes de comprar um repelente, verifique se ele é aprovado pela Anvisa.

Os principais ingredientes são DEET, icaridina (ou picaridina) e IR3535. São eficazes e seguros para uso em crianças, desde que sejam usados corretamente e de acordo com as orientações do fabricante para a faixa etária de cada produto. Nenhum repelente deve ser aplicado na pele de crianças com menos de 2 meses de vida. Dos 2 aos 6 meses, só deve ser usado em situações excepcionais e com orientação médica.

Deve-se aplicar uma fina camada na pele exposta e a versão em spray pode também ser borrifada sobre a roupa, especialmente a calça comprida. Nenhum produto deve ser aplicado próximo aos olhos, boca, mãos e feridas na pele. A criança maiorzinha que já aprendeu a aplicar o repelente corretamente sozinha deve ser orientada também a lavar as mãos com água e sabão imediatamente após o uso. Vale destacar ainda que, passada a necessidade do efeito do repelente, a criança deve tomar banho para remover o produto da pele.

E OS NATURAIS?

Existem muitos tipos de repelentes naturais que são usados para afastar insetos, mas é importante lembrar que, nem todos os repelentes naturais são seguros para uso em crianças e alguns podem causar reações alérgicas ou irritação na pele. Além disso, a eficácia dos repelentes naturais pode ser limitada e pode ser necessário reaplicá-los com mais frequência do que os repelentes químicos.

Óleos essenciais: **ó**leos essenciais, como o óleo de citronela, óleo de eucalipto e óleo de hortelã-pimenta, são usados como repelentes naturais. Esses óleos são aplicados topicamente na pele ou em um difusor de aroma. No entanto, é importante notar que a eficácia desses óleos pode variar e que algumas pessoas podem ser alérgicas a eles.

Velas e incensos: velas e incensos feitos de substâncias naturais, como citronela e andiroba, também são usados para afastar insetos. No entanto, esses produtos são menos eficazes do que os repelentes químicos e devem ser usados com cautela em áreas fechadas, sobretudo pelo risco de incêndio.

E OS INSETICIDAS?

Os inseticidas devem ser usados com muita cautela, já que alguns contêm produtos químicos que podem ser prejudiciais à saúde humana e agredir o meio ambiente.

É importante seguir as instruções do fabricante com cuidado e garantir que o produto seja aplicado de forma segura e adequada. Use roupas de proteção, como luvas e máscaras, e evite aplicar inseticidas em áreas onde as crianças e os animais de estimação possam estar presentes. Além disso, deve-se seguir as orientações sobre tempo de espera antes de entrar na área tratada.

Há medidas para prevenir a entrada e a proliferação de mosquitos, reduzindo assim a necessidade de inseticidas: manter as portas fechadas e usar telas nas janelas. Em regiões com insetos de hábitos noturnos, fechar as portas e janelas ao entardecer e usar mosquiteiros. Ar-condicionado ou ventilador são medidas para as famílias

que podem comprar e manter tais equipamentos. Eliminar a água parada em vasos de plantas, pneus velhos, latas, garrafas e outros recipientes, pois esses são locais ideais para a proliferação de mosquitos.

E AS PICADAS DE ABELHAS?

As picadas de abelhas, vespas e marimbondos podem ser bastante dolorosas e, em alguns casos, causam reações alérgicas graves. Repelentes tópicos não são eficazes na prevenção. Quando uma abelha pica, ela injeta veneno na pele, o que pode levar a uma reação localizada de dor, inchaço e vermelhidão. Em casos mais graves, a picada produz sintomas como coceira intensa, náusea, tontura, dificuldade para respirar, e até mesmo choque anafilático, que se constitui uma emergência médica e requer atendimento imediato.

Logo após a picada, é importante remover o ferrão. Ele contém uma glândula venenosa que continua a liberar veneno após a picada, por isso é importante removê-lo o mais rápido possível. Deve-se utilizar uma pinça, tomando cuidado para não espremer a bolsa de veneno. Retirado o ferrão, é necessário lavar a área da picada com água e sabão. A compressa fria ajuda a reduzir a dor e o inchaço. Em caso de sintomas graves, deve-se procurar atendimento hospitalar imediato para o suporte necessário e uso de medicamentos.

Para prevenir picadas de abelhas, deve-se orientas as crianças a não perturbar as colmeias de abelhas ou áreas onde elas estão presentes. Em ambientes ao ar livre, evitar usar perfumes ou loções com fragrâncias doces, que podem atrair abelhas.

Face à gravidade da reação à picada de abelha, até com risco de morte, a indústria desenvolveu uma maneira simples de o próprio paciente injetar no seu corpo a adrenalina que é a medicação indicada. Um dos produtos, Epipen, é um dispositivo de adrenalina utilizado pelo próprio paciente, quando em idade adequada, ou por um responsável devidamente treinado, no tratamento de reações alérgicas graves, como o edema de glote e a anafilaxia. É seguro, fácil de usar e permite a autoadministração da adrenalina no músculo da coxa em situações emergenciais, para garantir a vida do paciente até a chegada do mesmo ao serviço de pronto atendimento. Infelizmente, no Brasil, o dispositivo de adrenalina não está disponível para compra nas farmácias, sendo necessário fazer a importação por meio de uma empresa especializada. O produto só deve ser utilizado com prescrição e orientação médica adequadas para seu uso e armazenamento.

O QUE É O MOLUSCO CONTAGIOSO?

É uma doença viral comum em crianças e altamente contagiosa. É caracterizada pelo aparecimento de pequenas saliências elevadas (cerca de 0,2 a 0,5cm) redondas, firmes, lisas e geralmente, apresentando um pequeno orifício ou depressão no centro. Podem estar isoladas ou agrupadas e acometem preferencialmente o tronco e os membros. Não são dolorosas, a menos que estejam inflamadas. Podem coçar e se

espalhar por outras áreas do corpo. O vírus pode ser transmitido por contato direto com a pele infectada ou por compartilhamento de objetos contaminados, como toalhas e roupas. O diagnóstico é feito por exame clínico.

Como toda doença viral, cura espontaneamente. Em certos enfermos o problema pode durar meses ou anos. O tratamento deve ser instituído precocemente e é indicado para evitar a disseminação no próprio paciente e a transmissão para outras crianças. A técnica escolhida vai depender da quantidade e localização das lesões, além da idade do paciente. A técnica mais simples, a retirada manual das lesões, pode ser realizada em ambiente domiciliar, por familiar mais habilidoso, previamente treinado pelo médico dermatologista. Consiste na limpeza da região e retirada de "massinha" esbranquiçada que sai através de orifício central. Causa um pouco de dor e pode ser realizada com a aplicação de creme anestésico aplicado em pequena quantidade 30 minutos antes do procedimento. Após a retirada, é importante lavar o local com água e sabão ou tomar um banho de chuveiro. Outras formas de tratamento são curetagem, eletrocoagulação, crioterapia, cauterização química e *laser* feitas pelo dermatologista e alguns medicamentos sob prescrição.

A VERRUGA É MUITO COMUM. O QUE É?

É outra doença viral, portanto contagiosa, e ainda mais comum que o molusco contagioso. É causada por um vírus comum conhecido como papilomavírus humano (HPV). Classicamente, se caracteriza por um crescimento arredondado, duro e elevado na pele, geralmente com uma superfície áspera e com pontinhos pretos. Pode ocorrer em qualquer parte do corpo, mas é mais comum nas mãos, pés e superfícies extensoras dos braços e pernas. Quando localizada na região plantar, causa dor quando pressionada pelo peso da pessoa em pé ou ao caminhar. Normalmente, causa desconforto estético, sobretudo quando localizada nos dedos ou na face.

É adquirida pelo contato direto com outra verruga ou com superfícies contaminadas com o vírus, especialmente se a pele está ferida. O HPV pode ser encontrado em superfícies comuns, como banheiros públicos, chuveiros e bordas de piscinas, e pode sobreviver por um curto período fora do corpo humano.

Embora também tenha cura espontânea, que acontece após alguns meses ou anos, o tratamento deve ser realizado o mais cedo possível e consiste na destruição da lesão. Pode ser feito em casa com uso de medicamentos específicos, prescritos pelo médico dermatologista. Nessas aplicações, é sempre importante ter o cuidado de proteger a pele ao redor da lesão com o uso de gabarito. O gabarito é feito com um pedaço de esparadrapo impermeável de aproximadamente 3 x 3 cm onde, no centro, se abre, com auxílio de tesoura, uma janela redonda do tamanho da verruga. Ele deve ser colado ao redor da verruga, de forma que a lesão fique exposta no centro da janela redonda e a pele ao redor fique protegida pelo esparadrapo aderido. Isso é importante porque o remédio que será aplicado na verruga pode causar irritações na pele saudável ao redor, e o gabarito evita que isso aconteça. Com o gabarito corretamente posicionado, se aplica o medicamento. Normalmen-

te, se recomenda também a oclusão da lesão com a medicação já aplicada, usando outro pedaço de esparadrapo impermeável, sem nenhuma abertura. A oclusão deverá permanecer colada durante 24 horas e o procedimento precisa ser repetido diariamente até a cura.

Outras modalidades de tratamento são cauterização química, eletrocoagulação, *laser* e crioterapia realizados pelo dermatologista, em consultório.

FALEM SOBRE O IMPETIGO!

É uma infecção bacteriana, cutânea, contagiosa, comum nos pequenos. É caracterizada pelo surgimento de vesículas ou bolhas cheias de pus que rapidamente se rompem originando lesões rosadas recobertas por crostas espessas, amareladas, que lembram uma queimadura de cigarro. É mais comum na face, especialmente no nariz ou ao redor da boca. As lesões podem ser dolorosas ou coçar, e é comum que se espalhem para outras áreas do corpo. Pode ser transmitida por contato direto com a pele infectada ou com objetos contaminados, como toalhas, roupas ou brinquedos.

O tratamento envolve o uso de antibióticos tópicos ou orais, dependendo da intensidade da infecção. Com o tratamento apropriado, as lesões usualmente desaparecem em 7 a 10 dias.

Além disso, são importantes os cuidados de higiene local como, lavar cuidadosamente a área afetada com água morna e sabonete líquido infantil, secar bem a área com uma toalha limpa e lavar a cada uso ou papel toalha, aumentar a frequência de troca das roupas de cama e toalhas manter as unhas curtas e limpas e não coçar ou estourar as bolhas ou crostas, para evitar a disseminação da infecção.

Além disso, deve-se evitar compartilhar toalhas, roupas, lençóis e outros objetos de uso pessoal com outras pessoas, não frequentar piscinas, saunas ou outros locais públicos até que as lesões estejam completamente cicatrizadas.

E O FURÚNCULO?

É uma infecção bacteriana do folículo piloso, geralmente é causado pelo *Staphylococcus aureus*. Pode ocorrer em qualquer parte do corpo, onde há pelos, como o rosto, pescoço, axilas, nádegas e coxas. Tem início como uma pequena protuberância vermelha, quente e bastante dolorosa na pele, que se desenvolve, tornando-se mais elevada e cheia de pus. À medida que o furúnculo amadurece, pode aparecer um ponto de pus (olho) que eventualmente se rompe e drena o pus. Em casos mais graves, podem surgir febre, mal-estar e fadiga.

O tratamento do furúnculo geralmente envolve a aplicação de compressas quentes na área afetada para ajudar a drenar o pus que ajuda a melhorar a dor a acelera a cura da condição. Para que a compressa morna seja eficaz, deve ser feita com bolsa térmica para água morna ou bolsa térmica de gel. É necessária cautela para evitar queimaduras, a água deve estar com temperatura suportável ao toque. Um pano fino pode ser necessário para enrolar a bolsa térmica e, sim, proteger melhor a pele da

temperatura elevada. As compressas devem ser realizadas de duas a três vezes ao dia e o tempo de contato deve ser de 15 a 20 minutos. É importante evitar espremer ou perfurar o furúnculo, pois isso pode agravar a infecção e aumentar o risco de disseminação para outras partes do corpo.

Eventualmente, pode ser necessária a drenagem cirúrgica da lesão. Quando há acometimento da cabeça ou do pescoço e em casos mais graves ou recorrentes, é necessário uso de antibióticos orais.

A furunculose de repetição, requer plano de tratamento consistente e orientado pelo médico dermatologista, que pode envolver a descolonização. Esse método consiste em eliminar ou reduzir a carga bacteriana de *Staphylococcus aureus*, que é o agente causador do furúnculo, na pele do paciente. A descolonização pode incluir o uso tópico de hipoclorito de sódio bastante diluído, antibiótico tópico em áreas de maior concentração da bactéria, e antibiótico oral. Os familiares que moram juntos com a criança poderão ser solicitados a aderir a certas rotinas para uma melhor eficácia do tratamento.

Em raros casos de furunculose de repetição que não respondem aos planos de tratamento, é necessária investigação mais aprofundada para avaliar se há alguma imunodeficiência.

HIDRADENITE SUPURATIVA É O MESMO QUE FURÚNCULO?

Não. A hidradenite supurativa (HS) apresenta com lesões parecidas com furúnculos e abscessos, mas têm a particularidade de acometer, preferencialmente, axilas, virilha, região genital e/ou nádegas. Além disso, é característica a recorrência das lesões e a doença pode persistir por anos ou até por toda vida. A HS é uma doença inflamatória, não é infecciosa e é complexa. Em alguns casos, há outras pessoas com a mesma doença na família. É causada por uma combinação de fatores genéticos e ambientais.

O tratamento envolve medidas como evitar a obesidade, evitar o tabagismo, compressas mornas, depilação definitiva, algumas classes específicas de antibióticos por longo prazo, antibióticos tópicos, anti-inflamatórios, medicamentos imunobiológicos e, em alguns casos, cirurgia. O diagnóstico precoce, um planejamento terapêutico adequado e o acompanhamento médico no longo prazo são essenciais para manter a inflamação sob controle e evitar a progressão da doença para os estágios mais graves e de mais difícil tratamento.

O surgimento de furúnculos e/ou abscessos em áreas como axilas, virilha, região genital e/ou nádegas de forma recorrente pode indicar a presença de hidradenite supurativa, sendo recomendável a busca por avaliação diagnóstica e planejamento terapêutico com um dermatologista especializado.

FALEM SOBRE AS MICOSES DA PELE!

Micoses são infecções causadas por fungos que podem afetar pele, cabelos, unhas e mucosas. Na pele da criança, algumas das principais doenças micóticas são:

Tinea (Impinge) — Micose contagiosa causada por um tipo de fungo chamado dermatófito.

- No couro cabeludo é frequente em crianças e rara nos adultos. Apresenta-se como placa arredondada e descamativa com tonsura (pelos cortados rentes à pele) única ou múltipla. Em raros casos, pode haver reação inflamatória exuberante no local, com formação de nódulo inflamatório, doloroso e supurativo, configurando o chamado querion, que deve ser tratado o quanto antes.
- No corpo, causa manchas vermelhas e escamosas com borda mais ativa e bem definidas. É mais comum em crianças que frequentam escolas e creches, pois a transmissão pode ocorrer pelo contato com outras crianças infectadas.
- Quando afeta os pés, pode causar coceira, descamação e rachaduras, muitas vezes confundida com dermatite atópica. Frequentemente, acomete a pele entre os dedos dos pés, causando coceira, descamação, fissura e maceração. Essa apresentação é conhecida como "frieira" ou "pé de atleta".

Pitiríase versicolor — É uma infecção fúngica que afeta a pele, especialmente as áreas mais oleosas. Não é contagiosa. Causa manchas escamosas e esbranquiçadas ou acastanhadas e podem apresentar discreta coceira. É mais comum em adolescentes, mas também pode ocorrer em crianças.

As micoses cutâneas são evitadas por hábitos higiênicos saudáveis que devem ser estimulados desde cedo: secar bem o corpo após os banhos, principalmente as dobras de pele como o pescoço, as axilas, as virilhas e entre os dedos dos pés; evitar ficar com fraldas ou roupas molhadas por muito tempo; evitar roupas quentes, justas e de tecidos sintéticos; não usar objetos pessoais (roupas, calçados, pentes, toalhas, bonés) de outras pessoas; evitar andar descalço; observar a pele e o pelo dos animais de estimação (cães e gatos) e ao surgir qualquer alteração como descamação ou falhas no pelo, procurar o veterinário.

O tratamento é feito com antifúngicos de uso local e, às vezes, por via oral. Deve-se evitar usar medicamentos por conta própria, pois podem modificar características importantes para o diagnóstico correto. O tempo do tratamento é prolongado e definido pelo médico.

MEU FILHO TEM ALGUMAS MANCHAS BRANCAS NA PELE E ESTOU PREOCUPADA. PODE SER VITILIGO? O QUE DEVO FAZER?

As manchas brancas podem ter diversas causas, desde uma simples infecção por fungos como o pano branco até condições mais complexas como o vitiligo.

O vitiligo é uma doença dermatológica que causa a perda de pigmentação da pele, resultando em manchas brancas ou muito claras. A doença ocorre quando as células produtoras de pigmento da pele, conhecidas como melanócitos, são destruídas ou param de produzir melanina, que é o pigmento que dá cor à pele e

ao cabelo. As manchas podem aparecer em qualquer parte do corpo e em qualquer idade, mas geralmente afetam a face, mãos, cotovelos, joelhos e genitais. Embora a causa exata do vitiligo seja desconhecida, acredita-se que seja uma doença autoimune, onde o sistema imunológico do corpo ataca erroneamente e destrói os melanócitos.

É importante que o diagnóstico seja feito o mais cedo possível para que o tratamento seja iniciado precocemente, o que pode resultar em uma maior eficácia no controle das manchas brancas. Quanto mais tempo sem tratamento, maior pode ser a dificuldade em recuperar a pigmentação normal da pele. O tratamento do vitiligo pode incluir terapia com luz, cremes tópicos, medicamentos orais e, em casos graves, transplante de melanócitos. O dermatologista é o profissional capacitado para avaliar e orientar o tratamento mais adequado para cada caso.

OUVI DIZER QUE A HANSENÍASE TAMBÉM PRODUZ MANCHAS CLARAS NA PELE. COMO DIFERENCIAR DO PANO BRANCO E DO VITILIGO? TEM TRATAMENTO?

Sim. Importante pergunta, especialmente porque a hanseníase (antigamente denominada lepra) é uma doença infectocontagiosa e presente no Brasil. Afeta pessoas de todas as idades. Por isso, deve sempre ser lembrada. Pode se apresentar como manchas esbranquiçadas, avermelhadas ou amarronzadas na pele, comumente nos braços, pernas e/ou rosto, e não coçam.

Algumas características podem ajudar a diferenciar essas condições: as manchas esbranquiçadas da hanseníase não descamam, como no pano branco, e não são tão brancas como no vitiligo. Além dessas diferenças, as manchas da hanseníase, normalmente, são acompanhadas de diminuição da sensibilidade ao calor, ao toque e a estímulos dolorosos, o que não acontece em outras doenças.

O QUE É SARNA?

Também conhecida como escabiose, é uma doença da pele, contagiosa, causada pelo *Sarcoptes scabiei*. Ela é transmitida pelo contato direto com pessoas doentes ou por compartilhamento de roupas ou itens pessoais contaminados, principalmente na escola ou em casa. A doença é caracterizada por pequenas lesões avermelhadas que aparecem principalmente no abdômen (especialmente ao redor e abaixo do umbigo), axilas, cotovelos, punhos, espaços entre os dedos das mãos, genitais e nádegas. Nas crianças, pode ocorrer também no couro cabeludo, palmas e plantas dos pés. A coceira intensa é um sintoma predominante e geralmente piora à noite. Não é raro ocorrer a infecção secundária das lesões com o surgimento de pústulas e crostas amareladas. Em pessoas com bons hábitos higiênicos, a sarna pode ser confundida com outras doenças que causam coceira. O tratamento inclui medicamentos tópicos ou orais e é importante que todos os indivíduos infectados sejam tratados ao mesmo tempo para evitar a reinfestação.

O tratamento geralmente envolve a aplicação de loções no corpo e, em casos especiais, o uso de medicação oral. É importante aplicar o medicamento em toda a pele do corpo, do pescoço para baixo, incluindo áreas sem lesões ou coceira. Deve-se, evite a face e a mucosa genital. Nas crianças menores, deve ser aplicado também no couro cabeludo. A aplicação é realizada à noite, antes de dormir, e é removida pela manhã com um banho. Além disso, é importante lavar toda a roupa de cama e banho que se usou durante o dia anterior. O procedimento é repetido por três dias consecutivos e, após uma semana, é repetido mais um dia.

Para crianças menores de 2 meses, a recomendação é usar apenas enxofre precipitado em loção, creme ou silicone. Para crianças maiores de 2 meses, podem ser usadas loções com permetrina ou deltametrina. Nas formas mais graves, na falha ao tratamento tópico ou na contraindicação do uso da medicação tópica, pode ser indicado o uso de medicação oral, como a ivermectina. Importante salientar que, a ivermectina não é recomendada para crianças com menos de 15 kg de peso corporal, para mulheres grávidas ou em fase de amamentação.

Todos da casa devem se tratar, mesmo quem não apresenta coceira. Todos devem iniciar a medicação no mesmo dia. É importante saber que a medicação para sarna pode causar dermatite de contato. O uso excessivo ou errôneo é responsável pela manutenção da coceira. Para prevenir a doença, não compartilhe roupas pessoais, de cama ou toalhas e evite aglomerações ou contato íntimo com pessoas de hábitos higiênicos duvidosos. Mantenha as unhas curtas. O médico definirá o tratamento adequado para a grávida.

O QUE É A LARVA MIGRANS?

Ainda conhecida como bicho geográfico, é uma infecção causada pela penetração de larvas de vermes na pele. Essas larvas são parasitas de animais, principalmente cães e gatos, e podem penetrar na camada mais superficial da pele humana quando ocorre o contato com solo contaminado com fezes desses animais infectados. A infecção pode resultar em uma erupção cutânea caracterizada por lesão em forma de túnel avermelhado e tortuoso, com intensa coceira, que se move pela pele, muitas vezes com a aparência de uma trilha. Acomete principalmente os pés e nádegas, mas pode ocorrer em outras partes do corpo.

O tratamento, normalmente, é feito com pomada de tiabenzazol, massageando o local duas vezes ao dia. A aplicação de gelo protegido com pano fino, pode ajudar a aliviar a coceira. Quando há muitas lesões, pode ser necessário uso de medicação oral, prescrita pelo médico. A prevenção inclui medidas de higiene, como lavar as mãos e evitar andar descalço em áreas com solo contaminado.

FALEM SOBRE O PIOLHO. COMO TRATAR?

O piolho é um parasita que se alimenta de sangue humano e é transmitido por contato direto com cabelos infestados, roupas ou objetos pessoais, como escovas,

pentes e chapéus contaminados. Os sintomas mais comuns são coceira intensa no couro cabeludo e a presença de pequenos pontos brancos (lêndeas) aderidos aos fios de cabelo. Às vezes, pode ocorrer infecção secundária, levando ao surgimento de gânglios no pescoço.

Nem sempre é fácil encontrar o piolho, especialmente em crianças com bons hábitos de higiene e com cabelos fartos, mas as lêndeas podem ser facilmente encontradas.

O tratamento envolve o uso de remédios específicos para matar os parasitos, como a loção capilar com permetrina 1%. No entanto, é importante lembrar que esses produtos nem sempre matam as lêndeas, que podem continuar a se desenvolver e produzir novos piolhos.

Para remover as lêndeas dos cabelos, fazer uma solução de água morna e vinagre (na proporção de 1:1). Deve-se aplicá-la nos cabelos, deixando agir por alguns minutos. Isso ajuda a reduzir a aderência da lêndea à haste capilar. Em seguida, deve-se usar um pente fino para removê-las, penteando cuidadosamente os cabelos mecha por mecha. Esse procedimento deve ser repetido semanalmente, até o desaparecimento das lêndeas.

A prevenção passa pela adoção de medidas de higiene adequadas. Embora seja difícil evitar completamente algumas infecções, manter os cabelos curtos ou presos pode ser útil. Além disso, é fundamental comunicar à escola sobre casos de infestação, para que medidas preventivas possam ser tomadas, como a identificação de outros casos no ambiente escolar, e início precoce do tratamento, a fim de interromper o ciclo de reinfestação. Lavar todas as roupas de cama, toalhas e objetos pessoais em água quente e aspirar tapetes e sofás da casa também são medidas importantes para prevenir a recontaminação.

E O QUE É O BICHO DE PÉ?

Também conhecida como tunguíase é uma infecção causada por uma pulga encontrada em terrenos secos e arenosos, principalmente em chiqueiros e currais. A fêmea penetra a pele do hospedeiro, suga o sangue e produz ovos que crescem dilatando seu abdome. A lesão resultante é arredondada e amarelada, com ponto escuro no centro. Geralmente, acomete os pés, principalmente ao redor das unhas e nas dobras entre os dedos. É comum haver prurido e dor no local, e pode ocorrer infecção secundária.

O tratamento consiste em remover o parasito inteiro, incluindo a bolsa de ovos, com o auxílio de uma agulha esterilizada e com todo cuidado para não a romper. Em casos mais graves, pode ser necessário o uso de antibióticos para tratar as infecções. A melhor forma de evitar a tunguíase é usar sapatos fechados em áreas suspeitas

MEU FILHO MANCHOU A PELE COM LIMÃO! O QUE É ISSO?

É uma fotodermatite, reação tóxica que afeta a pele após o contato com substâncias fotossensibilizantes e exposição solar. A furocumarina é a substância responsável por essa reação e pode ser encontrada em algumas frutas cítricas, como limão, laranja,

tangerina e lima, bem como em algumas plantas. Qualquer pessoa pode desenvolver essa reação, independentemente de ter histórico de alergias, desde que tenha entrado em contato com a substância fotossensibilizante e tenha se exposto ao sol.

É caracterizada por manchas avermelhadas em formatos variados que podem causar ardor e surgir de 24 a 72 horas após o contato com a substância. Em casos mais graves, bolhas semelhantes a queimaduras de segundo grau podem aparecer, deixando manchas escuras na pele após cicatrização. Em alguns casos, a reação pode começar com manchas escuras, sem apresentar a fase inicial de vermelhidão e bolhas. Essas manchas podem surgir em até duas semanas após o contato com a substância e exposição ao sol. Isso pode dificultar o diagnóstico, pois os pacientes podem não se lembrar do contato com a substância e da exposição solar que causaram as manchas.

As áreas mais afetadas são o dorso das mãos, o colo e os lábios. As manchas são frequentemente pontilhadas, causadas por respingos do suco da fruta ou em forma de dedos, correspondendo à área de contato da mão com a substância.

Durante a fase aguda da fitofotodermatite, o tratamento pode incluir hidratação, uso de creme de barreira e proteção solar adequada. Em casos mais graves, o dermatologista pode prescrever corticoides tópicos, isolados ou associados a antibióticos, caso haja sinais de infecção secundária. Além disso, a proteção solar é fundamental para evitar o escurecimento das manchas e favorecer o seu clareamento. O dermatologista pode ainda prescrever clareadores tópicos para acelerar o processo de clareamento. Mesmo sem tratamento, muitas regridem espontaneamente dentro de semanas ou meses.

A prevenção consiste em evitar o contato com plantas e frutas que contenham furocumarina. Caso ocorra o contato com essas substâncias, deve-se lavar a área imediatamente com água e sabão, evitar expor a pele ao sol e usar protetor solar.

45 | CUIDADOS PALIATIVOS PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Jailson de Barros Correia
Sheyla Suelle dos Santos Levy

[...] Devemos conhecer todas as teorias, dominar todas as técnicas, mas, ao tocar uma alma humana, sejamos apenas outra alma humana.
Carl Gustav Jung

O adoecimento de crianças pode ser muito angustiante para cuidadores e até mesmo para profissionais de saúde. Culturalmente, não estamos prontos para acompanhar o sofrimento de crianças, principalmente quando há gravidade ou risco de um desfecho fatal. Isso faz com que familiares e profissionais evitem falar sobre cuidados paliativos por acreditarem que essa abordagem significa desistir da vida. Como veremos, muito ao contrário!

Os cuidados paliativos pediátricos são uma parte importante dos cuidados de saúde para crianças e adolescentes com doenças graves ou crônicas. Estima-se que, no mundo, mais de 20 milhões de crianças têm alguma condição com indicação deste tipo de cuidado.

MAS, AFINAL, O QUE SÃO CUIDADOS PALIATIVOS?

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) o conceito de cuidados paliativos representa a:

> *"Assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, que objetiva a melhoria da qualidade de vida do paciente e seus familiares, diante de uma doença ou agravo que ameace a continuidade da vida, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, da identificação precoce, avaliação impecável e tratamento de dor e demais sintomas físicos, sociais, psicológicos e espirituais."*

Em outras palavras, os cuidados paliativos pediátricos são um tipo especial de cuidados de saúde destinados a crianças que estão com doenças sérias ou que podem não se curar. O objetivo principal é garantir que a criança se sinta o mais confortável e livre de dor possível, além de oferecer apoio emocional para toda a família. Não se limita apenas ao alívio da dor física, mas também leva em conta o bem-estar emocional, social, psicológico e até espiritual da criança e da família. É

um cuidado abrangente e personalizado. Portanto, a indicação e a aplicação dos cuidados paliativos vão muito além dos cuidados de fim de vida, embora esses cuidados também lhe digam respeito.

ENTÃO, QUANDO PENSAR NESSE TIPO DE ASSISTÊNCIA?

A OMS propõe a indicação da abordagem paliativa em crianças que, a despeito de seu prognóstico, apresentem grande potencial de sofrimento, como por exemplo:

- Crianças com condições agudas de risco de vida, das quais a recuperação pode ou não ser possível.
- Crianças com condições crônicas de risco de vida que podem ser curadas ou controladas por um longo período, mas que também podem morrer.
- Crianças com condições progressivas de risco de vida para as quais não há tratamento curativo disponível.
- Crianças com condições neurológicas graves que não são progressivas, mas podem causar deterioração e morte.
- Recém-nascidos que são gravemente prematuros ou têm anomalias congênitas graves.
- Membros da família de um feto ou criança que morre inesperadamente.

QUAL O MELHOR MOMENTO DE COMEÇAR A OFERTAR CUIDADOS PALIATIVOS?

Uma dúvida muito frequente, até entre os profissionais de saúde, é em que momento devemos indicar cuidados paliativos, pois muitos acreditam que esse tipo de abordagem só deve ser instituído quando não temos uma proposta curativa. Citamos mais uma vez as diretrizes da OMS: "os cuidados paliativos devem ser iniciados no momento do diagnóstico e continuam independente de haver ou não tratamento dirigido para a doença".

Portanto, diante de uma condição de evolução aguda ou crônica, a abordagem paliativa tem como objetivo promover melhoria da qualidade de vida da criança e sua família em todo processo de doença e deve ser iniciado no momento do diagnóstico e integrado ao tratamento direcionado a cura ou ao controle da doença.

OS CUIDADOS PALIATIVOS SÓ PODEM SER OFERTADOS NOS HOSPITAIS?

Como vimos, muitas crianças e adolescentes podem ser beneficiadas pelos cuidados paliativos, e essa forma de cuidar deve chegar a todos onde quer estejam, seja em hospitais ou centros de referência, seja no posto de saúde e na comunidade. Os profissionais de saúde de todos os níveis de assistência devem estar preparados para oferecer este tipo de abordagem de forma integral e individualizada conforme a demanda de cada paciente.

COMO FAZER? É SÓ SABER CONVERSAR E ACOLHER O SOFRIMENTO?

A abordagem paliativa é baseada em quatro pilares de atuação: comunicação, fortalecimento da relação do paciente e sua família, controle dos sintomas e multidisciplinaridade.

- **Comunicação:** a comunicação deve ser realizada de forma empática, acolhendo o sofrimento e as angústias da criança e sua família. A comunicação deve ser honesta e gentil, sendo realizada de forma efetiva, garantindo uma boa informação sobre o processo de doença. Isso permite ao paciente e sua família uma participação mais ativa em todo processo, melhorando a adesão ao tratamento, criando elo de confiança e prevenindo conflitos.

- **Fortalecimento da relação paciente/família:** os profissionais de saúde devem atuar como agentes facilitadores para o fortalecimento dessa relação, devem envolver a família nas decisões, respeitar seus valores e crenças. Mesmo sendo crianças, é essencial respeitar as suas escolhas e desejos sempre que possível, dentro dos limites da sua compreensão. Os cuidados paliativos permitem ainda que a família aproveite o tempo restante com a criança de forma significativa, criando memórias e proporcionando carinho e afeto. É importante oferecer suporte emocional para os pais, irmãos e outros membros do núcleo familiar. A doença de uma criança pode ser uma experiência desafiadora e dolorosa para todos e o apoio é fundamental para enfrentar esse momento difícil.

- **Controle de sintomas:** crianças submetidas a longos e extenuantes tratamentos apresentarão vários sintomas ao longo da trajetória da doença e já sabemos que a origem dos sintomas pode ser multifatorial envolvendo aspectos físicos, emocionais, sociais, entre outros. Portanto, a abordagem para prevenção e manejo desses sintomas deve acontecer de forma holística com um olhar atento para todos esses aspectos.

- **Multidisciplinaridade:** como é possível perceber a abordagem paliativa é completa e envolve vários aspectos da complexidade do indivíduo, portanto, é difícil imaginar esse tipo de abordagem sendo realizada por apenas um classe profissional. Só a atuação de uma equipe multidisciplinar (com médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos, por exemplo) será capaz de cuidar do paciente e sua família de forma integral, com acolhimento e rigoroso controle de sintomas como preza o princípio do cuidado paliativo.

QUANDO A CRIANÇA ESTÁ EM CUIDADOS PALIATIVOS EXCLUSIVOS SIGNIFICA QUE NÃO SERÁ FEITO MAIS NADA?

Nos casos de doenças avançadas nas quais não podemos alcançar a cura, ou até mesmo o controle, e a morte passa a ser o desfecho inevitável, os cuidados paliativos são a forma mais apropriada de cuidar, pois prioriza o cuidado integral com foco na qualidade de vida e controle de sintomas, tendo como objetivo manter o conforto e a dignidade da criança. Nessa fase, é mais evidente ainda a necessidade de todas as decisões serem tomadas com foco no princípio do melhor interesse da criança e todas as decisões devem estar voltadas para esses objetivos.

OS CUIDADOS PALIATIVOS DE FIM DE VIDA SÃO A MESMA COISA QUE EUTANÁSIA?

Não! Nos cuidados paliativos, o objetivo é melhorar a qualidade de vida da criança, enquanto a eutanásia envolve encerrar a vida de forma intencional. Os cuidados paliativos não aceleram a morte, mas proporcionam conforto e dignidade.

46 | DEPENDÊNCIA DAS DROGAS

Carlos Gonçalves de Oliveira
João Gonçalves de Medeiros Filho
Lana Valentim

O uso de drogas que alteram o estado mental acompanha a história do ser humano. Utilizadas muitas vezes por razões religiosas, culturais e recreativas, ou como forma de enfrentamento de problemas pessoais e sociais, ou para transgredir ou transcender, enfim, o ser humano sempre usou substâncias psicoativas e sempre usará. Porém, essa relação do indivíduo com a droga pode, dependendo do contexto, ser inofensiva ou apresentar poucos riscos, como também pode trazer prejuízos biológicos, psicológicos e sociais.

Assim, a relação entre o usuário de droga e a substância psicoativa vai desde o uso social, passando pelo uso problemático ou abuso de drogas, em que, embora o usuário não apresente nenhum grau de dependência, tem problemas decorrentes do uso da droga, até a dependência, cujo diagnóstico é multifatorial, incluindo a compulsão até o abandono das atividades sociais.

A determinação da dependência química deverá ser realizada de acordo com os padrões médicos aceitos internacionalmente, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), e de acordo com o Tratado de Proteção de Pessoas Acometidas de Transtorno Mental e a Melhoria da Assistência à Saúde Mental, sendo que nunca devem ser fatores determinantes para o diagnóstico de um transtorno mental: os conflitos familiares ou profissionais, a não conformidade com valores morais, sociais, culturais, políticos ou religiosos da comunidade da pessoa, ou, por si só, uma história de tratamento anterior ou uma hospitalização como usuário.

Desse modo, o diagnóstico é importante para a escolha da estratégia de enfrentamento. Vale lembrar que, no Brasil, até a segunda metade do século XIX, não havia nenhum tratamento médico específico para pessoas com sofrimento mental. Apenas em 1841 foi construído o primeiro hospital psiquiátrico brasileiro e, somente em 1886, iniciou-se o ensino regular de Psiquiatria aos médicos generalistas. Já em 1902, um inquérito revela que esse hospital era uma casa de detenção de "loucos", sem tratamento adequado, porém, até 1920, há um crescimento vertiginoso dos estabelecimentos destinados à internação especificamente dos "loucos".

Em 1923, no Rio de Janeiro, foi fundada a Liga Brasileira de Higiene Mental (LBHM), cujo objetivo inicial era melhorar "a assistência aos doentes mentais através da renovação dos quadros profissionais e dos estabelecimentos psiquiátricos" (Costa, 2006). Porém, de 1928 a 1934, os psiquiatras tendem a ser mais e mais higienistas e, nesse período, o principal objetivo nos programas de higiene mental era a eugenia, baseada no modelo de Psiquiatria organicista alemão, que posteriormente serviu como fundamento para os campos de concentração nazistas.

Nesse passo, acompanhando a tendência da Revolução de 1930, que se esforçou para criar uma nova sociedade para o homem médio, em 1930, o Ministério da Educação e Saúde centralizou todos os serviços psiquiátricos do país, e a eugenia só crescia. A crise nesse sistema, no Brasil, iniciou-se em 1978 com a greve de várias unidades da Divisão Nacional de Saúde Mental (DINSAM), seguida de centenas de demissões, e recebeu apoio do Movimento de Renovação Médica (REME) e do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES). Assim, nasceu o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o qual teve forte participação popular e se caracterizou pelo perfil não institucional.

As denúncias foram desde crimes cometidos nas unidades, como estupros, maus-tratos, trabalho escravo e mortes não esclarecidas, até precariedade das condições de trabalho, defasagem salarial e falta de recursos humanos.

No ano de 1978, com a realização do *V Congresso Brasileiro de Psiquiatria,* que trouxe grandes pensadores das reformas ocorridas no exterior, o movimento tornou-se nacional e, dentre as moções lá aprovadas, estava o repúdio à privatização do setor, que vinha ocorrendo com grande desvio de recursos para entidades privadas que prestavam serviços públicos. Daí também se consolidou a questão de que o modelo dos grandes hospitais psiquiátricos públicos é um reduto de marginalizados e não de tratamento.

Após esse congresso, vários outros encontros se realizaram até que, finalmente, foi instituída uma Comissão Parlamentar de Inquérito (CPI) no Congresso Nacional para apurar as distorções na assistência psiquiátrica no Brasil, bem como rever a legislação penal e civil que se relacionava com o tema.

Nesse contexto, no início dos anos 1980, foi estabelecido um novo convênio, denominado cogestão, entre o Ministério da Previdência e Assistência Social e o Ministério da Saúde, na tentativa de acabar com a priorização de compra de serviços de saúde pública em hospitais privado, pela Previdência Social (Amarante, 1995).

Logo, a cogestão implantou um novo modo de administração de recursos e hospitais públicos, priorizando o tratamento ambulatorial e a reinserção social do internado a longo prazo. Por outro lado, recebia críticas ferozes de seus principais opositores, os 'empresários da loucura' — proprietários de hospitais psiquiátricos, os quais se organizaram no Setor de Psiquiatria da Federação Brasileira de Hospitais (FBH), órgão que acabou por realizar críticas infundadas ao modelo público, no afã de reaver a grande parcela de lucro que haviam perdido com a implantação do novo modelo. Mesmo assim, o MTSM decidiu pela realização do *II Congresso Nacional*, lembrado como um momento de ruptura, no qual não só

os atores do movimento participavam, mas também as associações de usuários e familiares, pedindo a extinção dos manicômios, com base no projeto de desinstitucionalização italiano.

Foi nesse efervescer de ideias e ações concretas, bem como da constatação de maus-tratos e mortes não esclarecidas nos hospitais psiquiátricos, que surgiu o primeiro Centro de Atenção Psicossocial Professor Luiz da Rocha Cerqueira (CAPS), na cidade de São Paulo, em 1982, e o primeiro Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), em 1989, na cidade de Santos, os quais passaram a ser modelos de atuação para todo país.

O Relatório Mundial sobre o Uso de Drogas Ilícitas (2022) do Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) relata que a legalização da *cannabis* em algumas partes do mundo tende a indicar um aumento do uso e dos impactos relacionados à saúde. O documento também revela um aumento recorde na fabricação de cocaína, expansão de drogas sintéticas para novos mercados e falhas contínuas na disponibilização de tratamentos para usuários de drogas, especialmente para as mulheres.

De acordo com o relatório, cerca de 284 milhões de pessoas — na faixa etária entre 15 e 64 anos — usaram drogas em 2020, 26% a mais do que 10 anos antes. Os jovens estão usando mais drogas, com níveis de uso em muitos países superiores aos da geração anterior. Na África e na América Latina, as pessoas com menos de 35 anos representam a maioria das pessoas em tratamento devido a transtornos associados ao uso de drogas.

Globalmente, o relatório estima que 11,2 milhões de pessoas no mundo estavam consumindo drogas em 2020. Cerca da metade deste número possuem o vírus da hepatite C, 1,4 milhões eram portadores do HIV, e 1,2 milhões viviam com ambos.

Importante destacar que álcool e tabaco são drogas lícitas no Brasil e dentre as ilícitas, a maconha é a mais consumida. Cerca de 7,7% de todos os brasileiros entre 12 e 65 anos já usaram maconha pelo menos uma vez na vida. Em termos de usos habituais, cerca de 3,2% de todos os brasileiros consumiram alguma substância ilegal, o que equivale a quase 5 milhões de pessoas. São dados de novembro de 2021. Vejam que o levantamento inclui jovens de 12 anos. Alerta!

No Brasil, há carência de dados estatísticos sobre o assunto, porém vale destacar dois estudos:

- O VI Levantamento sobre o Consumo de Drogas Psicotrópicas entre Estudantes do Ensino Fundamental e Médio das Redes Pública e Privada de Ensino nas 27 Capitais Brasileiras (2010), realizado pelo Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas (CEBRID) incluiu as redes pública e privada de ensino das 26 capitais brasileiras e Distrito Federal.
- A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) — 2009, 2012 e 2015, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a qual considerou duas amostras: A) estudantes do 9º ano do ensino fundamental e B) estudantes de 13 a 17 anos.

Os dados revelados foram: maior prevalência de uso do álcool (uso na vida de 60,5%) e do tabaco (16,9%) e solventes (8,7%); uso de medicamentos sem prescrição médica, como ansiolíticos e anfetaminas, também foi referido por uma parcela considerável de estudantes; o consumo da maconha foi citado em 5,7% , a cocaína em 2,5% e o crack em 0,6% dos estudantes; maior prevalência entre o gênero masculino, enquanto mulheres apresentaram maior prevalência de uso de medicamentos controlados (ansiolíticos e anfetaminas); estudantes mais velhos apresentaram maiores prevalências, contudo, destaca-se que cerca de 1/3 das crianças de 10 e 12 anos relataram ter consumido álcool ao menos uma vez na vida; estudantes da rede pública apresentaram maior prevalência de tabaco, cocaína e crack, enquanto a privada teve maiores índices de álcool, solventes e medicamentos.

Esses achados foram similares aos encontrados na PeNSE. Entre os anos de 2004 e 2010, houve redução do relato de consumo na vida de álcool, tabaco e anfetamínicos. Entretanto, observou-se aumento de uso do uso de diferentes drogas psicotrópicas entre 50.890 estudantes.

As drogas, inclusive o fumo, que causam dependência, afetam milhões de brasileiros e ameaçam a sociedade, desestruturam famílias, aniquilam valores éticos, abalam física, social e emocionalmente e até matam os consumidores.

O que preocupa é a forma insidiosa com que o uso de substâncias químicas que causam dependência vem se infiltrando entre os jovens, até nas escolas, graças ao trabalho sorrateiro dos traficantes.

Mas, muito antes disso, o álcool e o fumo já penetravam nos lares. Mais recentemente, a mídia que "faz a cabeça" do povo tem estimulado o consumo desses tóxicos. Os comerciais de bebidas são muito criativos, inteligentes e sedutores. Envolvem pessoas bonitas, bem-sucedidas e sorridentes. As crianças que não têm senso crítico guardam as imagens de satisfação e de alegria associada à bebida. É lamentável que pessoas famosas façam apologia do uso das drogas. É comum pais beberem e fumarem na presença dos filhos. Nos bares, serve-se bebida alcoólica sem o menor controle a qualquer grupo etário.

Estudo realizado numa universidade americana demonstrou que quem fuma ou bebe um drinque por mês tem dez vezes mais chance de usar drogas ilícitas do que os que não bebem e não fumam. Assim, o assédio das drogas começa a ocorrer muito antes de as crianças terem despertado o real interesse por ela e qualquer atitude preventiva deverá envolver mudança de comportamento do contexto familiar.

Vamos então conversar um pouco sobre as drogas mais comuns, sobre seus efeitos deletérios e sobre como prevenir a dependência química.

POR QUE A DEPENDÊNCIA?

O álcool, o cigarro e todas as outras drogas que causam dependência agem numa área cerebral muito antiga encarregada de receber estímulos de prazer e transmitir essa sensação para o corpo todo. É a área de recompensa. Nela as drogas causam uma "ilusão química" de prazer que induz ao uso compulsivo. A re-

petição do consumo desestrutura as fontes naturais de prazer e o viciado passa a ser "falsamente recompensado" com o uso repetitivo do tóxico, mesmo que isso ameace a sua vida. As drogas interferem com a química cerebral normal e produzem seus efeitos deletérios. A dependência envolve aprendizado. O fumante fica irritado e o cigarro "normaliza" a situação. Em seguida, o quadro retorna e novamente o cigarro alivia os sintomas. A dependência é fruto desse mecanismo psicológico que induz o indivíduo a buscar o prazer e evitar o desprazer, tudo causado por alterações da química cerebral que a droga provoca. O "mix" de aspectos psicológicos e químicos determina o perfil dos sintomas. Essa é uma explicação muito simples.

O ÁLCOOL E A MACONHA SÃO DROGAS TAMBÉM?

Ambos causam dependência:

- **Álcool —** O alcoolismo constitui grave problema de saúde pública, acarreta transtornos físicos, psicossociais, econômicos, familiares e interfere, inclusive, nas atividades profissionais dos indivíduos. O agravante é que seu consumo é amplamente aceito e até mesmo incentivado. Os efeitos agudos do consumo do álcool vão desde a fase estimulante (euforia, desinibição e loquacidade) até a de depressão (falta de coordenação motora, sono e coma quando o consumo é exagerado), causa risco de acidentes de trânsito, a longo prazo, poderá desencadear várias doenças digestivas (fígado gorduroso, hepatite alcoólica, cirrose, gastrite, diarreia crônica, dificuldade na absorção dos alimentos e pancreatite), cardiovasculares (hipertensão arterial, coração dilatado, arritmias e insuficiência cardíaca), neurológicas (neurite, demência alcoólica dentre outras), psiquiátricas (alucinação, amnésia, e o terrível delírio tremens) e graves problemas gerais (desnutrição e deficiência de vitaminas).

- **Maconha** – É lamentável que pessoas "esclarecidas" alimentem a ideia de que a maconha seja inócua. Cresce o número de adeptos pela sua legalização, inclusive, entre grupos mais conservadores, não raro informações banalizam seus efeitos, em detrimento do conhecimento científico que ratifica o real significado do problema. A maconha usada no passado por *hippies* continha concentrações baixíssimas do princípio ativo (tetrahidrocanabinol – THC), hoje os produtos usados têm alta concentração do THC. A maconha é a principal porta de entrada para o consumo de outras drogas. O usuário, por curiosidade ou pelo desejo de tentar "novas experiências", torna-se presa fácil dos traficantes das drogas "mais pesadas". Ela é droga psicoativa capaz de alterar a mente e o comportamento, o professor Içami Tiba diz que "o casamento com a maconha é sempre destrutivo".

MAS O ÁLCOOL NÃO PODE SER COMPARADO À MACONHA?

Um grave equívoco é a permissividade com que a sociedade trata o tabaco e o álcool, denominadas drogas lícitas. A tolerância é principalmente com o álcool, pois hoje existem importantes restrições ao uso do tabaco. O álcool é o maior produtor de dependência química. Isso faz com que ele seja a droga que provoca mais doenças, mais desajuste familiar, mais falta ao trabalho e mais acidentes de trânsito. E ainda pode induzir o usuário, principalmente o jovem, a experimentar drogas mais "pesadas". Tolerância, no caso de uso de drogas lícitas, é sinônimo de utilização precoce. Em pesquisa feita em Maceió-AL, em estudantes pré-adolescentes e adolescentes, entre 10 e 19 anos, de ambos os sexos, constatou-se que 79% (de um total de 1009) já haviam consumido bebidas alcoólicas pelo menos uma vez na vida, sendo que 64,5% deles tinham 10 a 12 anos quando experimentaram as bebidas alcoólicas pala primeira vez. A pesquisa mostrou ainda que, dessa meninada, 43% beberam, pela primeira vez, em suas casas, e 30% deles consumiram a bebida oferecida por seus familiares. O hábito de beber fora de casa aumentou com a idade. As bebidas fermentadas foram as mais consumidas por ambos os sexos e por todos os grupos etários, sendo a cerveja a preferida por 46,5%. Espantoso, não? Pois isso é o que acontece, em nosso dia a dia, com relação às bebidas alcoólicas e parece que não percebemos. E isso não acontece só em Maceió! Os números apresentados no Recife, em Salvador e em todas as regiões do Brasil são muito semelhantes.

QUAIS OS EFEITOS MALÉFICOS DA COCAÍNA E DO CRACK?

A cocaína ativa o circuito da recompensa de forma excepcional. Eleva os níveis de certas substâncias cerebrais e gera enorme prazer e grave dependência. Aumenta também a frequência cardíaca e a pressão arterial. Pode provocar ataques cardíacos, derrames e psicose. O crack é cinco a sete vezes mais potente do que a cocaína e é também mais mortífero. Desestrutura a personalidade e provoca enorme dependência psicológica. Há risco de hemorragia cerebral, alucinações, convulsão, infarto do miocárdio e morte.

QUANDO DEVO SUSPEITAR QUE MEU FILHO ESTÁ USANDO DROGAS?

Quanto mais precoce a detecção da drogadição, maiores serão as chances de recuperação e menores serão as sequelas físicas e psicossociais. É importante que todos conheçam os sinais de alarme que variam de droga para droga. Os usuários muitas vezes lançam mão de disfarces para enganar os pais. Em geral, somente após um a dois anos do uso da maconha é que os genitores suspeitam do problema. O uso da cocaína e do crack é descoberto mais precocemente porque os sinais são mais evidentes e os prejuízos mais imediatos. Vejam os sinais de alerta para a maconha e a cocaína:

Maconha:

- Olhos vermelhos: o THC provoca dilatação das artérias das escleróticas, do "branco do olho" e ocasiona vermelhidão que pode persistir por minutos até uma ou duas horas. O uso de colírio descongestionante ocular pode reverter essa alteração em menos de um minuto.
- Hálito característico: respiração e hálito com cheiro da droga. O uso de essências, mascar balas com cheiro forte ou fumar cigarro depois, constituem disfarces comuns.
- Boca seca: saliva escassa, branca e espumosa. Para ativar a produção de saliva, o usuário, masca chiclete, bebe muito líquido, sobretudo refrigerantes, e come bastante para saciar a "larica", a fome química provocada pelo THC.
- Cheiro nos dedos: para dissimular o odor característico na ponta dos dedos, os usuários usam sabonetes fortes, perfumes ou trituram plantinhas com os dedos.
- Dedos "amarelos": resultam da impregnação da resina do THC. Os usuários friccionam os dedos na parede para dissimulá-los.
- Pupilas dilatadas (Midríase): as pupilas permanecem dilatadas por uma a três horas.
- Rastreamento e pestanejamento: os olhos perdem a capacidade de acompanhar movimentos rápidos e o movimento de piscar os olhos, se torna mais lento no indivíduo que acabou de usar a droga
- Pálpebras semicerradas: as pálpebras não sobem completamente, ficam semicerradas. Para disfarçar, massageiam as pálpebras e apertam o globo ocular.
- Fala pastosa: lembra a embriaguez alcoólica em menor intensidade, fala vagarosa e grossa.

E, ainda, rosto sem expressão, transpiração com odor característico e aumento dos batimentos cardíacos. Os usuários podem ter ilusões, delírios e alucinações. É importante ter atenção para atitudes suspeitas: evitar encontrar-se com os pais, comer exageradamente e depois deitar-se, sair de casa, após telefonema incompreensível, e permanecer duas a três horas fora, deitar-se no quarto com ar condicionado e ventilador ligados, a fim de dissipar o cheiro e a fumaça do "baseado", nome popular do cigarro de maconha.

Cocaína: Olhos brilhantes, com pupilas dilatadas, boca seca, língua com uma camada grossa de saburra (cobertura esbranquiçada sobre a língua), agitação psicomotora, hábito de fungar e limpar o nariz com as costas das mãos, pois a coriza é constante, insônia, transpiração excessiva, alterações do humor (irritabilidade e agressividade), tonturas, às vezes acompanhada de tremores e até convulsões, desconfiança (ideia de perseguição, paranoia), perda do apetite.

ONDE FOI QUE EU ERREI?

Frequentemente, os pais são os últimos a saber. E logo vem o questionamento, fruto do sentimento de culpa: meu Deus, onde foi que eu errei? Na verdade, no afã de proporcionar o melhor para os filhos, os pais, muitas vezes, se tornam demasiadamente permissivos: relevam os erros do filho, não impõem limites — até porque não raro são ausentes, passam a maior parte do tempo fora de casa, são *workaholics* (viciados em trabalho) e, ao voltar para casa, procuram agradar a todo custo: cometem os chamados erros de amor. Já se foi o tempo em que as mães eram do lar e, agora, por força das circunstâncias, muitas crianças já começam a frequentar a escola aos 2 anos de idade. Evoluímos do autoritarismo do passado para o liberalismo total, nos dias atuais. E o acesso à droga é facílimo, graças à ação dos mini, micro e macrotraficantes que se encarregam da distribuição das drogas, muitas vezes, dentro da própria escola.

E O QUE FAZER SE DESCOBRIRMOS QUE O FILHO USA DROGA?

A partir da suspeita do problema, o primeiro passo na abordagem é reconhecer a impotência perante as drogas e buscar a ajuda dos mais experientes: médicos e psicólogos familiarizados com o assunto, clínicas especializadas e grupos de autoajuda. Entre esses, destacam-se os AA (alcoólicos anônimos) e os NA (Narcóticos Anônimos). A participação dos grupos, o apoio e o envolvimento familiar são de grande importância para a manutenção da recuperação do dependente químico. Existem ainda, os grupos de apoio aos pais e aos outros familiares a exemplo do Nar-Anon.

No Brasil, atualmente, seguindo o modelo construído durante a Reforma Psiquiátrica, o tratamento deve estar apoiado no projeto terapêutico singular, que segue as premissas estabelecidas pelo *National Institute on Drug Abuse* (NIDA), dos Estados Unidos, e inclui não apenas os aspectos médicos ou biológicos, mas prioriza abordagens psicoterapêuticas e psicossociais em tratamento ambulatorial, já que o tratamento visa a reinserção social do usuário.

No caso dos que não têm suporte social e familiar e apresentam problemas psíquicos graves, a internação pode ser necessária, porém, essa deve seguir os preceitos da OMS e Tratados Internacionais de Direitos Humanos, ou seja, apenas em caso de surto ou para desintoxicação, por períodos curtos, e sempre tentando uma abordagem voluntária, por meio da técnica de motivação, uma vez que pacientes que têm suas necessidades abordadas e profissionais empáticos alcançam melhores resultados.

Tal abordagem pode ser realizada por equipe multiprofissional por meio da busca ativa, prevista na Portaria n. 336/02, ou ainda pelos profissionais de redução de danos e consultórios de rua para aqueles que não mais residem com sua família (Xavier, 2011).

Atenta a essas premissas, a lei n. 11343 de 2006, mais conhecida no âmbito do direito penal, é um avanço em relação a todas as demais leis que tratam do tema. Ela instituiu o Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas — Sisnad, que

prescreve medidas para prevenção do uso indevido, atenção e reinserção social de usuários e dependentes de drogas.

As atividades de prevenção, de acordo com a lei, são todas aquelas direcionadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco, bem como para a promoção e fortalecimento dos fatores de proteção, já que o sistema por ela implantado fundamenta-se nos problemas que levam ao uso de entorpecentes e não ao uso em si.

A lei ainda avança no que se refere ao objetivo do tratamento, adequando-se às recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS). Assim, o intuito final do tratamento pode ser tanto o "não uso", o "retardamento do uso", quanto a redução de riscos do uso de drogas, sempre pensando na reinserção do usuário.

O tratamento deve também respeitar as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), de modo que as portarias que regem o sistema devem ser integradas ao Sisnad. Há, ainda, de acordo com a Lei n. 11343/06, necessidade de projeto terapêutico individualizado, detectando-se a necessidade de cada paciente. A portaria n. 3088, de 23 de dezembro de 2011, instituiu a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de *crack*, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS.

O QUE DEVO FAZER PARA PREVENIR O USO DE DROGAS?

O diálogo entre pais e filhos é fundamental. É importante preservar a autoridade paterna, estabelecer limites necessários, incutir valores éticos e morais nos filhos e evitar o uso da violência dos citados erros de amor. É muito salutar monitorar o crescimento e desenvolvimento dos filhos com a ajuda dos pediatras, de outros profissionais e inclusive dos educadores. É necessário acompanhar de perto as atividades escolares, comparecer às reuniões de pais e mestres, dialogar com os professores, privilegiar as atividades recreativas saudáveis e o esporte, e estimular os bons hábitos alimentares. Estejam atentos e selecionem as companhias dos filhos e incentivem a participação em grupos de jovens. E, certamente, com a força de uma sólida estrutura familiar, vocês estarão no caminho certo da prevenção.

O trabalho de autores da Psicologia Existencial apresenta cinco fases sucessivas do processo da dependência até a cura: antes do *insight*, o *insight*; a preparação, a ação, a perseverança.

Na primeira fase (antes do *insigth*) a dependência não é percebida e nem admitida pelo dependente apesar de já ter sido percebido por pessoas de sua convivência. A segunda fase (o *insight*) é importante pois já é percebido e admitido pelo dependente, porém o dependente protela qualquer ação para solucionar o problema. A terceira fase (a preparação) é aquela em que o dependente estabelece, por pensamentos, propósitos positivos para se libertar da dependência. Na quarta fase (a ação) ocorre o início da reorganização do comportamento. Para isso é necessário que se invista tempo e energia. Na quinta fase (a perseverança) caracteriza-se a luta pela coragem e pela consolidação da abstinência, assim como a manutenção do que já foi conquistado. (Lukas, 2012) A respeito das fases descri-

tas, Lukas (2012) diz que embora elas revelem um engajamento dos pacientes para alcançarem seu objetivo, não informam nem explicam o que motiva a pessoa a querer superar a doença. Sobre essa motivação Lukas recorre ao estudo de Harald Klingemann, de 1991, no qual procuraram e pesquisaram os chamados "autocurados" (ex-dependentes) que conseguem se libertar das drogas sozinhas sem ajuda de terapia. Em Lukas (2012), descreve-se basicamente as mesmas fases do estudo anterior, porém acrescidos com conhecimentos sobre a motivação. As três fases relatadas pelo "autocurados" são: fase da decisão, fase da transposição e fase da estabilização. Entende-se que na fase da decisão a pessoa já tenha tido o *insight*, contudo a consciência do problema não é o que vai levar ao processo de cura. Na fase da transposição os pesquisados descreveram métodos pessoais para abandonar a droga, porém, predominavam estratégia de auto embuste e de substituição além de técnicas de distanciamento de antigos amigos e o isolamento. Já na fase da estabilização mostrou-se mais diferenças entre os pesquisados. Entretanto, houve um ponto em comum: todos os "autocurados" preencheram o vazio deixado pela droga, de forma concreta e persistente, com novos conteúdos de sentido. Frequentemente enfatizavam ainda que suas ações autônomas e sua vida profissional e familiar assumiam cada vez maior importância para eles (Lukas, 2012, p.31).

A dependência química, uma doença crônica, é algo que pode trazer ao paciente o sofrimento diante de sua realidade. E, da mesma forma que um outro doente ou qualquer pessoa que sofre, o dependente pode executar seu valor de atitude e se aproveitar da oportunidade de encontrar nesse sofrimento um sentido. Importante ainda falar do fenômeno humano que Frankl chama de autotranscedência. Nas palavras do autor, o ser humano, quando transcende "sempre aponta para algo além de si mesmo, para algo que não é ele mesmo – para algo ou para alguém: para um sentido que se deve cumprir, ou para um outro ser humano, a cujo encontro nos dirigimos com amor. Em serviço a uma causa ou no amor a uma pessoa, realiza-se o homem a si mesmo. Quanto mais se absorve em sua tarefa, quanto mais se entrega a pessoa que ama, tanto mais ele é homem e tanto mais é si mesmo. Por conseguinte, só pode realizar a si mesmo à medida que se esquece de si mesmo, não repara em si mesmo" (Frankl, 2015, p.15). A busca de sentido é algo que está presente no ser humano. Seja pelo amor, pelo trabalho ou pelo sofrimento, todo ser humano tem a oportunidade de encontrar novos sentidos. "Nenhum psiquiatra, nenhum psicoterapeuta — também nenhum logoterapeuta — pode dizer a um paciente qual é o sentido; contudo, pode muito bem afirmar que a vida tem um sentido" (Frankl, 2015, p. 27). "E esse se conserva em quaisquer circunstâncias: no sofrimento, no que faz ou cria, ou ainda nas experiências que vive em amar alguém. E ainda pode descobrir, eventualmente, um sentido em uma situação desesperadora com a qual se defronta. Mesmo se sentindo desamparado, o que conta é a firmeza e a atitude diante da situação. Mesmo em situações de aspectos negativos da existência humana, tal como a tríade trágica culpa sofrimento e morte, é possível obter algo positivo mediante atitude e firmeza adequados" (Frankl, 2015).

ONDE PODEMOS LER MAIS SOBRE O ASSUNTO?

Anotem a relação:

CARDOSO FILHO, Pedro. **Álcool & drogas ilícitas**. João Pessoa: UFPB/Editora Universitária, 2004.

MARCONDES, Bell. **Estou viva, não uso mais drogas: o inferno de Bell**. São Paulo: Semente, 2006.

MENEZES, Mara S. Carvalho. **O que é amor exigente**. São Paulo: Edições Loyola, 1992.

TIBA, Içami. **Anjos caídos: como prevenir e eliminar as drogas na vida do adolescente**. São Paulo: Gente, 1999.

TINOCO, Leônidas S. **Alcoolismo: como entender e ajudar**. São Paulo: Paulinas, 2001.

Pareceu-nos importante debater o tema, mesmo que de forma parcial, face à importância da problemática nos nossos tempos. Recomendamos que todos busquem ajuda profissional quando houver dúvida sobre o comportamento dos filhos, pois a intervenção precoce é um dos pilares mais básicos para o sucesso.

Para dar continuidade à grande tarefa educacional sobre o tema, transcrevemos a informação que recebemos, pela internet. Indicamos a fonte para que todos acessem um material sobre como abordar o uso das drogas na infância. É excelente. Pode ser encontrado no endereço http://www.monica.com.br e o título é *Uma história que precisa ter fim*. O material é útil para os familiares, os amigos, os colegas, os colaboradores e principalmente para as crianças em início de formação.Temos que ajudar a acabar com esse mal que destrói muitas famílias.