



EDITORIAL

O MARCO DA PRIMEIRA INFÂNCIA, A ÉTICA E A VALORIZAÇÃO DO PEDIATRA E A POLÍTICA

Caros colegas associados da SOPERJ,

Em março deste ano o MARCO DA PRIMEIRA INFÂNCIA completou dois anos. Trata-se da Lei federal número 13.257, de 08 de março de 2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância, e altera algumas leis como o ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, o Código do Processo Penal e a CLT, em prol das crianças com menos de seis anos de idade.

No campo da saúde, esta lei visa a reduzir as desigualdades no acesso aos bens e serviços que atendam aos direitos da criança na primeira infância; preconiza o atendimento integral e integrado para esta faixa etária; prioriza a educação infantil em suas diversas vertentes, como o brincar e o lazer, o espaço e o meio ambiente, a proteção contra toda forma de violência e pressão consumista e a prevenção de acidentes; propõe um instrumento individual de registro unificado de dados do crescimento e desenvolvimento da criança; prioriza crianças em situação de vulnerabilidade e de risco; garante orientação sobre aleitamento materno, alimentação complementar, crescimento e desenvolvimento, prevenção de acidentes e violência, dentre outras, às gestantes e famílias com crianças na primeira infância; assegura atenção à gravidez, ao parto e ao puerpério; incumbe ao poder público fornecer gratuitamente medicamentos, órteses e próteses; garante máxima prioridade ao atendimento a crianças desta faixa etária com suspeita ou confirmação de violência; institui o Programa Empresa Cidadã, que prorroga por 60 dias a licença ma-

ternidade, e por 15 dias a licença paternidade.

O parágrafo anterior resume bastante O MARCO DA PRIMEIRA INFÂNCIA. A lei visa, em última análise, ao desenvolvimento integral da criança, foco principal da atenção pediátrica.

O médico, em especial o pediatra, se forma no SUS, e a vertente social é muito forte na sua formação. Também na história da SBP isto fica evidente. Nossa Sociedade foi fundada em 1910, num prédio que existe até hoje, o Solar, que fica do lado do Centro de Convenções SulAmérica. Neste local havia sido construída a Policlínica das Crianças, tendo a localização sido escolhida pelo pediatra Moncorvo Filho por existirem na região muitas fábricas onde as mães que tinham filhos pequenos trabalhavam. Na época, as pessoas moravam perto das fábricas. Os primeiros pediatras achavam que estavam salvando as crianças do Brasil.

Atualmente os problemas que se apresentam são outros, tão complexos quanto os do início do século XX, mas diferentes. As ações dos pediatras são pequenas, mas relevantes.

Como estão as crianças? Dr. Reinaldo, em 2016, no 18º Fórum da Academia Brasileira de Pediatria – “As transformações da família e da sociedade e seu impacto na infância e juventude”, que aconteceu no mesmo Solar onde foi fundada a SBP, traçou um paralelo entre a Favela da Maré da década de 1970 e a atual. “As moradias eram palafitas, hoje são de alvenaria, atualmente existem escolas, vila olímpica, clínica da família. As crianças caíam na água, a miséria era grande, e os médicos não tinham medo de trabalhar lá. Hoje, existem tanques de

guerra nas ruas, no jornal, notícias de crianças atingidas por tiro, tiroteio de semanas de duração. Como resolver?”

Pensamos que a resposta seja com união. União dos diversos setores da sociedade. E participação na política.

A SOPERJ, associação de classe sem fins lucrativos, tem, dentre seus objetivos principais, manter o compromisso com a preservação da vida, do bem-estar e da saúde da criança e do adolescente, em consonância com o Estatuto da Criança e do Adolescente; estudar e promover pesquisas relativas à saúde, ao desenvolvimento somato-psíquico da criança e do adolescente e ao seu bem-estar social; melhorar o nível da assistência à infância e adolescência através da divulgação de conhecimentos da especialidade; colaborar na organização de serviços de pediatria e puericultura e na elaboração de leis ou regulamentos que digam respeito à criança e ao adolescente, mantendo permanente intercâmbio com entidades interessadas, públicas ou privadas, governamentais ou não; participar ativamente de campanhas visando à proteção da criança e do adolescente sob todos os aspectos. Estes e outros objetivos de nossa filiada constam de nosso Estatuto.

Neste sentido, nossa Sociedade, em consonância com a SBP, tem promovido ações nos sete eixos estratégicos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), que são: atenção humanizada perinatal e ao recém-nascido; aleitamento materno e alimentação complementar; desenvolvimento integral da primeira infância; crianças com agravos prevalentes e doenças crônicas; prevenção de

acidentes, violências e promoção da cultura da paz; crianças com deficiências ou em situações de vulnerabilidades e prevenção do óbito infantil. Recentemente, em 21 de setembro de 2017, foi publicada a portaria número 2.435, também versando no tema.

Dentre estas ações, destacamos a parceria recentemente estabelecida com a Secretaria Estadual de Saúde para o treinamento das equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) em Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) Neonatal. Outro destaque é a participação em fóruns como a Comissão de Acompanhamento da Situação das Cirurgias Cardíacas no Estado do Rio de Janeiro; no III Seminário Maternidade, Uso de Drogas e Convivência Familiar promovido pelo Fórum Permanente correlato, no qual a SOPERJ tem assento; no III Fórum de Pediatria do CFM – O Papel do Pediatra na Prevenção da Violência contra Crianças e Adolescentes; na parceria com o Instituto Desiderata, que trata do diagnóstico precoce do câncer infantil; no III Encontro Internacional sobre o Uso de Tecnologias da Informação por Crianças e Adolescentes, em parceria com ESSE Mundo Digital, que trata de ética, segurança, saúde e educação na era digital; na Rede não Bata Eduque.

A SOPERJ também tem contribuído com estratégias importantes em prol da criança, como as campanhas conjuntas com a SBP, o CFM, o CREMERJ, a AMB, a exemplo da Campanha Crianças Desaparecidas; Campanha contra o Trabalho Escravo; Campanha Gravidez sem Álcool.

Tanta lei, tantos fóruns, tanta campanha, refletem uma realidade – a situação da saúde de nossas crianças não é boa. Instalou-se um caos na saúde pública, conseqüente da má gestão do SUS no Brasil e em nosso Estado. Alguns exemplos se seguem: a saúde perdeu, no Brasil,

R\$ 15,9 bilhões para a corrupção, segundo matéria do Jornal Medicina do CFM de abril de 2016; nos últimos anos, houve diminuição de 10 mil leitos pediátricos no País; no Estado do Rio de Janeiro, no mesmo período, 800 leitos de internação em pediatria clínica foram desativados na rede pública de saúde; na capital foram 350 leitos, sendo 115 públicos e 235 na saúde privada/suplementar; um estudo do CREMERJ publicado no Jornal do CREMERJ em agosto de 2017 aponta que 27% das unidades da rede pública da Baixada Fluminense foram fechadas; faltam leitos de CTI pediátrico; as emergências pediátricas enfrentam grave falta de médicos; faltam recursos em maternidades.

O estrangulamento das unidades do SUS, incluindo centros de referência como hospitais universitários, e a transferência dos cuidados para a saúde suplementar, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e as Organizações Sociais (OSs) tem contribuído para a precarização do SUS e das condições de trabalho dos médicos e demais profissionais de saúde, que não são mais, em grande parte, estatutários. As equipes de saúde são flutuantes, gerando conseqüências graves na assistência.

A violência urbana tem deixado marcas impactantes. Um exemplo é o Hospital da Posse, que apresentou aumento de 60% no atendimento a baleados em 2017. E esta violência atinge a todos. Agressões a médicos, bebê baleado na barriga da mãe, bebê nascido de cesárea de urgência de mãe baleada na cabeça...

Um ponto que defendemos sempre é a presença dos pediatras no matriciamento nas equipes de ESF. Não pode haver atenção primária à criança sem pediatra! Alguns exemplos da situação grave da saúde de nossas crianças são as conseqüências da epidemia de zika em 2015; a alta prevalência da sífilis congênita na Baixada Fluminense; a retirada do teste

do pezinho do Instituto Estadual de Diabetes e Endocrinologia e transferência para a APAE em 2017, deixando de realizar 104 mil exames entre agosto de 2017 e janeiro de 2018...

No 38º Congresso Brasileiro de Pediatria, em Fortaleza, foi publicada a CARTA DE FORTALEZA – EU PEDIATRA CUIDANDO DO FUTURO DO BRASIL, e o MANIFESTO EM DEFESA DAS CRIANÇAS E DOS ADOLESCENTES. Nosso XIII CONSOPERJ, em outubro deste ano, terá como tema principal O PEDIATRA E A FAMÍLIA.

Tudo isso para dizer que temos que fazer valer os direitos das crianças, o pediatra é também o advogado das crianças! E isso passa pela ética e a valorização de nossa categoria. Passa por fazer política. Política - esta palavra que se tornou tão maltratada... Quando política é tudo que se relaciona a *polis* – cidade-estado na antiguidade – sociedade, comunidade, coletividade, e que permite que cada indivíduo expresse suas diferenças e seus conflitos sem que isso se transforme em caos social. Organizar, dirigir, administrar o espaço público, compatibilizando interesses...

Mãos à obra, colegas, temos que participar! Sair de nossa zona de conforto, que está cada vez menor... Participar da política. Que tal começar pela SOPERJ? Nosso Grupo de Trabalho de Ética e Valorização Profissional está sempre de portas abertas para novos componentes. No XIII CONSOPERJ teremos o Fórum de Ética e Valorização Profissional, para o qual estão todos convidados! Atenção, não participar também é uma posição política... Platão já dizia: “o castigo dos bons que não fazem política é serem governados pelos maus.”

Isabel Rey Madeira

Presidente da SOPERJ
Triênio 2016-2018

Boletim SOPERJ

Filiada à Sociedade Brasileira de Pediatria – Volume XXI - Nº 1 - abril 2018



SOPERJ
Sociedade de Pediatria do
Estado do Rio de Janeiro

DIRETORIA DA SOPERJ

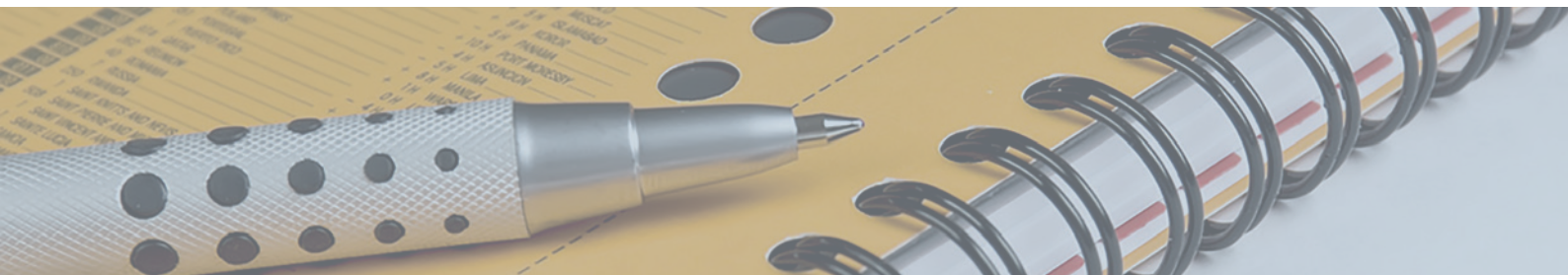
TRIÊNIO 2016-2018

Presidente: *Isabel Rey Madeira*; Vice-Presidente: *Anna Tereza Miranda Soares de Moura*; Secretário Geral: *Maria Marta Regal de Lima Tortori*; 1º Secretário: *Claudio Hoinoff*; 2º Secretário: *Joel Conceição Bressa da Cunha*; 1º Tesoureiro: *Márcia Fernanda da Costa Carvalho*; 2º Tesoureiro: *Leda Amar de Aquino*;
Diretor de Cursos e Eventos: *Katía Telles Nogueira*; Diretor Adjunto de Cursos e Eventos: *Maria de Fátima Monteiro Pereira Leite*; Diretor de Publicação: *Adriana Rocha Brito*; Diretor de Ética e Valorização Profissional: *Maria Nazareth Ramos Silva*;
Diretor Adjunto de Ética e Valorização Profissional: *Ana Rosa Castellões dos Santos*;
Diretor de Relacionamento com Associados: *Silvio da Rocha Carvalho*; Diretor Adjunto de Relacionamento com Associados: *Fernanda Lopes Pércopo*; Secretária de Relacionamento com Associados: *Aline Masiero Fernandes*; Coordenador de Comitês

Científicos: *Celise Regina Alves da Motta Meneses*; Comissão de Sindicância: *Naum Podkameni, Maria Tereza Fonseca da Costa, Raimunda Izabel Pirá Mendes*; Coordenador do Curso de Atualização em Pediatria (CAP): *Denise Garcia de Freitas Machado e Silva*; Coordenador Adjunto do Curso de Atualização em Pediatria (CAP): *Flavio Lucio Paranhos Marçal*; Conselho Fiscal: *Edson Ferreira Liberal, Maria de Fátima Goulart Coutinho, Sheila Muniz Tavares, Hélcio Villaça Simões, Ricardo do Rego Barros*; Conselho Consultivo: *Edson Ferreira Liberal, Maria de Fátima Goulart Coutinho, Marilene Augusta Rocha Crispino Santos, Sidnei Ferreira, Maria Tereza Fonseca da Costa*; Coordenação do Curso Pediatric Advanced Life Support (PALS): *Regina Coeli de Azeredo Cardoso e Débora Santos de Oliveira*; Coordenação do Curso de Reanimação Neonatal: *José Dias Rego e Giselda de Carvalho da Silva*; Diretoria de Coordenação das Regionais: *Paulo César Guimarães e Luiz Ildegardes Alves de Alencar*.

PRESIDENTES REGIONAIS – Regional Norte Fluminense: *Sylvia Regina de Souza Moraes*; Regional Lagos: *Denise Garcia de Freitas Machado e Silva*; Regional Médio Paraíba: *Luciano Rodrigues Costa e Carla Fernandes Motta* (Vice-Presidente); Regional Sul Fluminense: *Luciano Rodrigues Costa e Carla Fernandes Motta* (Vice-Presidente); Regional Baixada Fluminense: *Marcia Ramos Madella*; Regional Zona Oeste: *Paulo Sergio da Silva Branco*; Regional Leste Fluminense: *Aurea Lucia Alves de A. Grippa de Souza*; Regional Serra: *Felipe Machado Moliterno*. Assessor Científico site da SOPERJ: *Eduardo de Macedo Soares*

Redação: **DB Press**: Rua Marquesa de Santos, 5/702 – 22221-070 - Rio de Janeiro - RJ, Tel: (21) 9959.7375; **Jornalista Responsável**: Debora Meth (16745/76/117 - MTb); Diagramação: DC Press (21) 2205-0707; Impressão: Reproarte



► **X SIMEP**

Data: 27 e 28 de julho

Local: Windsor Flórida Hotel –
Rua Ferreira Viana, 81 – Flamengo

Informações e inscrições: (21) 2531-3313
www.soperj.org.br

► **XIII CONSOPERJ**

Data: 09 a 11 de outubro

Local: Centro de Convenções SulAmérica

Informações: (41) 3022-1247 e (21) 2531-3313
www.consoperj2018.com.br

► **PALS**

Datas: 25 e 26 de maio
24 e 25 de agosto
28 e 29 de setembro
26 e 27 de outubro
23 e 24 de novembro

Local: Sede da SOPERJ

Informações: (21) 2531-3313
inscrições: www.soperj.org.br

► **CAP**

Datas: 1º semestre: 26/05
2º semestre 28/07
25/08
29/09
27/10

Local: CREMERJ

Informações e inscrições: (21) 3184-7136
Fax. (21) 3184-7138
www.cremerj.org.br
seccat@crm-rj.gov.br

► **Seminário Residência em pediatria em 3 anos**

Data: 04 de maio

Horário: 8:30h

Local: Sede da SOPERJ

Informações: (21) 2531-3313 www.soperj.org.br

► **Encontro de atualização em Oncohematologia Pediátrica**

Data: 19 de maio

Local: Auditório do Hospital da Unimed
Av. dos Metalúrgicos, 2500
Jardim Belvedere – Volta Redonda - RJ

Informações: (21) 2531-3313

Inscrições: www.soperj.org.br

► **Jornada Prática de Emergência de Terapia Intensiva Pediátrica**

Data: 08 de junho

Local: Windsor Flórida Hotel

Informações e inscrições: (21) 2531-3313
www.soperj.org.br

► **II Jornada sobre Paralisia Cerebral CREMERJ / SOPERJ 2018**

Data: 15 de junho

Local: Auditório Júlio Sanderson - CREMERJ
Praia de Botafogo, 228 – Botafogo - RJ

Informações e inscrições: (21) 3184-7136
Fax. (21) 3184-7138
www.cremerj.org.br
seccat@crm-rj.gov.br

► **Prova de Títulos de Especialista em Pediatria**

Data: 16 de junho

Horário: 13 às 17h

Local: Universidade Estácio de Sá
Campus João Uchoa

Informações: 2531-3313

► **Discussindo Endocrinologia Pediátrica – “Transtornos Alimentares”**

Data: 10 de novembro

Local: Windsor Flórida Hotel

Informações e inscrições: (21) 2531-3313
www.soperj.org.br

► **Jornada de Pneumologia Pediátrica**

Data: 30/11 a 01/12

Local: CREMERJ

Informações e inscrições: (21) 3184-7136
Fax. (21) 3184-7138
www.cremerj.org.br
seccat@crm-rj.gov.br

CONSOPERJ
XIII CONGRESSO DE PEDIATRIA
DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Tema central: O Pediatra e a Família

9 a 11 de outubro de 2018

Inscrições: www.consoperj2018.com.br

EPILEPSIA

A necessidade de conscientização e o combate ao preconceito

O *Purple Day* - Dia Mundial de Conscientização da Epilepsia - é celebrado anualmente no dia 26 de março, quando se busca ressaltar a importância de informar a sociedade, e assim aumentar a consciência, a respeito da doença e combater o preconceito associado à epilepsia.

O pediatra frequentemente é o médico que acolhe a criança com história de crise epiléptica, ou mesmo em vigência de um episódio agudo. Portanto, é essencial conhecer suas diversas formas de apresentação para o manejo adequado da situação.

A crise epiléptica caracteriza-se por descargas elétricas excessivas de neurônios que provocam sinais e/ou sintomas súbitos, como perda ou alteração da consciência, atividade motora anormal, sintomas sensoriais, sensitivos, disfunção autonômica e alterações do comportamento.

Define-se epilepsia pela presença de duas ou mais crises epilépticas não provocadas recorrentes que não estejam relacionadas a um insulto agudo do sistema nervoso; ou após a primeira crise epiléptica, quando o risco de recorrência é considerado muito alto, por exemplo, quando um paciente tem uma única crise mais de um mês após um acidente vascular encefálico. Várias síndromes epilépticas têm seu início na infância.

As crises se expressam de diferentes formas:

» Crises focais

- Crises focais com consciência preservada: podem provocar alterações visuais, percepções auditivas alteradas, movimentos clônicos ou tônicos de um lado do corpo e alterações na sensibilidade, como parestesias e dor. Algumas crianças apresentam crises versivas, caracterizadas pela rotação da cabeça e olhos para um lado. A criança mantém a consciência preservada durante todo o episódio;
- Crises focais com consciência comprometida, antigamente chamadas de parciais complexas: há alteração da consciência, podendo até dar a impressão que a criança está alerta, mas sem conseguir se controlar, fazendo movimentos de forma automática, que podem se manifestar como movi-

mentos de mastigação, andar sem rumo ou ainda falar de modo incompreensível ou até atos mais complexos destituídos de contexto. Ao término da crise, o paciente não se lembra do que aconteceu.

» Crises generalizadas – caracterizadas por perda da consciência, sem recordação do episódio.

- Crise tônico-clônica generalizada: consiste em contrações musculares mantidas (tônicas) em todo o corpo, seguida de contrações alternadas por um breve relaxamento, rítmicas e repetitivas (clônicas). A criança vira os olhos e pode apresentar manifestações autonômicas, como salivação excessiva, respiração ofegante e liberação de esfíncteres. Algumas crianças apresentam apenas crise tônica, sem o componente clônico e vice-versa.
- Crises atônicas: manifestadas por quedas, e o corpo encontra-se amolecido.
- Crises mioclônicas: há contrações rápidas de um ou vários grupos musculares, semelhantes a “choques”.
- Crise de ausência: tipicamente representada pela perda de contato com o meio. A criança fica com o olhar fixo associado à piscamentos e automatismos orais ou manuais, com duração de até 30 s.

Alguns pacientes inicialmente apresentam uma crise focal com generalização secundária.

O diagnóstico da epilepsia é clínico. Na anamnese procura-se obter uma descrição detalhada do evento, incluindo informações sobre os períodos pré e pós-ictal, com o objetivo de se classificar o tipo de crise. É crucial a exclusão dos episódios paroxísticos não epilépticos, p. ex., crises de perda de fôlego, síncope, a síndrome de Sandifer, distúrbios do sono, do movimento e as pseudocrises. Exames complementares, como o eletroencefalograma e exames de imagem, são realizados para a investigação da etiologia e a localização do foco epiléptico, com o intuito de classificar do tipo de epilepsia.

Um primeiro episódio afebril deve ser investigado, em especial na presença exame neurológico alterado. É possível que esta primeira crise seja o início de um quadro de epilepsia e este paciente deverá ser encaminhado para acompanhamento na neurologia infantil.

ORIENTAÇÕES PARA A FAMÍLIA

Para quem as presencia, em geral, as crises são eventos assustadores, especialmente para os pais. É fundamental que os responsáveis sejam informados sobre a possibilidade de recorrência do episódio e sobre os cuidados imediatos ao indivíduo em crise.

Recomenda-se aos pais que mantenham a calma e deem a criança em decúbito lateral, virando a cabeça para o lado de modo que a saliva ou vômito escorra da boca, prevenindo aspiração. Oferece-se alguma proteção à cabeça afrouxa-se a roupa, especialmente em volta do pescoço. Em hipótese nenhuma se deve introduzir a mão ou qualquer objeto na boca da criança, tampouco oferecer líquidos ou medicamentos pela boca.

É essencial solicitar aos pais que observem o que acontece durante o episódio (se possível filmar a crise, pois será útil para o reconhecimento do tipo de crise ou distinção entre episódios epilépticos e não epilépticos). Caso a crise não cesse em até 5 minutos, a criança deve ser levada para atendimento em um serviço de emergência, onde ela receberá medicação intravenosa com o objetivo de cessar a crise e evitar o estado de mal epiléptico, condição que ameaça a vida.

Que sejamos sempre agentes efetivos da conscientização da epilepsia na sociedade, na capacitação para o manejo diante de uma criança apresentando crise epiléptica e na luta contra o seu preconceito!

Referências Bibliográficas:

- Fisher RS, Cross JH, D’Souza C, French JA, Haut SR, Higurashi N et al. Instruction manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *Epilepsia* 2017;58(4):531-42.
- Wilmshurst JM, Gaillard WD, Vinayan KP, Tsuchida TN, Plouin P, Van Bogaert P et al. Summary of recommendations for the management of infantile seizures: Task Force Report for the ILAE Commission of Pediatrics. *Epilepsia* 2015;56(8):1185-97.
- Fisher RS, Acevedo C, Arzimanoglou A, Bogacz A, Cross H, Elger CE et al. A practical clinical definition of epilepsy. *Epilepsia* 2014;55(4):475-82.
- Agarwal M, Fox SM. Pediatric seizures. *Emerg Med Clin North Am* 2013;31(3):733-54.

DISFORIA DE GÊNERO

Identidade de gênero refere-se à sensação ou percepção interna do gênero de um indivíduo, ou seja, como ele se identifica. Chamamos de cisgênero o indivíduo cuja identidade de gênero é compatível com o sexo biológico, o que ocorre com a grande maioria das pessoas. Entretanto, para alguns indivíduos, há uma discordância entre a identidade de gênero e o sexo biológico, e a estes chamamos de transgênero.

Quando essa discrepância acarreta sofrimento psíquico ao paciente, dizemos que existe **disforia de gênero**. Trata-se de condição descrita no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V) com critérios diagnósticos específicos, e geralmente diagnosticada por um profissional de saúde mental. Essa nomenclatura foi atualizada em relação ao DSM-IV, onde era chamada de transtorno de identidade de gênero, como um movimento recente de despatologização desta condição.

Estima-se que cerca de 0,03% da população sofra de disforia de gênero. Entre os jovens, não está claro a partir de qual idade está formada a identidade de gênero estável, e esta pode sofrer mudanças ao longo da infância. Nota-se, recentemente, um aumento significativo na busca por auxílio médico específico em questões relacionadas ao gênero.

Para crianças e adolescentes que expressem desconforto em relação ao sexo biológico, é sabido que a maior parte deixa de ter essa sensação com o passar do tempo. Esses pacientes são referidos como desistentes, e a maior parte se descobre homossexual no futuro. Entretanto, para 6-39% dos pacientes, esse desconforto persiste e se agrava com o tempo. São os persistentes, e estes provavelmente precisarão de assistência médica em virtude das comorbidades psíquicas a que estão sujeitos.

Cerca de 50% dos jovens que persistem com disforia de gênero já apresentam também alguma comorbidade, mais frequentemente ansiedade e depressão. Os pacientes referem que não é a discrepância entre sexo biológico e

identidade de gênero que traz estas consequências, mas a falta de aceitação e apoio por parte de seus entes queridos. De fato, entre os jovens que não tenham apoio familiar à decisão de mudança de sexo social, há um risco oito vezes maior de suicídio. Além disso, frequentemente são vítimas de bullying e de violência física e sexual.

Dessa maneira, cabe ao profissional de saúde tentar acolher esses pacientes, sem julgamentos ou preconceitos. A *Pediatric Endocrine Society* reafirmou, recentemente, que o manejo afirmativo do gênero desejado traz os melhores desfechos para estes jovens.

Um acompanhamento multidisciplinar com profissional de saúde mental com experiência no diagnóstico e acompanhamento destes pacientes, endocrinologista que eventualmente possa fazer o manejo hormonal e cirurgia para a fase final do processo transsexualizador são fundamentais, de preferência em centro de referência determinado por portaria do Ministério da Saúde.

Há *guidelines* disponíveis da *Endocrine Society* (2017) e da *World Professional Association for Transgender Health* (2011) com recomendações sobre o manejo destes pacientes. Infelizmente, nenhuma dessas recomendações atingiu um bom nível de evidência, o que reforça a necessidade de mais estudos na área.

Recomenda-se, então, o bloqueio de puberdade com análogos de GnRH para jovens que demonstrem insatisfação com o gênero a partir do início do aparecimento dos caracteres sexuais, ou seja, estágio II de Tanner. A base racional para essa medida seria o aumento do desconforto com o aparecimento de caracteres sexuais indesejados, fornecendo mais tempo para o acompanhamento e eventualmente a decisão de prosseguir no processo de transição. Esta terapia é completamente reversível em caso de desistência.

A partir de 16 anos de idade, considera-se que o adolescente já poderia assentir o uso de esteroides sexuais para o gênero desejado. Des-

sa forma, mulheres que se identificam como homens receberiam reposição de testosterona e homens que se identificam como mulheres receberiam reposição de estrogênio. Trata-se de terapia segura, desde que administrada sob supervisão médica, porém com alguns efeitos irreversíveis, daí a recomendação de se aguardar esta idade. Entretanto, manter pacientes pré-púberes até 16 anos está distante da evolução fisiológica esperada para a idade, e pode acarretar consequências psicossociais e no metabolismo ósseo dos pacientes.

A correção cirúrgica do processo transsexualizador é a fase final do processo, atualmente realizada após experiência de vida real no gênero desejado e após mudança do registro civil. Atualmente, o SUS disponibiliza a cirurgia para pacientes acima de 21 anos de idade. Esse limite frequentemente não corresponde à necessidade de muitos pacientes, e há um movimento para se flexibilizar essa idade de corte.

Dessa forma, o paciente com disforia de gênero é um paciente complexo e muitas vezes complexado. Ele busca por apoio, por afirmação e por entendimento, e frequentemente não dispõe disso nem na própria família. A equipe de saúde deve estar preparada a acolher e orientar esses pacientes, sem julgamentos precipitados ou preconceitos, para que o melhor desfecho possível possa ser alcançado.

Referências Bibliográficas:

- Turban JL, Ehrensaft D. Research Review: Gender identity in youth: treatment paradigms and controversies. *J Child Psychol Psychiatry* 2017. doi:10.1111/jcpp.12833.
- Turban J, Ferraiolo T, Martin A, Oleski C. Ten Things Transgender and Gender Nonconforming Youth Want Their Doctors to Know. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56(4):275-277.
- Olshan J, Eimicke T, Belfort E. Gender Incongruity in Children with and without Disorders of Sexual Differentiation. *Endocrinol Metab Clin N Am* 2016; 45:463-482.

NEM TUDO QUE RELUZ É OURO (NEM TODO REFLUXO É DOENÇA)

RGE (Refluxo Gastroesofágico) consiste na volta do conteúdo gástrico para o esôfago, por diversos fatores, podendo ou não estar associado a regurgitações e/ou vômitos.

DRGE (Doença do Refluxo Gastroesofágico) RGE com sintomas adicionais: pirose, dor retroesternal, epigastralgia, disfagia, ruminação, sensação de corpo estranho associados a lesões teciduais.

Metade das crianças saudáveis, de 2 a 8 meses de idade, regurgitam duas ou mais vezes ao dia. Este RGE ou Regurgitação Infantil (RI), de amadurecimento, fisiológico, se resolve, espontaneamente, em 90% dos casos, até 18/24 meses.

Na DRGE manifestações adicionais de lesão tecidual requerem maior investigação e tratamento.

DRGE ocorre por:

- Falhas nas barreiras antirrefluxo: a presença de porção esofágica intra-abdominal é fundamental para criar uma pressão positiva antirrefluxo. Quanto mais agudo o ângulo de His (entre esôfago e estômago), maior o tônus no esfíncter esofágico inferior. Ângulo muito aberto (imaturidade, distensão gástrica por excesso alimentar) favorece o RGE;
- Clearance esofágico alterado. São contrações intrínsecas e fisiológicas que promovem o “clareamento” do esôfago, em média 60/hora quando acordado e 6/hora no sono;
- Qualidade e quantidade de secreção ácido-péptico;
- Retardo do esvaziamento gástrico;
- Relaxamentos transitórios do esfíncter esofágico inferior (EEL) - principal fator determinante da DRGE. Períodos de curta duração (5 a 30 seg), quando ocorre redução acentuada e abrupta da pressão do EEL, sem relação com deglutição ou com peristaltismo.

Diferenças com relação à idade do paciente:

O lactente, geralmente, está com Refluxo, por estar amadurecendo. Quase nunca é DRGE e sim Refluxo Gastroesofágico do amadurecimento, fisiológico.

A criança maior, geralmente, tem Refluxo. Quase sempre é DRGE.

Mesmo quando o lactente tem, em frequência muito menor, Doença do Refluxo Gastroesofágico, ele está amadurecendo e é impossível zerar, sintomaticamente, uma criança nessa idade. Lembrar disso para se evitar medicamentos e investigações desnecessárias nessa faixa etária.

“Podemos ter RGE sem regurgitações, RGE com regurgitações, RGE sem DRGE e RGE com DRGE. Nesse último caso há doença que irá merecer exames, medicamentos e, em alguns casos, encaminhamento ao Gastroenterologista”.

Diagnóstico:

No Lactente, o diagnóstico é basicamente clínico. Raramente há necessidade de exames complementares. Na criança maior, o diagnóstico também é basicamente clínico, mas há necessidade de se complementar com exames mais frequentemente. Quanto maior a criança, maior a necessidade de exames complementares.

Quando suspeitar de DRGE?

Na presença de:

- Sintomas como: irritabilidade e choro excessivo, sono agitado, recusa alimentar, perda de peso, falta de crescimento, soluços excessivos, anemia por deficiência de ferro, hiperextensão do pescoço (nesse caso, em crianças sem uso de procinéticos);
- Manifestações respiratórias: asma, lactente sibilante, pneumonias de repetição, tosse crônica, apneia e crises de cianose;
- Manifestações otorrinolaringológicas: otite secreta, sinusite crônica, laringite de repetição, estridor laríngeo, rouquidão, odinofagia;
- Outras manifestações: erosões dentárias e globus faríngeo.

Exames Complementares disponíveis:

- Seriografia: para avaliação de deglutição, esvaziamento gástrico e, principalmente, anormalidades anatômicas;
- Cintilografia: para avaliação de refluxo não ácido, esvaziamento gástrico e aspiração pulmonar;
- Endoscopia digestiva alta com biópsias: para avaliar esofagite e lesões microscópicas da esofagite eosinofílica e doença de Crôhn;
- Ph metria de 24 h: para detectar refluxos ácidos, diagnosticar situações menos óbvias e para avaliação pós-tratamento de casos graves.

Nunca usar Ultrassonografia para diagnóstico de presença de refluxo. Indicada apenas para diagnósticos diferenciais. Como ela, todos os exames que envolvem ingestão de algum alimento ou substância, detectam refluxo pós-prandial e não confirmam a presença de refluxo patológico.

Manometria e Impedanciometria, são pouco usados em crianças.

Na suspeita de Esofagite Eosinofílica (EE), sempre fazer endoscopia com biópsias, por ser insidiosa e pela gravidade das complicações.

Tratamento:

No lactente: aguardar amadurecimento, medidas dietéticas e manobras posturais. Tranquilizar os pais e se tranquilizar. Medicamentos são necessários em poucos casos.

Na criança maior: medidas dietéticas, manobras posturais e associação de medicamentos, quando necessários, individualizando os casos. Opções disponíveis: Antiácidos, Bloqueadores H2, Inibidores de Bomba de prótons, Procinéticos. Todos têm efeitos colaterais, alguns severos.

Cirurgia está indicada em: esofagite severa e refratária ao tratamento clínico, desnutrição importante sem resposta ao tratamento clínico, sintomas respiratórios graves, síndrome de Sandifer e estenoses.

Alergia Alimentar X DRGE:

Distúrbios da motilidade como DRGE, cólica do lactente, estase gástrica, espasmo de piloro, constipação intestinal podem, em alguns casos, serem causados por alérgenos alimentares, cujo mecanismo imunológico ainda não estabelecido. A orientação é de exclusão do “alimento suspeito” e reavaliação clínica após (Consenso Brasileiro de Alergia Alimentar e *Guidelines*).

Pesar sempre risco/benefício: “Primum non nocere”

Medicamentos para DRGE no lactente devem ser usados, apenas, quando medidas não farmacológicas falharem. Não têm nenhuma indicação em crianças “vomitadoras felizes” (RGE).

É impossível “zerar” sintomas em bebês em amadurecimento, mesmo com DRGE.

Tratamento simultâneo da DRGE e da alergia ao leite de vaca leva, muitas vezes, ao uso desnecessário de medicação ou de dieta de exclusão.

Não existem evidências suficientes para prescrição de procinéticos em todos os portadores de RGE/DRGE.

Poucas evidências fornecem suporte para a supressão ácida, no primeiro ano de vida, para tratamento de sintomas inespecíficos, sugestivos de DRGE.

Tratamento conservador traz muitos benefícios e poucos gastos, sem efeitos colaterais.

Referências Bibliográficas:

- Davies I, Buman-Roy S, Murphy MS. Gastroesophageal Reflux in Children: NICE Guidance. *BMJ* 2015;350:7703.
- Fernandes TF. Doença do refluxo gastroesofágico x refluxo gastroesofágico. *Pediatria Moderna* 2015;51(3):76-86.
- Cohen S, Mesquita MB, Mimouni FB. Adverse effects reported in the use of gastroesophageal reflux disease treatments in children: a 10 years literature review. *Br J Clin Pharmacol* 2015;80(2):200-208.

VACINAÇÃO CONTRA FEBRE AMARELA EM PACIENTES COM ALERGIA ALIMENTAR

A febre amarela (FA) é uma doença infecciosa potencialmente grave causada por um arbovírus transmitido no meio urbano pelo mosquito *Aedes aegypti*. A partir de 2014, a doença antes endêmica na região Amazônica, voltou a ser endêmica também em outros estados brasileiros. Mais recentemente, foram registrados casos na região Sudeste.

Diante deste cenário, campanhas para a aplicação da vacina contra FA foram iniciadas em nosso estado, onde antes esta era aplicada apenas em caso de viagem para áreas endêmicas ou como requisito para entrar em outros Países.

A vacina contra FA é considerada bastante segura, uma vez que a grande maioria dos efeitos adversos relatados são leves. Esta vacina é composta por agente vivo atenuado cultivado em embriões de galinha. Sendo assim, apresenta quantidade considerável de ovalbumina, assim como pode conter algumas proteínas da carne de galinha.

Até o momento, não há estudos que tenham avaliado a administração da vacina em pacientes com alergia a ovo ou alergia a carne de galinha, mas há relatos de broncoespasmo, urticária e anafilaxia após a aplicação desta vacina. Nos E.U.A., a taxa de ocorrência geral de anafilaxia foi de 1,3/100.000 doses, e de 2,7/100.000 doses em menores de 18 anos. Assim, em pacientes com alergia a ovo, a vacina costumava ser contraindicada.

Além de proteínas do ovo e da galinha, outros agentes podem ser responsáveis por reações alérgicas a esta vacina: gelatina bovina, eritromicina, látex ou até mesmo o próprio agente infeccioso.

Frente à gravidade potencial da doença e à necessidade de cobertura vacinal de 100% para que a população seja adequadamente protegida, a habitual contraindicação da vacina em pacientes com alergia a ovo (ou a outros antígenos) precisa ser revista. Entretanto, esta aplicação requer cuidados especiais.

É necessário destacar que a ocorrência de reações alérgicas às imunizações é estimada em torno de 1/500.000 a 1/1.000.000 de doses, sendo, portanto, a maioria das reações de causa não imunológica. Além disso, pacientes atópicos (com asma, rinite e/ou dermatite atópica) não apresentam aumento do risco de reações alérgicas pelas imunizações.

Deste modo, pacientes com diagnóstico confirmado de alergia a ovo, assim como alergia a eritromicina ou gelatina devem ser encaminhados com laudo médico ao

CRIE (agendamento por telefone), para receber a vacina. Pacientes com alergia a látex não necessitam de nenhum cuidado especial, exceto evitar uso de luvas de látex durante a aplicação da vacina e manter período de observação habitual.

Em pacientes com história de reações leves (urticária de contato, urticária, angioedema) a componentes do ovo, com identificação de IgE específica (clara do ovo, ovoalbumina, ovomucóide), a vacina deve ser aplicada na dose habitual, sob supervisão médica, em ambiente seguro (que tenha suporte para tratar uma eventual reação anafilática) e com período mínimo de observação de 30 minutos.

Em pacientes com relato de anafilaxia/reações graves (envolvimento de pelo menos dois sistemas, choque anafilático, edema de glote), com identificação de IgE específica, o paciente deve ser submetido a teste cutâneo com a vacina. Se o teste for negativo, o paciente deve receber a dose habitual da vacina, sob supervisão médica e em ambiente seguro. Se o teste for positivo, o paciente deve receber a vacina em doses fracionadas a cada 15 minutos sob supervisão médica.

O tópico deve ser amplamente divulgado entre pediatras e alergistas, pois é fundamental que se esteja atento a estas diretrizes de maneira a evitar reações alérgicas graves pela aplicação da vacina de FA e, por outro lado, não privar desnecessariamente pacientes de receber imunização eficaz contra uma doença potencialmente tão grave que vem se disseminando em nosso meio.

A vacina contra a Febre Amarela é altamente eficaz, porém não se pode deixar de lado as medidas de proteção individual, como o uso de repelentes, nem medidas de controle do vetor, como o combate aos criadouros de mosquitos.

Referências Bibliográficas:

GUIA DE IMUNIZAÇÃO SBIm/ASBAI – ASMA, ALERGIA E IMUNODEFICIÊNCIAS 2015-2016. Disponível em: <https://sbim.org.br/publicacoes/guias/76-guia-de-imunizacao-sbim-asbai-2015-2016>.

Dreskin SC, Halsey NA, Kelso JM, Wood RA, Hummell DS et al. International Consensus (ICON): Allergic reactions to vaccines. *WAO Journal* 2016; 9:32-53.

Marinho AKBB et al. Vacina contra a febre amarela: reações adversas e populações de risco. *Arq Asma Alerg Imunol* 2017;1(3):245-256.

Prof. Clemax Couto Sant'Anna

Formado pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com mestrado e doutorado pela UFRJ, o Dr. Clemax Couto Sant'Anna é o nosso entrevistado neste boletim. Ele é Especialista em Pneumologia Pediátrica (1995) pela Sociedade Brasileira de Pediatria e, atualmente, Professor Titular do Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina de UFRJ. Foi Vice-Presidente da SOPERJ em duas gestões - Triênios 1998-2000 e 2004-2006.

O que o levou a ser Pediatra?

R: Sou pneumologista pediátrico apenas e não um pediatra geral. Meu interesse pelas doenças respiratórias na infância (sua grande frequência e evolução peculiar e a satisfação de lidar com crianças) me levou na década de 1970 a ser autodidata nesse campo, pois não havia cursos de especialização na área. Estes só foram criados 20 anos depois. Pouco antes da formatura e logo após, aprendi e pratiquei a especialidade no Instituto de Tisiologia e Pneumologia da UFRJ, em um dos pavilhões do Hospital São Sebastião e no Instituto de Puericultura e Pediatria Martagão Gesteira (IPPMG) da UFRJ e num curto estágio no Hospital Posadas, na Argentina.

Cite um momento pessoal marcante na Pediatría.

R: Esses momentos se renovam até hoje: ver a emocionante capacidade de recuperação da criança.

Quem o inspirou na Pediatría?

R: Os mestres do IPPMG, que tive o prazer de conhecer como aluno. Poderia citar o Prof. Pernetta, como o mais expressivo representante de todos.

Qual a qualidade indispensável a um médico?

R: Ouvir e dar valor às queixas da criança e da família.

Um filme inesquecível?

R: O ano passado em Marienbad, de Alain Resnais.

Um livro inesquecível?

R: A noite do meu bem, de Ruy Castro.

Sua comida preferida?

R: Peixe.

Sua bebida preferida?

R: Vinho.

Qual o seu tipo de música favorito?

R: Música popular brasileira (MPB), sem esquecer o jazz.

Praia ou serra?

R: Praia (e serra às vezes).

Uma viagem inesquecível?

R: Para Praga, pela surpresa com a arquitetura da cidade.

Algum personagem ou herói preferido na infância?

R: Pato Donald.

Time de futebol?

R: Fluminense.

Algum hobby?

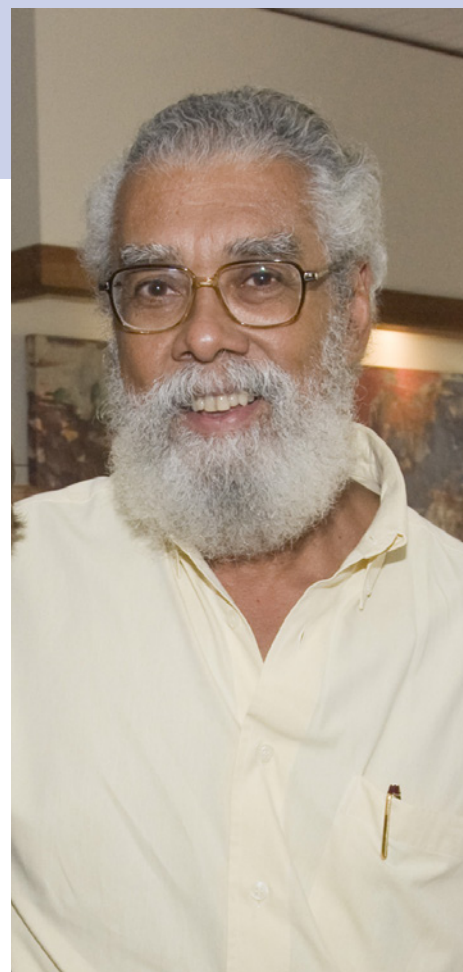
R: Leitura, principalmente biografias e ensaios, além do resto.

Uma personalidade que admira.

R: Leonardo da Vinci, pela sua criatividade e senso estético.

Uma mania.

R: Devo ter várias, mas eu mesmo não percebo.



Um motivo de tristeza.

R: Decepção com pessoas gananciosas muito próximas a mim.

Um motivo de alegria.

R: Pertencer ao IPPMG e a Faculdade de Medicina da UFRJ.

Algum arrependimento?

R: Poucos, sem importância.

Dê um conselho aos jovens.

R: A Medicina mudou um pouco nas últimas décadas, mas sua essência é imutável. Aliviar o sofrimento humano com os meios disponíveis, inventar soluções e tratamentos e confortar, me parece ser a missão do médico. Se o jovem refletir sobre isso antes de entrar na faculdade e depois, ao longo a carreira, poderia ser um conselho.