



ASMA

Conduta na crise *em crianças*

ANEMIA FERROPRIVA

A Anemia Ferropriva constitui uma das carências nutricionais mais frequentes de todas as anemias na infância. **Pág. 8**

OBESIDADE NA INFÂNCIA

A obesidade exógena na infância tem etiologia multifatorial. Ao ser diagnosticada, alguns aspectos psicológicos devem ser observados pelo pediatra. **Pág. 9**

LANÇAMENTOS DA SÉRIE ATUALIZAÇÕES PEDIÁTRICAS NO 14º CONGRESSO PAULISTA DE PEDIATRIA

DIA 13 DE MARÇO (DOMINGO) • 14H30



14º Congresso Paulista de Pediatria

São Paulo
EXPO CENTER NORTE
Pavilhão Amarelo

12 a 15 de março
2016



WWW.PAULISTAPEDIATRIA.ORG.BR

Expediente

**Diretoria da Sociedade de Pediatria
de São Paulo | Triênio 2013 – 2016**

Diretoria Executiva

Presidente

Mário Roberto Hirschheimer

1º Vice-Presidente

Clóvis Francisco Constantino

2º Vice-Presidente

João Coriolano Rego Barros

Secretário Geral

Maria Fernanda B. de Almeida

1º Secretário

Ana Cristina Ribeiro Zöllner

2º Secretário

Tadeu Fernando Fernandes

1º Tesoureiro

Renata Dejtiar Waksman

2º Tesoureiro

Lucimar Aparecida Françoso

Diretoria de Departamentos Científicos

Diretor

Rubens Feferbaum

Membros

Paulo Roberto Pachi, Regis Ricardo Assad
e Maria Marluce dos Santos Vilela

Departamentos

colaboradores desta edição

Pneumologia, Nutrição, Saúde Mental,
Endocrinologia e Reumatologia.

Informações Técnicas

Jornalista responsável

Patrícia C. Freire (MTB 73764)

Projeto gráfico

Raquel Ferreira Cardoso

Tiragem: 5.500 exemplares

Periodicidade: bimestral

Distribuição gratuita: aos associados da SPSP

Contato Comercial

João Batista Vita Neto: joao.vita@apm.org.br

Malu Ferreira: malu.ferreira@apm.org.br

Contato produção: patricia@spsp.org.br

EDITORIAL

O boletim *Pediatra Atualize-se* não é propriamente uma novidade. Anos atrás ele vinha como encarte no boletim *Pediatra Informe-se* e, ultimamente, seu conteúdo se limitava à última página do *Pediatra Informe-se* (sob o título atualização rápida). Felizmente, o número de colaborações para essa página se avolumou e levariam um bom tempo para publicar todos os textos no pequeno espaço – seria uma “atualização lenta” e, quando publicada, poderia já ser extemporânea.

Então, decidimos relançá-lo num formato exclusivo, como instrumento de leitura rápida, sem o rigor editorial das revistas científicas (para isso temos a *Revista Paulista de Pediatria*, consagrada por sua indexação nas mais renomadas plataformas de pesquisa científica), não tendo a pretensão de substituí-las.

Todo o conteúdo é produzido pelos membros dos nossos Departamentos Científicos da SPSP, tendo, portanto, toda credibilidade. O objetivo é ressaltar aspectos e informações relevantes e atuais, que acreditamos ser do interesse do pediatra na sua prática cotidiana.

Serão cinco edições por ano que lhes serão disponibilizadas em meses alternados com o boletim bimestral *Pediatra Informe-se*.

Esperamos que esse boletim seja do seu agrado e, principalmente, que lhe seja útil.

As críticas e sugestões serão muito bem-vindas. Mande-as para diretoria@spsp.org.br.

Aprecie,

Dr. Mário Roberto Hirschheimer

PRESIDENTE DA SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Sumário

3

EDITORIAL

por Mário Roberto Hirschheimer

4

ASMA

Conduta na crise em crianças

por Fabio Pereira Muchão e Luiz Vicente Ribeiro

8

ANEMIA FERROPRIVA

por Teresa Negreira e Mauro Fisberg

9

OBESIDADE INFANTIL

Aspectos psicológicos por Flávia Schimith

11

DESREGULADORES ENDÓCRINOS

por Cristiane Kochi

11

DOR MUSCULO-ESQUELÉTICA E CÂNCER

Departamento Científico de Reumatologia da SPSP

ASMA

Conduta na crise em crianças

Fabio Pereira Muchão

Mestre em Ciências da Saúde pela FMUSP.

CRM: 100688

Luiz Vicente Ribeiro Ferreira da Silva Filho

Mestre e Doutor em Ciências da Saúde pela FMUSP.

CRM: 69437

As exacerbações de asma são caracterizadas por episódios de tosse, sibilância, desconforto respiratório ou dor torácica de graus variáveis. Os sintomas podem desenvolver-se de maneira aguda, em horas, ou subaguda, em mais de 24 horas ou alguns dias¹. O quadro 1 mostra as alterações encontradas no exame físico de acordo com a gravidade da crise.

QUALQUER UM DOS ITENS ABAIXO EM CRIANÇA COM ASMA GRAVE

PARADA RESPIRATÓRIA EMINENTE	Sinais clínicos: Sat O ₂ < 92% Tórax silencioso PFE/VEF ₁ < 25% predito Cianose Esforço respiratório débil Hipoventilação Fadiga Confusão mental
EXACERBAÇÃO GRAVE	Não consegue falar palavras, cansaço impede fala ou alimentação, dispnéia para falar Sat O ₂ < 92% PFE/VEF ₁ < 40% predito Pulso > 140 bpm 2-5 anos > 120 bpm > 5 anos FR > 40 ipm 2-5 anos > 30 ipm > 5 anos
EXACERBAÇÃO MODERADA	Fala frases, uso moderado de musculatura acessória e dispnéia em repouso; Sat O ₂ 92 a 94% PFE/VEF ₁ : 40% a 70% predito Pulso ≤ 140 bpm 2-5 anos ≤ 120 bpm > 5 anos FR ≤ 40 ipm 2-5 anos ≤ 30 ipm > 5 anos
EXACERBAÇÃO LEVE	Fala normal, dispnéia apenas aos exercícios PFE/VEF ₁ ≥ 70% predito Sat O ₂ > 94% Sem uso de musculatura acessória, pulso e FR normais para a idade ou levemente aumentados

OXIGÊNIO

O oxigênio pode ser administrado através de cânulas nasais em pacientes com desconforto leve, porém na maioria dos casos são necessários dispositivos de alto fluxo (máscaras tipo Venturi ou máscaras não reinalantes com reservatório). O ideal, em crianças, é manter a saturação de oxigênio em pelo menos 94%^{2,4}.

BRONCODILATADORES

Os broncodilatadores de curta duração via inalatória são fundamentais no manejo da asma aguda. A droga que apresenta o maior número de estudos na literatura é o salbutamol^{2,4}.

Os principais dispositivos utilizados para a oferta destes medicamentos são os inaladores pressurizados dosimetrados e os nebulizadores convencionais, sendo os primeiros, principalmente, quando associados a espaçadores, dispositivos mais eficazes e que permitem uso de menores doses de broncodilatadores, diminuindo a possibilidade de efeitos colaterais⁵.

Pacientes com exacerbações leves deveriam receber de 2 a 4 jatos (200 a 400 µg) de salbutamol a cada 10 a 20 minutos e crianças com crises moderadas a graves, a dose de 4 a 8 jatos 3 vezes na primeira hora, individualizando-se cada dose de acordo com a intensidade da crise e o tamanho do paciente^{2,4}. Pode-se considerar o uso de 10 jatos por aplicação em pacientes críticos². Após a primeira hora, a frequência de doses deve ser mantida conforme a necessidade.

Se não houver disponibilidade de inaladores dosimetrados, pode-se utilizar o salbutamol via nebulização convencional (0,15mg/kg, mínimo 2,5mg, por dose). Em casos muito graves, pode ser necessária a nebulização contínua⁴.

CORTICOSTEROIDES

Pacientes em crises moderadas e graves, ou com resposta inadequada ao tratamento inicial com broncodilatadores, devem receber um corticosteroide sistêmico, de preferência precocemente, sendo que formulações orais, como a prednisona ou prednisona, têm eficácia similar a de uma formulação parenteral, como a metilprednisona^{2,3,6}. Vale ressaltar que o uso de corticosteroides em lactentes e pré-escolares com infecção respiratória viral vem sendo questionado em alguns estudos, no qual não foram demonstrados benefícios^{7,8}. Em pacientes que usam corticosteroides orais regularmente, deve ser administrada uma dose suplementar⁴.

BROMETO DE IPRATRÓPIO

O uso de ipratrópio em associação a broncodilatadores de curta duração resulta em maior efeito broncodilatador do que o uso isolado de cada uma das drogas^{2,3,9}.

Em crises moderadas e graves, o uso de repetidas doses de ipratrópio está associado a menores taxas de internação hospitalar, particularmente em pacientes com obstrução grave, sendo seu efeito mais pronunciado nas duas primeiras horas¹⁰.

REAVALIAÇÕES SERIADAS

Deve-se reavaliar o paciente após as três primeiras doses de broncodilatadores e administração de corticosteroide. Em casos graves, as reavaliações podem ser necessárias a cada 30 minutos e, em situações extremas, deve-se manter monitorização contínua.

Pacientes que apresentam resposta satisfatória e mantida por 60 minutos ou mais podem receber alta. Pacientes com melhora parcial (vide figura 1) podem receber doses adicionais de broncodilatadores ou, em caso de manutenção de reposta parcial, terapêutica avançada, conforme descrito abaixo².

SULFATO DE MAGNÉSIO

O sulfato de magnésio pode resultar em menores taxas de internação em pacientes com quadro inicialmente grave, asma quase fatal ou naqueles que continuam com obstrução intensa, mesmo após a primeira hora de tratamento adequado^{3,4}.

HELIOX

A terapêutica com Heliox (mistura Hélio e oxigênio) ou a oferta de salbutamol através desta mistura pode ser benéfica em casos selecionados, principalmente naqueles que não respondem à terapêutica habitual. As proporções mais descritas

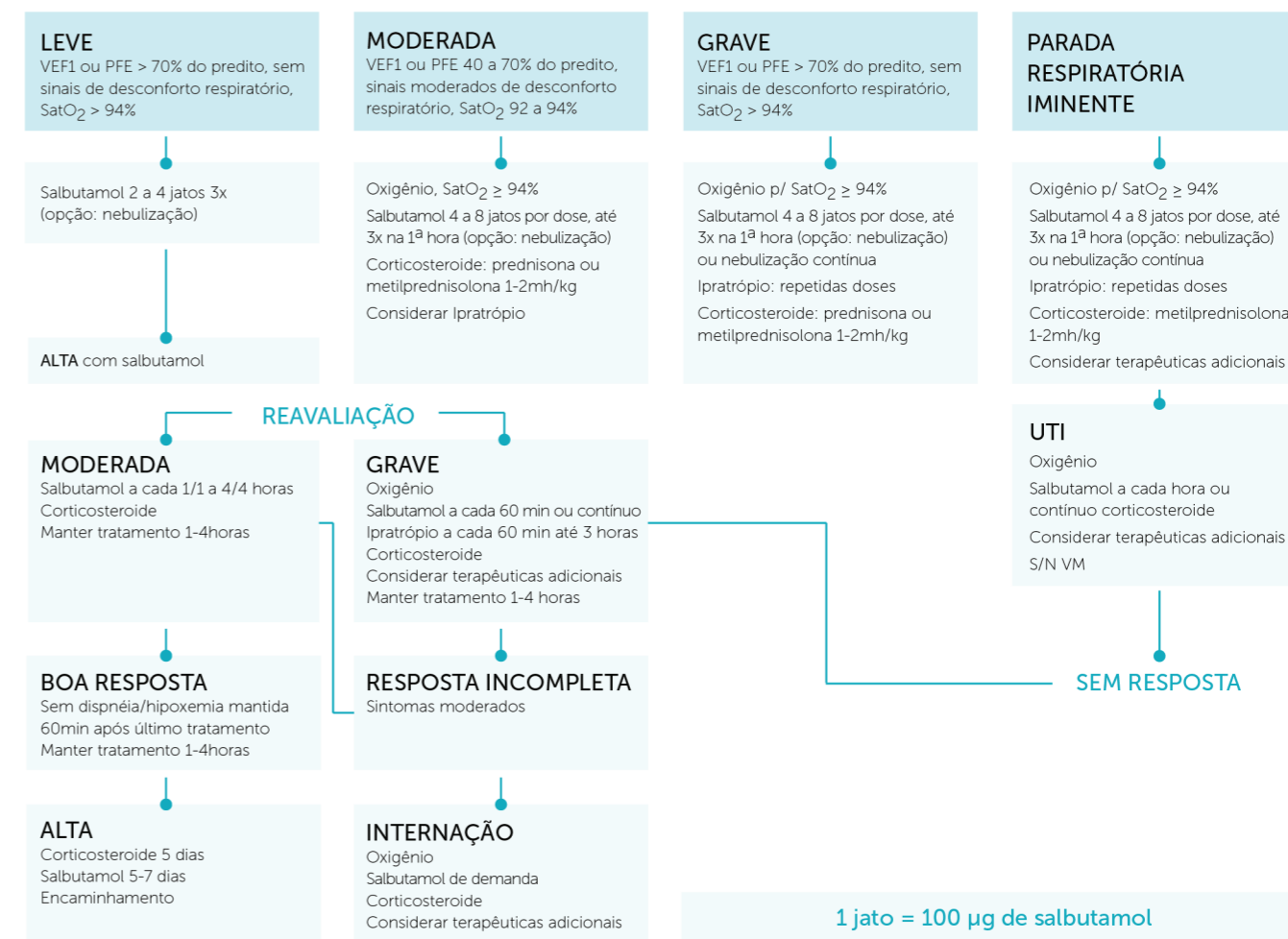


Figura 1. Fluxograma de abordagem da crise asmática

na literatura giram em torno de 80, 70 e 60% de hélio e 20, 30 e 40% de oxigênio³. A hipoxemia pode ser um limitante para a instituição desta terapêutica, visto que não se consegue atingir altas frações inspiradas de oxigênio na mistura.

BRONCODILADORES INTRAVENOSOS

Em casos graves, sem resposta à terapêutica inalatória ou com obstrução tão crítica que comprometa a inalação de broncodilatadores, pode-se lançar mão do uso intravenoso de broncodilatadores. Idealmente, em ambiente de UTI, com monitorização cardíaca e controle dos níveis séricos de glicose e eletrólitos, principalmente potássio. Não se deve suspender o broncodilatador inalatório enquanto se utiliza o intravenoso².

AMINOFILINA

Pode-se considerar o uso de aminofilina (em UTI com monitorização contínua) em pacientes (acima de dois anos) com exacerbações graves não responsivas a doses máximas de broncodilatadores e corticosteroides. Deve-se monitorar os níveis séricos desta medicação². (Figura 1).

VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA

Algumas séries de casos indicam que a ventilação não invasiva pode ser bem tolerada, não ter efeitos adversos significativos e benefícios discretos em pacientes com exacerbação de asma e insuficiência respiratória aguda¹¹.

Portanto, um teste terapêutico com ventilação não invasiva pode ser tentado, mas é preciso que o paciente seja colaborativo, com nível de consciência preservado (para minimizar o risco de aspiração de conteúdo gástrico) e a equipe, em ambiente de UTI, seja treinada¹¹.

INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL E VENTILAÇÃO MECÂNICA

Em casos de coma, depressão do nível de consciência, apneia, hipercapnia persistente e crescente ou fadiga da musculatura respiratória é necessário lançar mão da intubação orotraqueal e ventilação mecânica. Preferencialmente, deve-se dispor de equipe pediátrica experiente em ventilação de pacientes asmáticos, devido ao elevado risco de complicações decorrentes da ventilação mecânica nestes casos (barotrauma, volutrauma, hipercapnia refratária).

Recomendada-se a utilização de drogas para a sequência rápida de intubação (lembrando-se que a cetamina é uma droga que possui efeito sedativo, analgésico e broncodilatador) e, por vezes, é necessária reposição volêmica em decorrência de possível hipotensão, quando se inicia a ventilação com pressão positiva.

MEDICAÇÃO	DOSE EM CRIANÇAS	COMENTÁRIOS
SALBUTAMOL NEBULIZAÇÃO	0,15mg/kg (mínimo 2,5mg, máximo 5mg) para 3 doses a cada 20 min na primeira hora. Após: 0,15–0,3 mg/kg até 10 mg a cada 1–4 horas conforme necessário, ou 0,5 mg/kg/hora por nebulização contínua. Dose máxima: 10-15 mg/h	Diluir em 3 a 5 ml de soro fisiológico, usar fluxo de 6 a 8 L/minutos. Para nebulização contínua, utilizar nebulizadores de grande volume
SALBUTAMOL INALADOR DOSIMETRADO 100µG/JATO	4 a 8 jatos para 3 doses a cada 20 min na primeira hora. Exacerbações leves: 2 a 4 jatos. Dose máxima: 10 jatos. Após: a cada 1–4 horas conforme necessário	Utilizar espaçadores, em crianças menores de 4 anos, acoplados a máscaras faciais
SALBUTAMOL ENDOVENOSO	Ataque: 15µg/Kg em 10 min. Contínuo: Titular a partir de 0,2 µg/Kg/min, máximo 5µg/Kg/min	Monitorização cardíaca contínua, monitorar potássio e glicose a cada 12 horas
FENOTEROL GOTAS SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO (5 µG/ML)	Crianças: 0,07-0,15 mg/kg a cada 20 min, por 3 doses. Dose máxima: 5 mg (1 mL)	
FENOTEROL SPRAY INALADOR DOSIMETRADO 100 µG/JATO	Crianças: 1 jato/2-3 kg a cada 20 min, por 3 doses. Dose máxima: 10 jatos	
BROMETO DE IPRATRÓPIO (NEBULIZAÇÃO)	250 a 500* µg 3 vezes na primeira hora, podem ser utilizadas doses adicionais em até 3 horas. *500µg preferencialmente acima de 12 anos	
BROMETO DE IPRATRÓPIO (INALADOR DOSIMETRADO:18 A 20 MG POR JATO)	4 a 8* jatos 3 vezes na primeira hora, podem ser utilizadas doses adicionais em até 3 horas. *8 jatos preferencialmente acima de 12 anos	
PREDNISONA, PREDNISOLONA, PREDNISOLONA	Dose de ataque: 1 a 2 mg/Kg, máximo 60 mg. Manutenção: 1 a 2 mg/Kg/dia	
METILPREDNISOLONA	Dose de ataque: 1 a 2 mg/Kg, máximo 60 mg. Manutenção: 0,5 a 1 mg/Kg/dose, 6/6 horas máximo 60mg	
SULFATO DE MAGNÉSIO	Dose de ataque: 1 a 2 mg/Kg, máximo 60 mg. Manutenção: 0,5 a 1 mg/Kg/dose, 6/6 horas máximo 60mg	Infundir em 20 min com monitorização cardíaca e respiratória contínua, monitorar pressão arterial pelo risco de hipotensão
AMINOFILINA ENDOVENOSA	Bolus: 6-9 mg/kg. Dose Máxima: 2 g. Infusão: 0,7-0,9 mg/kg/h (ajustar de acordo com nível plasmático)	Diluição: 1 mg/mL (máximo, 25 mg/mL). Taxa de infusão máxima: 25 mg/min. Nível plasmático desejável: 8-15 µg/ml (coletado 12-24 h após o início da infusão)

Figura 1 - Medicamentos para asma^{2,4,9}

Deve-se evitar o uso de pressões elevadas e uma estratégia de ventilação interessante consiste na utilização de hipercapnia permissiva e hipoventilação controlada.

ALTA

Pacientes com melhora significativa e sustentada após ao menos uma hora da última dose de broncodilatador (VEF1 > 70% do predito, satO₂ > 94% e sem sinais de desconforto respiratório) podem receber alta. Situações intermediárias (VEF1 entre 40 a 60% ou Sat O₂ entre 92 a 94%), devem ser avaliadas individualmente. A alta pode ser considerada se o paciente apresentar condições de receber as medicações em domicílio, se demonstrar técnica inalatória adequada, confiabilidade e familiaridade do paciente e responsáveis no uso destas medicações, se houver, preferencialmente, um médico ou serviço de referência seguindo o tratamento do paciente e se não forem detectados fatores de risco para morte por asma⁴.

Pacientes que receberam corticosteroide no hospital devem receber um curso de, em média, cinco dias em ambiente domiciliar (1 mg/kg/dia de prednisolona ou prednisona, máximo 60mg/dia). A técnica inalatória e a disponibilidade dos dispositivos deve ser avaliada.

Aqueles que não preenchem os critérios acima descritos devem ser internados e, no caso da manutenção de sinais e sintomas de exacerbação grave, deve-se optar por internação em unidade de terapia intensiva.

FATORES DE RISCO PARA MORTE POR ASMA⁴

- Exacerbações graves prévias (internação em UTI, necessidade de intubação orotraqueal);
- Duas ou mais hospitalizações por asma no último ano;
- Três ou mais visitas a serviço de emergência por asma no último ano;
- Internação por asma no último mês;
- Uso de mais de 2 frascos (inalador dosimetrado) de salbutamol no último mês;
- Má percepção própria dos sintomas da crise ou da gravidade da exacerbação;
- Baixo nível sócio econômico ou problemas psicossociais;
- Comorbidades cardiovasculares, pulmonares ou psiquiátricas;

REFERÊNCIAS:

- Papadopoulos NG, Arakawa H, Carlsen KH, Custovic A, Gern J, Lemanske R, et al. International consensus on (ICON) pediatric asthma. *Allergy* 2012 Aug;67(8):976-97.
- British Thoracic Society. British guidelines on the management of asthma. 2012. Ref Type: Generic.
- Global Initiative for Asthma. Global strategy for asthma management and prevention. 2013. Ref Type: Generic.
- Camargo CA, Jr., Rachelefsky G, Schatz M. Managing asthma exacerbations in the emergency department: summary of the National Asthma Education and Prevention Program Expert Panel Report 3 guidelines for the management of asthma exacerbations. *J Emerg Med* 2009 Aug;37(2 Suppl):S6-S17.
- Cates CJ, Crilly JA, Rowe BH. Holding chambers (spacers) versus nebulisers for beta-agonist treatment of acute asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(2):CD000052.
- Rowe BH, Spooner C, Ducharme FM, Bretzlaff JA, Bota GW. Early emergency department treatment of acute asthma with systemic corticosteroids. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(1):CD002178.
- Jartti T, Lehtinen P, Vanto T, Vuorinen T, Hartiala J, Hiekkänen H, et al. Efficacy of prednisolone in children hospitalized for recurrent wheezing. *Pediatr Allergy Immunol* 2007 Jun;18(4):326-34.
- Panickar J, Lakhanpaul M, Lambert PC, Kenia P, Stephenson T, Smyth A, et al. Oral prednisolone for preschool children with acute virus-induced wheezing. *N Engl J Med* 2009 Jan 22;360(4):329-38.
- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia para o Manejo da Asma - 2012. *J Bras Pneumol* 2012;38 Suppl 1:S1-S46.
- Rodrigo GJ, Castro-Rodriguez JA. Anticholinergics in the treatment of children and adults with acute asthma: a systematic review with meta-analysis. *Thorax* 2005 Sep;60(9):740-6.
- Nowak R, Corbridge T, Brenner B. Noninvasive ventilation. *Proc Am Thorac Soc* 2009 Aug 1;6(4):367-70.

Campanha da Sociedade de Pediatria de São Paulo contra a Síndrome Alcoólica Fetal

Nenhuma quantidade de álcool é considerada segura para ingestão durante qualquer trimestre da gravidez.

**PARTICIPE
DIVULGUE
APOIE!**

Diga não à SAF e apoie uma gravidez sem álcool! Participe da campanha, divulgue nas redes sociais!

Use a hashtag #gravidezsemalcool



#gravidezsemalcool
EU APOIO!

ANEMIA FERROPRIVA

A anemia ferropriva constitui uma das carências nutricionais mais frequentes, globalmente, e é a mais comum de todas as anemias na infância. A maior prevalência na faixa etária pediátrica deve-se a fatores tais como: elevada velocidade de crescimento nos dois primeiros anos de vida e na adolescência, que demanda maiores necessidades do mineral, poucas reservas ao nascimento como ocorre nos prematuros, alta morbidade, perdas sanguíneas crônicas e dietas pobres em ferro de boa biodisponibilidade.

Na dieta, o ferro encontra-se sob duas formas: heme, de elevada biodisponibilidade, presente nas carnes e vísceras, e não heme, encontrado principalmente nos alimentos de origem vegetal. A absorção do ferro não heme é influenciada por componentes da dieta como fitatos, oxalatos, taninos e cálcio que diminuem a absorção, e as carnes e a vitamina C que facilitam a absorção.

A instalação da anemia ocorre de forma gradual. Os sinais e sintomas da anemia ferropriva são, em grande parte, inespecíficos, como anorexia, fadiga, irritabilidade e maior suscetibilidade às infecções. A palidez cutâneo-mucosa tem valor limitado no diagnóstico precoce da deficiência e atraso no crescimento é de apresentação posterior. A anemia também pode se associar a atrasos do desenvolvimento cognitivo. Devido à limitação do exame físico para o diagnóstico, uma boa anamnese é essencial, com inquérito alimentar, complementada por

exames laboratoriais. Os pontos de corte da hemoglobina (g/dL) preconizados pela OMS para o diagnóstico de anemia são: 6 a 59 meses – 11,0; 5 a 11 anos – 11,5; 12 a 14 anos – 12,0; acima de 15 anos: mulheres – 12,0 e homens – 13,0.

O tratamento deve ser realizado por via oral na dose de 3-5mg de ferro elementar/kg/dia, por tempo suficiente para normalizar a Hb e restaurar os estoques de ferro. Compostos como sais ferrosos, ferro polimaltosado, quelato de ferro e ferro carbonila podem ser utilizados com bons resultados. Em pacientes com anemia ferropriva confirmada, o fracasso no tratamento, geralmente, acontece quando ocorrem falhas na prescrição ou na administração, quando a duração do tratamento é insuficiente e em casos de má absorção.

A prevenção baseia-se na educação nutricional, na fortificação alimentar e na suplementação medicamentosa de ferro (1 mg de ferro elementar/kg/dia) a partir da introdução da alimentação complementar até os dois anos de idade para as crianças em aleitamento materno, nascidas a termo e com peso AIG. Crianças nascidas a termo com peso AIG, que fazem uso de fórmulas enriquecidas com ferro e que ingerem um volume adequado diariamente, não necessitam de profilaxia.

Teresa Negreira Navarro Barbosa

Pediatra Nutróloga, Doutora em Medicina e Mestre em Pediatria pela UNIFESP/EPM.

Prof. Dr. Mauro Fisberg

Coordenador do Centro de Nutrologia e Dificuldades Alimentares - Instituto Pensi - Fundação José Luiz Setubal - Hosp. Infantil Sabará

OBESIDADE NA INFÂNCIA

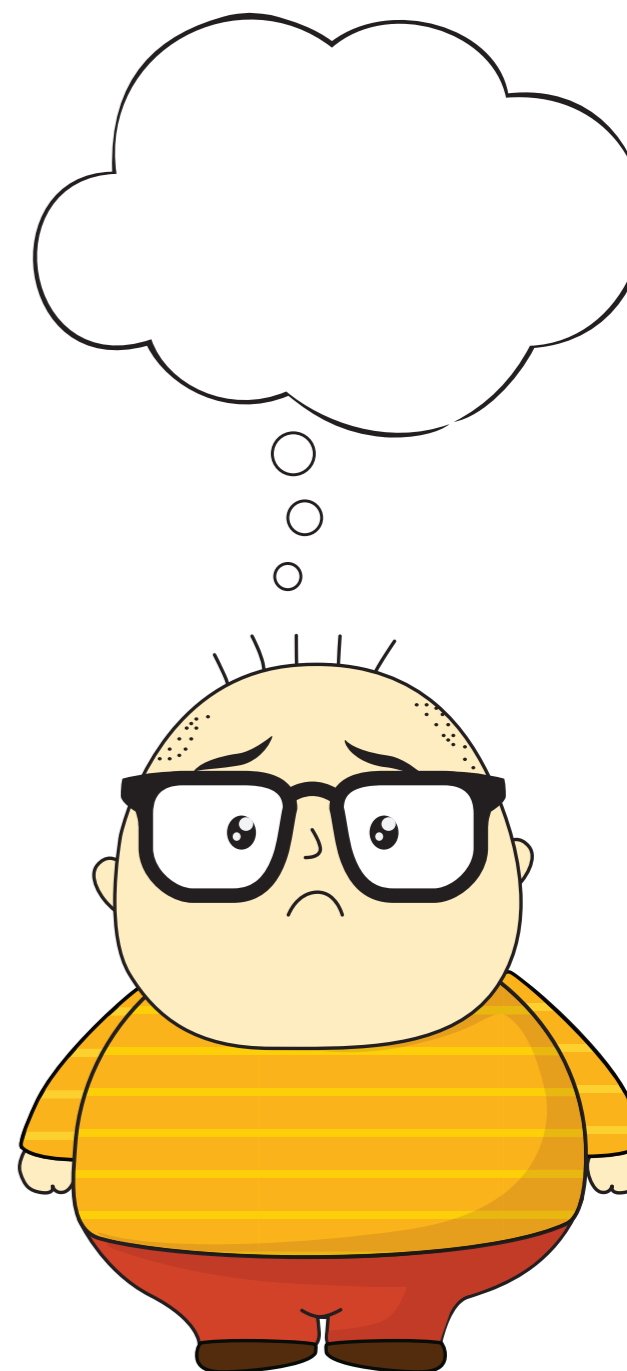
Aspectos Psicológicos

A obesidade exógena na infância tem etiologia multifatorial. Ao ser diagnosticada, alguns aspectos psicológicos merecem ser observados pelo pediatra, pois podem contribuir para a instalação e manutenção da obesidade.

Mesmo antes do nascimento, uma criança já é sonhada pelos seus pais e familiares e carrega as expectativas e os anseios destes. Tal vínculo deixa uma marca no bebê, inaugurando a maneira como ele irá se relacionar com suas necessidades e emoções. Nessa relação, que ocorre com a mãe ou o principal cuidador, o bebê irá aprender a aplacar sua angústia e obter conforto. Ao amamentar, a mãe não está apenas atendendo uma necessidade fisiológica, mas também estabelecendo um primeiro modelo de relação afetiva, sanando concomitantemente duas necessidades fundamentais: a fome e o amor. Esse elo, tão carregado de emoções positivas, não escapa de aspectos negativos, dentre os quais a ansiedade da mãe, suas tristezas e seu cansaço. Estas vivências escapam da capacidade de controle da mãe e também permeiam o ato de amamentar e futuramente as relações com a alimentação.

Nos casos de obesidade, a observação do vínculo entre mãe e filho pode fornecer ao pediatra alguns indícios importantes a respeito das dificuldades que a criança enfrenta com a alimentação. Observar e questionar, caso o pediatra não tenha acompanhado a criança desde o início de sua vida, como foi a gravidez, o período de amamentação e de introdução dos alimentos complementares.

Estas questões podem fornecer indícios de ansiedade na relação e abrir uma possibilidade de diálogo durante a consulta. Também é interessante o pediatra observar a interação entre a dupla mãe e criança, especialmente a maneira como a mãe fala a respeito do quadro de obesidade do filho, se na visão dela a obesidade é fruto apenas de um hábito ruim do filho e, portanto, responsabilidade única e exclusiva dele ou se ela e outros cuidadores e familiares se incluem no discurso. Essa observação é fundamental, pois, assim como o quadro de obesidade sofre influência da família em sua instalação, a forma como os cuidadores da criança encaram um futuro tratamento também será importante para o sucesso no processo de controle do peso. Ou-



tro aspecto psicológico que também merece ser observado pelo pediatra está relacionado aos prejuízos psicossociais gerados pela obesidade. O preconceito das demais crianças pode levar o paciente ao isolamento social, comportamento que contribui em muitos casos para o ato de comer como forma de aplacar a angústia e que resulta em um ciclo vicioso, agravando o excesso de peso.

Flávia Schimith Escrivão

Psicanalista e Especialista em Psicologia Clínica

Caro leitor, assine a Revista Paulista de Pediatria

Se você ainda prefere a leitura do impresso ao digital, agora pode ter a Revista Paulista de Pediatria em suas mãos.



Assine*! Saiba mais: www.rpped.com.br/pt/impresos/

*Os exemplares para assinatura são limitados, mas os artigos estão disponíveis gratuitamente no site: www.rpped.com.br

DESREGULADORES ENDÓCRINOS

Cristiane Kochi

Médica Assistente do Hospital Infantil Darcy Vargas

Desreguladores endócrinos são substâncias naturais ou sintéticas que estão no meio ambiente e que agem no sistema endócrino por mecanismos diferentes. Essas substâncias se acumulam no meio ambiente e entram no nosso organismo através do ar, da água e de embalagens que acondicionam alimentos e outros produtos usados no trabalho e em casa. Além disso, os desreguladores podem ter passagem pela placenta e pelo leite materno.

Os mecanismos pelos quais os desreguladores atuam incluem: ligação a determinados receptores hormonais, ação direta em vias de sinalização celular ou no sistema neuroendócrino, supressão da síntese hormonal ou através de efeitos tóxicos em alguns órgãos.

Alguns exemplos de desreguladores: fitoestrógenos (são o exemplo mais conhecido de desregulador endócrino natural, e são relativamente fracos quando comparados com o estrógeno produzido pelo nosso organismo), alguns pesticidas, ftalatos, metais pesados (arsênio, cádmio, mercúrio), medicamentos, bisfenol A, alguns produtos de beleza.

Além de altas concentrações, provavelmente o tempo de exposição a essas substâncias também é importante para de-

terminar um efeito deletério no nosso organismo. Esses efeitos deletérios foram encontrados em estudos animais, após a exposição a essas substâncias. Em humanos, há apenas estudos de associação, mostrando a associação entre a exposição a alguns desreguladores e alterações no sistema reprodutivo, na glândula tireoide, entre outros.

A idade em que ocorre a exposição também é um fator importante, ressaltando a infância e o período de gestação.

O bisfenol A (BPA) é uma substância presente no plástico policarbonato e resina epóxi e está associado a alterações no nosso sistema reprodutivo, risco maior de obesidade, etc. Recentemente, a ANVISA proibiu no nosso país o uso de mameiras com BPA, importante ação para reduzir a exposição de bebês a essa substância.

Várias sociedades médicas no mundo têm utilizado o princípio da precaução em relação aos desreguladores, ou seja, há uma preocupação com relação a potenciais efeitos deletérios em nosso organismo, mas ainda sem comprovação científica. Portanto, é importante tentar reduzir a exposição a essas substâncias, especialmente de gestantes e crianças.

Reumatologia |

DOR MUSCULOESQUELÉTICO E CÂNCER¹

A dor óssea é uma queixa muito frequente e pode estar associada a trauma, atividade física e também neoplasias, por infiltração leucêmica ou tumores ósseos. Dor persistente, localizada, desproporcional e com despertar noturno sugerem neoplasias. Devemos lembrar que manifestações sistêmicas e alterações laboratoriais podem não estar presentes no início do quadro.

ATENÇÃO: a prescrição de corticosteroide só deve ocorrer após a exclusão de neoplasias e o diagnóstico preciso de patologia reumática.



Foto: Phot

*Texto enviado pelo Departamento Científico de Reumatologia da SPSP.



Acesse:

www.rpped.com.br

- ! Versão Português e Inglês
- ! Artigos no prelo e versão final
- ! Ferramenta de busca otimizada
- ! Submissão de artigos
- ! Instruções aos autores

