

Revista de Saúde da Criança e do Adolescente

VOLUME 4

NÚMERO 1

JANEIRO / JUNHO 2012

Sumário

- 7 **PALAVRA DO EDITOR**
Prevenindo a violência contra a criança e adolescente
Preventing violence against children and adolescents
João Joaquim Freitas do Amaral
- 9 **COMPARTILHAR CONHECIMENTOS**
Nutrição e Religião na perspectiva bioética
Nutrition and religion from the bioethical perspective
Gisele Medianeira Barbieri Moro, Nélio Marks Júnior
- 11 **PEDIATRIA EM DESTAQUE**
A prevenção da violência contra a criança é vital para todos!
The prevention of violence against children is vital for all!
Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams, Evelyn Eisenstein
- 13 **OLHAR DO ESPECIALISTA**
Efeitos adversos da quimioterapia: conduta nutricional em pacientes pediátricos
Adverse effects of chemotherapy: nutritional interventions
Suely Oliveira Almeida da Costa, M^a Euzenir Gomes de Pereira, Taciana Figueiredo Cruz
de Carvalho, M^a do Socorro Gomes de Oliveira, Valdilene Barbosa Costa.
- 19 O tratamento da infecção latente por tuberculose em crianças e jovens
Treatment of latent tuberculosis infection in children and adolescents
Clemax Couto Sant'Anna
- 26 **DESAFIO CLÍNICO**
Diagnóstico diferencial das artrites. O joelho que doi...
Differential diagnosis of arthritis. The knee that hurts...
Maria Helena Lopes Cavalcante, Virna da Costa e Silva
- 32 **SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIAS**
Possíveis interações entre Vitamina D e Asma
Possible interactions between vitamin D and asthma
Emanuel Sávio Sarinho, Álvaro J. Madeiro Leite

- 36 **DIRETRIZES CLÍNICAS**
Pneumonia associada a ventilação mecânica
Pneumonia in mechanically ventilated children
Vera Lúcia Andrade Gomes
- 46 **HUMANIZAÇÃO PEDIÁTRICA**
Dinâmica familiar e saúde mental
Family dynamics and mental health
Francisco Helder Lima Pinheiro Júnior
- 51 Falando de saúde mental na infância
On mental health in childhood
Márcia de Vasconcellos Gomes
- 53 **ENSINO IN FOCO**
O sabor do regresso
The taste of regression
Amália Maria Porto Lustosa
- 55 **TRAJETÓRIA DE UM HOSPITAL**
Histórias que vivi...no HIAS entre 1995 e 1997
Remembrances from HIAS, 1995 to 1997
Anamaria Cavalcante e Silva
- 62 **RETRATOS DE VIDA**
Contribuição à história da Perinatologia no Brasil
Contribution to the history of Perinatology in Brazil
Antonio Marcio Junqueira Lisboa
- 68 Mulheres fortes com sonhos e trajetórias diferentes
Strong women with different dreams and life histories
Raquel Mourão Ferreira

Revista de Saúde da Criança e do Adolescente

Expediente

Editor-chefe

João Joaquim Freitas do Amaral

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

Editores associados

Francisca Lúcia Medeiros do Carmo

Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital Infantil Albert Sabin

Ronaldo Pinheiro Gonçalves

Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital Infantil Albert Sabin

Conselho editorial

Aldaiza Marcos Ribeiro

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar do Hospital Infantil Albert Sabin

Anamaria Cavalcante e Silva

Faculdade de Medicina Cristhus

Ana Júlia Couto de Alencar

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

Almir de Castro Neves Filho

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará

Álvaro Jorge Madeiro Leite

Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Anice Holanda Nunes Maia

Serviço de Psicologia do Hospital Infantil Albert Sabin

Denise Silva de Moura

Universidade de Fortaleza e Serviço de Fisioterapia do Hospital Infantil Albert Sabin.

Francisco Walter Frota de Paiva

Diretoria e Serviço de Cirurgia Pediátrica

Luciana Brandão Paim

Serviço de Reumatologia Pediátrica do Hospital Infantil Albert Sabin

Maria Conceição Alves Jucá

Enfermaria do Hospital Infantil Albert Sabin

Maria Helena Lopes Cavalcante

Centro de Estudos e Pesquisas do Hospital Infantil Albert Sabin

Mércia Lima de Carvalho Lemos

Enfermaria e Ambulatório do Hospital Infantil Albert Sabin

Regina Lúcia Portela Diniz

Faculdade de Medicina Cristhus

Regina Lúcia Ribeiro Moreno

Serviço de Terapia Ocupacional e Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Infantil Albert Sabin

Tânia Maria Sousa Araújo Santos

Residência Médica do Hospital Infantil Albert Sabin

Virna da Costa e Silva

Enfermaria e UTI Neonatal do Hospital Infantil Albert Sabin

Normalização

Selma Maria Pinheiro de Oliveira Souza

Biblioteca do Hospital Infantil Albert Sabin

Hospital Infantil Albert Sabin

Equipe

Diretor Geral
Francisco Walter Frota de Paiva

Diretor Administrativo/Financeiro
Lauro Antônio Cabral de Barros

Diretora Clínica
Francisco Rogério Rodrigues Menezes

Diretora Técnica
Marfisa de Melo Portela

CENTRO/COMISSÕES

Centro de Estudos e Pesquisas
Francisca Lúcia Medeiros do Carmo

Comissão de Controle de Infecção Hospitalar
Aldaíza Marcos Ribeiro

Comissão de Dor
Ana Júlia Couto de Alencar

Comissão de Ética em Pesquisa
Regina Lúcia Ribeiro Moreno

Internato
Viena Sales Ximenes Avila

Residência Médica
Tânia Maria Sousa Araújo Santos

SERVIÇOS

Anestesiologia
Josias Teixeira Martins

Cardiologia
Ângela Maria Ferrer Carvalho

Cirurgia
Antonio Aldo de Melo Filho

Emergência
Patrícia Jereissati Sampaio

Enfermagem
Maria Daura Porto

Fisioterapia
Maria de Fátima Leite Simão

Fonoaudiologia
Leonardo da Rosa Giglio

Gastroenterologia
Amália Maria Porto Lustosa

Hebiatria
Maria do Socorro Peres

Nefrologia
Kathia Liliane Lustosa Zuntini

Neonatologia
Tânia Maria Sousa Araújo Santos

Odontologia
Maria Lúcia Bonfim Chagas

Onco-Hematologia
Selma Lessa de Castro

Ortopedia-Traumatologia
Jacinta da Silva Prado

Pediatria Geral
Maria Conceição Alves Jucá

Pneumologia
Vivianne Calheiros Chaves Gomes

Psicologia
Anice Holanda Nunes Maia

Centro de Imagem
Afonsina Pereira de Aquino Campos

Serviço Social
Maria Moema Carneiro Guilhon

Terapia Ocupacional
Elaine Pontes de Araújo

Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica

UTI I: **Euzenir Pires Moura**

UTI II: **César Augusto Ferreira Gomes de Andrade**

Informações gerais

A Revista de Saúde da Criança e do Adolescente é a publicação científica semestral do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS), criada em 2009, sob a responsabilidade do Centro de Estudos e Pesquisas, instituição vinculada à Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Visa publicar artigos científicos, diretrizes, casos clínicos, e relatos, com o objetivo de aprimorar e atualizar os conhecimentos na área de saúde da criança e do adolescente, bem como humanizar o atendimento e resgatar a história do hospital.

Seções da revista

A Revista de Saúde da Criança e do Adolescente aceita a submissão de artigos originais e comunicações que devem ser enviados exclusivamente via e-mail, conforme as “Normas de Publicação” da revista.

Palavra do editor: opinião sobre um tema de interesse em saúde da criança relacionado aos artigos publicados. Recomenda-se não ultrapassar 2 páginas e conter no máximo 15 referências.

Compartilhar conhecimentos: apresentação de um tema atual e relevante em Pediatria ou áreas afins. Recomenda-se não exceder 4 páginas, incluindo referências que deverão ser atuais e em número máximo de 20.

Pediatria em destaque: opinião do pediatra sobre as ações básicas da saúde da criança e adolescente e clínica pediátrica. O texto deve ter entre 2 a 4 páginas. O número de referências não deve ultrapassar a 10.

Olhar do especialista: opinião do especialista sobre a

sua prática clínica a partir de uma pergunta sobre um tema de interesse. O texto deve ter entre 2 a 4 páginas. O número de referências não deve ultrapassar a 10.

Desafio clínico: sedimentando o básico: apresentação de caso clínico, com perguntas-chave sobre a sua condução. O texto deve ter 4 páginas. Recomenda-se não incluir mais de duas ilustrações (fotos, figuras). O número máximo de referências é 10.

Saúde Baseada em Evidências: artigo de atualização de condutas clínicas sobre a saúde da criança baseado em evidências científicas. Recomenda-se ter no máximo 4 páginas. O número de referências não deve ultrapassar 20.

Diretrizes clínicas: comentário sobre uma conduta clínica com um algoritmo ao final. O número de páginas deve ter entre 3 e 4. O número de referências não deve ultrapassar 20.

Humanização pediátrica: artigo sobre aspectos relacionados a humanização ou projetos desenvolvidos no hospital. O texto deve ter no máximo 4 páginas. Não são necessárias referências.

Ensino in foco: comentário ou artigo sobre ensino e pesquisa sobre a saúde da criança e adolescente. O número de páginas deve ser entre 3 e 4. O número de referências não deve ultrapassar 10.

Retratos de vida: relatos de vivências ou experiências sobre o significado do hospital para profissionais, mães e crianças, bem como relatos de pediatras renomados de outras instituições. O texto deve no máximo 2 páginas. Não são necessárias referências.

Trajétória de um hospital: relato do passado e presente do hospital com apresentação do perfil de atendimento nas várias áreas do Hospital. O texto deve ter no máximo 4 páginas. Não são necessárias referências.

Referências:

Devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto, no qual devem ser identificadas por algarismos arábicos. As referências devem ser formatadas no estilo Vancouver, segundo os modelos abaixo:

1. Artigo padrão

Amaral JJF; Vitoria CG. The effect of training in Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) on the performance and healthcare quality of pediatric healthcare workers: a systematic review. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* 2008; 8 (2): 151-162.

2. Livro

Winnicott DW. *Privação e delinquência*. São Paulo: Martins Fontes; 2005.

3. Capítulo de livro

Howard CR. Breastfeeding. In: Green M, Haggerty RJ, Weitzman M, editors. *Ambulatory Pediatrics*. 5th ed. Philadelphia: WB Saunders; 1999. p.109-13.

4. Teses e dissertações

Leite AJM. *Promoção do Aleitamento Materno a Crianças de Peso Desfavorável ao Nascer no Município de Fortaleza: estudo de intervenção randomizado* [tese de doutorado]. São Paulo: Univ. Fed. São Paulo; 2000.

5. Trabalho apresentado em congresso ou similar (publicado)

Blank D, Grassi PR, Schlindwein RS, Mello JL, Eckert GE. The growing threat of injury and violence against youths in southern Brazil: A ten year analysis. *Abstracts of the Second World Conference on Injury Control*; 1993 May 20-23; Atlanta, USA. Atlanta: CDC, 1993:137-38.

6. Artigo de revista eletrônica

Morse SS. Factors in the emergence of infectious diseases. *Emerg Infect Dis* [periódico eletrônico] 1995 Jan-Mar [citado 1996 Jun 5];1(1). Disponível: www.cdc.gov/ncidod/EID/eid.htm. Acesso: 14 de dezembro de 2001.

7. Materiais da Internet

Food and Agriculture Organization of the United Nations. Preparation and use of food based dietary guidelines [site na Internet]. Disponível: www.fao.org/docrep/x0243e/x0243e09.htm#P1489_136013. Acesso: 14 de dezembro de 2001.

Orientação completa de como elaborar referências bibliográficas, segundo o estilo Vancouver, encontram-se disponíveis em www.bv.ufsc.br/ccsm/vancouver.html

Os textos publicados são de responsabilidade de seus autores.
Antes de enviá-los, providenciar uma **cuidadosa correção ortográfica**

PREVENINDO A VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA E ADOLESCENTE

Preventing violence against children and adolescents

João Joaquim Freitas do Amaral

Pediatra e psicoterapeuta psicanalítico. Professor de Pediatria e Psicanálise da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará (UFC). Fortaleza, CE.

A violência física produz uma série de problemas futuros na criança. Há evidência de que as crianças que sofreram castigos físicos tendem a ser mais agressivos com pais, irmãos, colegas e, mais tarde, com cônjuges, sendo mais propensos a desenvolver um comportamento agressivo¹. O castigo físico está também associado a uma série de problemas de saúde mental, tais como depressão, ansiedade e uso de drogas e álcool².

Os médicos podem desempenhar um papel importante na orientação de pais em abordagens construtivas para a prevenção da violência, baseada em evidências, para melhorar o desenvolvimento saudável da criança.

Nesse número da Revista de Saúde da Criança e do Adolescente é apresentado o artigo **A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA É VITAL PARA TODOS!** de Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams e Evelyn Eisenstein que pode ser extremamente útil para esclarecer aos pediatras e a população desse problema³.

O ponto forte desse artigo foi mostrar que a violência contra a criança pode ser prevenida. *“As ciências interdisciplinares que estudam a violência realizam cada vez mais pesquisas mostrando que a prevenção em vários níveis não só é possível como indispensável”*. E essa prevenção começa em casa; mas isso só não basta, é fundamental educar os profissionais de saúde e a sociedade na prevenção da violência. Em minha opinião, esses ensinamentos são muito importantes para

todas as fases de vida da pessoa e de grande valia para a prática clínica, bem como para estimular políticas de saúde pública para essa área.

Uma das formas de prevenção é a chamada “lei das palmadas”, que se propõe a alterar o Estatuto da Criança e do Adolescente⁴ com especificações dos castigos corporais; ao contrário do que se pensa não tem como foco as palmadas, mas todo tipo de castigo corporal cruel ou degradante e suas formas de prevenção. Apesar de a Convenção dos Direitos da Criança⁵, adotada pelo Brasil desde 1990, e a própria Constituição Federal possuírem normas de proteção à criança e ao adolescente, elas não especificam claramente quais são os tipos de violência.

A nova proposta não tem um caráter punitivo aos pais e à escola, mas principalmente esclarecedor. O objetivo é promover caminhos educativos para a prevenção da violência por intermédio da inclusão do tema nos currículos escolares, da formação continuada dos profissionais e do apoio e incentivo às práticas de resolução pacífica de conflitos envolvendo violência contra a criança e o adolescente.

Apesar de ser um avanço significativo na legislação, a proposta que foi aprovada no Congresso tornou-se polêmica. Alguns pais não a acatam por acreditarem que o Estado está invadindo a sua privacidade. Da mesma forma, verifica-se que alguns profissionais de saúde, por desconhecimento dos efeitos da violência

na saúde mental da criança, posicionam-se contrários ao projeto de lei.

Afirmar que, em alguns casos, pessoas, que sofreram uma agressão na infância tornaram-se bem-sucedidas é, na verdade, um equívoco. Um adulto jamais esquece que apanhou na infância. Essas pessoas poderiam, certamente, ter uma vida melhor se não tivessem sofrido violência.

O castigo físico como método educativo, por menor que seja, é um contrassenso nos dias de hoje e prática inadmissível na escola. Os métodos punitivos impedem a subjetividade da criança como pessoa, cuja proteção pela lei deve ser igual

ou mesmo superior à dos adultos. Além disso, o ato de bater com objetivos de inibir na criança uma prática de comportamento rejeitada pelos pais causa dor e não impedirá a sua repetição. O uso de castigos psicológicos como a humilhação e a rejeição também causam os mesmos efeitos.

Existem outras formas de educar sem o uso da violência, a partir da compreensão e do respeito. Atitudes em relação ao uso da punição física mudaram e, muitos países adotaram o foco da disciplina positiva das crianças⁶. Esta inclui a escuta sensível dos filhos, o olho no olho com atenção. Isso sem abdicar da firmeza de suas ações.

REFERÊNCIAS

1. Durrant J, Ensom R. The Coalition on Physical Punishment of Children and Youth (2004). Joint statement on physical punishment of children and youth. Ottawa (ON): The Coalition; 2004. Disponível em: www.cheo.on.ca/en/physicalpunishment. Acessado em 30 de junho de 2012.
2. World Health Organization (WHO). Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO Directions. Geneva, 2003.
3. Williams LCA, Eisenstein E. A prevenção da violência contra a criança é vital para todos!.
4. Estatuto da Criança e do Adolescente. (1990, 13 de julho). Lei n. 8069. Diário Oficial da União. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm. Acessado em 30 de junho de 2012
5. The United Nations Children's Fund (Unicef). Convenção dos Direitos da Criança. Disponível em http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf. Acessado em 30 de junho de 2012.
6. Global initiative to end all corporal punishment of children. Available: www.endcorporalpunishment.org (accessed 2012 Jan. 4).

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

João Joaquim Freitas do Amaral

E-mail: jjfamara@gmail.com

NUTRIÇÃO E RELIGIÃO NA PERSPECTIVA BIOÉTICA

Nutrition and religion from the bioethical perspective

Gisele Medianeira Barbieri Moro¹, Nélcio Marks Júnior²

¹ Nutricionista. Mestranda em Engenharia e Ciência de Alimentos. Especialista em Ciência dos Alimentos. Pós-graduanda em Bioética e Pastoral da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande. Rio Grande, RS.

² Advogado. Pós-graduando em Direito Público. Porto Alegre, RS.

A Bioética tem sido utilizada para refletir sobre inúmeros temas na área da saúde. Como ciência da sobrevivência humana e significância ética da vida, leva aos profissionais de saúde a busca da reflexão compartilhada, complexa e interdisciplinar.

O aspecto cultural e as crenças religiosas podem influenciar na escolha de alimentos e na adesão ao tratamento nutricional de pacientes internados em hospitais e no retorno às suas casas. No ambiente hospitalar, a influência religiosa nos hábitos alimentares pode ser omitida pelos pacientes, sendo um dos motivos o receio de estigmatização por parte dos profissionais de saúde.

O paciente, como sujeito biopsicossocial e espiritual, demanda cuidado integral e humanizado na assistência. O conhecimento técnico-científico, respaldado nos pilares da bioética principialista (beneficência, não-maleficência, autonomia e justiça), aplicada na prática clínica como norteadora de decisões, deve ser considerado em prol da qualidade de atendimento ao paciente.

O princípio bioético do respeito à autonomia é o início do direito do paciente de questionar seu tratamento e assegurar que o plano de cuidado esteja em conformidade com seu desejo.

A dimensão espiritual vem sendo reconhecida como um elemento fundamental na avaliação da qualidade de vida das pessoas. Além disso, há um crescente interesse pelo estudo das relações religião e saúde.

A tomada de decisão baseia-se em diversas habilidades como a possibilidade de se envolver com o assunto, compreender, ou avaliar o tipo de alternativa e comunicar a sua preferência. Nas decisões, quando preservada a voluntariedade, o paciente faz a sua escolha tendo como foco o seu melhor interesse, desconsiderando possíveis pressões externas. Sendo assim, a perda ou a ameaça à voluntariedade gera vulnerabilidade.

No que se refere à alimentação e nutrição é comum enfrentar dilemas bioéticos, pois a alimentação está relacionada ao estilo de vida e bem-estar, a valores culturais, ao prazer e à vida, envolvendo relações sociais e familiares, estando, ainda, inserido na cultura como símbolo de vitalidade. Além disso, são oriundos de conhecimentos, vivências e experiências que se ajustam a uma tradição religiosa e do saber científico de cada período histórico e cultural, ultrapassando o mero ato biológico.

As escolhas diárias que as pessoas fazem com relação aos seus alimentos são influenciadas por aspectos físicos, psicológicos, culturais, sociais e filosóficos. No campo da religião, a alimentação exerce um papel essencial no cotidiano de seus adeptos, pois regulações religiosas, tais como proibições, jejuns e permissões, são constantemente exercidas.

A História da Alimentação apresenta um panorama da alimentação no mundo, desde a pré-história até a atualidade. Observa-se que preceitos religiosos islâmicos, judeus, católicos romanos e cristãos ortodoxos, com suas preferências e proibições

alimentares se mantêm até os dias atuais. No entanto, a relação alimentação e religião têm sido pouco valorizada pelos profissionais de saúde.

Restrições alimentares decorrentes de crenças religiosas, como o não consumo de alguns tipos de carnes e a prática de jejum em determinados períodos do ano, são vistas com maior frequência. Não respeitar a dimensão espiritual é ignorar o ambiente social de um paciente ou seu estado psicológico, impedindo que este seja entendido em todas as suas múltiplas dimensões pessoais.

A coleta dos dados psicossociais deve ser realizada pelo nutricionista buscando complementar as informações existentes no prontuário do paciente e como uma forma de entender o contexto social em que ele está inserido. Estilo de vida, as preferências e tabus alimentares, aspectos étnicos e religiosos devem ser abordados.

O profissional de saúde deve ter um comprometimento com o paciente e não apenas

dar orientação sem observar o lado humano. Isso remete ao fato de criar uma relação de vínculo entre paciente e profissional. O profissional de saúde deve ainda reconhecer a autonomia do paciente, estando esta já incorporada em diversos documentos que regem a prática profissional.

As terapêuticas que envolvem ações na área da Nutrição envolvem mudanças alimentares e de estilo de vida por parte do paciente, que deve contar com a colaboração de sua família.

O profissional nutricionista, sobretudo nesse contexto, tem um papel de grande valia. A sensibilidade e criatividade farão a diferença durante a avaliação e o aconselhamento nutricional. Compreender o hábito alimentar do paciente, assim como as restrições alimentares, inclusive as de origem religiosa, permite ao profissional estabelecer um diálogo, o qual influenciará na adesão do paciente ao tratamento. O respeito acima de tudo deve existir.

REFERÊNCIAS

1. Araújo MMT, Silva, MJP. A Comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. *Revista Escola de Enfermagem USP* 2007; 41 (4), 668-74.
2. Bocatto M. A importância da bioética. *Genética na Escola* 2007; 2 (2):11-4.
3. Erlen JA. Informed consent: the information component. *Orthopaedic Nursing*, 1994; 13(2):75-8.
4. Flandrin JF, Montanari, M. História da alimentação. 5.ed. São Paulo: Estação Liberdade; 1998.
5. Goldim JR. Bioética: origens e complexidade. *Revista HCPA* 2006; 26 (2):86-92.
6. Goldim JR, Salgueiro JB, Raymundo MM, Matte U, Boer APK. Bioética e espiritualidade. 1a.ed. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2007.
7. Hopkins K. Food for life, love and hope: an exemplar of the philosophy of palliative care in action. *Proceedings of the Nutrition Society*, 2004; 63:427-9.
8. Koenig H. Espiritualidade no cuidado com o paciente. São Paulo. Jornalística; 2005.
9. McMahon MM, Hurley DL, Karnath PS, Mueller, PS. Medical and ethical aspects of long-term enteral tube feeding. *Mayo Clinic Proceedings*, 2005; 80 (11):1461-76.
10. Pessini L. Dignidade humana nos limites da vida: reflexões éticas a partir do caso de Terri Schiavo. *Bioética* 2005; 13 (2):65-76.
11. Wettstein MF. Bioética e restrições alimentares por motivações religiosas: tomada de decisão em tratamentos de saúde. Dissertação (Mestrado em Ciências Médicas). Programa de Pós-Graduação em Medicina. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Gisele Medianeira Barbieri Moro
Email: giselebarbieri_@hotmail.com

A PREVENÇÃO DA VIOLÊNCIA CONTRA A CRIANÇA É VITAL PARA TODOS! **The prevention of violence against children is vital for all!**

Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams¹, Evelyn Eisenstein²

1. Psicóloga, Professora Titular da Universidade Federal de São Carlos, Coordenadora do LAPREV (Laboratório de Análise e Prevenção da Violência), Pesquisadora do CNPq, São Carlos, SP.
2. Pediatra, Professora Adjunta da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e representante da ISPCAN (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect) no Brasil, Rio de Janeiro-RJ.

A violência contra a criança engloba uma série de ações exemplificadas pelos maus-tratos físicos, psicológicos ou emocionais, abuso e exploração sexual e a negligência. Há consenso na ciência sobre os males causados pela violência para o desenvolvimento humano em qualquer etapa do ciclo de vida. Porém, a infância e a adolescência são fases de tal vulnerabilidade que as consequências danosas se intensificam, sendo responsáveis por problemas de saúde mental como ansiedade, depressão, maior risco para suicídio e problemas de comportamento, dificuldades no aprendizado e evasão escolar, fuga de casa e abuso de droga ou álcool, dentre outros. Na fase adulta, o indivíduo que sofreu violência na infância tem maior risco de apresentar problemas psiquiátricos, maior envolvimento em crimes, maior risco para diversas doenças e menor sobrevida. Dados recentes indicam, ainda, que o cérebro humano apresenta alterações estruturais e funcionais marcantes após o sofrimento da violência na infância.

O último relatório mundial da ONU sobre a violência contra a criança de 2006 apresenta dados ilustrativos de um quadro global disseminado, tornando tal tipo de violência um problema social grave, bem como um problema de saúde, conforme reconhecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Embora não tenhamos estimativas recentes do impacto econômico global imediato

e em longo prazo da violência contra a criança, uma análise sobre tal impacto nos Estados Unidos apontou que, em 2007, esse país gastava por dia mais de 289 milhões de dólares, ou aproximadamente 104 bilhões por ano envolvendo custos com hospitalização, tratamento em saúde mental, proteção legal e gastos associados com a contenção da criminalidade como prisões e suas consequências.

Diante desse quadro sombrio, a boa notícia é que a violência contra a criança pode ser prevenida. As ciências interdisciplinares que estudam a violência realizam cada vez mais pesquisas mostrando que a prevenção em vários níveis não só é possível como indispensável. Num esforço conjunto envolvendo 60 países, a WWSF (*Women's World Summit Foundation*), órgão consultor da ONU propõe que o dia 19 de novembro seja internacionalmente designado para marcar o fato de que a violência contra a criança pode - e deve - ser prevenida. Trata-se de chamar a atenção para um aspecto pouco divulgado pela mídia em geral. Durante a comoção que envolveu o país após a morte de Isabela Nardoni, quem se recorda de a mídia conversar com especialistas para analisar como outras mortes semelhantes poderiam ser prevenidas? A título de exemplo, em diversos países foram criadas equipes interdisciplinares (*Death Fatality Review Board*) para estudar as

mortes trágicas e inesperadas de crianças, não de forma a apontar culpados, pois isso compete à polícia e ao judiciário, mas para estudar onde a rede de proteção e a sociedade falharam, aprendendo com os erros e propondo novas alternativas de ação.

Um dos maiores fatores de risco associados aos maus-tratos de crianças é a violência de seus pais. Infelizmente, isso é muito mais comum do que se pensa. Por exemplo, numa pesquisa feita em São Carlos em três escolas públicas por uma das autoras, com 239 estudantes, 70% das crianças assinalaram que nos últimos 3 meses haviam sofrido violência física envolvendo, beliscões, sacudidas, socos ou chutes, tapas no rosto ou cabeça, surras e espancamento com tapas ou objetos como cintos e outros. Demais pesquisas brasileiras apontam que essa tendência é a norma, ao invés de ser a exceção.

Em decorrência, ensinar pais a educar seus filhos de modo não violento passa a ser uma das mais eficazes formas de prevenção da violência. Mas só isso não basta. A Sociedade Internacional pela Prevenção do Abuso e Negligência Infantil (ISPCAN) considera a capacitação de profissionais (médicos, psicólogos, juizes, policiais, advogados, educadores, enfermeiros, assistentes sociais e conselheiros tutelares) sobre os conhecimentos interdisciplinares associados à violência como uma das formas mais eficazes de prevenção no mundo.

No Brasil, estamos a um passo de fazer uma contribuição gigantesca para a prevenção da violência contra a criança e o adolescente. O projeto de lei no. 7672/2010 que altera o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) para estabelecer o direito de a criança e o adolescente serem educados e cuidados sem o uso de castigos corporais ou de tratamento cruel ou degradante está sendo, no momento, analisado no Congresso Nacional. Trata-se de um enorme avanço, pois o projeto de lei prevê políticas de prevenção como campanhas educativas, alteração curricular nas escolas, formação continuada de profissionais e mais recursos nas políticas públicas dirigidas à população de crianças e adolescentes em todo o Brasil, como um compromisso governamental.

Contudo, este projeto de lei tem sido distorcido pela mídia e grande parte da população. Ao apelidá-la de “lei da palmada”, banaliza-se a real violência sofrida pelas nossas crianças. A lei não pretende punir ou prender pais que batam em seus filhos (não teríamos cadeias suficientes para tall), e sim ensiná-los que há outras formas mais eficazes e saudáveis de disciplina, denominadas de parentagem positiva. Por essas razões, a Sociedade Brasileira de Pediatria e a Sociedade Brasileira de Psicologia deram o seu apoio para a aprovação do projeto de lei no. 7672/2010. Pediatras e psicólogos estão unidos nos esforços de prevenir e banir a violência contra a criança e o adolescente no Brasil, conforme compromisso já ratificado pelo país na Convenção dos Direitos da Criança nas Nações Unidas.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams
E-mail: evelynbrasil@hotmail.com

EFEITOS ADVERSOS DA QUIMIOTERAPIA: CONDUTA NUTRICIONAL EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

Adverse effects of chemotherapy: nutritional interventions in pediatric patients

Suely Oliveira Almeida da Costa¹, M^a Euzenir Gomes de Pereira², Taciana Figueiredo Cruz de Carvalho³, M^a do Socorro Gomes de Oliveira⁴, Valdilene Barbosa Costa⁵.

1. Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade Estadual de Ceará. Fortaleza, CE.
2. Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade Estadual de Ceará, Chefe do Setor de Nutrição e Dietética do Hospital Albert Sabin. Fortaleza, CE.
3. Nutricionista, Especialista em Nutrição Clínica pela Universidade de Fortaleza e professora da Faculdade de Tecnologia Intensiva do Ceará (FATECE). Fortaleza, CE.
4. Nutricionista, Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual de Ceará. Fortaleza, CE.
5. Nutricionista, Especialista em Ciências dos Alimentos pela Universidade Estadual de Ceará. Fortaleza, CE.

RESUMO

O tratamento quimioterápico traz aos pacientes oncológicos alguns efeitos adversos devido a ação tóxica a nível do trato gastrointestinal que podem levar à redução da ingestão alimentar e, por conseguinte, comprometer o seu estado nutricional acarretando aumento do tempo de internação e da morbimortalidade. Dentre estes efeitos adversos podemos ressaltar: anorexia, disgeusia, disosmia, náuseas, vômitos, xerostomia, mucosite, disfagia, odinofagia, esofagite, saciedade precoce, diarreia e a constipação intestinal. Portanto, o objetivo deste artigo é fazer uma breve revisão das reações adversas que podem ser detectadas durante o tratamento quimioterápico e a intervenção nutricional recomendada com o intuito de salientar a importância do acompanhamento nutricional como forma de favorecer a uma melhora na qualidade de vida do paciente oncológico pediátrico.

Palavras-chaves: Neoplasia, Efeitos Adversos, Quimioterapia, Oncologia.

ABSTRACT

Chemotherapy to cancer patients brings adverse effects due to the toxicity level of gastrointestinal tract that reduced food intake and compromise nutritional status by increasing the length of hospital stay and mortality. Among these effects we can mention: anorexia, dysgeusia, dysosmia, nausea, vomiting, drymouth, mucositis, dysphagia, odynophagia, esophagitis, early satiety, diarrhea and constipation. The purpose of this article is a brief review of the effects of chemotherapy in pediatric patients and its impact on nutritional status, as well as nutritional interventions to minimize these symptoms that make patients, inappetent and malnourished.

Keywords: Neoplasm, Adverse Effects, Chemotherapy, Oncology.

INTRODUÇÃO

A maioria dos pacientes oncológicos ao se submeterem a quimioterapia apresentam algumas reações adversas que vem a interferir diretamente na ingestão dos alimentos fazendo-se necessário o aconselhamento nutricional como forma de amenizar tais sintomas e favorecer um estado nutricional satisfatório.

A quimioterapia como as demais modalidades terapêuticas anti-tumorais influenciam no surgimento, agravamento e manutenção da desnutrição em pacientes oncológicos devido influenciar negativamente na ingestão, digestão, absorção e metabolismo de nutrientes¹.

A quimioterapia emprega substâncias químicas, isoladas ou em combinação, com a finalidade de erradicar tumores malignos. Entretanto, estas substâncias não agredem exclusivamente as células tumorais, atingindo também as células normais².

O tratamento quimioterápico se constitui de drogas antineoplásicas que controlam ou curam o câncer, agindo na destruição de células tumorais, evitando a formação de um novo DNA e inibindo funções essenciais da célula. Todavia, os efeitos terapêuticos e tóxicos dos agentes antineoplásicos estão relacionados com tempo de exposição do paciente e da concentração plasmática da droga utilizada³.

Os efeitos colaterais provenientes da quimioterapia afetam, em especial, o trato gastrointestinal restringindo a digestão e a absorção, fazendo com que o paciente diminua o seu consumo alimentar⁴.

Dentre os efeitos adversos causados pelas drogas antineoplásicas temos, aqueles que acarretam prejuízo para o estado nutricional do paciente e, estes são: anorexia, alterações do paladar, náuseas, vômitos, mucosite, esofagite, diarreia e a constipação intestinal¹.

Assim sendo, é de suma importância o conhecimento dos possíveis efeitos adversos que os quimioterápicos possam ocasionar e a conduta nutricional que deve ser seguida para minimizar as conseqüências destes agentes sobre o estado nutricional do paciente oncológico pediátrico e favorecer a ingestão alimentar e consequentemente reduzir o tempo de internação.

EFEITOS ADVERSOS DA QUIMIOTERAPIA

A anorexia é o sintoma mais frequentemente associado à neoplasia, sendo um dos fatores que mais contribuem para redução da ingestão alimentar. Está presente em 24% dos pacientes oncológicos no momento do diagnóstico e aproximadamente em 80% quando do avançar da doença¹.

Pacientes submetidos à quimioterapia podem apresentar anorexia devido às alterações do paladar, percepção alterada dos sabores e do olfato, e da modificação do metabolismo do trato digestivo⁵.

Alguns quimioterápicos podem ocasionar alteração temporária da sensação do paladar, sendo esta demonstrada pela percepção do gosto metálico, aversão à carne ou outros alimentos, redução do sabor dos alimentos ou tornando-o desagradável⁵.

O uso de drogas antineoplásicas acarreta danos aos microvilos das células gustativas ou de suas superfícies, levando a uma redução da percepção ao sabor dos alimentos doces e um aumento da sensibilidade ao amargo¹.

Os agentes antineoplásicos destroem as células do trato digestivo, modificando os estímulos sensitivos e, consequentemente, provocando a sua aversão alimentar. Alimentos com alto teor de proteína, como o feijão e a carne, normalmente, apresentam um elevado índice de rejeição por parte dos pacientes em tratamento quimioterápico⁶.

A alteração do paladar está associada ao tipo de medicação utilizada. O que normalmente observa-se durante tratamento quimioterápico é o gosto metálico persistente e alterações na percepção do sal dos alimentos¹.

Alguns quimioterápicos também podem acarretar aversão alimentar aprendida. Essa aversão ocorre quando o paciente prontamente relaciona sintomas desagradáveis, como náusea e vômito, quando da ingestão de determinados alimentos⁴.

A náusea pode ser definida como uma sensação desagradável na parte distal da orofaringe e/ou estômago que pode resultar ou não no ato de vomitar, ou seja, na eliminação forçada do conteúdo gástrico pela boca¹. É uma manifestação ocasionada pela toxicidade neurológica dos quimioterápicos devido à irritação do centro controlador do vômito².

A mucosite oral é considerada um efeito tóxico frequente em pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico. A mucosite quando acentuada tem importante impacto na qualidade de vida do paciente. Pode afetar a capacidade de tolerância a terapia, prolongar o tempo de internação hospitalar e aumentar o consumo de analgésicos².

A mucosite é uma resposta inflamatória da mucosa bucal às altas doses de quimioterapia, caracterizada pela manifestação de eritema, seguidas de ulcerações, sangramento, edema, e dor⁷. Trata-se de um processo inflamatório que acarreta ao paciente alteração do paladar, dificuldade de deglutição, dor intensa e susceptibilidade ao advento de infecções oportunistas bacteriana, fúngica ou viral⁸.

A saciedade precoce pode ser ocasionada pela redução das enzimas digestivas e da alteração no metabolismo da glicose e triglicérides, além da estimulação prolongada dos receptores gástricos de volume⁵.

Uma outra reação adversa frequentemente presente em pacientes com terapia quimioterápica é a diarreia. Sendo caracterizado como diarreia a presença freqüente e abundante fezes pastosas ou líquidas¹.

Considera-se o paciente constipado quando o mesmo apresenta menos de 3 evacuações semanais¹. Podendo ser devido não somente pelo uso de algumas drogas quimioterápicas, mas como em consequência da baixa ingestão hídrica e imobilidade do paciente que, por sua vez, pode levar a dores e a distensão abdominal, interferindo na manutenção de uma ingestão nutricional adequada².

CONDUTA NUTRICIONAL

Pacientes em tratamento quimioterápico apresentam vários sinais e sintomas que levam à diminuição da ingestão diária de nutrientes vindo a comprometer o estado nutricional, e dentre estes podemos citar: anorexia, disgeusia e disosmia, náuseas e vômitos, xerostomia, mucosite, disfagia, odinofagia, esofagite, saciedade precoce, diarreia, constipação intestinal e neutropenia. Assim, torna-se importante ressaltar possíveis recomendações nutricionais que possam controlar tais intercorrências⁹:

a) Anorexia

Quando o paciente apresenta-se com anorexia é necessário modificar a consistência da dieta conforme sua aceitação, aumentando o fracionamento da dieta, reduzindo o volume por refeição e aumentando a densidade calórica. Se necessário deve-se utilizar complementos nutricionais hipercalóricos ou hiperprotéicos⁹.

Algumas estratégias recomendadas para aumentar o consumo alimentar são: a) reforçar o desjejum, pois a ingestão de alimentos após algumas horas de jejum poderá mais facilmente ser obtida; b)

limitar a ingestão de líquidos durante as refeições devido favorecer a plenitude gástrica; c) evitar excessos de gorduras pois contribuem para a saciedade e o retardo do esvaziamento gástrico; d) oferecer alimentos conforme a preferência do paciente¹.

b) Disgeusia e disosmia

Durante o tratamento quimioterápico podem surgir distorção ou diminuição do senso do paladar (disgeusia), bem como alteração ou distorção do sentido do olfato (disosmia) levando alguns pacientes a recusar certos alimentos.

Os quimioterápicos podem ocasionar uma intensificação no sentido do olfato, aumentando desse modo a sensibilidade aos odores do alimento².

Orienta-se nesta situação aumentar o fracionamento da dieta, reduzir o volume por refeição e modificar a consistência dos alimentos conforme aceitação, oferecendo pratos com visual agradável e colorido, dando preferência a alimentos com sabores mais fortes e utilizar ervas aromáticas e especiarias nas preparações⁹.

c) Náuseas e vômitos

Deve-se aumentar o fracionamento da dieta e reduzir o volume por refeição, dando preferência a alimentos mais secos e de consistência branda. Oferecer pratos visualmente agradáveis e coloridos, manter a cabeceira elevada (45°) durante e após as refeições, evitar jejuns prolongados e beber líquidos durante as refeições, procurar não consumir preparações que contenham frituras, alimentos gordurosos ou muito doces, e que estejam em temperaturas extremas⁹.

É recomendado utilizar alimentos com baixo teor de gordura, com pouco condimento e de cheiro neutro. Deve-se orientar o paciente a comer devagar mastigando bem o alimento, e dar preferência aos alimentos e bebidas mornas ou frias, pois os quentes contribuem para a sensação de náuseas¹.

d) Xerostomia

A quimioterapia pode danificar as glândulas salivares levando a sensação de boca seca (xerostomia). Recomenda-se adequar os alimentos conforme aceitação do paciente, ajustando a consistência. Se necessário deve-se utilizar complementos nutricionais com flavorizantes cítricos. Dar preferência a alimentos umedecidos, adicionar caldos e molhos às preparações, usar ervas aromáticas como tempero nas preparações, e utilizar gotas de limão nas saladas e bebidas. É indicado ingerir líquidos junto às refeições para facilitar a mastigação e deglutição, evitando o sal e condimentos em excesso, bem como deve-se mastigar e chupar gelo⁹.

e) Mucosite

A mucosite é a reação adversa causada pelas medicações antineoplásicas que mais debilita o paciente oncológico, desencorajando a deglutição e piorando ainda mais o seu estado nutricional¹.

Na presença de mucosite deve-se modificar a consistência da dieta e orientar o paciente a evitar alimentos secos, duros, ácidos ou picantes, procurar consumir alimentos macios e pastosos, dar preferência a alimentos em temperatura ambiente, fria ou gelada, reduzir o sal das preparações e evitar a ingestão de vegetais crus⁹. Estudos recomendam o uso da glutamina na prevenção e no controle da mucosite oral.

f) Disfagia

A Disfagia consiste na dificuldade de deglutição, ou seja, na transferência do bolo alimentar da cavidade oral para o estômago¹. Neste caso, recomenda-se modificar a consistência da dieta conforme aceitação, orientação do fonoaudiólogo e da capacidade do paciente. Em caso de disfagia a líquidos, semilíquidos e pastosos, deve-se utilizar espessantes e no caso dos alimentos sólidos orienta-se oferecer ao paciente pequenos volumes de líquidos junto às refeições para facilitar a mastigação e deglutição. Dar preferência a alimentos umedecidos e utilizar conforme tolerância preparações de fácil mastigação e

deglutição⁹. Evitar alimentos de temperatura extrema e oferecer refeições de pequeno volume¹.

g) Odinofagia

Quando da deglutição dolorosa (odinofagia) faz-se necessário modificar a consistência da dieta conforme aceitação e a intensidade da dor do paciente, aumentando o fracionamento da dieta e reduzindo o volume por refeição. Quando necessário usar complementos nutricionais com flavorizantes não cítricos. Evitar alimentos secos e duros, utilizar alimentos em temperatura ambiente, evitar condimentos ácidos que possam irritar a mucosa, reduzir o sal das preparações, dar preferência a alimentos na consistência pastosa (carnes macias, bem cozidas, picadas, desfiadas ou moídas) ou liquidificados, usar papas de frutas e sucos não ácidos, e orientar o paciente a mastigar bem os alimentos evitando a aerofagia⁹.

h) Esofagite

Quando o paciente apresenta esofagite recomenda-se modificar a consistência da dieta de acordo com a aceitação, aumentar o fracionamento da dieta e reduzir o volume por refeição. Evitar alimentos secos e duros, utilizar alimentos em temperatura ambiente, dar preferência a alimentos na consistência pastosa ou liquidificados. Utilizar dieta hipolipídica e pobre em fibras insolúveis. Diminuir o sal das preparações. Evitar a ingestão de café, bebidas alcoólicas, refrigerantes ou qualquer bebida gaseificada. Evitar sucos ácidos que possam irritar a mucosa. Orientar o paciente a mastigar bem os alimentos evitando a aerofagia. Manter cabeceira elevada (45°) durante e após as refeições⁹.

i) Saciedade precoce

Para evitar a saciedade precoce deve-se modificar a consistência da dieta, dando preferência a alimentos abrandados, aumentando o fracionamento e a densidade calórica das refeições e reduzindo o volume por refeição. Dar preferência à ingestão de legumes cozidos e frutas

sem casca e bagaço. Dar preferência à ingestão de grãos em geral liquidificados ou somente o caldo da preparação. Evitar ingerir líquidos durante as refeições. Utilizar ervas aromáticas e condimentos nas preparações, bem como reduzir o sal. Utilizar carnes magras, cozidas, picadas, desfiadas ou moídas. Evitar alimentos e preparações hiperlipídicas. Evitar a ingestão de refrigerantes ou qualquer bebida gaseificada⁹.

j) Diarreia

Havendo diarreia deve-se aumentar o fracionamento da dieta e reduzir o volume por refeição, avaliar a necessidade de restrição de lactose, sacarose, glúten e cafeína. Considerar o uso de prebiótico, probiótico ou simbiótico. Evitar alimentos flatulentos e hiperosmolares. Utilizar dieta pobre em fibras insolúveis e adequada em fibras solúveis. Ingerir líquidos isotônicos entre as refeições, em volumes proporcionais às perdas⁹.

l) Constipação intestinal

Na constipação recomenda-se a ingestão de alimentos ricos em fibras e com características laxativas. Considerar o uso de prebiótico, probiótico ou simbiótico. Utilizar se necessário módulo fibra dietética mista. Estimular a ingestão hídrica conforme recomendações⁹.

m) Neutropenia

Quando da presença de neutropenia não se recomenda o uso de probióticos. Deve-se ingerir apenas frutas de casca grossa, consumindo somente a polpa. No caso de frutas com casca fina consumir somente cozidas. Ingerir vegetais, condimentos, oleaginosas e grãos somente cozidos. Consumir leites e derivados somente pasteurizados. Ingerir carnes e ovos somente bem coccionados⁹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É elevada a frequência dos efeitos colaterais em pacientes pediátricos causados pelo tratamento

quimioterápico, sobretudo, relacionados ao trato gastrointestinal, o que pode comprometer diretamente o estado nutricional dos pacientes. Por conseguinte, a prevenção dos possíveis efeitos adversos e o adequado planejamento terapêutico costuma ser a maneira mais eficaz de evitar as

possíveis complicações durante o tratamento. Quando não for possível se prevenir deve-se buscar iniciar o mais breve possível a correção das alterações induzidas pela quimioterapia evitando assim complicações no estado geral do paciente.

REFERÊNCIAS

1. Waitzberg DL. Dieta, nutrição e câncer. São Paulo: Atheneu; 2006.
2. Ferreira NMLA, Scarpa A, Silva DA. Quimioterapia antineoplásica e nutrição: uma relação complexa. Rev Eletr Enf. [periódico eletrônico] 2008;10(4):1026-34. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a14.htm. Acessado: 15 de agosto de 2011.
3. Tartari RF, Busnello FM, Nunes CHA. Perfil nutricional do paciente oncológico. Rev Brasileira de Cancerologia 2010; 56(1): 43-50.
4. Frankmann CB. Terapia e clínica nutricional na doença neoplásica. In: Mahan Lk, Escott-Stump SK. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 11ª ed. São Paulo: Roca; 2005. p. 838-58.
5. Smeltzer SC, Bare GB, Brunner, Suddarth. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2005.
6. Beyer PL. Digestão, absorção, transporte e excreção de nutrientes. In: Mahan Lk, Krause E SS. Alimentos, nutrição e dietoterapia. 11th ed. São Paulo: Roca; 2005, p. 3-17.
7. Rosa FM, Hammerschmitt T, Souza HP. Utilização do laser de baixa potência na prevenção e terapêutica da mucosite oral. Stomatos 2005; 1(21): 41-4.
8. Barbosa JKG. Mucosite: complicação oral decorrente do tratamento antineoplásico. Congresso Internacional de Odontologia da Bahia – CIOBA, 2006. Disponível em: www.cioba.org.br/anais2006.pdf. Acessado: 18 de agosto de 2011.
9. Instituto Nacional do Câncer (Brasil). Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA; 2009.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Suely Oliveira Almeida da Costa

E-mail: suelydealmeida@gmail.com

O TRATAMENTO DA INFECÇÃO LATENTE POR TUBERCULOSE EM CRIANÇAS E JOVENS.

Treatment of latent tuberculosis infection in children and adolescents

Clemax Couto Sant'Anna

Professor Associado da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).
Departamento de Pediatria. Membro do comitê técnico assessor a tuberculose do Ministério da Saúde.
Rio de Janeiro, RJ.

Resumo

A tuberculose latente ou infecção latente por tuberculose (**ILTB**) é o intervalo que vai da primo-infecção por TB à doença instalada. São apresentados dados de quatro estados brasileiros relacionados com o tratamento da ILTB no período anterior à revisão de normas de TB no Brasil, em 2010. Os pontos exitosos no tratamento da ILTB foram: a valorização da prova tuberculínica (mesmo em crianças vacinadas com BCG), a inclusão de pacientes sob imunossupressão (HIV/Aids e drogas imunossupressoras), a baixa toxicidade do tratamento com isoniazida e o elevado percentual de conclusão do tratamento da ILTB. O artigo finaliza com atualização sobre as normas vigentes no Brasil a partir de 2010.

Palavras-chave: Tuberculose, Tuberculose Latente, Saúde da Criança

Abstract

Latent tuberculosis (TB) or latent TB infection (LTBI) is the gap that goes from TB primary infection to TB disease. Data are presented from four Brazilian states relating to LTBI treatment in the period prior the Brazilian TB Guidelines update in 2010. The successful points of LTBI treatment were: importance of the tuberculin skin test (even in BCG- vaccinated children), the inclusion of immunosuppressed patients (HIV / AIDS and immunosuppressive drugs), the low toxicity of isoniazid therapy and the high percentage of completion LTBI treatment . The article concludes with an update on current Brazilian Guidelines since 2010.

Key words: Tuberculosis, Child Health, Latent Tuberculosis

Introdução

O Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT) no Brasil iniciou-se na década de 1930. É um dos mais antigos da América do Sul. O *Manual de recomendações para o controle da tuberculose* divulgado em 2010 segue a tradição da atualização periódica de normas nacionais há várias décadas, com base em novas descobertas, novos estudos publicados e em resultados de

experiências de grupos ¹. As grandes mudanças trazidas por este Manual são no tratamento da tuberculose (TB) e no tratamento da infecção latente por TB (ILTB).

Os dados aqui apresentados referem-se aplicação das normas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde ² e pelo PNCT vigentes no período de 2002 a 2010 ³, ano em que se concluiu a atualização de normas nacionais e quando foi divulgado o atual Manual de recomendações ¹.

A recente revisão de normas de TB chamou a atenção de que adolescentes têm um papel importante na transmissão da doença no Brasil e em outros países com características semelhantes. Em geral os PNCTs não valorizavam o fato de que adolescentes podem ser bacilíferos e capazes de transmitir a TB a outras pessoas. Assim, a partir dos 10 anos (adolescente) a pessoa com suspeita de TB deve ser submetida a exame de escarro (baciloscopia de escarro e sempre que possível cultura para *Mycobacterium tuberculosis*) para se estabelecer o diagnóstico da doença. Além disso, em adolescentes o tratamento deve ser feito igual ao do adulto. A separação entre crianças (< 10 anos) e adolescentes (> 10 anos) visa a melhora no diagnóstico e no controle da TB no país.

Este artigo é um resumo de uma a comunicação feita em um encontro internacional de TB na qual se destacam a abordagem da ILTB em relação a crianças e jovens*. Apresenta dados obtidos de quatro estados da federação, bem como as normas atualizadas do Brasil com comentários sobre medidas preconizadas pela Organização Mundial da Saúde(OMS).

(*) – Apresentação feita no 42 ° Congresso da *International Union against Tuberculosis and Lung Diseases*. Outubro/2011. Lille, França

Tratamento da infecção latente da tuberculose nas regiões sul e sudeste do Brasil antes de 2010

O termo TB latente ou **ILTB** é definido como o intervalo que vai da primo-infecção por TB à situação de TB doença instalada. As crianças com menos de cinco anos constituem-se no grupo prioritário para o tratamento da ILTB (ou quimioprofilaxia), assim como imunossuprimidos em geral ¹.

Dados obtidos dos estados de Santa Catarina e Paraná permitem se ter idéia da magnitude do tratamento da ILTB na região sul do país. Em Santa Catarina, de 2003 a 2010, identifica-se que o maior percentual de casos de tratamento de ILTB ocorreu em contatos com menos de 15 anos reatores a prova tuberculínica. Os demais grupos populacionais representaram menor percentual de casos, sendo que os infectados por HIV corresponderam a 5% do total de indicações de tratamento ILTB (Tabela 1).

Tabela 1. Indicações de tratamento da ILTB em Santa Catarina, 2003-2010

Indicações segundo grupos de indivíduos		n	%
Contato < 15 anos	Não vacinados com BCG com prova tuberculínica $\geq 10\text{mm}$	5	1,5
	Vacinados com BCG com prova tuberculínica $\geq 15\text{mm}$	272	84,2
Conversão tuberculínica		8	2,5
Pacientes imunossuprimidos		4	1,2
Infectados por HIV		16	5,0
Outros casos		18	5,6
Total		323	100,0

No estado do Paraná foi possível estudar a situação de Paranaguá, município prioritário do PNCT devido às taxas de incidência de TB na região (99,7/100.000 habitantes). Foram analisadas 153 fichas no ano de 2010: mediana de idade – 35 anos; 13 crianças (abaixo de 10 anos) e 4 adolescentes (10-15 anos). As indicações foram as seguintes:

- Quimioprofilaxia primária – 3 (2%);
- Contato < 15 anos – 14 (26,5%)
- Radiografia de tórax com imagem de TB inativa sem prévio tratamento – 1 (0,6%);
- Casos de imunossupressão – 9 (5,9%)
- Contato adulto com prova tuberculínica \geq de 5 mm -126 (82,4%)

Constata-se que a ênfase no tratamento da ILTB foi em adultos, permitindo supor que seria necessário implementar o sistema de controle de contatos nessa região, no sentido de descobrir casos de ILTB na infância que necessitassem de tratamento.

As informações obtidas da região sudeste correspondem ao estado de São Paulo e à cidade do Rio de Janeiro. No estado de São Paulo durante o ano de 2009, os casos de tratamento da ILTB foram analisados nos gráficos 1 e 2, segundo as idades dos indivíduos e segundo a existência ou não de condições imunossupressoras. Com relação à faixa etária percebe-se que o maior contingente de indivíduos que recebeu tratamento de ILTB era de pessoas \geq 15 anos. Crianças até quatro anos representaram 14% do total; de 5 a 9 anos, 14% e de 10 a 14 anos, 12%.(Gráfico 1)

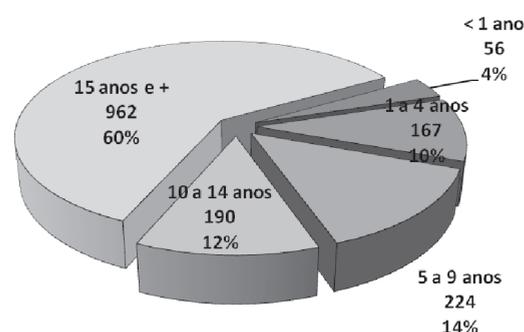


Gráfico 1. Casos que iniciaram tratamento da ILTB no Estado de SP em 2009, segundo as idades.

Com relação a situações de imunossupressão que eram enfatizadas nas normas anteriores (3), estas continuam a se-lo no *Manual* atual (1). Em S. Paulo, a maioria dos casos não tinha condições de imunossupressão. Dentre estas, a infecção por HIV foi a mais prevalente, representando 27,7 % do total. Do mesmo modo, destaca-se que o tratamento da ILTB em pacientes em uso de drogas imunossupressoras foi constatado em 9,6 % de indivíduos (Gráfico 2).

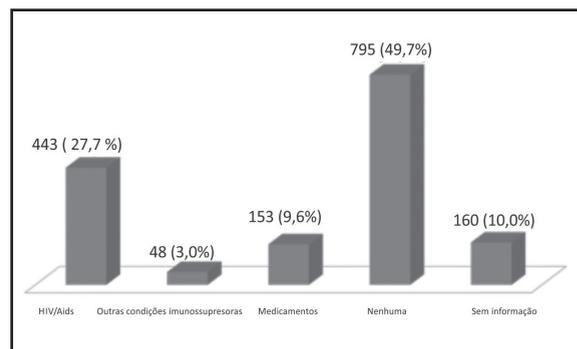


Gráfico 2. Casos que iniciaram tratamento da ILTB no estado de São Paulo em 2009 segundo presença de imunodepressão.

Em relação ao tipo de encerramento do tratamento da ILTB no estado de S. Paulo no ano de 2010, observou-se que de 1959 casos em crianças e adultos, 58% completaram-no. As demais condições estão descritas no Gráfico 3.

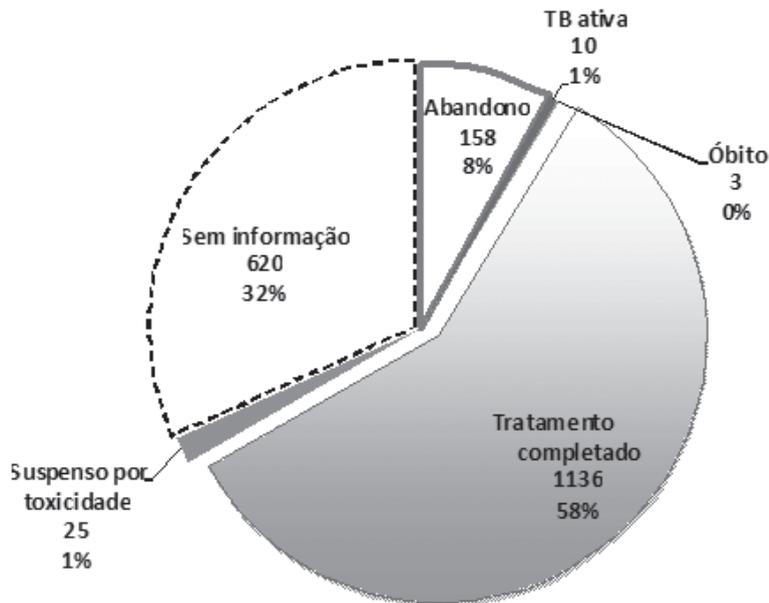
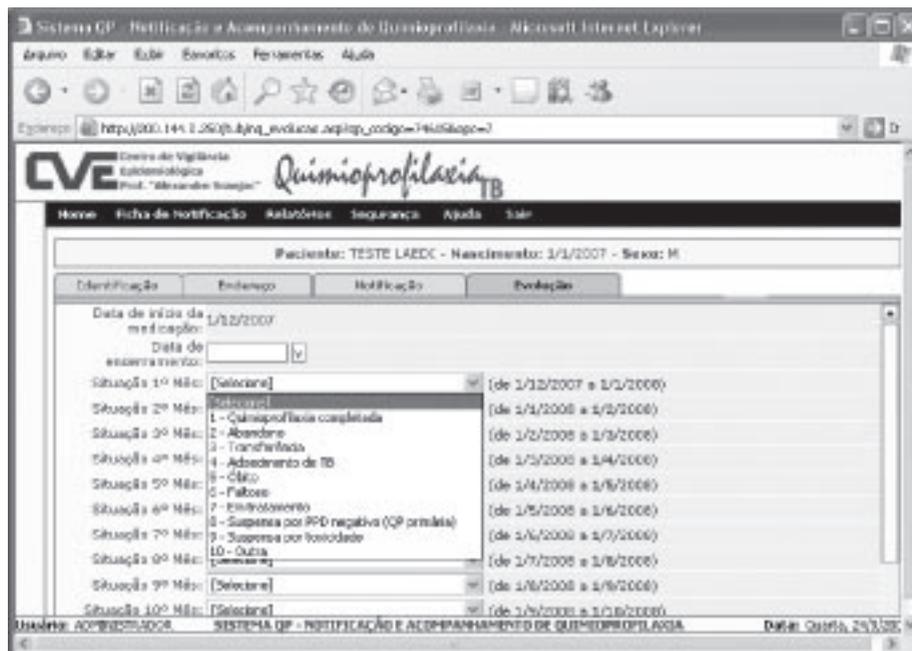


Gráfico 3. Tratamento da ILTB segundo tipo de encerramento em 1959 indivíduos. São Paulo, 2010.

Ainda no estado de S. Paulo, vem sendo adotado o sistema informatizado *Quimioprofilaxia TB* para

acompanhamento dos casos, visando facilitar o registro de dados (Figura 1).

Figura 1. Tela do sistema informatizado *Quimioprofilaxia TB* do estado de São Paulo.



Os dados do município do Rio de Janeiro foram obtidos pela análise das fichas notificadas a Secretaria de Estado de Saúde de 2007 a 2009. Adotando-se a divisão em duas faixas etárias; crianças e adolescentes, pode-se ter um perfil dos casos que começaram tratamento da ILTB na Tabela 2. Constatou-se que a maioria das crianças

(0 a 9 anos) fora vacinada com BCG, tinha contato com bacilífero e que o teste tuberculínico apresentava reações superiores a 10 mm. Com relação à infecção por HIV nota-se que o número de casos foi reduzido, não permitindo uma análise adequada.

Tabela 2. Tratamento da ILTB: perfil de crianças e adolescentes no município do Rio de Janeiro. 2007-2009

	GRUPOS ETÁRIOS		p
	0-9 anos (N=1497)	10-19 anos (N=857)	
Vacinação com BCG			
SIM	1392	810	
NÃO	38	9	0.009
Radiografia de tórax			
NORMAL	1363	799	
TB ATIVA	13	5	
OUTRA	20	12	0.7
Teste tuberculínico			
NÃO REATOR (< 5mm)	75	10	
REATOR FRACO (5 – 9 mm)	43	23	
REATOR FORTE (10-14mm)	518	325	
REATOR FORTE (? 15mm)	736	481	0.000
Contato de bacilífero			
SIM	1402	818	
NÃO	95	39	0.04
Infectado por HIV			
POSITIVO	42	17	
NEGATIVO	37	14	0.5

Comentários

A análise dos dados acima descritos correspondente ao período anterior à revisão de normas de TB no Brasil, permite identificar que os pontos exitosos são a valorização da prova tuberculínica (mesmo em vacinados com BCG) como um elemento útil para a decisão de tratamento da ILTB, a preocupação com pacientes sob imunossupressão, como é o caso de infecção por HIV/Aids e uso de drogas imunossupressoras, a baixa toxicidade do esquema e o elevado percentual de conclusão do tratamento da ILTB. Como limitações, pode-se apontar a necessidade de reiterar o papel importante na prevenção da TB de crianças e jovens (muitos dos quais são

contatos de adultos com TB) e de se contar com um sistema de notificação de casos de tratamento de ILTB mais abrangente no país.

Atualização das normas de conduta quanto a ILTB no Brasil

A partir de 2010 o *Manual* destaca que a prova tuberculínica ou teste tuberculínico permanece como o teste que mais auxilia na identificação dos indivíduos infectados pelo *M. tuberculosis*. Neste sentido, as normas nacionais adotaram os seguintes pontos de corte: em crianças vacinadas com BCG há menos de dois anos: 10 mm; em crianças vacinadas com BCG há mais

de 2 anos, adolescentes e adultos: 5 mm. Assim, levando-se em conta os pontos de corte do teste tuberculínico e a situação vacinal com BCG em crianças, é possível separar casos de ILTB dos não infectados ¹.

No Quadro 1, segundo o resultado da prova

tuberculínica, a indicação de tratamento da ILTB se estabelece nos indivíduos **assintomáticos e com radiografia de tórax normal**. Sempre é necessário afastar a possibilidade de TB doença antes de se iniciar o tratamento da ILTB (com isoniazida na dose máxima de 300 mg/dia por 6 meses) ¹,

Quadro 1. Indicações de tratamento da Infecção latente por tuberculose, segundo o resultado do teste tuberculínico. Ministério da Saúde, 2010.

PT ≥ 5 mm	PT ≥ 10 mm	Conversão tuberculínica
Contatos adultos e < 10 anos não vacinados BCG ou vacinados > 2 anos.	Contato com menos de 10 anos vacinados com BCG há menos de 2 anos	Contato de TB bacilífera
HIV/Aids	Silicose	
Uso de inibidores de TNF α		Profissional de saúde
Alterações radiológicas (sequelas)	Neoplasia de cabeça e pescoço, diabetes	
Transplantados (imunossuprimidos)		

Resumo: conduta na ILTB, segundo normas do PNCT (2010)

- O resultado da prova tuberculínica deve ser registrado em milímetros. Não se recomenda a classificação: não reator, reator fraco e reator forte da prova tuberculínica, devido a variações entre populações e seus diferentes riscos de adoecimento (v. Quadro 1). Assim, se pode identificar indivíduos que necessitem de tratamento de ILTB segundo o grupo de risco a que pertençam.
- Em pessoas assintomáticas com radiografia de tórax normal, pode ser considerado caso de ILTB quando a prova tuberculínica for: ≥ 5

mm em não vacinadas com BCG, vacinadas > 2 anos ou sob condições imunodepressoras, ou ≥10 mm em vacinadas com BCG < 2 anos

- Contatos menores de cinco anos, pessoas vivendo com HIV-Aids e portadores de condições consideradas de alto risco devem ser considerados prioritários no processo de avaliação de contatos e tratamento de ILTB

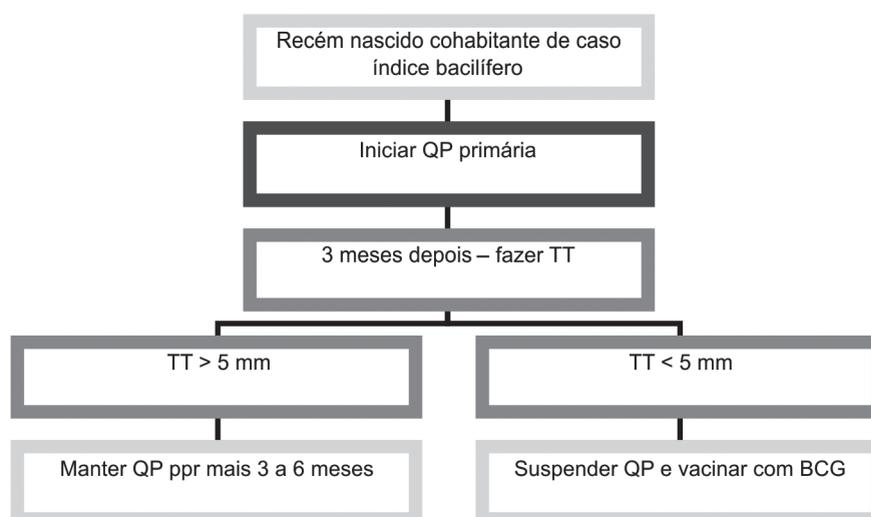
O tratamento da ILTB deve ser feito com isoniazida na dose de 10 mg/K/dia até o máximo de 300 mg/dia, durante 6 meses. Em condições especiais o tratamento pode ser prorrogado até o nono mês ¹.

Quimioprofilaxia primária

A prevenção do recém-nascido (RN) que vai conviver com um adulto com TB ainda oferece certa dificuldade. Muitas mães chegam a dar a luz a RN e só neste momento se identifica que estão com TB. Ainda se observa que a

abordagem do recém-nascido cuja mãe esta com TB é inadequada em muitos serviços no país, pois há certo desconhecimento das medidas que poderiam prevenir a TB no período neonatal. O RN deveria sair da maternidade recebendo isoniazida e nem sempre isso ocorre. Trata da quimioprofilaxia primária, cujo esquema esta descrito na figura 2.

Figura 2. Fluxograma para quimioprofilaxia primária em recém nascidos co-habitantes de pessoas com tuberculose bacilífera.



Agradecimentos aos doutores: Dráurio Barreira e Patricia Bartholomay (MS, Brasil); Ana Alice Pereira (SES-RJ); Marilene A. Rocha Santos

(SBP), Maria de Fátima Pombo March e Luiza Calvano (UFRJ); Betina M. Alcantara Gabardo (PECT- SESA-PR).

Referências

1. Brasil. Ministério da Saúde. Manual de recomendações para controle da tuberculose no Brasil. Brasília. Disponível em: [www.http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_de_recomendacoes_controle_tb_novo.pdf)
2. WHO. Guidance for national tuberculosis programmes on the management of tuberculosis in children. WHO/HTM/TB/2006.371, 41p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Tuberculose: guia de vigilância epidemiológica. Brasília, DF. 2002, 98 p.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Clemax Couto Sant'Anna

E-mail: clemax01@yahoo.com

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS ARTRITES. O JOELHO QUE DOI... Differential diagnosis of arthritis. The knee that hurts...

Maria Helena Lopes Cavalcante¹ Virna da Costa e Silva²

1. Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente. Coordenadora do Internato em Pediatria do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). Fortaleza, CE.

2. Mestre em Saúde Coletiva. Professora do Curso de Medicina UNIFOR. Preceptora da Residência Médica em Pediatria do Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). Fortaleza, CE.

Resumo

O artigo apresenta aspectos clínicos e laboratoriais de um caso clínico de um paciente com artrite monoarticular e febre que inicialmente foi investigado e tratado como sendo Artrite Séptica. A criança evolui sem melhora clínica com o tratamento e assim continuado investigação para elucidação diagnóstica. Faz-se necessário lembrar que pacientes pediátricos com quadro de artrite devem ser acompanhados de perto e serem solicitados exames seriados, até que a clínica esteja claramente definida. Diagnóstico precoce das artrites é fator determinante para prevenção de possíveis complicações.

Palavras-chave: Artrite, Criança.

Abstract

The article presents a case of a patient with monoarticular arthritis and fever which was initially investigated and treated as Septic Arthritis. The child develops without clinical improvement with treatment and then continued investigation to diagnosis. It is necessary to remember that pediatric patients with arthritis should be closely monitored and serial examinations are required, until the clinic is clearly defined. Early diagnosis of arthritis is an important factor to prevent possible complications.

Key words: Arthritis, Child.

CASO CLÍNICO

História

Id.: Paciente LCS, 4a2m, feminino, procedente de Amontada, Ceará.

HDA: Criança há um mês com quadro de artrite em joelho direito, flogose discreta no local, dificultando deambulação e febre de 38-39°C que cedia com antitérmicos. Negava traumas ou contusões nos MMII. Procurou assistência médica em hospital local, com intensificação

da febre (39°C – 40°C), associada a anorexia e com aumento de linfonodos cervicais e axilares, dolorosos.

Antecedentes Pessoais: Nega patologias prévias, vacinação em dia. Interrogatório por órgãos e aparelhos: nega alterações em outras articulação, nega alterações urinárias, nega tosse, vômitos.

Exame físico

- Estado geral regular, adnâmica, acianótica, anictérica, eupnéica, emagrecida, palidez cutâneo mucosa de 2+/4+, febril, eupnéica, hidratada, hipoativa.
- Linfonodomegalias difusas em região cervical, axilar e inguinal, palpáveis, indolores e móveis de 0,5cm a 1,0cm.
- Ausculta cardíaca: ritmo cardíaco regular, em dois tempos, bulhas normofonéticas, sem sopros. FC: 110bpm.
- Ausculta pulmonar: murmúrio vesicular universal, sem ruídos adventícios.
- Abdome: plano, flácido, sem visceromegalias, RHA+.
- Extremidades: artrite em joelho D direito tinha flogose discreta em toda região do joelho e restrição da movimentação com dor local intensa e edema.

Quais os pontos chaves?

Criança de 4a2m, feminino com:

- Febre
- Artrite monoarticular
- Bicitopenia (plaquetopenia e anemia)

Exames subsidiários básicos

Como investigação inicial no hospital de local, foi solicitado os seguintes exames com os resultados: Hemoglobina de 8,9, Hematócrito de 24,5% (microcítica e hipocrômica), leucócitos de 4.300, com neutrófilos 53%, linfócitos 38%, Bastões 2% Monócitos de 6% e Eosinófilos 1% e plaquetas de 126.000.

Os resultados mostram uma anemia, microcítica, hipocrômica, leucócitos com discreta leucopenia

e diferencial normal para idade e plaquetopenia. VHS e PCR não foi realizado

Quais os diagnósticos sindrômicos?

1. Monoartrite Febril Aguda
2. Bicitopenia (plaquetopenia e anemia)

Explorando os diagnósticos sindrômicos e pontos chaves iniciais:

1. Monoartrite Febril Aguda

Inicialmente, a localização do sítio doloroso é de extrema importância para realmente identificar se trata-se de uma artrite ou artralgia. A artralgia, caracterizada somente pela dor articular, não possui sinais flogísticos ou inflamatórios, enquanto a artrite caracteriza-se pela presença de derrame articular, com aumento do volume articular, ou pela associação de pelo menos dois sinais inflamatórios, dor, calor, rubor, limitação de movimentos. O aumento do volume articular ainda pode ocorrer por inflamação da sinóvia e/ou por edema de estruturas adjacentes à articulação.

A artrite monoarticular caracteriza-se pelo comprometimento de apenas uma articulação pela maioria do tempo de evolução da doença. Já a duração do comprometimento articular vai caracterizar a classificação entre crônica e aguda, sendo que as artrites agudas se caracterizam pelo tempo de duração de menos de 6 semanas. A febre, quando se apresenta nesses casos, expande o leque diagnóstico para as doenças febris sistêmicas que cursam com manifestações articulares.

Dentre as variáveis que podem auxiliar no diagnóstico, pergunta-se: é artrite de grande ou pequenas articulações? É aguda ou crônica? Presença de quadro sistêmico?

As artrites que cursam no decorrer das doenças febris sistêmicas, por vezes, são as mais complicadas de diagnosticar, já que os sinais e sintomas da doença geralmente se sobrepõem entre as patologias, ficando assim necessário uma investigação mais profunda e ampla do quadro do paciente.

2. Bicitopenia (plaquetopenia e anemia):

Várias doenças podem causar bicitopenia, que associado ao quadro clínico de artrite e febre, demonstram ser uma doença de acometimento sistêmico.

Então, como foi procedido com a paciente?

No hospital de origem, diante do quadro de monoartrite febril aguda, foi levantado a hipótese de artrite séptica e com os exames realizados, a paciente foi internada, iniciado antibióticos e foi realizado a abordagem do joelho (artrocentese – punção articular), com drenagem de líquido, sem discrição do aspecto. Para anemia, foi iniciado sulfato ferroso.

Mesmo com a abordagem inicial e o uso dos medicamentos a paciente não melhorou permaneceu com a artrite, piorando a dor local e da febre, ficando internada no local ainda por cerca de 15 dias. Então, com esse quadro foi encaminhada para o Hospital Infantil Albert Sabin para melhor elucidação do caso.

E agora? Como prosseguir?

Algumas artrites monoarticulares devem ser reconhecidas mais rapidamente, como a artrite séptica ou pioartrites. São artrites altamente agressivas, que podem levar a destruição da estrutura ósseo-articular, causando alterações severas e incapacitantes. Podem apresentar toxemia, febre elevada, prostração. Assim, é uma urgência médica, já que o retardo da abordagem

pode gerar um comprometimento severo e geralmente irreversível da articulação.

Porém, a clínica da paciente evoluiu de uma forma não típica para um quadro de artrite séptica, com persistência da febre mesmo em uso de antibióticos e drenagem articular e ainda apresentando anemia, leucopenia discreta e plaquetopenia. Chama atenção o resultado do hemograma inicial realizado no hospital local, pois a paciente apresentou nos exames anemia microcítica e hipocrômica, leucócitos que não apresentavam aumento, a despeito de uma suspeita de infecção bacteriana. O quadro clínico que se arrastou e os exames laboratoriais (que não foram repetidos para ver a progressão da doença) faz com que seja necessário avariar outras possibilidades diagnósticas.

As artrites sépticas são os processos infecciosos bacterianos que acometem principalmente as articulações periféricas. Porém, alguns processos inflamatórios, geralmente dolorosos podem mimetizar o quadro de artrite. A distinção dessas afecções é muito importante e é realizada por anamnese e exame físico cuidadosos e as condutas terapêuticas são bastante diferentes. A monoartrite aguda de etiologia séptica evidencia franco envolvimento da articulação propriamente dita, com sinais flogísticos, dor intensa à mobilização e presença de derrame articular, e com exames laboratoriais, em sua maioria, apresenta leucocitose com predomínio de polimorfonucleares. Ao se pensar em artrite séptica, que é uma emergência clínica, deve-se realizar a drenagem da articulação por artrocentese com agulha, o que foi realizado na criança. O líquido sinovial deve ser enviado para contagem de leucócitos, Gram e culturas, o que não foi realizado no caso da paciente descrita.

Então?

A dor articular é queixa comum na clínica pediátrica, afetando 10 a 20% das crianças em idade escolar. O diagnóstico diferencial das artrites na infância envolve, além da caracterização adequada do

comprometimento articular, a avaliação de dados epidemiológicos, a presença de alterações sistêmicas e a participação dos exames laboratoriais complementares. Apesar de algumas vezes a distinção do envolvimento articular parecer ser óbvio, o diagnóstico diferencial pode tornar-se difícil, quando a clínica inicial não é clara, ampliando as possibilidades diagnósticas. Nesse caso, inicialmente, o diagnóstico feito é de artrite séptica com a abordagem inicial de artrocentese e início de antibioticoterapia adequada. Nas artrites monoarticulares agudas febris, o topo do diagnóstico é realmente artrite séptica, porém a não resposta clínica exigindo a ampliação do leque diagnóstico.

Pensando-se em outras possibilidades, por exemplo, a tuberculose é uma das causas mais comuns de monoartrite crônica insidiosa, que acomete preferencialmente joelho e quadril, que pode apresentar dificuldade diagnóstica, diante da escassez de dados clínicos específicos e pode acometer todas as faixas etárias. Na artrite tuberculosa, a febre geralmente é baixa e insidiosa, podendo causar hipodesenvolvimento ponderal. Lesão pulmonar pode estar presente em 50% dos casos e o PPD geralmente é positivo. Não existem achados radiológicos articulares patognomônicos. A confirmação da doença é feita pela identificação do bacilo no líquido sinovial ou na membrana sinovial.

As artrites virais são quadros clínicos bastante variáveis, podendo ocorrer manifestações sistêmicas diversas. As manifestações articulares podem ser mono ou poliarticulares, migratórias ou aditivas, habitualmente poucas articulações são acometidas predominando joelhos e pequenas articulações das mãos. O curso geralmente é autolimitado, mas podem eventualmente ter curso mais prolongado, com manifestações sistêmicas de febre, envolvimento cardíaco e de pele e pode acometer todas as idades. Os exames laboratoriais podem ter discretas alterações hematológicas com hemograma até às vezes normal e radiologia também normal. No caso das

artrites virais, não esquecer do HIV-AIDS como hipótese, principalmente com quadro de artrite, anemia, plaquetopenia e leucopenia.

Outra possibilidade diagnóstica de derrame articulares em crianças com manifestação de artrite, são as anemias hemolíticas constitucionais, como a anemia falciforme, que pode causar além da artrite, febre e manifestações sistêmicas relacionadas a crise hemolítica. Os joelhos são as articulações mais comumente acometidas e habitualmente o envolvimento é monoarticular e resolve-se em até duas semanas a maioria das vezes. Os quadros de talassemia major também podem causar artrites. A história familiar, o hemograma mostrando anemia, com características de hemólise (reticulocitose, leucocitose, plaquetose – o que mostra que a medula funciona e que a destruição hemolítica é periférica) e a eletroforese de hemoglobina demonstram o diagnóstico. A criança do caso apresenta artrite e anemia, porém a plaquetopenia diverge um pouco do que encontramos em quadros de hemólise.

A suspeita clínica de doenças onco-hematológicas deve sempre ser aventado, apesar das artrites monoarticulares serem uma forma mais rara de apresentação e devem ser lembrada também como diagnóstico diferencial nos quadros articulares. As leucemias caracterizam-se por sintomas e sinais inespecíficos que podem simular o quadro clínico de várias patologias, como artrite reumatóide juvenil, febre reumática, LES, PTI, mononucleose infecciosa.

LLA, que é o câncer mais comum na infância, correspondendo a 25% das neoplasias de 0 a 14 anos, e constitui 85% das leucemias infantis. O quadro clínico é bastante variável. A apresentação de adnemia, febre, fadiga e perda de peso fazem parte dos sintomas. A dor óssea difusa ou localizada, artralgia e/ou artrite, cujo padrão é bastante variável. Pacientes com esta manifestação freqüentemente têm hemogramas iniciais normais, o que pode contribuir para o

atraso do diagnóstico. Ao exame físico, é possível não se encontrar nada além de artrite. Palidez e presença de sangramento mucocutâneo podem ser observados. Hepatomegalia, esplenomegalia e adenomegalias também podem aparecer como sintomas. Os dados laboratoriais não são específicos, mas sugestivos. Há necessidade de que o hemograma seja repetido, para detectar alterações precoces sugestivas de leucemia. Plaquetopenia também é outro achado relevante para o diagnóstico das leucoses.

Os neuroblastomas também podem se apresentar inicialmente como dor articular severa, febre, perda de peso e adnâmia. Podem mimetizar outras doença, inclusive artrite séptica inicialmente. Em pacientes com quadros articulares e valores de LDH aumentados também deve-se atentar à investigação diagnóstica para neoplasia. Entretanto, mesmo diante de todos os achados, os exames laboratoriais iniciais podem ser normais ou mostrar alterações discretas que não direcionam para o diagnóstico de leucemias.

Prosseguindo...

Foi então procedido a investigação diagnóstica da paciente em questão. O hemograma que foi repetido inicialmente à internação hospitalar, mostrava dessa vez piora da anemia com hemoglobina de 7,6g/dl, plaquetopenia de 102.000 e leucopenia com 2.800 leucócitos e diferencial dessa vez com linfocitose. O raio-x do joelho não demonstrou alterações deformantes e

o ultrassom articular não evidenciou derrames. Os níveis de LDH foram de 1.200u/l.

Com os novos achados, a artrite séptica perdeu força como diagnóstico diferencial e deu-se seguimento a investigação diagnóstica.

- Sorologias para mononucleose, citomegalovirose, toxoplasmose, rubéola e sífilis não reagentes.
- Teste rápido para HIV e sorologia não reagente
- PPD de 5mm
- Mielograma: alterações de maturação na série granulocítica. Conclusão: LLA
- **Conclusão:** Leucemina Linfóide Aguda

Alertas:

Faz-se necessário lembrar que pacientes pediátricos com quadro de artrite devem ser acompanhados de perto e serem solicitados exames seriados, até que a clínica esteja claramente definida. A manutenção de uma hipótese diagnóstica quando sobram sintomas clínicos e o retardo na solicitação de exames complementares essenciais, faz com que esse atraso seja bastante prejudicial em doenças que necessitam de tratamento precoce, como as doenças oncohematológica. É importante alertar para esta possibilidade de diagnóstico em pacientes com queixas articulares para que esta possibilidade seja investigada, evitando a introdução de terapêuticas inadequadas e comprometimento prognóstico do paciente.

Referências

1. Araújo, F. F.; Freire, E. A. M.; Souza, A. B. Arthritis like first manifestation of acute leucemia. J. Bras. Med. 2000;79(4):76-8.
2. Campos, L. M. A. et al. Comprometimento musculoesquelético como primeira manifestação de neoplasias. Rev. Assoc. Med. Bras. 2008; 54:132-138.
3. Cássia MPL. et al. Manifestações músculo-esqueléticas como apresentação inicial das leucemias agudas na infância. J Pediatr 2002;78(6):481-4.
4. Goodman JE, McGrath PJ. The epidemiology of pain in children and adolescents: a review. Pain 1991;46:247-64.

5. Lee MLM. Leucemia linfóide aguda. In: Carvalho ES, Carvalho WB. *Terapêutica e Prática Pediátrica* 2000;1251-5.
6. Margolin JF, Poplack DG. Acute lymphoblastic leukemia. In: Pizzo PA, Poplack DG. *Principles and Practice of Pediatric Oncology*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 2002.p.14.
7. Murray MJ, Tang T, Ryder C, Mabin D, Nicholson JC. Childhood leukaemia masquerading as juvenile idiopathic arthritis. *BMJ*. 2004;329:959-61.
8. Naka EN, Silva CAA, Doria AS, Salum AME, Liphhaus BL, Campos LMA, et al. Quadril doloroso em crianças e adolescentes: análise de 52 casos. *Pediatria (São Paulo)*. 2001;23:290-7.
9. Schaller J. Arthritis as a presenting manifestation of malignancy in children. *J Pediatr* 1972;81(4):793-7.
10. Trapani S, Grisolia F, Simonini G, Calabri GB, Falcini F. Incidence of occult cancer in children presenting with musculoskeletal symptoms: A 10-year survey in a pediatric rheumatology unit. *Seminars in arthritis and rheumatism* 2000; 29(6):348-59.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Maria Helena Lopes Cavalcante

E-mail:

POSSÍVEIS INTERAÇÕES ENTRE VITAMINA D E ASMA Possible interactions between vitamin D and asthma

Emanuel Sávio Sarinho ¹, Álvaro J. Madeiro Leite ²

1. Professor Associado de Pediatria e Supervisor da Residência de Pediatria e Alergia e Imunologia Clínica da Universidade Federal de Pernambuco. Recife, PE.
2. Professor Titular de Pediatria e Supervisor da Residência de Pediatria da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, CE

Suponha que você vem atendendo uma criança de onze anos de idade com quadro clínico e provas de função pulmonar compatíveis com asma persistente moderada. Atualmente, medicada com Fluticasona 250mcg, 2 vezes ao dia associado ao Salmeterol 50mcg 50 mcg, duas vezes ao dia. No entanto, a mesma não tem controlado seus sintomas noturnos, apresentou três exacerbações nos últimos dois meses, sendo que uma resultou em hospitalização por 48 horas.

Conversando com colegas do mesmo ambulatório ele te oferece várias hipóteses para a falta de controle da asma e você fica particularmente interessado em avaliações acerca da possível relação entre baixos níveis séricos de vitamina D e asma não controlada.

Você se dispõe a ler um estudo recentemente publicado que avaliou essa relação entre vitamina D e asma, no entanto precisa encontrar tempo e possuir conceitos de epidemiologia clínica para avaliar a qualidade dessa investigação científica publicada numa importante revista internacional.

Apresentaremos aqui, um modelo de resumo estruturado que auxilia a análise crítica do estudo

em questão, que pode ser arquivado e recuperado facilmente ^{1,2}.

REFERÊNCIA

Serum Vitamin D Levels and Markers of Severity of Childhood Asthma in Costa Rica.

John M. Brehm, Juan C. Celedo'n, Manuel E. Soto-Quiros, Lydiana Avila, Gary M. Hunninghake, Erick Forno, Daniel Laskey, Jody S. Sylvia, Bruce W. Hollis, Scott T. Weiss, and Augusto A. Litonjua. Am J Respir Crit Care Med Vol 179. pp 765–771, 2009.

RESUMO ESTRUTURADO:

Introdução: Evidências de boa qualidade têm sido publicadas avaliando a relação da ingestão de vitamina D durante a gestação e sintomas asmáticos na infância precoce. No entanto, poucos estudos examinaram a relação entre níveis séricos de vitamina D e marcadores de asma grave na infância. Alguns estudos epidemiológicos sugerem que a deficiência de vitamina D está associada com aumento de

incidência de sintomas asmáticos³⁻⁵. Por sua vez, um estudo realizado na Costa Rica mostrou que altas taxas de ingestão de vitamina D durante a gestação estão associados com redução no risco de sibilância recorrente em crianças jovens^{6,7}, sugerindo que a vitamina D pode ter um papel no desenvolvimento de asma. Naqueles pacientes que já têm asma estabelecida, a vitamina D pode ter importância nas manifestações clínicas da doença. Essa possível relação é importante porque estudos *in vitro*⁸ sugerem que vitamina D pode reverter a resistência aos esteroides em pacientes com asma.

Objetivos do estudo: Determinar a relação entre níveis séricos de vitamina D e marcadores de alergia (por exemplo, IgE sérica total e específica) e marcadores de controle da doença e de sua gravidade (por exemplo, hospitalizações, função pulmonar).

Delineamento: estudo transversal com crianças de Costa Rica (idade compreendida entre 6 e 14 anos) recrutadas de 113 escolas no período de fevereiro de 2001 a dezembro de 2006.

Local do estudo: Escolas localizadas numa região central de na Costa Rica, país situado na zona do Equador.

População do estudo: Os pais de 13.125 crianças receberam questionários em casa (versões parcialmente modificadas dos questionários utilizados no Collaborative Study on the Genetics of Asthma⁹ and the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC)¹⁰; dos 7.282 questionários que retornaram 2.714 revelaram asma definida como “asma diagnosticada por médico” e “no mínimo dois sintomas respiratórios de asma ou crises agudas de asma no último ano”. Destas, 616 (22,7%) tinha alta probabilidade de

ter pais nascidos numa região central da Costa Rica e desejaram participar do estudo. Nenhuma diferença quanto ao sexo ou ano escolar existiu entre as crianças que concordaram ou não em participar do estudo.

Crítérios de exclusão: não foram relatados.

Intervenção: nenhuma

Mensuração dos desfechos: Foram realizados os seguintes procedimentos:

1. Teste de Função Pulmonar
2. Broncoprovocação com metacolina
3. Testes cutâneos de hipersensibilidade imediata para aeroalérgenos (Dermatophagoides pteronyssinus, Dermatophagoides farinae, Blatella germanica, Periplaneta americana, cat dander, dog dander, mixed grass pollen, mixed tree pollen, and Alternaria tenuis).
4. IgE sérica total e específica
5. Contagem de eosinófilos em sangue periférico.
6. Dosagem sérica de 25-Hidroxivitamina D3 por radioimunoensaio, considerado como o melhor biomarcador circulante do estado metabólico da vitamina D, e reflete a contribuição de todas as fontes dessa vitamina (exposição à luz solar e dieta). Os níveis de vitamina D foram transformados em escala log10 para a análise multivariada dos dados e foram também categorizados em três níveis para a análise descritiva: deficiente (abaixo de 20 ng/ml), insuficiente (>20 e 30 ng/ml), e suficiente.

Resultados: Das 616 crianças com asma, 175 (28%) apresentaram níveis insuficientes de vitamina D (abaixo de 30 ng/ml).

Na análise multivariada com modelo de regressão linear, níveis de vitamina D foram significativa e inversamente associados com IgE total e

contagem de eosinófilos. No modelo de regressão logística multivariada, o aumento na unidade da escala log10 increase in vitaminD levels esteve associado com reduzida probabilidade de hospitalização no último ano (odds ratio [OR], 0,05; 95% confidence interval [CI] 0,004–0,71; $p < 0,03$), uso de medicamentos anti-inflamatórios no último ano (OR, 0,18; 95% CI, 0,05–0,67; $P < 0,01$), e aumento na hiperresponsividade da via aérea (queda de 20% no FEV1 basal na broncoprovocação com metacolina [OR, 0,15; 95% CI, 0,024–0,97; $p < 0,05$]). IgE total elevada, aumento na contagem de eosinófilos e testes cutâneos positivos para ácaros foram comuns entre os participantes.

Discussão

Baixos níveis séricos de vitamina D na gestação tem sido previamente associado com asma mas este é o primeiro estudo que demonstra associação inversa entre concentração de vitamina D3 e gravidade de asma bem como intensidade da alergia que foram expressos através de maior hospitalização por asma, aumento da contagem de eosinófilos e de IgE total nos pacientes com baixo níveis séricos desta vitamina. Uso de protetor solar, cobrir o corpo com roupas, e hábito de vida sedentária no interior da residência tem demonstrado que mesmo em países de região equatorial pode existir carência de vitamina D.

A vitamina D pode influenciar na asma e nas doenças alérgicas por vários mecanismos, mas é importante ressaltar que pode atuar no sistema imune através de efeito positivo nos Linfócitos T auxiliares e T reguladores, pode também agir diretamente como protetora da mucosa respiratória e assim reduzir o remodelamento das vias aéreas.

Conclusão: Níveis baixos de vitamina D foram associados com vários marcadores de alergia e maior gravidade da asma. Este estudo demonstra a necessidade de pesquisas adicionais que avaliem se há um papel efetivo para a suplementação de

vitamina D na prevenção das crises agudas de asma.

Comentários Críticos: A vitamina D pode influenciar o aparecimento de asma a partir do período de lactente ou mesmo desde a época pré-natal, época em que ocorrer o máximo crescimento das vias aéreas¹¹. Contudo, estudo transversal como este não possui poder para estabelecer causalidade pelos possíveis fatores de confundimento que podem existir.

É possível que indivíduos com asma de maior gravidade permaneçam mais tempo em casa com pouca exposição à luz solar e assim secundariamente como consequência apresentem níveis séricos insuficientes de vitamina D e maior tendência ao sedentarismo fazendo com que haja um ciclo vicioso com maior tendência a alergias, ao sobrepeso, à obesidade e ao maior consumo de esteróides.

A alimentação com nutrientes ricos em vitamina D nesta população foi abaixo da recomendada o que sugere que a baixa condição sócio-econômica dos indivíduos, apesar dos ajustes metodológicos, não pode ser de todo afastada como relacionada a uma maior gravidade da asma. Além disso, níveis mais baixos de vitamina D podem encontrar-se associados com outras deficiências de micronutrientes tais como zinco e vitamina E que em conjunto podem interferir no adequado funcionamento do sistema imune e favorecer alergias e maior gravidade da asma¹².

Tem sido sugerido que além do nível sérico de Vitamina D3 outros biomarcadores como o hormônio da paratireóide, densidade mineral óssea, e absorção do cálcio podem ser exames adjuvantes e é importante ressaltar que ainda não encontra-se plenamente estabelecido o que pode ser considerado como nível aceitável de vitamina D3 sérica. Para alguns autores existem carências de Vitamina D3 apenas quando abaixo de 20 ng/ml apesar de classicamente já ser considerado nível insuficiente quando abaixo de 30 ng/ml¹³.

Diante da ampla variabilidade existente do que

seja carência de vitamina D3 frente ao clima, aos hábitos e condição de vida, cor da pele, bem como a conflitos de interesse oriundos deste conhecimento fica difícil uma avaliação se níveis abaixo de 30ng/m realmente significa carência. Para o pediatra interessa saber que a dosagem

de 25 OH vitamina D3 é acessível em laboratórios comerciais e que nível mínimo desta vitamina abaixo de 20 ng/m, com poucas dúvidas, pode ser considerado como carência e pode ser de importância clínica para justificar uma reposição medicamentosa .

REFERÊNCIAS

1. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais*. Tradução por Schmidt MI, Duncan BB, Duncan MS, Preissler L. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, 281p. Tradução de *Clinical Epidemiology: the essentials*. 3ª ed.
2. Schmidt MI, Duncan BB. O método epidemiológico na conduta e na pesquisa clínica. In: Rouquayrol MZ. *Epidemiologia & Saúde*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1994, 185-207.
3. Litonjua AA, Weiss ST. Is vitamin D deficiency to blame for the asthma epidemic? *J Allergy Clin Immunol* 2007;120:1031–1035.
4. Weiss ST, Litonjua AA. Maternal diet vs lack of exposure to sunlight as the cause of the epidemic of asthma, allergies and other autoimmune diseases. *Thorax* 2007;62:746–748.
5. Hypponen E, Sovio U, Wjst M, Patel S, Pekkanen J, Hartikainen AL, Jarvelinb MR. Infant vitamin D supplementation and allergic conditions in adulthood: northern Finland birth cohort 1966. *Ann N Y Acad Sci* 2004;1037:84–95.
6. Camargo CA Jr, Rifas-Shiman SL, Litonjua AA, Rich-Edwards JW, Weiss ST, Gold DR, Kleinman K, Gillman MW. Maternal intake of vitamin D during pregnancy and risk of recurrent wheeze in children at 3 y of age. *Am J Clin Nutr* 2007;85:788–795.
7. Devereux G, Litonjua AA, Turner SW, Craig LC, McNeill G, Martindale S, Helms PJ, Seaton A, Weiss ST. Maternal vitamin D intake during pregnancy and early childhood wheezing. *Am J Clin Nutr* 2007;85:853–859.
8. Xystrakis E, Kusumakar S, Boswell S, Peek E, Urry Z, Richards DF, Adikibi T, Pridgeon C, Dallman M, Loke TK, et al. Reversing the defective induction of IL-10-secreting regulatory T cells in glucocorticoid-resistant asthma patients. *J Clin Invest* 2006;116:146–155.
9. Blumenthal MN, Banks-Schlegel S, Bleeker ER, Marsh DG, Ober C; National Heart, Lung and Blood Institute. Collaborative studies on the genetics of asthma. *Clin Exp Allergy* 1995;25:29–32.
10. Weiland S. Phase II modules of the International Study of Asthma and Allergies in Childhood (ISAAC; June 14, 2004–January 15, 2008); Disponível em: <http://www.uni-ulm.de/med/med-epidemiologie/forschung-in-der-epidemiologie/isaac/isaac-studiephase-ii.html>. Acessado 4 março 2009.
11. Hypponen E, Sovio U, Wjst M, Patel S, Pekkanen J, Hartikainen AL, Jarvelinb MR. Infant vitamin D supplementation and allergic conditions in adulthood: northern Finland birth cohort 1966. *Ann N Y Acad Sci* 2004;1037:84–95.
12. Puertollano MA, Puertollano E, de Cienfuegos GÁ, de Pablo MA. Dietary antioxidants: immunity and host defense. *Curr Top Med Chem*. 2011;11(14):1752-66
13. Holick MF. Vitamin D deficiency. *N Engl J Med* 2007;357:266–281.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Emanuel Sávio Sarinho

E-mail:

PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA **Pneumonia in mechanically ventilated children**

Vera Lúcia Andrade Gomes

Especialista em Terapia Intensiva Pediátrica. Médica do Hospital Infantil Albert Sabin, Fortaleza, CE

INTRODUÇÃO

A pneumonia associada a ventilação mecânica (PAVM) é uma das complicações mais comuns em crianças intubadas¹, e sua importância é evidente pelo fato de constituir-se em um determinante independente de mortalidade e falência múltipla de órgãos, com taxa de mortalidade em torno de 50%, tanto em crianças quanto adultos^{1,2}.

Um estudo conduzido em 99 hospitais brasileiros, mostrou que esse tipo de pneumonia foi responsável por 28,9% de todas as infecções nosocomiais, e destas, 50% ocorreram em pacientes ventilados mecanicamente, levando a um acréscimo de 13,3 dias de internação na unidade de terapia intensiva³. Portanto o objetivo principal desse protocolo é contribuir para um manejo mais reacional das PAVM, e assim reduzir sua morbimortalidade.

DEFINIÇÕES

PNEUMONIA HOSPITALAR

Segundo o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)⁴ a definição de pneumonia hospitalar inclui critérios clínico-radiológicos e microbiológicos que permitem uma abordagem terapêutica mais específica com melhor prognóstico^{3,4}.

Critérios clínico-radiológicos:

- Aparecimento ou modificação da secreção respiratória

- Febre / Hipotermia
- Leucocitose
- Taquicardia / Bradicardia
- Aparecimento ou modificação de imagem radiológica com infiltrado

Critérios microbiológicos:

- Contagem $\geq 10^6$ UFC/ml (unidades formadoras de colônia/mililitro) no aspirado traqueal
- Contagem $\geq 10^4$ UFC/ml no lavado bronco-alveolar (LBA)

PNEUMONIA ASSOCIADA A VENTILAÇÃO MECÂNICA

A pneumonia associada à ventilação mecânica é definida como aquela que se desenvolve 48 h a partir do início da ventilação mecânica, sendo considerada até 48 h após a extubação. É classificada como precoce quando aparece antes de 4 dias de ventilação mecânica e tardia após esse período⁷.

FATORES DE RISCO

Para o desenvolvimento de pneumonia hospitalar, é necessário que os patógenos alcancem o trato respiratório inferior e sejam capazes de vencer os mecanismos de defesa do sistema respiratório, que incluem os mecânicos (reflexo glótico e da

tosse, e sistema de transporte muco-ciliar), humorais (anticorpos e complemento), e celulares (leucócitos polimorfonucleares, macrófagos e linfócitos)^{8,9,10}

A via principal para a entrada de micro-organismos no trato respiratório inferior, consiste na aspiração de secreção da orofaringe. Nos casos de pacientes intubados, podem originar-se da secreção que se acumula acima do balonete do tubo, da secreção do trato digestivo superior e das cavidades sinusais.

A presença de um biofilme, com contaminação por bactérias dentro do tubo traqueal, também tem sido implicada como uma fonte para inoculação de microrganismos nos pulmões, quando da aspiração traqueal ou realização de broncoscopia, assim como a inalação de aerossóis contaminados. O acesso pela corrente sanguínea, seja a partir de cateteres ou por translocação bacteriana a partir do trato gastrointestinal, também deve ser considerado⁹

Principais fatores de risco relacionados ao desenvolvimento de PAVM:

- Tempo de ventilação mecânica
- Disfunção de múltiplos órgãos e sistemas
- Posição supina nas primeiras 24h sem mudança de decúbito
- Administração de bloqueadores neuromusculares
- Uso de anti-ácidos tópicos e sistêmicos
- Uso prévio de antibióticos
- Necessidade de reintubação
- Procedimentos invasivos que envolvam manipulação das vias aéreas (uso de cânula nasogástrica, nasoenteral, traqueostomia)

- Uso de PEEP > 7,5cmH2O
- SDRA
- Diagnóstico inicial de grande queimado
- Doença neurológica severa
- Doença cardiovascular
- Doença respiratória crônica
- Doença gastrointestinal
- Cirurgia torácica ou abdominal
- Hipoalbuminemia (albumina \leq 2,2 g/dl)

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico de PAVM é suspeito quando ocorre a combinação de pelo menos dois critérios, de um lado febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$, leucocitose ou leucopenia e a presença de secreção traqueal purulenta, e do outro lado a identificação de infiltrado radiológico novo ou progressivo.

Apesar dos critérios de suspeição diagnóstica, é forte o impacto dos diagnósticos falso-positivos, o que motivou um grupo de autores¹¹ a criar um Escore Clínico de Infecção Pulmonar (Clinical Pulmonary Infection Score – CPIS) em que os achados, o Gram e culturas do aspirado traqueal, presentes no momento da suspeita diagnóstica, são pontuados, gerando um escore total de no máximo 12 pontos (0-12). Ao CPIS > 6 pontos associou-se a alta probabilidade da presença de PAVM, com sensibilidade e especificidade de 93 e 100%, respectivamente.

Quadro 1 - CPIS: Escore clínico de infecção pulmonar.

Temperatura $^{\circ}\text{C}$

- ≥ 36.5 e $\leq 38.4 = 0$ ponto

- ≥ 38.5 e $\leq 38.9 = 1$ ponto
- ≥ 39.0 ou $\leq 36.0 = 2$ pontos

Leucometria sanguínea (por mm³)

- ≥ 4.000 e $\leq 11.000 = 0$ ponto
- < 4.000 ou $> 11.000 = 1$ ponto + bastões $\geq 500 = + 1$ ponto

Secreção traqueal (0–4+, cada aspiração, total/dia)

- $< 14+ = 0$ ponto
- $\geq 14+ = 1$ ponto + secreção purulenta = + 1 ponto

Índice de oxigenação: PaO₂/FiO₂, mmHg

- > 240 ou SARA = 0 ponto
- ≤ 240 e ausência de SARA = 2 pontos

Radiografia do tórax

- sem infiltrado = 0 ponto
- Infiltrado difuso = 1 ponto
- Infiltrado localizado = 2 pontos

Cultura semiquantitativa do aspirado traqueal (0 – 1 – 2 ou 3+)

- Cultura de bactéria patogênica $\leq 1+$ ou sem crescimento = 0 ponto
- Cultura de bactéria patogênica $> 1 + = 1$ ponto + mesma bactéria identificada ao Gram $> 1 + = + 1$ ponto

DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO

1. Hemocultura

Colher duas amostras de sangue com intervalo de 30 min, preferentemente no pico febril, em locais diferentes de punção, para posterior hemocultura, antes da introdução de antibióticos, sem retardar o início da antibioticoterapia.

Embora com baixa acurácia para este diagnóstico, já que apenas 10 a 20% das PAVM fazem bacteremia, resultados positivos, tem valor prognóstico, pois se associa com maior risco de complicações e morte, além de alertar para focos alternativos de infecção extra-pulmonar (grau de recomendação: B)

2. Lavado bronco-alveolar e Escovado protegido

As técnicas invasivas de diagnóstico etiológico são aquelas ligadas à fibro-broncoscopia, destacando-se o lavado bronco-alveolar (LBA) e o escovado protegido (EP). O líquido é recolhido por aspiração e encaminhado para cultura quantitativa, utilizando-se, em geral, o ponto de corte de 10⁴ unidades formadoras de colônias por mililitro (UFC/ml), para o LBA e 10³ UFC /ml para EP. (recomendação grau B). Esta abordagem diagnóstica tem alta especificidade, apoiando a decisão de se introduzir antimicrobianos empíricos até que os resultados das culturas e do antibiograma estejam disponíveis.

3. Aspirado endotraqueal

Uma outra alternativa diagnóstica, factível e menos invasiva, é a contagem microbiana adquirida a partir do aspirado endotraqueal(AE), que apesar da menor especificidade, pode estar correlacionada com às obtidas pelo lavado bronco-alveolar (LBA) e escovado protegido (EP), sugerindo que este

método, possa representar uma opção importante no diagnóstico de PAVM^{9,10,12} Jourdain e col¹³ sugerem que a melhor acurácia no diagnóstico de PAVM utilizando cultura do AE, ocorre com o ponto de corte de 10⁶ (UFC/ml), sendo confiável para modificação da antibioticoterapia, desde que tenham sido processados imediatamente após a colheita. (grau de recomendação: B).

Obs: A presença de *Candida* em secreção traqueal não deve ser considerada diagnóstica de infecção respiratória por este agente. Pode eventualmente ser considerado como um marcador de doença sistêmica.

4. Toracocentese

A toracocentese deve ser realizada em pacientes com derrame pleural significativo, e o líquido pleural deve ser enviado imediatamente para testes bioquímicos e microbiológicos. Quando disponível, realizar a toracocentese guiada por ecografia, em virtude do risco de pneumotórax.

Obs.: A identificação simultânea de um mesmo patógeno, em hemoculturas e no lavado broncoalveolar, ou no líquido pleural, constitui-se em **certeza no diagnóstico etiológico. (grau de recomendação: A)**

DIAGNÓSTICO RADIOLOGICO

1. Raio X de Tórax

O exame radiológico do tórax, tem papel fundamental na suspeição diagnóstica, auxilia na avaliação da extensão da doença, identifica complicações, e pode sugerir diagnósticos alternativos, embora tenha baixo valor preditivo positivo, uma vez que as alterações encontradas, na maioria das vezes, não se correlacionam bem com os achados histopatológicos e com os agentes etiológicos.

Obs.: A realização diária e rotineira de radiografia

de tórax está indicada em pacientes intubados sob VM, com **eventos cardiopulmonares agudos.** (grau de recomendação: C)

2. Tomografia computadorizada(TC) de Tórax

A TC de tórax pode ser mais eficiente no reconhecimento de opacidades pulmonares, especialmente na SDRA, onde pode auxiliar na caracterização radiológica da doença, na avaliação da extensão do processo e na detecção de complicações não prontamente identificáveis, como necrose e barotrauma, dentre outras, além de prover indícios mais fidedignos da progressão ou regressão da doença¹⁴

3. Ultrassonografia de Tórax

A ultrassonografia de tórax é um método não invasivo, que pode ser útil no esclarecimento de alterações parenquimatosas pulmonares, especialmente no reconhecimento e na localização de derrames pleurais.

EXAMES LABORATORIAIS

Embora não tenham valor na definição etiológica, devem ser realizados, pois auxiliam na avaliação da disfunção orgânica e no prognóstico⁹

- Exames bioquímicos (glicemia, dosagem de eletrólitos).
- Gasometria arterial.
- Medidas da função renal e hepática.
- Marcadores biológicos de infecção.

O impacto do uso de marcadores inflamatórios(s-TREM-1, PCT e PCR), no diagnóstico de pneumonia, necessita ser investigado em novos estudos, com número maior de pacientes, antes de sua aplicação rotineira na prática clínica (grau de recomendação: B).

- **S-TREM-1** (soluble triggering receptor expressed on myeloid cells-1): receptor solúvel de ativação expresso em células mielóides, constitui-se em um membro da super-família de imunoglobulinas, cuja expressão em células fagocitárias (macrófagos e neutrófilos), encontra-se aumentada em razão da presença de produtos microbianos. Um estudo demonstrou que, em pacientes portadores de PAVM, o achado do s-TREM-1 no mini-LBA foi mais preciso no diagnóstico do que qualquer critério clínico, com sensibilidade de 98% e especificidade de 90%, sendo também o fator preditivo mais significativo de pneumonia, com odds ratio (OR: razão de chance) de 41,5¹⁵

- **PCT** (Procalcitonina): peptídeo com 116 aminoácidos, com uma seqüência idêntica à do hormônio calcitonina, sem, contudo, possuir atividade hormonal. Em condições normais, o hormônio ativo calcitonina é produzido pelas células C da tireóide, após processamento proteolítico do próhormônio PCT. Além de apresentar níveis baixos, ou indetectáveis, em indivíduos normais, os níveis séricos estão elevados em infecções bacterianas graves e sepse, fato não observado em infecções virais, nas infecções localizadas, ou em reações inflamatórias não infecciosas¹⁶ Foram relatados níveis mais elevados de PCT em pacientes portadores de PAVM, em comparação com pacientes sem pneumonia, sendo que estes níveis foram significativamente superiores nos pacientes que não sobreviveram¹⁷

- **PCR** (Proteína C reativa): nos pacientes com PAVM, ela se mostrou útil na identificação daqueles pacientes que evoluiriam mal, mantendo-se elevada no quarto dia após o início dos antimicrobianos¹⁸

TRATAMENTO

A antibioticoterapia deve ser iniciada prontamente, após o diagnóstico clínico da pneumonia. A

escolha adequada passa pelo conhecimento da prevalência dos agentes e dos respectivos perfis de sensibilidade da unidade na qual o paciente está internado, além da análise do risco para patógenos potencialmente resistentes.

Pacientes com baixo risco para patógenos potencialmente resistentes

- Tempo de internação < 5 dias
- Sem uso de antibiótico por mais de 24 h nos últimos 15 dias

Agentes etiológicos prováveis:

- Streptococcus pneumoniae
- Haemophilus influenzae
- S. aureus sensível à oxacilina
- Enterobactérias sensíveis (Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Proteus sp., Serratia marcescens).

Obs.: Esta lista de agentes prováveis pode ser modificada em função do perfil etiológico da unidade.

Esquema antibiótico empírico:

CEFTRIAXONA: 100mg/kg/d, a cada 24h

Obs: Considerar cobertura para agentes “atípicos” em casos mais graves com azitromicina ou claritromicina; estafilococos em pacientes neurológicos (neurotrauma ou AVC) e anaeróbios (clindamicina) quando da ocorrência de aspiração presenciada.

Pacientes com alto risco para patógenos potencialmente resistentes

- Tempo de internação > 5 dias
- Uso de antibióticos por mais de 24h nos últimos 15 dias
- Neurocirurgia
- SARA
- Trauma craniano
- Uso de corticoide ou outro medicamento imunossupressor
- VPM prolongada

Agentes etiológicos prováveis

- S. aureus resistente à oxacilina (MRSA)
- Pseudomonas aeruginosa
- Acinetobacter sp
- Stenotrophomonas maltophilia
- Enterobactérias resistentes

Esquema antibiótico empírico:

1ª opção: CEFEPIME (dose: 150mg/kg/d, a cada 8h, no máximo 4g/d)

2ª opção: PIPERACILINA + TAZOBACTAM (dose: 300mg/kg/d, a cada 6h, no máximo 12g/d)

3ª opção: MEROPENEM (dose: 60mg/kg/d, a cada 8h, no máximo 6g/d).

Obs.:

1- Vancomicina deve ser associada se existir a possibilidade etiológica de S. aureus (MRSA)

2- Obtendo-se o diagnóstico etiológico de certeza, pode-se passar à monoterapia, com um agente antimicrobiano dirigido e adequado, desde que haja melhora clínica.

3- Nos casos de pneumonia por Pseudomonas aeruginosa ou por Enterobacter sp.¹⁹ recomenda-se a terapia combinada, em virtude da possibilidade de desenvolvimento de resistência durante o tratamento. Ela deve ser feita com o emprego de antibióticos de classes diferentes, por exemplo, associar um betalactâmico a uma quinolona, aminoglicosídeo ou monobactâmico, levando em conta a susceptibilidade da unidade.

DURAÇÃO DO TRATAMENTO

A duração do tratamento deve ser o suficiente para garantir a supressão da atividade microbiana e permitir a recuperação clínica. Ao mesmo tempo deve ser curta o bastante

para minimizar o risco de superinfecções e toxicidade dos medicamentos, além de reduzir a pressão para emergência de resistência bacteriana.

Classicamente, as pneumonias hospitalares têm sido tratadas por duas a três semanas, embora não haja embasamento científico para esta conduta. A maioria dos pacientes com resposta clínica apresenta resolução dos parâmetros no oitavo dia de tratamento.

Portanto quando o tratamento inicial da pneumonia hospitalar é correto, com melhora clínica evidente, a duração do tratamento pode ser reduzida para oito dias. Caso a PAVM seja por P. aeruginosa, ou por outros germes resistentes, como S. Maltophilia, Acinetobacter etc., o tratamento deve ser prolongado por, pelo menos, 15 dias. (grau de recomendação: A)

ACOMPANHAMENTO CLINICO

A reavaliação do tratamento deve ocorrer por volta do terceiro dia, quando pacientes respondedores

e de melhor prognóstico apresentarão sinais correspondentes de melhora, devendo-se considerar que o aumento da relação PaO_2/FiO_2 , é o **melhor indicador** de evolução favorável da pneumonia, já que leucograma, febre e resolução radiológica melhoram tardiamente.

A utilização desta estratégia pode permitir a interrupção precoce da terapêutica nos pacientes com baixa probabilidade clínica de PAVM (com escore ≤ 6 no terceiro dia

de antibioticoterapia), bem como naqueles clinicamente estáveis e sem evidência de infecção em outros sítios. (grau de recomendação: A)

A terapêutica empírica deve ser ampliada quando houver deterioração clínica grave de 24 a 48 horas após a introdução do antimicrobiano ou não houver melhora clínica entre o terceiro e quinto dia de tratamento.

Portanto recomenda-se que:

- Se o paciente tiver melhora clínica após 72h e o patógeno for isolado, a antibioticoterapia deve ser baseada no padrão de susceptibilidade e ser mantida por 7 dias. Se o agente for *Pseudomonas aeruginosa*, manter por 15 dias e 21 dias no caso de ser MRSA, dependendo da extensão da infecção e quadro clínico.
- Se o paciente não teve melhora clínica até 72h e foi identificado um patógeno resistente, a terapia deve ser direcionada ao padrão de susceptibilidade, devendo-se procurar outras causas de falha terapêutica, como complicações infecciosas, outros diagnósticos ou outros sítios de infecção.
- Se o paciente teve deterioração clínica grave 24 a 48 horas após a introdução do antimicrobiano, ou se não houve melhora clínica entre o terceiro e quinto dia de tratamento, e não foi identificado o patógeno, a terapêutica empírica deve ser ampliada.

- Se o paciente apresenta deterioração clínica, e culturas de secreções respiratórias mostram contagem baixa de microrganismos, em situações particulares, este resultado pode ser aproveitado para ajuste do tratamento.

- Se houver piora clínica, apesar de adequação do tratamento baseado nos resultados de culturas solicitadas, deve-se pesquisar outros focos, coletar novas culturas de secreções respiratórias, antes da troca do antibiótico, pelo risco de superinfecção.

- Seja realizado o deescalonamento (redução de espectro, suspensão de drogas desnecessárias) com os resultados de cultura e se houver evidência de melhora clínica, usando principalmente como referência parâmetros de oxigenação (PaO_2/FiO_2).

- Os isolados de *Candida* e estafilococos coagulase-negativos devem ser interpretados com cautela e somente valorizados: em situações de alto grau de suspeição clínica, se não houver outro patógeno concomitante e a amostra houver sido coletada em condições técnicas ideais.

FALHA DO TRATAMENTO

Após 72h de uma terapia antimicrobiana para PAVM, a persistência de febre/hipotermia, e/ou secreção purulenta pelo tubo endotraqueal, e/ou leucocitose, e/ou redução da relação PaO_2/FiO_2 , choque séptico ou falência múltipla de órgãos (três ou mais falências orgânicas), não presentes no primeiro dia de avaliação, ou progressão radiológica (incluindo formação de cavitação, derrame pleural, ou extensão para outros lobos) sugerem uma evolução desfavorável, podendo definir falha do regime selecionado.

Obs.: A razão pressão parcial do oxigênio no sangue arterial/fração Inspiratória de oxigênio (PaO_2/FiO_2) é o parâmetro isolado mais precoce e

confiável em termos de avaliar a falta de resposta clínica na PAVM²⁰

Principais causas

1. Tratamento inadequado (início tardio, seleção empírica inapropriada, posologia inadequada, baixa concentração sérica, ou pulmonar, do agente antimicrobiano)
2. Complicações da PAVM (necrose, cavitação, empiema)
3. Infecções extra-pulmonares
4. Condições não-infecciosas (SARA, atelectasia, hemorragia pulmonar, bronquiolite obliterante com pneumonia organizante, embolia pulmonar, edema pulmonar cardiogênico)²¹

RESISTÊNCIA BACTERIANA

A duração da antibioticoterapia é, muito provavelmente, o componente chave da pressão seletiva, levando ao aparecimento de resistência em cepas previamente sensíveis, ou à seleção de cepas que são intrinsecamente resistentes. **Todo esforço deve ser feito para diminuir ao máximo o tempo de tratamento, desde que clinicamente e cientificamente possível.**

O principal fator que leva à colonização e/ou infecção causada por microrganismos resistentes é o uso recente de antimicrobianos. Todos os antibióticos de alguma forma promovem seleção e favorecem resistência. Esta promoção ocorre principalmente por eliminação da microbiota sensível e sua substituição por microrganismos resistentes. No entanto, classes diferentes favorecem emergência de microrganismos distintos.

As cefalosporinas de terceira geração favorecem a emergência de enterococos resistentes à vancomicina, enterobactérias produtoras de ESBL, e estafilococos meticilino-resistentes.

- As cefalosporinas de quarta geração favorecem *S. maltophilia*.
- As quinolonas favorecem o surgimento de estafilococos meticilino-resistentes, enterobactérias produtoras de ESBL e *Pseudomonas aeruginosa* resistente aos carbapenêmicos.

- Os aminoglicosídeos favorecem o surgimento de enterobactérias produtoras de ESBL.

- Os glicopeptídeos promovem a emergência de cocos Gram-positivos multirresistentes.

- Os carbapenêmicos e a piperacilina-tazobactam facilitam a resistência aos carbapenêmicos, infecções fúngicas e o surgimento de *Stenotrophomonas maltophilia* e *Burkholderia cepacia*.

REFERÊNCIAS

1. Brook I - Pneumonia in mechanically ventilated children. Scand J Infect Dis, 1995;27:619-622.
2. Tullu MS, Deshmukh CT, Baveja SM - Bacterial nosocomial pneumonia in Paediatric Intensive Care Unit. J Postgrad Med, 2000;46:18-22.
3. Gusmao MEN, Dourado I, Fiaccone RL - Nosocomial pneumonia in the intensive care unit of a Brazilian university hospital: an analysis of the time span from admission to disease onset. Am J Infect Control, 2004;32:209-214.
4. Garner JS, Jarvis WR, Emori TG et al - CDC definitions for nosocomial infections. Am J Infect Control, 1988;16:128-140.

5. Baughman RP - Diagnosis of ventilator-associated pneumonia. *Microbes Infect*, 2005;7:262-267.
6. Koeman M, van der Ven AJ, Ramsay G et al - Ventilator-associated pneumonia: recent issues on pathogenesis, prevention and diagnosis. *J Hosp Infect*, 2001;49:155-162.
7. Diretrizes para tratamento das pneumonias adquiridas no Hospital e das associadas a ventilação mecânica – J. Bras. Pneum. Vol. 33 Supl. 1; São Paulo. Apr. 2007
8. Celis R, Torres A, Gatell JM, Almela M, Rodriguez-Riosin R, Agusti-Vidal A. Nosocomial pneumonia. A multivariate analysis of risk and prognosis. *Chest*. 1988;93(2):318-24.
9. American Thoracic Society. Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;15;171(4):388-416.
10. Johanson WG Jr, Pierce AK, Sanford JP, Thomas GD. Nosocomial respiratory infections with gram-negative bacilli. The significance of colonization of the respiratory tract. *Ann Intern Med*. 1972;77(5):701-6.
11. Pugin J, Auckenthaler R, Mili N, Janssens JP, Lew PD, Suter PM. Diagnosis of ventilator-associated pneumonia by bacteriologic analysis of bronchoscopic and nonbronchoscopic "blind" bronchoalveolar lavage fluid. *Am Rev Respir Dis*. 1991;143(5 Pt 1):1121-9.
12. Fagon JY, Chastre J, Hance AJ, Montravers P, Novara A, Gibert C. Nosocomial pneumonia in ventilated patients: a cohort study evaluating attributable mortality and hospital stay. *Am J Med*. 1993;94(3):281-8.
13. Camargo LF, De Marco FV, Barbas CS, Hoelz C, Bueno MA, Rodrigues M Jr et al. Ventilator associated pneumonia: comparison between quantitative and qualitative cultures of tracheal aspirates. *Crit Care*. 2004;8(6):R422-30.
14. Winer-Muram HT, Steiner RM, Gurney JW, Shah R, Jennings SG, Arheart KL et al. Ventilator-associated pneumonia in patients with adult respiratory distress syndrome: CT evaluation. *Radiology*. 1998;208(1):1939.
15. Gibot S, Cravoisy A, Levy B, Bene MC, Faure G, Bollaert PE. Soluble triggering receptor expressed on myeloid cells and the diagnosis of pneumonia. *N Engl J Med* 2004;29;350(5):451-8.
16. Assicot M, Gendrel D, Carsin H, Raymond J, Guilbaud J, Bohuon C. High serum procalcitonin concentrations in patients with sepsis and infection. *Lancet*. 1993;27;341(8844):515-8.
17. Oppert M, Reinicke A, Muller C, Barckow D, Frei U, Eckardt KU. Elevations in procalcitonin but not C reactive protein are associated with pneumonia after cardiopulmonary resuscitation. *Resuscitation*. 2002;53(2):167-70.
18. Pova P, Coelho L, Almeida E, Fernandes A, Mealha R, Moreira P et al. C-reactive protein as a marker of ventilator-associated pneumonia resolution: a pilot study. *Eur Respir J*. 2005;25(5):804-12.
19. American Thoracic Society. Guidelines for the Management of Adults with Hospital-acquired, Ventilator-associated, and Healthcare-associated Pneumonia. *Am J Respir Crit Care Med*. 2005;15;171(4):388-416.
20. Fagon JY, Chastre J. Antimicrobial treatment of hospital-acquired pneumonia. *Clinic Chest Med*. 2005;26(1):97-104.
21. Meduri GU, Mauldin GL, Wunderink RG, Leeper KV Jr, Jones CB, Tolley E et al. Causes of fever and pulmonary densities

- in patients with clinical manifestations of ventilator-associated pneumonia. *Chest*. 1994;106(1):221-35.
22. Silva Jr. JM, Rezende E, Guimarães T et al. Epidemiological and Microbiological Analysis of Ventilator-Associated Pneumonia Patients in a Public Teaching Hospital. *Braz J Infect Dis*, 2007, 11(5): 478-84.
 23. Minoz O, Rolland D, Adoum M et al. Steady state trough serum and epithelial lining fluid concentrations of teicoplanin 12 mg/kg per day in patients with ventilator associated pneumonia. *Intensive Care Medicine* 2006, 35 (2): 112-8.
 24. Kollef MD. What is ventilator associated pneumonia and why is it important. *Respiratory Care* 2005, 50 (6): 714-24.
 25. Consenso sobre pneumonia associada a ventilação mecânica. Sociedade Paulista de Infectologia 2006.
 26. Cid E, Carvalho, Eitan N, Berezin, Ivan P, Pistelli, Lycia Mímica, Maria Regina A Cardoso. Monitoramento microbiológico sequencial da secreção traqueal em pacientes intubados internados em unidade de terapia intensiva pediátrica. *J Pediatria (Rio J.)* 2005; 81(1): 29-33
 27. Tiago Luis Silvestrini, Carlos Eduardo Rissing da Nova Cruz. Pneumonia associada a ventilação mecânica em centro de terapia intensiva. *RBTI* 2004; 16(4): 228-233
 28. Edgard do Carmo Neto¹, Paulo César de Souza², Frederico Azevedo³, Marcelo Elísio Lugarinho. Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica: Análise de Fatores Epidemiológicos na Confecção de Estratégias de Profilaxia e Terapêutica. *RBTI* 2006;18:4:344-350
 29. Kollef MH. Diagnosis of ventilator-associated pneumonia. *N Engl J Med* 2006; 355:2691.
 30. TRATO RESPIRATÓRIO - Critérios Nacionais de Infecções relacionadas à Assistência à Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – setembro / 2009
 31. Débora Motta de Carvalho Haring. Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica. *Pulmão RJ* 2009; *Supl 2*:S37-S45 S37
 32. Dayane Otero Rodrigues, Orlando César Mantese, Paulo P. Gontijo Filho. Etiologia e Fatores de Risco de Pneumonia Associada à Ventilação Mecânica em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. *RBTI Volume 17 - Número 2 - Abril/Junho 2005*

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para Correspondência:

Vera Lúcia Andrade Gomes

E-mail: veralagomes@gmail.com

DINÂMICA FAMILIAR E SAÚDE MENTAL

Family dynamics and mental health

Francisco Helder Lima Pinheiro Júnior

Psicólogo e Psicanalista. Especialista em Psicologia Clínica, ex-docente do Curso de Formação em Psicanálise do Centro de Estudos Psicanalíticos – CEP/SP, Analista Institucional e Membro do Grupo D.W.Winnicott e SóFreud. Fortaleza, CE.

Ao ser convidado à participar da mesa: **Saúde Mental da Criança**¹, percebi que são várias as possibilidades de diálogos e desafios à serem explorados numa única apresentação. Até por ser esse o primeiro contato com os residentes de Pediatria do Hospital Infantil Albert Sabin - HIAS resolvi seguir o método que algumas mães intuitivamente escolhem para apresentar o mundo a seu bebê: em pequenas doses; assim, frente aos desdobramentos que o tema possibilita, escolhi dois pontos para iniciar minha fala: **a noção de ambiente e os efeitos da dinâmica ambiental saudável sobre a mente.**

Antes de avançar na conversa, cabe registrar que não pretendo trazer definições que rotulem o entendimento de *saúde mental*² ou *dinâmica familiar*, mas criar um espaço de troca de experiências, rico o suficiente, para que os efeitos do vivido no cotidiano de um pediatra possa ser posto a trabalhar. Ou seja, possamos entrelaçar alguns conceitos psicanalíticos as sensações estranhas que os médicos experimentam ao entrarem em contato com a narrativa de um paciente sobre sua dor, seu *pathos*³psíquico.

1 Palestra proferida no Seminário de conclusão de curso de residentes de Pediatria do Hospital Infantil Albert Sabin.

2 Segundo o site Wikipedia, não é possível encontrar uma definição oficial de “Saúde Mental” por parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), In: http://pt.wikipedia.org/wiki/Saúde_mental#cite_note-WHO-0 . Já o Relatório Mundial da Saúde (2002) encontra-se a seguinte definição: “A saúde mental e a saúde física são dois elementos da vida estreitamente entrelaçados e profundamente interdependentes”, In.: http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_djmessage_po.pdf

3 *Pathos*, na tradição da psicopatologia fundamental apresentada por

Somos sabedores da valorosa formação técnica que o médico – em especial o pediatra – vem recebendo no Ceará. Prova disso é esse espaço onde a universidade apresenta instrumentos de outras ciências a serem somados ao cabedal de conhecimento do médico, para que o mesmo venha utilizar quando ocupar o lugar idealizado na cabeça do paciente, daquele que detém a cura sobre sua dor, portanto, quando o médico está no lugar de cuidador.

Um dos instrumentos apresentados no início da formação médica é a anamnese, ou melhor, ainda como alunos de graduação em medicina, os futuros médicos são informados da necessidade de construir uma ‘história clínica’ onde constem relatos das manifestações de sinais e sintomas característicos de determinada doença e esse é um dos pontos que costuraremos em nossa conversa. Mais especificamente, quando se trata de investigar a saúde mental de uma criança o pediatra precisa considerar, além dos sinais ligados ao funcionamento físico adequado à idade da criança: os sintomas psicopatológicos dos pacientes para construção do diagnóstico

Berlinck (2000), coincide com sofrimento, paixão ou passividade de um sujeito, que ao viver “momentos catastróficos” em seu cotidiano sofre verdadeiras reviravoltas. Tais vivências atravessam sua “posição subjetiva”. Aos interessados remeto ao livro *Psicopatologia Fundamental*. (Berlinck, 2000).

da clínica médica, a qualidade do ambiente onde cresce a criança e a própria “capacitação subjetiva” do médico - cuidador.

Nesse momento uma primeira questão se apresenta: Na anamnese de uma criança, qual a importância e destino dado pelo residente dos chamados “*problemas de relacionamento*” entre pais e filhos?

A importância dessa questão está atrelada ao fato de ser comum escutar nos relatos de pediatras as diversas sensações de estranhamentos⁴ experimentadas durante uma consulta, quando os pais de seus pacientes, os convocam a se manifestar sobre assuntos que dizem respeito aos enigmas vividos cotidianamente na relação entre pais e filhos.

Por vezes, o pediatra se depara com situações como a de uma mãe queixar-se por não saber o que está acontecendo com seu filho de 04 (quatro) anos, pois percebe que o mesmo não dorme noites inteiras, sempre acordando aterrorizado por pesadelos. Ou quando a mãe comparece com o filho portador de alguma má formação congênita e questiona ao médico se ele acha que ela pode ser uma boa mãe, pois está dividida entre cuidar do filho e o desejo que ele morra.

Como o pediatra pode encaminhar tais questões? O que esse tipo de questão tem haver com o entendimento de saúde mental ?

Questões, como as supracitadas, falam da qualidade da dinâmica familiar, presente desde os primeiros momentos de vida dos bebês e que contribuirão, fortemente, na constituição da base da saúde mental do futuro humano, mas partiremos de questões mais comuns; dúvidas

4 Por não ser esse o foco deixaremos para uma próxima oportunidade uma conversa sobre os efeitos subjetivos que um atendimento ligado a área da saúde mental, mas não restrita a essa, provoca no cuidador que, rapidamente, percebe o quanto sua formação teórica, laboriosamente construída durante sua formação profissional, não dá conta de aplacar tais efeitos, podendo inclusive retirá-lo da posição de cuidador.

que uma mãe possa apresentar ao pediatra – cuidador – sobre a hora de dizer “*não*” ao seu filho:

Doutor, é esperado eu ficar tão devotada em atender integralmente as ‘vontades’ de meu recém-nascido?

É bom para o desenvolvimento saudável de meu filho, de 02 (dois) anos, que eu fique dizendo um “*não*” atrás do outro?

Freud, em seu texto: “*Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*” de 1905, já falava da importância de se pensar nos efeitos que precoces influências externas possam causar ao desenvolvimento da atividade sexual na criança: “... *as influências externas de sedução podem provocar rompimentos prematuros da latência e até a supressão dela... comprovando assim que tal atividade sexual prematura prejudica a educabilidade da criança*”⁵ (p. 220).

Ainda que, utilizando um paradigma diferente do freudiano, Winnicott (1975) evidencia que no período inicial da vida do bebê a mãe não existe enquanto pessoa e é percebida pelo recém-nascido enquanto ambiente, a mãe é o mundo do bebê. Winnicott parte do trajeto inicial da relação mãe-bebê, passando pela constituição do corpo próprio e as barreiras encontradas nessa trajetória, que podem gerar significativas dificuldades para que o bebê venha a suportar a dor de existir; uma condição imprescindível ao alcance da subjetividade saudável.

Para Winnicott o princípio da saúde mental tem suas bases lançadas na primeira infância e origem na interação de uma mãe preocupada com o filho. Para o autor existirá uma fase onde

5 No texto “*luto e melancolia*” (1917) marca, de forma inquestionável, que um excesso pode abrir uma ferida que atrai para o próprio ego “*energias catexiais*” podendo chegar a ficar “*totalmente empobrecido*” e que por mais que o ego reaja, não conseguiria vencer a resistência (p. 121). Acreditamos ser possível entender que o ego estando privado de constituir um encontro adequado com seu “*objeto de amor*” pode desenvolver esse tipo de defesa, se poupando de viver um excesso traumático, repetidamente, mas perpetuando um funcionamento melancólico.

o bebê reconhecerá a “*mãe real*”, se perceberá como “*pessoal total*” e terá uma relação com a “*mãe total*”, mas algumas importantes complicações podem se dar durante uma das fases do percurso do desenvolvimento emocional, até mesmo numa fase, onde ainda não exista a possibilidade de distinção eu e outro; nessa fase do desenvolvimento a separação entre o que pertence ao mundo externo e interno não existe e “...o cuidado físico é o cuidado psicológico”⁶.

A teoria winnicottiana abre espaço para se pensar a cerca de habilidades e aquisições de uma criança, que rapidamente possam ser entendidas como inatas, como fruto de um longo e delicado processo advindo de um esforço de integração das diversas partes do self, só possível sob o auxílio dos cuidados materno. Os acontecimentos cotidianos na vida do bebê precisam encontrar uma mãe que possa estar preocupada o suficiente para atender as necessidades imediatas, fisiológicas, correspondendo assim a uma etapa de “dependência absoluta” que marcará o bebê com as primeiras impressões daquilo que nós poderíamos denominar de mundo.

Winnicott (1948)⁷ apresenta os aspectos de uma “função de mãe”, indicando ser esse um lugar “vitalmente importante” por possibilitar ao bebê viver a transição entre os estados tranquilos e os estados de excitação em sua mente. A mãe se oferece com tudo seu ser “... ela vive, respira, seu coração bate... está ali para ser sentida de todos os modos possíveis”⁸. O pediatra nos alerta da importância dessa mãe deixar, inicialmente, o bebê dominar a cena, mantendo-se de prontidão, sustentando o processo de integração do self de seu filho por meio de cuidados físicos, com seu calor, seu embalo, carinho e o protegendo de invasões ambientais das quais o bebê não suportaria e sucumbiria a rupturas no processo de continuidade do ser, por estar totalmente dependente dos cuidados maternos; o bebê ao

viver esses momentos iniciais sustentado pelo estado de “*preocupação materna primária*”, tem suas experiências instituais voltadas para unificar, paulatinamente, as partes não integradas do self e a partir de aspectos de seu interior.

Gradativamente, a mãe deixa de garantir a satisfação imediata das necessidades físicas e emocionais, introduzindo elementos do mundo externo, mas sem perder de vista o cuidado de acompanhar a evolução dessa transição entre o mundo interno e externo, vividos em curtos períodos, onde a consciência tornar-se-á possível. O que marca essa gradação, diz Winnicott “... *de acordo com as necessidades do bebê, que variam dia a dia e de hora em hora*”⁹. Essa mãe tão providencial precisará, de forma contínua, sustentar essa condição, sem pressa, para que o bebê adquira condições de perceber o ambiente simples, mas rico o suficiente para continuar seu desenvolvimento: incorporando, retendo e evacuando as lembranças do cuidado materno, passando a cuidar cada vez mais de si.

*“Se a mãe se adapta suficientemente bem, o bebê conclui que o mamilo e o leite são resultados de um gesto produzido pela necessidade ou são conseqüências de uma idéia que veio montada na crista de uma onda de tensão instintiva... devemos reconhecer a criatividade potencial não tanto pela originalidade de sua produção, mas pela sensação individual de realidade da experiência e do objeto. O mundo é criado de novo por cada ser humano, que começa com seu trabalho mínimo tão cedo quanto o momento do seu nascimento e da primeira mamada teórica. Aquilo que o bebê cria depende em grande parte daquilo que é apresentado no momento da criatividade, pela mãe que se adapta ativamente às necessidades do bebê”*¹⁰.

6 Winnicott. D.W. (1964) *Da teoria do instinto a teoria do ego*, In: Natureza Humana, p.137.

7 Winnicott. D.W. (1948) *Pediatria a Psiquiatria* In: Da Pediatria a Psicanálise, p.237.

8 Idem.

9 Ibidem.

10 Winnicott, D.W. (1945) *Desenvolvimento emocional primitivo*, In: Natureza Humana, p. 130/31.

O processo de desenvolvimento saudável só se instala quando a mãe consegue se manter viva, ou seja, o bebê precisa perceber que ela sobrevive a tudo essa etapa de tamanha exigência por parte dele, para assim atingir uma fase posterior, de relativa dependência, portanto, é preciso ver que essa mãe: “... *existe e prossegue existindo, ela vive, cheira, respira, seu coração bate*”¹¹.

Talvez essa seja uma das passagens de Winnicott geradoras de polêmica sobre o papel da mãe na relação com o bebê. Como se sustentar esse lugar da mãe, “*suficientemente boa*” fosse tarefa fácil ou acessível a todas as mães. A clínica da adicção vem mostrar o quanto essa tarefa simples, do ponto de vista tecnológico, deflagra as impossibilidades afetivas que muitas mães apresentam ao fracassarem na realização de sustentar essa tarefa de ser mãe, na medida da suficiência, de cuidar do “*bicho homem*” que nasce tão despreparado para lidar com seu desamparo.

Com Winnicott vimos a necessidade de ressaltar aos médicos – e aos leitores – para não se precipitarem em entender os cuidados ligados à amamentação do lactente como restrito a questão nutricional, pois isso pode ser feito por qualquer pessoa, mas vale ao clínico atentar para as particularidades que cada relação mãe-bebê tem a revelar sobre a “*posição de mãe*”. Esse lugar só é vivido por alguém que “*tenha motivações para ser mãe*”¹².

Quando se pensa a noção de doença e saúde – principalmente com bebês e crianças – faz sentido investigamos as raízes ligadas às primeiras experiências de troca entre o bebê e seu ambiente cuidador, o “*barro de onde cada um foi forjado*”, servirá como protótipo de desenvolvimento emocional e a dinâmica familiar contribuirá fortemente para definição psicopatológica de cada criança.

11 Ibidem. (1948) *Pediatria a Psiquiatria* In: Da Pediatria a Psicanálise, p.237.

12 Idem, p.238.

A sensação de estar saudável é ligada a aquisição, por parte do bebê, da chamada integração das partes do soma e da psiquê. Tal aquisição é alcançada a partir de uma interação contínua e gradual entre as necessidades do mundo interno do bebê com o mundo externo, mas é um erro acreditar que a tendência biológica à integração venha garantir que isso ocorra. Existem casos onde razões internas ou externas podem impossibilitar que o ambiente (geralmente a mãe) continue a ser acolhedor e ao falhar repetidas vezes, tal ambiente instigará o bebê a sentir a perda da continuidade desses cuidados. A isso Winnicott chama desintegração e, ao mesmo tempo, tal descontinuidade no cuidar gera no infante a sensação de “*enlouquecimento*”¹³. A exploração das sensações da pele, a dramatização do cuidado físico e ênfase excessiva da capacidade de “*cuidar de si próprio*”, podem nos servir como exemplo de situações que falam de variações de problemas ligadas a época da integração fragilmente alcançada, com grande possibilidade de desintegração futuras; assim, só alcançar a integração não garante um não adoecer do self.

Aprofundar nas diversas defesas que o psiquismo do bebê pode erigir para se defender dos excessos que possa experimentar durante a apresentação do mundo externo seria motivo para outra conversa, mas quero dedicar um pouco do tempo para dizer aos futuros pediatras o óbvio: não tem como ensinar, didaticamente, uma mulher a ser mãe. O pediatra é um terceiro, um estrangeiro que, muitas vezes, é convocado a falar sobre situações que representam uma dificuldade vivida pela dupla mãe e bebê ou mesmo ter de escutar problemas ligados à época em que os dois ainda funcionavam como um.

Muita coisa já aconteceu antes da mãe procurar o médico-cuidador, por isso cabe apontar que, durante uma intervenção precoce, a ajuda imediata que o pediatra pode fornecer a mãe-bebê

13 (1964) *Da teoria do instinto a teoria do ego*, In: Natureza Humana, p.138.

está referida ao estabelecimento da confiança na qualidade da administração do ambiente que a cerca, tonando a interação da mãe com seu ambiente externo o mais simples possível, de forma que a mesma possa se ocupar da única coisa que precisaria se ocupar caso tudo viesse correndo bem, cuidar de seu rebento ao exercer sua função natural. Prova disso pode ser visto no trabalho com os bebês prematuros e projetos de intervenção precoce, como “*Mãe Canguru*”.

Geralmente os profissionais da área psi e mesmo os profissionais de saúde em geral, são formados a desenvolver um pensamento clínico a partir das chamadas manifestações sintomáticas ou doenças. É provável que, em parte, essa posição esteja ligada ao fato daquele que nos procura está pacientemente sofrendo e, ao mesmo tempo, em lança o convite para o cuidador assumir, ativamente, o lugar daquele que pode sanar sua dor.

Recomenda a boa educação que todo convite mereça uma resposta. Quando se trata de saúde mental o pediatra precisa ir além de detectar ou tratar o órgão doente, será preciso escutar o convite sedutor que o paciente faz ao médico,

detentor da *terapêia*: cuidado sobre Eros para que cuide de seu *pathos*: seu sofrimento, paixão ou passividade, justamente pelo fato do paciente não ter a consciência daquilo do que lhe causa um excesso e o faz sofrer; nessa posição o médico não pode ficar capturado pelo discurso doloroso que o paciente traz sobre sua paixão.

Já na introdução do livro *Natureza Humana*, Winnicott marca que o pediatra interessado em entender os modos pelos quais as funções corporais são perturbadas por coisas como a ansiedade, ou por um cuidado familiar deficiente precisará se capacitar para além da aquisição tecnológica da pediatria somática. Basta que remontamos o exemplo de Kiron – o deus mitológico da cura – ele não conseguiu tratar de sua ferida narcísica: de ser rejeitado pelos pais, só enxergando sua impossibilidade de curar a ferida perpétua em sua pata. Às vezes é necessário ao cuidador realizar uma incursão ao fundo de sua própria alma, entrar em contato com suas feridas internas, para que ao cuidar delas tenha a chance de cuidar das chagas de seu paciente, muitas delas impossíveis de serem representadas em palavras, mas essa é uma outra conversa.

REFERÊNCIAS

1. Berlinck MT. *Psicopatologia fundamental*. São Paulo: Escuta; 2000.
2. Freud S. *Três ensaios sobre a teoria da sexualidade*. Rio de Janeiro: Imago; 1905. (Edição Standart Brasileira das obras Psicológicas Completas. v. VII).
3. Luto e melancolia. Rio de Janeiro: Imago; 1917. (Edição Standart Brasileira das obras Psicológicas Completas. v. XIV).
4. Winnicott DW. (1945). *Desenvolvimento emocional primitivo*. In *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
5. (1948). *Pediatria a psiquiatria*. In: *Da pediatria a Psicanálise*. Rio de Janeiro: Imago; 2000.
6. (1964). *Da teoria do instinto a teoria do ego*. In: *Natureza Humana*. Rio de Janeiro: Imago; 1990.
7. *O Brincar e a relaidade*. Rio de Janeiro: Imago; 1975.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Francisco Helder Lima Pinheiro Júnior

E-mail: pinheirohelder@terra.com.br

FALANDO DE SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA

On mental health in childhood

Márcia de Vasconcellos Gomes

Psiquiatra e psicoterapeuta. Fortaleza, CE.

É assegurado às crianças e adolescentes, pelo ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente), o direito à saúde, educação, moradia, segurança, cuidados. Pretende-se, dessa maneira, que a criança alcance a condição de pessoa adulta em toda a sua plenitude, com liberdade, autonomia, saúde, criatividade, produtividade. Garantir saúde à uma criança é assegurar-lhe o desenvolvimento em seus múltiplos aspectos: social, profissional, afetivo, espiritual, necessários para que um indivíduo criativo surja, com uma identidade própria, capaz de construir sua própria história, uma história única, singular. Quantos de nós temos alcançado essa condição.

É necessário, entretanto, definir saúde. O conceito da OMS diz que saúde é bem estar físico, mental, emocional. Talvez um médico pudesse considerar saudável a pessoa que não traz sintomas físicos. A psiquiatria considera sadio o sujeito funcional, com boa adaptabilidade, integrado, sem manifestações psicopatológicas características de transtornos mentais, conforme a CID 10 e DSM IV. Dentro do pensamento psicanalítico, segundo Winnicott, saúde significa sentir-se real, verdadeiro, e que a vida vale ser vivida. Ainda dentro do pensamento desse autor, que era pediatra de formação, diante do indivíduo doente, nesses termos do sentir-se real, o sentimento despertado no indivíduo é de tédio, tanto que ele próprio entedia. Uma vida fantasiosa, falsa, leva ao vazio e à inutilidade.

Mesmo se pensarmos crianças com doenças preexistentes, não trabalhamos simplesmente a

doença mas a saúde, que é a principal ferramenta que a criança (ou o indivíduo) dispõe para fazer frente à doença. Quando o desenvolvimento paralisa, ou se ele regride para etapas anteriores, a criança pode apresentar manifestações como enurese, fala infantilizada, reações de medo, dependência. Assim temos o sofrimento psíquico, que se traduz em doença. Níveis maiores de sofrimento psíquico podem levar à morte psíquica, ou seja, à loucura.

A fantasia é parte importante da infância, pois facilita com que um ser tão frágil e dependente possa se colocar num mundo exigente e hostil. A brincadeira expressa saúde, já que além de canal de descarga, brincar ajuda na elaboração de angústias impensáveis, frente a sentimentos de ódio, destrutivos, agressivos, voltados para os objetos de amor, além do medo de se perder esse amor (o amor dos pais).

Falar em criança forçosamente nos leva a seu contexto social e familiar. Ela depende de seu meio. Não é possível avaliar sintoma sem compreender o que se passa em torno da criança., de onde ela emerge. Um sintoma não se faz sozinho, ele é parte de uma rede de funcionamento, que inclui a dinâmica familiar, escola, condição sócio- econômica, cultura, etc. Tem sido comum encontrarmos situações de violência e privação, abandono e maus-tratos. Às vezes nos surpreendemos com a capacidade de uma criança suportar e superar determinadas situações. A isso damos o nome de resiliência, que tanto pode ser

herdada como adquirida na forma de cuidados iniciais (os cuidados parentais).

Além do contexto, é importante identificar em que momento cronológico a criança se encontra, de modo que crianças bem pequenas são naturalmente hiperativas, amigos imaginários também podem aparecer nesse período. Adolescentes são naturalmente opositores, na busca da construção de uma identidade, o que causa muitos conflitos na família, assim como crianças muito pequenas, que em usando de recusa diante de seus pais estão em busca da diferenciação em relação a eles, numa tentativa de existirem independentemente deles.

Na consulta psiquiátrica, o primeiro contato da criança com sua família é um momento muito rico, uma vez que é possível perceber todo o desenrolar da estrutura dinâmica familiar presente, mesmo quando o paciente em questão é um adolescente. O primeiro contato tem como principal objetivo a construção de um vínculo de confiança. Privilegiar esse primeiro contato favorece a formação de um vínculo essencial, de modo que a criança possa ter a esperança de ser compreendida, e até mesmo ajudada. Tomo como referência a “consulta terapêutica” como descrita por Winnicott, a partir do “jogo do rabisco”, em que ele privilegia esse contato. Mas Winnicott nos adverte para que detenhamos profundo conhecimento da psicanálise e das teorias do desenvolvimento, e sua relação com fatores ambientais, além da própria análise pessoal.

Quando uma mãe cuida de seu bebê, além do cuidado físico, ela também lhe oferece um cuidado psíquico (holding). Essa sintonia psíquica com a mente do bebê diz respeito a um estado fisiológico pelo qual passa a mãe, desde algum tempo antes do parto até 5 ou 6 meses depois. Esse estado Winnicott chama de “preocupação materna primária”; é um estado regressivo, que seria patológico se não houvesse um bebê, mas é

ele que permite à mãe identificar-se com os seus estados primitivos, de modo que ali uma mente se constitua. É essa sintonia que Winnicott pretende com a consulta terapêutica. É esse contato que vamos pretender com nossos pequenos pacientes, em particular no primeiro momento. A mãe que vive essa condição torna-se, frágil, vulnerável, necessitando, ela própria, ser cuidada, pelo esposo, por parentes, que assim oferecem, à mãe, a possibilidade de maternar seu bebê.

Esse delicado momento passa a ser vivido neste outro, do primeiro encontro, e de todo o processo analítico. Quando esse momento não é aproveitado, algo se perde.

A mãe que não consegue se identificar com seu bebê, em função de sua própria angústia, faz o cuidado físico, não há sintonia psíquica, o eu verdadeiro, traumatizado, não emerge. O indivíduo se desenvolve na periferia, tal qual uma vitrine, sem contato com seu eu interior. Adapta-se ao meio, sem poder se expressar espontaneamente, verdadeiramente, naquilo que seria a sua singularidade. Um sujeito adaptado, que reage ao meio, impossibilitado de agir espontâneo. O vazio e o tédio tomam conta de sua existência.

E aí temos o sintoma; será ele uma adaptação ao meio, ou uma manifestação psicopatológica de um transtorno mental. Uma adaptação, mas que, na verdade, denuncia um sofrimento psíquico, a desordem na estruturação do sentido do eu do indivíduo, que não tem lugar para existir, um lugar psíquico.

É fazendo o contato com a criança, buscando conhecer e compreender quem temos diante de nós, olhar a pessoa, e não simplesmente seu sintoma, ouvir o que diz, e o que não diz, nessa escuta que a mãe oferece para seu bebê, uma escuta de sentidos, que poderemos ser não apenas técnicos, mas também humanos.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para contatos

Márcia de Vasconcellos Gomes

E-mail: vgmarcia@hotmail.com

O SABOR DO REGRESSO The taste of regression

Amália Maria Porto Lustosa

Pediatra. Especialista em Gastroenterologia Pediátrica. Mestre em Farmacologia Clínica. Médica do Serviço de Gastroenterologia do HIAS. Fortaleza, CE.

Ao chegarmos ao Albert Sabin tudo se encontrava repleto de energia; uma porção de jovens médicos candidatos a pediatras se esforçavam em parecer menos ansiosos.

Estávamos à espera de uma entrevista que iria definir nossa escolha, com candidatos de outros estados fazendo parte desse coro. Nossa residência começara a ficar famosa. Iniciou-se o processo de seleção com perguntas pessoais e análise curricular. Deparávamos-nos pela primeira vez com a nossa futura preceptora, Dra. Anamaria Cavalcante, sempre à procura de jovens dispostos a fazer parte dessa casa.

Quando no papel de expectadores, podíamos observar o semblante de alguns muitas vezes confusos, outros confiantes e alguns ainda repletos de lágrimas. Nossa amiga Verônica, por exemplo, acabara de sair da entrevista aos prantos.

Finalmente fez-se o parto! Nascemos preenchendo as oito vagas para R1 iniciando nossa difícil missão de crescimento em cima de um objeto de aprendizado, a criança, que de objeto nada tinha e que além de diagnósticos e patologias nos ensinava atitudes mais simples vivenciadas até os dias de hoje.

Dar plantão as primeiras vezes nos dava taquicardia, mesmo porque não dispúnhamos de staffs a nos orientar à noite. Nossos R2, abençoados R2, faziam o papel de preceptores nos ensinando os primeiros passos da pediatria. Encontrávamos-nos no estirão do nosso aprendizado. Fomos

crescendo e nos desenvolvendo e com quatro meses já tínhamos dobrado o peso das nossas expectativas e certezas.

Após conversas e protestos, foi instituída a visita da madrugada, onde acordávamos às três da manhã, isto é, se já não estivéssemos acordados, e saíamos examinando aquele infindável número de pacientes referidos no “livro dos graves”. Penso que a nossa preceptora achava que precisávamos além de exercícios de aprendizagem, de exercícios físicos, pois já caminhávamos a passos largos e firmes.

Entre sessões clínicas e visitas à beira do leito, crescíamos solicitando ajuda dos staffs da enfermaria e dos médicos da emergência, sempre dispostos a nos ensinar. Não dispúnhamos dos recursos tecnológicos de hoje, mas nem por isso deixávamos de apresentar trabalhos em Congressos Brasileiros ou locais. Já dominávamos a linguagem, éramos capazes de questionamentos e discussões. Atingíamos nessa época a adolescência do saber.

Nessas idas e vindas desses dois anos sabíamos que a idade adulta chegaria enfim, porém privilegiados que fomos, tínhamos a certeza de sempre contar com a nossa preceptora, Dra. Ana, tão cara para nós, a qual além de princípios básicos científicos, nos ensinou valores morais e, sobretudo o poder da humildade. Seríamos sempre eternos aprendizes, bastávamos ter a mente, e, sobretudo o coração, abertos às mudanças.

Retornar ao Albert Sabin como staff me fez pensar na importância do papel do educador, onde regras, horários, noites mal dormidas, tudo isso não terá valor algum se não for recheado de amor pela vida

e, sobretudo de respeito, pelo paciente, tão criança como nos no início, mas pedra fundamental do nosso aprendizado.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Amália Maria Porto Lustosa

E-mail:

HISTÓRIAS QUE VIVI...NO HIAS ENTRE 1995 E 1997

Remembrances from HIAS, 1995 to 1997

Anamaria Cavalcante e Silva

Doutora. Professora de Pediatria. Faculdade de Medicina Crísthus. Fortaleza, CE.

Pediatra precisa saber contar e também escrever Histórias... para seus pequenos pacientes, seus filhos, seus netos. Então ...

Era uma vez... um Hospital de Crianças, que após passar por um período de oito anos de transformação, reorganização, de construções as mais diversas... era imperioso inovar!!!

Era 1995, havíamos em um curto espaço de seis anos, vivido experiências fantásticas como secretária de saúde de Fortaleza e do Ceará, caminhado por toda a nossa Cidade, todo o Ceará, cruzando estradas do Cariri à Ibiapaba... eu retornava à direção do HIAS com outro olhar para à saúde das nossas crianças.

Mas lá da Almirante Barroso, em meio aos embates contra a cólera e a dengue, à mortalidade infantil e para criar e concluir edificações, hospitais municipais, centros de nutrição, a Escola de Saúde Pública do Ceará em bases sólidas – acompanhávamos de perto, com o apoio necessário, as mudanças no HIAS, nestes seis anos muitíssimo bem cuidado sob a direção das Dras. Ana Lúcia Nocrato e Emair Borges.

E, em cenário totalmente diverso quando da primeira gestão em 1987, encontramos um Hospital efervescente, a equipe motivada e com reconstruções ainda por inaugurar...

O Novo Centro Cirúrgico Dr. César Abreu, foi um deles. Hoje está lá igualzinho a 14 de julho de 1995, dia da sua re – inauguração. Por todo o 1994, foi reconstruído, ampliado e equipado

para 5 salas cirúrgicas, Centro de Esterilização, e tudo o mais ... Esta transformação aconteceu na gestão da Dra. Emair. Lembro deste 14 de julho porque desta maneira conseguimos homenageá-la e ao Dr. César, o grande artífice da Residência de Cirurgia Infantil, a 1ª e única – que já formou no HIAS 17 especialistas e muitos ainda haverá de formar.

“Cirurgia sem medo” - o 1º Projeto da Série HumanizarHIAS

A idéia surgiu quando a Enfermeira Moema Bezerra comprou um presente, a boneca Zaddi, para as crianças do Bloco B, em São Paulo, por ocasião de seu estágio no Instituto da Criança (ICri) da FMUSP. As enfermeiras do ICri já praticavam “técnicas” para desmistificar o “pavor” das crianças e das suas famílias ao ato cirúrgico, embora ainda não existisse lá, um Projeto, ou sala com este fim. E, quando a Moema nos relatou sua idéia e apresentou aquela boneca de pano, do tamanho de uma criança de 1 ano – com os órgãos – coração, pulmões, rins ... removíveis, para explicar às crianças não somente o corpo humano, mas como “agem” os médicos cirurgiões... estava nascendo o primeiro de uma série de projetos na linha da Humanização

da Atenção à criança hospitalizada no HIAS, que foi ali mesmo, na sala da Direção, batizado de “Cirurgia sem Medo”. E, da noite para o dia a sala de pré- anestesia, já bem arquitetada no átrio do CC, foi transformada e ambientada como uma mini brinquedoteca, com play móbil formando todas as peças de um centro cirúrgico...(vibramos quando encontramos), máscara de anestesia(tamanho natural) e tudo o mais que permitisse explicar às crianças e às mães o que de fato iria acontecer, para desmistificar o medo e reduzir a ansiedade. Este Projeto serviu de modelo para outros hospitais pediátricos brasileiros, a medida que seus dirigentes nos visitavam e se encantavam ao constatar a substituição de pré – anestésicos farmacológicos por doses de brincadeiras, alegria e de “coragem” para as mães e seus filhos – administrados pelas Terapeutas Ocupacionais tendo a frente, a Cláudia Menezes e a Sandra Sobreira. Os nossos visitantes se impressionavam ao ver as crianças, sendo recebidas pelas técnicas de enfermagem não em macas e já pré-anestesiadas, mas, bem “acordadas” adentrando no CC dirigindo bicicletas e motocas, doadas pelo corpo clínico do HIAS.

A Unidade de Cuidados Primários e Intensivos

O nome já parece estranho, afinal como conciliar dois níveis opostos da Atenção. A definição se deu porque esta Unidade (o Bloco A) na realidade é a continuidade do CETIP, criado ainda na década de 70, inspirada que foi no HSE – Rio de Janeiro, onde fiz a minha Residência de Pediatria. O CETIP foi instalado inicialmente no Bloco E, uma Enfermaria Especial, para dar suporte aos RN de médio risco, egressos da UTI, que iniciou apenas com 4 leitos em 1979.

Na gestão da Dra. Altani Santos Paiva, em 1982, foi criada a primeira UTI Pediátrica do estado do Ceará sob a coordenação da Dra. Ana Júlia Couto de Alencar. Na gestão da Dra. Emair,

por necessidade do aumento exponencial da demanda de RN e crianças graves, foi dividida em duas, ampliando para 20 leitos de terapia intensiva. A UTI Pediátrica, que recebeu o nome do inesquecível Professor Calil Fahat; ele mesmo descerrou a placa de inauguração. Essa ficou sob coordenação da Dra. Vera Lúcia de Andrade Gomes, nossa ex-residente que já formou outros residentes, e nove Pediatras Intensivistas.

Mas as duas UTIs já não davam conta de tantos pacientes graves, precisávamos urgentemente pensar em serviços de médio risco Então o CETIP, foi ampliado de **6 para 24 leitos** com cuidados especiais para os RN portadores de má formações congênitas cirúrgicas. E por que Cuidados Primários?...é que a última enfermaria foi adaptada para ser o Posto de Coleta de Leite Materno, que seria o embrião para o futuro Banco de Leite Humano no ano de 2004.

No planejamento e execução da implantação desta Unidade, a participação intensa e o compromisso ímpar da Dra. Francisca Lúcia Medeiros do Carmo, também nossa ex-residente, que inovou ao entregar para o Corpo Clínico e os Residentes, no mesmo dia da inauguração o 1º Livro de Rotinas - da Série *Como eu Trato as Crianças no HIAS*. Naqueles tempos o HIAS contava com um único computador, e por isso eu acompanhei *dia após dia* a Dra. Francisca Lúcia após passar a visita no CETIP, ao lado do Joãozinho(*Rocha*), escrevendo com o perfeccionismo que lhe é peculiar, todos os protocolos de condutas diagnósticas e terapêuticas para RN e lactentes até 3 meses, que serviu de modelo para o 2º Manual da Pediatria Geral, do Bloco D sob a maestria da Helena Cavalcante e da Joana Maciel, também ex Residentes deste Time Especial formado dentro do HIAS. Em 1998, o 3º livro, o das rotinas para a prevenção da infecção hospitalar, trabalho exemplarmente conduzido com resultados inestimáveis, por mais uma ex-Residente, a Aldaíza Ribeiro. E, a Ana Valeska Siebra, que gosta de criar e também copiar as grandes idéias, liderou com a Rejane Vasconcelos - a edição do

4º livro “Como cuidamos das crianças do HIAS”, com as rotinas de Enfermagem. O 5º Livro, que encerrou a série, foi coordenado pelas Pediatras Liduína Jalles, Emair Borges e Joana Maciel, as rotinas e cuidados na Emergência, quando esta foi “transformada” e reinaugurada em 2001, mas esta história estará no próximo capítulo do “Ontem, Hoje e Amanhã”

A Unidade de Cuidados Primários e Intensivos (o Bloco A) deu início às mudanças também na decoração e humanização da estrutura física, colorindo as paredes de azulejos brancos, afinal os recursos na área da saúde sempre são poucos, não poderíamos desperdiçar com revestimentos novos. Então cada Unidade recebeu “um mascote”...no Bloco A os elefantinhos...no B os coelhinhos que ensinam as crianças a tomar banho, escovar os dentes, o hábito da leitura...na UTI Neo, as abelhinhas para homenagear todos que lá trabalham 24 horas “no ar”, e assim por diante...

O Centro de Nutrição Viva Criança abre espaço para o Canguru e o NAVI

No início dos anos 90, para combater a desnutrição infantil – um problema que ainda nos indignava e envergonhava – como Secretária de Saúde do Estado – com o apoio do Projeto Nordeste financiado pelo Banco Mundial, conseguimos implantar em 16 Municípios, os Centros de Nutrição Viva Criança. Naquela época, o Programa Viva Criança estava sediado no HIAS – e acordamos com a direção – Dra. Ana Lúcia Nocrato e coordenação do VIVA, Dra. Regina Portela que o Centro Mãe – para treinar as equipes dos demais Centros deveria estar sediado aqui. Mais exatamente no terreno que havia sido o pomar e a horta de 1987. No início da década de 90, assistimos a transição epidemiológica – e os pacientes deste Centro de Nutrição “MÃE” aqui no HIAS, foram rareando... de 12 para 8 para 4 para 2... para nenhum.

Por estes tempos, as pediatras, Alaíde Pitombeira, Francisca Lúcia do Carmo, Vânia Abreu e Aurenília Esmeraldo, com a Dra. Sílvia Lemos, nossa Mestreira Maior, que cuidavam dos prematuros e outros RN de risco egressos da UTI NEO nos indicaram a necessidade de criar um ambulatório especial – denominado à época de follow-up – que nós batizamos no HIAS de **NOEL – Núcleo de Orientação e**

Estimulação ao Lactente.

Então, para dar suporte a este ambulatório especial, ocupando o espaço do Centro Nutrição Viva Criança – foram instalados dois novos projetos: o Mãe Canguru e o NAVI.

Projeto Mãe Canguru o HIAS foi pioneiro no Ceará

O Mãe Canguru, foi uma idéia que compartilhamos com a Dra. Ana Júlia Alencar, ela que já havia “praticado” outro pioneirismo na década de 80, criando com o Dr. Frederico Augusto de Lima e Silva a 1ª UTI Pediátrica do Ceará aqui no HIAS. O Projeto Canguru, foi implantado em 1997 e mantido com recursos próprios – foi credenciado pelo Ministério da Saúde anos depois – porque aqui não é hospital maternidade – apesar de desde aqueles tempos o HIAS já acolher inúmeros recém-nascidos com apenas horas de vida.

NAVI – por que Núcleo de apoio à Vida?

O projeto NAVI foi planejado caminhando pela Serra de Guaramiranga com a Evelyn Gondim e a Emair. Ela que, quando Diretora Geral (1993-1994) já havia tido a grande iniciativa de *criar a*

integração dos serviços de Fisioterapia (o pioneiro ainda da década de 80) com a Fonoaudiologia e a Terapia Ocupacional – em uma área ampla, confortável, indispensáveis, para as crianças que recebiam alta necessitando de reabilitação. Naquela caminhada, pensando nas crianças que recebiam alta ainda necessitando de cuidados especiais das equipes de Fono, Fisio e TO, mas não querendo estigmatizá-las com rótulos de crianças excepcionais... optamos pela sigla NAVI ! E normalmente era assim, o projeto podia ter inspiração no final de semana ou feriado prolongado e já na segunda – feira saia a idéia do *Papel para a Ação!*

A Evelyn, com todo o seu entusiasmo liderou as três equipes – e a sigla NAVI de *Núcleo de apoio à Vida* inspirou a logomarca artisticamente desenhada pelo Renildo – com crianças felizes “subindo” em uma nave espacial indo de encontro a sua reabilitação... e à Vida com plenitude! Fico radiante quando a vejo ainda com cores, embora não tão nítidas, na Entrada do NAVI... nos propicia lembranças de várias histórias...

... Como a da Fisioterapeuta, Meyre Mércia que se dedicava aos pequenos lactentes. Certa ocasião ao apresentar o Projeto, com suas perfeitas e funcionais instalações à uma Pediatra que nos visitava, eu falei: “ *este é um serviço que dedicamos às crianças pelas quais não podemos dar a cura completa, mas apenas amenizar o sofrimento delas e de suas famílias, daí porque Núcleo de apoio à Vida*”. E, Meyre Mércia, nos corrigiu, com muito orgulho “*alto lá Dra. Ana, você não faz idéia da quantidade de crianças que recuperamos com alta, e perfeitas!!*”.

Por que Projeto Peter Pan?

No final do Bloco C, em 1997, havia uma enfermaria/ sala de prescrições, adaptada na gestão da Emair, para o serviço de quimioterapia/ dia. Na parte exterior, um jardim com bancos e

uma pequena gruta com a imagem de Nossa Senhora para os momentos de tristeza e orações. Mas, ver aquelas crianças nos berços e camas para tratamento de hospital – DIA, me intrigava.

A inspiração veio do HEMOCE, que tantas vezes visitei nos tempos da SESA, para planejar com Dr. Murilo Martins os Hemocentros do interior do Estado. E, resolvi solicitar ao Dr. Ormando as cadeiras “velhas” utilizadas pelos doadores de sangue. E, não podendo nos disponibilizar, ele nos sugeriu conseguir com empresas de ônibus leito, porque já havia usado deste artifício.

E assim a enfermaria foi sendo “transformada” – os berços de ferro branco foram substituídos por cadeiras bigeminadas, doadas pela Expresso Brasileiro, para a criança e para a mãe. Mesinhas, TV, videocassete (ainda não havia DVD) foram doados por seus colegas de trabalho que a minha cunhada Adriana Gregory, conseguiu sensibilizar. Esta foi sempre a nossa prática, sensibilizar e conquistar a parceria da sociedade civil, e desta forma tentar reduzir as iniquidades sociais.

E por que Peter Pan? A idéia nasceu de uma conversa na Sala da Direção com a Márcia Lima Verde – então coordenadora do Serviço. “Márcia precisamos de um nome bem diferente para o Novo Projeto, que não poderá significar somente “uma Sala de Quimioterapia”. E a Márcia: “por que não Projeto Peter Pan, afinal lá vai ser o Terra do Nunca!! do sonho !! – o sonho da arte de curar!!”

E no dia 7 de abril de 1996 – Dia Mundial da Saúde – nasceu o Projeto Pan – em uma pequena enfermaria com duas fileiras de azulejo pintados pelos artistas Ronildo, Rogenildo e Fátima – *contando as travessuras* do Peter Pan, do Capitão Gancho, da Wendy, da Fada Sininho... Esta última inspirou a Zelinha Pinho, assistente social do Bloco C, a nomear as Voluntárias – mulheres cidadãs inquietas e competentes de *Fadas Madrinhas* e assim nasceu a Associação Peter Pan !!!

Esta pequena enfermaria de cerca de 40 m2

cresceu ... cresceu... no ano 2000 transformou-se no Hospital DIA Peter Pan e em 2010 em um lindo Hospital de cerca de 4000 m² o Centro Pediátrico do Câncer. Mas esta é uma longa História, com muito autores e novos protagonistas, que precisa ser detalhada em outro momento por tantos que vivenciaram.

ABC + SAÚDE – “Tia por que... além de ficar no Hospital ainda terei de parar de estudar”

Foi esta indagação de uma criança portadora de leucemia, feita à Assistente Social Socorro Alencar, que inspirou um novo Projeto. Naquela ocasião ainda não conhecíamos os Programas de Classe Hospitalar já adotados em hospitais do Rio e São Paulo. Mas, fazia todo o sentido, afinal, as crianças no Bloco C, pelo tempo prolongado para o tratamento do câncer, normalmente perdiam além da saúde física, o estímulo e a condição para continuar seus estudos. Então, a Socorro que é também Pedagoga, logo se inspirou para o ABC + Saúde, que na sua primeira versão ocupou o pequeno refeitório do Bloco C, era o maior espaço que podíamos contar na ocasião... e, em 2002, com o apoio da Grandene, recebeu estrutura de sala de aula, e nas paredes solicitamos aos artistas Renildo/Rogenildo que pintassem os grandes *inventores e seus inventos*, começando com o Dr. Sabin, idéia que copiamos de uma Revista sobre Educação. Entre tantas emocionantes histórias deste Projeto, uma que se tornou inesquecível... quando vi a Maria Benta, já curada do seu câncer, como Auxiliar de Professora com a bata branca, a farda do Projeto que era confeccionada pelas costureiras do HIAS, ministrando aulas para seus antigos colegas de enfermária!!!

O Projeto Biblioterapia, inspirou o Biblioteca Viva do Ministério da Saúde.

A preocupação com o tempo ocioso, principalmente das internações prolongadas, fez

com que a nova Bibliotecária, a doce e sensível, Selma Pinheiro, sempre com seu sorriso largo, também nos fizesse uma proposta de mais um Projeto na linha da humanização da assistência, criando o *voluntário contador de histórias para as crianças!* A melhor idéia da Selma, foi envolver estudantes da Faculdade de Biblioteconomia, já propiciando “aulas de cidadania” para estes futuros profissionais, que passaram a dar “plantões”, inclusive nos finais de semana no Bloco C, lendo livros que conseguíamos por doações nas livrarias ou através dos servidores do HIAS...nunca precisamos comprar.

Em 1999, a Dra. Ana Goreth Kalume, Coordenadora da Saúde da Criança no MS, nos convidou para uma reunião em São Paulo, na ABRINQ (Associação Brasileira dos Fabricantes de Brinquedos), foi quando conheci o Dr. da Alegria, Wellington Nogueira (Doutor em Besterologia, com se auto proclamava). O objetivo era implantar nos hospitais de referência em Pediatria, projetos semelhantes. Apresentamos não somente o Biblioterapia, mas todos que já estavam a pleno vapor aqui no HIAS. E, na seqüência, o “nosso” Projeto foi re-nomeado para Biblioteca Viva, e passamos a contar com bibliotecas sobre rodas, lindos carrinhos lotados de dezenas de ricos livros infantis que faziam a festa nas enfermarias com a chegada da Selma, que nestas horas “virava” uma exímia contadora de histórias.

Doutora você tem certeza que a minha Filha vai poder sorrir? O Projeto Primeiro Sorriso!

Tudo começou quando a Dra. Francisca Maria Oliveira de Andrade, então Sub Secretária de Saúde, a nossa Ex Residente Dra. Tati, hoje brilhando novamente no UNICEF, nos perguntou se aceitaríamos conversar com uma Equipe de Cirurgiões Plásticos, coordenada pelo norte americano Dr. Bill Magui. Lembro perfeitamente, da primeira reunião no Auditório do HIAS. As controvérsias eram muitas. Por que precisamos de

uma Missão de médicos estrangeiros para operar nossas crianças de cirurgias que dominamos muito bem as técnicas? Estes profissionais vão “praticar” com nossas crianças porque são pobres... tal como fazem na África...na Ásia... na América Central??? Foi preciso muito diálogo, e a compreensão e decisão de apoiar a Missão, por parte dos nossos colegas de saudosa memória... Dr. João José Carvalho e Dr. Francisco de Assis Alves Teixeira.

Foi a Tati que propôs um inquérito de base populacional por parte dos Agentes de Saúde, em todo o Estado. E, ao nos darmos conta da imensa dívida social que tínhamos para com estas crianças, algumas já adolescentes...(chegamos a reconstruir o lábio de um adulto jovem de 17 anos) tínhamos nas “nossas mãos” os argumentos necessários para formar a parceria com a Operation Smile.

De início, pensamos com a Equipe, magistralmente coordenada pela Evelyn Gondim...iremos em duas ou três Missões..”*zerar o velocímetro*”... É a partir daí as cirurgias entrarão na rotina das eletivas. Ledo engano .. quanto mais Missões ..mais pacientes surgiam, agora já identificados pelos Médicos de Família.

Em 2001 e 2002 não foram realizadas essa missão em Fortaleza e para continuar o projeto partimos para Missões em Sobral no Cariri de modo a multiplicar o número de cirurgias.. surgiu a proposta do Hospital Avião..plenamente aceita.. afinal o “velho” aeroporto ficava nas proximidades do HIAS ...

Hoje sabemos, já foram recuperados 1565 crianças até 17 anos, no período de 1997 a 2010. E, em abril deste ano de 2012, acontecerá a 14a. Missão. Numa demonstração clara de que no HIAS as boas idéias não só continuam.. mas prosperam!!

Mas, e o nome do Projeto? Foi inspirado na

pergunta de uma mãe que não acreditava que seu filhinho finalmente iria sorrir pela 1ª vez.. daí ***Projeto Primeiro Sorriso!!***

A Fábrica de Projetos na Rua dos Sonhos

Os projetos para as crianças por inspiração dos dedicados servidores se multiplicavam a cada ano. Até que sentimos a necessidade de definir uma “sala” – a que havia sido até então do ***Programa Viva Criança*** no Bloco “F”. A Regina Portela, coordenadora do Programa de Humanização, deu logo o nome de “Fábrica de Projetos” e nós completamos... ficará na “Rua dos Sonhos” – e desta forma ganhou placa artisticamente confeccionada pelo Renildo/Rogenildo.

Mas e para os *Cuidadores das Crianças?* Como completar o ciclo da Humanização do Hospital?

Já em 1995, inspirados na criação da Escola de Saúde Pública em 1994 e para dar sequência à educação continuada no HIAS, foi “inventado” o Projeto Professor Visitante “inaugurado” pelo professor Jayme Murahovschi, sempre o conferencista mais reconhecido e aplaudido nos congressos de pediatria. Mas, com uma inovação – além das “aulas magistrais” – 50% do tempo era dedicado à discussão de casos com o corpo clínico e residentes e o compromisso de atualizar rotinas e definir protocolos clínicos.

E, para os demais servidores?

Em uma viagem à trabalho, assisti as 6 horas da manhã – uma edição do telecurso 1º grau uma fantástica aula de geografia e história mundial. O inusitado foi que na semana seguinte, recebi na minha casa a visita do Paulo Buss (meu colega de residência ex-presidente da FIOCRUZ, hoje na OMS). Ele estava acompanhando a diretora

do Canal Futura Vilma Guimarães que aceitaram antes de ir para o aeroporto (ainda na Av. Luciano Carneiro) “passar” no HIAS. Ficaram encantados com o Hospital e seus projetos inovadores. No caminho para o aeroporto, decidimos com a Vilma implantar, um curso de ensino fundamental para os servidores do HIAS – com o apoio do Canal Futura – daí o batizamos de “**Novo Futuro**” pelas duas razões. E hoje, quando sabemos que 153 alunos já passaram pelos “bancos escolares” do HIAS – (as aulas aconteciam no intervalo do almoço – ou final da tarde) e que muitas deles ampliaram

seus horizontes e entraram nas universidades – eu fico a me lembrar...que nos momentos mais difíceis, que todos gestores temos que vivenciar... quando precisava “respirar”, eu abria a porta do auditório... e ao encontrar a Selma, a Mara, o Lauro, a Fátima Maciel, o Renildo, a Wilma, a Ana Clébia, a Taciana ou a Gracinha Viana.... ministrando as aulas do Telecurso, de Português... Matemática... História...tudo o mais se dissipava.. ao ver nos rostos das “*meninas*” da Nutrição, dos “*meninos*” da Lavanderia, o olhar atento e o “ar” de felicidade naquela inusitada “sala de aula”!!!

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Anamaria Cavalcante e Silva
E-mail: anamariacasil@yahoo.com.br

CONTRIBUIÇÃO À HISTÓRIA DA PERINATOLOGIA NO BRASIL

Contribution to the history of Perinatology in Brazil

Antonio Marcio Junqueira Lisboa

MEMBRO DA ACADEMIA BRASILEIRA DE PEDIATRIA. MEMBRO HONORÁRIO DA ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA. EX-PRESIDENTE DA ACADEMIA DE MEDICINA DE BRASÍLIA, DA SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE BRASÍLIA. PROFESSOR TITULAR DE PEDIATRIA DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA



Primeiro 3o. ano de Neonatologia. À esquerda Lisboa e Elia Gomes

Após algumas reflexões cheguei à conclusão que para desenvolver este tema teria que optar por um estudo retrospectivo da história da perinatologia no Brasil, o que fatalmente me obrigaria a fazer um levantamento bibliográfico e buscar o testemunho de pessoas que de alguma maneira participaram do processo, ou eu simplesmente faria um relato das minhas vivências neonatológicas e perinatológicas. Optei por relatar minhas vivências.

Conheci oficialmente sua excelência o recém-nascido quando cursava o quarto ano médico da então Faculdade Nacional de Medicina, no Rio de

Janeiro considerada, se não a melhor, uma das maiores escolas médicas do país, onde haviam pontificados vultos como Miguel Couto, Fernando Magalhães, Aloysio de Castro, e tantas outras glórias da medicina pátria.

Corria o ano de 1948 e ingressei como estagiário na Maternidade Escola, onde éramos carinhosamente chamados de “placentas” pelos docentes. Em todos os plantões presenciávamos o nascimento de várias crianças - os recém-nascidos. Assim que nasciam, desapareciam da sala de partos e eram levados para algum lugar

da Maternidade, que eu não tive o privilégio de conhecer, embora meu estágio tenha durado um ano e, posteriormente, ter voltado a Maternidade então como sextoanista. Os obstetras cuidavam dos recém-nascidos na sala de partos, embora nunca expressassem algum interesse pelo que lhes iria acontecer. Nascendo bem ou mal, os cuidados administrados aos recém-nascidos era, para todos nós, uma incógnita. Ah! Esqueci de lhes dizer que o local para iam tinha nome - berçário - e que sabíamos segurá-los pelos pés para que as secreções fossem drenadas, dar palmadas para que respirassem, e fazer respiração boca a boca, quando necessário. Quanto ao que se passava no berçário, era um mistério. De qualquer forma esses ensinamentos na sala de partos me foram úteis na época em que fui acadêmico dos serviços de emergências da Prefeitura do Rio de Janeiro, onde fui obrigado a fazer partos em favelas, a luz de velas (até que rimou), na área rural, em plataformas de estações ferroviárias, em domicílios e em ambulâncias, dirigidas em alta velocidade até que o vagido escutado pelo motorista mostrava ser desnecessário a correria. Mesmo ali, no velho Hospital Carlos Chagas – o “Casão” de Marechal Hermes, que tinha também sua maternidade, e que não era pequena, nós acadêmicos não só não frequentávamos o berçário, como não sabíamos sua localização. Chegávamos ao hospital e entregávamos os recém-nascidos às atendentes e aí terminava nossa tarefa.

Em 1950 fui diplomado em Medicina, o que me deu o direito de atender toda população inclusive, os recém-nascidos. E claro que meus conhecimentos, e de meus colegas da Faculdade Nacional de Medicina, e porque não dizer, dos meus contemporâneos, sobre os recém-nascidos e de como cuidá-los, eram extremamente precários. Caso vocês tenham dúvidas vou dissipá-las contando dois episódios extremamente ilustrativos. O primeiro ocorreu em 1953, quando fui chamado, pela primeira vez, para atender a um recém-nascido em uma maternidade particular.

Examinei a criança e ao escrever a quantidade de solução glicosada a ser administrada coloquei “dar uma colher das de chá entre as mamadas”. A atendente leu o escrito, estranhou e perguntou-me “Doutor, o senhor não acha pouco?” Respondi-lhe que não com toda a ênfase que o momento merecia. Fui para casa, busquei os livros, e aprendi que a quantidade a ser prescrita variava de 10 ml para os recém-nascidos com peso inferior a 2.500 gramas a 20 ou 30 ml para aqueles com peso superior. No dia seguinte, ao passar a visita, procurei a mesma atendente e disse-lhe que, no segundo dia de vida a quantidade poderia ser aumentada de uma colher das de chá para 20 ml, entre as mamadas.

O segundo episódio, quando chefiar por um mês o berçário do Hospital da Aeronáutica, ao examinar uma das crianças notei que existia uma mancha avermelhada na fralda. Absolutamente seguro que se tratava de sangue, reuní o pessoal de enfermagem para apurar responsabilidades. Minha sorte foi não levar o fato as últimas consequências, pois poucas horas após eu já havia descoberto que o que eu tinha visto eram cristais de ácido úrico.

Vocês talvez pensem que eu fui um mau aluno no curso médico, o que não corresponderá a verdade. Formei-me sem saber absolutamente nada a respeito dos recém-nascidos e, conseqüentemente, de como cuidá-los. E como eu, todos os meus colegas e contemporâneos desconheciam o recém-nascido, pois aquela época praticamente nada se ensinava a respeito dele. Os recém-nascidos e os adolescentes eram grandes incógnitas. Tudo sobre eles estava envolto em uma onda de mistério e omissão. Discutia-se sobre quem seria o responsável pelos cuidados a serem administrados aos recém-nascidos - o pediatra ou o obstetra e, quanto aos adolescentes o clínico ou o pediatra? E assim, durante anos, continuou a pendenga, cujo preço foi extremamente alto em termos de sobrevivência e de qualidade de vida. E muitos anos ainda se

passariam até que fossem reconhecidos como prioritárias a fase neonatal e da adolescência.

Recentemente tomei conhecimento de que, em 1925, Raul Briquet, catedrático de obstetrícia, havia chamado para trabalhar em seu serviço o Dr. João Leite Bastos, pediatra que veio a se dedicar, em particular a neonatologia. O Dr. Leite Bastos foi pediatra de minha primeira esposa, Therezinha, e pai de meu amigo e colega João Carlos Leite Bastos. Após a atuação do Dr. Leite Bastos, mergulhamos novamente na escuridão durante três décadas, aproximadamente, da qual emergimos graças a um dos maiores vultos de nossa história pediátrica - Prof. Dr. Luis Torres Barbosa.

Em 1952, o Dr. Luis, como era chamado por todos nós, promoveu o primeiro curso de extensão universitária sobre pediatria neonatal, que prosseguiu durante mais de duas décadas, ininterruptamente, tendo eu tido a honra e a alegria de participar de vários deles. Esses cursos representaram um papel importante na difusão de conhecimentos sobre a fisiopatologia neonatal, dos cuidados a serem administrados aos recém-nascidos e principalmente como conscientizador da importância e dos riscos desse período de vida, numa época que esses conhecimentos eram praticamente ignorados pela maioria dos profissionais de saúde. Tinha, o Dr. Luis, o cuidado de convidar obstetras e enfermeiras para participarem dos cursos pela importância que dava ao trabalho de equipe. Mais de vinte anos planejando e supervisionando cada curso com o carinho e o perfeccionismo do primeiro.

Dia 13 de fevereiro de 1955, sábado. Neste dia foi inaugurada a Maternidade e Policlínica Alexander Fleming, subordinada tecnicamente ao Hospital dos Servidores do Estado, no subúrbio de Marechal Hermes, Rio de Janeiro. A primeira Maternidade na América Latina a contar com pediatras e obstetras de plantão, dando cobertura a gestante, ao parto e ao recém-nascido nas

24 horas do dia. Nesse primeiro dia estavam de plantão os obstetras Daniel Boechat, Clarimesso Arcuri e João Troncoso y Troncoso e eu como pediatra. A primeira criança que nasceu nesse dia foi batizada com o nome de Alexander Fleming. Foi a primeira a ser atendida por uma equipe perinatal, que eu tenha conhecimento. Esse dia deverá ser lembrado como um dos marcos mais importantes da neonatologia e perinatologia brasileiras, pois foi nele que tudo começou. Foi dado o pontapé inicial para o deslançamento de várias atividades hoje consideradas imprescindíveis para o bom atendimento das gestantes, parturientes e recém-nascidos, tais como a importância do atendimento unitário do binômio materno-fetal, da assistência pediátrica no pre-parto e na sala de partos, dos cuidados aos recém-nascidos, da difícil, mas não impossível integração obstétrico-pediátrica, da vivência e participação ativa do pediatra na tomada de decisões quanto ao término do trabalho de parto, da consulta pediátrica no pré-natal, da ida dos obstetras ao setor de neonatologia para conhecer a evolução dos recém-nascidos e discutir com os pediatras a eventual modificação de normas e rotinas assistenciais, das realização de reuniões científicas e pesquisas conjuntas.

Em 1958 fui eleito Chefe da Clínica Pediátrica da Maternidade e Policlínica Alexander Fleming. Uma das primeiras medidas tomadas foi a de promover reuniões científicas, o que não foi difícil, pois a instituição contava com um grupo de jovens obstetras e pediatras preparados e motivados.

Oficiosamente começamos a nos reunir no prédio do Instituto de Pensão e Aposentadoria dos Servidores do Estado, localizado na Rua Santa Luzia, centro do Rio de Janeiro, mais ou menos a cada quinze dias. O local era mal iluminado, deserto, lúgubre, porém, aquela época, sem riscos. Inicialmente éramos poucos - Paulo Belfort, Luiz Beethoven do Amaral, Jose Chaves Meyrelles, Daniel Boechat, Clarimesso Arcuri, Carlos Wehrs, Jean Claude Nahoum, Fernando

Estellita Lins, Oyntho Resende, obstetras. Germana Figueiredo, Charles Bechtinger, Jorge Picanço Siqueira, Roberto Rocha e Silva e eu, pediatras. Em 1960, com a continuidade das reuniões foi criada uma comissão da qual fui presidente com a finalidade de elaborar os estatutos e o regimento do Centro de Estudos da Maternidade e Policlínica Alexander Fleming, cujo primeiro presidente foi o Dr. Paulo Belfort, obstetra. Esse Centro de Estudos constituiu o primeiro foro de discussões de temas perinatais de que tenho conhecimento.

Em fevereiro de 1961 fui transferido para o Hospital dos Servidores do Estado. Ao me apresentar perguntou-me o Dr. Luis Torres Barbosa, Chefe do Serviço de Pediatria, onde eu desejaria trabalhar. O Dr. Luis conhecia o trabalho que eu vinha desenvolvendo na área de cardiologia infantil, desde 1954, em alguns serviços do Rio e já havia manifestado anteriormente sua vontade de que eu assumisse essa área no HSE. Qual foi sua surpresa quando eu lhe disse que desejaria trabalhar no berçário. Perguntou-me, ele, “Por quanto tempo?” E eu lhe respondi “Sempre”. O motivo da surpresa era muito simples. O berçário era considerado uma Sibéria, onde todos eram obrigados a nele trabalhar de forma compulsória. Ninguém gostava do berçário da Maternidade, o que explicava a passagem rápida de cada assistente na chefia do mesmo. A minha decisão foi recebida com alegria geral. Com a experiência adquirida na Alexander Fleming estabelecemos um cronograma de trabalho que visava a implantação de normas e rotinas, de reuniões conjuntas com a Obstetrícia e a Pediatria, de reuniões diárias com os internos e residentes e das bases de um programa para receber residentes de 3o ano que desejassem se tornar especialistas em Neonatologia. Todas as quintas feiras lá estava o Dr. Luis nos visitando, apoiando e cobrando. Orientava-me, corrigia-me e sobretudo estimulava-me. As normas e rotinas, mimeografadas, foram distribuídas para todos os que solicitassem. As reuniões com a Obstetrícia eram semanais e muito concorridas. Diariamente discutíamos as normas, as rotinas e os casos

clínicos com residentes, internos e estagiários que se tornaram tão do agrado deles que fui obrigado a proibir a entrada daqueles que não estivessem estagiando no berçário.

O programa para os residentes do 3o ano em Neonatologia foi implantado em 1962. As primeiras neonatologistas foram as Dras. Elia Gomes e Maria Altertum. Posteriormente, Amélia Denise Macedo, Maria Nazareth Neiva, Áurea Valença, Dentre outros, foram nossos alunos o saudoso colega Nicola Albano, José Dias Rego, Ênio Rotta, Rosa Maria Collins, Therezinha Penna, Sergio Porto, e muitos outros, que se encarregaram de carregar a bandeira da neonatologia e formar novos quadros. Passamos a divulgar a neonatologia em todo o país, sempre com o apoio imprescindível do Dr. Luis.

De 1958 a fevereiro de 1967 participamos de mais de uma centena de eventos científicos, na maioria dos estados brasileiros e em várias escolas médicas. Ministrei cursos de neonatologia em quase todas as capitais do país. Em Santa Catarina, por exemplo, no ano de 1964, lecionamos, pela primeira vez, neonatologia para alunos regulares do curso médico.

Em 1964, por ocasião dos Congressos Pediátricos no Rio de Janeiro, coordenada pelo Dr. Luis e com a colaboração minha e do Dr. Julio Dickstein, foi realizado um curso de Pediatria Neonatal com grande número de inscrições. Paralelamente a esse, o Dr. Luis coordenou um outro curso sobre Problemas Médico-sociais da Assistência ao Recém-Nascido com a participação do Dr. Jose Olympio Senna e Drauzio Viegas, neonatologistas de São Paulo, e vários obstetras, dentro da sua idéia de promover a integração obstétrico-pediátrica.

Em 1960 foi criado o Comitê de Assuntos Peri-Natais do XI Distrito da Academia Americana de Pediatria, tendo como presidente o Dr. Luis Torres Barbosa e membros os Drs. Rinaldo de Lamare, Marcelo Amorim Garcia, Hélio de Martino,

Hernani Cavalcanti e Leandro Moura Costa. Nesse ano havíamos apresentado nossas primeiras observações sobre alimentação precoce dos pre-termos e dos filhos de diabéticas. Até então nós esperávamos que o edema desaparecesse para iniciarmos a alimentação, o que levava até três dias. Não conformado com essa situação fizemos dosagens de glicemia nos imaturos e constatamos que praticamente todos entravam em hipoglicemia o que nos levou a alimentá-los precocemente. Segundo o Dr. Luis essa atitude “precipitada” de minha parte foi o motivo que impediu minha entrada no Comitê.

Em 19 de janeiro de 1961 o Comitê foi regulamentado. A ele devemos a elaboração das primeiras normas e rotinas de assistência aos recém-nascidos, da qual participamos.

Nos anos de 1965 a 1967 foi consultor para doenças dos recém-nascidos da Sociedade Brasileira de Pediatria o Dr. Lages Neto.

Em 1968 a Sociedade Brasileira de Pediatria criou Comissões de Consultores Especializados. A primeira comissão foi constituída por Antonio Marcio Junqueira Lisboa, Drauzio Viegas, Lages Netto, Leandro Moura Costa. Posteriormente, a Comissão passou a ser denominada de Comitê de Neonatologia e, mais tarde, de Comitê de Perinatologia. Infelizmente a mudança do nome para perinatologia, que deveria contribuir para uma união maior entre pediatras, obstetras e enfermeiras, como seria o esperado, não atingiu seus objetivos e serviu a causa da desunião. Foram retirados os obstetras e o nome continuou. Até que, resolveram voltar a chamá-lo de Comitê de Neonatologia. Solução mais honesta mas que demonstrou a falência política dos membros do Comitê.

Em 1966 foi criado o Centro de Estudos Perinatais de São Paulo (CEPENSP), cujo primeiro presidente foi o Dr. Drauzio Viegas e um dos seus membros José Olympio Senna. Conheci o Drauzio em

1960, quando trabalhava com Conceição Segre, no Serviço de Neonatologia do Hospital dos Servidores Públicos, dirigido por Henrique Cardim, que acredito ter sido o primeiro grupo em São Paulo a trabalhar na área neonatal. Conceição é uma das maiores expressões em Neonatologia de nosso país, com uma folha de serviços conhecida de todos nós.

O CEPENSP prestou grandes serviços a Neonatologia durante longos anos e promoveu a I Reunião Brasileira de Neonatologia, em São Paulo, 1968. Foi um sucesso, tendo o número de inscitos ultrapassado de muito o esperado. Em clima de grande euforia fiz a palestra inaugural da Reunião, falando sobre “Cuidados Imediatos ao Recém-Nascido”. Essa reunião mostrou que a Neonatologia havia conquistado definitivamente seu espaço. Participaram também como conferencistas o Dr. Luis Torres Barbosa, José Lauro de Araújo, Hélcio Bahia Corradine, Pedro Refinetti e Domingos Delascio, esse último, obstetra.

Em 1968 fundamos em Brasília o Centro de Estudos Perinatais do Planalto Central, assim denominado para atender as solicitações dos colegas de Goiânia que dele também queriam participar. Subscreveram a data de criação 90 pediatras e obstetras de Brasília e Goiânia. Foi eleita a seguinte Diretoria-Presidente: Antonio Marcio Junqueira Lisboa, Vice-Presidente Victor Jacobina Lacombe (obstetra), 1o Secretário Gilberto Rodrigues Pereira, 2o. Secretário Walkiria Chianca Pereira, 1o. Tesoureiro Heglisson Ferreira Machado Newton, 2o Tesoureiro Eduardo Mouzinho Mariz. A primeira reunião foi realizada em Goiânia, sobre ANOXIA FETAL, presidida pelo Dr. Elias Helu, presidente do CEPPLANC em Goiânia, tendo como participantes da mesa redonda os Drs. Zairo Vieira (anestesiista), Dr. Milton Barbosa Lima (obstetra) e Elias Helou (pediatra), sob a coordenação do Dr. Victor Jacobina Lacombe (obstetra) estando presentes 32 médicos.

Em 1968 criamos na Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília a disciplina de Neonatologia. Pela primeira vez o ensino da Neonatologia passou a ser obrigatório no currículo de medicina. Hoje, em quase todas as escolas médicas a disciplina Neonatologia é obrigatória.

Em 1970, foi realizada em Brasília a 2ª Reunião Brasileira de Neonatologia juntamente com Curso Internacional sobre Problemas Perinatais, coordenados pelo Dr. Luiz Torres Barbosa e por mim, e patrocinados pelo Centre International de l'Enfance, OPAS, Ministério da Saúde, Universidade de Brasília, Secretaria de Saúde do Distrito Federal, Instituto Interamericano del Niño e Centro de Estudos Perinatais do Planalto Central. Participaram como alunos obstetras e pediatras de toda América Latina, que se encarregaram de

promover a Neonatologia em seus países, tendo alguns se tornado líderes.

O 3º Centro de Estudos surgiu no Rio Grande do Sul e, posteriormente, surgiram outros, em todo o país.

O número de membros das Reuniões tornou-se tão grande que passaram a ser denominadas de Congressos de Perinatologia.

Eu, que tive o privilégio de participar da fundação e das reuniões do primeiro centro de estudos, onde as reuniões não tinham mais que dez médicos, tive a satisfação de assistir a congressos com milhares de participantes.

Em 2010, o Congresso Brasileiro de Perinatologia contou com mais de 2000 inscritos, mostrando que a Neonatologia se firmou como uma das mais importantes especialidades pediátricas.

Conflito de Interesse: Não declarado

Endereço para correspondência

Antonio Marcio Junqueira Lisboa
E-mail: amjlisboa@terra.com.br

MULHERES FORTES COM SONHOS E TRAJETÓRIAS DIFERENTES Strong women with different dreams and life histories

Raquel Mourão Ferreira

Jornalista pela UFC. Assessora de Comunicação do HIAS. Fortaleza, CE.

Nesta edição, a seção Retratos da Vida revela um pouco da personalidade marcante de **Catarina Maia, Zélia Mota, Joana Maciel e Valcirene de Lima**. Mulheres fortes com sonhos e trajetórias diferentes, mas que têm em comum a relação de afetividade com o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS). Para elas, a instituição não é só um lugar onde se trata doentes, com leitos, medicamentos e prontuários. É muito mais do que isso. No Hospital, passam a maior parte de suas vidas, se emocionam, encontram amigos, acumulam vivências e compartilham delicadezas.

A médica **Catarina Maia** conta que se sente em família. *“O Albert Sabin é o meu segundo lar. Considero os médicos mais antigos meus irmãos e os mais novos meus filhos”*, diz. A satisfação é clara, está no olhar e na voz suave. A paixão é verdadeira, tão sincera que Catarina continua trabalhando, mesmo depois de aposentada.

Já a enfermeira **Zélia Mota** brinca que é *“made in Hias”*, pois ingressou muito jovem no Hospital. Ela relembra momentos difíceis do início da carreira e conta como as experiências serviram para o seu amadurecimento profissional. A enfermeira também demonstra que tem um espírito de equipe

aguçado ao elogiar os profissionais com quem trabalha.

Nosso terceiro perfil é de uma mulher resolutiva, que não se acomoda diante das falhas do sistema. Pensando em melhorar cada vez mais o atendimento do Hospital, a médica **Joana Maciel** deixou de lado os cuidados clínicos com os pacientes e abraçou a área da gestão hospitalar. Apesar de a rotina dela estar focada em indicadores e resultados, Joana não perde a sensibilidade. *“Não tem como não se comover com o que você vê. A saída é procurar dar a essas crianças o que há de mais moderno no diagnóstico e na terapia”*, afirma.

Valcirene de Lima foi o nosso último *“retrato”*. Ela é mãe de três pacientes portadores de mucopolissacaridose, uma doença genética rara e incurável. Toda semana, traz as crianças ao HIAS, onde recebem uma medicação importada que retarda os sintomas da patologia. Qualquer outra pessoa poderia se abater e ficar deprimida. Valcirene não pensa assim. Ela é uma mulher que decidiu ser feliz e estende essa alegria aos filhos.

Aproveitem a leitura.



Dra. Joana Angélica Paiva Maciel

Não há desafio que não possa ser enfrentado pela pediatra **Joana Maciel**. Resolutiva e determinada, a médica sabe canalizar as emoções para conseguir seus objetivos. Com habilidade, ela sempre consegue extrair o que há de melhor nas pessoas com quem trabalha e ainda as motiva. Por trás dessa característica marcante, que os especialistas chamam de inteligência emocional, existe o desejo incansável de aprimorar o atendimento que é prestado a crianças e adolescentes no Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS).

A história de Joana com o Hospital se iniciou em 1989, quando ainda era acadêmica de medicina. *“Quando fiz o internato aqui, me apaixonei. Resolvi fazer residência em pediatria. Mas não sabia se tinha me apaixonado pela especialidade ou pelo hospital enquanto instituição de referência, onde as pessoas trabalham com dedicação e de forma humanizada”*, relembra. Após alguns estágios em outros locais, descobriu a vocação para cuidar de crianças. Na hora de escolher um hospital para

fazer a residência médica, não teve dúvida. *“Tinha a opção de fazer a prova para três instituições, mas só fiz para cá”*, conta.

Já pediatra, Joana só descansou quando conseguiu passar em um concurso público para ser médica do Estado. *“Na época, era a única forma de ingressar no Hospital, pois não existiam cooperativas”*, rememora. O ano era 1993 e a jovem médica foi designada para atuar na Emergência. Um grande desafio, pois o Ceará enfrentava uma epidemia de cólera. Como saiu fortalecida da experiência, foi convidada para ser preceptora da residência. *“Essa questão do ensino era visível aqui. As pessoas trabalham ensinando. Tive o privilégio de trabalhar com a médica Helena Cavalcante. Devo muito da profissional que sou a ela”*, disse. Pouco tempo depois, Joana foi convidada para coordenar o Centro de Estudos e, posteriormente, a Emergência.

Em 2005, quando surgiu uma vaga para a Direção Clínica, o nome de Joana Maciel foi o mais cotado.

A decisão foi difícil, pois implicava o afastamento da assistência, dos cuidados clínicos. *“Quando era médica assistente podia ajudar a criança e a família, mas, com gestão, posso ampliar isso e melhorar a qualidade de vida de mais pessoas e dos profissionais”*, ressaltou. Ao optar pela gestão em pediatria, a médica passou a ter uma rotina diferente, a trabalhar com indicadores e resultados. Em 2011, ela assumiu a direção do Centro Pediátrico do Câncer e, atualmente, coordena a Assessoria de Desenvolvimento Institucional (Adins), setor criado para acompanhar as metas

propostas no Planejamento Estratégico, modelo de gestão que Joana ajudou a implantar no HIAS.

Como a pediatra não usa apenas o raciocínio lógico nas tomadas de decisão, ela se emociona com os dramas familiares, com as situações que presencia. *“Não tem como não absorver essas dores, não se comover com o que você vê. Se não acontecer isso, você está no lugar errado. Mas como fazer isso sem ter depressão, sem ficar triste? A saída é focar nos bons resultados e procurar dar a essas crianças o que há de mais moderno no diagnóstico e na terapia”*, afirma.



Dra. Catarina Maria Sousa Martins Maia

“Amo trabalhar aqui, me sinto feliz”. E assim, a pediatra começa essa conversa com sorriso largo e olhar acolhedor. Quando **Catarina Maia** fala sobre o Hospital Infantil Albert Sabin (HIAS) parece que está remexendo nas memórias da infância ou contando as sabedorias dos netos. É um bem querer que vai além dos prontuários, dos medicamentos, das paredes brancas do Bloco B do Hospital. Mais que profissional, a relação que a médica mantém com a instituição tem uma essência maternal.

“O Albert Sabin é o meu segundo lar. Considero os médicos mais antigos meus irmãos e os mais novos meus filhos. A grande maioria dos profissionais ama o que faz. Eu me sinto em família”, diz orgulhosa. Um lugar do qual não quer se separar. Apesar de já estar aposentada pelo Estado e pelo extinto Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), Catarina continua transmitindo, todos os dias, seus conhecimentos aos mais jovens. *“Passei seis meses só no consultório, não agüentei, tive*

que voltar”, conta ela, que, atualmente, atua no HIAS como médica cooperada.

Catarina Maia se formou em medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC) em 1968 e fez residência em pediatria no Hospital Infantil Darcy Vargas na cidade de São Paulo. Com o título em mãos, retornou para Fortaleza, onde trabalhou no Centro de Reidratação, no Hospital Geral Dr. César Cals e no Hospital Infantil Luís França. Um problema de Saúde com a irmã a levaria de volta à terra da garoa, onde permaneceu por sete anos. De volta a Fortaleza, em 1978, Catarina voltou a cuidar das crianças do Luís França e, desta vez, do posto de saúde de Messejana. Com tantas atribuições, ainda driblava o tempo como médica do Inamps.

A história da pediatra com o Albert Sabin começou no início da década de 1980 quando foi convidada para trabalhar na unidade de Tísio- pneumologia e no ambulatório de asma. Em seguida, passou a acompanhar os pacientes de neurocirurgia A

experiência foi enriquecedora, afinal era médica do hospital que sempre idealizara. “Eu era louca para trabalhar no Albert Sabin porque era o melhor hospital de criança”, rememora. Ficou cinco anos longe do Hospital, porque teve de se dedicar, exclusivamente, ao Hospital de Messejana. Até que em 1998, conseguiu retornar ao HIAS como plantonista da Emergência. *“Lá era só pulmão e coração, a gente esquecia da pediatria. Nessa segunda fase, assistiu os paciente neurológicos, transferindo-se para o Bloco B, de pré e pós operatório, onde está até hoje”*.

A médica destaca a humanização e o ensino como pontos fortes do Albert Sabin. *“Aqui, a gente não*

trata o paciente pelo número do leito, mas pelo nome”, ressalta. Para a pediatra, o HIAS é uma escola em que há uma troca de conhecimentos entre os profissionais. *“Ao mesmo tempo em que transmito a minha experiência, os meus conhecimentos para os mais jovens, também aprendo coisas novas. Com a evolução da ciência, a gente tem que se atualizar”*, afirma.

E ao falar dos progressos científicos, ela não deixa de dar um recado para as gerações mais novas: *“hoje, podemos contar com exames modernos para auxiliar no diagnóstico, mas o mais importante é a história clínica, é o ser humano”*, enfatiza.



Enf. Zélia Gomes Mota

“Made in HIAS”. É dessa maneira que a enfermeira **Zélia Mota** se autodefine. Afinal, toda a vida profissional dela foi construída no Hospital Infantil Albert Sabin. Assim que se formou em enfermagem pela Universidade de Fortaleza (Unifor), em 1986, foi convidada para trabalhar no Hospital. *“Já havia feito estágio de um semestre aqui no HIAS, mas, na época, ainda não sabia que área iria seguir. Só tinha uma certeza: eu era apaixonada pela enfermagem”*, relembra. Mesmo sem ter a convicção de que queria cuidar de crianças, aceitou o convite. A empatia foi imediata.

Recém formada, Zélia enfrentou muitos desafios. Um deles foi o de supervisionar a equipe de enfermagem nos plantões noturnos e de fins de semana e ainda ter de dar conta da parte administrativa. *“Era arriscado e perigoso. Passava a noite, o fim de semana, percorrendo o hospital. Tinha que estar preparada para tudo”*, rememora. Com a experiência, a enfermeira passou a entender a dinâmica de todas as unidades da instituição.

Em 1989, a profissional teve de tomar uma decisão difícil. Mudou-se com o marido e os filhos para o município de Tejuçuoca, onde nascera. Era o eu enfermeiro disputando forças com o eu político de Zélia. O marido havia sido eleito vereador e precisava contar com apoio da família. Os Motas têm uma relação forte com o poder. A mãe dela, de quem herdou o nome e o gosto pela política, foi a primeira deputada estadual do Ceará. Mesmo morando distante, ela ficou dando plantões de 24 horas nos fins de semana. Mas a saudade era grande e o retorno, cinco anos depois, foi inevitável. Zélia ainda chegaria a exercer de 2004 a 2008 o mandato de vereadora de sua terra natal.

Nesses 26 anos de HIAS, ela já se dedicou aos pacientes da Emergência, do Centro Cirúrgico e do Ambulatório. De 2006 a 2008, comandou a equipe de enfermagem. Atualmente, coordena o Centro de Terapia Intensiva (CTI), onde está há 13 anos. Também é presidente da Comissão de Ética de Enfermagem e integrante da Comissão

de Infecção Hospitalar. “Meu filho reclama que eu trabalho demais, mas diz que só não se importa porque sabe que eu amo o hospital. É uma relação de amor, uma realização, sou feliz de fazer o que faço”, ressalta. Além de todas essas atribuições, Zélia ainda exercita o eu professora ao acompanhar os estágios da graduação da Universidade Federal do Ceará (UFC) e da Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (Fametro).

Essa enfermeira “*Made in HIAS*” não poupa elogios aos profissionais do CTI, a quem classifica como humanos e competentes. “*A equipe se projeta na criança. Favorece e estimula o vínculo entre a mãe e o bebê. A mãe é participante ativa, o toque e a voz fazem uma diferença enorme. A gente não cuida do bebê, mas com o bebe*”, enaltece.



Valcirene de Lima

Valcirene de Lima é uma mulher que decidiu ser feliz. Para ela, a felicidade é uma escolha. E não tem problema de saúde que a faça baixar a cabeça. Há seis anos, luta contra a mucopolissacaridose, uma doença genética rara e incurável que prejudica o metabolismo e pode comprometer o funcionamento de vários órgãos. Esse inimigo de nome difícil ataca seus três filhos: Claudiana, 9, Claudiano, 6, e Carlos Henrique, 3.

Mas Valcirene, como todo bom guerreiro, não desanima e procura cumprir à risca o tratamento. Assim, semanalmente, essa mãe dedicada traz as crianças ao Hospital Infantil Albert Sabin (Hias) para tomar um medicamento importado fornecido pelo Ministério da Saúde, cujo direito foi adquirido através da Justiça.

Por causa dessa rotina, que ainda inclui visitas a fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, Valcirene teve de deixar o município de Icó e mudar-se para Fortaleza. A batalha é árdua, pois não conta com o apoio do pai das crianças. Somente com a coragem e com a ajuda da Associação Cearense de Profissionais atuantes em Doenças Genéticas,

pacientes, familiares e voluntários (ACDG), dos vizinhos e dos inúmeros amigos que fez aqui no HIAS. “Gosto daqui. Somos bem atendidos. Noto que os meus três são muito pararicados”, diz. Atualmente, os filhos reagem bem à medicação e Valcirene percebe uma melhora na qualidade de vida deles.

Mas nem sempre foi assim. Ela lembra que, ainda bebê, a filha vivia gripada. Quando completou seis meses de idade, não conseguiu sentar. “Comecei a achar que ela tinha algum problema de saúde. Quando tinha dois anos, teve um princípio de pneumonia e passou sete dias hospitalizada”, rememora. Ela conta que, tempos depois, a pediatra do posto de saúde de Icó recomendou Claudiana a um neurologista, que solicitou alguns exames, dentre eles, uma tomografia. Enquanto aguardava o resultado, Valcirene descobriu que estava grávida do segundo filho. Os médicos de Icó encaminharam a menina ao HIAS, onde ela foi diagnosticada com mucopolissacaridose tipo 6. A mesma doença também iria acometer Claudiano e Carlos Henrique.

Mesmo com tantas dificuldades, essa mulher que escolheu ser feliz está sempre de bom humor e procura, dentro de suas possibilidades, dar uma infância alegre aos filhos. Sem perder a capacidade de sorrir, ela enfrenta a mucopolissacaridose

com sabedoria e naturalidade. Não se entrega ao sofrimento e pensa em um futuro melhor. *“Meu sonho é que a medicação venha em comprimido”*, fala com fé.