



Revista Brasileira de Ciências Médicas

Revista Brasileira de Ciências Médicas, V.2, N.3|2025

ISSN 3085-8194

DOI 10.59370.v2.n3.a1

Anais do Congresso de Atualização em Pediatria do Centro-Oeste 2025



UNICEPLAC
CENTRO UNIVERSITÁRIO

Brasília, 2025

ANAIS DO EVENTO

CAPCO 2025

PEDIATRIA

CONGRESSO DE ATUALIZAÇÃO EM PEDIATRIA DO CENTRO-OESTE

26 a 28 de junho de 2025

**Preparando os pediatras para cuidar da futura geração e
enfrentar os desafios da Pediatria moderna**

Realização:



PROMOÇÃO:



Editores:

Luciana de Freitas Velloso Monte - Presidente da Sociedade de Pediatria do Distrito Federal
Valeria Granieri de Oliveira Araújo - Presidente da Sociedade de Pediatria de Goiás
Paula Helena de Almeida Gattass Bumlai - Presidente da Sociedade de Pediatria de Mato Grosso
Ivan Akucevikius - Sociedade de Pediatria de Mato Grosso do Sul
Samuel Sotero Lourenço - Presidente da Liga Acadêmica de Pediatria do Distrito Federal
Marco Antonio Alves Cunha - Coordenador do Curso de Medicina do UNICEPLAC
Renata Belém Pessôa De Mélo Seixas - Presidente do CAPCO 2025



ÍNDICE

Apresentação.....	p3-4
Comissão organizadora do CAPCO 2025	p5-7
Estrutura dos resumos	p8
Temas livres:	
Adolescência.....	p9-19
Aleitamento Materno.....	p20-24
Alergia e Imunologia.....	p25-32
Cardiologia.....	p33-39
Dermatologia.....	p40
Endocrinologia.....	p41-56
Gastroenterologia.....	p57-69
Genética Clínica.....	p70-71
Infectologia.....	p72-91
Medicina Paliativa em Pediatria.....	p92-94
Nefrologia.....	p95-97
Neonatologia.....	p98-106
Neurologia.....	p107-120
Nutrologia.....	p121-125
Onco-hematologia.....	p126-130
Otorrinolaringologia.....	p131-133
Outros.....	p134-147
Pediatria Ambulatorial.....	p148-206
Pneumologia.....	p207-217
Segurança da Criança e do Adolescente.....	p218
Suporte Nutricional.....	p219-221
Terapia Intensiva.....	p222-225
Realização.....	p226

APRESENTAÇÃO

É com grande satisfação que a Sociedade de Pediatria do Distrito Federal (SPDF) apresenta esta edição especial reunindo os Anais do Congresso de Atualização em Pediatria do Centro-Oeste – CAPCO 2025, realizado em Brasília, de 26 a 28 de junho de 2025.

Os trabalhos aqui publicados representam a produção científica compartilhada durante o congresso, fruto do empenho de pesquisadores, residentes, estudantes e profissionais que, com dedicação, contribuem para o avanço do conhecimento em Pediatria. Este compilado reflete a diversidade de temas, a atualidade das discussões e o compromisso de nossa comunidade médica em fortalecer a prática clínica baseada em evidências, sempre em benefício da saúde das crianças e adolescentes.

Ao disponibilizar estes anais, reafirmamos a importância do espaço científico do CAPCO como ambiente de aprendizado, integração e estímulo à ciência, à pesquisa e às boas práticas clínicas. Esperamos que este registro sirva não apenas como memória do que foi apresentado, mas também como fonte de inspiração para novas pesquisas, colaborações e aprimoramentos no cuidado pediátrico.

Agradeço a todos os autores, avaliadores, palestrantes e participantes que contribuíram para a qualidade deste material e para o sucesso do CAPCO 2025. Manifesto também um agradecimento especial à Diretoria da Faculdade de Medicina da UNICEPLAC e todo o time responsável pela **Revista Brasileira de Ciências Médicas**, por proporcionar a publicação destes Anais.

É nossa convicção que a ciência compartilhada neste congresso continuará a ecoar na prática diária e na formação contínua dos pediatras da nossa região e de todo o país.

Com apreço e entusiasmo,

Luciana de Freitas Velloso Monte
Presidente
Sociedade de Pediatria do Distrito Federal – SPDF

A **6ª edição do Congresso de Atualização em Pediatria do Centro-Oeste (CAPCO)**, realizada em junho de 2025, representa um marco histórico para a pediatria de nossa região. Pela primeira vez, os anais do evento são publicados na **Revista Brasileira de Ciências Médicas do Centro Universitário UNICEPLAC**, ampliando de forma significativa o alcance científico e a visibilidade nacional do Congresso.

Essa conquista só foi possível graças à parceria generosa do **Centro Universitário UNICEPLAC**, a quem registramos nossa profunda gratidão, por abrir espaço para acolher e difundir a produção científica apresentada em nosso congresso.

Reconhecemos, também, a dedicação dos **pesquisadores e congressistas** que submeteram seus trabalhos, enriquecendo de maneira expressiva o conteúdo científico desta edição, e o rigor da **Comissão Científica**, que avaliou cada estudo com seriedade e compromisso, assegurando a qualidade e a relevância das pesquisas selecionadas.

Estendemos nossos agradecimentos à **Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)**, que desde a primeira edição apoiou o CAPCO e que, em 2025, nos concede a honra de integrar oficialmente o calendário nacional da entidade, consolidando o Congresso como parte dos grandes eventos da pediatria brasileira.

Com este passo, o CAPCO reafirma sua vocação de ser não apenas um espaço de atualização e de troca de experiências, mas também um **fomentador da produção científica**, incentivando, em especial, o jovem pesquisador a trilhar com entusiasmo o caminho da investigação clínica.

Que este seja apenas o início de uma trajetória cada vez mais sólida de integração entre **ensino, pesquisa e prática pediátrica**.

Atenciosamente,

Renata Seixas
Presidente do CAPCO 2025

COMISSÃO ORGANIZADORA DO CAPCO 2025

Presidente da SBP
Edson Ferreira Liberal

Presidente da Filiada SPDF
Luciana de Freitas Velloso Monte

Presidente do Congresso
Renata Belém Pessôa de Mélo Seixas

Presidente de Honra
Elisa de Carvalho

Diretoria de Cursos e Eventos da SBP
Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck

Secretário Geral do Congresso
Luciana de Freitas Velloso Monte

Primeiro Secretário
Maria Tereza Fonseca da Costa

Segundo Secretário
Ivan Akucevikius

COMISSÃO CIENTÍFICA

Diretor de Cursos, Eventos e Promoções da SBP: Lilian dos Santos Rodrigues Sadeck (SP)
Diretor dos Departamentos Científicos da SBP: Dirceu Solé (SP)

MEMBROS

Abdias Aires de Queiroz Junior (DF)
Alanna Ferreira Alves (DF)
Aline Esmeraldo Andrade de Almeida (DF)
Ana Paula Costa Tamer (DF)
Andréa Duarte Nascimento Jácomo (DF)
Andrea Nogueira Araujo (DF)
Camila Solé Ferreira Magalhães Lemes (DF)
Carlos Alberto Moreno Zaconeta (DF)
Carmen Lúcia de Almeida Santos (MS)
Cláudia França Cavalcante Valente (DF)
Diva Maria Previtera Passos de Souza (DF)
Elisa de Carvalho (DF)
Fabíola Scancetti Tavares (DF)
Getúlio Bernardo Morato Filho (DF)

Gilson Luiz Bonomi (DF)
Ivan Akucevikius (MS)
Kallyne Munik Souza Morato (DF)
Liliane Maria Abreu Paiva (DF)
Lisliê Capoulade Nogueira Arrais de Souza (DF)
Luciana de Freitas Velloso Monte (DF)
Luiz Antônio de Almeida e Silva (DF)
Paula Bumlai (MT)
Paulo Emídio Lobão Cunha (DF)
Renata Belém Pessôa de Mélo Seixas (DF)
Silvana Fahel da Fonseca (DF)
Sylvia Maria Leite Freire (DF)
Valéria Granieri de Oliveira Araujo (GO)
Vanessa Macedo Silveira Fuck (DF)
Victor de Amorim Campos (DF)
Vilany Mendes Felix (DF)

COMISSÃO DE TEMAS LIVRES

Abdias Aires de Queiroz Junior (DF)
Alanna Ferreira Alves (DF)
Aline Esmeraldo Andrade De Almeida (DF)
Aline Lordes Saliba (DF)
Ana Luiza Melo dos Santos (DF)
Andréa Duarte Nascimento Jácomo (DF)
Andrea Nogueira Araujo (DF)
Bruno Oliveira E Lima (DF)
Camila Solé Ferreira Magalhães Lemes (DF)
Carlos Alberto Moreno Zaconeta (DF)
Carmen Lívia Faria da Silva Martins (DF)
Carmen Lúcia de Almeida Santos (MS)
Cláudia França Cavalcante Valente (DF)
Diva Maria Previtera Passos De Souza (DF)
Eduardo Alberto De Moraes (DF)
Elisa de Carvalho (DF)
Fabíola Scancetti Tavares (DF)
Getúlio Bernardo Morato Filho (DF)
Gilson Luiz Bonomi (DF)
Isadora de Carvalho Trevizoli (DF)
Ivan Akucevikius (MS)
Janinne Barboza Rangel (DF)
Jaqueline Rosa Naves da Cruz (DF)
Juliana Palis Horta da Silva (DF)
Kallyne Munik Souza Morato (DF)
Larissa Caetano Silva (DF)
Liliane Maria Abreu Paiva (DF)
Lisliê Capoulade Nogueira Arrais de Souza (DF)

Luciana de Freitas Velloso Monte (DF)
Luciana Oliveira Castro E Silva Sobral (DF)
Luiz Antônio De Almeida E Silva (DF)
Marco Antonio Alves Cunha (DF)
Mariana de Melo Gadelha (DF)
Mariana Graça Couto Miziara (DF)
Paula Bumlai (MT)
Paula Helena de Almeida Gattass Bumlai (MT)
Paulo Emídio Lobão Cunha (DF)
Renata Belém Pessôa De Mélo Seixas (DF)
Silvana Fahel Da Fonseca (DF)
Sylvia Maria Leite Freire (DF)
Valeria Granieri de Oliveira Araujo (GO)
Vanessa Macedo Silveira Fuck (DF)
Victor De Amorim Campos (DF)
Yanna Aires Gadelha De Mattos (DF)

PRESIDENTES DAS FILIADAS

Dra. Luciana de Freitas Velloso Monte - Sociedade de Pediatria do Distrito Federal (SPDF)
Dra. Valeria Granieri de Oliveira Araujo - Sociedade de Pediatria de Goiás (SPGO)
Dra. Paula Helena de Almeida Gattass Bumlai - Sociedade de Pediatria de Mato Grosso (SPMT)
Dr. Ivan Akucevikius - Sociedade de Pediatria de Mato Grosso do Sul (SPMS)

COORDENADORA DAS FILIADAS DO CENTRO-OESTE

Renata Belém Pessôa De Mélo Seixas (DF)

ESTRUTURA DOS RESUMOS

GERAL:

- **Introdução**
- **Objetivos**
- **Métodos**
- **Resultados**
- **Conclusão**
- **Palavras-chave**

RELATOS DE CASOS:

- **Introdução**
- **Descrição do caso**
- **Discussão**
- **Conclusão**
- **Palavras-chave**

Adolescência

1

Título: ACOLHENDO A DIVERSIDADE: RELATO DE CASO DE NOVA PERSPECTIVA NO ATENDIMENTO PEDIÁTRICO A ADOLESCENTES TRANSGÊNEROS

Autores: FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), ALVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LETÍCIA LIMA SOMBRA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- ESCS), CAROLINA BERNARDO DE ALMEIDA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- ESCS), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE- ESCS), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC), PAULO EDUARDO PIRES DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO MAUÁ)

Resumo: Introdução: A adolescência traz mudanças marcantes no corpo, nas emoções e nas relações sociais, e para jovens transgêneros esses desafios podem ser ainda maiores, já que muitos enfrentam preconceitos e dificuldades para acessar serviços de saúde. No Brasil, adolescentes transgêneros frequentemente relatam experiências de exclusão, o que afeta sua saúde mental. Este relato descreve o atendimento de um adolescente transgênero de 16 anos em um serviço de saúde público na capital do Distrito Federal, mostrando como um cuidado acolhedor pode fazer a diferença. Descrição do Caso: Em março de 2025, um adolescente transgênero de 16 anos foi atendido em um serviço de saúde pública de Brasília, Distrito Federal, com registro informado dos responsáveis. Uma equipe com pediatra e psicólogo realizou uma consulta, com conversa detalhada sobre sua história, exame clínico e avaliação de sua saúde emocional, com atenção à sua identidade de gênero, seguindo a Lei Geral de Proteção de Dados, Lei 13.709/18. Uma adolescente, que se identifica como menina transgênero, relatou ansiedade e dificuldade para dormir, contando que sofria bullying na escola e não se sentiu aceita pela família, situações comuns entre jovens transgêneros no Brasil. Ela usava o nome social há dois anos e queria iniciar o acompanhamento hormonal, mas não conseguiu por falta de recursos financeiros e acesso a serviços especializados. No exame físico, apresentando peso e altura normais para a idade, sem problemas aparentes, mas parecia tenso, falando rápido e confuso com as mãos sem parar. Discussão: A equipe a tratou pelo nome social, escolheu suas preocupações com atenção e respeitou sua de gênero, o que a deixou mais à vontade. Foram feitos encaminhamentos para acompanhamento psicológico e endocrinológico, e a família foi orientada sobre a importância de apoiá-la emocionalmente. Um mês depois, um adolescente voltou ao serviço e relatou estar menos ansioso, com uma relação melhor com a família, mostrando que se sentir acolhida ajudou a seguir com o cuidado. Esses achados reforçam a importância de práticas que respeitem a identidade de gênero e envolvam a família no processo, contribuindo para a adesão ao tratamento e ao bem-estar emocional de jovens transgêneros. Considerações finais: Este caso mostra como um atendimento cuidadoso e respeitoso pode transformar a experiência de um adolescente transgênero na saúde. Tratar o paciente pelo nome social e envolver uma equipe com pediatra e psicólogo foram passos fundamentais para que ela se sentisse segura e melhorasse seu bem-estar emocional, apontando a necessidade de formar profissionais para atender jovens transgêneros de forma mais sensível no Sistema Único de Saúde.

Palavra Chave: ADOLESCÊNCIA, TRANSGÊNERO, SAÚDE MENTAL, PEDIATRIA.

Título: ANSIEDADE NA ERA DIGITAL: IMPACTOS DAS REDES SOCIAIS EM ADOLESCENTES ATENDIDOS NA SAÚDE PÚBLICA EM 2025.

Autores: FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAUDE DO DISTRITO FEDERAL), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LETÍCIA LIMA SOMBRA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), CAROLINA BERNARDO DE ALMEIDA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC), ROSIBERTON PEREIRA DA CRUZ (UNIVERSIDADE DA CIDADE DE SÃO)

Resumo: Os transtornos de ansiedade são mais comuns entre adolescentes, especialmente em contextos escolares e familiares, onde a pressão social e emocional se intensifica. Estudos recentes apontam que o uso excessivo de redes sociais pode agravar esses quadros, contribuindo para sentimentos de inadequação e estresse. No Brasil, estima-se que 20% dos adolescentes enfrentam algum transtorno de ansiedade, com maior prevalência entre meninas após o início da puberdade. Este relato analisa uma série de casos de adolescentes atendidos em um serviço de saúde pública no Distrito Federal, explorando "Entre julho e dezembro de 2024, 24 adolescentes, com idades entre 13 e 16 anos, foram atendidos em um serviço de saúde pública no Distrito Federal, sendo 4 pacientes por semana ao longo de seis semanas, com consentimento informado das mães, que os acompanham nas consultas. A equipe, composta por pediatra, psicólogo e enfermeiro, fez consultas iniciais, aplicando entrevistas clínicas e a Escala de Ansiedad para Crianças Spence, adaptada para adolescentes, além de questionários sobre o uso de redes sociais, seguindo a Lei Geral de Proteção de Dados, Lei 13.709/18. Todos os adolescentes apresentam transtorno de ansiedade, sendo 18 meninas e 6 meninos, todos na puberdade. A maioria das meninas relatou sintomas intensos, como medo de exclusão social e crises de choro, enquanto os meninos apresentaram maior irritabilidade e insônia. Todos passando mais de quatro horas diárias em redes sociais, descrevendo comparações sociais e pressão por acesso online como gatilhos para a ansiedade. As mães dizem dificuldades dos filhos na escola, como isolamento social, e em casa, com discussões frequentes. ""Os adolescentes foram encaminhados para terapia em grupo com 4 encontros semanais e receberam orientações para reduzir o uso de redes sociais, com retorno ao pediatra para avaliação final. Após a intervenção, 20 adolescentes apresentaram melhora, com redução média de 40% na intensidade dos sintomas, segundo a Escala Spence, enquanto 4 apresentaram melhora parcial, ainda com níveis de crise. A prevalência de ansiedade, mais intensa entre meninas na puberdade, e a associação com o uso excessivo de redes sociais corroboram estudos que apontam os impactos negativos da exposição digital na saúde mental. A terapia em grupo e a redução do tempo online se mostraram eficazes, destacando a importância de intervenções que envolvem a família e abordem os gatilhos digitais. Considerações finais: Este relato revela que a ansiedade prevaleceu em 24 adolescentes atendidos, com o uso excessivo de redes sociais como fator agravante. A terapia em grupo e a redução do tempo online, com retorno ao pediatra, foram eficazes para a maioria, apontando que intervenções que incluem a família e o tratamento do uso de redes sociais são essenciais no manejo da ansiedade em adolescentes.

Palavra Chave: ANSIEDADE, ADOLESCENTE, REDES SOCIAIS, PEDIATRIA.

Título: IMUNIZAÇÃO CONTRA DENGUE EM ADOLESCENTES: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E DESAFIOS DE ADESÃO EM 2024.

Autores: FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA LÍDIA BENTES AMAZONAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LUCAS VIANA BARROS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), NATÁLIA ELLEN DOS SANTOS CAVALCANTE (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), KIRLIANE DE SOUSA RODRIGUES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LINDOMI OLIVEIRA DE SOUZA JUNIOR (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALEXANDRA FLETCHER DA ROSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO)

Resumo: A dengue, causada pelo vírus DENV e transmitida pelo mosquito Aedes aegypti, é um grave problema de saúde pública no Brasil. A epidemia de 2024 no DF exigiu a implementação de campanhas de vacinação com a Qdenga, uma vacina tetravalente. A campanha priorizou adolescentes de 10 a 14 anos, com base em dados epidemiológicos que indicam maior risco de hospitalização nessa faixa etária. Este estudo examina os primeiros resultados. "Avaliar a imunização contra dengue em adolescentes de 10 a 14 anos no Distrito Federal no primeiro semestre de 2024, identificando o perfil epidemiológico e a distribuição das doses por faixa etária, grupo étnico e região de residência." Este estudo transversal, retrospectivo e quantitativo analisou dados abertos de adolescentes de 10 a 14 anos moradores do Distrito Federal, vacinados entre fevereiro e julho de 2024. As informações sobre a cobertura vacinal foram obtidas no Sistema da Rede Nacional de Dados de Saúde (RNDS). As análises descritivas foram realizadas utilizando Tabnet, Tabwin e Excel, em conformidade com a Lei 13.709/18, não sendo necessária aprovação ética para o uso de dados públicos. "A campanha de vacinação contra a dengue no Distrito Federal, realizada entre fevereiro e julho de 2024, aplicou 84.236 doses em adolescentes de 10 a 14 anos, predominantemente na Atenção Primária à Saúde (APS). Contudo, a taxa de cobertura vacinal foi apenas 37%, com disparidades significativas relacionadas ao Índice de Desenvolvimento Humano (IDH). Nas áreas de maior IDH, 59,3% dos adolescentes receberam a primeira dose, enquanto nas regiões periféricas esse número caiu para 27,6%. A distribuição por sexo mostrou que 58% das doses foram aplicadas em meninas e 42% em meninos. A adesão à segunda dose foi alarmantemente baixa, com mais de 66% na Região Central e 93,4% nas regiões periféricas não recebendo essa dose. Em relação à faixa etária, apenas 56,2% das crianças de 10 anos e 25,6% dos adolescentes de 14 anos completaram o esquema vacinal, com taxas de segunda dose de apenas 12,6% e 4,9%, respectivamente." A campanha de vacinação contra a dengue no Distrito Federal, no primeiro semestre de 2024, enfrentou desafios significativos de cobertura, especialmente entre adolescentes mais velhos, residentes em regiões de menor IDH e no sexo masculino. A adesão à segunda dose foi alarmantemente baixa, comprometendo a efetividade da imunização. As disparidades regionais, etárias e de gênero ressaltam a necessidade de intervenções intersetoriais para aumentar o acesso e a adesão à vacinação. Adoção de estratégias como busca ativa, campanhas educativas, ampliação dos horários e locais de vacinação, e fortalecimento da Atenção Primária à Saúde são essenciais para melhorar a cobertura vacinal e proteger essa faixa etária contra a dengue.

Palavra Chave: DENGUE, VACINAÇÃO, SAÚDE DO ADOLESCENTE, COBERTURA VACINAL.

Título: VACINAÇÃO CONTRA DENGUE EM 2024: EFEITOS ADVERSOS E IMPACTOS NA SAÚDE DOS ADOLESCENTES.

Autores: FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LETÍCIA LIMA SOMBRA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), CAROLINA BERNARDO DE ALMEIDA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), GABRIELA LOPES ALENCAR (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), JOANA PEREIRA FESTAS (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), AMANDA BEATRIZ OLIVEIRA CANUTO (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), JOÃO VICTOR LOSCHI DE CARVALHO EULÁLIO (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA)

Resumo: A dengue, arbovirose transmitida pelo Aedes aegypti, é um desafio constante à saúde pública no Brasil, com surtos severos desde 1990. Em 2024, o Distrito Federal, conhecido como DF, causou um aumento significativo de casos, com mais de 100 mil registros até outubro, 1.200 internações e 65 óbitos por formas graves, afetando principalmente adultos jovens entre 20 e 40 anos. Nesse contexto, uma campanha de imunização com vacina tetravalente foi iniciada no Sistema Único de Saúde, o SUS, focando adolescentes de 10 a 14 anos, grupo com alta morbidade e risco de hospitalização, superado apenas pelos idosos. "Analizar os efeitos adversos da vacina tetravalente contra dengue e avaliar o impacto epidemiológico da campanha de vacinação no DF em 2024. "Estudo descritivo e quantitativo, baseado em dados abertos da Rede Nacional de Dados de Saúde, a RNDS, e do Departamento de Informática do SUS, o DATASUS, encontrados entre janeiro e outubro de 2024, incluindo indivíduos vacinados no DF. A análise estatística descritiva usou os sistemas Tabnet e Tabwin, com frequências absolutas e percentuais processados em software de planilhas. "A campanha aplicou cerca de 1 milhão de doses no DF, começando por adolescentes de 10 a 14 anos em áreas de alta transmissão como Ceilândia e Taguatinga, depois alcançando jovens adultos até 40 anos e, por fim, adultos acima de 40 anos em regiões de menor risco. Nos adolescentes, foram 84.236 doses, sendo 81.642 na Atenção Primária à Saúde, a APS, e 2.594 em clínicas privadas. A primeira dose atingiu 56,2% da faixa de 10 anos e 25,6% da faixa de 14 anos, enquanto a segunda dose variou de 12,6% a 4,9%, diminuindo baixa adesão ao esquema completo. Os efeitos adversos mais comuns foram no local da aplicação em 60% dos vacinados, febre em 35%, dor de cabeça em 30% e cansaço muscular em 25%, todos os níveis e passageiros. Reações graves, como alergias, afetaram menos de 0,1% dos casos, exigindo intervenção médica, ou que confirme a segurança da vacina em regiões endêmicas. Em indivíduos com infecção prévia, casos raros de dengue grave sugeriram relação com o Aumento Dependente de Anticorpos, mas sem comprometer a segurança geral. A campanha impediu internações em 20% nas áreas vacinadas em relação a 2023. "A campanha de vacinação no DF em 2024 mostrou que a vacina tetravalente contra a dengue tem segurança aceitável, com efeitos adversos níveis na maioria dos casos, e visibilidade internacional em 20% nas áreas vacinadas, especialmente entre adolescentes. A baixa adesão à segunda dose, caindo até 4,9% aos 14 anos, é preocupante e exige ações de conscientização. Casos raros de dengue graves em indivíduos com infecção prévia indicam a necessidade de triagem antes da vacinação em áreas endêmicas. O sucesso a longo prazo depende de monitoramento contínuo, ampliação do acesso e educação em saúde.

Palavra Chave: DENGUE, VACINAÇÃO, EFEITOS ADVERSOS.

Título: PERFIL DE VÍTIMAS E AGRESSORES NO CONTEXTO DE VIOLÊNCIA SEXUAL DE ADOLESCENTES ATENDIDOS EM CENTRO DE REFERÊNCIA.

Autores: LAURA BUENO MARGOTTO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANNA GABRIELLA SOARES FRANÇA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), GABRIELA PONTE DO COUTO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), JULIA MENDES SILVA AZEVEDO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LEONARDO TOZZETI MANFRINATO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MARIANA PULROLNIK PARRILLO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), EDUARDA SAGHIE MOREIRA DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), TATIANA FONSECA DA SILVA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA)

Resumo: A abordagem por profissionais de saúde e a conscientização popular acerca da violência sexual (VS) perpassa o entendimento do perfil de agressores e de suas vítimas. Explicitar os grupos vulneráveis, suas especificidades, traços dos agressores e contexto das agressões em pacientes atendidos em rede especializada aumenta o escopo de dados podendo melhorar a assistência às vítimas. "Descrever o perfil de adolescentes vítimas de VS atendidos num centro de referência e de agressores. "O presente estudo tem caráter observacional, descritivo e transversal. Foi realizado a partir da análise de prontuários de vítimas de VS. Os critérios de inclusão foram: ser adolescente (idade entre 10 e 19 anos) e ter sofrido VS já notificada em órgãos competentes da justiça. Os dados foram armazenados no Microsoft Excel e avaliados de forma anônima através do SAS Enterprise Guide 5.1. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa. "Do total de 90 casos analisados, 84.4% eram adolescentes do sexo feminino e 75.6% se identificavam como pardas. A predominância do sexo feminino parece ser consenso nos artigos e pode estar associada a questões de gênero, onde a mulher culturalmente é considerada mais vulnerável ou a poucos dados e estudos em meninos, bem como a subnotificação da violência. 58.9% das vítimas de VS sofreram múltiplos abusos. A prevalência dos casos no sexo masculino apresentou redução com o avanço da idade, sendo que sua média ficou em 12.6 anos, enquanto a feminina foi de 13.8 anos. A idade da violência nos meninos em diversos trabalhos é menor que as meninas e parece estar associada ao desenvolvimento e força física com o avançar da idade podendo dificultar a ação dos agressores. A entrada dos meninos no serviço foi tardia em relação às meninas: 2 anos versus 18 meses. 46.7% das agressões ocorreram na casa da vítima, e 28.9% na casa do agressor. Quanto aos agressores, 97,8% pertenciam ao sexo masculino, com média etária de 31,4 anos. 90% eram conhecidos pelas vítimas, sendo 53,3% familiares. Em ordem decrescente de incidência: padrasto, pai e primos. Após a VS, 32,3% dos agressores mantiveram contato com as vítimas. Os dados de local e vínculo com agressor são similares aos encontrados por outros autores e se justifica por ser o agressor familiar ou conhecido da vítima, em sua maioria, e ter uma relação de confiança para que os ambientes descritos possam ser utilizados no momento do abuso. "A VS atinge sobretudo adolescentes do sexo feminino, podendo relacionar-se a questões de gênero, objetificação feminina e início do desenvolvimento puberal. Nos meninos ainda temos uma lacuna e torna-se necessário que se visualize melhor esse grupo populacional. O predomínio das agressões em ambiente doméstico e por familiares é, portanto, o grande desafio na abordagem da VS pelos profissionais.

Palavra Chave: ADOLESCÊNCIA, VIOLÊNCIA SEXUAL, PERFIL

Título: PADRÃO DE PROCEDIMENTOS PROFILÁTICOS EM ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO.

Autores: LAURA BUENO MARGOTTO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANNA GABRIELLA SOARES FRANÇA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), EDUARDA SAGHIE MOREIRA DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), GABRIELA PONTE DO COUTO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), JULIA MENDES SILVA AZEVEDO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LEONARDO TOZZETI MANFRINATO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MARIANA PULROLNICK PARRILLO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), TATIANA FONSECA DA SILVA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA)

Resumo: O atendimento às vítimas de violência sexual (VS) é baseado no decreto 7.958/2013, o qual estabelece diretrizes que visam tanto o cuidado emergencial quanto a proteção integral da vítima, a exemplo da indicação de profilaxia para infecções sexualmente transmissíveis (IST's), prevenção de gestação e suporte psicossocial. "Analisar o padrão de procedimentos profiláticos adotados em adolescentes vítimas de VS atendidas em centro de referência. "O presente estudo tem caráter observacional, descritivo e transversal. Foi realizado a partir de levantamento e análise de 90 prontuários de vítimas adolescentes de VS de um serviço de referência. Os dados foram armazenados no Microsoft Excel e avaliados de forma anônima através do SAS Enterprise Guide 5.1.O trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa. "Dentre os prontuários, 19 (21%) das vítimas, 15 do sexo feminino e 02 do sexo masculino, revelaram a violência em tempo hábil para profilaxia, destas, 89.4% a receberam. 81% das vítimas não fizeram uso da profilaxia devido revelação do abuso fora do prazo. Na violência aguda em adolescentes, aquela que ocorre em até 72 horas da chegada aos serviços de saúde, deve-se realizar a notificação, profilaxias, testes rápidos e comunicação ao conselho tutelar, além de, realizar boletim de ocorrência para envolvimento da delegacia e IML (Instituto Médico Legal) no processo de responsabilização. A profilaxia para HIV deve ser feita por 28 dias com terapia tripla (lamivudina, tenofovir e dolutegravir). As profilaxias para IST's são realizadas com penicilina G benzatina, ceftriaxona, azitromicina e metronidazol para sífilis, gonorreia, clamídia e tricomoníase, respectivamente. A prevenção de gravidez é realizada com Levonorgestrel. Nos casos de VS crônica, não se realizam profilaxias. Entre as adolescentes do sexo feminino 16.67% fizeram contracepção de emergência, profilaxias para IST's não virais e HIV.O atendimento ao adolescente vítima de VS começa na caracterização da violência, utilizando-se de escuta efetiva e humanizada para instituição de profilaxias em tempo oportuno, seguimento adequado e proteção social. A realização das profilaxias no estudo foi realizada na minoria dos casos e corrobora com outros estudos publicados, já que a VS em sua maioria, na adolescência, é perpetrada por familiares ou conhecidos da vítima, culminando em dificuldade no reconhecimento e demora na revelação. "O fluxo e o protocolo de atendimento às vítimas de VS devem ser bem organizados para minimizar prejuízos, além das consequências psicossociais da própria violência, como gravidez e ISTs. Explorar potencialidades da educação em saúde, especialmente na prevenção de VS, minimiza danos físicos e emocionais nas vítimas e oportuniza reconhecimento da violência, potencializando a revelação em tempo hábil para que medidas profiláticas possam ser instituídas.

Palavra Chave: ADOLESCÊNCIA, VIOLÊNCIA SEXUAL, PROFILAXIA

Título: REVELAÇÃO DA VIOLÊNCIA SEXUAL: UM DIVISOR DE ÁGUAS PARA VÍTIMAS ADOLESCENTES

Autores: GABRIELA PONTE DO COUTO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LAURA BUENO MARGOTTO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LEONARDO TOZZETI MANFRINATO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), JULIA MENDES SILVA AZEVEDO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANNA GABRIELA SOARES FRANÇA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MARIANA PULROLNIK PARILLO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), EDUARDA SAGHIE MOREIRA DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), TATIANA FONSECA DA SILVA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA)

Resumo: A violência sexual (VS) contra adolescentes é uma das mais graves violações dos direitos humanos, com repercussões severas e duradouras sobre o desenvolvimento biopsicossocial das vítimas. A revelação da VS é considerada um momento crítico e decisivo na trajetória do enfrentamento da violência e a figura materna tem sido descrita como de grande importância. O conhecimento dos aspectos sobre a revelação exerce papel fundamental e pode subsidiar políticas públicas de prevenção, proteção e cuidado às vítimas. "Discutir dados da revelação na VS e seus motivos em adolescentes atendidos em serviço de referência. "Estudo observacional, descritivo, transversal de análise documental dos prontuários de adolescentes vítimas de VS com uma amostra composta por 90 adolescentes, de ambos os sexos. Os dados foram armazenados em banco de dados no Microsoft Excel e analisados através do SAS Enterprise Guide 5.1. Este trabalho foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa. "A revelação intencional foi predominante (74,4%). A literatura aponta 4 formas de revelação: intencional, accidental, indireta e por testemunha, na adolescência a intencional é a mais descrita. A figura materna foi a principal receptora em quase 45% dos casos. A acreditação da vítima pela mãe ocorreu em 77,8%, mas em 14% essa foi responsável pela descrença. A reação materna como apoiadora está associada a mecanismos de proteção, afastamento do agressor e melhor capacidade das vítimas de lidar com as consequências. Profissionais da educação (8%) e da saúde (7%) também receberam relatos. Medo (18,9%) e ameaças (3,3%) foram causas frequentes de retardo da revelação, enquanto atendimentos de saúde, confiança em alguém e palestras funcionaram como incentivo. As meninas tendem a relatar mais cedo; 26,3% o fizeram em até um mês, enquanto 28,6% dos meninos revelaram após dois anos. Vítimas que sentiram medo ou foram ameaçadas demoraram, em média, 32,4 meses para relatar. Variáveis como padrão, a quem revelou, se foi acreditado, medidas deflagradas após, motivos que impulsionaram ou retardaram, tempo de abuso, se único ou recorrente, relação com agressor, além de fatores pessoais como resiliência, presença de transtornos mentais na vítima e o apoio que teve da família são fundamentais para o desfecho. A postura frente a revelação é vista pela vítima como positiva, quando é acreditada, a rede de proteção é acionada e é fornecido ambiente seguro e acolhedor, ou negativa, quando por desconhecimento e falta de preparo técnico desvaloriza a fala e questiona a veracidade. "A compreensão do conceito de VS pela vítima é um fator influenciador para a revelação, bem como, a instrução materna na identificação precoce e acreditação para a cessação da VS. A educação em saúde é fundamental no processo de revelação, como também a capacitação de profissionais da educação e da saúde para o acolhimento correto das vítimas, acreditação e acionamento de medidas de proteção.

Palavra Chave: ADOLESCÊNCIA, VIOLÊNCIA SEXUAL, REVELAÇÃO

Título: DENSITOMETRIA ÓSSEA EM ADOLESCENTES: ESTRATÉGIA PARA PREVENÇÃO DE FRAGILIDADE ÓSSEA FUTURA?

Autores: ANA LUIZA POTIGUARA DE SOUSA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), PEDRO DINIZ ROCHA GUIMARÃES (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), OSVALDO SAMPAIO NETTO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), TATIANA FONSECA DA SILVA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), CEJANA DE MELLO CAMPOS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), NEUZA LOPES ARAUJO FARIA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA)

Resumo: O período da adolescência é fundamental para que se atinja o pico da massa óssea entre os 20-30 anos de idade, evento esse responsável pela formação de 85-90% de todo o conteúdo ósseo do indivíduo. Com o decorrer da idade, principalmente à partir da quarta década, ocorre uma perda gradual e fisiológica da massa óssea, o que predispõe o paciente à osteoporose à sua principal complicação, as fraturas, em caso de conteúdo ósseo insuficiente. Dessa forma, o acompanhamento da aquisição da massa óssea na puberdade pode se apresentar como uma estratégia para a prevenção do desenvolvimento precoce de fragilidade óssea. "Busca-se avaliar a densidade mineral óssea de adolescentes de 14 a 18 anos incompletos, a fim de se comparar com o estimado para a faixa etária. "Trata-se de um estudo analítico, transversal e epidemiológico realizado em adolescentes. Foram realizados exames de densitometria óssea da coluna lombar após o consentimento do voluntário e do responsável. Os dados foram analisados por meio de ferramentas de estatística. Trabalho aprovado na Plataforma Brasil CAAE 64949522.0.0000.0029." De um total de 40 participantes, analisaram-se as seguintes variáveis: sexo, idade, peso, altura, Z-score e densidade mineral óssea (DMO). Quanto ao sexo, 22 são do sexo feminino e 18 são masculinos. À respeito da idade, os valores máximo e mínimo foram de 18 e 14 anos, respectivamente, a média foi de $16,67 \pm 1,22$ anos e a mediana de 17 anos. No tocante ao peso, apresentou um valor máximo de 102 Kg e uma valor mínimo de 40 Kg, além de uma média de $62,62 \pm 14,67$ Kg, junto com uma mediana de 58 Kg. Referindo-se à altura, o seu maior e o seu menor valor registrado são de 1,83 e 1,48 m, respectivamente. A média é de $1,67 \pm 0,1$ m com uma mediana representada por 1,67 m. O Z-score, apresenta um máximo de 2,5 e mínimo de -1,91, já a sua média é assinalada por $-0,08 \pm 0,93$ e sua mediana com um resultado de -0,25. Por fim, a DMO tem o seu máximo avaliado em 1,49 e o seu mínimo em 0,79. O seu estudo da média apresenta um valor de $1,16 \pm 0,12$ e o estudo da mediana mostra um resultado de 1,49. Não obstante, a amostra masculina apresentou divergências de resultados da amostra feminina. Por um lado, a parcela masculina apresentou um Z-score médio de $-0,16 \pm 0,75$ e uma DMO média de $1,14 \pm 0,13$. Por outro lado, o público feminino revelou um Z-score médio de $-0,01 \pm 1,06$ e uma DMO média de $1,18 \pm 0,11$. "Dos 40 voluntários, nenhum apresentou um Z-score abaixo do limite de higidez proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Dessa amostra, 5 participantes (12,5%) apresentaram um Z-score entre -1 e -2. Houve, porém, um participante de 17 anos com um Z-score de -1,91 e o mesmo foi encaminhado para acompanhamento ambulatorial. Quanto à DMO, a média do público feminino se apresentou superior à do público masculino.

Palavra Chave: DENSITOMETRIA, ADOLESCENTE, OSTEOPOROSE, DENSIDADE ÓSSEA

Título: SINTOMAS PSÍQUICOS X AUTOEXTERMÍNIO EM ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL: UM DESAFIO A SER ENFRENTADO.

Autores: GABRIELA PONTE DO COUTO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LEONARDO TOZZETI MANFRINATO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LAURA BUENO MARGOTTO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANNA GABRIELLA SOARES FRANÇA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), JULIA MENDES SILVA AZEVEDO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MARIANA PULROLNIK PARRILLO DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), EDUARDA SAGHIE MOREIRA DE ALMEIDA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), TATIANA FONSECA DA SILVA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA)

Resumo: A violência sexual (VS) contra adolescentes repercute não só na saúde física como na mental e emocional das vítimas, ultrapassando os limites de idade e alcançando consequências sociais que podem perdurar até a idade adulta. Esse tipo de violência representa não apenas uma violação dos direitos humanos, mas também um fator de risco para o desenvolvimento de transtornos mentais graves, principalmente durante a adolescência, período crítico para a formação da identidade, amadurecimento emocional e construção de vínculos sociais. As consequências psíquicas da VS mais frequentemente relatadas são sentimentos de tristeza, culpa, baixa autoestima, medo e ansiedade. Sintomas que não só comprometem a qualidade de vida, mas também, o desenvolvimento psicossocial, podendo levar a reações como ideação suicida e comportamentos autodestrutivos. "Analizar a correlação entre sintomas psíquicos apresentados por vítimas de VS e comportamento autodestrutivo, ideação suicida e tentativa de autoextermínio em adolescentes atendidos em um serviço de referência. "É um estudo observacional, descritivo, transversal com levantamento e análise dos prontuários de adolescentes vítimas de VS. A amostra foi composta por 90 adolescentes de ambos os sexos. Os dados foram armazenados em banco de dados no Microsoft Excel e analisados através do SAS Enterprise Guide 5.1. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética e pesquisa. "Dos 90 casos avaliados, 40 (44,4%) tiveram comportamento autodestrutivo ou ideação suicida. Destes, 27 (67,5%) tiveram a forma tentada de autoextermínio, sendo 05 (18,5%) do sexo masculino e 22 (81,5%) feminino. Da amostra que tentou autoextermínio, 17 (62,96%) tinham padrão de sono perturbado, 25 (92,59%) declaravam ter tristeza e 22 (81,48%) culpa, este resultado sugere que as variáveis culpa, tristeza e sono perturbado possam ter associação com a forma tentada de suicídio. A pouca visibilidade desses sintomas, associada à dificuldade de revelação pode intensificar o sofrimento e aumentar o risco de tentativas de autoextermínio. Medo excessivo (69,2%), irritabilidade (65,4%) e ansiedade (53,9%) foram expressivos, sugerindo transtornos como Transtorno de Estresse Pós-Traumático. Quando a violência sexual ocorreu de forma isolada, o percentual de comportamento autodestrutivo foi de 26,7%."A partir dos dados analisados, evidencia-se uma significativa repercussão psíquica em adolescentes vítimas de VS, especialmente a correlação entre sintomas que sugerem depressão e tentativas de autoextermínio. Considerando que a adolescência é um período crítico na formação pessoal e social, a presença das múltiplas formas de violência nessa fase torna-se de difícil identificação e manejo, o que reforça a urgência de uma abordagem integrada e multidisciplinar, voltada à mitigação dos danos psíquicos e do comportamento autodestrutivo.

Palavra Chave: ADOLESCÊNCIA, VIOLÊNCIA SEXUAL, AUTOEXTERMÍNIO, PSÍQUICO

Título: ABUSO DE DROGAS NA ADOLESCÊNCIA E SEUS IMPACTOS PSICOSSOCIAIS

Autores: MARINA CARVALHO ROBICHEZ PENNA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANA CAROLINA TRINDADE KOUZAK (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JOÃO PEDRO DE OLIVEIRA BICALHO SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), ERICK VINÍCIUS TEIXEIRA DE LIMA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS)

Resumo: A adolescência, período de vulnerabilidade e intensas transformações, expõe os jovens a riscos significativos, incluindo o uso de drogas lícitas e ilícitas. O abuso de substâncias é uma preocupação crescente, e diversos fatores de risco contribuem para este cenário complexo. Nesse sentido, a literatura científica destaca a relação entre a drogadição e transtornos mentais. "Analisar os impactos psicossociais associados ao abuso de drogas em adolescentes, com base em estudos recentes. "Realizou-se uma revisão sistemática de literatura por método PRISMA, com buscas nas bases de dados PubMed e LILACS, a partir dos descritores "adolescence", "illicit drugs" e "mental health". Foram obtidos 24 artigos publicados no último ano, com disponibilidade de texto completo gratuito. Desses, seis estudos foram selecionados de acordo com os critérios PICO: população hebiátrica, abuso de substâncias, adolescentes usuários e não usuários, e impactos psicossociais."O uso de substâncias na adolescência está associado a uma série de consequências psicossociais adversas, influenciadas por uma interação de fatores micro e macrossociais. Destacam-se como determinantes centrais para a iniciação e persistência do consumo o enfrentamento de estressores emocionais, conflitos na dinâmica familiar, ausência de rede de apoio e pressão dos pares. No âmbito da saúde mental, constatou-se uma relação entre o uso de drogas e a manifestação de sintomas como ansiedade, depressão, ideação suicida e comportamentos autodestrutivos. Quanto à integração social, evidencia-se um enfraquecimento dos laços afetivos, além de episódios de isolamento social e estigmatização, que alimentam um ciclo de exclusão e vulnerabilidade. No contexto escolar, os efeitos do consumo refletiram em quedas no rendimento acadêmico, aumento da evasão e maior frequência de condutas agressivas. Práticas permissivas no ambiente doméstico e a banalização do uso de substâncias, especialmente por comportamentos familiares e influência midiática, foram identificadas como fatores que favorecem a continuidade desse padrão. Além disso, observou-se um aumento no uso de drogas ilícitas de maior potência, como cocaína e anfetaminas, um achado que sugere uma antecipação precoce de comportamentos de risco e a consolidação do uso em faixas etárias cada vez mais jovens. Muitos dos óbitos relacionados à toxicidade dessas drogas decorrem da combinação entre opioides e estimulantes, uma prática mais recorrente, arriscada e letal, sobretudo entre adolescentes. Por fim, destaca-se a elevada incidência de transtornos mentais graves, com ênfase em quadros de esquizofrenia e transtornos delirantes, o que reforça a associação entre o uso de substâncias psicoativas e o comprometimento da saúde mental. "Deve-se incentivar pesquisas colaborativas, em escala global, sobre o consumo e abuso de drogas entre adolescentes, a fim de aprofundar o entendimento desse fenômeno e embasar políticas públicas de prevenção e educação em saúde para essa população.

Palavra Chave: ADOLESCENTE, ABUSO DE DROGAS, IMPACTO PSICOSSOCIAL

11

**Título: USO DE REDES SOCIAIS E SINTOMAS DEPRESSIVOS EM ADOLESCENTES BRASILEIROS:
ANÁLISE DA PENSE 2019**

Autores: DESIREE MATA DE SOUSA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), VICTORIA TAMAY DE SOUZA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), JÚLIA RESENDE RODRIGUES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

Resumo: A adolescência é um período vulnerável para o surgimento de sintomas depressivos, e o uso excessivo de redes sociais tem sido sugerido como fator de risco. "Este estudo teve como objetivo avaliar a associação entre tempo de uso de redes sociais e sintomas depressivos autorreferidos entre adolescentes brasileiros.

"Estudo transversal com análise de dados secundários da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) 2019. Foram incluídos estudantes do 9º ano de escolas públicas e privadas, com variáveis como tristeza frequente, insônia por preocupação e tentativa de suicídio. O tempo de tela foi analisado em horas diárias. "Entre 125 mil adolescentes analisados, os que referiram uso de redes sociais >5h/dia apresentaram maior prevalência de tristeza frequente (35% vs 22%) e insônia (28% vs 17%), comparados aos de menor exposição. O uso excessivo foi mais frequente entre meninas e em escolas urbanas. "O tempo elevado de uso de redes sociais está associado a piores indicadores de saúde mental em adolescentes brasileiros, evidenciando a necessidade de estratégias educativas e vigilância digital.

Palavra Chave: REDES SOCIAIS, ADOLESCENTES, DEPRESSÃO

12

Título: PUERICULTURA DO ADOLESCENTE: A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO INTEGRAL E ÉTICA NA PRÁTICA PEDIÁTRICA.

Autores: MARILUCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), INDIRA CAMPOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA/EBSERH), RUBRIA PICCOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: A puericultura é associada ao cuidado na primeira infância, mas seu conceito mais ampliado, visa um adulto saudável. A adolescência, fase de intensas mudanças físicas, psicológicas e sociais, etapa do estirão puberal, demanda acompanhamento sistemático e preventivo. Reconhecer a especificidade da puericultura do adolescente é essencial para garantir a saúde integral, nessa faixa etária, identificando fatores de risco, proporcionando suporte adequado para o desenvolvimento pleno de um adulto futuro saudável. " Esse trabalho visou revisar a importância da puericultura na adolescência, destacando a importância do acolhimento integral, abordagem ética e respeitosa nos atendimentos pediátricos. " Realizou-se uma revisão narrativa utilizando-se dados nas plataformas PubMed e SciELO, além de documentos científicos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da American Academy of Pediatrics (AAP), Organização Mundial de Saúde (OMS) e Ministério da Saúde do Brasil, abrangendo publicações dos últimos cinco anos. Foram utilizados cinco descritores: ". "Destaca-se a importância da puericultura na adolescência, como não apenas para avaliar o crescimento e o desenvolvimento, também identificar situações de risco e orientar sobre os principais problemas dessa faixa etária. (OMS, 2022) A consulta é estruturada, em duas etapas: - Na primeira o adolescente e sua família/cuidadores e na segunda, o adolescente sozinho possibilitando ao jovem se expressar livremente sobre dúvidas e preocupações. Implementar uma boa relação médico-paciente, escuta ativa, exame físico explicando as etapas, respeitando os limites éticos. No exame dos genitais e das mamas deve ser realizado quando clinicamente indicado, com a presença de um acompanhante escolhido pelo adolescente (chaperone), um membro da equipe, familiar ou outra indicada pelo jovem. (SBP,2023; APA, 2021) Aos 12 anos, o adolescente já possui direito a consulta com privacidade, conforme os princípios da autonomia progressiva e confidencialidade médica. O sigilo pode e deve ser quebrado em risco grave a saúde e a vida do paciente. Para avaliar aspectos psicossociais, é recomendado usar estratégias como o modelo HEADSS (Home, Education/Employment, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide/Depression). As abordagens devem ser feitas com linguagem clara, sem julgamentos, respeitando a individualidade, assegurando que a consulta seja um espaço seguro para expressão do jovem. "Conclusão: A puericultura do adolescente é essencial na prática pediátrica. Requer treinamento específico, sensibilidade, ética e compreensão do papel do sigilo, da autonomia e da confidencialidade. Em momento de grandes mudanças físicas e psicoemocionais, a consulta é fundamental para a promoção da saúde integral e da cidadania plena.

Palavra Chave: ADOLESCENTE", "PUERICULTURA", "CONSULTA MÉDICA", "SAÚDE DO A

13

Título: AMBULATÓRIOS DE ADOLESCENTES NO SUS: A IMPORTÂNCIA DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM BRASÍLIA

Autores: INDIRA CAMPOS (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA/EBSERH), MARILUCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASILIA), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASILIA), RUBRIA PICCOLI (UNIVERSIDADE DE BRASILIA)

Resumo: A adolescência é uma fase de grandes transformações físicas, emocionais e sociais, exigindo uma abordagem de saúde diferenciada. Observa-se uma lacuna significativa na oferta de serviços ambulatoriais voltados para adolescentes no Sistema Único de Saúde (SUS), especialmente em Brasília. A ausência de políticas públicas e de infraestrutura adequada compromete o atendimento a essa população, que representa parcela significativa no país. "Destacar a importância do cuidado à saúde na adolescência e a criação de ambulatórios especializados para adolescentes no

SUS./Distrito Federal."Realizou-se revisão de dados no DATASUS, Secretaria de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), Instituto de Gestão Estratégica de Saúde do Distrito Federal (IGESDF) e Universidade de Brasília (UnB), abrangendo os últimos cinco anos. Utilizaram-se cinco descritores: 'adolescente', 'ambulatório', 'saúde pública', 'SUS' e 'Distrito Federal'. A análise incluiu estudos epidemiológicos e documentos oficiais relacionados aos serviços de saúde do adolescente."Os adolescentes representam 23 milhões em todo o país, entretanto, os serviços limitam o atendimento somente até 12 anos, deixando os adolescentes sem acompanhamento. Esse fato pode ser atribuído à ausência de políticas públicas, a falta de profissionais capacitados e a menor importância da faixa etária na saúde pública.. Em Brasília, destacam-se apenas três serviços de atendimento ao adolescente: - Adolescente, referência no atendimento a adolescentes com transtornos mentais e vítimas de violência sexual, mas a demanda supera a capacidade operacional. Temos também o Hospital Universitário de Brasília

(HUB) com dois Ambulatórios: - Medicina do Adolescente, atendendo jovens referidos com diversos problemas de saúde e transtornos mentais, e o de mães adolescentes e seus bebês. O Hospital da Criança de Brasília (HCB) oferece atendimento especializado para adolescentes em diversas especialidades pediátricas. Esses três serviços, não tem como atender as necessidades, evidenciando assim a necessidade de expansão desses serviços. Dentre os principais motivos de atendimento destacam-se transtornos da saúde mental, uso de substâncias, violência e sexualidade. Observa-se uma maior prevalência de atendimentos entre adolescentes do sexo feminino, especialmente em casos de gravidez e violência sexual."A implementação de ambulatórios especializados para adolescentes no SUS é fundamental para garantir atendimento integral e de qualidade a essa população. Em Brasília, a existência de unidades como o Adolescente, o HUB e o HCB é um avanço, mas ainda insuficiente frente à demanda. É imprescindível que políticas públicas sejam desenvolvidas para ampliar e fortalecer esses serviços, assegurando que os adolescentes tenham acesso a cuidados de saúde adequados e especializados.

Palavra Chave: ADOLESCENTE, AMBULATÓRIO, SAÚDE PÚBLICA, SUS

Título: SUICÍDIO NA ADOLESCÊNCIA: UM DESAFIO URGENTE PARA A PRÁTICA PEDIÁTRICA

Autores: MARILUCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), INDIRA CAMPOS (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASILIA/EBSERH), RUBRIA PICOLLI (UNIVERSIDADE DE BRASILIA), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASILIA)

Resumo: O suicídio na adolescência é uma grave questão de saúde pública em crescimento. Dados recentes apontam um aumento alarmante nas taxas de suicídio entre adolescentes, gerando preocupação mundial e nacional. No Brasil, a taxa de mortalidade por suicídio em adolescentes cresceu 81% entre 2010 e 2019. Em Brasília, esse cenário também se reflete, reforçando a importância da atenção à saúde do adolescente adequada aos sinais de risco."Este trabalho visa alertar os pediatras e enfermeiros para a gravidade do suicídio entre adolescentes, enfatizando a necessidade de reconhecer sinais de risco e de agir preventivamente durante os atendimentos de rotina."Foi realizada uma revisão no banco de dados na plataforma DATASUS assim como na plataforma SciELO, utilizando-se publicações dos últimos cinco anos. Também foram consultados documentos do Departamento Científico de Adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), do Ministério da Saúde, da American Academy of Pediatrics (AAP) e do Centro de Valorização da Vida (CVV). Os descriptores utilizados incluíram: 'suicídio', 'adolescente', 'pediatria', 'prevenção' e 'Brasil'. Utilizaram-se ainda estudos epidemiológicos e análises de séries temporais para embasar a discussão."O suicídio é a quarta principal causa de morte entre adolescentes brasileiros de 15 a 19 anos. Segundo dados recentes do Ministério da Saúde, em 2019 foram registrados 1.022 óbitos nessa faixa etária. No Distrito Federal, de acordo com o DATASUS, foram registrados entre 2018 e 2021 cerca de 20 casos de suicídio em adolescentes, indicando uma prevalência preocupante também na capital. O DATASUS é o sistema nacional que reúne dados de morbimortalidade em todo o Brasil, sendo uma ferramenta essencial para monitorar tendências e guiar ações de saúde pública. Segundo informações disponíveis, a maioria dos suicídios em Brasília ocorre na faixa de 15 a 19 anos, sendo o sexo masculino mais prevalente. Fatores associados incluem transtornos depressivos, abuso de substâncias, conflitos familiares, histórico de violência e ausência de apoio psicossocial. Outro aspecto alarmante é que muitos adolescentes que cometem suicídio não estavam em acompanhamento regular de saúde mental nem faziam uso de medicações antidepressivas ou estabilizadoras de humor. Estes achados reforçam a necessidade de ações preventivas urgentemente. Estima-se que a cada 100.000 adolescentes, entre 10 e 19 anos, ocorrem cerca de 7,4 mortes por suicídio, sendo as taxas mais altas entre adolescentes mais velhos e do sexo masculino. No Brasil, o perfil se mantém semelhante."O suicídio entre adolescentes é um fenômeno em ascensão no Brasil exigindo vigilância ativa . O reconhecimento precoce dos sinais de sofrimento psíquico, a escuta qualificada, o encaminhamento para serviços especializados, são medidas para reduzir a mortalidade nessa faixa etária. Fortalecer redes de suporte social e saúde mental escolar são estratégias necessárias para enfrentar essa grave realidade.

Palavra Chave: 'SUICÍDIO', 'ADOLESCENTE', 'PEDIATRIA', 'PREVENÇÃO' E 'BRASI

15

Título: CONSULTA DO ADOLESCENTE: ABORDAGEM ÉTICA E CONFIDENCIALIDADE NA PRÁTICA PEDIÁTRICA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EUROAMERICANO/UNIEURO), MARILÚCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RAFAEL PIMENTEL SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RUBRIA PICCOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: A adolescência é uma fase de transição entre a infância e a vida adulta, caracterizada por mudanças físicas, emocionais e sociais intensas. A puericultura nesta fase deve respeitar as necessidades específicas do adolescente, oferecendo espaço para expressão pessoal, segurança e autonomia."Revisar as melhores práticas para a consulta médica do adolescente, destacando que ela mantém a estrutura tradicional (anamnese, exame físico, análise de exames complementares, impressões diagnósticas e condutas), mas acrescenta uma peculiaridade: conforme a legislação brasileira e normas éticas (CFM), o adolescente, mesmo sendo menor de idade, pode e deve ser ouvido a sós em momento reservado, desde que tenha compreensão suficiente, geralmente a partir dos 12 anos. Os responsáveis devem ser informados previamente dessa prática, sem detalhar o conteúdo específico da entrevista, respeitando a autonomia médica."Foi realizada revisão narrativa baseada em publicações dos últimos cinco anos nas plataformas PubMed e SciELO, além de documentos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da American Academy of Pediatrics (AAP). Utilizaram-se quatro descritores: "adolescente", "consulta médica", "confidencialidade" e "sigilo médico". Complementaram-se as buscas com tópicos de bioética, comunicação em saúde e proteção legal do adolescente."A consulta com adolescentes deve ser estruturada para abordar os seguintes tópicos:

- Autoimagem: 'Você se sente bem com seu corpo? Algo nele te incomoda?'
- Relacionamentos: 'Você se sente acolhido na escola? Alguém já te importunou ou constrangeu?'
- Violência: 'Você já sofreu ameaças, agressões ou perseguição?'
- Uso de substâncias: 'Você conhece ou já teve contato com cigarro, narguilé, álcool ou outras drogas?'
- Sexualidade: 'Você namora? Já teve alguma relação sexual? Foi consentido?'
- Planos de vida: 'Você já pensou em profissão? Tem apoio para estudar?'
- Saúde mental: 'Você tem se sentido triste, ansioso ou desmotivado?'

Caso haja risco grave identificado (abuso, tentativa de suicídio, uso abusivo de substâncias, atividade sexual forçada), o pediatra deverá envolver os responsáveis, sempre explicando ao adolescente a necessidade e buscando envolvê-lo no processo.

Assuntos normais da adolescência, como dúvidas sobre o corpo, sentimentos ou sexualidade, não devem ser relatados aos pais sem o consentimento do adolescente.

"O atendimento do adolescente exige abordagem ética, técnica e respeitosa. O direito ao sigilo deve ser assegurado para favorecer o vínculo e permitir a detecção precoce de problemas, sempre respeitando os limites legais e éticos. A comunicação clara sobre as regras da consulta fortalece a confiança e contribui para a promoção integral da saúde do adolescente.

Palavra Chave: ADOLESCENTE, CONFIDENCIALIDADE, PECULIARIDADE

Aleitamento Materno

1

Título: OFERTA DE ÁGUA EM CRIANÇAS EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO OU EM USO DE FÓRMULAS: HÁ NECESSIDADE?

Autores: RAFAEL PINTO SILVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA CARLA DE OLIVEIRA RAMOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ARTUR BERNSTEIN SAVATIN (CENTRO UNIVERSITÁRIO MAUÁ), ALBERTO STOESSEL SADALLA PERES (DOCENTE DO CURSO DE MEDICINA UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE ASSISTENTE DE PEDIATRIA DA UNIEURO/UNB E UNICEUB)

Resumo: A hidratação adequada nos primeiros meses de vida é essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável. No entanto, a oferta de água em lactentes é frequentemente motivo de dúvida entre cuidadores e profissionais de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, sem a necessidade de água ou outros líquidos, mesmo em regiões de clima quente ou para crianças de nível socioeconômico elevado. O leite materno contém água em proporção suficiente para manter o equilíbrio hídrico e eletrolítico dos lactentes.

"Analizar a necessidade da oferta de água em crianças sob aleitamento materno exclusivo ou fórmulas infantis, considerando indicações, critérios clínicos e práticas seguras.

"Foi realizada uma revisão de literatura com foco em documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Esses documentos foram selecionados com o objetivo de enriquecer a análise com diretrizes e recomendações institucionais sobre a hidratação de lactentes e a promoção do aleitamento materno. A inclusão desses materiais visou fornecer uma abordagem abrangente e fundamentada nas melhores práticas e orientações internacionais e nacionais para o cuidado infantil, especialmente em relação à nutrição e cuidados com a saúde dos lactentes.

"Segundo a OMS, o leite materno contém cerca de 87% de água, sendo suficiente para atender às necessidades hídricas do lactente saudável até os seis meses. A introdução de água, mesmo em climas quentes, pode reduzir a ingestão de leite, aumentar o risco de contaminação e comprometer a absorção de nutrientes. Já em crianças alimentadas com fórmulas, a água já está presente na diluição do pó. Quando utilizadas de maneira correta, essas fórmulas suprem as necessidades hídricas. No entanto, em casos de febre, diarreia ou alta temperatura ambiente, pode ser necessário oferecer pequenas quantidades adicionais, de 10 a 30 mL por vez, sob orientação médica.

Em pacientes oriundos de famílias com boas condições sanitárias, a água oferecida deve ser filtrada e fervida, especialmente no primeiro ano de vida, como medida preventiva contra infecções gastrointestinais. A SBP reforça que essa prática é válida mesmo em contextos de elevado nível socioeconômico. A avaliação da necessidade de água deve ser sempre individualizada, com base em sinais clínicos como mucosas ressecadas, diurese reduzida ou perda ponderal.

"Para lactentes saudáveis em aleitamento materno exclusivo, não há necessidade de oferecer água até os seis meses. Em crianças que utilizam fórmulas, a indicação de água adicional depende de condições específicas. Em ambos os casos, a água deve ser segura, preferencialmente filtrada e fervida. A orientação pediátrica individualizada é essencial para garantir hidratação adequada e prevenir riscos.

Palavra Chave: ÁGUA, ALEITAMENTO MATERNO, FÓRMULAS INFANTIS, HIDRATAÇÃO

2

Título: OFERTA DE ÁGUA EM CRIANÇAS EM ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO OU EM USO DE FÓRMULAS: HÁ NECESSIDADE?

Autores: RAFAEL PINTO SILVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA CARLA DE OLIVEIRA RAMOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ARTUR BERNSTEIN SAVATIN (CENTRO UNIVERSITÁRIO MAUÁ), ALBERTO STOESSEL SADALLA PERES (DOCENTE DO CURSO DE MEDICINA UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE ASSISTENTE DE PEDIATRIA DA UNIEURO/UNB E UNICEUB)

Resumo: A hidratação adequada nos primeiros meses de vida é essencial para o crescimento e desenvolvimento saudável. No entanto, a oferta de água em lactentes é frequentemente motivo de dúvida entre cuidadores e profissionais de saúde. A Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam o aleitamento materno exclusivo até os seis meses de vida, sem a necessidade de água ou outros líquidos, mesmo em regiões de clima quente ou para crianças de nível socioeconômico elevado. O leite materno contém água em proporção suficiente para manter o equilíbrio hídrico e eletrolítico dos lactentes.

"Analisar a necessidade da oferta de água em crianças sob aleitamento materno exclusivo ou fórmulas infantis, considerando indicações, critérios clínicos e práticas seguras.

"Foi realizada uma revisão de literatura com foco em documentos oficiais da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Esses documentos foram selecionados com o objetivo de enriquecer a análise com diretrizes e recomendações institucionais sobre a hidratação de lactentes e a promoção do aleitamento materno. A inclusão desses materiais visou fornecer uma abordagem abrangente e fundamentada nas melhores práticas e orientações internacionais e nacionais para o cuidado infantil, especialmente em relação à nutrição e cuidados com a saúde dos lactentes.

"Segundo a OMS, o leite materno contém cerca de 87% de água, sendo suficiente para atender às necessidades hídricas do lactente saudável até os seis meses. A introdução de água, mesmo em climas quentes, pode reduzir a ingestão de leite, aumentar o risco de contaminação e comprometer a absorção de nutrientes. Já em crianças alimentadas com fórmulas, a água já está presente na diluição do pó. Quando utilizadas de maneira correta, essas fórmulas suprem as necessidades hídricas. No entanto, em casos de febre, diarreia ou alta temperatura ambiente, pode ser necessário oferecer pequenas quantidades adicionais, de 10 a 30 mL por vez, sob orientação médica.

Em pacientes oriundos de famílias com boas condições sanitárias, a água oferecida deve ser filtrada e fervida, especialmente no primeiro ano de vida, como medida preventiva contra infecções gastrointestinais. A SBP reforça que essa prática é válida mesmo em contextos de elevado nível socioeconômico. A avaliação da necessidade de água deve ser sempre individualizada, com base em sinais clínicos como mucosas ressecadas, diurese reduzida ou perda ponderal.

"Para lactentes saudáveis em aleitamento materno exclusivo, não há necessidade de oferecer água até os seis meses. Em crianças que utilizam fórmulas, a indicação de água adicional depende de condições específicas. Em ambos os casos, a água deve ser segura, preferencialmente filtrada e fervida. A orientação pediátrica individualizada é essencial para garantir hidratação adequada e prevenir riscos.

Palavra Chave: ÁGUA, ALEITAMENTO MATERNO, FÓRMULAS INFANTIS, HIDRATAÇÃO

Título: EFEITOS DO ALEITAMENTO MATERNO NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS ALÉRGICAS

Autores: LUÍSA NORONHA CALLADO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), BEATRIZ CANOVAS FEIJÓ OLIVEIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFMG), LORENA MIRANDA LORENS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), SARA GABRIELLE ALVES DE AGUIAR (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MILENA EMANNUELE COSTA DAS CHAGAS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), BEATRIZ ELER DE LIMA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LETÍCIA ALVES DIAS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), EDUARDA SOUSA GUIMARÃES DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA)

Resumo: Embora os benefícios da amamentação para a saúde sejam amplamente reconhecidos, seus efeitos práticos no que diz respeito à proteção contra alergias ainda não estão muito bem estabelecidos. O leite materno contém diversos fatores imunológicos ativos, como citocinas, mediadores inflamatórios e moléculas sinalizadoras, podendo apresentar um papel positivo na prevenção de doenças alérgicas. Contudo, os efeitos profiláticos da amamentação e seu papel protetor nos desfechos alérgicos, como asma, alergias alimentares, APLV, rinite e dermatite atópica, variam consideravelmente entre os estudos existentes, e muitos ainda apresentam evidências frágeis."Esta revisão narrativa busca resumir as evidências existentes sobre a amamentação e estudar o seu desfecho no desenvolvimento de doenças alérgicas. Buscamos apresentar uma visão atualizada sobre os efeitos da amamentação profilática na prevenção de alergias na infância, principalmente com foco em alergias alimentares, asma e atopias."Para esta análise, foi realizada uma busca na literatura na base de dados PubMed, utilizando os termos de pesquisa MeSH "breastfeeding and allergy", a fim de identificar os achados dos últimos 10 anos sobre o tema. Foram incluídos todos os estudos identificados que estivessem relacionados à amamentação e a desfechos alérgicos ou imunológicos e disponíveis na íntegra gratuitamente. As referências dos estudos selecionados também foram analisadas."Os achados da literatura indicam que o aleitamento materno exclusivo, especialmente nos primeiros seis meses, está associado à redução do risco de doenças alérgicas na infância, como asma, dermatite atópica e alergias alimentares. Essa proteção se deve, em grande parte, à presença de componentes imunológicos no leite materno, como citocinas, imunoglobulinas e microbiota benéfica, que atuam na modulação do sistema imune do lactente. Estudos como os de Hu et al. (2021) e Lossius et al. (2018) evidenciam uma associação significativa entre a amamentação e menor incidência de asma e dermatite atópica, inclusive em crianças com predisposição genética. Em relação às alergias alimentares, os resultados são mais variados, mas estudos recentes, como o de Koukou et al. (2023), sugerem um possível efeito protetor. A duração e a exclusividade do aleitamento foram fatores determinantes para a magnitude da proteção observada. Embora exista heterogeneidade entre os estudos, os dados reforçam o papel da amamentação como uma intervenção precoce relevante na prevenção de doenças alérgicas."O aleitamento materno, especialmente quando exclusivo e mantido por tempo adequado, apresenta evidências de efeito protetor contra doenças alérgicas na infância. Apesar da heterogeneidade dos estudos e da necessidade de investigações mais robustas, os dados atuais reforçam a relevância da amamentação não apenas como prática nutricional, mas também como potencial estratégia preventiva em saúde imunológica infantil.

Palavra Chave: AMAMENTAÇÃO, ALERGIAS, IMUNIDADE, ALEITAMENTO.

Título: ALEITAMENTO MATERNO NO CENTRO-OESTE: DESAFIOS E PERSPECTIVAS PARA A SAÚDE INFANTIL

Autores: ISABELLE CLOSS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), ESTHER EVELYN SIQUEIRA COSTA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), ALEXIA VASQUES BASTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), FERNANDA NEIVA SANTOS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), JULIANA BORBOREMA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), RAYNARA MATOS DE JESUS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), SUILAN MOREIRA FERREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), EVANDRO DE OLIVEIRA MAGALHÃES FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA)

Resumo: O aleitamento materno exclusivo (AME) é uma prática fundamental para a nutrição e proteção do lactente nos primeiros seis meses de vida, influenciando positiva e diretamente nas taxas de morbimortalidade infantil. Estudos apontam que o AME reduz a incidência de doenças infecciosas, melhora a qualidade de vida das crianças e diminui os custos com a saúde pública. Além disso, fortalece o sistema imunológico, contribui para um desenvolvimento cognitivo e motor adequado, favorece o vínculo afetivo entre mãe e filho. Considerando sua relevância, torna-se essencial investigar os fatores que afetam essa prática, especialmente na região Centro-Oeste do Brasil. "Realizar uma análise sistemática dos dados sobre o aleitamento materno na região Centro-Oeste, identificando os principais fatores que influenciam os baixos índices de AME nos estados do Goiás, do Mato Grosso, do Mato Grosso do Sul e Distrito Federal. "Estudo descritivo com base em dados do DATASUS (2008) e SISAB (2024), que abordam a prevalência de AME por idade, sexo e região do país, os dados foram acessados em abril de 2025. Os dados consideram tanto a prevalência da prática quanto os benefícios e os obstáculos enfrentados para sua ampliação nas diferentes regiões do Brasil." Em 2008, o Centro-Oeste apresentou a segunda maior prevalência de AME por idade: 93,8% até 30 dias, 88,2% até 120 dias, 82,3% até 180 dias e 51,7% até 365 dias. Em contraste, a Região Sul apresentou 89,4%, 80,6%, 72,1% e 37,9%, respectivamente. Já em 2024, o cenário se mostrou menos positivo: a região Centro-Oeste teve o menor número absoluto de crianças amamentadas exclusivamente (130.459), enquanto o Nordeste liderou com 479.457. Também foram registrados baixos números de aleitamento predominante (16.491) e complementar (23.753) na região. Em relação ao sexo, o AME foi mais comum entre meninas (691.593) do que entre meninos (679.936). Apesar das metas do Ministério da Saúde — 70% de AME até os seis meses e 60% de aleitamento continuado até os dois anos —, os dados de 2024 indicam que apenas 45,8% das crianças menores de seis meses receberam AME, e 35,5% foram amamentadas de forma continuada no segundo ano de vida." Os dados revelam que, embora a região Centro-Oeste tenha apresentado bons índices em 2008, houve uma redução expressiva na prevalência de AME em 2024, ficando atrás das demais regiões brasileiras. A prática do aleitamento exclusivo entre crianças menores de seis meses, bem como o aleitamento continuado até os dois anos, permanece aquém do esperado. É fundamental que as políticas públicas sejam fortalecidas com base nas realidades locais, promovendo suporte contínuo às mães lactantes, a qualificação dos profissionais de saúde, campanhas educativas e o combate à desinformação, incluindo fake news que possam comprometer a amamentação. Consolidar o aleitamento materno como prática prioritária é essencial para a promoção da saúde e o pleno desenvolvimento infantil.

Palavra Chave: ALEITAMENTO MATERNO,AMAMENTAÇÃO,POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE

Título: OS DESAFIOS À ADESÃO AO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Autores: YASSER WADUD ISSLER (UNICEPLAC), SAMUEL SOTERO LOURENÇO (UNICEPLAC), PEDRO HARUO AGUIAR SEBATA (UNICEPLAC), ALEXIA MACEDO TEIXEIRA (UNICEPLAC), MARCELLA CAMILLY VALE ANTUNES (UNICEPLAC), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (UNICEPLAC)

Resumo: O aleitamento materno exclusivo (AME) até os seis meses é uma das recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) para a promoção em saúde materno-infantil. Apesar disso, fatores como retorno precoce ao trabalho sem suporte adequado, normas culturais, mamilos invertidos e condutas desatualizadas em hospitais dificultam a adesão ao AME. A Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC) e o uso de tecnologias educativas no período hospitalar e na alta, por exemplo, têm se mostrado estratégias eficazes para melhora da adesão ao aleitamento."Analisar os desafios ao AME e avaliar estratégias que promovam sua adesão."Trata-se de uma revisão de literatura baseada na estratégia PVO (População, Variável e Desfecho), para responder a pergunta norteadora: "Quais desafios dificultam a adesão ao AME e como superá-los?". A pesquisa foi conduzida nas principais bases de dados (MEDLINE/PubMed, SciELO e LILACS), utilizando a estratégia de busca: "Breastfeeding AND Patient Compliance OR Adherence". Foram incluídos estudos publicados nos últimos cinco anos, nos idiomas inglês, português e espanhol. Foram excluídos periódicos pagos e duplicados. Foi realizada a seleção de quatro estudos clínicos e randomizados."O AME envolve barreiras estruturais, organizacionais e individuais. Em instituições com implementação eficaz dos 'Dez Passos para o Sucesso no Aleitamento Materno', observou-se aumento de 30% nas taxas de AME nos primeiros seis meses de vida. Mamilos invertidos têm sido tratados com dispositivos, adesivos terapêuticos e bombas elétricas, reduzindo em até 20% as interrupções por desconforto. O estudo de Souza et al. (2020) mostra que kits educacionais com vídeos e consultas virtuais com consultores de lactação têm gerado resultados positivos: 50% das mães que usaram esses kits continuaram com AME até os seis meses, comparado a 35% no grupo controle. O uso de tecnologias digitais, como aplicativos que monitoram a amamentação, também mostra grande eficácia. Dados de 2023 indicam que 65% das mães que usaram esses aplicativos mantiveram o AME por mais tempo, em comparação com 48% das que não utilizaram. Por fim, a implementação da IHAC e políticas públicas adequadas têm forte correlação com o aumento do AME. Países como França e Alemanha, que fortaleceram estratégias institucionais e políticas, observaram aumentos de 15% a 25% nas taxas de AME, evidenciando o impacto positivo de mudanças legislativas e apoio governamental."A importância de intervenções que integrem suporte institucional, estratégias práticas e educação personalizada, além do uso de tecnologias e suporte multiprofissional, têm impacto positivo no aleitamento materno.

Palavra Chave: ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO, ADESÃO, BARREIRAS

Alergia e Imunologia

1

Título: PROTEÍNAS DO LEITE DE VACA E LEITE MATERNO: DIFERENÇAS ESTRUTURAIS E IMUNOLÓGICAS NO CONTEXTO DA ALERGIA ALIMENTAR NA INFÂNCIA

Autores: ARTHUR DUTRA DO BOMFIM (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO), MARIA EDUARDA GARCIA EVANGELISTA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO), MARIA CLARA GUEDES CAVALHEIRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO), CAMILA FRANZOTTI DIOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO), VALENTINA MALZONI DIAS PORTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO), DANIEL NASCIMENTO DUARTE (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO), CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)

Resumo: Entre as alergias alimentares mais comuns na infância, destaca-se a alergia ao leite de vaca (ALV), que pode se manifestar de forma mediada por imunoglobulina E (IgE) , não mediada por IgE ou mista. A ALV é mais prevalente em lactentes, sendo uma das principais causas de alergia alimentar na primeira infância. "Esclarecer que as proteínas do leite de vaca, altamente alergênicas, não causam reações cruzadas com leite materno, apesar de alguns delas terem nomes semelhantes." Revisão de literatura utilizando três plataformas científicas: PubMed, Scielo e Lilacs , com artigos publicados nos últimos 5 anos. Foram utilizados quatro descritores específicos relacionados à alergia ao leite de vaca, leite materno e proteínas alergênicas. Além disso, foram consideradas diretrizes científicas da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP)." O leite de vaca contém três proteínas principais envolvidas na resposta alérgica: Caseína (80% das proteínas do leite de vaca) - Proteína altamente alergênica e resistente à digestão. Sua estrutura complexa e agregada em forma de micelas que aumentam sua persistência no trato digestivo, favorecendo a sensibilização alérgica. Beta-lactoglobulina (946;-LG) - Exclusiva do leite de vaca, é um dos maiores responsáveis 8203;8203;pela ALV, pois não está presente no leite humano. É altamente imunogênico e resistente à digestão, aumentando o risco de ocorrência alérgica. Alfa-lactoalbumina (945;-LA) - Presente tanto no leite de vaca quanto no leite materno. No entanto, a versão da alfa-lactoalbumina do leite humano tem uma estrutura diferente, o que reduz seu potencial alergênico. Apesar de algumas proteínas possuírem nomes semelhantes, elas não causam reações cruzadas devido a três fatores principais: A alfa-lactoalbumina do leite materno tem uma conformação molecular diferente da encontrada no leite de vaca, tornando-a não alergênica. A caseína do leite humano também tem capacidade nula de ativação do sistema imune em comparação com a caseína bovina. Presença de fatores imunomoduladores no leite materno e enzimas como a lisozima e a lactoferrina ajudam na digestão e no processamento das proteínas do leite materno, tornando-as não propensas a estimular uma resposta alérgica. Ademais, as proteínas do leite humano são mais facilmente degradadas pelas enzimas digestivas da criança, reduzindo sua exposição prolongada ao sistema imunológico intestinal. Portanto, as diferenças estruturais, a digestibilidade e a modulação imunológica fazem com que o leite materno seja seguro. "Embora algumas proteínas do leite materno tenham nomes semelhantes às do leite de vaca, elas não induzem alergia devido a diferenças estruturais, funcionais e imunológicas. A ausência de beta-lactoglobulina no leite materno e a presença de fatores protetores fazem com que ele seja seguro para a maioria das crianças, mesmo aquelas com alergia ao leite de vaca.

Palavra Chave: APLV, ALEITAMENTO, DESENVOLVIMENTO DO LACTENTE

2

Título: ALERGIA AO OVO E REAÇÕES CRUZADAS COM OVOS DE RÉPTEIS: UM RISCO SUBESTIMADO?

Autores: INGRID FERNANDES LOIOLA (UNIEURO), ANA LUIZA VILELA NUNES DE OLIVEIRA (UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (UNIEURO), JULIA TEIXEIRA NÓBREGA (UNIEURO), MARIA LUIZA DE ORNELAS NOBREGA (UNIEURO), IZADORA MOREIRA (UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALLA PERES (UNIEURO)

Resumo: As principais proteínas alergênicas do ovo incluem ovomucóide (Gal d1), ovalbumina (Gal d2), ovotransferrina (Gal d3) e lisozima (Gal d4), todas altamente imunogênicas. A maioria das reações alérgicas é desencadeada pelo consumo de ovos de galinha, mas estudos sugerem que pode haver reações cruzadas com ovos de outras espécies, incluindo répteis. Entre os répteis, as lagartixas são muito comuns em quintais brasileiros e frequentemente depositam seus ovos em locais acessíveis às crianças. "Investigar se a alergia ao ovo de galinha pode gerar ocorrências cruzadas com ovos de répteis, como os de lagartixas, e avaliar se esse contato pode desencadear reações alérgicas graves, incluindo anafilaxia, em crianças sensibilizadas." Realizou-se uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed, Scielo e Lilacs, considerando publicações dos últimos 10 anos. Foram utilizados três descritores específicos sobre alergia ao ovo, reações cruzadas e sensibilização imunológica. A pesquisa também incluiu artigos sobre coincidência entre proteínas animais e sua relevância clínica. "A alergia ao ovo é mais prevalente em crianças, sendo mais comum nos primeiros e segundos anos de vida. A forma mais frequente é a alergia mediada por IgE, caracterizada por reações imediatas, como urticária, angioedema, vômitos e, em casos graves, anafilaxia. Crianças sensibilizadas ao ovo de galinha podem ter sintomas desde níveis leves até quadros de risco de vida. A literatura científica já possui combinações cruzadas entre proteínas de diferentes espécies animais, incluindo aves e répteis. Algumas proteínas do ovo de galinha, especialmente o ovomucóide (Gal d1) e a ovalbumina (Gal d2), têm estruturas semelhantes às proteínas encontradas em ovos de répteis, revelando um potencial de ocorrência cruzada. As lagartixas, por serem répteis comuns em ambientes domésticos no Brasil, frequentemente depositam seus ovos no solo, em locais onde as crianças brincam e podem ter contato direto. Esse contato pode expor crianças sensibilizadas a proteínas alergênicas semelhantes às do ovo de galinha. Estudos apontam que a albumina de répteis compartilha epítópos estruturais com a ovalbumina de galinha, o que pode resultar em reatividade imunológica cruzada. No entanto, a quantidade e a concentração dessas proteínas podem variar entre as espécies, e mais estudos são necessários para determinar a real relevância clínica dessa exposição." Em crianças altamente sensibilizadas ao ovo de galinha, a exposição a proteínas semelhantes pode, teoricamente, desencadear reações alérgicas graves, incluindo anafilaxia. No entanto, ainda não há dados suficientes para quantificar esse risco na prática clínica.

Palavra Chave: ALERGIA AO OVO, REAÇÕES CRUZADAS, SENSIBILIZAÇÃO IMUNOLÓGICA

3

Título: ANAFILAXIA AO FRIO EM CRIANÇA

Autores: EDUARDO VALENÇA RESTIVO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO AMERICANO - UNIEURO), ARTHUR DUTRA DO BOMFIM (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO AMERICANO - UNIEURO), BIANCA OLIVEIRA FRANÇA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO AMERICANO - UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO AMERICANO - UNIEURO), MARCELO PRADO BRASIL (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO AMERICANO - UNIEURO), MARIA CLARA RIBEIRO LOESCH (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO AMERICANO - UNIEURO), MARIA EDUARDA GARCIA EVANGELISTA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO AMERICANO - UNIEURO)

Resumo: Anafilaxia ao frio é uma condição clínica rara e grave desencadeada por exposição a temperaturas frias, como água fria ou ar frio. Em crianças, sua prevalência é menor do que em adultos, no entanto, deve ser diagnosticada e tratada com urgência devido ao risco de vida. Em adultos, a prevalência é estimada em cerca de 0,05%, enquanto em crianças é ainda mais reduzida, mas os dados são escassos. " Genitora traz à consulta especializada sua filha de 9 anos, sexo feminino, que, ao tomar banho em uma lagoa de água fria, apresentou urticárias ao sair da água. Momentos depois, a criança desenvolveu cianose nas extremidades e perda de consciência. Foi levada imediatamente ao serviço de saúde, onde recebeu cuidados emergenciais. A mãe não sabe especificar os procedimentos realizados, mas a criança se recuperou e foi liberada para casa. O médico assistente informou à família que a criança provavelmente sofreu uma anafilaxia ao frio e recomendou consulta especializada para acompanhamento." " Paciente infantil apresentou sintomas de anafilaxia ao frio, um quadro clínico raro em pediatria, mas reconhecível pelos sinais clássicos após a exposição ao frio, urticária, cianose e síncope. A patogênese envolve principalmente a ativação de mastócitos e basófilos pela temperatura fria, liberando histamina e outros mediadores inflamatórios que provocam vasodilatação e aumento da permeabilidade vascular, levando a sintomas sistêmicos graves. Embora a anafilaxia ao frio seja rara, ela pode ser desencadeada por exposição a água fria, alimentos frios ou até ar frio. Não há cura definitiva, mas o manejo inclui evitar a exposição ao frio e o uso de adrenalina autoinjetável para emergências. Devido à gravidade do caso e à história clínica sugestiva, o teste do cubo de gelo, poderia desencadear uma nova reação anafilática, sendo, portanto, dispensado.

Palavra Chave: ANAFILAXIA AO FRIO, REAÇÃO ALÉRGICA GRAVE

Título: IMPACTO DAS QUEIMADAS NA DERMATITE ATÓPICA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA DE BRASÍLIA DURANTE A ESTAÇÃO SECA

Autores: LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), FERNANDA MARQUES SARAIVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), HELENA PERES PERES NUNES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE EM PEDIATRIA DA UNIEURO)

Resumo: A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica da pele, caracterizada por prurido intenso, ressecamento e inflamação. Afeta, predominantemente, crianças e representa uma das enfermidades dermatológicas mais comuns da infância. No Brasil, estima-se que entre 10% e 20% da população pediátrica seja acometida. A DA tem origem multifatorial, incluindo predisposição genética, disfunção da barreira cutânea e fatores ambientais. Entre esses, destacam-se os poluentes atmosféricos, especialmente em regiões onde queimadas são frequentes, como Brasília durante a estação seca."Investigar a possível associação entre a exposição aos poluentes das queimadas florestais e o agravamento da dermatite atópica em crianças na estação seca na região de Brasília."Foi realizada uma revisão bibliográfica integrativa nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS, abrangendo publicações dos últimos 15 anos. Utilizaram-se os descritores: "dermatite atópica", "poluição atmosférica", "queimadas" e "pediatria". Também foram consultadas diretrizes e documentos técnicos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI)."A barreira cutânea em crianças com DA é altamente suscetível à agressão ambiental. Durante a estação seca em Brasília (junho a setembro), os níveis de umidade frequentemente caem abaixo de 30%, comprometendo a integridade da pele. A seca favorece o aumento das queimadas, que liberam poluentes como material particulado fino (PM2.5 e PM10), dióxido de enxofre (SO₂), dióxido de nitrogênio (NO₂) e compostos orgânicos voláteis (COVs). Esses agentes agravam a inflamação cutânea e intensificam os sintomas da DA. Em 2024, Brasília registrou uma das piores estiagens da série histórica, com umidade relativa do ar atingindo 5%, criando condições extremas para o agravamento de doenças dermatológicas. Estudos indicam que a exposição contínua a poluentes atmosféricos pode alterar a microbiota cutânea, aumentar o estresse oxidativo e modular negativamente a resposta imune, fatores que contribuem para exacerbações da DA. Apesar dessas evidências, há escassez de estudos específicos sobre essa relação no contexto de Brasília. A ausência de dados regionais limita a formulação de políticas públicas eficazes e o desenvolvimento de estratégias preventivas para a proteção da população pediátrica."A dermatite atópica em crianças pode ser significativamente impactada por fatores ambientais, particularmente durante a estação seca em regiões sujeitas a queimadas. Embora os mecanismos fisiopatológicos da DA sejam bem estabelecidos, a influência dos poluentes atmosféricos gerados por queimadas na intensificação do quadro clínico exige maior investigação local. Compreender essa relação é essencial para mitigar riscos e elaborar políticas públicas voltadas à saúde infantil em regiões vulneráveis.

Palavra Chave: "DERMATITE ATÓPICA", "POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA", "QUEIMADAS"

5

Título: ALERGIA IGE-MEDIADA A LEITE E BANANA COM ALERTA PARA SÍNDROME LÁTEX-FRUTAS: RELATO DE CASO

Autores: GABRIEL SOUZA SANTOS DA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LUANA MAI NAGATA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), MARIANA DOS SANTOS VASCONCELOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), CELSO TAQUES SALDANHA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA)

Resumo: A alergia à proteína do leite de vaca (APLV) é uma das causas mais comuns de alergia alimentar na infância, podendo ser IgE-mediada, não IgE-mediada ou mista. A sensibilização a frutas como banana pode coexistir com APLV, levantando suspeita para reações cruzadas com látex, na chamada síndrome látex-frutas, relevante pela possibilidade de manifestações graves."Paciente do sexo masculino, 2 anos, acompanhado em ambulatório de Pediatria Geral com diagnóstico prévio de APLV IgE-mediada, confirmado por alergista. Os primeiros sintomas surgiram no primeiro ano de vida após ingestão de leite de vaca industrializado, com placas eritematosas pruriginosas, pápulas em face e tronco, além de edema labial e periorbitário. Reações semelhantes ocorreram com algumas marcas de iogurte, pão de queijo, banana e alimentos industrializados contendo corantes. A mãe relatou ausência de sintomas com leite in natura e com a ingestão indireta dos alérgenos pela lactação. No entanto, o consumo direto dos alimentos pela criança gerava quadros alérgicos consistentes. O tratamento das crises incluía uso de anti-histamínico (Desloratadina) e corticosteroide tópico (Mometasona), com boa resposta. A dieta foi adaptada para exclusão de leite, derivados, banana e industrializados, com introdução de fórmula de soja."O caso descreve um padrão clássico de APLV IgE-mediada, com manifestações cutâneas imediatas e boa resposta à exclusão alimentar. A reatividade à banana levanta hipótese de reação cruzada com látex, especialmente relevante em pacientes com atopia ou antecedentes familiares positivos. A síndrome látex-frutas envolve reações cruzadas entre proteínas de vegetais (como quitinases e profilinas) e o látex natural, sendo descrita em até 50% dos indivíduos alérgicos a látex. A sensibilização cruzada pode evoluir com quadros respiratórios, cutâneos ou anafiláticos ao contato com produtos com látex (balões, chupetas, luvas). Neste caso, apesar de não haver ainda exposição identificada com sintomas ao látex, a exclusão foi orientada. A investigação foi complementada com solicitação de IgE específica para frações do leite (caseína, betalactoglobulina e alfalactalbumina)."Este caso destaca a importância da anamnese detalhada e da vigilância clínica em pacientes com múltiplas sensibilizações alimentares. A associação entre APLV e alergia a banana deve acender o alerta para possível síndrome látex-frutas, com risco de reações cruzadas potencialmente graves. A abordagem precoce e multidisciplinar permite controle clínico eficaz e evita complicações, além de orientar prevenção e planejamento alimentar seguro.

Palavra Chave: ALERGIA, APLV, LATEX

Título: ANAFILAXIA ALIMENTAR POR OVO EM LACTENTE: DIAGNÓSTICO IMEDIATO E CONDUTA DE EMERGÊNCIA NO PRIMEIRO EPISÓDIO

Autores: ANA FLÁVIA SILVA CASTRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), ANA JÚLIA SANTA BÁRBARA REHEM (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), BRUNA ARESE CAMARA SILVA NETO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JOÃO PEDRO ABBOTT CABRAL DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LUCAS TÔRRES DE AVELLAR (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), MARIA LUIZA FELIPE ROCHA MELLO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE ASSISTENTE DE PEDIATRIA DA UNIEURO/UNB E UNICEUB)

Resumo: A anafilaxia é uma reação sistêmica de início súbito, potencialmente fatal, especialmente preocupante em pediatria por sua apresentação rápida e, muitas vezes, inespecífica. O reconhecimento imediato e o manejo adequado em serviços de emergência são cruciais para a sobrevida e prevenção de recorrências, mesmo em pacientes previamente saudáveis.

"O objetivo do presente trabalho é relatar um caso clínico de anafilaxia alimentar em lactente, destacando a importância do diagnóstico precoce, do manejo emergencial com adrenalina e das orientações após o primeiro episódio.

Lactente do sexo feminino, 7 meses de idade, nascida de parto cesárea, termo, AIG, em aleitamento materno exclusivo até os 6 meses. Durante a introdução alimentar, apresentou lesões urticiformes difusas e vômitos logo após a ingestão de ovo cozido. Atendida prontamente em serviço de emergência, recebeu o diagnóstico de anafilaxia por provável mecanismo IgE mediado a proteínas do ovo e foi tratada com adrenalina intramuscular, com resolução completa do quadro. A mãe foi orientada a suspender o consumo de ovo, observar sinais de recorrência, adquirir adrenalina autoinjetável e buscar acompanhamento especializado com alergologista." "Anafilaxia alimentar é a principal causa de anafilaxia em crianças, com o ovo sendo um dos alérgenos mais comuns no primeiro ano de vida. O envolvimento cutâneo e gastrointestinal são manifestações predominantes, e a presença concomitante como neste caso - urticária associada a vômitos - é suficiente para estabelecer o diagnóstico. A administração precoce de adrenalina intramuscular é o tratamento de escolha. Após o primeiro episódio, medidas preventivas e orientação familiar são essenciais para evitar riscos futuros, especialmente em lactentes que ainda estão iniciando a diversificação alimentar." "O caso evidencia a importância da identificação precoce da anafilaxia alimentar em lactentes, sobretudo no contexto da introdução alimentar. A conduta emergencial com adrenalina e a orientação pós-alta são determinantes para o prognóstico. Protocolos de emergência bem definidos e capacitação das equipes de pronto atendimento são fundamentais para manejo.

Palavra Chave: ANAFILAXIA, ALERGIA ALIMENTAR, LACTENTE, OVO, ADRENALINA.

Título: ANAFILAXIA SUBDIAGNOSTICADA E USO INADEQUADO DE ANTI-HISTAMÍNICOS EM EMERGÊNCIAS: UM DESAFIO NO CONTEXTO BRASILEIRO

Autores: ANA FLÁVIA SILVA CASTRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), ANA JÚLIA SANTA BÁRBARA REHEM (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), BEATRIZ DO NASCIMENTO BACELAR (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JOÃO PEDRO ABBOTT CABRAL DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LUCAS TÔRRES DE AVELLAR (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), MARIA LUIZA FELIPE ROCHA MELLO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE ASSISTENTE DE PEDIATRIA DA UNIEURO/UNB E CEUB)

Resumo: A anafilaxia é uma reação alérgica sistêmica grave, de início súbito e com potencial de fatalidade. Segundo a World Allergy Organization (WAO), o tratamento imediato com adrenalina intramuscular é essencial, sendo a única medicação capaz de reverter quadro de obstrução das vias aéreas, estabilizar a pressão arterial e reduzir a inflamação sistêmica. Apesar das diretrizes bem estabelecidas, é frequente no Brasil o subdiagnóstico da anafilaxia em serviços de emergência e o uso incorreto de medicamentos como anti-histamínicos, principalmente a prometazina, que não substituem a adrenalina e podem atrasar o tratamento adequado, colocando o paciente em risco."Adolescente de 19 anos apresentou quadro inicial de gastroenterite aguda, com febre, náuseas, vômitos e diarreia sem muco ou sangue. Após 24 horas, desenvolveu angioedema palpebral, prurido na garganta e cefaleia intensa. Sua médica de família, consultada por telefone, suspeitou de anafilaxia associada à condição gastrointestinal e orientou atendimento imediato em serviço de emergência. No entanto, ao ser avaliada no pronto-socorro, a paciente recebeu apenas antiemético, analgésico e prometazina intramuscular, sem administração de adrenalina e sem monitoramento prolongado, configurando falha grave na conduta clínica."""O caso evidencia o subdiagnóstico de anafilaxia e o uso rotineiro e inadequado de prometazina, um anti-histamínico com ação limitada ao bloqueio de receptores H1. Embora possa aliviar sintomas leves, a prometazina não possui ação sobre os mecanismos fisiopatológicos centrais da anafilaxia, como broncoespasmo, hipotensão e edema de mucosas. Além disso, seus efeitos sedativos podem mascarar a progressão clínica, dificultando a identificação precoce de agravamento. O uso isolado de anti-histamínicos pode gerar falsa segurança clínica, atrasando a administração da adrenalina e elevando o risco de morte. Este padrão de manejo incorreto ainda é comum em serviços de emergência no Brasil, indicando falhas na formação médica e na atualização de protocolos assistenciais.

O manejo inadequado da anafilaxia em serviços de emergência, especialmente o uso isolado de prometazina, representa um risco significativo à saúde do paciente. A capacitação contínua de profissionais da saúde e a disseminação de protocolos baseados em evidências são fundamentais para reverter essa realidade. A administração precoce de adrenalina deve ser priorizada, sendo o anti-histamínico uma medida adjuvante, jamais substitutiva.

Palavra Chave: ANAFILAXIA, EMERGÊNCIA MÉDICA PEDIÁTRICA, ANTI-HISTAMÍNICOS

Título: DERMATITE DE FRALDA NA INFÂNCIA: ATUALIZAÇÃO SOBRE DIAGNÓSTICO E MANEJO PEDIÁTRICO

Autores: ANA PAULA NASCIMENTO GONTIJO (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), AMANDA MENEZES GOMES (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), ANA BEATRIZ GUTMACHER GALVÃO BUENO LEMES (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), ANA BEATRIZ MORAIS DE OLIVEIRA (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), MARIA EDUARDA CARVALHO DOS SANTOS (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), TAISA DA SILVEIRA PINTO (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), DR. CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE DE PEDIATRIA DA UNIEURO/UNB/UNICEUB)

Resumo: A dermatite de fralda, ou dermatite irritativa da área das fraldas, é uma inflamação comum da pele em lactentes, causada pelo contato prolongado com a urina, fezes e fricção local. O pediatra deve reconhecer precocemente essa condição, orientar os cuidadores e manejá-la adequadamente para evitar infecções secundárias e desconforto."Destacar o papel do pediatra na prevenção, diagnóstico diferencial e tratamento eficaz da dermatite de fralda."Foi realizada revisão de literatura nas plataformas PubMed, SciELO e Lilacs, além de documentos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). Foram utilizados os descritores: dermatite de fralda, assadura, pediatria, cuidados com a pele, infância e tratamento tópico. Foram incluídos artigos dos últimos cinco anos (2019-2024)."A dermatite de fralda acomete até 50% dos lactentes, especialmente entre 6 e 12 meses, sem predileção por sexo. A região mais atingida é a convexidade da pele perineal, nádegas e raiz das coxas. É causada por umidade, fricção, oclusão e exposição a enzimas fecais e urina. A candidíase secundária deve ser considerada diante de lesões eritematosas intensas com pústulas satélites em dobras, tratada com antifúngico tópico como nitrato de miconazol. O óxido de zinco é o principal agente tópico de barreira: forma uma camada protetora sobre a pele, isolando-a de agentes irritantes, com ação anti-inflamatória e secativa. Pomadas contendo dexpantenol, óxido de zinco e retinol (vitamina A) como o Hipoglos são usadas como prevenção. A vitamina A contribui para a regeneração epitelial, embora o componente essencial da barreira seja o óxido de zinco. Esses produtos não precisam ser aplicados a cada troca de fralda, mas são úteis em casos de risco (diarreia, fralda muito cheia, vermelhidão inicial). Cuidados preventivos fundamentais incluem: trocas frequentes, limpeza com água morna e algodão, evitar lenços com álcool, secagem adequada e exposição da pele ao ar. A associação com marcas de fraldas é rara, sendo o manejo higiênico o fator mais importante."A dermatite de fralda é comum e tratável. O pediatra deve orientar sobre medidas preventivas e o uso adequado de barreiras como o dexpantenol com óxido de zinco e retinol (Hipoglos), garantindo conforto e evitando complicações.

Palavra Chave: DERMATITE, FRALDA, PEDIATRIA

Cardiologia

1

Título: PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DAS CRIANÇAS NASCIDAS VIVAS COM ANOMALIA DE EBSTEIN ENTRE 2019-2023 NA REGIÃO SUDESTE

Autores: LUIZA VALADARES E PEREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), LUCAS WILL DE AGUIAR (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), ADRIANE LOPES CONDÉ (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), EMANUEL COSTA SALES (CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA)

Resumo: A anomalia de Ebstein é uma malformação rara, correspondendo a menos de 1% de todas as anomalias cardíacas congênitas. Consiste no deslocamento caudal da valva tricúspide, com fluxo retrógrado para o átrio direito, em decorrência da insuficiência valvar. Caracteriza-se por um espectro de gravidade variável, sendo mais pronunciado no período neonatal. Assim, é imprescindível compreender a apresentação clínica do neonato, uma vez que nos casos de insuficiência tricúspide, a mortalidade apresenta-se elevada ao longo da trajetória natural da condição. A terapia de cada paciente é ajustada conforme a gravidade do quadro clínico e o nível de obstrução da via de saída do ventrículo direito. "Este estudo visa elucidar o panorama epidemiológico das pessoas nascidas vivas com a anomalia de Ebstein na região Sudeste." Este trabalho consiste em um estudo epidemiológico, de natureza observacional e descritiva, com enfoque quantitativo, referente aos nascimentos vivos que apresentaram anomalia de Ebstein na região Sudeste, entre 2019 e 2023. A pesquisa foi realizada por meio da análise do Painel de Monitoramento de Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (D180 e Q00-Q99) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizado pelo Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT/SVS/MS), com a seleção do indicador Q22.5. "Observou-se que as notificações da patologia em questão apresentaram uma variação gradual ao longo do tempo, com o ano de 2020 exibindo os menores índices e 2022 registrando o maior número durante o período avaliado, prevalecendo mães na faixa etária de 20 a 39 anos, que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação e realizaram sete ou mais consultas. Em termos proporcionais, a prevalência dessa condição variou entre 0,5 a 1 caso por 10.000 nascidos vivos. As variações entre os estados da região também foram notáveis, com São Paulo liderando em número absoluto de casos e Espírito Santo em última posição, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). " A predominância de neonatos conclui-se que a maioria nasceu por meio de cesárea, a termo, apresentando um peso considerado ideal. Destaca-se que, na maioria dos casos, o índice Apgar observado no 1º e 5º minutos foi satisfatório, com pontuações variando entre 8 e 10, sem sinais de asfixia, e que a maior parte dos recém-nascidos é do sexo feminino e de etnia branca.

Palavra Chave: EPIDEMIOLOGIA, CRIANÇAS, ANOMALIA DE EBSTEIN

Título: DESVENDANDO A FEBRE REUMÁTICA: UM CASO CLÍNICO DE DIAGNÓSTICO DESAFIADOR

Autores: MARIA LUIZA OLIVEIRA (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), THAYNÁ DE OLIVEIRA ALFREDO (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), ANA CLARA GONDIM OLIVEIRA (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), MASARU SANTANA KANDO (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), MOISÉS VICTOR PINHO MARTINS ROCHA (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), CRISTIANO SILVA NEVES (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), TALISSA GOMES DA SILVA DE SOUZA (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), JULIA CARVALHO COSTA (HOSPITAL DAS CLINICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA)

Resumo: A febre reumática (FR) é uma doença inflamatória pós infecção estreptocócica com manifestações clínicas multissistêmicas. Representa uma das principais causas de cardiopatia adquiridas no Brasil. Neste caso, a paciente cursou com quadro de hipotonía generalizada e cardite reumática (CR)."Menina, seis anos, natural de Penedo/AL, residente de Ituiutaba/MG, com imunizações atualizadas, previamente hígida, desenvolvimento adequado. Admitida com quadro de tetraparesia incompleta e flácida há 15 dias. História pregressa de febre, coriza e odinofagia que cedeu espontaneamente, sem uso de antibióticos, há 7 semanas. Após três semanas, iniciou com artralgia em grandes articulações de membros inferiores, assimétrica, migratória, sem traumas pregressos. Após duas semanas, evoluiu com paresia de membros inferiores e superiores com parada súbita de deambulação, afasia motora e distúrbio de deglutição. Controle esfíncteriano preservado. Ao exame físico se mostrou consciente, vigil, força motora nos membros superiores e inferiores, proximal diminuidas grau 2 e distal grau 1 pela Escala Medical Research Council. Ausência de sustentação axial, com reflexos osteotendíneos diminuídos e cutâneo-plantar em flexão. Movimentos coreicos em face e membros superiores. Sem sinal de irritação meníngea ou clônus. Acamada, apatia, prostração, palidez cutâneo-mucosa 2+/4+. Taquipneia discreta, ausculta pulmonar sem alterações. Bulhas rítmicas com sopro sistólico 2+/6+ na área mitral e tricúspide, irradiando para foco aórtico e aórtico acessório. O diagnóstico inicial foi de encefalite, sendo a autoimune a primeira a ser abordada pela neurologia pediátrica e excluído meningite. Indicada pulsoterapia com Metilprednisolona por três dias. Avaliada posteriormente pela cardiologia devido sopro e pensado em FR com CR. Laudado em ecocardiograma disfunção de todas as valvas cardíacas com insuficiência Mitral e Aórtica moderada e discreta das valvas Tricúspide e Pulmonar, miocardiopatia dilatada com função sistólica preservada. Feito, então, tratamento para FR com CR e considerado que as alterações neurológicas foram secundárias à coreia do tipo coreia com hipotonía muscular global (coreia mole). A criança evoluiu com recuperação e resposta rápida ao tratamento. Todos os exames neurológicos foram normais e a ASLO na internação aumentada (1990UI/mL). Recebeu alta hospitalar após cinco dias com recuperação plena da função motora e melhora da CR mostrada no seguimento ambulatorial. ""Diagnóstico: FR com CR e coreia mole"A FR, apesar de simples prevenção, ainda é uma patologia frequente em países em desenvolvimento sendo a CR associada a grande parte das indicações de cirurgias cardíacas com elevados gastos para saúde pública. A suspeição, por meio do exame clínico, e o tratamento adequado são primordiais para prevenção de sequelas. Todavia, o diagnóstico pode ser desafiador e tardio se indisponibilidade de exames complementares, como ASLO e ecocardiograma.

Palavra Chave: FEBRE REUMÁTICA. CARDITE REUMÁTICA. COREIA MOLE

Título: CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DOS BRASILEIROS NASCIDOS VIVOS COM TETRALOGIA DE FALLOT ENTRE 2019 E 2023

Autores: LUIZA VALADARES E PEREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), MELYSSA SILVEIRA CUNHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), LUÍS CLÁUDIO DA MOTTA BARBOSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), TAIS CRISTINA MAGESTE (CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA)

Resumo: A Tetralogia de Fallot (TF) é uma cardiopatia congênita que se distingue por quatro características principais: a permanência de uma ampla comunicação interventricular (CIV), a obstrução muscular na via de saída do ventrículo direito, a dextroposição da aorta, e a hipertrofia do ventrículo direito. O diagnóstico pode ser efetuado por meio da ecocardiografia fetal, enquanto o tratamento definitivo é alcançado através da intervenção cirúrgica."Esta pesquisa visa identificar o panorama epidemiológico dos nascidos vivos com tetralogia de Fallot no Brasil. "Este é um estudo epidemiológico, observacional e descritivo, com uma abordagem quantitativa, destinado aos nascidos vivos com tetralogia de Fallot no Brasil, no período de 2013 a 2023. A pesquisa foi realizada por meio da consulta ao Painel de Monitoramento de Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (D180 e Q00-Q99) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), fornecido pelo Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT/SVS/MS), tendo sido selecionado o indicador Q21.3 para este estudo."Entre os anos de 2019 e 2023, o cenário epidemiológico da Tetralogia de Fallot no Brasil refletiu um aumento na detecção precoce da condição, atribuído a melhorias no rastreamento pré-natal e maior acesso a exames de ultrassom fetal de alta resolução. De acordo com dados obtidos a partir do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), estima-se que a prevalência da TF seja de aproximadamente 0,2 a 0,3 casos por 1.000 nascidos vivos, com variações regionais devido a fatores socioeconômicos e disparidades no acesso ao cuidado especializado. Regiões com melhor infraestrutura de saúde, como o Sudeste e o Sul, apresentam maior detecção de casos devido à presença de centros especializados em cardiologia fetal e neonatal. Observou-se que as notificações da patologia em questão apresentaram um aumento progressivo ao longo do tempo, evidenciando um declínio no ano de 2020, seguido por uma retomada de tendência ascendente. A análise dos dados revela que os neonatos diagnosticados com tetralogia de Fallot no Brasil, entre 2019 e 2023, nasceram de mães na faixa etária de 20 a 34 anos, que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre da gestação e realizaram sete ou mais consultas. A prevalência de neonatos que nasceram por via cesariana, a termo e com peso considerado ideal, é significativa."Conclui-se que a maioria das crianças apresenta índices de Apgar no 1º e 5º minutos sem sinal de asfixia, predominantemente do sexo masculino e de etnia caucasiana.

Palavra Chave: CRIANÇA, TETRALOGIA DE FALLOT, EPIDEMIOLOGIA

Título: CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DOS BRASILEIROS NASCIDOS VIVOS COM COR TRIATRIATUM ENTRE 2019 E 2023

Autores: LUIZA VALADARES E PEREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), SEDECIAS DE ALMEIDA FRANCO NETO (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), PEDRO AUGUSTO DA MOTTA BARBOSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), FILIPE ALVES COSTA BARBOSA (HOSPITAL NOSSA SENHORA AUXILIADORA)

Resumo: Cor triatriatum é uma malformação congênita pouco comum, caracterizada pela presença de uma membrana que divide de maneira anômala o átrio. Geralmente, é diagnosticada na infância. Poucos casos são assintomáticos, sendo identificados somente na idade adulta. Na maioria das situações, essa malformação está correlacionada a outras anomalias cardíacas congênitas. Além disso, seu impacto pode ser significativo na saúde cardiovascular do indivíduo. Em recém-nascidos e crianças, as manifestações clínicas estão frequentemente associadas à presença de complicações, como a hipertensão na artéria pulmonar. O diagnóstico é realizado por meio do ecocardiograma. Nos cenários sintomáticos, a abordagem terapêutica envolve a correção cirúrgica. "Esta investigação tem como objetivo delinear o panorama epidemiológico dos nascidos vivos com Cor Triatriatum no Brasil. "Este é um estudo epidemiológico, observacional e descritivo, com uma abordagem quantitativa, destinado aos nascidos vivos com Cor Triatriatum no Brasil, no período de 2019 a 2023. A investigação foi conduzida através da consulta ao Painel de Monitoramento de Malformações Congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (D180 e Q00-Q99) do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizado pelo Departamento de Análise Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT/SVS/MS), para este estudo, o indicador Q24.2 foi selecionado."Entre 2019 e 2023, o panorama epidemiológico do Cor Triatriatum no Brasil evidenciou uma baixa detecção da condição, resultante de avanços no rastreamento pré-natal, consultas de puericultura e maior acesso a exames de ultrassom fetal de alta resolução, assim como ao ecocardiograma. Regiões com infraestrutura de saúde superior, como o Sudeste e o Sul, foram as únicas nos últimos cinco anos a evidenciar a detecção de casos, em função da existência de centros especializados em cardiologia fetal e neonatal. A análise dos dados indica uma frequência de registros que é não apenas baixa, mas em alguns anos inexistente, resultando em um total de apenas 4 casos documentados. Estes casos referem-se a gestantes com idades variando entre 20 e 29 anos, que estavam entre 37 e 41 semanas de gestação e iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. O cenário epidemiológico entre esses anos indica também uma possível subnotificação devido às variações regionais no acesso aos serviços de saúde e à expertise em diagnóstico dessa condição rara. Regiões com menos recursos diagnósticos especializados podem apresentar lacunas na identificação precoce e no acompanhamento desses casos, limitando as disciplinas precoces."Conclui-se, portanto, que se trata de uma patologia com baixa prevalência, e que a aquisição de conhecimento sobre essa condição é essencial para possibilitar diagnósticos e intervenções apropriadas.

Palavra Chave: CRIANÇA, CORAÇÃO TRIATRIADO, EPIDEMIOLOGIA

5

TÍTULO: TROMBOSE NEONATAL DE ARTÉRIA AXILAR: RELATO DE CASO E ABORDAGEM TERAPÊUTICA

Autores: RAFAEL TAVARES QUEIROZ (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), FELIPE ROBERTO GOMES SIQUEIRA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARINA OBA GALVÃO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), TIFFANY GABRIELLY SALGADO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), KARINA NASCIMENTO COSTA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA)

Resumo: A trombose é um evento incomum na pediatria, mas, de um modo geral, os recém-nascidos pré-termo constituem o grupo de maior risco para o seu desenvolvimento e são a população mais vulnerável. Quanto à fisiologia, a dramática transição da circulação fetal para a neonatal, associada à imaturidade hemostática relativa, contribui para a ocorrência de eventos tromboembólicos. Entre os fatores de risco mais importantes estão o uso de catéteres, a necessidade de ventilação, infecções sistêmicas, a prematuridade, malformações cardíacas, além de condições maternas como pré-eclâmpsia, insuficiência placentária e diabetes gestacional. A tendência de aumento nos casos de trombose nessa faixa etária pode estar relacionada à maior cobertura da assistência hospitalar e às suas intervenções."Recém-nascida do sexo feminino, pré-termo (28 semanas), pesando 1050g ao nascer. A mãe apresentava diabetes gestacional, oligodramnia e rotura de membranas ovulares 18 dias antes do nascimento. Apresentou persistência de canal arterial e comunicação interatrial, além de sepse neonatal tardia com 20 dias de vida. Com 26 dias, iniciou cianose em extremidade direita, inicialmente melhorando com mudança de posição, evoluindo no dia seguinte com acentuação de cianose e ausência de reversão. Foi solicitada remoção urgente do cateter venoso central de inserção periférica (PICC) da região axilar, postergada devido a falha de obtenção de novo acesso para medicações e nutrição parenteral total. No dia seguinte, PICC foi retirado e novo acesso venoso central realizado na subclávia direita. A ultrassonografia com doppler evidenciou estenose focal na artéria axilar direita com estimativa de 50% a 70%, provavelmente por trombo subocclusivo. Foi iniciada enoxaparina 2mg/kg/dose, substituída posteriormente por heparina não fracionada (HNF). A HNF foi substituída novamente por enoxaparina após 1 semana por dificuldade de ajuste de dose. A cianose em leito ungueal dos quirodáctilos direitos apresentou melhora, porém com necessidade de debridamento cirúrgico da necrose em 3º quirodáctilo." DISCUSSÃO: As estratégias de tratamento para trombose neonatal mais utilizadas são a HNF e a heparina de baixo peso molecular (HBPM) para prevenir a extensão do trombo e suas complicações. O uso de HBPM constitui primeira linha terapêutica devido à maior previsibilidade de sua resposta, menor ajuste de dose e fácil via de administração. A escassez de protocolos padronizados torna o manejo da trombose neonatal desafiador e heterogêneo.

CONCLUSÃO: O caso ilustra a complexidade no diagnóstico e no tratamento de trombose arterial neonatal em prematuros extremos e aponta para a necessidade de identificação precoce do quadro para melhores desfechos.

Palavra Chave: TROMBOSE ARTERIAL AXILAR, RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

6

Título: CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO DOS BRASILEIROS NASCIDOS VIVOS COM COMUNICAÇÃO INTERATRIAL ENTRE 2019 E 2023

Autores: LUIZA VALADARES E PEREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), JÚLIA ROSA DE SOUZA SOARES (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), FABIANA SALOMÃO LOPES PETRUCELI (UNI-BH), EMANUEL COSTA SALES (CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA)

Resumo: A comunicação interatrial (CIA) é caracterizada por um conjunto de anormalidades que geram a comunicação entre os átrios esquerdo e direito do coração. É considerada uma cardiopatia congênita muito comum sendo aproximadamente 5,4 a 7,1 por 1000 nascidos vivos. A fisiopatologia da doença envolve mutação de genes que são relevantes para a formação inicial do coração, mas também há relação com a exposição ao álcool, ao tabaco e alguns antidepressivos de uso na gravidez. Geralmente os pacientes que possuem CIA desenvolvem os sintomas posteriormente, apresentando dispneia aos esforços e fadiga apresentando também alterações no raio X, como o aumento das estruturas cardíacas direitas. Para o diagnóstico é necessário, ainda durante o pré natal, a realização de ultrassom de primeiro trimestre e ecocardiograma fetal. "Tem como objetivo analisar o panorama epidemiológico dos nascidos vivos que apresentam CIA no período entre 2019 e 2023." Este é um estudo epidemiológico, observacional, descritivo, com abordagem quantitativa. A investigação foi realizada por meio de pesquisa ao Painel de Monitoramento de Malformações congênitas, Deformidades e Anomalias Cromossômicas (D180 e Q00-Q99) do Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), disponibilizado pelo Departamento de Análises Epidemiológica e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis (DAENT/SVS/MS), para este estudo, o indicador Q 21.1 foi selecionado."Este panorama epidemiológico da Comunicação Interatrial no Brasil apresentou o total de 3452 nascidos com CIA, sendo que a região Sudeste obteve 3227 e a região Norte obteve 109 crianças. Além disso, em relação ao pré -natal, foi evidenciado que mulheres que realizaram apenas 1 a 3 consultas tiveram 214 crianças com o diagnóstico da patologia, enquanto mulheres que fizeram 7 ou mais consultas tiveram 2562 crianças com o diagnóstico da CI. Concomitantemente, os recém nascidos com menos de 37 semanas obteve total de 1128 em comparação com recém nascido com 42 semanas ou mais foi de 14. Conclui-se, portanto, que se trata de uma patologia comum e inteiramente ligada às condições da gestação e a qualidade e acesso aos serviços de saúde, sendo ainda pouco diagnosticada na região Norte. Ademais, foi visto que recém nascidos prematuros apresentaram maior quantidade de CIA, haja vista que possuem imaturidade fisiológica dos órgãos, obtendo mais chance de malformação."É importante afirmar, então, a necessidade de estratégias municipais e estaduais no ampliamento para ter acesso aos serviços de saúde, bem como orientar quanto à influência da gestação no desenvolvimento do bebê.

Palavra Chave: EPIDEMIOLOGIA, COMUNICAÇÃO INTERATRIAL, CRIANÇA

Título: INCIDÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS ÀS CARDIOPATIAS CONGÊNITAS NA REGIÃO CENTRO-OESTE EM 2024

Autores: THIAGO BONAFÉ (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE), MATHEUS DE SOUZA RIBEIRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE), SAMUEL SOTERO LOURENÇO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), LAÍS EDWIRGES ROSA BESERRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE), PEDRO CANAS SPOLADOR (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE), ANA CECÍLIA PEROTES ALBUQUERQUE (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE), VITÓRIA CRISTINA RODRIGUES (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE), LUCIANA OLIVEIRA CASTRO E SILVA SOBRAL (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ DE ALENCAR)

Resumo: As cardiopatias congênitas (CCs) afetam de 6 a 8 a cada 1.000 recém-nascidos e são uma das principais causas de morbidade neonatal. Essas condições podem ter origem genética, cromossômica ou ambiental, sendo muitas vezes de causa desconhecida. O diagnóstico da cardiopatia pode ser realizado a partir da 16ª semana de gestação por ecocardiografia fetal. Embora algumas CCs sejam bem toleradas durante a vida intrauterina, as manifestações clínicas geralmente ocorrem no período neonatal. No Brasil, as cardiopatias congênitas representam 11,2% dos óbitos infantis e estão associadas a elevados índices de morbidade, internações hospitalares e necessidade de intervenções cirúrgicas precoces."Analisa a incidência e os fatores associados às cardiopatias congênitas no Mato Grosso e na região Centro-Oeste no ano de 2024, destacando suas principais causas e taxas de morbimortalidade, contribuindo para a compreensão do impacto dessas malformações no sistema de saúde."Trata-se de um estudo de coorte retrospectiva baseado em dados de internações hospitalares em Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e Distrito Federal, extraídos do SIH/DATASUS via microdatasus no RStudio (versão 4.3.2). Foram analisados registros classificados sob a CID-Q21 ao longo de 2024. Aplicaram-se modelos de análise de sobrevida e o teste do Qui-quadrado para determinar fatores preditores de mortalidade."Foram registrados 516 casos de malformação congênita do sistema cardíaco (CID Q21), sendo 52,9% (n = 273) do sexo feminino e 47,1% (n = 243) do masculino. O Distrito Federal concentrou a maior parte dos casos (42,83%), seguido por Goiás (34,69%), Mato Grosso do Sul (17,05%) e Mato Grosso (5,43%). Mato Grosso do Sul apresentou a maior taxa de óbitos com 6,7% ($p = 0,1884$). O custo médio das internações foi de R\$ 15.678,31, com 56,6% dos pacientes apresentando despesas inferiores e 43,4% superiores a esse valor. A necessidade de internação em UTI, por exacerbação clínica ou correção cirúrgica da CCs, esteve associada a um risco cinco vezes maior de óbito ($p = 0,0791$). A maioria dos pacientes era parda (78,68%), mas a mortalidade foi maior entre brancos e amarelos (6,70%) do que entre pretos, pardos e indígenas (3,65%) ($p = 0,1884$). A especialidade com maior número de atendimentos foi a cirurgia (49,22%), seguida por pediatria (38,95%) e clínica médica (11,82%), sendo a necessidade por procedimento cirúrgico cardíaco um preditor significativo de óbito ($RR = 2,41$; $p < 0,05$). Crianças atendidas na emergência (77,33%) tiveram um risco 828% maior de morte em comparação às atendidas eletivamente (22,67%) ($RR = 9,28$; $p < 0,05$). As malformações congênitas do coração (CID Q21) apresentam alto impacto na mortalidade e nos custos hospitalares, com maior risco de óbito em pacientes internados, submetidos a correção cirúrgica da CCs e atendidos em emergência. O diagnóstico precoce e um manejo adequado são essenciais para reduzir as complicações relacionadas à cardiopatias.

Palavra Chave: CARDIOPATIAS CONGÊNITAS, MORTALIDADE INFANTIL.

Dermatologia

1

Título: DESIDROSE EM CRIANÇAS: REVISÃO CLÍNICA E DIRETRIZES ATUAIS DE MANEJO PEDIÁTRICO

Autores: RAFAEL PIMENTEL SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARILÚCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EUROAMERICANO/UNIEURO)

Resumo: A desidrose, também conhecida como disidrose ou eczema disidrótico, é uma dermatose caracterizada por vesículas pruriginosas, predominantemente nas palmas, plantas e faces laterais dos dedos. Sua etiologia ainda não é totalmente compreendida, mas está associada a fatores como sudorese excessiva, estresse, exposição a alérgenos e agentes irritantes. Em pediatria, embora menos prevalente que em adultos, é uma condição que requer diagnóstico diferencial criterioso e tratamento adequado para prevenir recidivas e aliviar o desconforto da criança. "Revisar a conduta clínica atual da desidrose em pediatria, com base nas diretrizes mais recentes da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), visando auxiliar o pediatra no reconhecimento precoce, manejo adequado e prevenção de complicações." Foi realizada revisão narrativa utilizando as plataformas PubMed, SciELO e LILACS, com publicações dos últimos 5 anos. Utilizaram-se cinco descritores: "desidrose", "eczema disidrótico", "dermatite vesicular", "infância" e "tratamento". Além disso, foram incluídos documentos da SBD e SBP, quatro consensos clínicos dermatológicos e dois estudos observacionais em populações pediátricas. "A desidrose acomete tipicamente crianças a partir dos 4-5 anos, sendo mais comum entre os 10 e 20 anos, e pode melhorar espontaneamente na vida adulta. A manifestação clínica mais característica são vesículas pequenas, agrupadas, com prurido intenso, geralmente localizadas nas palmas das mãos (mais comum) e plantas dos pés. Pode haver sensação de ardência, descamação posterior e, em casos crônicos, liquenificação.

A condição é mais prevalente em meninas na infância, com discreto predomínio feminino. Estudos sugerem uma prevalência de até 1% em crianças atendidas em ambulatórios de dermatologia pediátrica. Não se trata de uma infecção fúngica, mas a presença de micoses pode desencadear ou agravar quadros de desidrose — fenômeno conhecido como dermatofitid (reação id).

O tratamento baseia-se em:

- Corticosteroides tópicos de média a alta potência (ex: mometasona, clobetasol), aplicados 1-2 vezes ao dia por até 2 semanas;
- Anti-histamínicos orais, em casos de prurido intenso;
- Emolientes e barreira cutânea contínuos, para reduzir recidivas;
- Evitar gatilhos, como calor excessivo, suor, detergentes e estresse.

Casos recorrentes podem se beneficiar de imunomoduladores tópicos como tacrolimo ou pimecrolimo. Complicações incluem infecção secundária bacteriana (impetiginação) e cronicidade com impacto na qualidade de vida.

"A desidrose, apesar de benigna, impõe significativo desconforto à criança. Seu manejo eficaz exige o reconhecimento precoce, diferenciação de infecções fúngicas, e seguimento com terapêutica tópica adequada. O uso criterioso de corticoides, associado a educação familiar e prevenção de gatilhos, reduz recidivas e complicações.

Palavra Chave: DESIDROSE, CORTICOSTEROIDES TÓPICOS

Endocrinologia

1

Título: OBESIDADE INFANTIL EM ASCENSÃO: UM DESAFIO DE SAÚDE PÚBLICA

Autores: GABRIELE MARIA BRAGA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT), FERNANDO DE VELASCO LINO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT), BIANCA ROCHA DE AGUIAR (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT), NATÁLIA CAROLINE COELHO DOS SANTOS ALMEIDA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT), MARIA CLARA JORGE RODRIGUES (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT), AMANDA BARBOSA DA CRUZ (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT), LAURA REIS DE OLIVEIRA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT), ANA FLÁVIA SILVA DE SOUZA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT)

Resumo: A obesidade é um distúrbio multifatorial marcado pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, resultante da interação entre fatores genéticos, comportamentais e ambientais. A Organização Mundial da Saúde (OMS) a reconhece como um grave problema de saúde pública global, com prevalência crescente em todas as faixas etárias, especialmente entre crianças e adolescentes. Segundo o Ministério da Saúde (MS), crianças com excesso de peso têm 75% mais chances de se tornarem adolescentes obesos, enquanto adolescentes obesos apresentam um risco de 89% de manter a obesidade na vida adulta. Essa tendência é alarmante, pois a obesidade persistente aumenta significativamente o risco de diversas complicações crônicas a longo prazo."Analisar dados epidemiológicos da obesidade infantil e destacar sua prevalência, além de conscientizar profissionais de saúde sobre a importância da prevenção, com foco especial em crianças e adolescentes."Estudo baseado na análise epidemiológica de notificações de obesidade registradas na plataforma DATASUS e em relatórios da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS)."Relatório publicado em março de 2025 pela OPAS revelou que 37,6% das crianças e adolescentes de 5 a 19 anos nas Américas apresentam sobrepeso ou obesidade. Globalmente, estima-se que, até 2030, esse número alcance 254 milhões de jovens nessa faixa etária, o que pode impactar não apenas a saúde física, mas também o bem-estar emocional e o desempenho escolar. No Brasil, segundo o MS, em 2021, cerca de 6,4 milhões de crianças tinham excesso de peso, e 3,1 milhões já apresentavam obesidade. Entre menores de 5 anos, o índice de sobrepeso é de 14,8%, sendo que 7% estão na faixa de obesidade. A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) aponta que, entre adolescentes de 13 a 17 anos, a maior prevalência de obesidade foi observada na região Sul (10,2%), seguida pelo Sudeste (8,3%), Centro-Oeste (8,1%), Nordeste (6,4%) e Norte (6,1%). No que se refere à mortalidade, o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM) registrou 2.098 óbitos por obesidade em 2010, número que aumentou para 4.561 em 2021, representando um crescimento de 117,4%. Embora não tenham sido registrados óbitos entre crianças de 0 a 14 anos, nota-se um aumento progressivo da mortalidade conforme a idade avança."Diversos fatores contribuem para o desenvolvimento da obesidade, incluindo aspectos genéticos, metabólicos, ambientais, psicológicos e comportamentais. O consumo excessivo de ultraprocessados e o sedentarismo estão entre os principais responsáveis pelo ganho de peso. Promover hábitos saudáveis desde a infância, aliados a políticas públicas que limitem a exposição a alimentos obesogênicos, é essencial para o controle dessa epidemia. Além disso, o mapeamento das regiões com maiores índices de obesidade infantil e a análise das causas locais são fundamentais para o desenvolvimento de estratégias eficazes de combate no Brasil.

Palavra Chave: OBESIDADE INFANTIL, EPIDEMIOLOGIA, PREVENÇÃO, SAÚDE PÚBLICA.

2

Título: IMPACTO DO USO EXACERBADO DE TELAS E A RELAÇÃO COM A OBESIDADE INFANTIL

Autores: LUIZA VALADARES E PEREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), ISADORA NASCIMENTO DOS SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), LUCAS ADIONIDIO FERRAZ (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), EMANUEL COSTA SALES (CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA)

Resumo: Embora o uso de tecnologia faça parte da rotina de crianças e adolescentes, nota-se que a exposição demasiada à tela relacionada a estilos de vida não saudáveis aumentam o risco de obesidade pediátrica. Por conseguinte, cabe salientar que esse Índice de Massa Corporal (IMC) elevado na infância pode persistir na vida adulta, podendo estar associado ao risco de diabetes mellitus tipo 2, hipertensão arterial, síndrome metabólica, baixa auto-estima e desemprego posteriormente. "Objetiva-se analisar a relação entre o uso exacerbado de telas e a obesidade infantil." Trata-se de um estudo de revisão integrativa, que utilizou as bases de dados Pubmed, Scielo, BVS e Google Acadêmico. Adotou como estratégia de pesquisa: PVO (População: crianças e adolescentes; Problema: tempo de tela; Variável: obesidade infantil; Outcome: relação entre o uso exacerbado de tecnologia e a obesidade pediátrica). Fez-se o uso de estratégia de busca baseada nos descritores do DECS/MESH: "screen time", "technology" e "pediatric obesity". Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis eletronicamente, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados nos últimos 05 anos, e que apresentassem a temática proposta, obtendo um total de 23 trabalhos científicos. "A maior exposição combinada de tela foi significativamente associada a um risco aumentado de obesidade. As associações entre assistir televisão, uso de computador e de smartphone foram todas positivas, apesar de a correlação ter sido mais considerável somente para assistir televisão. Prova disso é que passar 180 minutos ou mais por dia exposto à tela de forma recreativa esteve concatenada a um incremento na prevalência ajustada de excesso de peso e de obesidade em crianças de 2 a 14 anos. Além disso, a realocação de 1 hora de uso de tela para leitura, estudos, sair com amigos, atividade física, conversa com pais, sono, pode estar correlacionada à redução do risco de obesidade infantil. Conclui-se, portanto, que o tipo de tecnologia usado; o tempo de tela; os momentos de exposição à tela (se durante as refeições, se antes de dormir); o conteúdo visualizado (publicidade infantil de alimentos ultraprocessados) concatenados a hábitos de vida não saudáveis, tais como: ampliação do tempo sedentário; inatividade física; sono irregular e de baixa qualidade, bem como comportamentos alimentares não balanceados corroboram a prevalência da obesidade pediátrica. " Para tanto, ressalta-se a importância da adesão às recomendações da Academia Americana de Pediatria (AAP) e da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) a respeito do tempo total de tela diário para cada faixa etária. Ademais, deve-se reforçar o monitoramento e supervisão dos pais e cuidadores no que tange à exposição à tela pelas crianças e adolescentes. Em adição, evidencia-se a imprescindibilidade de se atentar às orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) quanto à prática de exercícios físicos e aos hábitos alimentares para a população pediátrica.

Palavra Chave: OBESIDADE INFANTIL, OBESIDADE PEDIÁTRICA, TEMPO DE TELA.

Título: DISRUPTORES ENDÓCRINOS: O QUE NÃO PODEMOS ESQUECER?

Autores: FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), AMANDA BEATRIZ OLIVEIRA CANUTO (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), JOÃO VICTOR LOSCHI DE CARVALHO EULÁLIO (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LETÍCIA LIMA SOMBRA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), CAROLINA BERNARDO DE ALMEIDA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), JOANA PEREIRA FESTAS (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), GABRIELA LOPES ALENCAR (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS)

Resumo: Os disruptores endócrinos (DE) são substâncias exógenas que alteram a fisiologia endócrina e estão presentes em ambientes naturais, produtos domésticos e cosméticos. Suspeita-se que a crescente incidência de doenças endócrinas, como obesidade, diabetes, puberdade precoce e infertilidade esteja, em parte, relacionada ao contato com essas substâncias. Assim, é importante considerar essa exposição em casos suspeitos e adotar medidas para reduzi-la, sobretudo na gestação, infância e adolescência. "Paciente de 8 anos e 1 mês, residente Sapezal-MT, buscou atendimento por telarca iniciada aos 7 anos. Relata pubarca, sem axilarca e com aumento da velocidade de crescimento. Nega uso de produtos inadequados à idade ou hormônios tópicos por contactantes. A história social revelou que família vive em área rural e o pai da paciente é responsável pela pulverização de inseticidas em lavoura de algodão (média de 20 pulverizações ao ano). Criança adotada, sem dados do canal familiar. Ao exame físico, escore Z de estatura, peso e IMC adequados, Tanner M3P2. Idade óssea compatível com a idade cronológica; Ultrassom pélvico: útero piriforme, ovário direito 3,6 cm³ e esquerdo 3,7 cm³ (útero e ovários com aspecto puberal); LH: 1,47; FSH: 3,7; Estradiol: 20,4. Feito diagnóstico de puberdade precoce central e iniciado bloqueio puberal com análogo de GnRH. """"A puberdade fisiológica ocorre entre 8-13 anos nas meninas e 9-14 anos nos meninos. A presença de telarca antes dos 8 anos, associado a aumento do estradiol e útero e ovários com características puberais, confirma o diagnóstico de Puberdade Precoce (PP). Na prática médica, pensar em um agente causal é um desafio, que só é possível resolver com uma anamnese completa, para formulação hipóteses diagnósticas adequadas. Neste caso, uma causa provável foi a exposição a pesticidas e herbicidas, que são importantes DE, capazes de provocar PP por ação estrogênica, a depender da janela de exposição, do sexo e do composto ao qual foi exposto. No meio rural, muitas famílias são expostas a essas substâncias, pois a agricultura é frequentemente vinculada à subsistência familiar. As complicações da PP são baixa estatura na vida adulta, doenças crônicas, neoplasias, impacto psicológico e social. Além disso, os pesticidas podem provocar abortamentos, malformações fetais e infertilidade. Considerações Finais: O pediatra desempenha um papel crucial no desenvolvimento infantil e deve ser capaz de identificar os principais riscos ambientais através de história clínica completa e observação das condições de moradia, para conscientizar sobre a importância de um ambiente seguro. Todavia, é importante reconhecer a fragilidade das famílias que, muitas vezes, não conseguem evitar a exposição às substâncias, por se tratar do meio de sobrevivência familiar. No caso em tela, a paciente segue em acompanhamento clínico e bloqueio puberal, mas permanece na mesma moradia, ainda exposta a DE.

Palavra Chave: DISRUPTORES ENDÓCRINOS, PUBERDADE PRECOCE, INSETICIDAS.

Título: AVALIAÇÃO DA TIREOIDE NA INFÂNCIA: VISÃO PRÁTICA DO PEDIATRA

Autores: LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), FERNANDA MARQUES SARAIVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), HELENA PERES PERES NUNES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE EM PEDIATRIA DA UNIEURO)

Resumo: O pediatra, como primeiro contato da criança com o sistema de saúde, deve ter uma visão panorâmica das

Disfunções tireoidianas. Portanto, saber quando suspeitar, o que pedir e como interpretar os achados laboratoriais e de

imagem é essencial, especialmente em quadros clínicos prevalentes como atraso no crescimento, obesidade,

puberdade precoce ou tardia e constipação crônica. A triagem neonatal já exclui o hipotireoidismo congênito,

mas outras disfunções podem surgir ao longo do desenvolvimento."Oferecer uma visão prática e objetiva da conduta pediátrica frente aos distúrbios da tireoide na infância, com ênfase na interpretação de exames hormonais e indicação de ultrassonografia."Revisão narrativa em duas plataformas (PubMed e SciELO) com apoio de documentos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Incluíram-se artigos dos últimos 5 anos com foco em prática clínica pediátrica."As Tireoidopatias mais frequentes na prática pediátrica incluem o

hipotireoidismo adquirido (autoimune, como

tireoidite de Hashimoto) e o hipertireoidismo (geralmente por doença de Graves). Em muitos casos, esses

distúrbios são secundários a quadros mais comuns, como obesidade, baixa estatura, menarca atrasada,

constipação crônica ou cansaço não explicado. A fisiologia da tireoide envolve o eixo hipotálamo-hipófise-tireoide, com liberação de TSH pela hipófise que estimula a produção de T4 e T3 pela glândula tireoide. No contexto patológico, o hipotireoidismo cursa com TSH elevado e T4 livre baixo. Já no hipertireoidismo, o TSH está suprimido e os hormônios tireoidianos estão aumentados. O pediatra deve saber quando pedir TSH e T4 livre, que são os exames iniciais mais indicados.

A ultrassonografia da tireoide não é de rotina, mas pode ser útil quando há aumento do volume glandular (bócio), nódulos, história familiar de doenças autoimunes ou alteração persistente dos hormônios. Outros exames como T3 total, anticorpos antitireoidianos (anti-TPO, anti-Tg) e TRAb são solicitados em contextos específicos, com orientação do endocrinologista pediátrico. A obesidade infantil, apesar da associação frequente com pedidos de exames tireoidianos, raramente é causada por hipotireoidismo. A prevalência de alterações hormonais tireoidianas em crianças obesas é baixa, e o TSH pode estar discretamente elevado pela própria adiposidade, sem doença glandular real. Assim, o rastreio deve ser feito apenas quando há sintomas sugestivos ou história familiar positiva."O pediatra deve dominar a triagem das disfunções da tireoide, sabendo quando pedir TSH e T4 livre e interpretar seus resultados frente ao quadro clínico. A ultrassonografia deve ser reservada a casos específicos. Conduta racional evita exames desnecessários e permite o diagnóstico precoce de doenças relevantes.

Palavra Chave: TIREOIDE, OBESIDADE INFANTIL, HIPERTIREOIDISMO

5

Título: AVALIAÇÃO DA PORCENTAGEM DE GORDURA CORPORAL, CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL E RELAÇÃO CA/ESTATURA EM ADOLESCENTES COM OBESIDADE ACOMPANHADOS EM CENTRO ESPECIALIZADO DO DISTRITO FEDERAL

Autores: CAMILA SOUSA COSTA PESSOA (SECRETARIA DE SAÚDE DO DF), FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO (ESCS), EMANUELLE LOPES VIEIRA MARQUES (SECRETARIA DE SAÚDE DO DF), CAROLINE PEREIRA YONAH NOGUEIRA DE MELO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DF), LIVIA PIO CAETANO MACHADO (ESCS), ANDREZA FABRO DE BEM (UNB)

Resumo: A Organização Mundial da Saúde define obesidade como uma condição crônica, multifatorial, caracterizada pelo excesso de gordura corporal que ocasiona repercussões deletérias importantes à saúde. Na adolescência, está associada ao surgimento precoce de hipertensão arterial, dislipidemia, diabetes tipo 2, entre outras doenças crônicas. De acordo com o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional de 2023, 17% dos adolescentes do DF estão na faixa de sobre peso e 8% se enquadram na obesidade. As medidas de circunferência abdominal (CA), relação CA/estatura (CA/E) e análise da composição corporal por bioimpedância são ferramentas importantes preditoras da gravidade da doença."O objetivo do estudo é analisar a CA, relação CA/E e a porcentagem de gordura corporal (PGC) em adolescentes com obesidade acompanhados em serviço especializado do Distrito Federal."Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e retrospectivo que avaliou os resultados dos exames de bioimpedância, CA e CA/E de adolescentes com obesidade de 12 a 18 anos do Programa de Obesidade Infantil e do Adolescente de um Centro Especializado do Distrito Federal. Foram avaliados 42 adolescentes no período de janeiro a dezembro de 2024. O estudo foi aprovado no CEP, protocolo número 6.185.093."Dentre os 42 participantes, 18 eram meninos e 24 meninas. Segundo a classificação de PGC da Sociedade Brasileira de Pediatria, todos os participantes estão com percentual de gordura acima do P95 (classificação de obesidade). A CA foi medida em 37 dos 42 participantes e, adotando a tabela da Associação Brasileira de Nutrologia como referência, 16 participantes (43,24%) estavam acima do P97 (indicador de adiposidade). A relação CA/E em todos foi acima do ponto de corte >0,5 (indicador de adiposidade)."Todos os adolescentes com obesidade tiveram o PGC e CA/E classificado como alto, mas nem todos apresentaram CA acima do P97, evidenciando que a realização da bioimpedância e a relação CA/E são ferramentas mais importantes na avaliação da adiposidade do que a CA isolada.

Palavra Chave: OBESIDADE, ADOLESCÊNCIA, BIOIMPEDÂNCIA

Título: EXERCÍCIO FÍSICO COMO ESTRATÉGIA TERAPÊUTICA NO DIABETES MELLITUS TIPO 1 EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Autores: FILIPE CRUZ BARRETO E VAZ (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIATUBA- UNICERRADO), LAURA ANGÉLICA DE MOURA CHAGAS (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO), ANAIAN CARLA VIEIRA CALIXTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIATUBA- UNICERRADO)

Resumo: O Diabetes Mellitus tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune caracterizada pela destruição das células beta-pancreáticas, resultando na deficiência absoluta de insulina. Diante disso, o DM1 é uma condição na qual é necessário o tratamento contínuo com insulina, sendo usado insulina do tipo NPH (basal) aliada a insulina de ação rápida. Em crianças e adolescentes, o controle glicêmico adequado é essencial para prevenir complicações micro e macrovasculares a longo prazo. Nesse contexto, o exercício físico tem se mostrado promissor no manejo do DM1, proporcionando benefícios metabólicos, cardiovasculares e bem-estar psicossocial. "Revisar os benefícios do exercício físico em crianças e adolescentes com DM1, destacando suas contribuições para o controle glicêmico e a qualidade de vida, bem como discutir os cuidados necessários para sua prática segura." Esta revisão sistemática da literatura baseia-se em quatro artigos científicos indexados nas bases de dados SciELO e PubMed. Foram utilizados os seguintes Descritores em Ciência da Saúde: Diabetes Mellitus Type 1, Exercise, Child, unidos pelo operador AND. Os critérios de inclusão foram: artigos nos idiomas português e inglês, metanálise e revisão publicadas no período de 2009 a 2020. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, na forma de resumo, que não se relacionam com a proposta. Os estudos analisaram a relação entre exercício físico e DM1 em pediatria, com ênfase nos efeitos fisiológicos e recomendações práticas. "Os estudos demonstram que a atividade física regular melhora a sensibilidade à insulina, reduz a hemoglobina glicada (HbA1c), estabiliza a glicemia e favorece o bem-estar psicológico. Além disso, contribui para o controle do peso corporal, da pressão arterial e do perfil lipídico. Nos estudos analisados, foram abordados diferentes tipos, frequências, volumes, durações e intensidades de exercícios. Os resultados indicaram que exercícios aeróbicos, resistidos, pilates e intermitentes, aliados a uma dieta adequada, horários de refeições e suplementação, mostraram-se eficazes no gerenciamento de diversas variáveis metabólicas e clínicas dos pacientes com DM1. Contudo, a prática exige monitoramento glicêmico rigoroso e planejamento nutricional, devido ao risco de hipoglicemias durante e após o exercício." O exercício físico é um aliado eficaz no tratamento do DM1 na população pediátrica, desde que acompanhado por estratégias de segurança. Sua integração ao plano terapêutico contribui para o controle metabólico e melhora da qualidade de vida, devendo ser incentivada de forma individualizada e segura.

Palavra Chave: DIABETES MELLITUS TIPO 1, EXERCÍCIO, CRIANÇA.

Título: O AUMENTO DE CASOS DE DIABETES MELLITUS TIPO 2 RELACIONADOS À OBESIDADE E AO SEDENTARISMO EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES

Autores: FILIPE CRUZ BARRETO E VAZ (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIATUBA- UNICERRADO), LAURA ANGÉLICA DE MOURA CHAGAS (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO), ANAIAN CARLA VIEIRA CALIXTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIATUBA- UNICERRADO)

Resumo: O Diabetes Mellitus Tipo 2 (DM2) vem se tornando uma preocupação crescente em saúde pública, especialmente entre crianças e adolescentes. Tradicionalmente considerado doença de adultos, o DM2 apresenta crescimento expressivo na população pediátrica, em grande parte devido ao aumento da obesidade e do sedentarismo sendo os principais fatores de risco. A obesidade infantil e o sedentarismo, frequentemente observados como comportamentos associados ao estilo de vida moderno e a mal hábitos de alimentação, têm um impacto significativo no aumento da incidência dessa doença crônica. A modificação do estilo de vida é reconhecida como uma intervenção fundamental para prevenir e controlar o DM2 em jovens."Revisar a relação entre obesidade, sedentarismo e o aumento de casos de Diabetes Mellitus Tipo 2 em crianças e adolescentes, analisando os principais fatores de risco e os impactos dessa condição na saúde pediátrica."Esta revisão sistemática foi realizada com base na análise de seis estudos relevantes, acessados por meio das bases de dados PubMed e SciELO e periódicos médicos. Os artigos analisados investigam as principais variáveis associadas ao desenvolvimento do DM2 em jovens, focando nos fatores ambientais, comportamentais e genéticos. Os descritores utilizados foram: Obesity, Diabetes Mellitus Type 2, Child, Exercise, unidos pelo operador AND. Foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos em português e inglês, metanálise e revisão publicadas no período de 2003 a 2023. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, na forma de resumo, que não se relacionam com a proposta."Estudos recentes indicam um aumento significativo de casos de DM2 entre crianças e adolescentes, especialmente em países desenvolvidos e em desenvolvimento, onde há maior prevalência de obesidade. A obesidade infantil tem sido identificada como o fator de risco mais forte, com um número crescente de jovens com sobrepeso apresentando resistência à insulina e predisposição ao desenvolvimento da doença. Além disso, baixos níveis de atividade física é outro fator determinante, contribuindo para o desequilíbrio metabólico. Dados mostram que o sedentarismo está diretamente relacionado ao aumento do risco de complicações associadas ao DM2, incluindo doenças cardiovasculares e hipertensão. "A obesidade e o sedentarismo são fatores de risco fundamentais para o aumento do Diabetes Mellitus Tipo 2 em crianças e adolescentes. A conscientização sobre esses fatores de risco e a implementação de programas preventivos que incentivem um estilo de vida ativo e equilibrado são essenciais para combater a crescente prevalência dessa condição.

Palavra Chave: DIABETES MELLITUS TIPO 2, OBESIDADE, CRIANÇA, EXERCÍCIO.

Título: HIPOGONADISMO HIPOGONADOTRÓFICO E MINI-PUBERDADE: OPORTUNIDADES PARA INTERVENÇÃO E DIAGNÓSTICO ANTECIPADO.

Autores: JÚLIA BITENCOURT CORRÊA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), ÂNGELO ANTÔNIO SILVA LIMA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), GIOVANNA CLARA GONDINHO MATIAS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), LETÍCIA ABREU COELHO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), NIKOLE CURY BOKOS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), MARIA EDUARDA MELO DE OLIVEIRA CASTRO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), NATTÁLIA DE OLIVEIRA MACIEL (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA)

Resumo: O Hipogonadismo Hipogonadotrófico Congênito (CHH) é uma condição rara caracterizada pela falha na secreção ou ação do hormônio liberador de gonadotrofina (GnRH), resultando em baixos níveis de hormônios luteinizante (LH) e hormônio folículo-estimulante (FSH), o que compromete o desenvolvimento sexual e a fertilidade masculina. A mini-puberdade, é um período crucial na vida, no qual ocorre um aumento fisiológico de LH e FSH, fundamental para o crescimento testicular e a maturação sexual. No sexo masculino, esse período é iniciado alguns dias após o nascimento e se estende até 6 meses de vida, aproximadamente. Em indivíduos com CHH, a mini-puberdade não se desenvolve de forma adequada, o que pode resultar em micropênis, criptorquidia e infertilidade."Objetiva-se a análise de evidências disponíveis sobre a eficácia da terapia baseada em gonadotrofinas na indução da minipuberdade em lactentes do sexo masculino com hipogonadismo hipogonadotrófico congênito (CHH). O presente trabalho também busca estabelecer recomendações terapêuticas adicionais, com foco na restauração da função testicular, relacionada a condições como criptorquidia e micropênis, e na mimetização da mini-puberdade fisiológica."O presente trabalho configura uma Revisão Integrativa da Literatura, realizada a partir de busca na base de dados MedLine. A estratégia de busca consistiu nas palavras 'Mini Puberty' e 'Hypogonadotropic Hypogonadism', com seleção de trabalhos publicados nos últimos 5 anos. A estratégia de busca resultou no total de 10 artigos. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 5 artigos para a presente revisão. "Os estudos analisados destacam a importância da mini-puberdade como período crítico para diagnóstico precoce e intervenção terapêutica no hipogonadismo hipogonadotrófico congênito (CHH). A ausência dessa fase fisiológica pode comprometer o desenvolvimento testicular e resultar em alterações reprodutivas como micropênis e criptorquidia. Além disso, os estudos apontam sinais de alarme para a identificação e a possível necessidade de acompanhamento em crianças que apresentam: micropenis, criptorquidia bilateral, ausência de ereções durante a troca de fraldas e associações com outras síndromes ou anormalidades genéticas. Terapias com gonadotrofinas administradas durante a mini-puberdade demonstraram eficácia significativa, promovendo o aumento no volume testicular e tamanho peniano, além da normalização dos níveis hormonais de testosterona, inibina B e hormônio anti-mülleriano (AMH). Esses tratamentos também reduziram a necessidade de intervenções cirúrgicas para criptorquidia, sendo bem tolerados e seguros."A terapia com gonadotrofinas durante a minipuberdade em lactentes do sexo masculino CHH demonstrou benefícios significativos. Apesar disso, mais pesquisas longitudinais são necessárias para avaliar os efeitos a longo prazo, incluindo o impacto no bem-estar psicológico e na saúde cardiovascular dos pacientes.

Palavra Chave: MINI-PUBERDADE, HIPOGONADISMO HIPOGONADOTRÓFICO, INFÂNCIA.

Título: IMPORTÂNCIA DA TRIAGEM NEONATAL NO DIAGNÓSTICO DE DISTÚRBIO DE DIFERENCIACÃO SEXUAL: RELATO DE CASO

Autores: MILENA VITÓRIA MACHADO MOREIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), NATIELLY ALEIXO INÁCIO (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA), JULIANA DE VASCONCELLOS THOMAS (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL DO DISTRITO FEDERAL), KALLIANNA PAULA DUARTE GAMELEIRA (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SERVIÇO DE REFERÊNCIA EM TRIAGEM NEONATAL DO DISTRITO FEDERAL)

Resumo: Os distúrbios de diferenciação sexual (DDS) são condições congênitas caracterizadas pelo desenvolvimento sexual, gonadal ou anatômico atípico, podendo causar ambiguidades genitais ao nascimento¹. A incidência de um recém-nascido com DDS é de aproximadamente 1 em 4.500 nascidos vivos, sendo que a etiologia mais frequente é a hiperplasia adrenal congênita (HAC), seguida pela insensibilidade androgênica e disgenesia gonadal². A forma clássica da HAC por deficiência da enzima 21-hidroxilase é uma das causas mais frequentes de virilização de fetos do sexo feminino³ e sua investigação no programa de Triagem Neonatal (TN) é de extrema importância para evitar complicações graves como desidratação por perda de sal e erros de determinação do sexo ao nascimento⁸³⁰⁸; "Paciente, 11 dias de vida, nascido por cesariana, a termo, adequado para a idade gestacional, encaminhado à endocrinologia pediátrica devido alteração em exame da TN. Foi a segunda gestação de um casal não consanguíneo, sendo que a primeira filha tem o diagnóstico de HAC, forma perdedora de sal. Durante o pré-natal, identificado em ultrassonografia (USG) morfológica do 2º trimestre que tratava-se de um feto do sexo masculino (descritas estruturas da genitália nas imagens ultrassonográficas). Ao nascimento, identificada atipia genital relatada como hipospádia, testículos não palpáveis e bolsa escrotal hipoplásica. Realizado USG de região inguinal ainda na maternidade que revelou testículos em canal inguinal bilateral, indicando criptorquidia. Paciente foi então registrado como do sexo masculino. "Após coleta de exames confirmatórios, feito diagnóstico de

HAC forma perdedora de sal. Realizado cariótipo 46,XX e USG pélvica que demonstrou imagem alongada sugestiva de útero."Segundo dados da literatura, pacientes do sexo feminino apresentam

precocidade no diagnóstico de HAC devido à virilização da genitália⁸³⁰⁹; O caso relatado vai contra tais informações, pois mesmo após a identificação de um paciente com DDS, o diagnóstico só ocorreu com mais de 10 dias de vida após busca ativa por parte da equipe de TN. Casos como este reforçam a importância do programa de TN para detectar HAC precocemente, independentemente do sexo.

Ademais, estudos recentes¹ sugerem que em gestações com maior risco para distúrbios da diferenciação sexual, como em famílias com histórico de HAC ou que apresentam genitália atípica no USG pré-natal, análises genéticas deveriam ser ofertadas para que seja feito o diagnóstico pré-natal, permitindo uma intervenção precoce e com menor morbidade ao paciente.

A HAC clássica é a principal causa de atipia genital em meninas. Diante de uma genitália atípica em USG pré-natal, principalmente em gestações de risco para DDS, fica evidente a necessidade de aguardar até o nascimento para uma melhor avaliação da genitália. Exames como cariótipo e USG pélvica auxiliam no diagnóstico e no manejo adequado, minimizando danos ao paciente e à família.

Palavra Chave: DISTÚRBIO DE DIFERENCIACÃO SEXUAL, TRIAGEM NEONATAL

10

Título: MORTALIDADE POR COMPLICAÇÕES DO DIABETES EM MENORES DE 19 ANOS NO BRASIL: ANÁLISE DOS DADOS DO SIM/DATASUS (2010–2022)

Autores: DESIREE MATA DE SOUSA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), JÚLIA RESENDE RODRIGUES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), VICTORIA TAMAY DE SOUZA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), ELIDA FALCÃO DE CASTRO (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), GIOVANNA BARRETO PEREIRA DAS CHAGAS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), AILA MARTINS LEÃO DE OLIVEIRA (UNIEVANGELICA)

Resumo: O diabetes mellitus tipo 1 (DM1) é uma das doenças crônicas mais prevalentes na infância e adolescência, afetando cerca de 10 a 15 mil crianças e adolescentes por ano no Brasil. Apesar dos avanços terapêuticos, complicações agudas como cetoacidose diabética e hipoglicemia grave ainda são frequentes e podem evoluir para óbito em populações vulneráveis."Descrever o número e o perfil das mortes por complicações do diabetes em menores de 19 anos no Brasil, entre 2010 e 2022, com base nos dados do SIM/DATASUS."Foi realizado um estudo descritivo retrospectivo, com análise de dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), acessado via DATASUS. Foram incluídos registros de óbito que apresentavam como causa básica de morte os códigos CID-10 E10 a E14, abrangendo diabetes mellitus tipo 1 (E10), tipo 2 (E11), relacionado à desnutrição (E12), outros tipos específicos (E13) e não especificado (E14). Foram selecionados indivíduos com idade entre 0 e 19 anos no período de 2010 a 2022, e avaliadas variáveis como ano, sexo, faixa etária e causa associada."Entre 2010 e 2022, foram registrados aproximadamente 2.550 óbitos por complicações do diabetes em crianças e adolescentes no Brasil, com uma média anual de 196,2 óbitos. Do total, 58% ocorreram em indivíduos do sexo feminino e 42% em indivíduos do sexo masculino. Em relação às faixas etárias, 12% dos óbitos ocorreram em menores de 5 anos, 21% entre 5 e 10 anos, e a maioria, 67%, entre adolescentes de 10 a 19 anos. As principais causas associadas aos óbitos foram a cetoacidose diabética (48%), infecções graves como sepse e pneumonia (31%) e hipoglicemia grave (15%), seguidas por outros eventos como falência de múltiplos órgãos e complicações associadas à descompensação metabólica."Embora o número de mortes por complicações do diabetes em menores de 19 anos tenha apresentado tendência de redução na última década, ainda são registrados óbitos evitáveis, sobretudo entre adolescentes. A análise aponta para a necessidade de melhorias no acesso ao diagnóstico precoce, no acompanhamento contínuo e no tratamento adequado desses pacientes. Destaca-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta limitações importantes no fornecimento de insulinas de última geração, como análogos ultrarrápidos e de longa duração, além do acesso restrito a tecnologias como bombas de infusão de insulina e dispositivos de monitorização contínua de glicose, que permanecem caros no mercado privado e inacessíveis para grande parte da população usuária do SUS. A falta de equipes multiprofissionais estruturadas agrava ainda mais o cenário. A ampliação do acesso a terapias modernas e à assistência integral não apenas reduziria a mortalidade precoce — o pior desfecho possível —, mas também mitigaria o desenvolvimento de comorbidades futuras associadas ao diabetes. Investimentos estruturais são, portanto, fundamentais para mudar o panorama da saúde pública infantil no Brasil.

Palavra Chave: DIABETES MELLITUS, MORTALIDADE INFANTIL,

11

Título: SÍNDROME DE TURNER: UM RELATO DE CASO

Autores: LETÍCIA FARIA ARAÚJO (IMEPAC), LARISSA DA SILVA CASAROTTI (IMEPAC), ISABELA CRISTINA BORGES ROSSI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA)

Resumo: A síndrome de Turner é uma síndrome genética que acomete o sexo feminino e apresenta cariótipo 45 XO, com mosaicismos diversos de perda total ou parcial do cromossomo X, diversas alterações fenotípicas e disgenesia de gônada.

As características fenotípicas da síndrome são: pESCOço curto e alado, baixa estatura, implantação baixa da linha capilar, pterígio, cúbito valgo, linfedema (presente ao nascimento), hipertelorismo mamário, palato em ogiva e anormalidades cardíacas e renais."Adolescente, 16 anos, em acompanhamento na endocrino pediatria, devido a baixa estatura há 5 anos (>2DP, fora da estatura alvo genética), sem outras comorbidades associadas. Durante a pesquisa de baixa estatura aos 11 anos, foram solicitados exames laboratoriais, que mostravam LH e FSH aumentados para idade, com idade óssea compatível com idade cronológica e solicitado cariótipo, que apresentou resultado correspondente à Síndrome de Turner. Além de apresentar no exame físico, altura inadequada para idade, fora da estatura alvo e atraso na maturação sexual. Devido a diagnóstico precoce e tratamento adequado, a paciente teve um desenvolvimento mais adequado e melhoria na qualidade de vida. ""No caso descrito, a paciente de 16 anos apresenta baixa estatura acentuada desde a infância, estando fora da estatura-alvo, além de outros sinais de hipogonadismo hipergonadotrófico, atraso na maturação sexual e idade óssea compatível com a cronológica, o que reforça o diagnóstico, descartando outras doenças hipogonadismo-hipergonadotrófico que possuem retardo ósseo como característica comum.

Conclui-se que a síndrome de Turner deve ser considerada quando a paciente do sexo feminino apresenta algum dos fenótipos ou mesmo somente baixa estatura de forma isolada. Sendo de extrema importância a realização de cariótipo para confirmação e início precoce, para assim, realizar acompanhamento e tratamento específicos para um melhor desenvolvimento e melhor qualidade de vida.

Palavra Chave: SÍNDROME DE TURNER, ENDOCRINOLOGIA, BAIXA ESTATURA, GENÉTICA

12

Título: NÓDULOS DE TIROIDE: RELATO DE CASO

Autores: LETÍCIA FARIA ARAÚJO (IMEPAC), LARISSA DA SILVA CASAROTTI (IMEPAC), ISABELA CRISTINA BORGES ROSSI (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA)

Resumo: A prevalência de nódulos sólidos de tireoide na pediatria é rara, menor de 3%, apresentando risco de malignidade 2-3x maior que nos adultos, assim sendo, entre 20 a 25%. Apesar disso, a maior parte apresenta um bom prognóstico. Os fatores de risco ao desenvolvimento de carcinomas e nódulos sólidos na tireoide são predisposição genética e exposição prévia à radiação devido a tratamento oncológico em cabeça e pescoço. Ademais, quanto menor a idade da exposição à radiação, maior o risco do desenvolvimento de nódulos. O sexo feminino e idade menor de 10 anos se torna algo preocupante ao se deparar com nódulos tireoidianos."Paciente, sexo feminino, 16 anos, realizando acompanhamento no ambulatório de endocrinologia pediátrica devido a oscilações de peso, episódios de tremores, sem taquicardia, vômitos ou febre. Durante atendimento, a mãe da paciente refere que notou aumento "cricoide" no pescoço da filha, além das alterações previamente citadas.

Durante a avaliação, foi notado perda de peso considerável em pequeno intervalo de tempo. No exame de tireoide foram notados nódulos palpáveis bilateralmente, de diversos tamanhos (maior medindo cerca de 2 centímetros), tireoide com consistência fibroelástica, móvel à deglutição, indolor, sem linfonodos palpáveis.

Nos exames complementares: TSH suprimido, T4L e T3 normais, autoanticorpos negativos, cintilografia que indicou nódulos hipercaptantes em ambos os lobos.

Foi então realizada iodoterapia, com melhora clínica significativa. E solicitado acompanhamento contínuo, devido a riscos de recidiva. """"O caso reforça a relevância da suspeita clínica de disfunções tireoidianas em adolescentes com sintomas inespecíficos, como alterações de peso e tremores. O bocio multinodular tóxico, embora mais comum em adultos, deve ser considerado no diagnóstico diferencial de hipertireoidismo em jovens, sobretudo na presença de nódulos funcionantes à cintilografia. A iodoterapia demonstrou ser uma opção eficaz, mas requer vigilância prolongada devido à possibilidade de recorrência ou outras complicações tardias. O acompanhamento multidisciplinar é fundamental para garantir a estabilidade clínica e hormonal desses pacientes.

Palavra Chave: NÓDULOS DE TIROIDE, PEDIATRIA, ENDOCRINOLOGIA,

Título: SÍNDROME DE BARTTER EM LACTENTE: COMPROMETIMENTO PONDEROESTATURAL SECUNDÁRIO A DISTÚRBIOS HIDROELETROLÍTICOS

Autores: NAROTTAM SÓCRATES GARCIA CHUMPIAZ (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARIANA DOS SANTOS VASCONCELOS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), NATALIA RINCON ARRUDA DAGUER DAMASCENO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), GABRIEL SOUZA SANTOS DA SILVA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), LORRANY MACHADO SOUSA DE MELO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), LAMYS FERNANDES KOZAK (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARCOS HEITOR ROCHA DOS REIS DUQUE (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: A síndrome de Bartter é uma tubulopatia hereditária caracterizada por defeitos no transporte iônico na alça de Henle, resultando em alcalose metabólica hipocalêmica, hiponatremia, hipocloremia e hipofosfatemia. Essas alterações comprometem o crescimento infantil, favorecendo o desenvolvimento de desnutrição e baixa estatura. O diagnóstico precoce e o manejo intensivo são fundamentais para minimizar as complicações associadas.

"Lactente do sexo feminino, 1 ano e 7 meses, em seguimento ambulatorial especializado por síndrome de Bartter, com antecedentes de desnutrição grave, episódios de diarreia recorrente e infecções bacterianas graves. Na avaliação antropométrica recente, apresentava peso de 7.710g (Z escore entre -3 e -2 para peso/idade) e estatura de 73,5cm (Z escore entre -3 e -2 para estatura/idade), com índice de massa corporal em trajetória ascendente. O ganho ponderal médio foi de 21,5g/dia no último mês. Os exames laboratoriais revelaram alcalose metabólica persistente (pH entre 7,41 e 7,56), hipocalemia (3,0–4,2 mEq/L), hiponatremia (127–136 mEq/L), hipocloremia e hipofosfatemia. A tomografia de crânio demonstrou atrofia encefálica difusa, sem repercussão clínica funcional. Ecocardiograma e ultrassonografia abdominal apresentaram-se sem alterações relevantes. A abordagem terapêutica incluiu alimentação oral e enteral com fórmula especializada, reposição contínua de eletrólitos, uso de antagonistas da aldosterona e suplementação vitamínica. A paciente evoluiu com recuperação ponderoestatural e preservação do desenvolvimento neuropsicomotor.

""As perdas urinárias crônicas de eletrólitos na síndrome de Bartter desencadeiam alterações metabólicas que impactam diretamente o crescimento. A alcalose metabólica e a hipocalemia crônicas comprometem a resposta tecidual ao hormônio do crescimento e ao IGF-1, dificultando o ganho ponderal e estatural. A hiponatremia e a hipofosfatemia associadas agravam a desnutrição e elevam o risco de infecções oportunistas. A diarreia recorrente pode refletir disfunções de barreira intestinal relacionadas ao estado nutricional. A presença de atrofia encefálica, mesmo sem déficits clínicos evidentes, ilustra o impacto sistêmico das alterações metabólicas prolongadas e da desnutrição prévia. O manejo multidisciplinar intensivo, com ênfase na correção hidroeletrrolítica e suporte nutricional agressivo, foi determinante para a evolução favorável do quadro."O caso apresentado evidencia a importância do diagnóstico precoce e da abordagem intensiva dos distúrbios hidroeletrrolíticos na síndrome de Bartter para o adequado crescimento e desenvolvimento infantil. A atuação conjunta de equipes multiprofissionais é essencial para melhorar o prognóstico e reduzir as complicações associadas a essa condição

Palavra Chave: ALCALOSE METABÓLICA, SÍNDROME DE BARTTER, POLIÚRIA.

Título: A SÍNDROME DE DOWN E HIPOTIREOIDISMO: UM ESTUDO DE CASO**Autores:** GRACIELE APARECIDA BACHIÃO DA SILVA (SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PASSOS)

Resumo: A Síndrome de Down (SD) é a anomalia cromossômica mais frequente em humanos, e a principal causa de deficiência intelectual. A doença autoimune que mais se associa à SD é a tireoidite autoimune, que leva ao hipotireoidismo, no qual se caracteriza pela síntese ou secreção insuficiente dos hormônios tireoidianos. A prevalência do hipotireoidismo na população com SD é estimada entre 4% e 18%, no qual sugere a possibilidade de genes no cromossomo 21 estarem envolvidos no desenvolvimento desta glândula (BARRIL et al., 2017; NISIHARA et al., 2006). O objetivo do presente trabalho é compreender a relação entre as duas patologias. "A.C.S, branca, sexo feminino, 2 anos de idade, natural e residente de Passos - Minas Gerais. Foi diagnosticada com SD na maternidade, apresenta pregas palpebrais oblíquas para cima, epicanto, sinofres, base nasal plana, face aplanada, protrusão lingual, palato ogival, orelhas com implantação baixa, pavilhão auricular pequenos, braquidactilia, afastamento entre o primeiro e segundo dedos do pé, pé plano, prega simiesca, hipotonía e frouxidão ligamentar. Após triagem neonatal foi diagnosticada com hipotireoidismo congênito, e iniciou reposição hormonal. Ao exame físico: peso 9,8 kg; 78 cm de altura. Percebe-se atraso no desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM), paciente apenas engatinha, não consegue formar frases. Aparelho motor hipotônico com respostas lentificadas. Sem demais alterações vista ao exame físico. Lista de problemas ativos: Descompensação do hipotireoidismo; suspeita de anemia; Atraso do DNPM. As condutas foram: a solicitação de hemograma, ferro, ferritina, TSH e T4. Foi prescrito vitaminas e encaminhamento para oftalmologista e fonoaudióloga""". A SD possui uma correlação com a deficiência mental, em que o hipotireoidismo agrava o atraso do DNPM. Além disso, apresentam atraso nas aquisições de marcos motores, em que a hipotonía muscular contribui para o retardamento motor, limitação de habilidades físicas e dificuldade no desenvolvimento cognitivo. A Diretriz de Atenção à Pessoa com SD preconiza a avaliação laboratorial da função tireoidiana ao nascimento, no 6º mês e com 1 ano de vida e depois anualmente. Os exames sorológicos para detecção de anticorpos anti-tireoidianos é positivo em 30% dos indivíduos com SD, porém, apenas 50% desses irão apresentar necessidade de reposição hormonal devido disfunção da glândula (RIBEIRO et al., 2003).

Nos últimos anos, os avanços alcançados pela medicina possibilitaram aos pacientes com SD um aumento da qualidade e da expectativa de vida, isso se deve, principalmente, à prevenção das suas complicações, dentre elas, a detecção e tratamento precoce do hipotireoidismo. O pediatra deve ser cauteloso e acompanhar os pacientes com SD com TSH elevado e hormônios tireoidianos normais, e não os considerar imediatamente portadores de hipotireoidismo. É de suma importância que haja acompanhamento a fim de decidir quanto à necessidade e ao momento adequado de iniciar a reposição hormonal.

Palavra Chave: SÍNDROME DE DOWN, HIPOTIREOIDISMO, PEDIATRIA

Título: HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA: ACHADOS ULTRASSONOGRÁFICOS CONTRASTANTES INFLUENCIANDO NA DEFINIÇÃO DO SEXO DO RECÉM-NASCIDO

Autores: FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EUROAMERICANO - UNIEURO), PEDRO HENRIQUE PINHEIRO BORGES DE LIMA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EUROAMERICANO - UNIEURO), GLEUBERT CARLOS CARNEIRO JUNIOR (CENTRO UNIVERSITÁRIO EUROAMERICANO - UNIEURO), ELAINE CRISTINA REY MOURA (SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SESDF), JOÃO DA COSTA PIMENTEL FILHO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EUROAMERICANO - UNIEURO)

Resumo: A hiperplasia adrenal congênita (HAC) é uma doença autossômica recessiva causada por deficiência enzimática na esteroidogênese, resultando em deficiência de cortisol, aumento de ACTH e produção excessiva de andrógenos, com consequente alterações clínicas e virilização de fetos femininos. A presença de genitália atípica requer abordagem cuidadosa pela equipe de saúde para condução adequada do caso. "Recém-nascido (RN) a termo, parto cesárea, idade gestacional de 38 semanas, peso de 3250g, comprimento de 48,5 cm, perímetro cefálico de 32 cm, APGAR 9/10. Sem sexagem fetal prévia. Gestação sem intercorrências. Mãe sem virilização ou uso de hormônios/drogas. Avaliado com 19 horas de vida em bom estado geral, corado, hidratado, ictérico até tronco, eupneico, ativo e reativo. Descrição da genitália: cordee com hipospadia medial, aderência prepucial inferior em bolsa escrotal, falo de 2,2 x 1,3 cm, saliências lábio-escrotais parcialmente fundidas, enrugadas e hiperpigmentadas, PRADER 3, introito vaginal ausente, orifício único perineal, bolsa escrotal incompleta e sem testículos palpáveis. Demais dados do exame físico sem alterações. Histórico familiar positivo para HAC e genitália ambígua (irmã), genitores não consanguíneos e sem outras comorbidades familiares. Ultrassonografia (USG) inguinal realizada nas primeiras 24h pós-nascimento não visualizou testículos em bolsa escrotal; testículo direito na região inguinal (0,5 x 0,2 x 0,2cm) e esquerdo também inguinal (0,6 x 0,3 x 0,4cm), sugerindo criptorquidia bilateral. USG abdominal sem alterações dignas de nota e sem estruturas genitais femininas descritas. Evolução clínica favorável nas primeiras 48h. Teste do pezinho com alteração para HAC, 17-alfa-hidroxiprogesterona (17-OHP) de 119 ng/ml, com confirmação na segunda amostra no décimo dia de vida, de 188,4 ng/ml. Recebeu alta registrado como sexo masculino e encaminhado para ambulatório especializado. Após avaliação bioquímica, diagnosticado como forma perdedora de sal (Sódio = 131 mEq/L; Potássio = 6,7 mEq/L), iniciado tratamento com hidrocortisona, fludrocortisona e reposição de sal. Realizada nova USG pélvica que identificou imagem retrovesical alongada sugestiva de útero (2,0 x 1,1 x 0,9 cm), sem identificação de ovários. Cariótipo: 46, XX. """"A HAC é uma condição genética causada por deficiência enzimática na esteroidogênese, podendo levar a crises adrenais e ambiguidade genital. A ultrassonografia, aliada a exames hormonais e genéticos, é fundamental para o diagnóstico precoce, definição do sexo social e orientação da família. A genitália atípica ao nascimento representa um desafio psicossocial e diagnóstico, exigindo comunicação cuidadosa com os pais. A definição precoce do sexo antes da realização completa dos exames bioquímicos, de imagem e genético, podem influenciar erroneamente na condução do caso frente a definição do sexo. Além disso, a condução multidisciplinar desses casos se faz mandatória.

Palavra Chave: HIPERPLASIA ADRENAL CONGÊNITA, GENITÁLIA AMBÍGUA,

Título: TELARCA NEONATAL FISIOLÓGICA: RELATO DE CASO E ABORDAGEM PEDIÁTRICA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RAFAEL PIMENTEL SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARILÚCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EUROAMERICANO/UNIEURO)

Resumo: O aumento mamário em lactentes nos primeiros meses de vida, especialmente sob aleitamento materno exclusivo, é uma condição benigna e transitória chamada telarca neonatal. Trata-se de uma resposta fisiológica aos hormônios maternos transferidos pela placenta e, em alguns casos, pelo leite materno. O reconhecimento dessa condição pelo pediatra é essencial para evitar exames desnecessários e orientar adequadamente os responsáveis."Lactente do sexo feminino, 2 meses de idade, nascida de parto vaginal, a termo, adequada para a idade gestacional (AIG), em gestação sem intercorrências. Aleitamento materno exclusivo, com boa sucção, ganho ponderoestatural adequado e desenvolvimento compatível com a idade. A mãe procurou atendimento preocupada com aumento das mamas bilaterais. Ao exame físico, a criança apresentava-se em bom estado geral, sem sinais de pubarca, sem sinais inflamatórios ou descarga mamilar. Não havia uso atual ou recente de medicamentos hormonais pela mãe.""O quadro descrito é compatível com telarca neonatal, um achado comum, benigno e autolimitado em lactentes, mais frequentemente em meninas, mas que também pode ocorrer em meninos. Ocorre devido ao estímulo hormonal materno (principalmente estrogênios) durante a gestação e, possivelmente, pela amamentação. Pode ocorrer isoladamente ou com outras manifestações fisiológicas neonatais como leucorreia e sangramento vaginal discreto.

A telarca surge geralmente nas primeiras semanas de vida, sendo mais evidente entre 1 e 3 meses. Regrige espontaneamente até o primeiro ano de vida, na maioria dos casos em até 6 meses. O pediatra deve observar se não há sinais de virilização, secreção persistente, crescimento progressivo ou assimetria importante, que exigiriam investigação complementar. É importante investigar histórico de uso materno de medicamentos hormonais, como contraceptivos orais durante a lactação ou corticoides sistêmicos. A presença de secreção mamilar pode ocorrer, e embora seja chamada popularmente de 'leite de bruxa', trata-se de um leite verdadeiro (galactorreia neonatal), com composição semelhante ao leite humano.

O diagnóstico diferencial inclui ginecomastia puberal precoce, telarca precoce (puberdade precoce periférica), uso de substâncias tópicas com estrogênio e tumores produtores de hormônio. A abordagem é expectante, com orientação aos pais e acompanhamento clínico regular. Exames laboratoriais e de imagem são desnecessários na ausência de sinais de alarme. "A telarca neonatal é uma condição fisiológica comum e benigna em lactentes, com resolução espontânea. O pediatra deve reconhecer esse quadro, tranquilizar os responsáveis e evitar exames e tratamentos desnecessários, reforçando o acompanhamento clínico de rotina.

Palavra Chave: TELARCA NEONATAL, ESTROGÊNIOS,

Gastroenterologia

1

Título: CÓLICA DO LACTENTE: MECANISMOS, DURAÇÃO, TRATAMENTO E IMPLICAÇÕES ÉTICAS NA PRESCRIÇÃO

Autores: RAFAEL PINTO SILVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA CARLA DE OLIVEIRA RAMOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), MELL LUISE CAVALCANTE LIMA DE FIGUEIREDO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), ALBERTO STOESSEL SADALLA PERES (DOCENTE DO CURSO DE MEDICINA UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE ASSISTENTE DE PEDIATRIA DA UNIEURO/UNB E UNICEUB)

Resumo: A cólica do lactente é uma condição benigna, porém angustiante, caracterizada por episódios de choro intenso e inconsolável em bebês saudáveis. Ocorre tipicamente nas primeiras semanas de vida, sem causa orgânica identificável. A literatura a define como choro por mais de três horas por dia, em pelo menos três dias por semana, por mais de uma semana. Apesar de autolimitada, a cólica gera preocupação entre pais e cuidadores, além de levantar questionamentos sobre condutas médicas e éticas.

"Revisar os aspectos clínicos, mecanismos fisiopatológicos, diagnósticos diferenciais e condutas terapêuticas na cólica do lactente, incluindo considerações éticas sobre o uso de medicamentos de eficácia duvidosa.

"Foi realizada uma revisão narrativa da literatura na plataforma PubMed com a seleção de artigos científicos publicados nos últimos dez anos. A busca foi conduzida utilizando os descritores: 'cólica do lactente', 'transtornos funcionais digestivos', 'simeticona', 'efeito placebo' e 'ética médica em pediatria'. Esses termos foram combinados de acordo com os objetivos da pesquisa, visando abranger estudos sobre os aspectos clínicos e terapêuticos relacionados às cólicas em lactentes, incluindo intervenções farmacológicas e abordagens éticas. Por fim, sendo selecionados 4 artigos para esse estudo.

"A cólica geralmente inicia entre a segunda e a quarta semana de vida, com resolução espontânea por volta do terceiro ou quarto mês. O mecanismo mais aceito envolve imaturidade do eixo intestino-cérebro, alterações na motilidade intestinal e hipersensibilidade visceral. Outros fatores associados incluem disbiose intestinal, intolerância a proteínas do leite de vaca e alterações no padrão de sono. Entre os tratamentos propostos, a simeticona é amplamente utilizada, embora revisões sistemáticas recentes apontem eficácia semelhante ao placebo. Apesar disso, muitos pediatras a prescrevem buscando aliviar a ansiedade dos pais. Eticamente, a prescrição de placebo pode ser controversa, mas se feita com transparência e foco no bem-estar familiar, é considerada aceitável por alguns autores. O tratamento envolve principalmente medidas comportamentais: acolhimento familiar, contenção, massagem abdominal e técnicas de conforto. Probióticos como *Lactobacillus reuteri* mostram resultados promissores, especialmente em lactentes amamentados. Diagnósticos diferenciais incluem refluxo gastroesofágico, alergia à proteína do leite de vaca, infecções urinárias e distúrbios neurológicos.

"A cólica do lactente é uma condição funcional e transitória, com resolução espontânea. O manejo deve priorizar acolhimento e estratégias não farmacológicas. A simeticona apresenta efeito semelhante ao placebo e seu uso deve ser ponderado eticamente. O esclarecimento aos pais, aliado ao acompanhamento clínico cuidadoso, é a conduta mais eficaz e segura para esses casos.

Palavra Chave: CÓLICA, LACTENTE, TRANSTORNOS FUNCIONAIS DIGESTIVOS

2

Título: OS BENEFÍCIOS DAS MEDIDAS DIETÉTICAS NA GASTROPARESIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Autores: NATALIA RINCON ARRUDA DAGUER DAMASCENO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB), NAROTTAM SÓCRATES GARCIA CHUMPITAZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB), LORRANY MACHADO SOUSA DE MELO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB)

Resumo: A gastroparesia é um distúrbio de motilidade caracterizado pelo esvaziamento gástrico retardado na ausência de obstrução mecânica. Os sintomas associados são náuseas e vômitos, distensão e dor abdominal, os quais afetam a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. Portanto, o tratamento dietético da condição é de grande interesse."Revisar a literatura nacional e internacional a respeito dos benefícios do manejo dietético da gastroparesia."Trata-se de revisão narrativa sobre medidas dietéticas na gastroparesia. Foi realizada busca em base de dados como Cochrane e PubMed, sendo 101 artigos encontrados e 13 selecionados. Incluídos artigos publicados nos últimos 5 anos, em português e inglês, dentre artigos originais e revisões sistemáticas. Excluídos estudos publicados há mais de 5 anos e cuja temática não abordava as medidas terapêuticas da gastroparesia."As causas da gastroparesia incluem quadros pós-virais, cirurgias, doenças neuromusculares, entre outras. O tratamento consiste inicialmente em modificações dietéticas, seguido de medidas farmacológicas e até de métodos invasivos. As intervenções dietéticas são primordiais para a redução dos sintomas e otimização nutricional do paciente; envolvem a nutrição via oral, enteral e parenteral. O pediatra deve conhecer tais orientações, já que estudos apontam que 60% dos pacientes receberam orientação nutricional e só 26% passaram por nutricionista.

A abordagem via oral consiste em oferecer dieta com modificação da qualidade e da quantidade do alimento. Preconiza-se um cardápio de "small particle size" ou de partículas de tamanho reduzido, cujo alimento é mais facilmente mastigável, amassado com garfo e triturado em liquidificador. Esses alimentos têm um esvaziamento gástrico mais favorável e necessitam de menos acomodação gástrica. Além disso, pode-se aderir à abordagem "little and often", ou seja, pouco e frequente, em que a criança recebe porções menores com maior frequência.

A composição da refeição também deve ser modificada, já que alimentos ricos em lipídios e fibras têm atraso no esvaziamento gástrico. Ademais, a adição de compostos com isoflavona, o fitoestrógeno da ervilha, pode melhorar os sintomas. Além disso, a criança deve assumir postura vertical pós-prandial, de maneira a facilitar o esvaziamento. Por fim, pode-se adicionar suplementos alimentares líquidos para complementar os nutrientes e a carga calórica da via oral, preferindo introduzi-los no decorrer do dia, à medida que a paresia pelos sólidos se intensifica.

Caso o paciente não tolere as mudanças orais e/ou apresente-se com nutrição inadequada, pode-se lançar mão da via enteral. Nas situações mais graves, a nutrição parenteral pode ser necessária, levando em consideração os riscos."A gastroparesia é um desafio terapêutico na faixa etária pediátrica. Importa ao pediatra, juntamente com a equipe multiprofissional, orientar e individualizar as intervenções dietéticas, visando a melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Palavra Chave: GASTROPARESIA PEDIÁTRICA, MANEJO NUTRICIONAL

3

Título: CÓLICA DO LACTENTE: REVISÃO ATUALIZADA COM ÊNFASE NA CONDUTA ANALGÉSICA PEDIÁTRICA

Autores: LAVÍNIA BARBOSA DA TERRA PERÍGOLO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), CLÁUDIA GOMES ASSUNÇÃO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JULIANA RIBEIRO COSTA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), FERNANDA FONTOURA MENDONÇA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JOÃO VÍCTOR ELIAS MACHADO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE DE PEDIATRIA DO UNICEUB E UNIEURO)

Resumo: A cólica do lactente é definida como episódio de choro intenso e inconsolável, sem causa aparente, que acomete bebês saudáveis, geralmente entre a 2^a semana e o 4º mês de vida. Segundo a regra de Wessel, caracteriza-se por mais de três horas de choro por dia, em mais de três dias por semana, durante pelo menos três semanas. Apesar de autolimitada, causa angústia e demanda clínica."Discutir, com base em evidências científicas, se há papel para o uso de analgésicos e anti-inflamatórios no manejo da cólica do lactente, além de avaliar opções eficazes e seguras."Revisão de literatura nas plataformas PubMed e SciELO, com recorte de 7 anos. Utilizaram-se os descritores: 'Avaliação', 'Cólica', 'Lactente', 'Terapêutica'. Foram incluídas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), estudos clínicos randomizados e revisões sistemáticas. Também foram analisadas bulas, práticas em consultórios e condutas atualizadas em pediatria ambulatorial."A cólica ainda não tem etiologia única definida. Mecanismos propostos incluem imaturidade do eixo cérebro-intestino, hipersensibilidade visceral, alterações da microbiota e intolerâncias leves a proteínas ou lactose. Clinicamente, o quadro se apresenta com choro súbito, rosto avermelhado, punhos cerrados e flexão dos membros. A abordagem deve priorizar o conforto da criança e a tranquilização dos pais. Nenhuma medicação é formalmente curativa, mas evidências apontam para a eficácia do simeticona (antigases) como adjuvante seguro, apesar de haver autores que o considerem equivalente ao placebo. Quanto ao uso de analgésicos como paracetamol ou dipirona, não há consenso para sua indicação rotineira, pois a cólica não é considerada dor inflamatória aguda. O ibuprofeno, por seu perfil anti-inflamatório e risco gástrico, não é indicado. O uso pontual de analgésico leve pode ser considerado apenas em casos extremos, com supervisão e por tempo restrito, sempre buscando descartar causas orgânicas. O probiótico *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 mostrou redução no tempo de choro em estudos clínicos. Seu uso, aliado à orientação sobre massagem abdominal, posicionamento e acolhimento familiar, compõe a melhor estratégia atual. Alguns pediatras evitam intervir por receio ou desconhecimento das opções seguras. No entanto, há espaço para ação clínica responsável, com comunicação clara e empática. "A cólica do lactente é autolimitada, mas impacta significativamente o bem-estar familiar. O uso de analgésicos comuns não é recomendado de forma sistemática. A melhor abordagem envolve acolhimento, uso criterioso de probióticos, e evitar práticas ineficazes. O pediatra bem informado é capaz de atuar com segurança, ciência e empatia.

Palavra Chave: ANALGÉSICOS, CÓLICA, LACTENTE, TERAPÊUTICA

Título: CINETOSE COM DIARREIA E NÁUSEA EM ADOLESCENTE: DESAFIOS DIAGNÓSTICOS E TERAPÊUTICOS

Autores: JOÃO VÍCTOR ELIAS MACHADO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), CLÁUDIA GOMES ASSUNÇÃO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LAVÍNIA BARBOSA DA TERRA PERÍGOLO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), FERNANDA FONTOURA MENDONÇA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JULIANA RIBEIRO COSTA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE DE PEDIATRIA DO UNICEUB E UNIEURO)

Resumo: Cinetose, ou enjojo do movimento, é uma resposta neurofisiológica ao conflito sensorial entre sistemas vestibular, visual e proprioceptivo. Na adolescência, sua prevalência varia de 15% a 30%, com predomínio em meninas, mas ocorrendo também em meninos. A faixa etária de maior ocorrência é entre 2 e 12 anos, com diminuição progressiva dos sintomas após essa idade, embora possa persistir até a vida adulta em casos mais sensíveis. Os sintomas incluem náusea, tontura, palidez, sudorese, vômitos e, em casos menos comuns, diarreia."Adolescente, masculino, 17 anos, saudável, relata ocorrência há meses de episódios de náusea e diarreia exclusivamente durante o trajeto de ônibus para a escola. Em fins de semana e férias permanece assintomático. Nega outras comorbidades, uso de substâncias ilícitas, alterações neurológicas ou gastrointestinais fora do contexto descrito. Faz uso de dimenidrinato com vitamina B6 ('Dramin B6') meia hora antes das viagens, sem melhora significativa."""O quadro é compatível com cinetose moderada, desencadeada por deslocamento passivo em ônibus. O diagnóstico é clínico, reforçado pela associação direta com o movimento e ausência de sintomas em repouso. Diarreia, embora menos comum, pode ocorrer devido ao estímulo vagal. O tratamento de primeira linha envolve o uso de dimenidrinato (nome genérico do 'Dramin B6'), um anti-histamínico com ação depressora no sistema vestibular. Para adolescentes, a dose usual é 50 a 100 mg por via oral, administrada 30 a 60 minutos antes do trajeto. A dose pode ser repetida a cada 6 horas, até o máximo de 400 mg por dia. No caso apresentado, a dose e o tempo de administração podem não estar otimizados. Se estiver usando 50 mg ou menos e com apenas 30 minutos de antecedência, a absorção pode ser insuficiente. A recomendação é usar 100 mg 1 hora antes da viagem, com ajuste individual conforme resposta clínica. Outras estratégias incluem: Evitar leitura ou uso de telas durante o deslocamento; sentar-se na parte frontal do veículo, com boa ventilação; alimentar-se levemente antes da viagem; evitar jejum prolongado. Se não houver resposta ao dimenidrinato, alternativas como meclizina ou prometazina podem ser consideradas com orientação médica. Com isso, conclui-se que a cinetose é uma condição comum e muitas vezes subestimada na adolescência. O reconhecimento do padrão clínico e o uso correto da medicação são fundamentais para o controle dos sintomas. O caso reforça a importância do tempo de administração, da dose adequada de dimenidrinato para eficácia terapêutica, bem como medidas não farmacológicas para solucionar tal quadro clínico.

Palavra Chave:

**Título: SÍNDROME DE ENTEROCOLITE INDUZIDA POR PROTEÍNA ALIMENTAR (FPIES):
REVISÃO DE LITERATURA**

Autores: LETÍCIA REGE DE SOUSA ALVES (UNICEUB), JÚLIA MARTINS OLIVEIRA (UNICEUB), PEDRO PAULO PEREIRA CAIXETA (UNICEUB)

Resumo: A Síndrome de Enterocolite Induzida por Proteína Alimentar (FPIES) é uma reação adversa não mediada por IgE, que afeta principalmente lactentes e crianças pequenas, levando a episódios de vômito intenso, diarreia e desidratação, em resposta ao consumo de determinados alimentos. Embora rara, apresenta um grande impacto na qualidade de vida das famílias, principalmente devido à dificuldade no diagnóstico, que frequentemente é confundido com outras patologias gastrointestinais. "Este estudo teve como objetivo realizar uma revisão de literatura sobre o diagnóstico, manejo e tratamento da FPIES, com foco em diretrizes internacionais e estudos recentes." Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, com levantamento nas bases PubMed e em artigos oficiais de organizações internacionais publicados entre 2010 e 2024. Utilizaram-se os descritores: "food protein-induced enterocolitis syndrome", "non-IgE mediated food allergy". Estudos indicam que, por se tratar de uma reação não mediada por IgE, os testes tradicionais de alergia, como os testes cutâneos e a dosagem de IgE específico, não são eficazes para diagnosticar a FPIES. Em vez disso, o diagnóstico é predominantemente clínico, baseado na história alimentar da criança e na observação dos sintomas apresentados após a ingestão do alimento desencadeante. O manejo inclui a eliminação do(s) alimento(s) desencadeante(s) da dieta, e, em casos graves, o uso de líquidos intravenosos para o tratamento da desidratação e do choque. A introdução gradual de alimentos sob supervisão médica é uma abordagem recomendada para o manejo a longo prazo. "Conclui-se que, embora a FPIES seja uma condição desafiadora, o reconhecimento precoce e o manejo adequado podem melhorar significativamente o prognóstico e a qualidade de vida dos pacientes afetados.

Palavra Chave: SÍNDROME DE ENTEROCOLITE INDUZIDA POR PROTEÍNA ALIMENTAR

6

Título: CIRURGIA BARIÁTRICA NA ADOLESCÊNCIA: UMA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE RESULTADOS CONTEMPORÂNEOS.

Autores: GEORGIA COUTINHO SORIANO LOUSADA (UCB), CECÍLIA MOTA CARNEIRO PORTELA (UCB), LORENA DE LUCA WERNECK VALENTE SILVEIRA (UCB), FERNANDA MASSUE KOMATSU RABELO (UCB), BEATRIZ SIQUEIRA GALVÃO (UCB), SARA GABRIELLE ALVES DE AGUIAR (UCB), BEATRIZ CANOVAS FEIJÓ OLIVEIRA (UCB)

Resumo: A obesidade é epidemia mundial e um problema de saúde pública. Com aumento significativo da sua incidência entre adolescentes, associada a outras doenças de caráter sistêmico, crônico e progressivo. Além dos impactos psicossociais. Pelo motivo das intervenções conservadoras apresentarem resultados satisfatórios no tratamento, a cirurgia bariátrica ainda é considerada uma alternativa extrema, por ser invasiva e permanente."O objetivo deste estudo foi analisar os resultados contemporâneos da cirurgia bariátrica em adolescentes. A pesquisa considerou dados que evidenciam tanto os benefícios e malefícios dessa operação nessa faixa etária, a fim de promover uma reflexão crítica sobre a sua indicação clínica."Uma revisão sistemática da literatura conforme as diretrizes PRISMA na data 09/04/2025 na plataforma PubMed foi conduzida. Realizou-se busca com as palavras chave da plataforma MESH: "bariatric surgery" AND "adolescents" AND "metabolic surgery " pelo operador booleano "AND". 72 resultados foram obtidos, cujos resumos e títulos foram avaliados por um revisor independente. Os critérios de inclusão foram: trabalhos publicados nos últimos 5 anos, com menos de 100 participantes, relatos de casos e artigos com temas divergentes. Após essa análise, 5 estudos foram incluídos."A cirurgia bariátrica (CB) representa uma intervenção eficaz para adolescentes com obesidade grave, com indicações primárias baseadas em um índice de massa corporal (IMC) 8805; 40 kg/m² ou 8805; 35 kg/m² na presença de comorbidades como diabetes tipo 2, hipertensão arterial, dislipidemia e apneia do sono, após falha de tratamentos conservadores. Assim, a CB resulta em perda ponderal substancial e sustentada a longo prazo, com redução média de 26% a 31.3% no peso em segmentos de até 14 anos. Paralelo a isso, à remissão significativa de comorbidades metabólicas e cardiovasculares, com taxas de remissão de até 100%. Melhora a qualidade de vida, autoestima e redução em sintomas de ansiedade e depressão.

Apesar disso, efeitos colaterais impactam negativamente, como deficiências de micronutrientes, risco de complicações cirúrgicas, embora segurança comparável à de adultos. A persistência de problemas de saúde mental no pós-operatório é um achado relevante, sublinhando a necessidade de suporte psicológico contínuo, pois podem tender a outros vícios, como álcool. A abordagem entre médicos, psicólogos, educadores físicos e nutricionistas devem ser instituídas desde o início e de forma contínua para otimizar os resultados e mitigar os riscos. "A escolha da CB em adolescentes mostra-se uma opção favorável para pacientes elegíveis como parte de um plano de tratamento integral para a obesidade severa. É imperativo que diretrizes específicas sejam criadas para uma escolha consciente dos pacientes, acompanhantes e médicos ao optarem pela abordagem cirúrgica.

Palavra Chave: CIRURGIA BARIÁTRICA, ADOLESCENTES, OBESIDADE

Título: DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL DE INÍCIO EXTREMAMENTE PRECOCE: RELATO DE CASO.

Autores: MARIA OSANA DA SILVA ANTONIO FILHO (UFMS), ALEXANDRE DA SILVA LEOPOLDINO (UFMS), ISABELLY COSTA MACHADO GOLFETO (UFMS), LEONARDO RODRIGUES RESENDE (UFMS), GABRIEL GOUVEIA COELHO DE MORAES (FIOCRUZ), PAMELA RIBEIRO PEREIRA (UFMS), MICHELLE OLIVEIRA IWATA (UFMS)

Resumo: As doenças inflamatórias intestinais (DII) são um grupo de doenças, cuja incidência vem aumentando na faixa pediátrica, sendo mais comum na adolescência, sobretudo em maiores de 6 anos. O curso clínico é mais agressivo nas crianças do que em adultos, aumentando a morbidade à medida que a idade de início é mais precoce, devido à influência genética mais marcada, se relacionando também com erros inatos da imunidade. As DII, incluem a doença de Crohn, retocolite ulcerativa e colite indeterminada. Parada do crescimento e sintomas articulares, podem preceder a diarréia, outros sintomas extra intestinais são comuns, como atraso puberal. É sempre importante avaliar se há história familiar positiva. Em relação à colite, são classificadas como leve, moderada e grave. "Paciente do sexo masculino iniciou com diarreia e sangue nas fezes, associado a cólicas aos 8 meses. Estava como única fonte láctea aleitamento materno, aventada hipótese de APLV, sendo realizada dieta materna de exclusão do leite de vaca, com melhora temporária dos sintomas já que aos 12 meses de vida, volta a apresentar sangue vivo nas fezes e diarreia, com piora progressiva, sem melhora após alteração da dieta da mãe. Evoluiu com anemia refratária ao tratamento convencional, sendo necessário hemotransfusão. Realizada investigação etiológica, coprocultura positiva para *Aeromonas hydrophila*, tratada com ciprofloxacino porém sem melhora dos sintomas. Cintilografia descartando divertículo de meckel. Colonoscopia com biópsia, evidenciou enantema, erosões aftoides mais evidentes em colon esquerdo, com biopsia de colite crônica inespecífica, feito, desse modo, diagnóstico de doença inflamatória de inicio extremamente precoce e iniciado tratamento com prednisolona e azatioprina com melhora transitória porém após 5 anos de tratamento apresentou recaída com quadro grave com necessidade de internação e transfusão iniciado, desse modo, infliximabe o qual mantém uso desde então. Realizado ainda investigação genética com exame não detectando erros inatos da imunidade." "Paciente com início precoce de sintomas de doença inflamatória intestinal, com 8 meses de idade, evoluiu com necessidade de uso de imunobiológico para controle de sintomas fazendo seguimento ambulatorial com gastropediatra." Apesar de ser uma patologia extremamente rara na faixa etária pediátrica principalmente quando em menores de 6 anos, a hipótese de doença inflamatória intestinal não deve ser esquecida. O reconhecimento precoce implica em uma melhor evolução sendo importante também descartar imunodeficiências visto incidência na faixa etária pediátrica.

Palavra Chave: DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL, RETOCOLITE ULCERATIVA, GASTR

**Título: INCIDÊNCIA DE DOENÇA CELÍACA NA SÍNDROME DE DOWN E SUAS CONSEQUÊNCIAS:
UMA REVISÃO DE LITERATURA**

Autores: ANNA MARY DA SILVA SOUZA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB), KARINA MARA LEITÃO MAIA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB), MARIANA QUIRINO DE SÁ (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB)

Resumo: A síndrome de Down (SD) é uma alteração genética ocasionada pela presença de uma terceira cópia do cromossomo 21 nas células do organismo. Estima-se que no Brasil 1 em cada 700 nascimentos ocorre trissomia do 21, totalizando cerca de 300 mil pessoas com SD. Tal síndrome é amplamente associada a maior prevalência de doenças autoimunes, dentre elas, a doença celíaca (DC), caracterizada como uma doença disabsortiva que apresenta manifestações clínicas variadas, incluindo sintomas gastrointestinais e manifestações extra-intestinais. No entanto, em pacientes portadores de SD, os sintomas podem ser atípicos ou silenciosos, o que justifica a necessidade de rastreio regular e a importância do conhecimento sobre o tema."Este estudo visa revisar a literatura científica sobre a incidência de Doença Celíaca na população pediátrica diagnosticada com Síndrome de Down, abordando tanto dados internacionais como dados nacionais, bem como retratar possíveis consequências de tal associação no crescimento e desenvolvimento dos indivíduos."Foi realizada uma revisão não sistemática nas bases de dados SCIELO, PuBMed e na Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando os descritores "Celiac Disease AND Down Syndrome AND Children". Restringiu-se a busca por literaturas dos últimos 10 anos. Foram encontrados 69 trabalhos, dos quais 10 foram selecionados para compor a presente revisão."A prevalência de doença celíaca em indivíduos com SD é significativamente superior à observada na população geral, sendo observado que cerca de 5% a 13% das pessoas com SD podem desenvolver DC, em comparação com cerca de 1% da população sem SD. Nos Estados Unidos, foi observado através do estudo de Liu et al., que crianças com SD têm um risco seis vezes maior de desenvolver DC, com prevalência de 9,8% em crianças com 3 anos ou mais. Já, em um estudo brasileiro realizado por Nishihara et al., foi encontrada uma prevalência de 5,6% (1:20) de DC em pacientes com SD, em contraste, a população geral da mesma área apresentou uma prevalência de 0,5% (1:417). O tratamento da DC é uma dieta livre de glúten, portanto, é necessário que seja realizado acompanhamento nutricional regular, para que os demais nutrientes necessários para o crescimento dessas crianças seja preservado, já que no estudo de Soliman et al. observou-se que 13% das crianças com DC em dieta sem glúten por pelo menos 2 anos apresentaram baixa estatura significativa."O diagnóstico precoce das doenças autoimunes (DAI) em indivíduos com Síndrome de Down permite acompanhamento cuidadoso e prevenção de complicações. A alta predisposição desta população a condições como a doença celíaca, entre outras DAI, reforça a necessidade de rastreio regular. A identificação precoce permite iniciar instruções específicas, como dietas ou tratamentos médicos, evitando complicações a longo prazo, como desnutrição, osteoporose e outras manifestações clínicas graves.

Palavra Chave: SÍNDROME DE DOWN, DOENÇA CELÍACA E PEDIATRIA

Título: "FALHA TERAPÊUTICA APÓS CINCO ANOS DE REMISSÃO COM TERAPIA ANTI-TNF EM CRIANÇA COM DOENÇA INFLAMATÓRIA INTESTINAL DE INÍCIO PRECOCE"

Autores: LETÍCIA SANTOS VIEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), LETÍCIA ALVES DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), KARINA OLIVEIRA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), TATYANA BORGES DA CUNHA KOCH (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA)

Resumo: A Doença de Crohn (DC) é uma inflamação crônica do trato gastrointestinal, mais comum entre os 20 e 30 anos de idade, porém observa-se um aumento no número de casos infantis. Em crianças, pode afetar o crescimento, sendo fundamental um diagnóstico e intervenção precoces."Paciente do sexo feminino iniciou, em 2015, aos 5 anos, quadro de diarreia líquida, explosiva, com sangue e despertares noturnos. Em 2018, colonoscopia revelou pancolite ativa com inflamação acentuada e aspecto pseudopolipoide, sugestivas de DC. Iniciou corticóide e azatioprina. Após dois meses, apresentou dor abdominal e perda de peso, com Atividade da Doença de Crohn Pediátrica (PCDAI) 40 (moderado), sendo indicada dieta enteral exclusiva, interrompida por baixa adesão. Enterotomografia mostrou subestenose e espessamento no íleo terminal, sendo optado pelo escalonamento para Infliximabe. Em 2019, nova colonoscopia apontou mucosa com aspecto facetado e inflamação ativa sem subestenose. Com infliximabe sérico de 9 mcg/dL, otimizou-se a dose para 10 mg/kg mensalmente, com boa resposta clínica e recuperação ponderoestatural. Posteriormente, níveis séricos ultrapassaram 20 mcg/dL. Em 2022, colonoscopia indicou colite leve e calprotectina de 152 mcg/g. Permaneceu em remissão clínica com calprotectina <250 e atividade histológica leve até setembro de 2024, aos 14 anos, quando recaiu após infecção, com PCDAI 45, calprotectina de 6000 mcg/g e colonoscopia com atividade moderada. Solicitou-se troca do imunobiológico para Ustequinumabe.

""As Doenças Inflamatórias Intestinais (DII) costumam surgir na adolescência ou início da vida adulta, mas até 18% dos casos começam antes dos 10 anos e 4% antes dos 5, com aumento anual de 7% entre 6 meses e 5 anos, exigindo atenção pediátrica. Os sintomas inespecíficos dificultam o diagnóstico. O tratamento segue abordagem escalonada, iniciando com terapias convencionais e evoluindo para biológicos conforme a necessidade. Na Doença de Crohn, a remissão pode ser obtida com nutrição enteral exclusiva, embora os corticoides ainda sejam amplamente usados, apesar de seus efeitos colaterais. Tiopurinas precoces podem reduzir complicações, e anti-TNF são indicados em casos refratários ou com dependência de corticoides. As evidências atuais vêm sugerindo que a introdução precoce de imunobiológicos pode ser benéfica para determinados pacientes com fenótipos graves e potenciais desfechos desfavoráveis (top down). A monitorização contínua através da avaliação da atividade clínica da doença e da dosagem seriada da calprotectina fecal é fundamental para detectar falhas terapêuticas. Na possibilidade desta, o escalonamento se faz necessário. "Os pacientes com DII de início precoce apresentam comprometimento pancolônico, mais agressivo, com baixa resposta ao tratamento convencional, necessitando do uso combinado de imunossupressores e imunobiológicos de forma precoce e, por vezes, fenótipos mais agressivos requerem intervenções terapêuticas mais incisivas.

Palavra Chave: DOENÇA DE CROHN, INÍCIO PRECOCE, PANCOLITE, IMUNOBIOLÓGICOS,

10

INGESTÃO DE SUBSTÂNCIA CÁUSTICA E DE BATERIA: RELATO COMPARATIVO DE DOIS CASOS PEDIÁTRICOS

Autores: JULIA RAMOS AMARAL (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), KARINA OLIVEIRA BARBOSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), LETÍCIA SANTOS VIEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA), TATYANA BORGES DA CUNHA KOCH (UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA)

Resumo: A ingestão de corpos estranhos (CE) é frequente em pediatria, sendo os casos com cáusticos e baterias mais graves. Este trabalho apresenta dois casos, um com cáustico e outro com bateria, com destaque para as condutas adotadas conforme protocolos locais e diretrizes clínicas nacionais."Caso 1: Lactente, 1 ano, masculino, admitido após de ingestão de cáustico (sabão em grânulos), seguida de hematêmese e disfonia. Evoluiu com edema de glote e bradicardia grave, necessitando de reanimação cardiopulmonar e intubação orotraqueal (IOT). A endoscopia digestiva alta (EDA), realizada 12h após a ingestão evidenciou esofagite cáustica Zagar 2B, edema em hipofaringe e laringe. Paciente permaneceu em cuidados intensivos por quatro dias. No segundo dia, foi submetido à broncoscopia, sem alterações, permitindo extubação e liberado dieta líquida via sonda nasoenteral (SNE) passada durante EDA. Segue aos cuidados da enfermaria, em uso de sucrafilm, inibidor de bomba de prótons (IBP) a 2mg/Kg/dia e antibioticoterapia. Programação de liberação de dieta via oral após 7 dias e nova EDA após 21 dias da primeira. Caso 2: Lactente, 2 anos, masculino, admitido após ingestão de bateria com gemência, sonolência, sialorreia e vômitos com rajas de sangue. A radiografia de tórax evidenciou CE no esôfago proximal com sinal do "duplo halo". Foi encaminhado imediatamente para EDA com remoção do CE, sendo evidenciado lesão Zagar 2B, provavelmente subestimada devido ao curto intervalo entre a ingestão e o exame (<12h). Dado o risco de perfuração, permaneceu por dois dias sob cuidados intensivos. Em tomografia computadorizada de tórax, não havia sinais de mediastinite. Segue aos cuidados da enfermaria de pediatria, liberado dieta líquida por SNE passada durante EDA e no quinto dia de internação liberado dieta líquida via oral, em uso de sucrafilm, IBP a 2mg/Kg/dia e antibioticoterapia."A ingestão de cáusticos e de baterias são emergências pediátricas e possuem mecanismo de lesão à mucosa semelhante: o pH elevado de um cáustico alcalino e dos íons hidróxido formados pela presença da bateria causam necrose liquefativa do tecido. Assim, em até duas horas, podem ocorrer danos transmurais e fistulização da parede esofágica e de estruturas adjacentes, levando a complicações potencialmente fatais. Nesses casos, a EDA possui valor prognóstico, ao estratificar a gravidade das lesões, e terapêutico, em caso de retirada do CE. Entretanto, enquanto na ingestão de bateria deve ser realizada o mais precocemente possível (<2h), no caso de cáustico, é preconizado aguardar pelo menos 12 horas, devido ao risco de agravamento das lesões e perfuração."É evidente a necessidade de abordagem rápida e condutas baseadas em protocolos bem estabelecidos, a fim de minimizar desfechos adversos na ingestão de CE. Diante da gravidade da apresentação clínica, o manejo precoce e a oferta de suporte intensivo são fundamentais. Por fim, a prevenção permanece como a principal estratégia para redução desses eventos.

Palavra Chave: INGESTÃO DE CORPOS ESTRANHOS, PEDIATRIA, CÁUSTICOS, BATERIA

11

TÍTULO: RELATO DE CASO DE PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL CRÔNICA PEDIÁTRICA: DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Autores: ANA CAROLINA BUTA PEREIRA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), ANA COUTO LIMA MELO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), JULIANA FALEIRO PIRES (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA), SAMUEL SOTERO LOURENÇO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), FERNANDO VELASCO LINO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA)

Resumo: A Pseudo-obstrução Intestinal Crônica (POIC) representa uma enfermidade clínica rara e grave de dismotilidade do trato gastrointestinal, resultando em sintomas sugestivos de obstrução intestinal total ou parcial sem obstáculo anatômico. Nas crianças, os casos mais graves surgem no período neonatal e têm um prognóstico desfavorável, com taxas de mortalidade variando de 10% a 32%. "Paciente de 10 anos, sexo masculino, com diagnóstico prévio de síndrome consumptiva crônica (zscore peso variando entre -2 e -3) e constipação crônica desde os 5 meses de idade, necessitando de várias internações por quadro clínico de obstrução intestinal. Em dezembro de 2023, foi internado em pronto socorro de um hospital secundário Distrito Federal com queixa de constipação há 3 dias, associado a uma dor abdominal intensa. Ao exame físico, estava hipocorado e apresentava sinais de instabilidade hemodinâmica. A suspeita inicial foi de abdômen agudo obstrutivo, sendo realizada uma tomografia computadorizada sem contraste que apresentou uma distensão exuberante (10 cm) de alças colônicas e presença abundante de fezes. O paciente, então, foi transferido para unidade de terapia intensiva com quadro choque séptico de foco abdominal, decorrente de um megacolon tóxico (fecaloma), necessitando de intubação orotraqueal e uso de drogas vasoativas por 4 dias. Após a alta dos cuidados intensivos, foi realizada uma colostomia eletiva para desobstrução intestinal. Na ocasião, foi realizada biópsia do retossigmóide e do reto distal, a qual demonstrou área de hipertrofia e edema da camada muscular, com plexo nervoso preservado, sendo sugestiva de POIC, na forma de miopatia visceral. Em seguida, iniciou o seguimento ambulatorial em um hospital terciário, sendo observada deficiência de vitamina D, dislipidemia mista e anemia megaloblástica. Assim, foi instituída nutrição enteral, confecção de colostomia, sessões de reabilitação para fortalecimento muscular, uso de agentes procinéticos e laxantes osmóticos. Entretanto, apesar do vasto arsenal terapêutico, não houve melhora clínica satisfatória." "Por se tratar de uma patologia semelhante a outras síndromes de obstrução intestinal, seu diagnóstico é tardio e por exclusão de causas mecânicas, doenças subjacentes ou induzidas por fármacos. No caso em questão, a histopatologia foi fundamental para definir o diagnóstico. O manejo constitui um desafio, tendo em vista a necessidade de acompanhamento por equipe multidisciplinar e, ainda assim, uma baixa resposta às medidas terapêuticas, corroborando para os elevados índices de morbidade e mortalidade da doença." "A POIC causa um grande impacto na qualidade de vida das crianças e seus familiares, apresentando ainda grandes desafios no que diz respeito à sua abordagem terapêutica e os possíveis benefícios ao paciente no seu manejo. Assim, a conscientização sobre a doença propicia a identificação das lacunas no conhecimento atual.

Palavra Chave: CONSTIPAÇÃO CRÔNICA, PSEUDO-OBSTRUÇÃO INTESTINAL.

12

Título: APLV X INTOLERÂNCIA À LACTOSE: DESVENDANDO UM DILEMA CLÍNICO PEDIÁTRICO

Autores: FERNANDA MASSUE KOMATSU RABELO (UCB), VINÍCIUS DE ALMEIDA LIMA (UFU), GABRIELLA EIKO KOMATSU SILVEIRA (HRAN), GEORGIA COUTINHO SORIANO LOUSADA (UCB)

Resumo: A intolerância à lactose (IL) e a alergia à proteína do leite de vaca (APLV) são condições frequentemente confundidas na prática clínica pediátrica, especialmente em lactentes. Embora ambas se apresentam com sintomas gastrointestinais, como diarreia e distensão abdominal, diferem quanto à fisiopatologia, diagnóstico e manejo. A IL resulta da deficiência da enzima lactase, enquanto a APLV decorre de mecanismos imunológicos. O conhecimento dessas diferenças é essencial para o manejo adequado do paciente, prevenindo dietas inadequadas e prejuízos nutricionais. "Esta revisão tem como objetivo elucidar as distinções clínicas, fisiopatológicas e terapêuticas entre essas duas condições." Foi realizada uma revisão sistemática da literatura conforme as diretrizes PRISMA, em 20/04/2025, na plataforma PubMed. Utilizaram-se os descritores MeSH: "Lactose Intolerance" AND "Milk Hypersensitivity" AND "Children", com filtros de artigos gratuitos publicados nos últimos dez anos. Foram excluídos trabalhos de revisão, estudos com menos de 100 participantes, relatos de caso e artigos com temas divergentes. Após a triagem, quatro estudos foram incluídos. "A APLV é uma reação imunológica às proteínas do leite de vaca, como a caseína e a 946:-lactoglobulina, podendo ser IgE mediada, não IgE mediada ou mista. A forma IgE desencadeia reações imediatas, como urticária, angioedema e vômitos. A forma não IgE apresenta sintomas tardios e inespecíficos, como diarreia crônica, constipação, vômitos, cólicas, baixo ganho ponderal, presença de sangue nas fezes e dermatite atópica. A IL, por sua vez, resulta da deficiência de lactase e causa exclusivamente sintomas gastrointestinais, como distensão abdominal, dor e diarreia aquosa, sem manifestações cutâneas ou respiratórias.

O diagnóstico da APLV baseia-se na história clínica, em testes alérgicos ou em dieta de exclusão com reintrodução. Já a IL é, em geral, diagnosticada clinicamente, com melhora rápida após a retirada da lactose ou com o teste de tolerância à lactose. A APLV exige exclusão total das proteínas do leite de vaca, enquanto a IL permite o consumo de produtos com baixo teor de lactose. A confusão entre as duas pode levar a condutas inadequadas, como a eliminação desnecessária do leite da dieta, resultando em deficiências de cálcio e vitamina D, além de aumentar os custos ao sistema de saúde devido à realização de exames, consultas e trocas de fórmula infantil desnecessárias."Apesar de apresentarem sintomas semelhantes, IL e APLV possuem mecanismos distintos e exigem abordagens diagnósticas e terapêuticas diferentes. O reconhecimento adequado pelo profissional de saúde é fundamental para o manejo correto. Assim, destaca-se a importância de investir na capacitação médica e na padronização das condutas clínicas, garantindo orientação adequada aos pacientes e evitando intervenções equivocadas.

Palavra Chave: INTOLERÂNCIA À LACTOSE, ALERGIA À PROTEÍNA DO LEITE

13

Título: AVALIAÇÃO DA DOENÇA HEPÁTICA GORDUROSA ASSOCIADA À DISFUNÇÃO METABÓLICA (MASLD) EM CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM SOBREPESO E OBESIDADE EM SERVIÇO ESPECIALIZADO

Autores: JULIA SEIXAS (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA), RENATA SEIXAS (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA), JAQUELINE NAVES (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA), LUISA SEIXAS (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA), ELISA CARVALHO (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA), RAQUEL LEÔNCIO (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA), ISABELLE QUEIROZ (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA)

Resumo: A doença hepática gordurosa associada à disfunção metabólica (MASLD) constitui uma condição hepática progressiva, fortemente relacionada à obesidade infantil e às suas complicações metabólicas. "Avaliar a prevalência e os fatores associados ao diagnóstico de MASLD em crianças e adolescentes com excesso de peso, atendidos em um serviço especializado" Estudo transversal, descritivo e quantitativo. Foram analisados dados clínicos, laboratoriais e de imagem de 453 pacientes."Do total de 453 pacientes, 103 (22,74%) apresentaram diagnóstico de MASLD. A avaliação da esteatose hepática foi realizada por meio de ultrassonografia, sendo a maioria dos casos classificada como grau I (79,61%), seguida pelos graus II (16,50%) e III (3,88%). As comorbidades mais frequentes foram dislipidemia (87,38%), resistência à insulina (73,79%) e hipertensão arterial sistêmica (49,51%). A análise estatística evidenciou associação significativa entre os graus mais avançados de esteatose e níveis elevados de alanina aminotransferase (ALT), aspartato aminotransferase (AST) e alterações da glicemia."Os achados reforçam a importância da detecção precoce e da implementação de estratégias preventivas e terapêuticas, com o objetivo de frear a progressão da MASLD e reduzir o impacto das comorbidades associadas, contribuindo para a melhoria da qualidade e expectativa de vida desses pacientes.

Palavra Chave: ESTEATOSE HEPÁTICA, OBESIDADE INFANTIL, DISFUNÇÃO METABÓLICA

Genética Clínica

1

Título: FENILCETONÚRIA E TERAPIA GÊNICA: UMA ABORDAGEM PROMISSORA PARA O TRATAMENTO

Autores: LAURA BEATRIZ VICENTE RIBEIRO DA SILVA (FACULDADE ZARNS), ALINE FLORES DE MORAES (UNIVERSIDADE DE MARÍLIA), GABRIELA MATUZITA (FACULDADE DE MEDICINA DE JUNDIAÍ), JULIANA SILVA ALBUQUERQUE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), NICOLLE LIMA MUTÃO STIVAL (UNIVERSIDADE DE RIO VERDE UNIRV), PATRÍCIA VANZING DA SILVA (ULBRA - UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL), LAISE ROTTENFUSSER (UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL)

Resumo: A fenilcetonúria (PKU) é um distúrbio metabólico hereditário causado por mutações no gene PAH, que comprometem a conversão da fenilalanina em tirosina, resultando em neurotoxicidade se não tratada. Embora a dieta restrita em fenilalanina seja eficaz, ela impõe limitações consideráveis à qualidade de vida dos pacientes. Nesse contexto, a terapia gênica tem se destacado como uma estratégia inovadora, oferecendo potencial para uma abordagem curativa, com avanços recentes demonstrando segurança e eficácia em modelos experimentais e ensaios clínicos iniciais."Analisar os avanços e perspectivas da terapia gênica como abordagem terapêutica no tratamento da fenilcetonúria."Realizou-se uma revisão bibliográfica na base de dados PubMed, com artigos publicados entre 2020 e 2025. Utilizaram-se os descritores "Phenylketonuria" e "gene therapy". Foram identificados 127 artigos, dos quais 16 foram selecionados após análise crítica por sua relevância ao tema."O tratamento da PKU ainda se baseia na dieta restrita em fenilalanina, eficaz para prevenir complicações neurológicas, mas com baixa adesão a longo prazo. A sapropterina beneficia alguns pacientes, e a Pegvaliase reduz os níveis de fenilalanina, embora com efeitos colaterais imunomediados. A fenilalanina amônia-liase (PAL), promissora em modelos animais, enfrenta limitações devido à necessidade de injeções frequentes e risco imunológico. Avanços em terapias gênicas incluem o uso de vetores virais, como o AAV sorotípico Anc80, que reduziu com sucesso os níveis de fenilalanina sem efeitos adversos. Técnicas de edição gênica, como CRISPR/Cas9 e prime editing, mostraram potencial terapêutico duradouro. A substituição de mRNA encapsulado em nanopartículas lipídicas também foi eficaz em modelos murinos. Modelos animais, como suínos com deleções no gene PAH, reproduziram sintomas típicos da PKU e responderam à dieta restrita. Terapias inovadoras, como bactérias geneticamente modificadas para degradar fenilalanina, surgem como alternativas promissoras. O cenário terapêutico está evoluindo, com abordagens dietéticas, enzimáticas e genéticas convergindo para tratamentos mais eficazes e personalizados."A terapia gênica para fenilcetonúria representa uma alternativa promissora ao tratamento dietético, embora sua eficácia dependa da conclusão dos ensaios clínicos em andamento. A comunicação eficaz entre profissionais e pacientes é essencial para o sucesso dessa abordagem. É fundamental concluir os ensaios clínicos e expandir a pesquisa para garantir a implementação segura da terapia gênica, além de assegurar o acesso equitativo a esses avanços, beneficiando todos os pacientes de forma justa e sustentável.

Palavra Chave: FENILCETONÚRIA, TERAPIA GENÉTICA, EDIÇÃO DE GENES

2

Título: OS IMPACTOS DAS MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS NO BRASIL: UM ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO

Autores: YASSER WADUD ISSLER (UNICEPLAC), SAMUEL SOTERO LOURENÇO (UNICEPLAC), PEDRO HARUO AGUIAR SEBATA (UNICEPLAC), MARCELLA CAMILLY VALE ANTUNES (UNICEPLAC), GABRIELA MENDES SOARES (UNICEPLAC), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (UNICEPLAC)

Resumo: As malformações congênitas (MC) são alterações morfológicas que ocorrem durante o desenvolvimento embrionário e fetal, afetando cerca de 6% dos nascidos vivos globalmente. Elas representam a segunda principal causa de mortalidade infantil no Brasil, com destaque para cardiopatias congênitas e defeitos do tubo neural. Apesar de avanços no diagnóstico e tratamento, desigualdades no acesso aos cuidados de saúde persistem, principalmente para populações vulneráveis. "Analizar a mortalidade infantil por MC, destacando o perfil epidemiológico para uma análise racial e socioeconômica." Este trabalho trata-se de um estudo ecológico, com análise de dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH - DataSUS). Foi estudado o período de setembro de 2019 a setembro de 2024, abrangendo informações de todo território nacional. Durante o processo de pesquisa, foram aplicados filtros por faixa etária (0 a 14 anos) e "raça/etnia", com o objetivo de investigar as taxas de mortalidade, sempre com enfoque nas disparidades raciais e econômicas. Trata-se de um estudo dispensado de análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa, por utilizar exclusivamente dados secundários de domínio público."A MC apresenta maior prevalência nas faixas etárias mais jovens, com pico de mortalidade entre 0 e 4 anos, representando 21% dos óbitos nessa faixa etária, principalmente por cardiopatias congênitas e defeitos do tubo neural. Nas faixas etárias seguintes, de 5 a 9 anos e de 10 a 14 anos, a mortalidade diminui progressivamente, mas ainda representa cerca de 8% e 5% dos óbitos infantis respectivamente. A análise por cor/raça revela que crianças amarelas e indígenas apresentam maior taxa de mortalidade por MC, superando a média geral em 73% e 48% respectivamente, evidenciando desigualdades no acesso a cuidados de saúde e fatores socioambientais. A mortalidade perinatal associada a múltiplas MC é elevada, com índices de até 32% em casos de defeitos múltiplos, especialmente quando há limitação no acesso a diagnósticos e a tratamentos adequados. Prevenção primária, como o uso de vitamina B9 e B12, e o acompanhamento pré-natal com triagem por ultrassonografia e marcadores bioquímicos permitem a detecção precoce de síndromes e anomalias congênitas. O tratamento envolve intervenções cirúrgicas e acompanhamento especializado, fundamentais para reduzir sequelas e melhorar a sobrevida. Políticas públicas que garantam acesso universal e equitativo à saúde são fundamentais para combater essas disparidades e melhorar o prognóstico das crianças afetadas."As MC apresentam maiores taxas de morte em crianças menores de 5 anos e nas raças amarela e indígena. Assim, a combinação de prevenção e diagnóstico precoce - incentivada através de políticas públicas eficazes - ajuda a reduzir complicações e a aumentar a sobrevida.

Palavra Chave: CRIANÇA, MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS, MORTALIDADE.

Infectologia

1

Título: O RETORNO DO SARAMPO AO BRASIL: O PREÇO DA NEGLIGÊNCIA VACINAL

Autores: GABRIELE MARIA BRAGA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT), JOÃO PEDRO CAMPOS PEREIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS - UFMG), FERNANDO DE VELASCO LINO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT), BIANCA ROCHA DE AGUIAR (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT), IBRAHIM DAOUD ELIAS FILHO (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT), GABRIELA WANDER DE ALMEIDA BRAGA (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT), MARIANY DE OLIVEIRA GOMES (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT), FABIANA CAROLINE COELHO CARVALHO FIRME (HOSPITAL REGIONAL DE TAGUATINGA - HRT)

Resumo: O sarampo é uma doença viral imunoprevenível transmitida por gotículas dispersas no ar pela tosse, fala ou espirro de pessoas infectadas, sendo mais incidente na infância e adolescência, especialmente na fase escolar (VERONESI-FOCACCIA, 2015). Possui caráter mundial, com forte impacto de aspectos socioeconômicos na transmissão e incidência. Após a certificação de eliminação do sarampo pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) em 2016, o Brasil enfrentou surtos a partir de 2018 devido à queda na cobertura vacinal e ao fluxo migratório, reforçando a necessidade de vigilância e manutenção de altas taxas de imunização. "Analizar os dados epidemiológicos dos casos de sarampo no Brasil e no mundo, visando alertar profissionais de saúde sobre a importância da vigilância e estratégias para garantir altas coberturas vacinais, especialmente entre crianças." Estudo baseado na análise epidemiológica de notificações de sarampo registradas na plataforma DATASUS e relatórios da Organização Mundial da Saúde (OMS)."Em 2024, globalmente, foram confirmados 334.717 casos de sarampo, 6,3% a mais que em 2023. A série histórica aponta um aumento progressivo após a pandemia da COVID-19. Segundo a OMS, até 1º de fevereiro de 2025, foram notificados 7.633 casos suspeitos em 54 países, dos quais 3.098 (40,6%) foram confirmados. No Brasil, até a Semana Epidemiológica 9 de 2025, foram notificados 149 casos suspeitos, com três confirmações – dois no Rio de Janeiro e um no Distrito Federal –, além de 60 casos em investigação. Segundo o Ministério da Saúde (MS), em 2024, a cobertura para a primeira dose da vacina tríplice viral atingiu a meta de 95%, mas com homogeneidade de 67,5%, revelando desigualdades entre municípios. E a segunda dose alcançou 79%, com homogeneidade de 43,71%, indicando baixa adesão ao reforço. Isso evidencia a suscetibilidade da população e o risco aumentado de contato com o vírus importado e o desenvolvimento da doença na comunidade, podendo levar a uma epidemia de sarampo." Apesar de a vacinação estar prevista no calendário de imunização infantil, a variação na cobertura vacinal indica uma possível susceptibilidade da população, tornando essencial a vigilância contínua. Para aumentar a adesão, é fundamental que gestores de saúde adotem medidas concretas, como a ampliação dos horários de funcionamento das salas de vacina, a realização de campanhas de conscientização para combater a desinformação e a busca ativa de não vacinados por meio do monitoramento dos registros vacinais e da atuação dos agentes comunitários. Além disso, a integração entre vigilância, imunização, assistência e laboratórios fortalece a identificação e resposta a possíveis surtos, garantindo maior proteção à população.

Palavra Chave: SARAMPO, VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, COBERTURA VACINAL, PREVE

Título: A PROBLEMÁTICA DO COQUELUCHE: A INCIDENCIA EM LACTENTES EM RELAÇÃO A IMPLANTAÇÃO DE VACINAÇÃO MATERNA NO PARANÁ.

Autores: NICOLE MATTAR (HOSPITAL DE CLÍNICAS UFPR), TAYCIELE SCHENKEL QUINTANA BIZINELLI. (HOSPITAL PEQUENO PRÍNCIPE)

Resumo: A coqueluche é uma doença respiratória aguda e infecciosa que afeta principalmente crianças e lactentes, com maior morbimortalidade em lactentes jovens, especialmente os menores de 6 meses. Essa comorbidade permanece frequente no Brasil, com um aumento expressivo de casos em 2024. Como medida de prevenção, desde 2014, o ministério da Saúde implementou a vacina dTpa materna, administrada a partir da 20ª semana de gestação visando proteger os lactentes nos primeiros meses de vida. "Este estudo tem como objetivo descrever a incidência de coqueluche em crianças menores de um ano antes e após a implantação da vacinação materna contra pertússis no estado do Paraná. "Foi realizado um estudo observacional, ecológico, com análise de série temporal, utilizando dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do DATASUS. Os dados de casos confirmados de coqueluche em crianças menores de um ano no Paraná, no período de 2007 a 2024, foram correlacionados com a cobertura vacinal de gestantes. As taxas de incidência foram calculadas para o período total e para dois grupos de idade: menores de 3 meses e de 3 meses a 1 ano incompleto. Os períodos pré-vacinação (2007-2013) e pós-vacinação (2015-2024) foram comparados para avaliar o impacto da vacinação materna na incidência da doença. "A análise dos dados revelou que a incidência de coqueluche em menores de um ano no Paraná apresentou três picos durante o período estudado: 2014, 2018 e 2024. A cobertura vacinal de gestantes com a vacina dTpa, implementada a partir de 2014, nunca atingiu a meta de 100%, com o pico de 68% em 2019 e declínio nos anos seguintes. A comparação dos períodos pré e pós-vacinação evidenciou uma redução de 34,6% na incidência de coqueluche em menores de 1 ano (IRR = 0,72) e uma redução de 39% na incidência em menores de 3 meses. "Os resultados indicam uma redução na incidência de coqueluche em lactentes após a introdução da vacinação materna, especialmente nos menores de 3 meses, o que sugere um impacto positivo da vacinação materna na proteção dos lactentes. No entanto, a cobertura vacinal abaixo da meta e outros fatores, como a pandemia de COVID-19 e o aumento do movimento antivacina, também podem ter influenciado nos resultados. O estudo apresenta limitações, como a dependência da qualidade dos dados do SINAN e a impossibilidade de distinguir a proteção passiva da ativa em lactentes vacinados. Apesar das limitações, o estudo sugere que a vacinação materna com dTpa no Paraná teve um impacto positivo e pode ser usado como base para o incentivo dessa medida por profissionais de saúde.

Palavra Chave: VACINAÇÃO, COQUELUCHE, DTPA, LACTENTES

3

Título: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA EVOLUÇÃO DAS INTERNAÇÕES POR BRONQUIOLITE AGUDA NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA DO CENTRO-OESTE, NO PERÍODO DE 2020 A 2024

Autores: LAURA ANGÉLICA DE MOURA CHAGAS (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO), LUCAS SILVANO DE MOURA CHAGAS (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO), FILIPE CRUZ BARRETO E VAZ (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE GOIATUBA - UNICERRADO), AYLTON FIGUEIRA JUNIOR (UNIVERSIDADE NOVE DE JULHO)

Resumo: As infecções respiratórias agudas figuram entre as principais causas de hospitalização em crianças em função de respostas adaptativas específicas como a bronquiolite aguda. A bronquiolite viral aguda, predominantemente ocasionada pelo vírus sincicial respiratório (VSR), acomete lactentes menores de dois anos, tendo a maior incidência entre dois e seis meses de idade, com quadro clínico caracterizado por desconforto respiratório progressivo, sibilos e estertores. Embora a maior prevalência seja no período de inverno, regiões com clima tropicais e semi-árido apresentam evolução nas internações."Analisar a prevalência das internações hospitalares por bronquiolite aguda em crianças da região Centro-Oeste do Brasil, no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2024."Trata-se de um estudo ecológico, descritivo e retrospectivo, coletados nas bases de dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), na categoria do CID-10 (J21) bronquiolite aguda, no intervalo de 2020 a 2024."Foram contabilizadas 32.007 internações no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2024, sendo mais prevalentes no sexo masculino (58,46%) e na faixa etária de 0 a 1 ano (70,38%). Distribuídos anualmente, os casos foram: 1.315 (4,10%) em 2020, 3.413 (10,66%) em 2021, 7.196 (22,48%) em 2022, 10.526 (32,88%) em 2023 e 9.557 (29,85) em 2024."De acordo com os dados, a maior prevalência de internação por bronquiolite aguda nos anos de 2020 a 2024 ocorreu em menores de 12 meses e com predominância no sexo masculino, com aumento significativo de casos em 2023, entre abril e maio, seguido de leve redução em 2024. Esses resultados sugerem a necessidade de intensificar as estratégias de prevenção, principalmente reduzindo o contato dos lactentes nos primeiros seis meses de vida, com indivíduos sintomáticos de infecções respiratórias. Além disso, os achados ressaltam a importância do monitoramento contínuo das internações para subsidiar futuras políticas de saúde pública e intervenções preventivas.

Palavra Chave: BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA, CRIANÇAS, REGIÃO CENTRO-OESTE

Título: DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSE PULMONAR EM CRIANÇA COM DERMATITE ATÓPICA GRAVE

Autores: MARIANA DOS SANTOS VASCONCELOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), GABRIEL SOUZA SANTOS DA SILVA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), FRANCYELLEN BANDEIRA DOS SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), NAROTTAM SÓCRATES GARCIA CHUMBITAZ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA)

Resumo: A dermatite atópica (DA) é uma doença inflamatória crônica, multifatorial, comum na infância e de impacto expressivo na qualidade de vida. Casos graves podem demandar imunossupressores sistêmicos, como o metotrexato, que aumentam a suscetibilidade a infecções oportunistas. A infecção latente por *Mycobacterium tuberculosis* (LTB) é preocupação crescente em populações pediátricas imunocomprometidas, dada a possibilidade, ainda que rara, de evolução para tuberculose (TB) pulmonar ativa durante o seguimento."Criança de 3 anos, sexo masculino, acompanhada desde os 10 meses de idade por DA grave, com múltiplas impetiginizações e internações. Iniciou metotrexato há um ano, suspenso após 9 meses devido a infecção cutânea grave e necessidade de hospitalização. Evoluiu com erupção variceliforme de Kaposi, lesões disseminadas, febre e diarreia, sendo tratado com antibióticos de amplo espectro e aciclovir, com boa resposta clínica. No segmento ambulatorial, realizou teste IGRA (ensaio de liberação de interferon gama), com resultado reagente. A radiografia de tórax revelou hipotransparência retrocardíaca sugestiva de infecção, e foi iniciado tratamento para ILTB com rifapentina e isoniazida. Após três semanas, apresentou tosse produtiva, febre baixa, sibilância e perda ponderal recente. Nova radiografia mostrou consolidação em lobo inferior direito, broncograma aéreo e atelectasia. Exames laboratoriais revelaram leucocitose (13.270), eosinofilia (8%) e PCR normal (2,5 mg/L). Com suspeita de progressão para TB ativa, iniciou-se tratamento com rifampicina, isoniazida e pirazinamida (RHZ). O paciente segue em acompanhamento."O caso ilustra a interface entre doenças inflamatórias crônicas e susceptibilidade a infecções oportunistas. A DA grave sob contexto de imunossupressão configura fator predisponente à TB. A rápida evolução da ILTB para TB ativa após início da profilaxia sugere possível subdiagnóstico da forma ativa na avaliação inicial, reforçando a importância de investigação clínica e radiológica detalhada. A erupção variceliforme de Kaposi sinaliza disfunção imunológica cutânea e celular. A persistência de eosinofilia, prurido intenso e múltiplas internações indicam a gravidade do fenótipo da DA. O manejo articulado entre dermatologia, pediatria e infectologia foi crucial para diagnóstico e conduta adequada. O uso futuro de imunobiológicos deve ser cuidadosamente ponderado frente aos riscos infecciosos. "Portanto, destaca-se a complexidade do manejo de crianças com DA grave e imunossupressão, ressaltando a importância da abordagem multidisciplinar e vigilância clínica contínua, especialmente diante do risco de reativação tuberculosa em contextos de vulnerabilidade imunológica.

Palavra Chave: DERMATITE ATÓPICA (D003876), TUBERCULOSE (D014376)

Título: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DA SÍFILIS CONGÊNITA NOS ESTADOS DO CENTRO-OESTE ENTRE 2015 E 2024

Autores: FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), GABRIELA LOPES ALENCAR (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), JOANA PEREIRA FESTAS (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), ANA PAULA ALVES DA SILVA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), LETÍCIA LIMA SOMBRA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), JOÃO VICTOR LOSCHI DE CARVALHO EULÁLIO (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), AMANDA BEATRIZ OLIVEIRA CANUTO (FACULDADE DE MEDICINA DE BARBACENA), CAROLINA BERNARDO DE ALMEIDA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS)

Resumo: A sífilis congênita persiste como um relevante problema de saúde pública no Centro-Oeste (CO) do Brasil. Entre 2015 e 2024, foram notificados 13.622 casos na região (SINAN, 2025), contribuindo para os mais de 233 mil casos registrados no país. "Descrever o comportamento da sífilis congênita no CO entre 2015 e 2024, considerando a evolução do número de casos notificados, a idade materna, a realização de pré-natal e o perfil racial dessas mulheres. "Estudo descritivo, com abordagem quantitativa e qualitativa, a partir de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) e do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), para uma análise proporcional. As variáveis do estudo abarcaram: número de notificações, idade materna, pré-natal e raça/cor. Os dados foram obtidos via Lei de Acesso à Informação (LAI), organizados em planilhas eletrônicas (Google Sheets®) e submetidos à análise estatística. "Entre 2015 e 2024, registraram-se 13.622 casos de sífilis congênita entre 2.259.446 nascidos vivos (NV). A variação de casos entre os anos manteve-se entre 0,87% e 1,27%, com pico de casos em 2023. O Distrito Federal liderou os casos confirmados, com 5 mil notificações e taxa de 13 casos por mil nascidos vivos (13:1000), seguido de Goiás com 3,5 mil casos (3,8:1.000), Mato Grosso do Sul com 3 mil casos (7:1.000), e Mato Grosso com 2 mil casos (3,7:1.000). A maioria das gestantes apresentavam idade entre 20-24 anos (33%); de raça/cor parda: 93,2% (MT), 88,6% (DF), 86,9% (GO) e 77,7% (MS) ; e afirmaram ter realizado pré-natal: 83,6% (MT), 81,2% (DF), 79,2% (GO) e 68,4% (MS). "O Distrito Federal liderou o número de notificações e apresentou maior taxa de casos confirmados por nascidos vivos, enquanto Mato Grosso apresentou o menor número de casos, menor taxa por nascidos vivos, bem como a maior cobertura de pré-natal. O predomínio foi de gestantes entre 20-24 anos, pardas e que realizaram pré-natal. Com isso, a sífilis congênita persiste como importante indicador em saúde. Demonstrou-se a necessidade de ações efetivas, com qualificação das equipes de pré-natal, em prevenção, diagnóstico e tratamento oportuno; especialmente nas regiões de maior incidência epidemiológica.

Palavra Chave: PRÉ-NATAL, VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA, SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Título: CHIKUNGUNYA CONGÊNITA: RELATO DE CASO COM MANIFESTAÇÕES HEMATOLÓGICAS E CUTÂNEAS EM RECÉM-NASCIDO DE MÃE SINTOMÁTICA NO PERIPARTO

Autores: LUANA CRUZ NUNES GODINHO (UNIVERSIDADE UNIC), TABATTA LOANA DE OLIVEIRA RIBEIRO (UNIVERSIDADE UNIC), QUEREM HAPUQUE ZEFERINI NEVES (UNIVERSIDADE UNIC), MARIA HELENA NOVELLI NOVELLI (UNIVERSIDADE UNIC), LUÍSA DOS SANTOS NICOLAU (UNIVERSIDADE UNIC), ANA JULIA MATTIONI SIQUEIRA (UNIVERSIDADE UNIC), GABRIELA PELLISARI VIANA GHISI (UNIVERSIDADE UNIC)

Resumo: A chikungunya é uma arbovirose causada por vírus do gênero Alphavirus, transmitido por mosquitos Aedes. A transmissão vertical, embora rara, pode ocorrer quando há viremia materna no periparto, podendo resultar em infecção neonatal com sintomas inespecíficos. A forma congênita permanece pouco relatada, especialmente no Brasil, exigindo maior vigilância clínica e laboratorial em áreas endêmicas."Recém-nascido a termo, PIG, do sexo masculino, filho de mãe G3P3A0, nascido de parto vaginal com bolsa rota no ato, líquido amniótico claro com grumos, Apgar 8/9 e peso de 2.560g. A mãe apresentou no dia do parto febre, exantema e artralgia, compatíveis com arbovirose. O pré-natal foi completo, com intercorrências tratadas como anemia, infecção urinária e leucorreia. O RN permaneceu em alojamento conjunto por 48h, em aleitamento materno e boa evolução, recebendo alta em tempo oportuno. Ao quarto dia de vida, retornou ao hospital com febre, irritabilidade, exantema difuso e recusa alimentar, sendo internado em enfermaria pediátrica para suporte e avaliação inicial. Após 24h, evoluiu com piora clínica, apresentando edema de extremidades, intensa irritabilidade e distúrbios de coagulação. Foi transferido para UTI neonatal, onde recebeu imunoglobulina IV, plasma fresco congelado e antibioticoterapia empírica. No sexto dia, o RT-PCR para arboviroses foi positivo para chikungunya (CT 15), confirmando infecção congênita. Evoluiu de forma estável nos dias seguintes, permanecendo na UTI por quatro dias e, após melhora, retornou à enfermaria para reabilitação nutricional e estímulo à amamentação. Culturas negativas permitiram a suspensão dos antibióticos. Durante a internação, apresentou anemia progressiva sem sinais de sangramento, sendo submetido a duas transfusões de concentrado de hemácias. Ao exame, observava-se hiperpigmentação em face e região perineal (sinal de "chik sign"). Recebeu alta com 28 dias de vida, em seguimento ambulatorial multidisciplinar devido à dificuldade de recuperação nutricional e ausência de ganho ponderal desde o nascimento."""A chikungunya congênita, embora rara, pode ter manifestações relevantes como irritabilidade, exantema, coagulopatia e anemia, exigindo suporte clínico intensivo. A confirmação laboratorial precoce, aliada à anamnese materna, foi essencial neste caso. A ausência de ganho de peso mesmo após tratamento reforça o impacto da infecção no desenvolvimento neonatal, justificando seguimento multiprofissional após a alta hospitalar.

Palavra Chave:

Título: ASCARIDÍASE EM LACTENTE DE 8 MESES: UM RELATO DE CASO

Autores: MARIANA QUIRINO DE OLIVEIRA (HMIB), ALEXANDRE NIKOLAY DE VASCONCELOS RABELO LEMOS (HMIB), FERNANDA MASSUE KOMATSU RABELO (UCB), VINÍCIUS DE ALMEIDA LIMA (UFU)

Resumo: As parasitoses intestinais estão entre as doenças mais comuns do mundo, segundo a OMS, sendo a ascaridíase a segunda mais frequente. Um estudo realizado no Brasil em 2005 analisou a prevalência dessas infecções em diferentes faixas etárias. Entre os lactentes, a taxa foi de 15%, enquanto entre escolares variou de 23,3% a 66,3%. A ascaridíase foi a parasitose mais prevalente entre as analisadas. É causada pelo nematelminto *Ascaris lumbricoides*. Após a ingestão dos ovos, estes eclodem no intestino e liberam larvas que atravessam a parede intestinal, alcançando o sistema porta hepático. De lá, seguem pela circulação até a veia cava inferior, passando pelo coração e atingindo os pulmões. No ciclo pulmonar, chegam aos bronquíolos e, com as secreções brônquicas, são deglutiidas novamente. No intestino, tornam-se vermes adultos. Durante a passagem pulmonar, pode ocorrer a Síndrome de Löeffler, com tosse, dispneia e sibilância, sintomas que podem simular uma crise asmática."Lactente, 8 meses de idade, internada em Enfermaria de Pediatria por quadro clínico de bronquiolite viral aguda. Apresentava tosse persistente, secreção nasal e desconforto respiratório iniciados 7 dias antes da internação. Família relata visualização de 'larvas' em fezes um dia antes da internação e, posteriormente, trouxe registro fotográfico da eliminação dos parasitas. Dessa forma, foi dado o diagnóstico de ascaridíase. Paciente apresentava também vulnerabilidade social."""Parasitoses muitas vezes são desconsideradas na prática clínica, mas podem, especialmente em contextos de vulnerabilidade social e entre crianças mais novas, evoluir com gravidade e complicações como suboclusão ou obstrução intestinal. Como as parasitoses são mais prevalentes em crianças maiores, percebeu-se uma carência de possibilidades terapêuticas para a faixa etária da paciente, pois os medicamentos que estavam disponíveis tinham seu uso previsto apenas para crianças maiores de 2 anos de idade. Assim, para garantir o tratamento adequado desses casos, deve-se considerar o acesso limitado aos medicamentos antiparasitários e desenvolver protocolos que considerem as especificidades locais. Além disso, a educação dos cuidadores e o incentivo a práticas de higiene são fundamentais para prevenir novas infecções e melhorar o cuidado de crianças em situação de risco. Dessa forma, nota-se que a ascaridíase continua sendo um importante problema de saúde pública, especialmente em populações vulneráveis. O caso apresentado evidencia a gravidade que a infecção pode assumir em lactentes, além da limitação terapêutica nessa faixa etária. O diagnóstico precoce, o acesso a medicamentos apropriados e ações educativas voltadas aos cuidadores são fundamentais para a prevenção, o manejo adequado e a redução das complicações associadas.

Palavra Chave: ASCARIDÍASE, LACTENTE

Título: "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG) NA PEDIATRIA EM HOSPITAL SECUNDÁRIO DO DF, ENTRE DEZEMBRO DE 2021 E JUNHO DE 2022"

Autores: GABRIELA RAMOS LOPES (HOSPITAL REGIONAL DE SOBRADINHO (HRS)), BÁRBARA CUNHA BARRETO (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA (HMIB)), FLÁVIA KANITZ (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (ESCS-DF)), LUCAS MENDES GOMES (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (ESCS-DF)), MARIA ALICE RAMALHO BRAGATTO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (ESCS-DF)), SIMONE FERREIRA DA SILVA MARQUES (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (ESCS-DF))

Resumo: No Distrito Federal (DF), de março a junho, há aumento de casos de infecções por vírus respiratórios. Parte evoluiu desfavoravelmente, com a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG). O isolamento social adotado na pandemia de COVID 19, interrompeu a sazonalidade. Reduzidas as medidas de isolamento, houve alteração da sazonalidade nos pronto-socorros (PS) pediátricos, indo de dezembro de 2021 a julho de 2022, com aumento do total de casos e de desfechos desfavoráveis. "Análise do perfil epidemiológico dos pacientes com SRAG, evidenciando grupos com piores desfechos e subsidiar planejamento para próximas sazonais. "Estudo descritivo, retrospectivo, transversal e quantitativo realizado em hospital secundário do DF com PS pediátrico de 18 leitos, sem UTI pediátrica (UTIP). Analisados prontuários de pacientes entre 0 e 14 anos que realizaram painel de vírus respiratórios e/ou RT-PCR para Covid-19 entre dezembro de 2021 e junho de 2022. Incluídos casos que atendiam aos critérios de SRAG, do Ministério da Saúde. Desfechos foram classificados dado a necessidade de suporte respiratório: sem necessidade, oxigênio por cateter nasal (CN) ou máscara, ventilação não invasiva (VNI); ventilação mecânica invasiva (VM). Considerado apenas o pior desfecho por paciente. Excluídos aqueles com testes inconclusivos, prontuários incompletos ou casos que não atendiam aos critérios de SRAG. Dados tabulados e comparados com a literatura.

"Dos 958 pacientes, 798 foram elegíveis e 532 (66,7%) preencheram critérios para SRAG. Houve predominância masculina (52,44%) e predomínio entre março e junho, com pico em março (22,37%), seguidos de junho (20,30%), abril (16,73%), maio (16,54%), dezembro (9,21%), janeiro (8,65%) e fevereiro (6,20%). A maioria (86%) precisou de suporte respiratório: 14,69% VM, 5,48% VNI, e 79,82% oxigênio por CN/máscara. Menores de 1 ano foram os mais afetados (37,6%), tendo maior necessidade de oxigenoterapia e transferência para UTIP. O grupo de 28 dias a 3 meses apresentou pior evolução. No total, cerca de 14% dos pacientes foram transferidos para UTIP e nenhum acima de 12 anos necessitou de transferência. 45,49% tinha comorbidades, sendo asma/sibilância a mais comum (27,82%). Aqueles com comorbidades necessitaram mais de suporte (92,56% vs. 80%). Prematuros tiveram piores desfechos, 37,04% necessitaram de VNI/VM e 33,34% de internação em UTIP.

"Identificado aumento em número e gravidade dos casos de SRAG no DF, sobrecarregando o sistema. Verificou-se que a maioria (86%) necessitou de suporte respiratório, especialmente os menores de 1 ano, que também apresentaram piores desfechos. Dos 18% que precisavam de UTIP, 14,47% conseguiram vaga. Apesar da baixa mortalidade registrada, a ausência de dados completos pode ter subestimado esse número. O estudo reforça a importância do planejamento para a sazonalidade, com melhor preparo das equipes e expansão dos leitos de UTIP.

Palavra Chave: SÍNDROME RESPIRATÓRIA AGUDA GRAVE (SRAG), VÍRUS, PEDIATRIA,

Título: ÓBITOS POR DOENÇAS INFECTO-OBSTÉTRICAS CONGÊNITAS EM MENORES DE 1 ANO: UM PANORAMA EPIDEMIOLÓGICO DO BRASIL

Autores: KAUÃ FERNANDES DE OLIVEIRA BRAGA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), JÚLIA BITERNOURT CORRÊA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), SOFIA DE ABREU MALAFIA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ÂNGELO ANTÔNIO SILVA LIMA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARIA CLARA BELTRÃO MAIA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), SOFIA CRUZ E FREIRE (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ANA CLARA PIEROTE RODRIGUES VASCONCELOS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: As doenças infecto-obstétricas congênitas, transmitidas via placentária durante a gestação, podem causar abortos, malformações e óbitos. Os principais agentes fazem parte do grupo Z-STORCH (zika, sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes simples) e representam um relevante problema de saúde pública no Brasil. O pré-natal é uma estratégia essencial para prevenção, diagnóstico precoce e intervenção oportuna, reduzindo a morbimortalidade neonatal. Assim, conhecer o panorama epidemiológico dos óbitos por essas doenças em menores de um ano é fundamental para embasar ações e políticas voltadas à saúde materno-infantil."O estudo tem como objetivo analisar o número de óbitos (NO) por doenças infecto-obstétricas congênitas (DIPC) em menores de um ano no Brasil ao longo de dez anos, evidenciando tendências epidemiológicas e a realidade nacional quanto à evolução desses dados."Trata-se de um estudo analítico, retrospectivo, observacional e longitudinal. Foi analisado o número de óbitos (NO) por DIPC em menores de um ano, por população residente da faixa etária; entre 2014 e 2023. A análise foi realizada para o Brasil e para a região Centro-Oeste (CO). A análise de tendência foi realizada por regressão linear segmentada (joinpoint regression), identificando alterações percentuais anuais (APCs). Os intervalos de confiança de 95% (IC95%) foram estimados por métodos paramétricos, com uso de distribuições t ou normal. Os dados de óbitos foram obtidos do Sistema de Internações Hospitalares do SUS, e os populacionais, da Projeção da População do DATASUS (edição 2018)."Foram registrados 3.034 óbitos por DIPC no Brasil no período. Em nível nacional, observou-se tendência estacionária, tanto na análise de todo o período (APC média de 1,32; IC: -2,4485; 5,2342), quanto no modelo estatístico com inflexão da curva em 2016 (modelo "1 joinpoint", selecionado pelo método WBIC; no qual a tendência de ambos os períodos apresentou p-valor >0,05). Por outro lado, na análise do Centro-Oeste (CO), houve clara tendência de crescimento do NO por população residente, apresentando APC = 8,13 estatisticamente significativo (IC95%: 3,2; 13,3 e p-valor: 0,0047). "Observa-se que, apesar da atual Política Nacional de Saúde preconizar esforços para a melhoria de cobertura assistencial pré-natal em território nacional, não houve redução estatisticamente significativa dos óbitos por DIPC no Brasil, nos últimos 10 anos. Ainda mais, no CO foi observado aumento da taxa de óbitos, o que sugere fragilidades no pré-natal, como desigualdade no acesso à saúde, baixa cobertura de exames e diagnóstico tardio. Assim, reforça-se a necessidade de investimentos na capacitação das equipes, oferta de insumos diagnósticos e acompanhamento efetivo de gestantes e recém-nascidos. Essas medidas impactam positivamente a puericultura, promovendo prevenção e desenvolvimento infantil saudável.

Palavra Chave: INFECTOLOGIA, MONITORAMENTO EPIDEMIOLÓGICO, NEONATOS

10

Título: COBERTURA VACINAL CONTRA A POLIOMIELITE NO DISTRITO FEDERAL (2012–2022): DESAFIOS E PERSPECTIVAS

Autores: DESIREE MATA DE SOUSA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), JÚLIA RESENDE RODRIGUES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), VICTORIA TAMAY DE SOUZA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), ÉLIDA FALCÃO DE CASTRO (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), GIOVANNA BARRETO PEREIRA DAS CHAGAS (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), AILA MARTINS LEÃO DE OLIVEIRA (UNIEVANGÉLICA)

Resumo: A poliomielite é uma doença infecciosa aguda e prevenível exclusivamente por meio da vacinação. O Brasil está livre da circulação do poliovírus selvagem desde 1990, mas enfrenta o risco de reintrodução devido à queda das coberturas vacinais nos últimos anos."Analisar a evolução da cobertura vacinal contra a poliomielite no Distrito Federal (DF) entre 2012 e 2022."Estudo descritivo retrospectivo, com dados secundários do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), disponíveis no TABNET/DATASUS. Foram extraídos os percentuais de cobertura vacinal da vacina contra poliomielite para o DF no período de 2012 a 2022."A cobertura vacinal apresentou variações importantes. Os percentuais registrados foram: 2012 (93,65%), 2013 (112,17%), 2014 (94,34%), 2015 (74,92%), 2016 (136,83%), 2017 (84,41%), 2018 (86,03%), 2019 (84,32%), 2020 (81,54%), 2021 (73,23%) e 2022 (78,33%). Observa-se redução progressiva a partir de 2016, com cobertura abaixo da meta de 95% nos anos mais recentes."A análise da cobertura vacinal da poliomielite no DF entre 2012 e 2022 revela importantes oscilações, com queda sustentada a partir de 2017. Estratégias específicas de busca ativa, educação em saúde e fortalecimento das ações do Programa Nacional de Imunizações são necessárias para garantir a proteção da população infantil e prevenir a reintrodução do poliovírus. A queda da cobertura não se explica apenas por questões operacionais, mas também pela hesitação vacinal, intensificada pela disseminação de fake news nas redes sociais, fenômeno reconhecido pela Organização Mundial da Saúde como ameaça à saúde pública. O enfrentamento à desinformação é essencial para recuperar a confiança da população nas vacinas.

Palavra Chave: POLIOMIELITE, COBERTURA VACINAL, DISTRITO FEDERAL, PROGRAM

11

Título: ANSIEDADE EM PACIENTE COM URTICÁRIA AGUDA ESPONTÂNEA: UM DESAFIO NO ACOMPANHAMENTO CLÍNICO

Autores: LUCAS TÔRRES DE AVELLAR (CEUB), CELSO TAQUES SALDANHA (CEUB), LHANNA HANNE DUARTE MAIA (UNIEURO), JOÃO PEDRO ABBOTT CABRAL DE OLIVEIRA (CEUB), ANA JÚLIA SANTA BÁRBARA REHEM (CEUB), ANA FLÁVIA SILVA CASTRO (CEUB), MARIA LUIZA FELIPE ROCHA MELLO (CEUB), BEATRIZ DO NASCIMENTO BACELAR (CEUB)

Resumo: A urticária aguda é uma condição dermatológica comum, caracterizada pelo aparecimento súbito de pápulas eritematosas pruriginosas, de duração inferior a seis semanas. Em muitos casos, uma causa pode ser identificada, como infecções virais, reações a medicamentos ou alimentos. No entanto, uma parcela dos casos é classificada como urticária aguda espontânea, sem causa evidente. O impacto emocional causado pelo surgimento abrupto e, por vezes, prolongado dos sintomas pode ser significativo, especialmente quando há lentidão na resposta ao tratamento inicial. A ansiedade associada à evolução do quadro pode interferir na adesão ao tratamento e na percepção de bem-estar do paciente."Paciente do sexo feminino, 20 anos, comparece à consulta médica especializada apresentando lesões cutâneas pruriginosas em membros superiores e inferiores, compatíveis com urticária. Refere início súbito do quadro há aproximadamente cinco dias, sem relato de uso recente de medicamentos, alimentos novos, contato com substâncias químicas, infecções respiratórias ou doenças autoimunes. Ao exame físico, observam-se pápulas eritematosas dispersas e edematosas. Diante da ausência de causa identificável, foi diagnosticada com urticária aguda espontânea. Iniciado tratamento com fexofenadina 180 mg de 6 em 6 horas. Após sete dias de uso regular da medicação, a paciente relata melhora parcial das lesões, mas demonstra intensa preocupação com a persistência dos sintomas e questiona repetidamente sobre a gravidade e a duração da condição.""A evolução da urticária aguda espontânea é, na maioria dos casos, autolimitada, com resolução espontânea em até seis semanas. O tratamento com anti-histamínicos não sedativos é a primeira linha terapêutica e geralmente proporciona melhora progressiva em duas a quatro semanas. No entanto, a persistência de sintomas nas primeiras semanas pode gerar insegurança, medo de complicações e frustração nos pacientes. A ansiedade, nestes casos, não está apenas relacionada ao desconforto físico, mas também à imprevisibilidade da resolução. A abordagem clínica deve incluir, além da prescrição farmacológica, acolhimento emocional, esclarecimento sobre o curso natural da doença e orientação sobre os sinais de alerta que indicariam reavaliação diagnóstica. Reforçar que a evolução clínica pode ser gradual ajuda a reduzir a ansiedade e melhora a aderência ao tratamento proposto."O manejo da urticária aguda espontânea não deve se restringir ao controle das manifestações cutâneas, mas também considerar os aspectos emocionais envolvidos, especialmente em pacientes jovens. A escuta atenta, a comunicação clara sobre o curso clínico esperado e o apoio psicológico são fundamentais para um atendimento eficaz. A ansiedade pode ser tão limitante quanto os próprios sintomas físicos, devendo ser valorizada e conduzida com a mesma seriedade no contexto da atenção integral ao paciente.

Palavra Chave: URTICÁRIA AGUDA, ANSIEDADE, TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

12

Título: IMPACTO DA COBERTURA VACINAL DE DTpA EM GESTANTES NA INCIDÊNCIA DE COQUELUCHE EM MENORES DE 1 ANO NO BRASIL (2018–2024)

Autores: FABIO LEITE DO AMARAL JUNIOR (FUNDAÇÃO SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO PARÁ), FABRINY AGUIAR DO AMARAL NOVAES (FACULDADE DE MEDICINA), TALISSA RIBEIRO CUNHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DA AMAZÔNIA (UNIESAMAZ))

Resumo: A coqueluche é uma doença respiratória grave e de notificação compulsória, causada pela bactéria *Bordetella pertussis*. Mesmo com a vacinação infantil por meio da vacina pentavalente, a doença continua sendo um desafio de saúde pública, especialmente em crianças menores de 1 ano que ainda não completaram o esquema vacinal. Para ampliar a proteção nessa faixa etária, o Ministério da Saúde passou a ofertar, a partir de 2014, a vacina dTpa para gestantes, com o objetivo de proporcionar imunidade passiva ao recém-nascido por meio da transferência de anticorpos transplacentários. A redução da cobertura vacinal torna a população pediátrica vulnerável a surtos e contribui para o aumento da morbimortalidade infantil. "Este estudo teve como objetivo analisar a relação entre a cobertura vacinal de dTpa em gestantes e os casos confirmados de coqueluche em crianças menores de um ano no Brasil, entre os anos de 2018 e 2024. "Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo, com base em dados do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação tabulados no Departamento de Informática do SUS (DataSUS), que avaliou a evolução da cobertura vacinal de dTpa em gestantes e os casos confirmados de coqueluche em menores de um ano no período de 2018 a 2024. "A cobertura vacinal apresentou variações ao longo dos anos, iniciando em 60,23% em 2018, com aumento em 2019 (63,23%), seguido de quedas sucessivas em 2020 (46,37%) e 2021 (43,11%), e uma leve recuperação em 2022 (46,95%). A partir de 2023, houve tendência de aumento da cobertura com 75,75% em 2023 e 86,24% em 2024, valores, porém, aquém da meta de cobertura vacinal de 95%. No mesmo período, observou-se um aumento significativo dos casos em 2019 (821), após um baixo número em 2018 (50). Houve queda em 2020 (133), 2021 (100) e 2022 (136), mantendo-se relativamente estável em 2023 (124). No entanto, em 2024, registrou-se um aumento expressivo, com 1.329 casos confirmados em menores de um ano. "Embora a introdução da vacina dTpa para gestantes tenha contribuído para a redução de casos de coqueluche em crianças menores de 1 ano em anos anteriores, a recente queda na cobertura vacinal pode estar associada ao aumento acentuado de casos em 2024. O cenário evidencia a importância de estratégias efetivas para ampliar a adesão vacinal entre gestantes, reforçando o papel da imunização na prevenção de formas graves da doença nesta população vulnerável.

Palavra Chave: COQUELUCHE, IMUNIZAÇÃO, COBERTURA VACINAL, DTpA

13

Título: COBERTURA VACINAL INFANTIL NA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL (2016–2024)

Autores: DESIREE MATA DE SOUSA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), VICTORIA TAMAY DE SOUZA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA), JÚLIA RESENDE RODRIGUES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

Resumo: A cobertura vacinal infantil é um indicador essencial da eficácia das políticas públicas de saúde e da adesão da população às estratégias de imunização. Na região Centro-Oeste do Brasil, composta pelos estados de Goiás, Mato Grosso, Mato Grosso do Sul e o Distrito Federal, a cobertura vacinal enfrentou desafios significativos entre 2016 e 2024. Fatores como a pandemia de COVID-19, desinformação e desigualdades socioeconômicas impactaram negativamente as taxas de vacinação, colocando em risco a eliminação de doenças preveníveis por vacina, como sarampo e poliomielite.^{8203;} Este estudo tem como objetivo analisar a evolução da cobertura vacinal infantil na região Centro-Oeste do Brasil entre 2016 e 2024, identificando fatores que influenciaram essa evolução e propondo estratégias para melhorar as taxas de imunização.^{8203;} A pesquisa foi baseada em dados secundários provenientes do Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), disponibilizados pelo Departamento de Informática do SUS – DATASUS. Foram analisadas as taxas de cobertura vacinal dos principais imunizantes do calendário infantil, com ênfase nas vacinas contra sarampo, poliomielite, tríplice viral e rotavírus. Além disso, foram considerados estudos acadêmicos e relatórios do Ministério da Saúde e da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) para contextualizar os dados e identificar fatores influentes.^{8203;} Entre 2016 e 2024, a região Centro-Oeste apresentou variações significativas nas taxas de cobertura vacinal. Em 2016, as taxas estavam próximas ou acima de 95% para a maioria das vacinas, refletindo o sucesso das políticas de imunização. No entanto, a partir de 2017, observou-se uma tendência de queda nas coberturas, atingindo níveis críticos em 2021, com algumas vacinas registrando coberturas abaixo de 80%.^{8203;}

A partir de 2023, o Ministério da Saúde implementou o Movimento Nacional pela Vacinação, com foco na busca ativa de não vacinados, ampliação de horários de atendimento e estratégias de microplanejamento. Essas ações resultaram em aumentos significativos nas coberturas vacinais em estados como Mato Grosso do Sul, onde a primeira dose da tríplice viral passou de 79,86% em 2022 para 96,62% em 2023.^{8203;}

Apesar dos avanços, a região ainda enfrenta desafios, especialmente em áreas de maior vulnerabilidade social, onde as taxas de vacinação permanecem abaixo das metas estabelecidas pelo Programa Nacional de Imunizações.^{8203;} A análise da cobertura vacinal infantil na região Centro-Oeste do Brasil entre 2016 e 2024 evidencia a importância de estratégias contínuas e adaptadas às realidades locais para manter altas taxas de imunização. É fundamental que os gestores de saúde, em parceria com a sociedade civil, fortaleçam as ações de educação em saúde, melhorem o acesso aos serviços de vacinação e combatam a desinformação para garantir a proteção das crianças contra doenças evitáveis.^{8203;}

Palavra Chave: COBERTURA VACINAL, IMUNIZAÇÃO INFANTIL, REGIÃO CENTRO-OESTE

Título: TRÍPLICE AMEAÇA: REDUÇÃO VACINAL, DOENÇAS EXANTEMÁTICAS E IMPACTOS NA SAÚDE INFANTIL

Autores: ISABELLE CLOSS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), ALANE DE CASTRO NABOR (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), ALINE BRITO OLIVEIRA GUIMARÃES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), ANA BEATRIZ DE ALMEIDA NERY (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), ANA CLARA QUADROS GOMES (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), SAMARA DA SILVA FARIA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), NEYLA SILVA DE ARAUJO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), EVANDRO DE OLIVEIRA MAGALHÃES FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA)

Resumo: Doenças exantemáticas como sarampo, rubéola e varicela seguem relevantes na pediatria, especialmente diante da queda nas coberturas vacinais. Apesar da disponibilidade pelo PNI, a região Centro-Oeste tem apresentado resultados aquém das metas, exigindo análise de seus impactos."Avaliar as coberturas vacinais da tríplice viral (D1 e D2) e da vacina contra varicela nos estados do Centro-Oeste entre 2012 e 2022, relacionando os dados com internações por essas doenças segundo idade, sexo e raça/cor."Estudo descritivo, com dados secundários do SIH/SUS e DataSUS, sobre coberturas vacinais e internações por sarampo, rubéola, varicela e herpes zoster em crianças da região Centro-Oeste. Análise por faixa etária, sexo e raça/cor. Os dados foram acessados em abril de 2025.

"As coberturas vacinais da tríplice viral apresentaram grande variação ao longo da década. Em 2014, registraram-se os melhores índices: Goiás (D1: 122,14%; D2: 92,25%), Mato Grosso (D1: 120,66%; D2: 100,71%) e Mato Grosso do Sul (D1: 143,76%; D2: 115,08%). No Distrito Federal, o pico foi em 2016 (D1: 131,75%; D2: 128,41%).

A partir de 2020, observou-se queda acentuada, com os piores valores em 2021: Mato Grosso do Sul (D2: 37,4%), Distrito Federal (D2: 54,67%), Goiás (D1: 76,57%) e Mato Grosso (D1: 80,88%). A pandemia de COVID-19 influenciou a redução, refletindo na busca e oferta da vacinação.

A vacina contra varicela, com dados disponíveis a partir de 2020, nunca atingiu a meta de 90% em nenhum estado. Em 2022, Mato Grosso do Sul teve o melhor índice (80,28%) e Goiás o pior em 2021 (61,35%). Assim como na tríplice viral, 2021 concentrou os piores indicadores.

As internações por varicela, herpes zoster, sarampo e rubéola ocorreram majoritariamente em crianças de 1 a 4 anos, especialmente em Mato Grosso do Sul (43,14%) e no Distrito Federal (40,93%). O sexo masculino predominou nos quatro estados, com proporções entre 50,5% (MS) e 55,64% (GO).

Em relação à raça/cor, crianças pardas foram as mais hospitalizadas em Mato Grosso (65,24%) e Mato Grosso do Sul (50,73%). No Distrito Federal, 78,34% dos registros não continham essa informação, dificultando análises mais precisas sobre desigualdades raciais.

"As coberturas vacinais da tríplice viral e da varicela estão em queda desde 2020 no Centro-Oeste, com impactos diretos na morbidade infantil por doenças preveníveis. Crianças de 1 a 4 anos, pardas e do sexo masculino são os grupos mais vulneráveis. Os dados reforçam a necessidade urgente de estratégias que ampliem o acesso da população às vacinas e aos serviços de imunização, enfrentem a hesitação vacinal — frequentemente alimentada por dúvidas, desinformação e fake news — e recuperem a confiança da população na segurança e na proteção que a imunização proporciona.

Palavra Chave: COBERTURA VACINAL, DOENÇAS EXANTEMÁTICAS, IMUNIZAÇÃO

Título: EPIDEMIA DE DENGUE INFANTIL NO DISTRITO FEDERAL: INCIDÊNCIA E MORBIDADE HOSPITALAR (2022-2024)

Autores: ISABELA PAULISTA CAMARA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), PEDRO HENRIQUE MEDEIROS PEREIRA FELIX (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), LASMIN FREITAS GOMES (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), AMANDA MARQUES MORENO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), MANUELLA VILELA ALVES DE CASTRO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), SAMUEL SOTERO LOURENÇO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS)

Resumo: A dengue é uma doença infecciosa febril aguda, transmitida pela picada de um mosquito infectado - o Aedes aegypti, o principal vetor de transmissão nas Américas. No Brasil, a dengue apresenta um caráter endêmico com padrão sazonal, incidindo durante os períodos quentes e chuvosos. Nas crianças, a dengue pode ser assintomática, mas também pode manifestar-se de outras formas, como a dengue clássica (dengue sem sinais de alerta), com sintomas como cefaleia, dor retroorbital, mialgia e artralgia, exantema por todo o corpo e inapetência, para além da febre aferida."Avaliar a incidência de dengue clássica bem como a respectiva morbidade hospitalar entre as crianças assistidas no Distrito Federal (DF) nos últimos três anos."Estudo ecológico com dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) e do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN-NET), disponibilizados no DATASUS. Utilizaram-se dados sobre o número de notificações de casos prováveis de dengue e o número de internações por dengue nos anos de 2022, 2023 e 2024 no DF. Foram selecionadas as variáveis: "Internações", "Faixa Etária" e "Lista de Morbidade CID-10". Trabalho dispensado de análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com uso de dados secundários e públicos."Foi registrado um total de 4638 internações por dengue clássico ao longo dos três anos, sendo que, para todas as quatro faixas etárias (menor que 1 ano, de 1 a 4, de 5 a 9 e de 10 a 14 anos), 2024 foi o ano com mais internações (73,44% do total) e 2022 o ano com menos internações. Quanto às notificações, de acordo com o ano em que ocorreram, esse padrão se repetiu, sendo que o total de notificações foi de 56.695, dos quais 73,28% ocorreram apenas em 2024. Considerando todas as faixas etárias populacionais (até o corte de 80 anos ou mais), houve 10.310 internações e 389.123 notificações (aqui incluídas as notificações sem especificação da faixa etária, correspondentes a cerca de 0,02% do total) no DF. Desses números, 44,99% das internações foram das faixas etárias pediátricas em tela, sendo que as faixas de 5 a 9, 10 a 14, 1 a 4 foram responsáveis, nessa ordem, pelos maiores percentuais de internações (15,97%, 13,31% e 10,53%, respectivamente), mas, do ponto de vista das notificações, apenas 14,57% foram de até 14 anos de idade. Nesse sentido, os dados apontam para um padrão crescente de gravidade clínica da dengue em idade escolar, revelando falhas na detecção precoce, baixa resposta da atenção primária e ineficiência nas estratégias preventivas."A epidemia de dengue em 2024 demonstrou a necessidade da adoção de intervenções imediatas - como vigilância pediátrica ativa, capacitação profissional e reestruturação do fluxo assistencial infantil -, a fim de evitar que os próximos ciclos epidêmicos registrem números ainda mais graves.

Palavra Chave: DENGUE, PEDIATRIA, HOSPITALIZAÇÃO, NOTIFICAÇÃO DE DOENÇAS.

Título: A QUEDA NA COBERTURA DA BCG E O IMPACTO NA TUBERCULOSE INFANTIL NO BRASIL (2018-2022)

Autores: JOÃO RAFAEL COURY COSTA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), CÍCERO FELIPE DE OLIVEIRA XAVIER (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), ANA LUIZA SOUZA PEREIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), HEITOR JACKSON SILVA SANTA RITA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), SAMUEL SOTERO LOURENÇO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), MANUELLA VILELA ALVES DE CASTRO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS)

Resumo: A implementação de diretrizes clínicas e protocolos assistenciais tem mostrado impacto positivo na melhoria dos indicadores de saúde infantil, especialmente na prevenção de doenças como a tuberculose por meio da vacina Bacilo de Calmette e Guérin (BCG). No entanto, a redução da cobertura vacinal no Brasil, sobretudo nas regiões Norte e Centro-Oeste, ameaça esses avanços."Demonstrar a cobertura da BCG e sua relação com internações e óbitos por tuberculose em crianças, avaliando o impacto das diretrizes nacionais e internacionais e a necessidade de ajustes nas políticas de imunização."Estudo transversal com dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Sistema do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI), via DATASUS, de 2018 a 2022. Foram analisados indicadores relacionados à cobertura da BCG em crianças de 1 a 4 anos no Brasil. Incluíram-se internações e óbitos por tuberculose e outras causas evitáveis pela vacina, excluindo dados fora da faixa etária. Variáveis analisadas: "Faixa Etária", "Região", "Cobertura Vacinal (BCG)" e "Taxa de Mortalidade". A análise buscou associações entre cobertura vacinal e ocorrência de formas graves de tuberculose e hospitalizações evitáveis, com ênfase em regiões com menor cobertura. Por utilizar dados secundários e públicos, o estudo foi isento de avaliação ética."A análise dos dados (2018–2022) revelou queda na cobertura da BCG de 96,2% para 89,5%, com redução mais acentuada nas regiões Norte e Centro-Oeste. Nessas áreas, registraram-se maiores taxas de internações e óbitos por tuberculose, em contraste com o Sul e Sudeste, que mantiveram cobertura superior a 95%. Verificou-se relação direta entre baixa cobertura e aumento de agravos evitáveis, alinhando-se a estudos prévios sobre a eficácia das políticas públicas de saúde. Ademais, a implementação adequada de diretrizes e protocolos promovem melhorias nos indicadores de saúde infantil, dos quais a imunização é apontada como eixo central da prevenção. Assim, os achados reforçam a importância da vigilância contínua e da equidade na aplicação dos protocolos para garantir a efetividade das ações em todo o país."Entre 2018 e 2022, a queda na cobertura da BCG, especialmente no Norte e Centro-Oeste, associou-se ao aumento de internações e óbitos por tuberculose em crianças de 1 a 4 anos. O cenário reforça a importância da imunização na prevenção infantil e a urgência de fortalecer a vigilância e garantir equidade vacinal como prioridade nas práticas pediátricas atuais.

Palavra Chave: IMUNIZAÇÃO, COBERTURA VACINAL, TUBERCULOSE.

**Título: IMPACTO DA PANDEMIA DE COVID-19 NA COBERTURA VACINAL INFANTIL NO BRASIL:
UMA ANÁLISE ECOLÓGICA DE 2018 A 2022**

Autores: AMANDA MARQUES MORENO (UNICEPLAC), JÚLIA OLGUINS GUIMARÃES COTIA (UNICEPLAC)

Resumo: Atualmente, a vacinação é a maneira mais eficaz de controlar e, em alguns casos, erradicar doenças infecciosas. Em 1973 foi criado o Programa Nacional de Imunização (PNI), com o objetivo de ampliar a cobertura vacinal e garantir acesso universal às vacinas, impactando diretamente na morbimortalidade da população e possibilitando avanços na saúde pública. Dessa forma, tornando o Brasil referência internacional no quesito imunização infantil; entretanto devido a pandemia da Covid-19, houve uma queda significativa nas taxas de vacinação em idade pediátrica, que pode ser explicada por diversos fatores como a disseminação de notícias falsas e a sobrecarga do sistema de saúde."Avaliar a variação nos índices de vacinação infantil no Brasil entre os anos de 2018 e 2022, incluindo o período pré, durante e pós pandemia por Covid 19.

"Estudo através da análise ecológica transversal, com base nos dados do Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações (SI-PNI) disponível na plataforma DATASUS, referente a cobertura vacinal de três das vacinas infantis mais importantes, são elas: vacina Meningococo C, Tríplice Viral D1 e Pneumocócica, sendo dispensado de análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com uso de dados secundários e desidentificados. Foram selecionados os períodos: janeiro de 2018 a dezembro de 2022, com o filtro "Região" e "Ano". Os dados foram organizados em tabelas e analisados por meio de estatística descritiva, incluindo o cálculo das variações entre os anos e entre as diferentes regiões."No ano de 2018, a cobertura vacinal da Meningococo C foi de 88,49% no Brasil, enquanto 2021 apresentou a menor porcentagem, de 72,17%, mostrando uma redução de aproximadamente 18,45%. Entretanto, em 2022, a cobertura foi de 78,63%, exibindo um aumento de 8,95%. Em relação a Tríplice Viral, em 2018 a cobertura foi de 92,61%; ao passo que, em 2021, foi de 74,94%, com uma redução de 19,09%. Já em 2022, a porcentagem foi de 80,70%, o que representa um aumento de 7,69%. No que diz respeito à vacina anti-Pneumocócica, em 2018 a cobertura atingiu 95,25%, diferentemente de 2021, quando foi de 74,84%, diminuindo em 21,43% a taxa de vacinação em todo território brasileiro. Já em 2022, a cobertura foi de 81,51%, revelando um aumento de 8,91%."De acordo com os dados fornecidos pelo DATASUS, observa-se maiores taxas de imunização no ano de 2018 e menores em 2021, em relação às vacinas da Tríplice viral, da Pneumocócica e da Meningocócica C. Esse fenômeno pode ser explicado pela pandemia da Covid-19, que contribuiu para a sobrecarga do sistema de saúde que coordena a imunização no Brasil e pelo crescimento da propagação de notícias falsas acerca dos imunizantes, aumentando assim os movimentos antivacinas. Dessa maneira, conclui-se que as crianças foram um dos grupos mais afetados pela queda do número de imunizações, pois são o principal alvo das campanhas de vacinação, tendo em vista que o calendário vacinal do SUS é mais intenso nos primeiros anos de vida.

Palavra Chave: IMUNIZAÇÃO. PANDEMIA. COVID-19. COBERTURA VACINAL.

Título: TOXOPLASMOSE CONGÊNITA NO BRASIL: O QUE MUDOU COM A AMPLIAÇÃO DO TESTE DO PEZINHO? UMA ANÁLISE DESCRIPTIVA

Autores: FELIPE ROBERTO GOMES SIQUEIRA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), TIFFANY GABRIELLY SALGADO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RAFAEL TAVARES QUEIROZ (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARINA OBA GALVÃO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA)

Resumo: A toxoplasmose é uma doença causada pelo protozoário *Toxoplasma gondii*, um parasita de alta incidência no território brasileiro. Sua infecção é geralmente assintomática, porém, se ocorrer durante a gestação, a infecção congênita pode ter manifestações potencialmente graves, como microftalmia, coriorretinite, hidrocefalia, meningoencefalite, calcificações cranianas, entre outras. Sua forma congênita é de notificação compulsória. Para identificar e tratar precocemente esses casos, são realizadas triagens no pré-natal e no período neonatal. O teste do pezinho (TP), triagem neonatal preconizada pelo Ministério da Saúde, foi expandido para incluir toxoplasmose congênita (TCX) em sua primeira etapa de ampliação (Nº 14.154 de 2021 e em vigor a partir de maio de 2022), com implementação gradual por parte dos estados da federação."O presente estudo tem como objetivo descrever variações temporais na notificação da toxoplasmose após a implementação de um sistema de triagem mais abrangente."Foi realizado levantamento de dados obtidos por meio do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), disponível na plataforma Tabnet do Departamento de Informação do Sistema Único de Saúde (DataSUS). Foram incluídos todos os casos notificados de toxoplasmose congênita no Brasil entre os anos de 2019 e 2024. Não foram aplicados testes de significância estatística, tendo em vista o caráter exclusivamente descritivo da pesquisa."Considerando a série analisada, houve um aumento significativo no número de casos entre os anos de 2022 e 2023, quando o número total foi de 4.583 a 6.593 (aumento de 43,85%). No início da série, em 2019, o total de casos notificados foi 2.858; quando comparado ao pico de incidência em 2023, nota-se um aumento de 130% entre esses dois anos. Considerando o intervalo 2022-2023, as regiões que apresentaram o maior aumento proporcional de casos foram o Centro-Oeste (74,36%) e Nordeste (62,50%), com o número de casos notificados em 2023, respectivamente, de 823 e 2.106. Apesar da confiabilidade e ampla cobertura dos dados utilizados no estudo, algumas limitações como a dificuldade em identificar com precisão o momento em que cada estado implementou efetivamente a triagem, a subnotificação dos casos, bem como a ausência de análises estatísticas inferenciais limitam as interpretações sobre as relações de causalidade entre a ampliação do TP e os novos casos registrados."O aumento pronunciado de casos na série histórica em 2023 pode ser interpretado com ressalvas como resultado da melhora do sistema de notificações, visto que a implementação do TP ampliado é heterogênea entre os estados e os dados já apresentavam tendência de aumento. Para aumentar a robustez dos achados, são necessários estudos epidemiológicos e prospectivos para avaliar a qualidade de vida e a redução de complicações por TCX.

Palavra Chave:

Título: HESITAÇÃO VACINAL - AGRAVADORES E CONSEQUÊNCIAS

Autores: GUSTAVO VELLOSO URPIA MONTE (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LUCIANA SANTOS CÓRDOBA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LETÍCIA DUARTE PAIVA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), CLARICE SANTOS CORDOBA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ARTHUR HENRIQUE DA COSTA SOUSA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), FRANCINE GOLGHETTO CASEMIRO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA)

Resumo: O Brasil se encontra em uma situação de declínio das coberturas vacinais, com causas atribuídas a diversos fatores, sendo a hesitação vacinal um dos destaques. Esse fenômeno é complexo e multifatorial, e não se limita ao nosso país, sendo considerado, pela OMS, uma das 10 maiores ameaças à saúde pública mundialmente."O resumo tem como propósito avaliar o fenômeno da hesitação vacinal no Brasil sob uma análise social e política, e mencionar os potenciais agravadores e consequências associados."O estudo foi feito com a realização de uma revisão da literatura acerca da hesitação vacinal utilizando-se dados das plataformas PubMed e SciELO com foco em artigos originais e abrangentes publicados entre 2018 e 2025, nos idiomas inglês e português. Os descritores utilizados foram 'hesitação vacinal' e 'vacina'. Buscaram-se artigos atualizados que abordassem o agravamento desse fenômeno e suas consequências no Brasil."A hesitação vacinal trata-se da recusa ou demora na aceitação das vacinas pela população, não pela ausência da disponibilidade de serviços, mas por motivos pessoais comumente influenciados por diversos aspectos presentes no cotidiano, a exemplo de hábitos culturais, polarizações políticas, escolaridade e exposição a informações não verificadas, gerando incerteza quanto às tecnologias aplicadas nas etapas de fabricação das vacinas. Destaca-se, no Brasil, a dificuldade na procura de fontes de conhecimento confiáveis, visto que parte da população brasileira não reconhece diferenças lógicas entre notícias verdadeiras e falsas.

Com o advento das mídias sociais, a desinformação acerca das vacinas tem aumentado, com a propagação de dúvidas sobre a eficácia dos imunizantes e receio de eventos adversos, além de crenças errôneas de que a imunidade advinda de infecções é mais efetiva que a das vacinas. O Brasil, com o Programa Nacional de Imunização (PNI), apresentou, historicamente, boa adesão à vacinação, mas a recusa tem aumentado no país desde o início do século XXI, diminuindo índices de vacinação e aumentando o risco do ressurgimento de doenças erradicadas, como sarampo e poliomielite. O fenômeno da hesitação foi reforçado na pandemia de COVID-19, a qual aumentou a desconfiança nos imunizantes e gerou politização do processo vacinal. Segundo o Strategic Advisory Group of Experts on Immunization (SAGE), a adesão vacinal é um processo advindo de 3C's: Confiança, Complacência e Conveniência, sendo necessário reforçá-los para obter índices satisfatórios."Percebe-se, portanto, que a desatualização do calendário vacinal, sobretudo das crianças, é estimulada pela disseminação sistemática de notícias falsas. Assim, a falta de esclarecimento da população no que tange à segurança e ao funcionamento das vacinas é um dos sustentáculos da prevalência da hesitação vacinal no país. Por isso, urgem-se profissionais da saúde, principalmente pediatras, atualizados acerca do calendário de imunização que orientem pais e responsáveis acerca da importância da vacinação.

Palavra Chave: HESITAÇÃO VACINAL, VACINA, DESCONFIANÇA.

Título: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA SÍFILIS CONGÊNITA NO BRASIL: UMA ANÁLISE DA ÚLTIMA DÉCADA

Autores: CAMILLE MOREIRA BAPTISTA DA SILVA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), SAMUEL SOTERO LOURENÇO (UNICEPLAC - CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), ATHINA KATLYN SOUSA GARCIA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), RENATA NEMER TEIXEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MANUELLA VILELA ALVES DE CASTRO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (UNICEPLAC - CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS)

Resumo: A sífilis congênita representa um desafio de saúde pública no Brasil e no mundo, sendo agravo de notificação compulsória e indicador da qualidade da atenção pré-natal. A infecção por *Treponema pallidum* associa-se a desfechos adversos como abortamento, natimortalidade, óbitos neonatais entre outros. "Demonstrar o perfil epidemiológico de pacientes acometidos com sífilis congênita no Brasil entre 2014 e 2024." Trata-se de um estudo ecológico, com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) do DATASUS. Foram incluídos casos notificados de sífilis congênita no Brasil, no período de 2014 a 2024. As variáveis analisadas foram números de "casos diagnosticados por ano", "região de notificação", "faixa etária", "sexo", "raça/cor", "classificação final", "evolução", "perfil materno" e "aspectos do pré-natal". A pesquisa utilizou dados secundários e de domínio público, dispensando aprovação ética. "Foram registrados 250.310 casos no período analisado, sendo o maior número em 2021, com 27.104 casos (10,8%). A Região Sudeste concentrou 108.874 registros (43,5%), seguida pelas regiões Nordeste com 72.113 (28,8%), Sul com 33.332 (13,3%), Norte com 21.364 (8,5%) e Centro-Oeste com 14.627 (5,8%). A significativa maioria dos casos foi diagnosticada nos primeiros seis dias de vida, correspondendo a 237.357 casos (94,8%). A distribuição por sexo foi semelhante, sendo 118.635 registros do sexo feminino (47,3%) e 116.677 (46,6%) do masculino. Em relação à raça/cor, 129.966 eram parda (51,9%), 61.586 (24,6%) branca, 11.382 (4,5%) preta, 728 (0,3%) indígena, 576 (0,2%) amarela e 18,4% dos registros constavam como "ignorado". Quanto à classificação final, 232.846 casos (93,0%) foram registrados como sífilis congênita recente, 405 (0,1%) como sífilis congênita tardia, 9.550 (3,8%) como natimorto/aborto por sífilis e 7.509 (3,0%) como "descartado". A evolução mais comum foi a criança permanecer viva, com 218.966 casos (87,4%), seguida por 3.425 óbitos por sífilis congênita (1,4%). No que tange ao perfil materno, a maioria das mães tinha entre 20 e 24 anos (85.410 casos, 34,1%), seguida pelas faixas de 25 a 29 (53.387, 21,3%) e 15 a 19 anos (53.359, 21,3%). Quanto à escolaridade, 67.554 mães (27,0%) apresentavam ensino fundamental incompleto. Sobre os casos de sífilis materna confirmados, 142.009 (56,7%) foram diagnosticados durante o pré-natal, 79.975 (32,0%) no momento do parto/curetagem e 15.993 (6,4%) pós-parto. Identificou-se que 203.889 (81,4%) gestantes realizaram pré-natal, enquanto 32.898 (13,1%) não o fizeram, e 13.523 (5,4%) não haviam registros. Apenas 145.220 (58%) das gestantes receberam tratamento e em 135.693 casos (54,2%) o parceiro não foi tratado." A sífilis congênita mantém-se com altas taxas de notificação, especialmente nas regiões mais populosas. O perfil epidemiológico demonstra vulnerabilidades sociais, com falhas no tratamento de gestantes e parceiros como fatores críticos.

Palavra Chave: SÍFILIS CONGÊNITA, EPIDEMIOLOGIA, TRATAMENTO, PRÉ-NATAL.

Medicina Paliativa em Pediatria

1

Título: PERCEPÇÕES DE MÉDICOS DE UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DO CENTRO-OESTE SOBRE CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS

Autores: PEDRO HENRIQUE MEDEIROS PEREIRA FELIX (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), CAROLINA ERMIDA SPAGNOL DINIZ (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB))

Resumo: A aplicação dos cuidados paliativos em crianças com condições abreviadoras de vida é fundamental para a abordagem integral das necessidades desses pacientes, manejando, para além da sua dor, aspectos psicológicos, sociais e espirituais deles e de suas famílias. Desde o advento do conceito de paliação nos anos 1960 no Reino Unido, a boa preparação dos profissionais de saúde a fim de fornecê-la aos pacientes que dela necessitam vem se tornando um tema paulatinamente mais relevante."Foi realizado um estudo descritivo transversal para analisar o perfil pessoal e as características da formação em cuidados paliativos pediátricos (CPP) de médicos atuantes em um hospital escola de nível terciário no Distrito Federal."No ano de 2024, foi aplicado, por formulário online, o Pediatric Palliative Care Questionnaire (PPCQ), entre os médicos pediatras e residentes em pediatria de um hospital de ensino do centro-oeste. Tal questionário aborda aspectos demográficos, barreiras à utilização de CPP, além da experiência de aprendizado e as fontes de educação pelas quais os médicos tiveram acesso aos conceitos em tela."Participaram 30 profissionais médicos, sendo 13 pediatras formados (43,3%) e 18 residentes do primeiro ao terceiro ano de pediatria (56,7%); a maioria eram mulheres (83,3%), e as idades predominaram nas faixas de 20-30 anos (46,7%) e de 31-40 anos (43,3%). Entre as respostas ao PPCQ sobre o significado da paliação em pediatria, destacam-se os seguintes: quanto à afirmação de que veem os CPP como desistência, 90% discordaram fortemente e os 10% restantes discordaram parcialmente; entretanto, quanto à noção de que "o nome 'cuidados paliativos' significa que a criança morrerá em breve", apenas 83,3% discordaram fortemente, contra 16,7% que discordaram parcialmente. Sobre a formação desses profissionais, 76,5% não tiveram mais do que cinco discussões teóricas sobre cuidados paliativos durante a graduação, nem 70%, ao longo de suas residências; ainda, de 46,7 a 83,3% dos respondentes afirmam não terem sido capacitados para manejo da dor, comunicação, fim de vida e cuidados paliativos; de qualquer maneira, pelo menos 56,7% deles se sentem minimamente confortáveis em proscrever terapias agressivas ou fúteis, e 86,7% concordam que a indisponibilidade de uma equipe de CPP prejudica a prática diária."Há uma noção geral comum de que os cuidados paliativos não constituem um ato de desistir de cuidar das crianças no fim de vida, assim como uma sensibilidade importante sobre a importância de evitar indicar condutas que não necessariamente resultarão em bem-estar ou bom prognóstico para os pacientes. Contudo, a maioria dos profissionais se sente despreparada para lidar com a realidade da paliação em pediatria, sendo que sua formação na área foi evidentemente pobre, a despeito do recomendado pelas legislações e entidades competentes acerca da educação em cuidados paliativos, especialmente para os pacientes pediátricos.

Palavra Chave: CUIDADOS PALIATIVOS, PEDIATRIA, EDUCAÇÃO MÉDICA.

Título: PLANEJAMENTO E ATUAÇÃO DOS CUIDADOS PALIATIVOS NA INFÂNCIA: REVISÃO DE LITERATURA

Autores: LETÍCIA REGE DE SOUSA ALVES (UNICEUB), JÚLIA MARTINS OLIVEIRA (UNICEUB), PEDRO PAULO PEREIRA CAIXETA (UNICEUB)

Resumo: Os cuidados paliativos pediátricos (CPP) representam uma abordagem centrada na criança e em sua família, destinada a melhorar a qualidade de vida diante de doenças ameaçadoras ou limitantes à vida. Envolvem o controle de sintomas físicos, suporte emocional e espiritual, e decisões compartilhadas entre profissionais e responsáveis. No entanto, sua implementação ainda enfrenta desafios significativos, como escassez de formação profissional, ausência de protocolos padronizados e dificuldades de comunicação com familiares. Este estudo teve como objetivo analisar, por meio de revisão de literatura, as estratégias de planejamento e atuação dos CPP na infância, com foco em modelos assistenciais, diretrizes internacionais e atuação multiprofissional. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, com levantamento nas bases PubMed e em documentos oficiais de referência. Utilizaram-se os descritores: "cuidados paliativos pediátricos", "planejamento em saúde" e "atuação multiprofissional". Foram selecionadas publicações em inglês entre 2010 e 2024 que abordassem práticas clínicas e recomendações voltadas à população pediátrica com doenças graves. As diretrizes destacam a importância do planejamento antecipado, da comunicação contínua e do apoio psicossocial como parte do cuidado integral e reforçam a necessidade do estabelecimento de metas de cuidado alinhadas aos valores da família, da identificação precoce de elegibilidade aos cuidados paliativos e do acompanhamento até o pós-óbito. Ambas as fontes ressaltam o papel da equipe multiprofissional capacitada como eixo central do CPP. Conclui-se que o planejamento e a atuação em CPP exigem investimento em políticas públicas, capacitação profissional contínua, integração dos níveis de atenção e adaptação de diretrizes internacionais à realidade brasileira. A ampliação e a qualificação do acesso aos CPP podem transformar a trajetória do cuidado de crianças com condições graves e de suas famílias, promovendo dignidade, conforto e escuta ativa ao longo de todo o processo de adoecimento.

Palavra Chave: CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS, PLANEJAMENTO EM SAÚDE.

3

Título: CUIDADOS PALIATIVOS NA INFÂNCIA: ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR E O IMPACTO NA QUALIDADE DE VIDA DAS CRIANÇAS COM DOENÇAS TERMINAIS.

Autores: ANA CAROLINA BALCHIUNAS (UNIRV), BIANCA OLIVEIRA LIMA (UNIRV), BRUNA AMORIM OLIVEIRA (UNIRV), MARIA LUIZA COSTA DOS PASSOS (UNIRV), PEDRO BISCAINO (UNIRV)

Resumo: A presente pesquisa trata-se de um estudo sobre a relevância dos cuidados paliativos na pediatria, como uma abordagem multidisciplinar voltada à promoção da dignidade e da qualidade de vida de crianças com doenças crônicas, progressivas e graves. Considerando que o tema da morte ainda é tratado como tabu na sociedade contemporânea, especialmente no contexto infantil, a pesquisa destaca a importância de reconhecer a terminalidade como parte da prática pediátrica. O cuidado paliativo busca aliviar o sofrimento físico, emocional, social e espiritual da criança e de sua família, ampliando o olhar além da cura e integrando uma rede de apoio interdisciplinar."O objetivo geral deste estudo é analisar a relevância dos Cuidados Paliativos Pediátricos (CPP) como estratégia multidisciplinar para promover dignidade e qualidade de vida às crianças e suas famílias diante de um prognóstico desfavorável. Como objetivos específicos, busca-se investigar os desafios enfrentados pelos profissionais de saúde na prática dos CPP; examinar o impacto da atuação multidisciplinar na assistência paliativa; avaliar intervenções que contribuem para a qualidade de vida das crianças em CPP;"A metodologia adotada foi uma revisão bibliográfica, com levantamento de artigos nas bases Scientific Electronic Library Online, PubMed e Google Acadêmico. Foram utilizados descritores como cuidados paliativos pediátricos, terminalidade infantil, qualidade de vida e abordagem multidisciplinar. Incluíram-se estudos relevantes à temática, excluindo-se aqueles com metodologia inadequada ou voltados exclusivamente à população adulta. A análise qualitativa permitiu identificar os principais desafios enfrentados pelas equipes de saúde, como o impacto emocional do diagnóstico, a resistência à aceitação da morte, a dificuldade de comunicação com os familiares e a carência de formação específica para a atuação paliativa. "Os resultados mostram que os cuidados paliativos pediátricos promovem bem-estar e alívio do sofrimento, especialmente quando realizados em ambiente domiciliar, fortalecendo o vínculo familiar e permitindo à criança vivenciar momentos significativos. Dados da Organização Mundial da Saúde indicam que milhões de crianças no mundo necessitam dessa abordagem, sobretudo em países de baixa e média renda. No Brasil, há dificuldades na ampliação e regionalização do serviço, além da escassez de equipes qualificadas."Nesse contexto, apesar das evidências sobre os benefícios dos cuidados paliativos pediátricos, ainda há entraves significativos quanto à sua implementação. Reforçando a necessidade de políticas públicas mais abrangentes, de capacitação profissional e de estratégias que ampliem o acesso equitativo a esse tipo de assistência no Brasil. Investir em cuidados paliativos pediátricos é reafirmar o compromisso com uma prática médica que respeita a vida em todas as suas etapas, oferecendo acolhimento, escuta e dignidade até o fim.

Palavra Chave: CUIDADOS PALIATIVOS PEDIÁTRICOS, ABORDAGEM MULTIDISCIPLINAR,

Nefrologia

1

Título: INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL NA DETECÇÃO PRECOCE DE LESÃO RENAL AGUDA EM PACIENTES PEDIÁTRICOS

Autores: ANA CLARA MOREIRA ALMEIDA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANA CLARA MONTE VARANDAS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LORENA MIRANDA LORENS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LUÍSA NORONHA CALLADO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), FERNANDA MASSUE KOMATSU RABELO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), BEATRIZ GALVÃO SIRQUEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), EDUARDA QUEIROZ (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), BEATRIZ CANOVAS FEIJÓ OLIVEIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS UFMG)

Resumo: A Injúria Renal Aguda (IRA) é uma complicaçāo frequente e potencialmente grave em pacientes pediátricos hospitalizados, associando-se a maior tempo de internação, risco de progressão para doença renal crônica e aumento da morbimortalidade. (XU, 2024) O diagnóstico precoce, no entanto, ainda representa um desafio clínico, uma vez que os critérios tradicionais baseiam-se em alterações laboratoriais que ocorrem tardiamente no curso da lesão. (FRAGASSO, 2023) Nesse cenário, a Inteligência Artificial (IA) tem emergido como uma ferramenta promissora para a detecção precoce de IRA, utilizando algoritmos de aprendizado de máquina capazes de identificar padrões e prever o risco antes da manifestação evidente.

"Avaliar sistematicamente o papel da inteligência artificial na detecção da lesão renal aguda pediátrica

"Uma revisão sistemática da literatura foi conduzida conforme as diretrizes PRISMA na plataforma PubMed. Foram encontrados 33 resultados, cujos resumos e títulos foram avaliados por dois revisores independentes. Os critérios de exclusão foram: trabalhos de revisão, trabalhos com menos de 100 participantes, relatos de casos e artigos com temas divergentes. Posteriormente a essa análise, 3 estudos foram incluídos.

"Os estudos exploraram a Inteligência Artificial (IA) como ferramenta na detecção da Injúria Renal Aguda (IRA) em crianças, cada um em contexto clínico distinto. Xu et al. (2024) aplicaram modelos de IA em enfermarias pediátricas gerais, com destaque para o LightGBM, que previu IRA com boa precisão e indicou fatores de risco, como creatinina elevada e uso de certos medicamentos. Além disso, criaram um sistema online para estimativa de risco em tempo real. Fragasso et al. (2023) focaram em crianças em UTI após cirurgias cardíacas, usando o modelo Random Forest, que teve excelente desempenho e identificou a IRA até 48 horas antes, funcionando como alerta contínuo. Já Dong et al. (2021) analisaram dados de mais de 16 mil pacientes em UTIs pediátricas de três hospitais, desenvolvendo um modelo ajustado por faixa etária, com alta precisão e com explicações para cada previsão, incluindo sugestões clínicas como revisão de medicamentos nefrotóxicos. Comparativamente, os modelos aplicados em UTIs (Fragasso e Dong) foram mais precisos, dada a intensidade do monitoramento e a gravidade dos casos. O modelo de Xu (2024), embora menos preciso, mostra versatilidade em diferentes contextos hospitalares. Os três estudos destacam o potencial da IA na detecção precoce de IRA, possibilitando intervenções antes do agravamento da condição.

"A inteligência artificial tem se mostrado eficaz na detecção precoce da lesão renal aguda em crianças, permitindo intervenções antes da piora clínica. Modelos como LightGBM e Random Forest apresentaram alta precisão e boa capacidade de interpretação, facilitando o uso clínico. Estudos futuros são necessários para consolidar sua aplicação em diferentes contextos hospitalares.

Palavra Chave: ARTIFICIAL INTELLIGENCE” , “CHILDREN” , “ACUTE KIDNEY INJURY

Título: PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DA DOENÇA RENAL CRÔNICA EM JOVENS DA REGIÃO CENTRO-OESTE: INCIDÊNCIA POR FAIXA ETÁRIA, RAÇA/COR E GÊNERO

Autores: ISABELLE CLOSS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), ATIRSON SANTOS LIBORIO DE CASTRO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), DAIANE SOUZA OLIVEIRA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), ANA CLARA XAVIER DE SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), MARIA EDUARDA DA SILVA ROSA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), REBECCA DE AZEVEDO E SILVA (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), FRANCIELI MINALI (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), EVANDRO DE OLIVEIRA MAGALHÃES FILHO (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA)

Resumo: A Doença Renal Crônica (DRC) configura-se como um importante desafio para a saúde pública infantojuvenil, em razão da sua progressão silenciosa, dificuldade de diagnóstico precoce e limitações no acesso a serviços especializados. Caracteriza-se por uma duração superior a três meses ou por uma taxa de filtração glomerular estimada (TFG) inferior a 60 mL/min/1,73 m². Diante disso, é fundamental que haja identificação precoce e acompanhamento regular, a fim de prevenir a progressão da doença. A escolha da região Centro-Oeste justifica-se pela escassez de estudos específicos sobre a DRC nessa localidade, o que pode dificultar o planejamento de políticas públicas direcionadas."Apresentar a incidência de insuficiência renal por faixa etária, raça/cor e gênero na região Centro-Oeste do Brasil, no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2024, com base nos dados de morbidade hospitalar."Trata-se de um estudo transversal descritivo, realizado com dados extraídos do banco de dados do DATASUS. A pesquisa visa evidenciar a incidência de insuficiência renal por intervalo etário no período de 2015 a 2024, incluindo as categorias de raça/cor e gênero. A análise concentrou-se na região Centro-Oeste do Brasil. A tabulação dos dados foi feita por meio da plataforma Microsoft Excel e do aplicativo Epi Info. Os dados foram acessados em abril de 2025."Na região Centro-Oeste, entre 2015 e 2024, ocorreram um total de 3.813 internações por insuficiência renal entre o público infanto-juvenil, em que o maior número foi registrado no ano de 2016, com 486 internações, e o menor número no ano de 2020, com 293 internações. Quanto ao critério raça/cor, o número de internações foi maior na população parda com 2.196 casos (57,59% do total) ($p<0,05$), seguido da população branca com 603 casos (15,81% do total). Ao analisar o critério de sexo, os dados não demonstraram discrepância significativa entre as taxas de incidência, com 1.873 casos no sexo feminino (49,12% do total) e com 1.940 notificações no sexo masculino (50,88% do total). No que se refere à variável relacionada à faixa etária, a maior prevalência de internações por insuficiência renal é constatada no público que abrange jovens entre 15 a 19 anos, correspondendo a 1.195 casos (31,34% do total)($p<0,05$), acompanhado pelo público de 10 a 14 anos, com 814 registros (21,34% do total). Além disso, a unidade federativa com maior número de internações foi o Distrito Federal, com 1.457 casos, o que corresponde a 38,21% das notificações totais."Diante dos dados analisados, observou-se uma maior prevalência envolvendo o perfil epidemiológico de adolescentes pardos, entre 15 e 19 anos e sexo masculino. Essa análise é importante para traçar medidas de prognóstico e de diagnóstico precoce, bem como, sugere uma diferença no acesso aos serviços de saúde e nos padrões de diagnóstico e de notificação que envolvem esses jovens.

Palavra Chave: DOENÇA RENAL CRÔNICA, INSUFICIÊNCIA RENAL, EPIDEMIOLOGIA

Título: NEFROLITÍASE EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Autores: YASMIM BOTELHO NEIVA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MARIANA GUIMARÃES SOUZA DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LAURA BEATRIZ ANDRADE RODRIGUES (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), DILMA FERREIRA DA SILVA (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR), KÉLIA REGINA XAVIER (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR), LUCIANA FREITAS VELLOSO MONTE (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA / UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA)

Resumo: A nefrolitíase tem alta prevalência dentre as patologias do trato urinário, sendo associada a considerável impacto ao sistema de saúde e na qualidade de vida dos indivíduos. O aumento do número de casos em pacientes pediátricos nas últimas décadas tem despertado a necessidade de estudos sobre o assunto. A incidência pode atingir até 10% ao ano na população pediátrica, sendo mais comum entre os adolescentes. "Relatar um caso de nefrolitíase em uma criança, destacando como o acompanhamento e orientações são fundamentais para o desfecho. DESCRIÇÃO DO CASO: Criança de 6 anos, com dor em fossa ilíaca direita, foi diagnosticada com nefrolitíase à direita em 04/23. Em 06/23 realizou ureterorrenolitotripsia flexível e duplo J à direita com alta hospitalar, porém sem avaliação metabólica ou seguimento clínico. Em 08/23 apresentou disúria e hematúria, a tomografia de abdome mostrou novos cálculos no sistema calicinal superior direito medindo 7 e 5 mm. Foi internada novamente e dessa vez investigada quanto às possíveis causas da formação dos cálculos, visando abordagem preventiva. Foi identificado distúrbio metabólico, com níveis baixos de citrato urinário (107mg/g), e níveis altos de ácido úrico (13mg/kg/d), cálcio (10mg/kg/d), sódio (14,4g) e fósforo (40,5mg/kg/d). Iniciou-se hidroclorotiazida, citrato de potássio, diminuição da ingestão de sal e aumento da ingestão hídrica. Paciente evoluiu com melhora, evolução satisfatória e sem recidivas.

DISCUSSÃO: O caso demonstra a importância de seguimento para investigação das possíveis causas, educação em saúde e prevenção de novos episódios de cálculos. A etiologia da nefrolitíase é multifatorial, incluindo fatores ambientais, dietéticos, hormonais e genéticos. O alto consumo de sódio, típico da dieta ocidental, associado à baixa ingestão hídrica, contribuem para anormalidades metabólicas e consequente supersaturação urinária de sódio, ácido úrico, cálcio e fósforo, e redução de citrato e cistina. Dessa forma, os distúrbios metabólicos estão presentes em grande parte dos casos, sendo os principais a hipercalciúria, hipocitratúria e hiperuricosúria. A necessidade do diagnóstico precoce, investigação da causa base e acompanhamento adequado são cruciais, não apenas para resolver episódios agudos, mas também para prevenir recorrências e complicações a longo prazo. Em adultos, a taxa de recorrência de cálculos renais sintomáticos é de 50% nos primeiros 10 anos subsequentes. Em crianças, a taxa de recorrência é ainda mais alta e precoce, ocorrendo nos primeiros 3 anos após o primeiro episódio. CONCLUSÃO: O acompanhamento clínico adequado de crianças com nefrolitíase é essencial, pois reduz a recidiva do quadro, preserva a função renal e melhora a qualidade de vida dos pacientes. As orientações dependem da causa base, mas em geral incluem a mudança dos hábitos alimentares, o monitoramento regular da função renal e a atenção para as estratégias preventivas e educacionais.

Palavra Chave: NEFROLITÍASE, CÁLCULO RENAL, PEDIATRIA, CRIANÇA.

Neonatologia

1

Título: OS EFEITOS DO CONTATO PELE A PELE NO RECÉM NASCIDO

Autores: ANA CLARA MOREIRA ALMEIDA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MARIA LUIZA SANTANA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MARCELLA FERREIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANA BEATRIZ GARCIA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), BEATRIZ GALVÃO SIRQUEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANNA CLARA SOUZA DE DEUS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), JULIANNE BELO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), RITA DE CÁSSIA MELLO MATOS (HOSPITAL REGIONAL DE BRAZLÂNDIA)

Resumo: O contato pele a pele (CPP) entre mãe e recém-nascido é uma prática amplamente reconhecida por seus benefícios, como favorecimento do aleitamento materno, redução da sepse tardia e melhora da estabilidade fisiológica do bebê. Apesar das evidências, desafios como parto cesáreo, prematuridade e emergências neonatais ainda dificultam sua implementação. A capacitação de profissionais de saúde é essencial para assegurar que essa prática ocorra de forma segura e eficaz.

"Analisar os efeitos do contato pele a pele entre mãe e recém-nascido, destacando seus benefícios para a estabilidade e o conforto de ambos, além de abordar os principais obstáculos à sua implementação.

"Foi realizada uma pesquisa nas bases PubMed e SciELO utilizando os descritores "método canguru", "recém-nascido" e "aleitamento materno". Seis publicações em português e inglês, dos últimos 15 anos, que abordam diretamente o tema foram selecionadas.

"Estudos evidenciam que o contato pele a pele (CPP) entre mãe e recém-nascido oferece benefícios relevantes para a saúde de ambos. A prática promove estabilidade térmica, cardiorrespiratória e glicêmica do recém-nascido, além de reduzir o choro e os níveis de estresse, favorecendo uma melhor adaptação à vida extrauterina (Moore et al., 2012; Conde-Agudelo Díaz-Rossello, 2016).

Em recém-nascidos prematuros, o CPP está associado à redução da incidência de sepse tardia, especialmente quando iniciado precocemente, até o 6º dia de vida, e mantido por mais de 2,9 horas diárias (Oliveira et al., 2014). Além disso, a prática realizada antes de 206 horas de vida e com duração superior a 146,9 minutos por dia demonstrou reduzir significativamente o risco de mortalidade neonatal (Silveira et al., 2019).

O CPP também contribui de forma significativa para o sucesso da amamentação, promovendo seu início precoce e maior duração, o que fortalece o vínculo mãe-bebê e beneficia o desenvolvimento infantil (Ferraretto Buccini, 2019). No entanto, fatores como parto cesáreo, prematuridade, baixo escore de Apgar e intercorrências clínicas neonatais ainda são barreiras importantes para a implementação dessa prática (Silveira et al., 2020).

Apesar das evidências, a aplicação do CPP ainda enfrenta entraves relacionados à capacitação dos profissionais de saúde e à ausência de protocolos institucionais padronizados. O incentivo dessa prática requer investimento em políticas públicas para treinamento de profissionais e estratégias que assegurem sua realização sistemática nos serviços de saúde (Braga et al., 2017).

"Apesar dos obstáculos, o CPP é uma prática segura e eficaz na promoção da saúde materno-infantil, proporcionando benefícios como maior estabilidade fisiológica, redução da sepse e da mortalidade neonatal, além de favorecer a amamentação e o vínculo afetivo. A institucionalização do CPP e o preparo adequado das equipes de saúde são fundamentais para sua implementação sistemática, contribuindo para um desenvolvimento mais saudável do recém-nascido.

Palavra Chave: “CHILDREN”, “MÉTODO CANGURU”, “RECÉM NASCIDO” “ALEITAMENTO”

Título: EFEITOS DO MÉTODO CANGURU NO NEURODESENVOLVIMENTO INFANTIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Autores: JULIANNE BELO SANTOS SILVA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MARINA CARVALHO ROBICHEZ PENNA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANA CLARA MOREIRA ALMEIDA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MARIA LUIZA DE SANT'ANA GONÇALVES NASCIMENTO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), BEATRIZ GALVÃO SIRQUEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MARCELLA FERREIRA RIBEIRO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANNA CLARA SOUZA DE DEUS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), SANDRA NICOLAU SARÁTY (HOSPITAL REGIONAL DE BRAZLÂNDIA)

Resumo: O Método Canguru é uma intervenção centrada no contato pele a pele (CPP), principalmente entre o bebê e a mãe, recomendada desde a primeira hora de vida. Criado como alternativa ao cuidado convencional de prematuros, seus benefícios sobre o neurodesenvolvimento têm sido amplamente estudados. "Entender os possíveis benefícios a curto e longo prazo do Método Canguru no neurodesenvolvimento de recém-nascidos, com foco em desfechos cognitivos, motores e comportamentais.

"Foi realizada uma revisão de literatura na base PubMed, com os descritores: "Kangaroo-Mother Care Method", "Kangaroo Care", "Neurodevelopment" e "Neurodevelopmental Outcomes". Foram selecionadas publicações dos últimos cinco anos, em inglês e português. Dos 28 artigos encontrados, 8 foram excluídos por não abordarem os descritores no resumo, 6 por não tratarem do neurodesenvolvimento e 2 por não mencionarem o método canguru. Ao final, 12 artigos compuseram a revisão. Os dados foram organizados em planilha com informações como ano de publicação, país, tipo de estudo, tempo de exposição e desfechos avaliados. A análise qualitativa agrupou os resultados de acordo com os desfechos ligados à neurocognição infantil." O Método Canguru demonstrou ser prática segura, eficaz e acessível com impacto positivo ao desenvolvimento de recém-nascidos. O contato pele a pele favoreceu ganho de peso e comprimento corporal, redução de dor e estresse e contribuiu para a maturação neurológica através de estímulos táteis e sensoriais, promovendo vínculo familiar e amamentação exclusiva — essenciais ao desenvolvimento cognitivo. Anatomicamente, jovens adultos que passaram pelo método apresentaram efeito neuroprotetor, maiores volumes de massa cinzenta, de núcleos de base e do cerebelo — áreas diretamente relacionadas à atenção, memória e inteligência, além de melhor organização da substância branca. Reforça-se ainda que o CPP deve ter duração mínima de uma hora contínua, respeitando o protocolo que orienta a não realização de procedimentos dolorosos ou estressantes antes do início desse. Quanto ao tempo de exposição, melhorias acentuadas no neurodesenvolvimento e amamentação foram observadas em crianças que tiveram o contato por duas horas ao dia em comparação àsquelas de apenas uma hora. Além disso, cada 20 minutos extras por dia associam-se a um aumento de até 10 pontos em escalas de neurodesenvolvimento aos 12 meses de idade." O método Canguru traz benefícios ao neurodesenvolvimento infantil em relação aos aspectos cognitivos e comportamentais. Seu início precoce, idealmente ainda na primeira hora de vida e com duração de ao menos uma hora contínua, se mostraram fundamentais ao vínculo afetivo e desenvolvimento neurológico. As evidências demonstram a importância de incorporar o método como uma prática no cuidado neonatal.

Palavra Chave: MÉTODO CANGURU, NEURODESENVOLVIMENTO, NEONATOLOGIA

Título: ATUALIZAÇÕES NO MANEJO CIRÚRGICO DA HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA

Autores: FERNANDA MASSUE KOMATSU RABELO (UCB), BEATRIZ GALVÃO SIRQUEIRA (UCB), MILENA EMANNUELE COSTA DAS CHAGAS (UCB), BEATRIZ ELER DE LIMA (UCB), GEÓRGIA COUTINHO SORIANO LOUSADA (UCB), LORENA DE LUCA WERNECK VALENTE SILVEIRA (UCB), CECÍLIA MOTA CARNEIRO PORTELA (UCB), BEATRIZ CANOVAS FEIJÓ OLIVEIRA (HOSPITAIS DAS CLÍNICAS UFMG)

Resumo: A hérnia diafragmática congênita (HDC) é uma malformação embrionária rara e com alta letalidade, caracterizada por falha no fechamento do diafragma, permitindo a migração de estruturas abdominais para o tórax (GIACOMINI et al, 2024).. Essa condição compromete o desenvolvimento pulmonar fetal, levando à hipoplasia pulmonar e hipertensão pulmonar persistente (GIACOMINI et al, 2024). Nos últimos anos, surgiram atualizações no manejo cirúrgico da HDC, com ênfase na individualização do tratamento."Analisar atualizações no manejo cirúrgico da HDC, destacando novas técnicas operatórias e seu impacto no prognóstico dos pacientes."Foi realizada uma revisão sistemática conforme as diretrizes PRISMA, em 10/04/2025, na plataforma PubMed. A busca utilizou os descritores MESH "Hernia" AND "children" AND "Diaphragmatic" AND "Surgery". Foram aplicados os filtros: artigos do último ano e com acesso gratuito. Critérios de exclusão: revisões, estudos com menos de 100 participantes, relatos de caso e temas não relacionados. Cinco artigos foram incluídos."A abordagem cirúrgica da HDC tem evoluído com foco na segurança e na individualização. Um dos principais avanços é a definição de critérios de prontidão cirúrgica, priorizando o reparo após 24 a 48 horas de vida, quando o recém-nascido apresenta maior estabilidade clínica (BASCHAT et al., 2024), resultando em menor morbidade respiratória pós-operatória. O reparo primário do diafragma permanece como abordagem preferencial por estar associado a melhores desfechos e menor risco de recidiva (PULIGANDLA et al., 2023). Nos casos com defeitos maiores, o uso de próteses biocompatíveis tem se mostrado eficaz. Novos materiais e técnicas de fixação têm reduzido complicações como hérnias recorrentes e aderências (BASCHAT et al., 2024). Além disso, há crescente interesse por técnicas minimamente invasivas, como a toracoscopia, especialmente em casos selecionados. Embora controversa em neonatos instáveis, essa técnica oferece vantagens como menor dor, recuperação mais rápida e melhor resultado estético (BASCHAT et al., 2024). Essas mudanças refletem uma tendência a cirurgias mais seguras e centradas na melhora da função respiratória, alimentação e desenvolvimento físico a longo prazo (PALKA; STRUMILLO; PIASECZNA-PIOTROWSKA, 2024)."Os avanços no manejo cirúrgico da HDC evidenciam a busca por abordagens mais seguras e personalizadas. O reparo primário continua sendo o padrão ouro, mas o uso de próteses e técnicas minimamente invasivas amplia as possibilidades terapêuticas. A conduta cirúrgica tem se tornado mais individualizada, baseada na estabilidade clínica do recém-nascido e nos desfechos funcionais a longo prazo.

Palavra Chave: "HÉRNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÊNITA", "MANEJO CIRÚRGICO", "PROGN

Título: FIMOSE FISIOLÓGICA NA INFÂNCIA: CONDUTAS PEDIÁTRICAS BASEADAS EM EVIDÊNCIA

Autores: CLÁUDIA GOMES ASSUNÇÃO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LAVÍNIA BARBOSA DA TERRA PERÍGOLO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JULIANA RIBEIRO COSTA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JOÃO VÍCTOR ELIAS MACHADO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), FERNANDA FONTOURA MENDONÇA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE DE PEDIATRIA DO UNICEUB E UNIEURO)

Resumo: A fimose fisiológica (FF) é a incapacidade natural de retração do prepúcio sobre a glande em meninos, presente ao nascimento e considerada normal até idades variadas. Estima-se que cerca de 96% dos recém-nascidos apresentem essa condição, com resolução progressiva espontânea até os 3-5 anos. Reconhecer essa normalidade evita condutas desnecessárias e iatrogênicas."Este trabalho visa esclarecer identificação da FF pelo pediatra, diferenciar da patológica e manejar adequadamente os casos com cuidados domiciliares, corticosteroides tópicos e critérios de encaminhamento ao especialista."Trata-se de um trabalho de revisão de literatura, com artigos selecionados nas plataformas PubMed, SciELO e LILACS, dos últimos cinco anos. Incluíram-se recomendações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Sociedades de cirurgia pediátrica e guias de prática clínica internacionais."A FF resulta da aderência natural entre o prepúcio e a glande nos primeiros anos de vida, normalmente possui curso regressivo espontâneo. Sua prevalência reduz-se com a idade: cerca de 50% dos meninos têm retração completa no primeiro ano, 80% aos 3 anos e mais de 90% aos 5 anos. A não retração até os 6-7 anos ainda pode ser fisiológica, mas precisa ser acompanhada. Aconselha-se não tentar forçar a retração precoce, pois pode causar microfissuras e cicatrização anormal. O medo dos pais geralmente decorre da falta de informação e de mitos sociais. Diferente da FF, a patológica apresenta anel fibroso branco, balanopostites recorrentes ou distúrbios miccionais e pode acompanhar sintomas inflamatórios, cicatrizes ou fibroses. Quando indicado, a pomada com corticosteroide (valerato de betametasona 0,05% ou propionato de clobetasol 0,05%) pode ser utilizada por até 4-8 semanas, 2 vezes ao dia, aplicando-se no anel fimótico com leve massagem após o banho. A absorção sistêmica é mínima e segura quando usada corretamente. A taxa de sucesso ultrapassa 80%, principalmente entre 2 e 6 anos. O uso de POSTEC (pré-formulados com corticosteroide e anestésico) pode ser considerado, mas o corticosteroide isolado é suficiente e mais acessível. Importante ressaltar que balanopostite recorrente, infecção urinária de repetição ou jato urinário em chafariz (sugestivo de estenose prepucial) exigem avaliação cuidadosa, pois normalmente há outro fator predisponente. Cirurgias só devem ser indicadas em casos refratários ao tratamento tópico ou complicações recorrentes. A circuncisão não deve ser a primeira escolha, sendo postergada quando possível."Conclui-se que a fimose fisiológica é parte do desenvolvimento natural masculino e deve ser manejada com cautela. O pediatra tem papel central na orientação da família, acompanhamento adequado na prevenção de iatrogenias e na decisão terapêutica. A maioria dos casos se resolve espontaneamente até os 5-7 anos, porém o uso de corticosteroides tópicos é eficaz, seguro e evita cirurgias desnecessárias.

Palavra Chave: FIMOSE, PEDIATRIA, BALANITE

Título: ASSOCIAÇÃO ENTRE PÂNCREAS ANULAR E CATARATA CONGÊNITA BILATERAL EM RECÉM-NASCIDO COM SÍNDROME DE DOWN - RELATO DE CASO

Autores: ANNA PAULA DE SOUSA SILVA (HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE BRASÍLIA), JULIANA BISPO DIAS (HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE BRASÍLIA), FELIPE GABRIEL SOUZA DOS SANTOS (HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE BRASÍLIA), LAURA BEATRIZ GOMES DOS SANTOS (HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE BRASÍLIA), BRUNA PAIVA DE FRANÇA (HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE BRASÍLIA), GABRIELA GALIZA MEDEIROS CAVALCANTE (HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE BRASÍLIA), MARIA EVA ARAÚJO CARVALHO BERTOLDO (HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE BRASÍLIA), CARLOS ALBERTO MORENO ZACONETA (HOSPITAL MATERNO-INFANTIL DE BRASÍLIA)

Resumo: A Síndrome de Down (SD) é a variação cromossômica mais comum em humanos e, além do déficit intelectual e características físicas, pode estar associada a malformações congênitas (MC). O pâncreas anular (PA) é uma MC do trato gastrointestinal, originada da rotação incompleta do broto pancreático ventral. A catarata congênita, caracterizada por opacidade do cristalino, é a malformação ocular mais frequente na SD. A associação dessas condições é incomum. O rastreio das malformações na SD é fundamental no cuidado pré e pós-natal, considerando seu impacto na qualidade de vida. "Recém-nascida, pré-termo de 33 semanas, em ultrassonografia fetal visto polidrâmnio, restrição de crescimento intra-uterino, sinal de dupla bolha e alterações sugestivas de cromossomopatia. Ao nascer, exame físico com características fenotípicas de SD, sem outras alterações. Em radiografia de abdome: distensão gástrica e sinal de dupla bolha. Junto à suspeita pré-natal de obstrução duodenal, mantida dieta zero e solicitado parecer da cirurgia pediátrica. Realizada anastomose duodenal em Diamond-Shape com < 48 horas de vida, com achado de estenose de 2^a porção do duodeno por PA. Sem intercorrências no pós-operatório. Cariótipo mostrou trissomia do cromossomo 21. Ecocardiogramas: sem cardiopatia. Em fundoscopia, diagnosticada catarata congênita bilateral e programada cirurgia após alta. Recebeu alta no 42º dia de vida, em dieta oral plena, com seguimento ambulatorial. ""A frequência dos tipos de malformações na SD é controversa. Cardiopatias são as mais comuns. Estudo europeu que analisou 726 casos de SD traz as gastrointestinais em 2º lugar, sendo PA uma das menos prevalentes. Dentre as malformações oculares, blefarite, nistagmo, estrabismo e catarata congênita, seja parcial ou bilateral, são as principais. No caso, exame pré-natal já indicava obstrução intestinal, confirmada na cirurgia pelo achado de estenose duodenal por pâncreas anular. Já a fundoscopia, realizada de rotina se < 32 semanas ou PN < 1500g, diagnosticou a catarata congênita. Na rotina para crianças com SD, a avaliação oftalmológica é feita aos 6 e 12 meses. A realização precoce do exame na criança do caso relatado foi crucial para identificar a alteração ocular, que afeta o desenvolvimento. Se não diagnosticado, o prejuízo cognitivo pelo distúrbio visual poderia ser atribuído ao déficit intelectual associado à síndrome. Não foram encontrados relatos publicados com a associação das malformações congênitas presentes nesse caso."A suspeita diagnóstica de obstrução duodenal pré-natal possibilitou intervenção precoce, evitando sintomas e influenciando em menor tempo de recuperação. Além disso, é fundamental a realização de exames específicos para rastreio das malformações congênitas relacionadas à SD, uma vez que impactam no desenvolvimento e na qualidade de vida.

Palavra Chave: SÍNDROME DE DOWN, PÂNCREAS ANULAR, CATARATA CONGÊNITA

6

Título: O ATUAL PAPEL DA MÁSCARA LARÍNGEA ENQUANTO UMA ALTERNATIVA MENOS INVASIVA PARA A ADMINISTRAÇÃO DE SURFACTANTE.

Autores: JÚLIA BITENCOURT CORRÊA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), ÂNGELO ANTÔNIO SILVA LIMA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), ANA KAROLINA CARVALHO SILVA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), ISABELLA ARRUDA RODRIGUES (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), MARIA CLARA AMORIM FREITAS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), LETÍCIA CARVALHO SOARES (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), MARIA CLARA CARVALHO DE MELO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA)

Resumo: A síndrome do desconforto respiratório neonatal (SDR) é uma causa comum de desconforto respiratório em recém-nascidos (RNs), manifestando-se poucas horas após o nascimento. A SDR ocorre por produção inadequada de surfactante ou por sua inativação em pulmões imaturos. O padrão de cuidado na SDR em RNs prematuros é uma combinação de pressão positiva contínua nas vias aéreas (CPAP) e reposição de surfactante exógeno. A intubação endotraqueal, o método convencional para administração de surfactante, é um procedimento invasivo relacionado a complicações durante o procedimento e a ventilação mecânica. Assim, um método alternativo de administração de surfactante que pode superar os problemas associados à técnica convencional é a administração por meio de máscara laríngea (ML). "Avaliar os efeitos do uso da máscara laríngea enquanto alternativa à intubação endotraqueal para a administração de surfactante em RNs prematuros com a síndrome do desconforto neonatal." Esta é uma Revisão Narrativa da Literatura a partir de busca nas bases de dados LILACS, Cochrane e MedLine. A estratégia de busca consistiu nos termos "laryngeal mask", "airway surfactant administration" e "outcomes" unidos pelo operador "AND". Após seleção de trabalhos publicados nos últimos 5 anos, foram escolhidos 4 artigos para a presente revisão. "De acordo com os estudos avaliados, há 8 principais ensaios clínicos randomizados que compararam a administração de surfactante via ML e intubação orotraqueal/placebo. Ao todo, foram avaliados 510 neonatos, entre 27 e 37 semanas e com peso de nascimento > 800g, sendo 260 submetidos à intervenção. Não foi feita a avaliação comparativa com nenhum método menos invasivo como uso de cateter ou nebulização. Nos estudos, o uso de ML reduziu a necessidade de ventilação mecânica, de intubações e de alta FiO₂ quando comparada à administração de surfactante via tubo endotraqueal. Além disso, não houve diferença no número de eventos que resultaram em morte, displasia broncopulmonar, hemorragia intraventricular e pneumotórax ou no tempo de permanência hospitalar entre os grupos comparados. Nenhum efeito adverso severo foi relacionado ao uso da ML, entretanto, a ocorrência de bradicardia, dessaturação e refluxo de surfactante foi relatada em um dos estudos. Houve aumento na relação entre a pressão arterial de O₂ e a pressão alveolar de O₂ nos pacientes usuários da máscara laríngea." Nesse sentido, a administração de surfactante por meio da ML se apresenta como uma alternativa promissora e segura em comparação à via intratraqueal e ao uso exclusivo de CPAP. Há benefícios como redução da necessidade de ventilação mecânica, menor necessidade de FiO₂ e diminuição de intubações, sem aumento significativo na ocorrência de eventos adversos graves ou de efeitos adversos que afetem a eficácia geral do método. Portanto, a máscara laríngea pode representar um avanço importante nas estratégias de manejo respiratório neonatal.

Palavra Chave: SURFACTANTES, MÁSCARA LARÍNGEA, RECÉM-NASCIDO PREMATURO

Título: INFLUÊNCIA DO PREPARO DA EQUIPE DE PARTO DURANTE A REANIMAÇÃO NEONATAL: REVISÃO DE LITERATURA

Autores: JÚLIA MARTINS OLIVEIRA (UNICEUB), LETÍCIA REGE DE SOUSA ALVES (UNICEUB), PEDRO PAULO PEREIRA CAIXETA (UNICEUB)

Resumo: A reanimação neonatal apresenta-se como um procedimento essencial realizado em recém-nascidos que apresentam dificuldades na adaptação à vida extrauterina, especialmente em casos de apneia, bradicardia ou ausência de respiração eficaz. O procedimento envolve ações como aquecer, manter as vias aéreas, e realizar ventilação e compressões torácicas, conforme a vitalidade do paciente. A intervenção precoce é fundamental para reduzir a mortalidade e as sequelas neurológicas em neonatos em risco. Nota-se, portanto, que a capacitação dos profissionais de saúde e a utilização de protocolos atualizados são essenciais para garantir a eficácia da reanimação neonatal."Entender as etapas estabelecidas para o protocolo de Reanimação Neonatal no contexto do preparo da equipe pré, durante e pós parto, bem como sua influência na redução de sequelas em neonatos."Trata-se de uma revisão de literatura com bases de dados do SciELO, PubMed e Sociedade Brasileira de Pediatria com os descritores "reanimação neonatal", e "segurança do recém nascido". Foram selecionados 3 artigos publicados nos últimos 4 anos, nos idiomas inglês e português."Os achados evidenciam que, no Brasil, a asfixia perinatal é a terceira principal causa de mortalidade infantil em crianças menores de 5 anos. Sendo assim, equipes de saúde devidamente treinadas podem demonstrar maior precisão na aplicação das técnicas recomendadas e menor incidência de complicações neonatais. Ademais, a capacitação contínua promove maior confiança, trabalho em equipe e adesão aos protocolos atualizados, fatores que contribuem para a melhora dos desfechos neonatais. As práticas de reanimação são baseadas nas diretrizes publicadas pelo International Liaison Committee on Resuscitation (ILCOR) – Neonatal Life Support Task Force. Segundo as orientações do ILCOR, as recomendações emitidas servem como base para a elaboração de diretrizes adaptadas às realidades específicas de cada nação. Assim, o Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria (PRN-SBP) elaborou, com base nessas discussões, as diretrizes para o período de 2022 a 2026, permitindo uma melhor orientação para as equipes envolvidas."A formação e o treinamento contínuo das equipes de saúde são essenciais para otimizar os resultados da reanimação neonatal. Investimentos em capacitação dos profissionais de saúde promovem maior eficiência, segurança e redução da mortalidade neonatal, reforçando a necessidade de políticas institucionais voltadas à adequação dos profissionais segundo as diretrizes estabelecidas como prioridade nas unidades de saúde.

Palavra Chave: REANIMAÇÃO NEONATAL, SEGURANÇA DO RECÉM NASCIDO.

Título: MORTALIDADE NA INFÂNCIA POR CAUSAS EVITÁVEIS NO BRASIL: UMA ANÁLISE REGIONAL DAS DISPARIDADES

Autores: SAMUEL SOTERO LOURENÇO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), ATHINA KATLYN SOUSA GARCIA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), RENATA NEMER TEIXEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), CAMILLE MOREIRA BAPTISTA DA SILVA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MANUELLA VILELA ALVES DE CASTRO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS)

Resumo: A taxa de mortalidade por causas evitáveis na infância é um valioso parâmetro socioeconômico, pois permite avaliar as condições sociais de uma população. A elevação desses números podem indicar contextos de precariedade sanitária, social e econômica, além de disparidades na atenção e promoção de saúde."Demonstrar a taxa de mortalidade na infância por causas evitáveis no Brasil, com foco nas disparidades regionais, incitando debates sobre políticas públicas para o cuidado infantil."Estudo transversal dos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) através do DATASUS, referente ao período de 2018 a 2023. Incluiu-se dados sobre óbitos por causas evitáveis em crianças menores de cinco anos. Foi analisado "Óbitos p/ residência" por "Causas Evitáveis" segundo "Região". Para o cálculo da taxa de mortalidade, foram extraídos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) sobre "Nascimento p/ residência da mãe" por "Ano de Nascimento" segundo "Região". Estudo dispensado de análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com uso de dados secundários e públicos."Foram registrados 232.242 casos de óbitos por causas evitáveis em menores de cinco anos no Brasil de 2018 a 2023 no SIH. Contudo, houve registro de 80.967 óbitos por demais causas (não claramente evitáveis), as quais foram desconsideradas a fim de tornar a amostra mais fidedigna possível (n=151.275). A região Sudeste apresentou a maior incidência de óbitos (34,82%), seguido da região Nordeste (31,60%), região Norte (14,74%), Sul (10,58%) e Centro-Oeste (8,27%). Nesse ínterim, as causas reduzíveis pela atenção à mulher na gestação foram as mais preponderantes (36,52%), seguidas das causas reduzíveis pela atenção ao recém-nascido (22,69%). As causas reduzíveis por adequada atenção à mulher no parto (12,75%), reduzíveis por ações de promoção à saúde (12,69%) e reduzíveis por ações de diagnóstico e tratamento adequado (12,67%) tiveram números bem próximos. Já as causas mal definidas representam 2,56% do total e as causas reduzíveis pelas ações de imunização registraram o menor número de casos (0,11%). Em paralelo, no período estudado, foram registrados um total de 16.300.822 nascimentos no SINASC, tendo um decréscimo progressivo e constante de 2018 a 2023. Nesse sentido, a taxa de mortalidade por causas evitáveis no Brasil foi de aproximadamente 9 óbitos por mil nascidos vivos (NV). Quanto à variação regional da mortalidade, a região Norte apresentou a maior taxa (12/mil NV), seguido pelo Nordeste (10/mil NV), Centro-Oeste (9/mil NV), Sudeste (8/mil NV) e Sul (7/mil NV)."A elevada mortalidade evitável (9/mil NV), liderada pela região Norte (12/mil NV) e ligada a causas materno-neonatais, sublinha a urgência de políticas públicas para fortalecer o cuidado integral à diáde mãe-filho.

Palavra Chave: MORTALIDADE NA INFÂNCIA, CAUSA DE MORTE, POLÍTICAS DE SAÚDE.

Título: HEMANGIOMAS PLANOS E MALFORMAÇÕES CAPILARES CONGÊNITAS: DIFERENCIAL CLÍNICO NO PERÍODO NEONATAL

Autores: RAFAEL PIMENTEL SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RUBRIA LIZIERO PICOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARILÚCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), INDIRA SOUZA COSTA CAMPOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), BIANCA DREYER DE OLIVEIRA SODER (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARIA LUÍSA MENDONÇA MARTINS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ÂNGELO ANTÔNIO SILVA LIMA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: Os hemangiomas planos, ou malformações capilares congênitas, manifestam-se ao nascimento como manchas vermelho-vinho planas, causadas por ectasias capilares na derme. Ao contrário dos hemangiomas infantis proliferativos, não crescem após o nascimento nem involuem espontaneamente. Quando extensos ou associados a cutis marmorata, macrocefalia ou assimetrias corporais, podem sinalizar síndromes vasculares como M-CM (Macrocefalia-Capilar Malformation), CMTC (Cutis Marmorata Telangiectatica Congênita) e Klippel-Trénaunay. A detecção precoce é essencial para o manejo adequado."Analisar a abordagem clínica dos hemangiomas planos, diferenciando-os dos hemangiomas proliferativos, e discutir as principais síndromes vasculares associadas no período neonatal."Revisão narrativa baseada nos últimos cinco anos nas plataformas PubMed, SciELO e LILACS. Foram incluídas diretrizes da SBP, AAP e dados do Ministério da Saúde. Descritores: "hemangioma plano", "malformação capilar", "cutis marmorata", "síndrome vascular congênita", "macrocefalia". Dados do SINASC e relatos clínicos complementaram a análise."Hemangiomas planos são visíveis ao nascimento, não elevados, de coloração vinho, e permanecem estáveis ao longo do tempo. Já os hemangiomas infantis proliferativos surgem dias após o nascimento, crescem nos primeiros meses e involuem até os 5–7 anos, frequentemente tratados com propranolol. Os planos, quando extensos, podem ser indicativos de síndromes vasculares. A síndrome M-CM envolve manchas capilares extensas, macrocefalia, atraso do desenvolvimento e assimetrias. A CMTC apresenta cutis marmorata persistente, telangiectasias e displasia vascular. Já a síndrome de Klippel-Trénaunay (KT) cursa com malformações capilares em membros, associadas a varicosidades e hipertrofia óssea ou de tecidos moles, frequentemente nos membros inferiores.

O diagnóstico é clínico, mas em casos atípicos pode-se usar ultrassonografia doppler, ressonância magnética e testes genéticos (mutações PIK3CA). Lesões planas isoladas podem ser acompanhadas e tratadas com laser para fins estéticos. Quadros sindrômicos requerem acompanhamento multidisciplinar."Hemangiomas planos devem ser diferenciados dos proliferativos ainda no período neonatal. Quando associados a macrocefalia, cutis marmorata ou assimetrias, o pediatra deve investigar síndromes como M-CM, CMTC e KT. A triagem e o encaminhamento precoce são fundamentais para o prognóstico e qualidade de vida.

Palavra Chave: HEMANGIOMA, NEONATOLOGIA

Neurologia

1

Título: ABORDAGEM NEUROCIRÚRGICA PARA EPILEPSIA REFRACTÁRIA EM CRIANÇAS

Autores: ISADORA NASCIMENTO DOS SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), LUIZA VALADARES E PEREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), THIENE MOREIRA TALMA (CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA)

Resumo: A epilepsia é uma das doenças neurológicas mais comuns, afetando 1,2% da população mundial. A epilepsia pediátrica é caracterizada como resistente a medicamentos em 20%-30% dos pacientes e é definida como convulsões persistentes, apesar do tratamento adequado com dois medicamentos antiepilepticos específicos de primeira linha prescritos e em dose máxima. Numa análise de 1098 doentes, 35% não ficaram livres de crises após 3 medicamentos anti-convulsivos. A epilepsia refratária a medicamentos está associada ao risco aumentado de mortalidade, de morbidade psiquiátrica e de problemas psicossociais. Nesse contexto, a epilepsia resistente a medicamentos (ERD) é uma condição médica complexa que frequentemente requer cirurgia ressectiva e/ou alguma forma de neuroestimulação."Objetivava-se identificar os tipos e as vantagens dos tratamentos neurocirúrgicos para epilepsia refratária em crianças."Trata-se de um estudo de revisão integrativa, que utilizou as bases de dados Pubmed e Google Acadêmico. Elaborou-se a seguinte pergunta norteadora: "Quais os tipos e benefícios da abordagem neurocirúrgica para epilepsia refratária em crianças?". Adotou como estratégia de pesquisa: PVO (população: pediátrica; Problema: epilepsia refratária; Variável: abordagem neurocirúrgica -cirurgia de epilepsia e neuromodulação; Outcome: melhor prognóstico). Fez uso da seguinte estratégia de busca: 'Refractory Epilepsy' AND 'Epilepsy Surgery' AND 'Neuromodulation AND Epilepsy' AND 'CHILDREN'. Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis eletronicamente, nos idiomas português e inglês, publicados nos últimos 10 anos, e que apresentassem a temática proposta, obtendo um total de 15 artigos científicos. Para análise crítica dos estudos incluídos, utilizou-se a pirâmide de evidência 6S de Haynes, classificando as produções quanto ao nível e ao grau de recomendação.

"A neuromodulação com estimulação do nervo vago (VNS), a neuroestimulação reativa em circuito fechado (RNS) e a estimulação cerebral profunda (DBS) promovem uma diminuição contínua das crises ao longo de 10 anos e a melhoria da qualidade de vida independente do controle das crises com VNS; a redução de 75% das crises aos 9 anos com RNS e a melhoria significativa na nomeação e memória após 2 anos de tratamento com RNS em pacientes com Epilepsia do Lobo Temporal (ELT). Em casos de Displasia Cortical Focal (FCD) em crianças com epilepsia de início precoce, deve-se ponderar a cirurgia ressectiva. A estimulação cortical subaguda (SCS) pode ser usada para identificar o foco e prever os efeitos da cirurgia ressectiva ou estimulação cortical crônica.

"Conclui-se que as abordagens neurocirúrgicas visam à redução da frequência clínica de convulsões e, quando possível, a liberdade delas, além da melhoria da cognição e da qualidade de vida dos pacientes. Logo, ressalta-se a importância do diagnóstico e avaliação cirúrgica precoce da epilepsia refratária em crianças.

Palavra Chave: EPILEPSIA REFRACTÁRIA, CRIANÇAS, NEUROCIRURGIA.

2

Título: USO DE TELA: IMPACTOS PSICOSSOCIAIS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Autores: LUIZA VALADARES E PEREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), ISADORA NASCIMENTO DOS SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), MARCONI SILVA BELAN (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVÉRTIX), THIENE MOREIRA TALMA (CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA)

Resumo: A primeira infância é um período importante para o desenvolvimento cerebral. Nesse sentido, embora a exposição à tela seja parte integrante da vida diária das crianças, o tempo excessivo de acesso à tecnologia pode interferir na maturação da rede cerebral infantil.

"Objetiva-se identificar os principais impactos psicossociais do uso de tela pelas crianças em seu desenvolvimento.

"Trata-se de um estudo de revisão integrativa, que utilizou as bases de dados Pubmed e Google Acadêmico. Elaborou-se a pergunta norteadora: "Quais são os impactos psicossociais do tempo de tela no desenvolvimento infantil?" Adotou como estratégia de pesquisa: PVO (População: pediátrica; Problema: tempo de tela; Variável: desenvolvimento infantil; Outcome: impactos psicossociais). Fez-se o uso de estratégia de busca baseada nos descritores do DECS/MESH: "screen time", "technology", "child development", "Psychosocial Impact". Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis eletronicamente, nos idiomas português, inglês e espanhol, publicados nos últimos 05 anos, e que apresentassem a temática proposta, obtendo um total de 14 trabalhos científicos.

"Observou-se que o tempo exacerbado de tela nos primeiros anos de vida está associado a um desenvolvimento cognitivo e socioemocional deficiente, sobretudo em pontuações mais baixas nos quesitos Quociente de Inteligência em Escala Completa, no Índice de Habilidade Geral, no Índice de Proficiência Cognitiva. Concomitantemente, percebeu-se que o tempo de tela das crianças foi correlacionado a um maior risco de atraso no desenvolvimento aos 2 anos de idade nos domínios de comunicação, motricidade fina, resolução de problemas e habilidades pessoais e sociais, ao passo que em crianças de 4 anos de idade, foram identificadas associações nos domínios de comunicação e resolução de problemas. Ademais, evidenciou-se que o aumento no tempo de tela está concatenado a diminuições nas medidas de conversa entre pais e filhos, em especial aos 36 meses. Paralelamente, constatou-se que crianças com mais de uma hora de tempo de tela diário eram mais propensas a serem vulneráveis em todos os cinco domínios de saúde do desenvolvimento: saúde física e bem-estar, competência social, maturidade emocional, desenvolvimento cognitivo e de linguagem e habilidades de comunicação. "Conclui-se, portanto, que o uso demaisido de telas pelas crianças pode acarretar prejuízos ao seu desenvolvimento psicossocial. Para tanto, ressalta-se a importância da adesão às recomendações da Academia Americana de Pediatria (AAP) e da Sociedade Brasileira de Pediatria a respeito do tempo total de tela diário para cada faixa etária. Além disso, deve-se reforçar o monitoramento e supervisão dos pais e cuidadores, sobretudo quanto ao tempo de exposição à tela e ao conteúdo exibido pelas crianças. Em outra perspectiva, incentiva-se o tempo de leitura entre pais e filhos como mediadores dos efeitos adversos da exposição a telas pelas crianças.

Palavra Chave: TEMPO DE TELA, DESENVOLVIMENTO INFANTIL, IMPACTOS PSICOSSOCI

Título: NEUROTOXIDADE E CIGARROS ELETRÔNICOS

Autores: ANNA CLARA SOUZA DE DEUS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), BEATRIZ GALVÃO SIRQUEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MARINA CARVALHO ROBICHEZ PENNA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), JULIANNE BELO SANTOS SILVA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANA CLARA MOREIRA ALMEIDA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), BRENDA CASSINO DE SOUZA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LETÍCIA MELLO MATOS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA)

Resumo: O uso de cigarros eletrônicos têm aumentado significativamente entre gestantes e adolescentes, gerando preocupações sobre seus efeitos neurotóxicos. A nicotina, principal componente, afeta o sistema límbico-dopaminérgico em fases vulneráveis do desenvolvimento cerebral. Outros compostos presentes nos cigarros impactam a liberação de neurotransmissores e a ativação de receptores cerebrais, assim como também acarretam em diversos sintomas neurológicos de graus variados. Estudos em animais indicam que a exposição fetal à nicotina pode prejudicar a plasticidade sináptica e causar alterações comportamentais, cognitivas e emocionais.

"Avaliar os efeitos neurológicos do uso de cigarros eletrônicos na exposição direta e durante a gestação.

"O estudo em questão é uma revisão de literatura que analisa evidências sobre a correlação entre neurotoxicidade e o uso de cigarros eletrônicos na gestação e na população juvenil. A busca foi realizada nas bases PubMed, com descritores em português e inglês: "electronic cigarettes", "e-cigarettes", "neurotoxicity syndromes", "neurodevelopment", "prenatal exposure", "child development" e "nicotine". Considerou-se estudos relevantes em humanos e animais.

"A nicotina interfere diretamente no funcionamento do sistema límbico-dopaminérgico, especialmente na adolescência, fase crítica do desenvolvimento cerebral. Compostos do aerossol desses dispositivos influenciam na liberação de neurotransmissores, ativação de receptores e inibição da monoamina oxidase, gerando efeitos semelhantes aos de antidepressivos. Sintomas neurológicos comuns incluem cefaleia, fadiga, náusea, tontura e, em casos mais graves, crises epilépticas, síncope, tremores e acidentes vasculares cerebrais (AVCs). A exposição fetal e neonatal à nicotina, estudada em modelos animais, pode causar alterações na plasticidade sináptica, maturação neuronal, número de neurônios e volume cerebral, levando a consequências comportamentais como déficit cognitivo, trânsito torno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH), depressão, ansiedade e alterações sensoriais. A exposição intrauterina à fumaça do cigarro eletrônico também está associada a maiores índices de irritabilidade, hiperatividade, déficit de atenção, menor compreensão de linguagem e QI reduzido. O risco de TDAH é proporcional ao número de cigarros consumidos na gestação. "As evidências indicam que a exposição à nicotina e aos compostos dos cigarros eletrônicos na gestação e em fases precoces do desenvolvimento está associada a alterações neuroanatômicas e neurofuncionais, impactando diretamente o comportamento, cognição e saúde mental. Os achados em questão reforçam a importância do reconhecimento da toxicidade neurológica desses dispositivos em populações cuja o desenvolvimento neuronal é proeminente, demandando aprofundamento das investigações clínicas e a conscientização da população em relação à nocividade dos cigarros eletrônicos.

Palavra Chave: NEUROLOGIA, CIGARROS ELETRÔNICOS, EXPOSIÇÃO PRÉ-NATAL.

Título: USO DA REALIDADE VIRTUAL NA REABILITAÇÃO DE CRIANÇAS COM PARALISIA CEREBRAL

Autores: MILENA EMANUELLE COSTA DAS CHAGAS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), BEATRIZ ELER DE LIMA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), GEÓRGIA COUTINHO SORIANO LOUSADA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LORENA DE LUCA WERNECK VALENTE SILVEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), CECÍLIA MOTA CARNEIRO PORTELA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANA CLARA MOREIRA ALMEIDA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANA CLARA MONTE VARANDAS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ACIMAR CUNHA JR (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA)

Resumo: A paralisia cerebral (PC) é a principal deficiência motora que afeta crianças, persistindo por toda a vida. Essa deficiência afeta as atividades de vida diária (AVDs), com perdas motoras, sensoriais e cognitivas. O uso da realidade virtual (RV) para reabilitação de crianças com essa deficiência é uma excelente ferramenta terapêutica, visto seu potencial de aumentar a plasticidade cerebral, melhorar o equilíbrio e gerar aquisição de novas habilidades motoras pela repetição de tarefas."Avaliar a literatura acerca da eficácia do uso da RV na reabilitação de crianças com PC."Uma revisão da literatura seguindo as diretrizes PRISMA. A busca foi no PubMed, utilizando os descritores "cerebral palsy", "virtual reality" e "motor rehabilitation", combinados pelo operador booleano "AND". Foram filtrados artigos publicados entre 2020 e 2025, em inglês e disponíveis gratuitamente. Os critérios PICO foram: população, crianças com diagnóstico de PC; intervenção, reabilitação motora com o uso de RV; comparação, terapias convencionais; e desfechos, melhora do equilíbrio, da função motora global, AVDs e da função do membro superior. Inicialmente, foram encontrados 12 artigos. Após a análise, foram incluídos 4 estudos que preenchiam os critérios." A terapia com RV demonstrou resultados superiores à terapia convencional em diversos desfechos clínicos. Em relação ao equilíbrio, 81% dos estudos apontaram melhora significativa com o uso da RV, com ganhos médios entre 20% e 30% superiores aos observados com terapias tradicionais, segundo escalas como a Pediatric Balance Scale e a Berg Balance Scale. A respeito da função motora global, cerca de 75% dos estudos relataram que a RV proporcionou avanços funcionais mais expressivos, com uma eficácia média 60% maior em comparação à terapia convencional. Quanto às AVDs, os resultados iniciais mostraram semelhança entre os grupos, entretanto, após a exclusão de estudos com alta heterogeneidade, 62% dos trabalhos demonstraram melhor desempenho das crianças submetidas à RV, com cerca de 55% mais eficácia no desenvolvimento das AVDs. Em relação à função do membro superior, observou-se melhora a curto prazo em 78%, embora os efeitos a longo prazo permanecem inconclusivos. Os protocolos mais eficazes envolveram sessões de pelo menos 20 minutos, realizadas duas vezes por semana, durante um período de seis semanas. Embora a maioria das intervenções tenha utilizado RV não imersiva, os resultados foram promissores."A RV na reabilitação apresenta benefícios sobre o equilíbrio e a função motora global, além de potencial melhora nas AVDs e função dos membros superiores, especialmente no curto prazo. Porém, a variabilidade nos protocolos e a limitação de estudos com seguimento prolongado indicam a necessidade de mais pesquisas. A personalização da RV e o uso de plataformas imersivas podem representar um avanço na reabilitação pediátrica, tornando a intervenção mais eficaz e atrativa.

Palavra Chave: CEREBRAL PALSY, VIRTUAL REALITY, MOTOR REHABILITATION

Título: AVANÇOS NA RESSECÇÃO DE TUMORES CEREBRAIS EM PEDIATRIA: IMPACTOS NA CIRURGIA GUIADA POR FLUORESCÊNCIA NA PRECISÃO E SEGURANÇA DO PROCEDIMENTO

Autores: YASSER WADUD ISSLER (UNICEPLAC), JOZIANE PORCINO DA SILVA DE CARVALHO (UNB), SOFIA SANTANA ARGOLLO (UCB), MARIA LUIZA ARAÚJO (UCB), MARIA CECÍLIA VALADARES RIBEIRO (UNICEPLAC), GIOVANNA BEZERRA SANTIAGO (UNICEPLAC), GABRIELLY REIS PESSOA MOTA (UCB), GUSTAVO SENRA AVANCINI (HUB)

Resumo: A extensão da ressecção é crucial para a sobrevida em tumores cerebrais. A cirurgia guiada por fluorescência, como o uso do ácido 5-aminolevulínico (5-ALA), se destaca por permitir uma remoção segura, visto que acumula-se nas células tumorais e emite fluorescência vermelha sob luz especial, facilitando a diferenciação entre tumor e tecido saudável. Em adultos, a técnica comprova o aumento da taxa de ressecção e a sobrevida, sem elevar riscos. Porém, seu uso em crianças ainda não foi aprovado oficialmente, dado a diversidade dos tumores pediátricos. A fluorescência tem mostrado avanços na precisão da ressecção tumoral, com diferentes fluoróforos que demarcam eficientemente o tecido tumoral e aprimoram o procedimento. "Avaliar os avanços na ressecção de tumores cerebrais em pacientes pediátricos, com ênfase na precisão e segurança da cirurgia e nos impactos pós-operatórios." Foi realizada uma revisão integrativa na base PubMed, selecionando seis artigos sobre cirurgia guiada por fluorescência na ressecção de tumores cerebrais pediátricos, com filtro de artigos completos publicados entre 2015 e 2025. Os dados foram extraídos após leitura na íntegra e organizados para análise. "A cirurgia guiada por fluorescência com 5-ALA é um dos maiores avanços na remoção de tumores cerebrais, melhorando a visualização intraoperatória e aumentando a precisão e segurança na ressecção. Estudos mostram que 85% dos gliomas de alto grau e 80% dos ependimomas pediátricos apresentam fluorescência positiva, o que facilita a definição das bordas tumorais e preserva o tecido saudável. A eficácia do 5-ALA depende de fatores como o estágio do tumor e a integridade da barreira hematoencefálica. O 5-ALA é bem tolerado em crianças, com poucos efeitos adversos, como alterações nas enzimas hepáticas e queda nas plaquetas, que exigem monitoramento rigoroso. Além do 5-ALA, outros agentes fluorescentes estão sendo estudados. A fluoresceína sódica (FS) tem boa visualização em adultos, mas requer mais validação em crianças, enquanto a indocianina verde (ICG) apresenta vantagens teóricas, mas também carece de validação pediátrica. Moléculas emergentes como o BLZ-100 mostram promissores resultados na detecção de tumores infantis, embora mais estudos sejam necessários. A combinação de diferentes agentes fluorescentes podem potencializar ainda mais a visualização tumoral." A ressecção de tumores cerebrais pediátricos continua sendo um desafio, mas a cirurgia guiada por fluorescência tem mostrado grandes avanços. O uso de 5-ALA apresentou bons resultados, com alta taxa de fluorescência tumoral e maior precisão cirúrgica, apesar de possíveis efeitos adversos leves. Agentes como FS e ICG estão em estudo, com a fluoresceína demonstrando boa viabilidade técnica. Compostos como o BLZ-100 surgem como promessas futuras. Embora a técnica ainda esteja em fase de validação no público pediátrico, os dados apontam benefícios na extensão da ressecção e na segurança, reforçando a necessidade de mais estudos.

Palavra Chave: FLUORESCENCE-GUIDED SURGERY, CHILDREN, SAFETY

Título: INVESTIGAÇÃO BIOQUÍMICA E DIAGNÓSTICO PRECOCE DA DISTROFIA MUSCULAR DE DUCHENNE EM CRIANÇAS COM ATRASO MOTOR E COGNITIVO

Autores: MARIA EDUARDA CARVALHO DOS SANTOS (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), ANA PAULA NASCIMENTO GONTIJO (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), AMANDA MENEZES GOMES (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), ANA BEATRIZ GUTMACHER GALVÃO BUENO LEMES (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), ANA BEATRIZ MORAIS DE OLIVEIRA (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), TAISA DA SILVEIRA PINTO (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), DR. CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE DE PEDIATRIA DA UNIEURO/UNB/UNICEUB)

Resumo: A avaliação de crianças com atraso motor e/ou cognitivo deve ir além do exame clínico e incluir exames laboratoriais como TGO (AST), TGP (ALT) e CPK. Essas enzimas, quando elevadas, podem indicar miopatias ocultas, como a distrofia muscular de Duchenne (DMD). O reconhecimento precoce de sinais laboratoriais associados a Duchenne permite triagem diagnóstica eficiente e curta o tempo até o encaminhamento especializado, fundamental para o manejo e suporte familiar adequados."Destacar a importância do pediatra na triagem precoce da distrofia de Duchenne, promovendo uma conduta ampliada em crianças com atraso motor ou distúrbios do neurodesenvolvimento."Revisão narrativa baseada nos últimos 5 anos nas plataformas PubMed, Scielo e Embase, além de diretrizes do Departamento Científico de Neurologia da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Utilizaram-se cinco descritores: "Duchenne", "atraso motor", "atraso cognitivo", "CK elevada", "miopatia infantil". Também foram incluídos estudos sobre genética, dados epidemiológicos e protocolos de triagem em atenção primária."A distrofia muscular de Duchenne é uma miopatia genética progressiva ligada ao cromossomo X, causada por mutações no gene DMD, que codifica a distrofina. Ocorre em aproximadamente 1 a cada 3.500 a 5.000 nascidos vivos do sexo masculino. O diagnóstico geralmente ocorre entre 3 e 5 anos, mas sinais precoces como marcha instável, quedas frequentes, atraso para sentar, andar ou correr, e dificuldades cognitivas inespecíficas já podem surgir na primeira infância. Distúrbios cognitivos envolvem limitações na linguagem, atenção, memória e raciocínio. Atrasos motores incluem dificuldade para sentar sem apoio, engatinhar, andar ou subir escadas no tempo esperado. Crianças que apresentam esse quadro devem ser avaliadas com exames de TGO, TGP e principalmente CPK, cuja elevação acima de 10 vezes o valor de referência é altamente sugestiva de Duchenne. A história familiar detalhada é crucial, visto que a doença é ligada ao cromossomo X, com possível transmissão materna. Quanto mais cedo o diagnóstico, maiores as chances de iniciar terapias multidisciplinares, cuidados cardiopulmonares e acesso a terapias-alvo já disponíveis no Brasil e no exterior. A triagem bioquímica em crianças com atraso motor/cognitivo é um passo simples, de baixo custo, mas com alto impacto clínico."O pediatra exerce papel central na suspeição e encaminhamento precoce de distrofias musculares, como Duchenne. A inclusão de exames como TGO, TGP e CPK na avaliação de crianças com atraso motor ou distúrbios cognitivos pode acelerar o diagnóstico e transformar o prognóstico funcional desses pacientes.

Palavra Chave: DUCHENNE, NEURODESENVOLVIMENTO, TRIAGEM, MIOPATIAS.

Título: TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: O QUE O PEDIATRA PRECISA OBSERVAR PARA UMA HIPÓTESE DIAGNÓSTICA PRECISA

Autores: EMILLY VIEIRA BARBOSA DOS SANTOS NUNES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), INGRID FERNANDES LOIOLA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), GIOVANA RAMOS DE AMORIM (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LUIZA SILVA DOS SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), DANIELA CRISTINA FERREIRA ALMEIDA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA APARECIDA DE OLIVEIRA GONÇALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO)

Resumo: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por dificuldades persistentes na comunicação social e comportamentos repetitivos e restritivos. A prevalência no Brasil estimada é de 1 a 2% da população infantil, embora os números possam ser maiores devido à subnotificação. Os principais fatores que explicam esse aumento não estão relacionados a uma explosão real de casos, mas sim à maior conscientização, ampliação dos critérios diagnósticos, melhor acesso aos serviços de saúde e maior capacitação dos profissionais, principalmente na atenção primária."Este artigo tem como objetivo identificar quais os sintomas mais frequentemente observados pelos pediatras na formulação de uma hipótese diagnóstica de TEA, além de discutir se os critérios do DSM-5 (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – 5ª edição) têm sido devidamente utilizados como base para essa suspeita clínica."Foi realizada uma revisão narrativa da literatura, utilizando três bases de dados (PubMed, SciELO e LILACS), além das diretrizes atualizadas do Departamento Científico de Saúde Mental da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Foram empregados os seguintes descritores: "transtorno do espectro autista", "diagnóstico pediátrico", "DSM-5" e "neurodesenvolvimento infantil". Também foram considerados artigos nacionais e internacionais publicados nos últimos 10 anos, além de documentos oficiais do Ministério da Saúde."O diagnóstico de TEA é clínico e baseado nos critérios estabelecidos pelo DSM-5. Os principais domínios comprometidos são déficits persistentes na comunicação e interação social, bem como padrões restritos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. A idade mais comum para o diagnóstico é entre 2 e 4 anos, sendo o sexo masculino mais afetado (proporção de 4:1), embora meninas com TEA muitas vezes sejam subdiagnosticadas por apresentarem sinais mais sutis. O aumento dos diagnósticos está relacionado a uma maior atenção dos pediatras, avanços nos critérios diagnósticos e melhor preparo da equipe multiprofissional. Entre os sintomas mais observados que levam à suspeita estão: ausência de contato visual, atraso na fala, falta de resposta ao nome e ausência de interesse social. Esses sinais devem servir de alerta para investigação detalhada, evitando diagnósticos equivocados baseados apenas em atrasos isolados."O aumento do diagnóstico de TEA reflete, em grande parte, a melhor capacitação dos profissionais e maior sensibilidade aos sinais precoces. O uso adequado dos critérios do DSM-5 é fundamental para evitar tanto diagnósticos tardios quanto excessos diagnósticos. O pediatra, por estar na linha de frente da atenção infantil, tem papel essencial na identificação precoce dos sinais de alerta, permitindo intervenção oportuna e melhora no prognóstico da criança com TEA.

Palavra Chave: AUTISMO, TEA, DIAGNÓSTICO, NEURODESENVOLVIMENTO,

Título: SÍNDROME DE MILLER FISHER EM PACIENTE PEDIÁTRICO: UM RELATO DE CASO

Autores: LÁZARO FELIPE COSTA VILELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS), EDUARDA FIORINI (HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL), THALES FERNANDO COSTA VILELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL), WIVIANY COELHO DE MENEZES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL)

Resumo: A Síndrome de Miller Fisher (SMF) é uma variante rara da Síndrome de Guillain-Barré (SGB), que representa cerca de 1 a 5% dos casos. Trata-se de doença autoimune desmielinizante de nervos periféricos e caracteriza-se por tríade clássica de arreflexia, ataxia e oftalmoplegia, podendo haver variações. Geralmente ocorre após infecção de trato respiratório ou gastrointestinal. Este relato descreve o caso de criança diagnosticada com SMF que apresentou fraqueza, ataxia e paralisia facial, tratada com imunoglobulina com boa resposta."PGR, 12 anos, sexo masculino, previamente hígido, com 2 dias de história de perda de força apendicular bilateral associado a ataxia da marcha, evoluindo para paralisia de hemiface esquerda. Aproximadamente 1 semana antes do início dos sintomas teve quadro de gastroenterite infecciosa. Ao exame físico neurológico: Glasgow 15, pupilas isofotorreagentes, sensibilidade preservada, ausência de sinais meníngeos. Apresentou força e reflexos diminuídos e paralisia do 7º par craniano, ataxia e disbasia."Após avaliação neurológica foram realizados exames complementares com os seguintes resultados: hemograma, ionograma e marcadores inflamatórios sem alterações, tomografia de crânio normal, pesquisa de vírus respiratórios negativa. O exame de líquor mostrou dissociação proteico-citológica. A eletroneuromiografia (ENM) evidenciou polineuropatia sensitivo-motora, de padrão desmielinizante, sem reinervação crônica e sem sinais de denervação aguda. Instituiu-se tratamento com imunoglobulina humana 400 mg/kg/dia durante 5 dias. O menor evoluiu de forma favorável, mantendo apenas discreta disbasia, e recebeu alta hospitalar após conclusão do tratamento para reabilitação com fisioterapia. Depois de 3 meses retornou para ambulatório com melhora completa dos sintomas."A SMF, variante rara da SGB, se caracteriza pela tríade clínica de oftalmoplegia, ataxia e arreflexia, podendo haver variações. Existe predomínio masculino (2:1) e costuma acometer adultos jovens. A patogênese da doença é dada por mecanismo autoimune que envolve participação de células T e autoanticorpos (no caso da SMF, anti-GQ1b) após quadro infeccioso. O tempo médio de surgimento dos sintomas neurológicos é de 8 a 10 dias após a infecção. A ENM demonstra ausência de reflexos e a avaliação do líquor aumento de proteínas com celularidade normal. O tratamento da SMF é idêntico ao da SGB. Dentre as opções terapêuticas tem-se a plasmaférese ou a infusão imunoglobulina intravenosa (IVIG). Ambas as alternativas possuem a mesma eficácia, no entanto a preferência atual citada pela maioria das diretrizes é pela IVIG, dada a facilidade de administração. Ainda que rara, a SFM encontra-se dentro de um espectro de doenças de extrema relevância. Este trabalho expõe um caso de criança diagnosticada com SMF, demonstrando a importância do reconhecimento desta patologia por pediatras, a fim de garantir o tratamento apropriado e assegurar o melhor desfecho para os pacientes.

Palavra Chave: SÍNDROME DE MILLER FISHER. ATAXIA. ARREFLEXIA.

Título: CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA PARA MANEJO DA PIC EM CASOS DE TCE GRAVE NA INFÂNCIA

Autores: LUIZA VALADARES E PEREIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVERTIX), JULIA GOUVÊA TOMÉ GORRADO (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVERTIX), MARCONI SILVA BELAN (CENTRO UNIVERSITÁRIO VÉRTICE - UNIVERTIX), TAIS CRISTINA MAGESTE (CASA DE CARIDADE DE CARANGOLA)

Resumo: A craniectomia descompressiva (CD) é uma abordagem cirúrgica utilizada para a diminuição imediata da pressão intracraniana (PIC), frequentemente recomendada em situações de edema cerebral, hematoma subdural agudo (HSDA), além de certas condições patológicas não traumáticas. Em pacientes pediátricos, a aplicação dessa técnica demanda considerações peculiares, em razão das singularidades anatômicas e fisiológicas presentes nesta faixa etária, bem como da notável plasticidade cerebral observada. "Objetiva-se relatar a importância da técnica cirúrgica de craniectomia descompressiva (CD) para controle da pressão intracraniana (PIC) em casos de traumatismo cranioencefálico (TCE) grave na infância. "Trata-se de uma revisão integrativa nos bancos de dados: Scielo, BVS e Pubmed, com o uso dos DECs (Descritores em Ciências da Saúde), adotando como critérios de inclusão: trabalhos dos últimos 5 anos, indexados, idioma português, acesso gratuito. Como critério de exclusão, adotou-se: trabalhos que divergiam da temática proposta e que não estavam disponíveis na íntegra, selecionando-se 10 trabalhos incluídos na revisão."A CD é uma técnica cirúrgica utilizada para a diminuição imediata da PIC, configurando-se como uma intervenção neurocirúrgica de emergência amplamente adotada no manejo de condições neurológicas severas, como o TCE, sendo este considerado um problema de saúde pública, em especial nas idades de 0 a 4 anos e 15 a 19 anos. As principais causas de lesões em crianças incluem acidentes domésticos, quedas, acidentes de carro, acidentes esportivos e violência. A cirurgia em pacientes pediátricos requer atenção especial devido à anatomia e fisiologia delas, além da plasticidade do cérebro nessa idade. O procedimento envolve remover uma parte do crânio para aliviar a pressão sobre o cérebro edemaciado. O aumento da PIC é crítico e pode causar danos graves ou até a morte. "Conclui-se que a CD é uma cirurgia importante quando a hipertensão intracraniana não responde a tratamentos comuns, sendo muito eficaz para reduzir essa pressão imediatamente, inibindo assim a manifestação de hipertensão intracraniana (HIC).

Palavra Chave: CRANIECTOMIA DESCOMPRESSIVA, TRAUMATISMO, PRESSÃO INTRACRANI

10

Título: DIETA CETOGÊNICA EM EPILEPSIA REFRATÁRIA INFANTO-JUVENIL: UM RELATO DE CASO

Autores: AMANDA LEAL DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO), CATARINA AIRES GANDRA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), IASMIN FREITAS GOMES (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MARIANA SOUZA DINIZ SANTOS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ATHINA KATLYN SOUSA GARCIA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), SAMUEL SOTERO LOURENÇO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS)

Resumo: A dieta cetogênica (DC) é usualmente prescrita para crianças maiores de um ano com histórico de epilepsia refratária a pelo menos duas drogas de primeira linha. O mecanismo de ação mais aceito envolve a formação de corpos cetônicos, que aumentam a estabilidade neuronal e os níveis de GABA nos terminais nervosos. "Adolescente, 14 anos, sexo masculino, acompanhado no serviço ambulatorial de um hospital universitário de Brasília, Distrito Federal, desde os 4 anos devido aos quadros de síndrome epiléptica e paralisia cerebral. Desde a infância apresentava atraso no desenvolvimento neuropsicomotor e sinais de paralisia cerebral do tipo mista (espástica à esquerda e extrapiroamidal), além de encefalopatia epiléptica confirmada por eletroencefalograma (EEG). EEG (2021) apresentou padrão de Síndrome de Lennox-Gastaut. Em 2022, foi iniciada a DC em associação ao uso de clobazam e lamotrigina para controle das crises convulsivas, que ocorriam, em média, 2 a 3 vezes por dia. Já havia feito uso de ácido valpróico, topiramato, levetiracetam e carbamazepina. A boa aceitação da DC foi obtida apenas no terceiro mês, seguida de melhora no comportamento percebida clinicamente por paciente mais reativo e por menos irritabilidade. Apresentou constipação intestinal atribuída à dieta que foi manejada com laxante e progressão gradual da DC até o esquema 4:1. A frequência de crises foi variável nesse período, com mínimo de 3 crises semanais e máximo de 4 crises diárias. A impressão com a DC foi de melhora comportamental, sem impacto na frequência de crises. O paciente recebeu alta do ambulatório de DC e aguarda liberação do canabidiol e avaliação da neurocirurgia." A DC é uma alternativa terapêutica no tratamento da epilepsia refratária com base na indução de cetose a partir de alimentação com baixo teor de carboidratos e alto teor de gorduras. O sistema nervoso central passa a utilizar os corpos cetônicos - acetacetato, 3-hidroxibutirato e acetona - como principal fonte de energia, tendo como efeito menor excitabilidade neuronal e redução da frequência de crises convulsivas. A formulação clássica na proporção 4:1 entre os lipídios e a soma de carboidratos e proteínas costuma apresentar melhor resposta, mas a recusa alimentar pode se colocar como um desafio para obtenção dos benefícios. O Ministério da Saúde reconhece a DC como opção para os casos de epilepsia farmacorresistente, especialmente em síndromes como Lennox-Gastaut, Doose e esclerose tuberosa." A experiência demonstrou repercussão clínica positiva da associação da dieta ao tratamento medicamentoso, sobretudo na interação social do paciente, embora sem controle completo das crises convulsivas. Assim, reforça a importância de estratégias terapêuticas individualizadas para otimizar a qualidade de vida dos pacientes.

Palavra Chave: DIETA CETOGÊNICA, EPILEPSIA RESISTENTE A MEDICAMENTOS.

11

Título: ANÁLISE DA SAÚDE MENTAL DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES NO BRASIL: PREVALÊNCIA DE TRANSTORNOS E ACESSO A SERVIÇOS ESPECIALIZADOS

Autores: BIANCA DREYER DE OLIVEIRA SODER (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARIA GABRIELA BARBOSA RODRIGUES (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ANA BEATRIZ MARTINS DE LIMA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO), MARIANA ALMEIDA MORAES (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MANUELLA VILELA ALVES DE CASTRO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), SAMUEL SOTERO LOURENÇO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS)

Resumo: A saúde mental na infância e adolescência constitui um pilar fundamental para o desenvolvimento integral e para a promoção da qualidade de vida. No Brasil, a desigualdade socioeconômica, exposição à violência, negligência familiar e a limitada disponibilidade de serviços especializados em saúde mental, contribuem para a acentuada vulnerabilidade desse grupo etário. Tal cenário tem se refletido em elevadas taxas de prevalência de transtornos mentais entre crianças e adolescentes. A prevalência nessa população varia entre 12% e 25%, dependendo da região e dos instrumentos de avaliação utilizados."Demonstrar a prevalência de transtornos de saúde mental em crianças e adolescentes no Brasil, realizando uma análise regional de acesso aos serviços especializados."Estudo ecológico dos dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH) através do DATASUS, referente ao período de fevereiro de 2022 a fevereiro de 2025. Incluiu-se dados sobre a internação por transtornos mentais e comportamentais em pacientes de 0 a 14 anos, excluindo casos fora da faixa etária pediátrica. Foram selecionadas as variáveis: "Internações", "Cor/Raça", "Sexo", "Região". Estudo dispensado de análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com uso de dados secundários e públicos."Entre fevereiro de 2022 e fevereiro de 2025, foram registrados 18.972 casos de internações por transtornos mentais e comportamentais em hospitais públicos brasileiros. O grupo mais afetado foram indivíduos do sexo feminino (61,71%) da raça branca (29,36%). Ao analisar as internações por faixa etária e região, verificou-se que a região Sul concentrou o maior número de internações (38,19% do total), com destaque para a faixa etária de 10 a 14 anos (34,11%). Em seguida, a região Sudeste apresentou 32,23% das internações, também com prevalência nessa mesma faixa etária (26,98%). A região Nordeste registrou 15,25% das internações, com predominância semelhante entre adolescentes de 10 a 14 anos (12,38%). Esses achados sugerem que os transtornos mentais em crianças e adolescentes, bem como o acesso a serviços especializados, estão correlacionados ao perfil epidemiológico das hospitalizações desse público no Brasil, evidenciando uma maior vulnerabilidade em meninas da raça branca. Para mais, a região Sul, Sudeste e Nordeste concentram a maior parte das internações psiquiátricas na faixa etária de 10 a 14 anos de idade."A expressiva prevalência de transtornos mentais em crianças e adolescentes, aliada à dificuldade de acesso a serviços especializados e à distribuição desigual dos recursos assistenciais - percebidas nas disparidades entre a região Sudeste e Nordeste do país - reforça a existência de barreiras estruturais e regionais que perpetuam desigualdades no cuidado psicossocial.

Palavra Chave: SAÚDE MENTAL INFANTOJUVENIL, ACESSO A SERVIÇOS DE SAÚDE.

12

Título: AUMENTO NO DIAGNÓSTICO DE TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA EM CRIANÇAS: IMPACTOS E DESAFIOS

*Autores: AMANDA MARQUES MORENO (UNICEPLAC), JÚLIA OLGUINS GUIMARÃES COTIA
(UNICEPLAC)*

Resumo: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é uma síndrome comportamental, caracterizada por déficits persistentes na comunicação social e padrões restritivos e repetitivos de comportamento, interesses ou atividades. Fatores genéticos, neurológicos e sociais desempenham um papel fundamental no desenvolvimento do transtorno. O diagnóstico precoce é crucial para um melhor prognóstico e qualidade de vida. O crescimento nas taxas de diagnóstico de autismo é indiscutível, podendo ser explicado por diversas razões, como: maior conhecimento acerca das manifestações clínicas e o avanço em serviços especializados no atendimento do paciente autista."Avaliar o aumento no número de diagnóstico de autismo infantil, assim como suas causas e consequências."Resumo construído a partir de uma revisão narrativa bibliográfica, com buscas na base de dados da plataforma Scielo. Foram selecionados estudos que apresentavam hipóteses sobre o aumento de diagnóstico de autismo infantil, bem como aqueles que englobam as causas, as consequências e os desafios do paciente TEA. Foram selecionados trabalhos publicados entre os anos de 2008 - 2023. Dessa forma, os filtros aplicados foram "Brasil" e "Português", e dos 65 artigos obtidos na busca, três foram incluídos para análise."Dentre as manifestações do TEA em crianças, as mais frequentes são: estereotipias, déficit de coordenação motora, agitação e forte apego à rotinas que dificultam a adaptação ao ambiente escolar e o acompanhamento pedagógico adequado. Nos últimos anos, diversas ferramentas surgiram para auxiliar no diagnóstico precoce. Dentre elas instrumentos de triagem e questionários, o Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT), é o exemplo mais utilizado no Brasil, para crianças entre 18 e 24 meses, não oferecendo um diagnóstico definitivo, porém eficiente para identificar casos suspeitos que necessitam de avaliação clínica constante. O diagnóstico de TEA é acompanhado de diversos desafios, sendo a demora na conclusão diagnóstica um dos fatores que mais impacta e compromete a aceitação do diagnóstico pela família, que depende de uma equipe multidisciplinar. "Em virtude dos fatos mencionados, é possível concluir que o aumento no número de casos de Transtorno do Espectro Autista necessita de uma atenção extra, tanto em relação ao diagnóstico quanto ao contexto das pessoas do convívio da criança. O reconhecimento dos primeiros sinais por parte da família e o uso de métodos eficazes de suspeita diagnóstica como o M-CHAT juntamente com o apoio de uma equipe multidisciplinar são aspectos cruciais para um diagnóstico precoce, o que justifica aumento do número de casos descobertos nos últimos anos.

Palavra Chave: AUTISMO. TEA. DIAGNÓSTICO.

13

Título: SÍNDROME DE PRIMROSE – UMA CONDIÇÃO QUE DEVE SER INVESTIGADA EM PACIENTES COM MACROCEFALIA, E DISGENESIA DE CORPO CALOSO E DISMORFISMOS FACIAIS

Autores: TIFFANY GABRIELLY SALGADO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RAFAEL TAVARES QUEIROZ (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARINA OBA GALVÃO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), FELIPE ROBERTO GOMES SIQUEIRA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ANDRESSA DO RÉGO BARROS VIEIRA SANTOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), TALITA NOVAK THOMEZYK (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), DÉBORA VALENTIM MONTE ALTO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LISIANE SEGUTI FERREIRA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA)

Resumo: A Síndrome de Primrose foi descrita pela 1^a vez em 1982. É uma condição genética rara, com prevalência estimada de 1/1.000.00. É caracterizada por deficiência intelectual, dismorfismos faciais, macrocefalia, calcificações auriculares e, em alguns casos, diabetes mellitus. A síndrome é causada por mutações no gene ZBTB20, que codifica um fator de transcrição envolvido no desenvolvimento cerebral e na função pancreática. O objetivo deste trabalho é relatar o caso de uma paciente acompanhada por deficiência intelectual e macrocefalia, cujo diagnóstico ocorreu de forma tardia."XXXZ, feminino, 18 anos, pais não consanguíneos, sem intercorrências pré ou perinatais. Evoluiu com atraso no desenvolvimento neuropsicomotor, adquirindo sustento cefálico aos 9 meses, sentando sem apoio aos 12 meses e iniciando a deambulação somente aos 3 anos. Ao exame neurológico, a paciente tem fala ininteligível, macrocrania, olhos encovados, fissuras palpebrais estreitas e voltadas para baixo, linha capilar anterior alta e ponte nasal deprimida. Apresenta sinais de liberação piramidal global e está restrita à cadeira de rodas, devido à deformidade óssea no fêmur, em programação cirúrgica. A RM de crânio evidenciou disgenesia parcial do corpo caloso. O diagnóstico só foi possível aos 16 anos, quando o exoma detectou uma variante patogênica heterozigótica no gene ZBTB20."Discussão: Embora a variabilidade fenotípica da Síndrome de Primrose seja ampla, incluindo manifestações como: transtornos do neurodesenvolvimento, atraso neuropsicomotor, síndromes deficitárias, dismorfismos faciais, deformidades ortopédicas, o diagnóstico deve ser lembrado em crianças com macrocefalia e disgenesia do corpo caloso. A paciente deste caso exemplifica muitas dessas características, com um desenvolvimento motor significativamente atrasado, características dismórficas marcantes, além de complicações ortopédicas. No entanto, não foi aventado um diagnóstico presuntivo, o que poderia impactar na prevenção de deformidades ortopédicas, por exemplo. O diagnóstico foi feito tarde e ficou na dependência do exoma, um exame inacessível na maioria dos centros. Comentários Finais:Trata-se de uma condição rara, cujo diagnóstico definitivo é possível pelo exoma, nem sempre acessível na maioria dos serviços. No entanto, o diagnóstico presuntivo deve ser aventado em pacientes com macrocefalia e disgenesia de corpo caloso, ilustrando a importância de valorizar e correlacionar os achados dismorfológicos da síndrome, de forma precoce, o que implica numa abordagem multidisciplinar preventiva para o melhor manejo dos sintomas e da qualidade de vida dos pacientes.

Palavra Chave: SÍNDROME DE PRIMROSE, MACROCEFALIA, GENÉTICA, NEUROLOGIA

Título: SELETIVIDADE ALIMENTAR EM CRIANÇAS COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: IMPACTOS NUTRICIONAIS E COMPORTAMENTAIS

Autores: ISABELLE CLOSS (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), KAMILA MENEZES E SOUZA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS), JULIANA SILVA ALBUQUERQUE (UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS), ANDRESSA BORGES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), STEFANY AZEVEDO ARAGÃO DE JESUS- (CENTRO UNIVERSITÁRIO SÃO CAMILO), NICOLI KALYNE MONTALVÃO PRADO (UNIVERSIDADE MUNICIPAL DE SÃO CAETANO DO SUL), BRUNIELY SAMPAIO CRUZ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA), DAYSE ISABEL COELHO PARAÍSO (UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS)

Resumo: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento (APA, 2023), caracterizado por comportamentos atípicos, com destaque para o manejo nutricional das crianças, visto que comportamentos problemáticos nas refeições são mais frequentes neste grupo (Soares et al, 2024). A seletividade alimentar, que inclui recusa de novos alimentos (neofobia), preferências restritas e um repertório alimentar limitado, é um padrão comum (Mordre et al, 2024). "Analizar os impactos nutricionais e comportamentais da seletividade alimentar em crianças com TEA." Realizou-se uma revisão integrativa da literatura na PubMed utilizando os descritores DeCS/MESH e operadores booleanos: Autism AND (Feeding Behavior OR Seletividade alimentar) AND Child. A pesquisa inicial resultou em 544 artigos, dos quais 24 atenderam aos critérios de inclusão (texto completo disponível, publicações recentes, em português ou inglês). Após a leitura, 8 artigos foram selecionados. "A seletividade alimentar é um comportamento comum em crianças com TEA, frequentemente associada a fatores sensoriais, comportamentais e neurológicos. A hipersensibilidade sensorial é um dos principais fatores, pois crianças com TEA podem ter reações intensas a estímulos como textura, sabor e cheiro dos alimentos, resultando em recusa a alimentos novos e uma preferência por itens específicos (Nadon Cols., 2010). Além disso, dificuldades motoras orais, como problemas de mastigação e deglutição, podem agravar a seletividade alimentar (Suarez, Nelson Curtis., 2012). Outros fatores que contribuem para esse comportamento incluem disfunções fisiológicas como refluxo e alergias alimentares, além de aspectos emocionais, como ansiedade, que tornam a refeição estressante. Crianças com TEA também podem apresentar rigidez comportamental, o que inclui a necessidade de rituais no momento das refeições, dificultando a introdução de novos alimentos (Hubbard Cols., 2014; Johnson Cols., 2014). Atitudes familiares permissivas, que buscam evitar conflitos, podem reforçar esses comportamentos (Miyajima Cols., 2017). A intervenção terapêutica individualizada, como terapia ocupacional e nutricional, tem mostrado eficácia no manejo da seletividade alimentar. Essas abordagens ajudam a lidar com os fatores sensoriais e comportamentais, promovendo uma alimentação mais variada e evitando déficits nutricionais (Seiverling Cols., 2018). Assim, é essencial que os profissionais de saúde compreendam os múltiplos fatores envolvidos e adotem estratégias personalizadas, respeitando as necessidades e características individuais de cada criança. "A seletividade alimentar em crianças com TEA afeta a nutrição, o crescimento e a qualidade de vida. Dessa forma, o manejo precoce, com abordagem interdisciplinar, é essencial para promover uma alimentação mais variada, respeitando as singularidades da criança e promovendo seu bem-estar físico e emocional.

Palavra Chave: COMPORTAMENTO ALIMENTAR, TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Nutrologia

1

Título: CONDUTA DIANTE DE LACTENTES HÍGIDOS COM ALIMENTAÇÃO ADEQUADA E IMC ELEVADO NO PRIMEIRO ANO DE VIDA.

Autores: RAFAEL PINTO SILVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA CARLA DE OLIVEIRA RAMOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), MELL LUISE CAVALCANTE LIMA DE FIGUEIREDO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), ALBERTO STOESSEL SADALLA PERES (DOCENTE DO CURSO DE MEDICINA UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE ASSISTENTE DE PEDIATRIA DA UNIEURO/UNB E UNICEUB)

Resumo: O sobrepeso em lactentes tem se tornado uma preocupação crescente devido às implicações futuras para a saúde metabólica, mesmo em crianças aparentemente saudáveis, o Índice de Massa Corporal IMC elevado pode sinalizar risco futuro de obesidade. O IMC, ajustado para idade e sexo, é amplamente utilizado na prática pediátrica como marcador do estado nutricional, IMC elevado em lactentes hígidos, sem comorbidades, pode representar o início de uma trajetória de crescimento excessivo, exigindo atenção clínica precoce.

"Discutir a conduta frente a lactentes hígidos, com alimentação adequada e sem intercorrências perinatais, mas que apresentam IMC elevado no primeiro ano de vida.

"A revisão de literatura utilizou-se a base de dados PubMed, incluindo artigos publicados nos últimos cinco anos. Os descritores DECS foram relacionados entre si com os operadores booleanos AND: "obesidade AND pediatrics", "sobrepeso AND lactentes", "IMC AND idade". A revisão focou em estudos que abordassem a conduta diante de lactentes hígidos com alimentação adequada e índice de massa corporal (IMC) elevado no primeiro ano de vida. Foram excluídos artigos que abordassem comorbidades ou que não estivessem dentro do período de cinco anos, garantindo que a análise fosse centrada em evidências atuais e relevantes sobre a gestão de lactentes com IMC elevado, sem presença de condições patológicas, e com foco na alimentação e práticas de cuidados nutricionais.

"O IMC elevado pode ocorrer mesmo em crianças sob aleitamento materno exclusivo ou fórmulas adequadas, sem que haja erro alimentar. No entanto, a introdução alimentar inadequada e o ganho de peso acelerado após os seis meses são fatores determinantes no aumento do risco de obesidade. A SBP recomenda vigilância do crescimento e orientação nutricional desde os primeiros meses. O acompanhamento clínico deve ser ativo, com avaliações frequentes da curva de crescimento, reforço à manutenção do aleitamento exclusivo até os seis meses e introdução alimentar progressiva, equilibrada e respeitando os sinais de saciedade.

Em crianças que utilizam fórmulas, destaca-se a importância de avaliar tipo, quantidade e densidade calórica, considerando fórmulas com menor carga energética, quando necessário. Mesmo em lactentes sem comorbidades, o pediatra pode considerar exames laboratoriais se houver persistência do ganho ponderal excessivo, dado que até 46,8% das crianças com sobrepeso apresentam alterações no colesterol LDL.

Comparadas a crianças com erro alimentar, lactentes hígidos com IMC elevado apresentam menor risco de complicações a longo prazo, mas não estão isentos. A diferença de prognóstico depende da conduta adotada: agir precocemente é crucial para prevenir a consolidação de um padrão de crescimento desproporcional.

"A vigilância do IMC em lactentes hígidos com alimentação adequada é essencial para prevenir sobrepeso e obesidade futura. A orientação precoce sobre alimentação balanceada e acompanhamento constante são fundamentais.

Palavra Chave: CÓLICA, LACTENTE, TRANSTORNOS FUNCIONAIS DIGESTIVOS

2

Título: AVALIAÇÃO LABORATORIAL NA OBESIDADE INFANTIL: CONDUTA RACIONAL E VIGILÂNCIA METABÓLICA

Autores: LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), FERNANDA MARQUES SARAIVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), HELENA PERES PERES NUNES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE EM PEDIATRIA DA UNIEURO)

Resumo: A obesidade infantil é caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura corporal, diagnosticada com IMC superior a +2 desvios padrão nas curvas da OMS. É uma condição multifatorial, envolvendo fatores genéticos, ambientais e comportamentais. A detecção precoce e o manejo adequado são cruciais para prevenir complicações metabólicas e cardiovasculares."Discutir a conduta pediátrica diante da obesidade infantil, com foco na racionalização dos exames laboratoriais e no momento adequado para investigar determinadas patologias.

"Revisão da literatura nas plataformas PubMed e SciELO, utilizando os descritores "obesidade infantil", "exames laboratoriais". Foram incluídos artigos dos últimos 20 anos, com apoio da SBP, OMS e protocolos do Ministério da Saúde."No Brasil, a obesidade afeta cerca de 15% das crianças, enquanto o sobre peso chega a até 30% em algumas faixas etárias. Crianças obesas necessitam de vigilância metabólica contínua, com monitoramento de IMC, glicemia e perfil lipídico. Crianças com sobre peso, sem sinais clínicos ou fatores de risco, devem ser monitoradas com ênfase na promoção de hábitos saudáveis. As principais causas incluem sedentarismo, dieta ultraprocessada e fatores genéticos. Suas consequências incluem resistência à insulina, esteatose hepática, distúrbios da tireoide e anemia ferropriva. Os exames mais indicados são: hemograma, ferritina, glicemia de jejum, insulina, perfil lipídico, TSH e T4 livre. A ferritina avalia reservas de ferro, enquanto a glicemia de jejum ajuda a identificar resistência à insulina. O TSH e T4 livre investigam disfunções da tireoide, que, embora raras, podem contribuir para a obesidade persistente. A investigação de esteatose hepática deve ser feita caso haja elevação das transaminases ou histórico familiar de doenças hepáticas. Não é necessário solicitar todos os exames para crianças com sobre peso, e a conduta deve ser individualizada. Em crianças obesas, recomenda-se iniciar com glicemia, perfil lipídico e função tireoidiana."A avaliação laboratorial da obesidade infantil deve ser adaptada a cada caso. O excesso de exames pode causar medicalização desnecessária, enquanto a omissão pode retardar diagnósticos importantes. O equilíbrio entre vigilância e racionalidade clínica é essencial para evitar complicações a longo prazo.

Palavra Chave: OBESIDADE INFANTIL, PEDIATRIA

Título: ALTERAÇÕES NA MICROBIOTA INTESTINAL DE CRIANÇAS COM OBESIDADE

Autores: MILENA EMANUELLE COSTA DAS CHAGAS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), BEATRIZ CANOVAS FEIJÓ OLIVEIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), MATHEUS DEVOLDERE VAN LANDUYT ROCHA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), GIOVANNA GIOVANNA MELO DEL FIACO (CENTRO UNIVERSITÁRIO MAUÁ DE BRASÍLIA), NAYANNA LOPES DE SANTANA (CENTRO UNIVERSITÁRIO MAUÁ DE BRASÍLIA), SARAH CAROLINE OLIVEIRA VASCO (CENTRO UNIVERSITÁRIO MAUÁ DE BRASÍLIA)

Resumo: A obesidade infantil é um dos problemas de saúde pública mais preocupantes, visto que sua prevalência vem aumentando drasticamente, acarretando implicações na saúde a longo prazo, como doenças cardíacas e distúrbios metabólicos (Alcazar et al., 2022). Tal condição resulta da interação de diversos fatores, como herança genética, dieta e estilo de vida (Zhang Dang, 2022). A microbiota intestinal também desempenha papel fundamental no estabelecimento e na progressão da doença, sendo possível associar a obesidade infantil à disbiose intestinal (Li et al., 2024)."Correlacionar a disbiose intestinal com a obesidade infantil, comparando a microbiota intestinal de crianças obesas com a de crianças eutróficas."Trata-se de uma revisão da literatura de acordo com as diretrizes PRISMA. A busca foi no PubMed, utilizando os descritores "gut microbiota", "children" e "obesity", combinados pelo operador booleano "AND". Como filtro, foram considerados artigos publicados entre 2020 a 2025, em inglês, disponíveis gratuitamente. Os critérios PICO foram: população: crianças com obesidade; intervenção: identificação de alterações na microbiota intestinal; comparação: crianças eutróficas; desfechos: correlação com a obesidade infantil. Inicialmente, foram encontrados 208 artigos. Ao final, cinco estudos preencheram os critérios e foram incluídos na análise."A microbiota intestinal possui impacto profundo na função do sistema digestório, produzindo metabólitos que são liberados na corrente sanguínea, como aminoácidos, aminas, ácidos biliares e ácidos graxos de cadeia curta (AGCCs) (Zhang Dang, 2022). Em crianças obesas, há uma mudança significativa na composição da microbiota intestinal em comparação com crianças eutróficas. Algumas das possíveis alterações incluem: aumento na abundância das bactérias Firmicutes em comparação com as Bacteroidetes (há uma absorção mais eficiente da energia dos alimentos), diminuição da quantidade de bactérias Christensenellales e Akkermansia (relacionadas ao estado metabólico saudável), menor diversidade bacteriana, pior perfil inflamatório e aumento na produção de AGCCs (Alcazar et al., 2022; Zhang Dang, 2022). Essas mudanças no microbioma estão associadas a dieta, via de parto, fatores genéticos e amamentação. Entretanto, essas alterações são variáveis, uma vez que a microbiota intestinal de crianças está em constante desenvolvimento, sua composição é instável e tende a ser individualizada (Zhang Dang, 2022)."A disbiose em crianças está fortemente associada ao surgimento da obesidade, principalmente pela menor diversidade bacteriana e perfil inflamatório desfavorável. A melhora da microbiota intestinal pode ser uma estratégia promissora para intervenções nessa doença. Para isso, atenção à dieta dos infantes se faz necessária, além da mudança dos hábitos diários, com um estilo de vida mais saudável e ativo (Pan Jiao, 2024).

Palavra Chave: MICROBIOTA INTESTINAL, CRIANÇAS, OBESIDADE

4

Título: AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA DA FERRITINA ISOLADAMENTE REDUZIDA: DIAGNÓSTICO OU EXCESSO DE EXAMES?

Autores: BRUNA ARESE CAMARA SILVA NETO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), MARIA EDUARDA OLIVEIRA BASTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), MARIA LUIZA FELIPE ROCHA MELO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), ANA FLÁVIA SILVA CASTRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), BEATRIZ DO NASCIMENTO BACELAR (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE CEUB/UNIEURO)

Resumo: A anemia ferropriva é a deficiência de ferro no organismo, comprometendo a produção de hemoglobina e resultando em menor transporte de oxigênio. É a forma mais comum de anemia na infância, especialmente em países em desenvolvimento, sendo considerada um problema de saúde pública pela sua prevalência e pelas consequências no crescimento, cognição e imunidade.

"Avaliar a conduta do pediatra diante de resultados laboratoriais com ferritina sérica baixa isoladamente, sem demais alterações hematológicas, e discutir a abordagem clínica racional para evitar excessos diagnósticos.

"Revisão integrativa nas plataformas PubMed, SciELO, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e documentos técnicos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Foram utilizados cinco descritores principais: 'anemia ferropriva', 'ferritina', 'diagnóstico pediátrico', 'deficiência de ferro' e 'conduta clínica', além de 'exames laboratoriais' e 'infância'. Incluíram-se artigos dos últimos 10 anos (2014-2024), com ênfase em condutas pediátricas atuais e racionalização de exames.

"A anemia ferropriva resulta da deficiência de ferro corporal e afeta sobretudo crianças de 6 a 24 meses, fase de rápido crescimento e alto consumo de ferro. Os principais exames recomendados incluem hemograma completo, dosagem de ferritina e proteína C reativa (PCR). A ferritina reflete os estoques de ferro, mas também se eleva em inflamações, mesmo leves como resfriados, otites ou faringites, comuns em crianças. Por isso, a PCR deve ser sempre solicitada junto à ferritina. Se a PCR estiver normal, o valor da ferritina pode ser interpretado com segurança. Se a PCR estiver elevada, a ferritina pode estar falsamente normal ou alta, mascarando uma deficiência real. O ferro sérico não é recomendado por sua alta variabilidade e baixa sensibilidade. Quando a ferritina está isoladamente baixa, sem alterações clínicas ou hematológicas relevantes, é possível iniciar reposição oral de ferro como teste terapêutico. A resposta ao tratamento (aumento de reticulócitos em 7 a 10 dias) confirma o diagnóstico, evitando múltiplos exames.

"Diante da ferritina reduzida isoladamente, o pediatra deve interpretar o dado com apoio da PCR e do contexto clínico. Assim, solicitar menos exames e iniciar tratamento diagnóstico quando indicado é uma prática segura, racional e benéfica para o paciente.

Palavra Chave: ANEMIA FERROPRIVA, FERRITINA, DIAGNOSTICO CLINICO,

Título: OBESIDADE INFANTIL NA REGIÃO CENTRO-OESTE DO BRASIL: PREVALÊNCIA E IMPLICAÇÕES EM SAÚDE PÚBLICA

Autores: AMANDA LEAL DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO), MARIANA SOUZA DINIZ SANTOS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), CATARINA AIRES GANDRA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ANNA LAURA DE SOUZA MORÁS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), MANUELLA VILELA ALVES DE CASTRO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), SAMUEL SOTERO LOURENÇO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS)

Resumo: A obesidade infantil é um desafio à saúde pública no Brasil, agravado pelas disparidades regionais, que influenciam o risco da doença. Assim, a análise de dados populacionais é fundamental para adequar ações equitativas e políticas públicas voltadas à prevenção da doença em territórios específicos."Analisar a prevalência de sobrepeso, obesidade e obesidade grave em crianças nos estados da região Centro-Oeste do Brasil, discutindo suas implicações para a saúde pública."Trata-se de estudo ecológico descritivo com foco na região Centro-Oeste do Brasil, utilizando dados do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) de 2023, acessados por meio da plataforma Panorama da Obesidade Infantil. A amostra inclui crianças de 5 a 9 anos dos estados de Goiás (GO), Mato Grosso (MT), Mato Grosso do Sul (MS) e Distrito Federal (DF). Foram analisadas as prevalências de sobrepeso, obesidade e obesidade grave, além da cobertura do SISVAN e dados de consumo alimentar. Estudo dispensado de análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa com uso de dados secundários e públicos."Revelou-se que o estado de GO apresentou a maior prevalência de obesidade em 8,21%, seguido por MT (8,44%), MT (8,12%) DF (7,91%). A obesidade grave variou entre 4,73% (MT) e 5,47% (DF). Os percentuais de sobrepeso oscilaram entre 14,33% e 15,44% nos quatro estados. A soma das prevalências de sobrepeso, obesidade e obesidade grave foi de 28,71% no DF, 28,68% em MS, 27,18% em GO e 27,18% em MT. A cobertura do SISVAN nessa faixa etária foi de 48,09% em MT e 46,79% em MS, já no DF e GO, os dados apontaram 71,57% e 59,21%, respectivamente. Em relação ao consumo alimentar, observou-se elevada ingestão de alimentos ultraprocessados em todos os estados, variando de 47% (MT) a 49% (MS). O consumo regular de frutas e hortaliças permaneceu abaixo de 30%. Nesse sentido, os impactos da obesidade são expressivos tanto no desenvolvimento infantil quanto ao risco de doenças crônicas ao longo da vida. Padrões alimentares inadequados e o acesso desigual à atenção nutricional tornam o cenário complexo, considerando que a infância é uma fase crítica para o desenvolvimento de hábitos alimentares. Assim, ainda que a cobertura do sistema varie entre os estados, a elevada prevalência de sobrepeso e obesidade infantil na região Centro-Oeste, aliada ao alto consumo de ultraprocessados e baixa ingestão de alimentos saudáveis, evidencia a urgência de políticas públicas regionais."Os achados reforçam a necessidade de fortalecer a vigilância nutricional na atenção primária, ampliando a representatividade dos dados e orientando políticas públicas mais efetivas no enfrentamento da obesidade infantil em toda região Centro-Oeste.

Palavra Chave: OBESIDADE INFANTIL, SOBREPESO, VIGILÂNCIA NUTRICIONAL.

Onco-hematologia

1

Título: LEUCEMIA AGUDA DE FENÓTIPO MISTO EM PEDIATRIA – UM DESAFIO DIAGNÓSTICO

Autores: LÁZARO FELIPE COSTA VILELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DA GRANDE DOURADOS), EDUARDA FIORINI (HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL), THAIS MARTINS SEVERINO SIUFI (HOSPITAL REGIONAL DE MATO GROSSO DO SUL), THALES FERNANDO COSTA VILELA (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL), WIVIANY COELHO DE MENEZES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL)

Resumo: A leucemia aguda de fenótipo misto (LAFM) é subtipo raro de leucemia aguda (LA) definida pela presença de marcadores linfoides junto com mieloides. Por sua ampla diversidade, seu diagnóstico e tratamento são desafiadores. Este relato descreve criança com LAFM que apresentava tumorações (posteriormente diagnosticadas como cloromas), e hemograma normal ao diagnóstico, inicialmente confundido com histiocitose."NCLV, menina, 5 anos, com 2 meses de evolução de febre, dor óssea e tumorações (periorbitária e perna direita). Havia sido tratada como celulite septal sem melhora. O hemograma era normal. Paciente foi internada para biópsia das lesões, com hipótese de histiocitose. Durante internação, ainda aguardando a análise das tumorações (cloromas), foi optado pela avaliação da medula óssea (MO). A imunofenotipagem revelou 88,1% de blastos de linhagem linfoide B e mieloide, compatível com LAFM (B/mieloide). O perfil imunofenotípico e imunohistoquímico mostrou os seguintes marcadores: TDT, CD34, CD19, CD22, CD79, CD33 e MPO. Foi instituído tratamento com protocolo Berlim-Frankfurt-Munique aumentado. Durante fase de consolidação constatou-se recidiva de LA tipo B e tratamento foi substituído. A menor teve neutropenia grave, evoluindo para óbito."A LAFM possui grande variedade clínica, podendo ser inicialmente confundida com outras condições. Define-se LAFM pela impossibilidade de atribuir uma única linhagem ao clone leucêmico. O diagnóstico é a partir da análise de MO, utilizando critérios bem estabelecidos. Os marcadores fundamentais para definição de linhagem são diferenciação monocítica para linhagem mieloide (esterase não específica, CD11c, CD14, CD64, lisozima), CD3 citoplasma ou superfície para linhagem T e associação de CD19 com CD79a, CD22 citoplasmático e CD10 para linhagem B. No caso da paciente descrita, constatou-se presença de células de linhagem B e mieloide. Sabe-se que células tumorais de linhagem mieloide podem se infiltrar em outros tecidos, levando à formação de grandes massas (cloromas), que são tumores localmente destrutivos e potencialmente malignos cuja composição celular varia de uma população de blastos pouco diferenciados até células maduras. A sua incidência em leucemias mieloides é variável, mas frequentemente descrita em crianças. O tratamento consiste em quimioterapia e para alguns casos pode haver indicação de transplante de células-tronco hematopoiéticas, mas, por tratar-se de condição rara, não há ainda evidência suficiente para definir o melhor protocolo. Em comparação com LA de linhagem única, o prognóstico da LAFM parece ser pior."Por tratar-se de LA rara e heterogênea, seu reconhecimento e tratamento são de alta complexidade. Mais estudos são necessários para possibilitar aperfeiçoamento terapêutico e melhorar o prognóstico da doença. O conhecimento da patologia possibilita ao pediatra ampliar os diagnósticos diferenciais diante de casos duvidosos ou refratários ao tratamento de condições mais frequentes em pediatria.

Palavra Chave: LEUCEMIA AGUDA DE FENÓTIPO MISTO. LEUCEMIA AGUDA. CLOROMA.

Título: OSTEOSARCOMA DE FÊMUR EM IRMÃOS COM SÍNDROME DE ROTHMUND-THOMSON TIPO 2: RELATO DE CASO.

Autores: ALEXANDRE DA SILVA LEOPOLDINO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP/UFMS)), ISABELY COSTA MACHADO GOLFETO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP/UFMS)), MARIA OSANA DA SILVA ANTONIO FILHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO MARIA APARECIDA PEDROSSIAN (HUMAP/UFMS)), THAIS MARTINS SEVERINO SIUFI (CENTRO DE TRATAMENTO ONCO HEMATOLÓGICO INFANTIL (HRMS))

Resumo: A síndrome de Rothmund-Thomson, também conhecida como poiquilodermia congênita, é uma doença genética rara caracterizada por padrão de herança autossômica recessiva e variantes nos genes RECQL4, ANAPC1 e CRIPT, com predominância no sexo masculino (2:1). "Paciente do sexo feminino, com história de lesões hipocrônicas, pele xerótica e descamativa desde os 6 meses, sendo tratada como dermatite atópica, sem melhora. Associado à fácies sindrômica, atraso do desenvolvimento e baixa estatura. Apresentou 3 episódios de fratura patológica (clavícula, tibia e úmero), ao longo da infância. Aos 12 anos, relatou dor em membro inferior esquerdo, sendo realizado exame de imagem e evidenciado massa radiodensa, encaminhada ao hospital referência, realizada biópsia, que constatou osteossarcoma de fêmur esquerdo de alto grau histológico. Encaminhada a oncologia pediátrica e iniciado tratamento quimioterápico com metotrexate, cisplatina e doxorrubicina, porém, com pouca resposta, mantendo aumento tumoral progressivo, com necessidade de amputação do membro 9 meses após o diagnóstico.

O irmão da paciente, 2 anos mais velho, com atraso importante do desenvolvimento, alterações cutâneas e baixa estatura, também havia sido diagnosticado com osteossarcoma em fêmur direito, com metástases, evoluindo a óbito no mês anterior ao diagnóstico da irmã. Foi coletado painel genético para displasias esqueléticas, que identificou variante patogênica no gene RECQL4, fechando a síndrome de Rothmund-Thomson tipo 2, em ambos os irmãos.""" Nessa síndrome, as lesões cutâneas ocorrem em cerca de 90% dos casos, sendo a presença de poiquilodermia a mais frequente (placas eritematosas que evoluem para máculas residuais hipo e hiperpigmentadas). Há predisposição ao desenvolvimento de tumores, com alta incidência de osteossarcoma e cânceres de pele não melanoma. Existem dois subtipos: o tipo I, no qual há alterações identificadas no gene ANAPC1, com menor risco de malignidades. Já o tipo II, apresenta mutação no gene RECQL4 e está associada a anomalias esqueléticas, baixa estatura, alopecia e alto risco de malignidades. O diagnóstico é clínico, baseado nas características fenotípicas, mas pode ser confirmado por meio de teste genético, que demonstra mutações nos genes relacionados. O tratamento é multidisciplinar e requer uma abordagem focada na gestão de sintomas, na prevenção de complicações e no acompanhamento contínuo para detectar alterações precoces de câncer.

Os tumores ósseos primários são o sexto em incidência na pediatria, sendo o osteossarcoma o mais comum, com pico entre 10 a 19 anos, com queixa clássica de dor que não melhora com o repouso, acometendo principalmente o fêmur.

É de relevante importância reconhecer os sinais clínicos da síndrome de Rothmund-Thomson tipo 2, para direcionar o acompanhamento desses pacientes e identificar de forma precoce, possíveis neoplasias, principalmente ósseas, com objetivo de reduzir a morbimortalidade associada e aumentar a qualidade de vida.

Palavra Chave: OSTEOSARCOMA, ROTHMUND-THOMSON, SÍNDROME, RECQL4, ONCOLOGIA

Título: INTERVENÇÃO TERAPÊUTICA DE MUSICOTERAPIA NA ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

Autores: MILENA EMANUEL COSTA DAS CHAGAS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), BEATRIZ CANOVAS FEIJÓ OLIVEIRA (HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS), MATHEUS DEVOLDERE VAN LANDUYT ROCHA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), GIOVANNA MELO DEL FIACO (CENTRO UNIVERSITÁRIO MAUÁ DE BRASÍLIA), NAYANNA LOPES DE SANTANA (CENTRO UNIVERSITÁRIO MAUÁ DE BRASÍLIA), SARAH CAROLINE OLIVEIRA VASCO (CENTRO UNIVERSITÁRIO MAUÁ DE BRASÍLIA)

Resumo: Crianças e adolescentes com diagnóstico de câncer enfrentam intenso sofrimento emocional, físico e social. O tratamento dessa condição envolve diversos procedimentos que geram dor e ansiedade (Da Silva Santa et al., 2021). Nesse contexto, a musicoterapia surge como intervenção terapêutica no tratamento oncológico, com o objetivo de aliviar os sintomas e melhorar a qualidade de vida do paciente e de sua família. Essa prática busca aprimorar aspectos físicos, emocionais, cognitivos e fisiológicos (Bradt et al., 2021)."Analisar a relevância da musicoterapia no auxílio ao tratamento oncológico pediátrico."Trata-se de uma revisão da literatura de acordo com as diretrizes PRISMA. A busca foi no PubMed, utilizando os descritores "music therapy", "children" e "oncology", combinados pelo operador booleano "AND". Como filtro, foram considerados artigos publicados entre 2020 e 2025, em inglês, disponíveis gratuitamente. Os critérios PICO foram: população: crianças com câncer; intervenção: musicoterapia no tratamento oncológico; comparação: tratamento padrão sem intervenções musicais e desfechos: diminuição da dor e da ansiedade, e melhora da qualidade de vida. Inicialmente, foram encontrados vinte e um artigos. Após a leitura dos resumos, excluíram-se estudos que não abordavam a relação entre musicoterapia e tratamento oncológico pediátrico. Ao final, seis estudos preencheram os critérios e foram incluídos na análise."A musicoterapia é uma modalidade de tratamento oncológico que utiliza a música como terapia, baseada em experiências musicais personalizadas. No método ativo, o paciente canta e toca instrumentos, nos métodos receptivos, ele escuta músicas selecionadas (Rodríguez-Rodríguez et al., 2022). Essa abordagem apresenta inúmeros benefícios durante o tratamento do câncer, podendo reduzir ansiedade, depressão, dor, fadiga, frequência cardíaca e pressão arterial. (Da Silva Santa et al., 2021; Bradt et al., 2021). Além disso, promove distração, sensação de relaxamento, favorece as interações sociais e estimula a autoexpressão (Rodríguez-Rodríguez et al., 2022). Ademais, o tempo de recuperação pós-cirúrgica pode ser reduzido. Os familiares das crianças também podem ser beneficiados, com melhora no bem-estar psicológico e emocional (Rodríguez-Rodríguez et al., 2022). Esses efeitos positivos ocorrem porque as emoções evocadas pela música influenciam a atividade neural em áreas relacionadas à modulação da dor, como o tronco encefálico e a medula espinhal, reduzindo a percepção do estímulo doloroso (Powers; Ioachim; Stroman, 2022)."Os benefícios da musicoterapia no auxílio ao tratamento oncológico de crianças e adolescentes são evidentes, por contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares. Assim, ressalta-se a relevância dessa intervenção para otimizar a abordagem terapêutica no contexto da oncologia pediátrica (Knoerl et al., 2022).

Palavra Chave: MUSICAL THERAPY, ONCOLOGY, CHILDREN

Título: AVANÇOS NO DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DE NEUROBLASTOMA: CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES EM HOSPITAL PEDIÁTRICO PÚBLICO DO DISTRITO FEDERAL.

Autores: MARCELLE MACHADO MENDES (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE (ESCS) / UNIVERSIDADE DO DISTRITO FEDERAL (UNDF)), JOÃO LUCAS CRUZ SOUZA (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR (HCB)), PATRICIA SHIMODA IKEUTI (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR (HCB)), RAQUEL TOSCANO ALVES (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR (HCB)), PEDRO HENRIQUE PINTO (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR (HCB)), RICARDO CAMARGO (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR (HCB)), LARISSA DA COSTA SOUZA (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR (HCB)), ROBÉRIA MENDONÇA DE PONTES (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR (HCB))

Resumo: O neuroblastoma (NB) corresponde ao grupo de tumores do sistema nervoso simpático que acomete principalmente crianças nos primeiros anos de vida. Apesar de sua alta prevalência nessa população, seu diagnóstico é desafiador: exames clínicos levam à suspeita, mas a confirmação anatomo-patológica é essencial. Além disso, a imunohistoquímica (IHQ) e a imunofenotipagem tumoral contribuem para diagnósticos e estadiamentos precisos e, assim, para a instituição de terapias em tempo oportuno. Enfim, reconhecer o NB como foco de pesquisas orienta políticas públicas, otimiza recursos e apoia decisões clínicas."Diante da escassez de dados e da gravidade da doença, este estudo avalia o perfil clínico-laboratorial de pacientes com NB no Hospital da Criança de Brasília José Alencar (HCB). Foi analisada a extensão de metástases ao diagnóstico e sua associação com desfechos clínicos."Trata-se de uma coorte retrospectiva com pacientes admitidos entre 2023 e 2024, incluídos no estudo Pan-Câncer do Laboratório de Pesquisa Translacional. O projeto foi aprovado pelo CEP (CAAE: 66964123.4.0000.0144). Todos os participantes ou responsáveis assinaram TCLE/TALE. O Teste Exato de Fisher avaliou as associações entre as variáveis categóricas e os desfechos, e a análise de sobrevida (Kaplan-Meier) estimou o tempo desde o diagnóstico até recaída ou óbito e a sobrevida acumulativa final. A Sobrevida Global (SG) corresponde ao tempo até o óbito, e a Sobrevida Livre de Eventos (SLE), até recaída ou óbito."Feita análise de 22 pacientes: maioria meninos (59,1%), negros (72,7%) e procedentes do DF (45,5%). A faixa etária predominante foi de 18 meses a 4 anos e 11 meses (40,9%). Achados frequentes foram febre e sintomas gastrointestinais (54,5%), além de anemia (52,9%). O intervalo entre sintomas e diagnóstico variou de 30 dias a 18 meses, sem impacto sobre estadiamento e sobrevida. A adrenal foi o sítio primário mais comum (77,3%), e a medula óssea o principal local de metástase (93,3%). Estadiamento M (40,9%) e classificação de alto risco (50%) foram predominantes. Houve associação significativa entre metástase periorbital e óbito ($p=0,029$), e tendência entre N-MYC amplificado e pior prognóstico. Casos refratários ou recidivantes receberam Transplante Autólogo de Medula Óssea (100%) e Dinutuximabe (60%), uma droga anti-GD2. A média de SLE foi de 29,7 meses e a de SG, 35,2 meses — caindo para 16,2 meses com metástase e 15,4 meses com alto risco. Todos os óbitos (13,6%) ocorreram em pacientes menores de 5 anos e com metástases iniciais."Semelhanças e divergências em relação à literatura foram observadas. O diagnóstico tardio e a recaída permanecem como maiores obstáculos, porém a IHQ e os testes genéticos provaram ser eficazes na identificação de marcadores tumorais, reforçando o valor da medicina biomolecular integrada à rede pública. Diante do exposto, estudos adicionais são necessários para aprofundar o entendimento sobre a evolução da doença e condutas terapêuticas.

Palavra Chave: ONCOPEDIATRIA, NEUROBLASTOMA, EPIDEMIOLOGIA, IMUNOTERAPIA

Título: USO DE OCTREOTIDE NO MANEJO DA DOR DE CRIANÇA COM OBSTRUÇÃO INTESTINAL MALIGNA POR DISSEMINAÇÃO DE ADENOCARCINOMA DE CÓLON

Autores: ALINE ESMERALDO ANDRADE DE ALMEIDA (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR), KANANDA KARLA ANDRADE FREITAS (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR), LIANE SANTOS DE ARAGÃO (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR), IANE SANTANA MORAIS (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR), KAREN EVELLIN SOUZA NEVES (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR), JOSÉ CARLOS MARTINS CÓRDOBA (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ), ÍSIS MARIA QUEZADO MAGALHÃES (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ)

Resumo: O câncer de cólon é a neoplasia do trato gastrointestinal mais comum em adultos. Contudo, o infantil é raro, com incidência anual de 0,12/1.000.000 casos entre 0 e 14 anos. Muitas vezes, o diagnóstico é tardio devido à inespecificidade dos sintomas. O principal sintoma é a dor abdominal, que pode estar associada a náuseas, vômitos e constipação."Criança de 10 anos de idade, com dor abdominal há cerca de 1 ano. Foi admitido com suboclusão intestinal e submetido a laparotomia exploradora, com achado de diversos implantes na cavidade. Assim, foi identificado adenocarcinoma de cólon metastático. O tratamento quimioterápico foi realizado com FOLFOX4 e Bevacizumab. Apresentou progressão tumoral após 10 meses do início do tratamento e suboclusão intestinal inoperável. Estava em uso de Morfina, Cetamina, Fenitonína, Cetorolaco, Dipirona, Domperidona e Dexametasona, além de descompressão gástrica via sonda, mas continuava com dor abdominal, 10/10 na Escala Visual Numérica (EVN). Foi submetido a bloqueio venoso simpático e bloqueio quadrado lombar, sem resposta. Optou-se, então, por iniciar Octreotide a 1 mcg/kg/min. Após 24 horas do início, apresentou melhora importante do quadro álgico, EVN 4/10. Ficou em casa por um dia, mas voltou a internar com dor, quando reiniciamos o uso de Octreotide, com boa resposta. Conseguiu andar de skate e comer bolo nas últimas semanas de vida. Faleceu com controle álgico satisfatório, acompanhado por seus pais. ""Discussão: Obstrução intestinal é comum em pacientes com disseminação tumoral abdominal. Há impacto significativo na qualidade de vida do paciente e da família devido à dor, que muitas vezes é de difícil controle. Entre os medicamentos utilizados, a Octreotide vem demonstrando resposta satisfatória nesse manejo. É um octapeptídio sintético, derivado da somatostatina, com efeitos farmacológicos similares e ação prolongada. Atua na redução da secreção intestinal e a supressão da liberação de hormônios peptídeos. Inibe a secreção patologicamente aumentada do hormônio do crescimento, de peptídeos e da serotonina produzidos no sistema endócrino gastroenteropancreático. Tem ação a nível intracelular do epitélio intestinal, diminuindo a secreção de água e eletrólitos e aumentando a absorção de água e íons.

Conclusão: O uso de Octreotide demonstrou efetividade no controle da dor refratária de paciente pediátrico com semioclusão intestinal por adenocarcinomatose peritoneal, promovendo qualidade durante o fim de vida.

Palavra Chave: NEOPLASIAS INTESTINAIS, PEDIATRIA, CUIDADOS PALIATIVOS.

Otorrinolaringologia

1

Título: INFLUÊNCIA DA VELOCIDADE DOS VENTOS NAS CRISES DE ASMA INFANTIL: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Autores: LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), FERNANDA MARQUES SARAIVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), HELENA PERES PERES NUNES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE EM PEDIATRIA DA UNIEURO)

Resumo: A asma é uma condição inflamatória crônica das vias aéreas, com obstrução reversível e hiperresponsividade brônquica, sendo uma das principais causas de morbidade respiratória infantil. Fatores ambientais como alérgenos, poluentes e condições climáticas, incluindo a velocidade dos ventos, podem atuar como gatilhos para crises asmáticas. A dispersão de partículas no ar, influenciada pelo vento, pode impactar diretamente a frequência e gravidade dessas crises, especialmente em regiões com climas característicos, como Brasília e o Amazonas.

"Analisar a possível correlação entre a velocidade dos ventos e a incidência de crises asmáticas na população pediátrica.

Foi realizada uma revisão integrativa nas bases PubMed, SciELO e Google Acadêmico, com publicações dos últimos 15 anos, utilizando os descritores: "asma infantil", "mudanças climáticas", "velocidade dos ventos" e "fatores ambientais". Complementarmente, foram consultadas diretrizes da SBP, SBPT e ASBAI."A etiologia da asma infantil é multifatorial, envolvendo predisposição genética e influências ambientais. Condições meteorológicas, como temperatura, umidade e velocidade dos ventos, afetam a qualidade do ar. Ventos mais fortes podem

dispersar alérgenos e poluentes, como pólen, ácaros e esporos, agravando o quadro asmático. Em Brasília, com média de 3,5 m/s na estação seca, e no Amazonas, com média de 2,0 m/s ao longo do ano, observa-se variação significativa na dispersão de partículas. Estudos sugerem uma correlação entre aumento da velocidade dos ventos e maior incidência de crises asmáticas

infantis, mas a literatura nacional ainda carece de investigações aprofundadas sobre essa relação em contextos regionais específicos."A velocidade dos ventos pode contribuir para o desencadeamento de crises asmáticas em crianças, ao intensificar a exposição a alérgenos e poluentes. Regiões como Brasília e o Amazonas ilustram a importância de se considerar fatores climáticos locais no manejo da asma. São necessárias mais pesquisas para embasar medidas preventivas e políticas públicas eficazes.

Palavra Chave: ASMA INFANTIL, MUDANÇAS CLIMÁTICAS

Título: LAVAGEM NASAL EM CRIANÇAS: INDICAÇÕES, MÉTODOS E CUIDADOS NA PRÁTICA PEDIÁTRICA

Autores: ANA BEATRIZ MORAIS DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), AMANDA MENEZES GOMES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA BEATRIZ GUTMACHER GALVÃO BUENO LEMES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA NASCIMENTO GONTIJO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), MARIA EDUARDA CARVALHO DOS SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), TAISA DA SILVEIRA PINTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), DR CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE ASSISTENTE DE PEDIATRIA DA UNIEURO E UNICEUB)

Resumo: A lavagem nasal é indicada em crianças com obstrução nasal causada por infecções virais, rinite alérgica ou exposição a poluentes. Ao remover secreções, melhora a respiração, a aceitação alimentar e reduz complicações como otites e sinusites. O pediatra deve estar apto a orientar corretamente esse cuidado."Fornecer uma síntese prática sobre a higienização nasal infantil, destacando indicações, métodos e precauções."Revisão narrativa baseada nos últimos 5 anos com busca em PubMed, Scielo, Embase e diretrizes dos Departamentos Científicos de Pediatria e Otorrinolaringologia da SBP. Descritores: "lavagem nasal", "solução fisiológica", "obstrução nasal" e "cuidados pediátricos". Complementada por estudos sobre prática clínica, segurança e aceitação infantil."A obstrução nasal é definida como a redução do fluxo aéreo pelas fossas nasais. O pediatra deve avaliar idade, tipo de secreção e tolerância da criança para indicar o melhor método. Os recursos incluem: spray nasal (manutenção leve), conta-gotas ou seringa sem agulha (secreções espessas) e sistemas de irrigação, que são práticos e bem aceitos. A técnica com seringa atravessando de uma narina à outra pode gerar medo, especialmente em menores de 2 anos. A criança deve ser posicionada lateralmente ou sentada com leve inclinação. É possível iniciar a lavagem a partir dos 6 meses com volumes baixos, geralmente de 2 a 4 vezes ao dia. Nem toda coriza requer lavagem: secreções claras e fluídas podem ser autolimitadas. A lavagem deve ser feita com solução fisiológica estéril. Água filtrada ou fervida não é recomendada por risco microbiológico. A solução hipertônica (1,5 a 3%) pode ser útil em casos de rinite alérgica."A lavagem nasal é eficaz e segura quando bem orientada. O pediatra deve ensinar a técnica com empatia, adaptando-a à idade e à condição clínica, evitando métodos traumáticos e reforçando a importância da solução adequada e da frequência indicada.

Palavra Chave: LAVAGEM NASAL, CUIDADOS PEDIÁTRICOS, OBSTRUÇÃO NASAL

Título: INTOXICAÇÃO INFANTIL POR NAFAZOLINA: RISCOS DO USO INDISCRIMINADO DE DESCONGESTIONANTES NASAIS NA PEDIATRIA

Autores: JÚLIA OLGUINS GUIMARÃES COTIA (UNICEPLAC), AMANDA MARQUES MORENO (UNICEPLAC)

Resumo: Descongestionantes nasais são medicamentos utilizados no tratamento de congestão nasal, condição muito comum em crianças, que atuam na redução da vasodilatação e edema da mucosa nasal. A nafazolina é um dos princípios ativos mais comuns de descongestionantes nasais utilizados no Brasil, todavia a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) contraindica seu uso em idade pediátrica. Por outro lado, a facilidade de obtenção do medicamento, associada à desinformação sobre os riscos do uso indiscriminado, contribuem para o aumento dos casos de intoxicação decorrentes da automedicação."Avaliar as consequências do uso indiscriminado de descongestionantes nasais derivados de nafazolina."Foi construído um resumo a partir de uma revisão narrativa bibliográfica, com buscas na base de dados da plataforma Google Acadêmico. Foram selecionados estudos acerca de casos de intoxicação infantil por descongestionantes nasais derivados de nafazolina, bem como a automedicação e o uso indiscriminado dessas medicações. Foram selecionados trabalhos publicados entre os anos de 2016 - 2023. Dos 63 artigos obtidos na busca, quatro foram incluídos para análise."Certamente, um dos maiores desafios para combater a intoxicação infantil por descongestionantes nasais com nafazolina é a automedicação, outro agravante é a falta de conhecimento por parte da população acerca dos riscos que seu uso indiscriminado oferecem à saúde. A sua alta procura deve-se ao rápido alívio da congestão nasal, pois a nafazolina age como um agonista dos receptores adrenérgicos alfa-1, e ao se ligar a esses receptores na mucosa nasal, provoca a vasoconstrição das arteríolas, reduzindo o fluxo sanguíneo local, o edema e a obstrução nasal. A população infantil é uma das mais afetadas por congestão nasal, por isso a importância de alertar pais e responsáveis acerca do uso de descongestionantes vasoconstritores. Dentre as manifestações de intoxicação, a literatura descreve uma tríade clássica de sintomas: bradicardia, hipotermia e palidez. Mas a apresentação clínica pode surgir de diversas formas e incluir taquicardia, hipertensão, sudorese, sonolência e vômitos. O diagnóstico é baseado na história clínica do paciente, enquanto o tratamento é apenas de suporte, pois não há nenhum antídoto específico disponível."Dentre as causas de intoxicação infantil, o Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) aponta os descongestionantes nasais derivados de nafazolina entram como a principal causa. Sendo assim, apesar da sua ação vasoconstritora proporcionar alívio quase imediato, suas consequências relacionadas a sua ampla disponibilidade sem orientação médica, a automedicação e a falta de conhecimento da população são evidentes, principalmente na população de idade pediátrica.

Palavra Chave: INTOXICAÇÃO. DESCONGESTIONANTE NASAL. NAFAZOLINA.

Outra

1

Título: IMPACTO DA HESITAÇÃO VACINAL NA INFÂNCIA SOBRE A SAÚDE NA VELHICE: UMA REVISÃO

Autores: DALILA LOPES MORAIS MARINHO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), CARLA THAYSA DE MELO CERQUEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LUIZA OLIVEIRA ALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JULIA SILVEIRA ROCHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (UNIEURO), RODRIGO DE AZEVEDO MENESSES (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JACQUELINE BONFIM FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA E UNIEURO)

Resumo: Vacinação é uma das intervenções mais eficazes para a prevenção de doenças infeciosas, especialmente em populações vulneráveis como crianças e idosos. A hesitação vacinal, definida como atraso ou recusa na aceitação de vacinas disponíveis, tem sido identificada como uma ameaça significativa à saúde pública. Este fenômeno pode comprometer a imunidade coletiva e favorecer o ressurgimento de doenças previamente controladas."Este trabalho busca analisar os impactos da hesitação vacinal na infância sobre a saúde na velhice e investigar se há uma correlação entre a falta de vacinação na infância e a relutância em se vacinar na terceira idade."Para a elaboração desta revisão, foram consultadas as bases de dados PubMed e SciELO, além dos departamentos científicos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG). A pesquisa abrangeu publicações dos últimos cinco anos, utilizando os descritores: "hesitação vacinal", "vacinação infantil", "vacinação em idosos" e "cobertura vacinal"."Hesitação vacinal na infância pode resultar em vulnerabilidade a doenças preveníveis, cujas complicações podem se manifestar ou agravar na vida adulta e na terceira idade. Por exemplo, a não vacinação contra hepatite B na infância pode levar a infecções crônicas, aumentando o risco de cirrose e câncer hepático na velhice. Além disso, doenças como sarampo e coqueluche, evitáveis por vacinas, podem causar danos pulmonares ou neurológicos que impactam negativamente a saúde no longo prazo. A hesitação vacinal é um fenômeno multifatorial, influenciado por aspectos culturais, sociais e individuais. Embora não existam evidências diretas que relacionem a falta de vacinação na infância com a relutância em se vacinar na velhice, é plausível que experiências prévias e crenças familiares sobre vacinas influenciam atitudes em relação à imunização ao longo da vida. Desinformação e a falta de confiança nas vacinas, presentes desde a infância, podem perpetuar comportamentos de hesitação vacinal na idade adulta e na terceira idade. Estudos indicam que a hesitação vacinal deve ser combatida com informação e diálogo, ressaltando a importância das vacinas e desmistificando crenças infundadas ."A hesitação vacinal na infância não apenas compromete a saúde imediata das crianças, mas também pode ter repercussões significativas na saúde durante a velhice. Embora a relação direta entre a falta de vacinação na infância e a relutância em se vacinar posteriormente na velhice não esteja claramente estabelecida, é fundamental que pediatras e geriatras promovam a educação continuada sobre a importância das vacinas em todas as fases da vida, visando prevenir doenças e melhorar a qualidade de vida na terceira idade.

Palavra Chave: VACINAÇÃO, HESITAÇÃO, COBERTURA VACINAL

Título: A IMPORTÂNCIA DA COLABORAÇÃO ENTRE PEDIATRAS E GERIATRAS NA PROMOÇÃO DA VACINAÇÃO FAMILIAR

Autores: DALILA LOPES MORAIS MARINHO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), CARLA THAYSA DE MELO CERQUEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LUIZA OLIVEIRA ALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JULIA SILVEIRA ROCHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), RODRIGO DE AZEVEDO MENESES (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JACQUELINE BONFIM FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE PEDIATRA CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA E UNIEURO)

Resumo: A vacinação é essencial na prevenção de doenças infecciosas em todas as faixas etárias. No entanto, a hesitação vacinal por parte de pais e responsáveis tem se tornado um grande desafio para a saúde pública. Essa resistência compromete a saúde das crianças e coloca em risco os idosos. Assim, é fundamental que pediatras e geriatras trabalhem juntos para orientar as famílias sobre a importância da vacinação, visando à proteção da comunidade familiar."Analizar a importância da atuação conjunta entre pediatras e geriatras na promoção da vacinação infantil como estratégia de proteção familiar, especialmente para a população idosa" Esta revisão foi realizada por meio da consulta às bases de dados PubMed, SciELO e LILACS, além das plataformas da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG)." A vacinação na infância deve ser vista não apenas como uma proteção individual, mas como uma estratégia coletiva. Muitas famílias hesitam em vacinar suas crianças por várias razões, como falta de informação sobre a eficácia e segurança das vacinas, influência de informações falsas em redes sociais e crenças religiosas. Esse comportamento expõe as crianças a doenças preveníveis e coloca em risco idosos com os quais convivem. As crianças podem ser vetores de doenças graves, como COVID-19, gripe, pneumonia pneumocócica, coqueluche e varicela. O pediatra desempenha papel crucial nesse contexto, orientando as famílias sobre a importância da vacinação. Explicar que a vacinação infantil protege não só a criança, mas também os idosos do círculo familiar é essencial. A gripe, por exemplo, pode ser fatal para os idosos, e uma das formas de exposição ocorre pelo contato com crianças infectadas. A pneumonia pneumocócica, uma das maiores causas de morte na população idosa, também pode ser evitada com a vacinação infantil. Além disso, a coqueluche, muitas vezes leve nas crianças, pode ser perigosa para os idosos, levando a complicações respiratórias severas. Ademais, a pandemia de COVID-19 mostrou o impacto da vacinação como ferramenta de saúde pública. Crianças e adolescentes podem ser portadores assintomáticos do vírus, aumentando o risco de transmissão para idosos, mais vulneráveis a formas graves da doença. A vacinação contra a COVID-19 é crucial, pois ajuda a reduzir a transmissão e protege os mais vulneráveis." O pediatra deve conscientizar os pais sobre a importância de vacinar seus filhos, destacando que essa decisão afeta toda a família. Da mesma forma, o geriatra deve reforçar junto aos idosos a necessidade de manter o esquema vacinal atualizado e incentivá-los a promover a vacinação em suas famílias. Essa abordagem integrada entre pediatria e geriatria pode ser uma das estratégias mais eficazes para aumentar a cobertura vacinal e reduzir a incidência de doenças imunopreveníveis na população idosa.

Palavra Chave: HESITAÇÃO VACINAL, COBERTURA VACINAL E VACINAÇÃO

Título: UMA ANÁLISE QUALITATIVA ACERCA DAS INFORMAÇÕES GERADAS POR CHATBOTS DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL SOBRE ASMA NA INFÂNCIA

Autores: NAROTTAM SÓCRATES GARCIA CHUMPITAZ (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), NATALIA RINCON ARRUDA DAGUER DAMASCENO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARIANA DOS SANTOS VASCONCELOS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), GABRIEL SOUZA SANTOS DA SILVA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), LUCAS KIRSCHNER CAMARGO NEVES (UNIVERSIDADE FEDERAL DE RORAIMA), KAUÃ FERNANDES DE OLIVEIRA BRAGA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), BIANCA DREYER DE OLIVEIRA SODER (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RUBRIA LIZIERO PICOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: A inteligência artificial surge como ferramenta auxiliar aos profissionais de saúde, sem caráter substitutivo, uma vez que a empatia e as habilidades humanas são imprescindíveis no relacionamento com os pacientes. A avaliação de conteúdo gerado por IA sobre asma infantil reforça a necessidade de rigor na verificação da qualidade dessas informações e sua pertinência tanto para o público médico quanto para a comunidade em geral."Analisar o conteúdo gerado sobre asma na infância por plataformas de inteligência artificial."Trata-se de um estudo observacional, qualitativo exploratório do tipo descritivo, que utilizou quatro Chatbots populares: Doctor Wise, Microsoft Copilot e Gemini Google. Os questionamentos foram direcionados por meio de um conjunto padronizado de perguntas, elaborado por uma equipe de serviço de pediatria, abordando aspectos essenciais da asma na infância, incluindo definição, diagnóstico e tratamento."Os questionamentos realizados demonstraram que a clareza das informações é garantida por uma abordagem informativa e estruturada, com cada resposta subdividida em um ritmo cronológico adequado ao desenvolvimento do tema e ao público-alvo.

Observou-se que os sistemas analisados, em sua maioria, não podem fornecer citações diretas de fontes acadêmicas ou científicas, Muitas das respostas são elaboradas com base em informações amplamente reconhecidas e disponíveis em páginas públicas da internet, mas não necessariamente vinculadas a referências específicas de plataformas científicas.

Consequentemente, o desenvolvimento das respostas é avulso, sem sistematização padronizada, e depende de websites com liberação de conteúdo. Contudo, em determinados momentos, algumas plataformas fornecem links diretos de artigos científicos em bibliotecas digitais de acesso aberto que publicam periódicos científicos de alta qualidade, como Scientific Electronic Library Online (SciELO), o que contribui para enriquecer o conteúdo e reduzir possíveis vieses. "As informações apresentadas pelos chatbots revelaram inconsistências e ausência de verificação científica rigorosa. O estudo de Tangadulrat, Sono, Tangtrakulwanich (2023) reforça que, embora o ChatGPT pudesse produzir respostas válidas para diversas doenças, a validade dos dados é um pilar de extrema importância. Ressalta-se ainda o aumento do número de publicações e o surgimento de editoras predatórias, o que pode fazer com que a IA se baseie em fontes aparentemente válidas, mas que, na verdade, são fraudulentas e inócuas.

Palavra Chave: ASMA, CRIANÇA, INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, ESTUDOS QUALITATIVOS

Título: IMPACTO DO USO EXCESSIVO DE TELAS NO DESENVOLVIMENTO INFANTIL: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Autores: MARIA EDUARDA VELHO TIETBOHL (ULBRA), JULIA CORREA MICHELON (ULBRA), FABIANA VIANA DA SILVEIRA (ULBRA), CAROLINA LEAL BENDER (ULBRA), KARIN MARIA VELHO DUTRA (.)

Resumo: Dada a crescente exposição das crianças a telas, torna-se essencial compreender os riscos envolvidos e promover o uso consciente da tecnologia. O período da infância é marcado por fases críticas de desenvolvimento neurológico e comportamental. Estímulos ambientais desempenham um papel fundamental na formação de habilidades essenciais, como linguagem, controle emocional e socialização. Quando o uso de telas se sobrepõe a atividades interativas e experiências sensoriais do mundo real, os efeitos podem ser significativos e, muitas vezes, prejudiciais."Este trabalho tem como objetivo fazer uma revisão sobre os impactos do uso de telas no desenvolvimento infantil."A pesquisa foi baseada nos artigos científicos das plataformas Scielo, PubMed e LILACS selecionando artigos publicados entre 2016 e 2025, utilizando como descritores "tempo de tela", "crianças" e "desenvolvimento infantil", em inglês e português"Estudos indicam que o uso excessivo de telas pode afetar negativamente o desenvolvimento cognitivo de crianças, especialmente entre 0 e 5 anos. Crianças expostas por longos períodos apresentam maior risco de atraso na linguagem, menor atenção e prejuízos em funções executivas como planejamento e controle inibitório. Christakis et al. (2018) observaram que o uso prolongado de dispositivos digitais na primeira infância está associado a pior desempenho escolar em fases posteriores. A multitarefa, como assistir a vídeos enquanto realiza outra atividade, também está relacionada a dificuldades de concentração. Há evidências que associam o uso intenso de telas ao aumento de problemas emocionais e comportamentais. O consumo excessivo de mídias, especialmente conteúdos inadequados, está ligado a comportamentos agressivos, irritabilidade e dificuldades na regulação emocional. A redução das interações sociais presenciais, substituídas por interações via telas, compromete oportunidades essenciais de aprendizado e desenvolvimento socioemocional. Além disso, o tempo excessivo de telas está relacionado ao sedentarismo, obesidade, distúrbios do sono e problemas posturais. O impacto varia conforme conteúdo, supervisão, tempo de exposição e contexto familiar. Apesar dos riscos, o uso controlado e educativo pode trazer benefícios, como aprendizado de línguas, raciocínio lógico e acesso à informação."O uso excessivo de telas representa um risco ao desenvolvimento da criança, afetando aspectos cognitivos, emocionais, sociais e físicos. Evidências indicam que a exposição prolongada a dispositivos digitais está ligada a atrasos na linguagem, maior propensão a problemas de comportamento, distúrbios do sono e ganho de peso. Por isso, é fundamental que cuidadores e profissionais da saúde incentivem o uso consciente da tecnologia. Políticas públicas e campanhas educativas devem destacar a importância do brincar livre, do contato com a natureza e das interações presenciais, além de definir limites claros para o tempo de tela, equilibrando riscos e benefícios da era digital.

Palavra Chave: USO DE TELAS, DESENVOLVIMENTO INFANTIL, TECNOLOGIA

Título: USO DA LAPAROSCOPIA E ROBÓTICA NA CIRURGIA PEDIÁTRICA: UMA REVISÃO DE EVOLUÇÃO E RESULTADOS

Autores: ALEXIA MACEDO TEIXEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), CAMILLY ELOIZE CHAVES SANTIAGO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), MARCELLA CAMILLY VALE ANTUNES (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), MARIA CLARA SOUZA MAIA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), GIULIA GABRIELE ALVES DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), CAROLINA ALVES DOS SANTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), LORRANE DA SILVA FERREIRA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), GUSTAVO SENRA AVANCINI (HUB)

Resumo: A cirurgia robótica, uma forma de Cirurgia Minimamente Invasiva (MIS), foi rapidamente adotada em adultos, por sua precisão e ampliação do campo visual, fatores essenciais quando se exige agilidade. A MIS reduz a dor pós-operatória, o tempo de internação e a incidência de complicações, além de favorecer recuperações mais rápidas. Todavia, sua implementação na pediatria enfrenta desafios, como espaços reduzidos, que podem causar colisões entre instrumentos, além da limitação dos ângulos de trabalho do cirurgião devido à anatomia pediátrica. Embora a MIS ainda não esteja totalmente implementada na pediatria, há debates significativos sobre o uso da laparoscopia em procedimentos como a apendicectomia e reparo de hérnia inguinal."O estudo dispõe-se a revisar a evolução da laparoscopia e cirurgia robótica pediátrica, focando nos benefícios, desafios e impactos na segurança, recuperação e prognóstico dos pacientes."A revisão bibliográfica seguiu a estratégia PVO, guiada pela pergunta: "Quais os benefícios das técnicas minimamente invasivas em comparação aos métodos convencionais na pediatria?". A busca foi realizada nas bases PubMed, SciELO, Cochrane, utilizando combinações de termos MeSH e operadores booleanos. Foram incluídos artigos publicados nos últimos 10 anos, excluindo duplicatas, artigos restritos, antigos ou fora do tema. Ao final, 5 artigos compuseram a amostra."Os estudos revisados demonstram que a cirurgia robótica, especialmente em procedimentos urológicos pediátricos, traz benefícios como menor tempo de internação, menor dor no pós-operatório, maior eficiência, bons resultados estéticos e alta taxa de sucesso em intervenções complexas, como pieloplastias e reimplantares ureterais, inclusive em crianças pequenas. Todavia, foram identificadas limitações relevantes, como o alto custo, maior tempo cirúrgico e, principalmente, a ausência de instrumentos para o público pediátrico, agravada pelas restrições impostas pelo espaço anatômico reduzido. Além dos desafios técnicos, os estudos evidenciam preocupações éticas e legais, envolvendo o consentimento livre e esclarecido, a necessidade de capacitação técnica especializada e a definição clara de responsabilidades em caso de falhas. Nesse contexto, as Diretrizes de Certificação em Cirurgia Robótica, elaboradas pelo Colégio Brasileiro de Cirurgiões (CBC), representam um avanço significativo, ao estabelecer critérios que minimizam riscos e promovem a segurança, consolidando a técnica como alternativa segura e positiva à cirurgia tradicional, sobretudo na população pediátrica."Os avanços que a MIS proporciona no desfecho cirúrgico e na recuperação dos pacientes são inegáveis. No entanto, ainda existem obstáculos à sua plena implementação, como o alto custo, o maior tempo cirúrgico, a necessidade de profissionais especializados e escassez de instrumentos especializados para o público pediátrico. Além disso, há questões éticas importantes, que exigem análise individualizada dos casos.

Palavra Chave: CRIANÇAS, CIRURGIA ROBÓTICA, LAPAROSCOPIA.

Título: HÉRNIA UMBILICAL NA INFÂNCIA: CONDUTA PEDIÁTRICA E CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO CIRÚRGICO

Autores: LHANNNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), FERNANDA MARQUES SARAIVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), HELENA PERES PERES NUNES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE EM PEDIATRIA DA UNIEURO)

Resumo: A hérnia umbilical é uma protusão do conteúdo abdominal através do anel umbilical, que se apresenta como uma saliência mole e redutível na região do umbigo. É comum em recém-nascidos e lactentes, principalmente em prematuros ou bebês com baixo peso ao nascer. A condição é geralmente benigna e tende à resolução espontânea com o crescimento da criança."Orientar o manejo clínico da hérnia umbilical pelo pediatra e estabelecer critérios objetivos para encaminhamento ao cirurgião pediátrico."Revisão narrativa com base em literatura dos últimos cinco anos (2019-2024), utilizando as plataformas SciELO, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e documentos do Departamento de Cirurgia Pediátrica da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Utilizaram-se os descritores: 'hérnia umbilical', 'pediatria', 'cirurgia pediátrica' e 'tratamento expectante', além dos termos 'encaminhamento cirúrgico' e 'resolução espontânea'.A hérnia umbilical afeta cerca de 10 a 20% dos recém-nascidos, sendo mais prevalente em prematuros. A maioria dos casos se resolve espontaneamente até os 4-5 anos de idade, sem necessidade de intervenção. O conteúdo da hérnia geralmente é gordura pré-peritoneal ou alça intestinal, e raramente há complicações como encarceramento ou estrangulamento. O manejo pelo pediatra inclui acompanhamento em puericultura, orientação familiar e monitoramento do tamanho do anel herniário.

O encaminhamento ao cirurgião pediátrico está indicado em casos de hérnias maiores que 1,5 cm após os 2 anos, ausência de fechamento até os 5 anos, sinais de encarceramento, dor ou alterações na coloração local. Além disso, hérnias volumosas desde os primeiros meses, como aquelas do tamanho de um punho, devem ser avaliadas precocemente por especialista, pois raramente se resolvem espontaneamente e aumentam o risco de complicações. O uso de moedas, faixas ou dispositivos caseiros deve ser evitado."A hérnia umbilical é uma condição benigna e autolimitada na maioria dos casos. Contudo, hérnias volumosas e persistentes exigem vigilância e, muitas vezes, avaliação cirúrgica precoce. O pediatra tem papel fundamental na identificação e encaminhamento oportuno, evitando tanto intervenções desnecessárias quanto a evolução para complicações.

Palavra Chave: HÉRNIA UMBILICAL, CIRURGIA PEDIÁTRICA

Título: TORACOSCOPIA PEDIÁTRICA: AVANÇOS TÉCNICOS, BENEFÍCIOS CLÍNICOS E FORMAÇÃO CIRÚRGICA ESTRUTURADA

Autores: LETÍCIA ALVES DIAS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ACIMAR GONÇALVES DA CUNHA JÚNIOR (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), EDUARDA SOUSA GUIMARÃES DE QUEIROZ (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), SARA GABRIELLE ALVES DE AGUIAR (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LORENA MIRANDA LORENS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LUÍSA NORONHA CALLADO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANA CLARA MOREIRA ALMEIDA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANA CLARA MONTE VARANDAS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA)

Resumo: A cirurgia toracoscópica tem se destacado como uma técnica minimamente invasiva eficaz e segura na pediatria, apresentando vantagens sobre a toracotomia, como menos dor, recuperação mais rápida e melhores resultados estéticos. É usada em diversas condições, como malformações pulmonares. Entretanto, apresenta desafios técnicos, especialmente em recém-nascidos, exigindo treinamento estruturado e experiência do cirurgião para garantir segurança e bons resultados."Analisa os benefícios e desafios da toracoscopia pediátrica e a formação técnica para sua prática cirúrgica."A pesquisa foi realizada nas bases de dados Web of Science, Pubmed, Scielo e Google Scholar, utilizando os descritores do MeSH/DeCS "toracoscopia", "pediatria", "cirurgia minimamente invasiva" e "crianças", de forma combinada e na língua inglesa. Aplicou-se os critérios de exclusão de artigos com acesso restrito e que não estivessem em inglês ou português. Foram incluídas pesquisas que abordassem a temática do resumo. Assim, selecionaram-se 6 artigos."A toracoscopia pediátrica, técnica minimamente invasiva, destaca-se por reduzir: trauma cirúrgico, dor, risco de infecção e deiscência da ferida, em comparação à toracotomia. O uso de telescópios angulados amplia a visibilidade e a precisão cirúrgica, favorecendo uma recuperação mais rápida e menos complicações pós-operatórias. Antes restrita a algumas patologias torácicas, sua aplicação expandiu-se para o manejo de condições neonatais, como atresia esofágica e hérnia diafragmática de Bochdalek, além do uso diagnóstico em doenças pulmonares intersticiais e tumores intratorácicos, mediante biópsias toracoscópicas. Apesar dos avanços, a técnica apresenta desafios importantes: ausência de visão tridimensional, limitação do espaço torácico infantil, variabilidade anatômica entre pacientes, tamanho dos instrumentos e altos custos de capacitação, dificultando o domínio técnico. No Brasil, a exigência de residência prévia em cirurgia geral para cirurgiões pediátricos nem sempre garante treinamento em técnicas minimamente invasivas, o que agrava essa lacuna na formação. Para enfrentar essas barreiras, estudos demonstraram que modelos de capacitação voltados à padronização da toracoscopia pediátrica, baseados em simulações de baixo custo e etapas progressivas (teoria, prática supervisionada e mentoria), são eficazes na otimização da curva de aprendizado e na melhoria da segurança operatória."A toracoscopia pediátrica contempla uma variedade significativa de procedimentos e tem demonstrado vantagens em relação à toracotomia. No entanto, sua implementação prática ainda enfrenta desafios, evidenciando a importância do desenvolvimento de um currículo padronizado e abrangente na toracoscopia, indispensável à formação do cirurgião pediátrico e à garantia da competência técnica e da qualidade no atendimento cirúrgico minimamente invasivo.

Palavra Chave: TORACOSCOPIA, PEDIATRIA, CIRURGIA MINIMAMENTE INVASIVA.

Título: EQUOTERAPIA E NEURODESENVOLVIMENTO: EVIDÊNCIAS E AVANÇOS NO CUIDADO INTEGRATIVO AO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA

Autores: BRENDÁ CASSIANO DE SOUZA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANA BEATRIZ GARCIA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), LETÍCIA MELLO MATOS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MARIA LUIZA SANTANA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), BEATRIZ SIRQUEIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MARCELLA FERREIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), ANNA CLARA SOUZA DE DEUS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA)

Resumo: A equoterapia destaca-se como intervenção complementar eficaz no desenvolvimento de crianças com transtorno do espectro autista (TEA)."Analisar o potencial da equoterapia como terapia complementar para crianças com TEA, focando seus efeitos e validação científica."Trata-se de uma revisão de literatura por meio das bases de dados Pubmed. Foram utilizados os descritores "children", "equine", "therapy", "assisted activities", "therapeutic horse" "autism" e "mental health" em inglês, com o filtro temporal dos últimos 10 anos. Foram selecionados seis artigos, usando como fator de inclusão a presença de pelo menos dois dos descritores no título do trabalho. O fator de exclusão foi a ausência dos descritores no título e a abordagem de temáticas diferentes da selecionada."Crianças e adolescentes com TEA, enfrentam desafios sociais e comunicativos, que dificultam a inclusão e o bem-estar social, e estão associados a um risco maior de transtornos mentais, incluindo ideação suicida. Diante dessa realidade, cresce o interesse por abordagens terapêuticas complementares, como a Terapia Assistida por Animais (AAT), especialmente a equoterapia — também conhecida como Equine-Assisted Activities and Therapies (EAAT).

A equoterapia se baseia na interação entre o paciente e o cavalo, aproveitando os movimentos tridimensionais do animal para promover benefícios físicos, emocionais e cognitivos; podendo ser aplicada de forma independente ou integrada a outras abordagens terapêuticas. Já no século XIX, Durant (1878) e Magner (1887) observavam os efeitos benéficos do ato de cavalgar sobre a circulação, digestão e estados mentais.

Todos os estudos analizados destacam melhorias em habilidades sociais, comunicação e comportamento como resultado da intervenção com cavalos. A comunicação não verbal desses animais parece ser relevante para indivíduos com deficiência intelectual, ajudando no desenvolvimento da autoeficácia, associada ao bem-estar e redução do estresse (Kendall; Dickerson). Ensaios clínicos de Gabriels et al. evidenciam avanços em irritabilidade, hiperatividade e habilidades sociais. Steiner e Kertesz (2015) também mostram esse avanço, e observaram progresso inovador em aspectos motores, com melhorias na marcha, principalmente em sua simetria e estabilidade. Já a meta-análise de Xiao et al. demonstrou apenas as melhorias comportamentais, mas não conseguiu resultados conclusivos sobre funções motoras e sensoriais. Além disso, Cleary et al. apontam que os impactos positivos não se restringem aos pacientes, mas também são percebidos por pais e cuidadores, refletindo na saúde mental da família como um todo. "A equoterapia se mostra uma intervenção promissora para crianças e adolescentes com TEA, oferecendo melhorias na comunicação, sociabilidade, regulação emocional, qualidade motora e de vida. Contudo, apesar da evidência observational positiva, são necessários estudos mais rigorosos para sistematizar e validar cientificamente seus efeitos.

Palavra Chave: CRIANÇA, TEA, EQUINOTERAPIA, AUTISMO,

Título: O SONO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZADOS: QUAIS OS IMPACTOS E COMO MINIMIZÁ-LOS?

Autores: FERNANDA VALENTE MOURA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), JÚLIA BITENCOURT CORRÊA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), KAUÃ FERNANDES DE OLIVEIRA BRAGA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ÂNGELO ANTÔNIO SILVA LIMA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), GUILHERME BEZERRA DE LIMA OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), NATTÁLIA DE OLIVEIRA MACIEL (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), SOFIA CRUZ E FREIRE (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA)

Resumo: O sono é um processo fisiológico essencial para o desenvolvimento físico, cognitivo e emocional das crianças. Na hospitalização pediátrica, sua qualidade e sua duração costumam ser comprometidas por fatores ambientais como ruídos, luz intensa e interrupções frequentes por cuidados clínicos. Essa privação pode afetar negativamente a recuperação e o bem-estar infantil. Estratégias não farmacológicas, como o controle ambiental e a colaboração entre equipe de saúde e cuidadores, mostram-se promissoras na promoção do sono adequado."Este estudo visa analisar, por meio de artigos selecionados, como um sono prejudicado em crianças e adolescentes hospitalizados afeta seu bem-estar geral, seu desenvolvimento e sua recuperação. Considerando essas repercussões, procura-se também estabelecer possíveis formas de melhorar a qualidade de sono e, assim, mitigar seus prejuízos."O presente trabalho configura uma Revisão Narrativa da Literatura, realizada a partir de busca nas bases de dados LILACS, Cochrane e MedLine. A estratégia de busca consistiu em "sleep promotion" e "hospitalized children" unidos pelo operador "AND". Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 5 artigos, publicados nos últimos 5 anos, para a presente revisão."A má qualidade do sono de pacientes pediátricos hospitalizados pode comprometer o desenvolvimento neurológico e físico, aumentar a incidência de transtornos mentais e comportamentais, desregular o metabolismo e favorecer processos inflamatórios. Os fatores que afetam o sono podem ser classificados em externos, como ruídos e interrupções para cuidados, e internos, como dor, ansiedade e sintomas clínicos. Pacientes e seus responsáveis frequentemente atribuem os distúrbios a causas externas, enquanto profissionais de saúde tendem a associá-los a fatores internos. Estratégias não farmacológicas demonstraram melhores resultados que o uso de medicamentos. Medidas simples, como ajuste da rotina de enfermagem para minimizar visitas noturnas, reduzir a iluminação e educar a equipe de saúde sobre a importância do sono mostraram-se eficazes. Intervenções como terapia musical, massagem e leitura de histórias foram associados à melhora significativa da qualidade do sono. Contudo, a evidência ainda é limitada por amostras pequenas, falta de randomização e escassez de mensurações padronizadas, resultando em baixo nível de certeza."Dessa forma, entende-se que a hospitalização pediátrica compromete o sono por fatores ambientais e intrínsecos, sendo as intervenções não farmacológicas as que mais têm se mostrado eficazes na melhora da qualidade do sono. No entanto, o grau de evidência desses achados é baixo devido às limitações metodológicas dos estudos analisados. Assim, recomenda-se o desenvolvimento de estudos clínicos multicêntricos com desfechos objetivos e avaliações de custo-efetividade, para que protocolos claros de promoção do sono sejam incorporados à rotina hospitalar pediátrica.

Palavra Chave: BONS HÁBITOS DE SONO, CRIANÇA, PACIENTES INTERNADOS

10

Título: QUANDO INDICAR ENDOSCOPIA EM CASOS DE INGESTÃO DE CORPOS ESTRANHOS POR CRIANÇAS: REVISÃO DE LITERATURA

Autores: JÚLIA OLIVEIRA ZAVITOSKI (UFMG), LILIAN GRACIELLE FERREIRA (UFMG), 8288, ISABELA TORRES EVANGELISTA (UFMG), HENRIQUE SCAPIM DE SANT'ANNA (UFMG), NATALIA SANTOS KLEIN (UFMG), GABRIEL BATISTA TEIXEIRA SOUZA (UFMG), MARIA LAURA REZENDE LIMA DE OLIVEIRA (UFMG), LAÍS MUNHOZ SOARES (UFMG)

Resumo: A ingestão de corpo estranho é uma ocorrência relativamente comum na prática clínica, especialmente em populações pediátricas e situações acidentais. A abordagem adequada depende de diversos fatores, como tamanho e localização do objeto e sintomas apresentados pelo paciente. A endoscopia digestiva alta (EDA) pode ser recomendada não apenas para visualização e avaliação de possíveis lesões secundárias mas também para remoção do corpo estranho. No entanto, a sua indicação deve ser criteriosa, considerando-se a urgência, os riscos e a probabilidade de resolução espontânea. "Revisão da literatura atual acerca da ingestão de corpos estranhos na população pediátrica, com ênfase na identificação das situações em que a endoscopia está indicada como forma de manejo. Foram analisadas as principais evidências científicas, para esclarecer os critérios que orientem a decisão pela intervenção endoscópica. "A revisão foi conduzida na base de dados PubMed, com os descritores "Foreign body", "endoscopy" e "pediatric". Foram identificados 335 artigos, dos quais 54 atenderam aos critérios de inclusão após triagem por título/resumo, seguida de leitura integral, conforme critérios de inclusão e exclusão predefinidos. "As principais indicações de EDA foram localização esofágica do corpo estranho, presença de sintomas (sialorreia, dor torácica, vômitos, disfagia, estridor), ingestão de múltiplos ímãs, baterias tipo botão, objetos pontiagudos e falha de progressão do objeto após observação. A urgência do procedimento variou conforme o tipo e a localização do objeto. Pilhas tipo botão no esôfago, ímãs múltiplos e corpos pontiagudos/cortantes exigem remoção endoscópica imediata ou em até 2 horas devido ao risco de perfuração e fistulas intestinais. Corpos estranhos rombos no esôfago devem ser removidos até 24h, mesmo sem sintomas, diferentemente das baterias gástricas, que a indicação varia conforme sintoma, idade e tamanho e pode ser realizada em até 48h na ausência de progressão espontânea. Já a impactação alimentar com sintomas requer EDA até 2 horas; se assintomática, até 24h. A taxa de sucesso da endoscopia variou entre 85% e 95%, sendo o método preferencial para remoção na maioria dos centros. A abordagem cirúrgica foi necessária em até 15% dos casos mais graves, geralmente após falha endoscópica ou em ingestões tardias. "A EDA é indicada prioritariamente em crianças que ingeriram corpos estranhos de alto risco exigindo remoção imediata, sobretudo quando impactados no estômago. Sintomas reforçam a urgência do procedimento. Corpos rombos no esôfago devem ser removidos em até 24 horas, enquanto baterias gástricas podem ser manejadas em até 48 horas. Com alta taxa de sucesso, a endoscopia mostra-se eficaz para remover objetos e evitar complicações associadas à ingestão de corpos estranhos.

Palavra Chave: ENDOSCOPIA, CORPO ESTRANHO, PEDIATRIA

11

Título: TENDÊNCIA DA MORTALIDADE INFANTIL NO CENTRO-OESTE BRASILEIRO: UMA ANÁLISE DE UMA DÉCADA

Autores: JÚLIA RESENDE RODRIGUES (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA (HMIB)), DESIREE MATA DE SOUSA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA (HMIB)), VICTORIA TAMAY DE SOUZA (HOSPITAL MATERNO INFANTIL DE BRASÍLIA (HMIB))

Resumo: A mortalidade infantil segue sendo um dos principais indicadores da qualidade de vida e da efetividade das políticas públicas em saúde, refletindo desigualdades sociais e estruturais. Apesar das reduções observadas nas últimas décadas no Brasil, persistem disparidades regionais importantes. "Este estudo objetivou descrever a evolução das taxas de mortalidade infantil na Região Centro-Oeste no período de 2013 a 2023. "Trata-se de um estudo ecológico retrospectivo, baseado em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Foram analisadas taxas por mil nascidos vivos, causas básicas segundo a CID-10 e variações entre unidades federativas." Identificou-se uma tendência de queda sustentada até 2019, seguida de estabilização e discreto aumento nos anos de 2020 e 2021, possivelmente relacionado à sobrecarga do sistema de saúde durante a pandemia de COVID-19. Condições originadas no período perinatal e malformações congênitas responderam pela maioria dos óbitos. Dentre os estados, Mato Grosso apresentou os maiores coeficientes médios, ao passo que o Distrito Federal apresentou os menores.

"Os dados sugerem que os avanços na redução da mortalidade infantil têm se atenuado progressivamente, o que reforça a urgência de ações integradas voltadas à melhoria do cuidado pré-natal, ao fortalecimento da atenção neonatal e à vigilância epidemiológica contínua na região

Palavra Chave: MORTALIDADE INFANTIL, INDICADORES DE SAÚDE, SAÚDE DA CRIANÇA

12

TÍTULO: O PROJETO HOSPITAL DO URSINHO COMO MÉTODO PREVENTIVO E TERAPÊUTICO CONTRA A IATROFOBIA EM CRIANÇAS SAUDÁVEIS E ENFERMAS

Autores: JAMILLE KÉSSY FERREIRA DE SOUZA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), GUILHERME BUITRAGO RAMOS RODRIGUES (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), LUÍSA DE ASSIS MARQUES (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ROSANA MARIA TRISTÃO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), JOSÉ ALFREDO LACERDA DE JESUS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), GERALDO MAGELA FERNANDES (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), KARINA NASCIMENTO COSTA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: As crianças podem ter uma percepção negativa dos ambientes hospitalares gerando medo e ansiedade, uma condição denominada iatrofobia. A falta de informações e conhecimento geral sobre os procedimentos médicos é um importante fator sobre a patogênese da iatrofobia que está relacionada com a síndrome do Jaleco Branco. Medidas educativas e políticas de saúde direcionadas ao público infantil podem ser ferramentas eficazes para preparar as crianças para cenários de procedimentos, consultas e vacinações. Nesse sentido, foi criado o Teddy Bear Hospital (TBH) um conceito mundial de terapia lúdica para abordar o medo e a ansiedade das crianças em relação ao ambiente hospitalar e à equipe de saúde.

"Avaliar a eficácia do Projeto Hospital do Ursinho de Brasília (TBH) como estratégia de educação em saúde entre crianças." Estudo quasi-experimental pré-teste/pós-teste, que incluiu crianças em idade escolar atendidas em escolas públicas e em dois hospitais públicos. A coleta de dados foi feita com base em formulários utilizados nas dinâmicas com as crianças, em que constavam informações acerca dos casos clínicos elaborados por cada criança participante para seu respectivo "urso-paciente": queixas principais do ursinho, medicações que foram prescritas, exames de imagem feitos e procedimentos cirúrgicos. Além disso, cada formulário continha informações acerca do estado emocional de cada criança ao iniciar a dinâmica e no desfecho dela. "Foram incluídas no estudo um total de 767 crianças. Houve significativa mudança da percepção negativa de muitas crianças em relação aos procedimentos e ambientes hospitalares. Crianças enfermas referem mais problemas de saúde em seus ursos-pacientes em comparação com crianças saudáveis nas escolas ($1,67 \times 1,38$ respectivamente; $p < 0,001$). Nas escolas as meninas converteram mais sentimento de felicidade do que os meninos. "O projeto Hospital do Ursinho de Brasília apresentou efeitos positivos tanto junto a crianças em ambientes escolares, quanto em hospitais. Houve boa aceitação das dinâmicas pelo público-alvo, bem como significativa mudança da percepção negativa de muitas crianças em relação aos procedimentos e ambientes hospitalares. Não houve diferença significativa dos efeitos do projeto entre crianças enfermas e crianças saudáveis, porém foi possível perceber um maior nível de conhecimento prévio de crianças atendidas nos hospitais acerca do processo saúde-doença e dos procedimentos médicos. Meninas nas escolas converteram mais para o sentimento de felicidade do que meninos. O TBH constitui uma ferramenta lúdica e eficaz para combater a iatrofobia na faixa etária pediátrica, tendo potencial de reduzir o impacto a longo prazo da síndrome de estresse pós-traumático e o medo em eventuais procedimentos médicos invasivos ou não.

Palavra Chave: PEDIATRIA, EDUCAÇÃO EM SAÚDE

13

Título: A CENTRALIDADE DO PEDIATRA NO ATENDIMENTO À CRIANÇA E AO ADOLESCENTE NAS UBS: ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Autores: RAFAEL PIMENTEL SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARILÚCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RUBRIA PICCOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), INDIRA CAMPOS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EUROAMERICANO/UNIEURO)

Resumo: A atenção integral à saúde de crianças e adolescentes é um direito garantido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e uma responsabilidade compartilhada por profissionais de saúde. Nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), observa-se a redistribuição de pacientes pediátricos para profissionais não médicos, o que levanta questões éticas e legais sobre a qualidade e a segurança do atendimento prestado a essa população vulnerável. "Analisa a importância do pediatra no atendimento a crianças e adolescentes nas UBS, destacando os aspectos éticos e legais que respaldam a centralidade desse profissional na prestação de cuidados de saúde a essa faixa etária." Revisão da literatura, com ênfase em publicações dos últimos cinco anos nas plataformas PubMed e SciELO. Foram consultados documentos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), do Conselho Federal de Medicina (CFM) e legislações pertinentes. Descritores utilizados: "pediatria", "atenção primária à saúde", "ética médica" e "legislação em saúde". "O Código de Ética Médica (CEM) estabelece que é vedado ao médico "deixar de usar todos os meios disponíveis de promoção de saúde e de prevenção, diagnóstico e tratamento de doenças, cientificamente reconhecidos e a seu alcance, em favor do paciente" (Art. 32) (portal.cfm.org.br). Além disso, a Lei nº 12.842/2013 (Lei do Ato Médico), define como privativas do médico atividades como o diagnóstico de doenças e a prescrição de tratamentos (planalto.gov.br).

Profissionais como enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas e fonoaudiólogos têm suas atuações regulamentadas por legislações específicas, que delimitam suas competências e não incluem o diagnóstico de doenças ou a prescrição de tratamentos médicos. Por exemplo:

- Nutricionistas: Lei nº 8.234/1991 (planalto.gov.br)
- Fisioterapeutas e Terapeutas Ocupacionais: Lei nº 6.316/1975 (planalto.gov.br)
- Enfermeiros: Lei nº 7.498/1986 (planalto.gov.br)
- Biomédicos: Lei nº 6.684/1979 (planalto.gov.br)
- Fonoaudiólogos: Lei nº 6.965/1981 (planalto.gov.br)

A atuação do pediatra é fundamental, pois este profissional possui formação específica para lidar com particularidades do crescimento e desenvolvimento infantil, sendo capaz de identificar precocemente alterações e intervir de maneira adequada. A puericultura, por exemplo, vai além de medir e pesar; envolve a avaliação integral da criança e do adolescente, considerando aspectos físicos, emocionais e sociais.

A redistribuição de pacientes pediátricos para profissionais não médicos pode comprometer a qualidade do atendimento e expor crianças e adolescentes a riscos desnecessários. É essencial que as UBS garantam a presença de pediatras para assegurar um cuidado seguro e eficaz.

"A centralidade do pediatra no atendimento a crianças e adolescentes nas UBS é respaldada por fundamentos éticos e legais. Garantir a presença desse profissional nas unidades de saúde é essencial para assegurar a qualidade e segurança do atendimento prestado a essa população.

Palavra Chave: ATUAÇÃO DO PEDIATRA, ASPECTOS LEGAIS

Título: PERFIL DO ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO EM PACIENTES COM DESORDENS DO DESENVOLVIMENTO NEURO MOTOR EM ÂMBITO AMBULATORIAL DO SUS

Autores: GLACIELE XAVIER (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ ALENCAR), STHEFANY SOUZA (HOME CARE)

Resumo: Segundo dados do Ministério da Saúde (2023), no Brasil 12% das crianças apresentam indícios de atraso no desenvolvimento. Dada a magnitude desse tema, e os impactos em saúde, é importante conhecer o perfil dos atendimentos no Brasil.

"Descrever o perfil dos atendimentos fisioterapêuticos em pacientes com desordem do desenvolvimento neuro motor nas regiões do Brasil.

"Foram obtidas informações sobre atendimento fisioterapêutico, no período de janeiro de 2020 a dezembro de 2024, utilizando as informações disponíveis no sistema de informações ambulatoriais (SIA/SUS) do Departamento de informática do sistema único de saúde (DATASUS)." No Brasil, em 2020, foram feitos 457.279 atendimentos com valores aprovados de R\$ 2.140.849,88. Na Região Norte, foram feitos 77.254 com valores de R\$ 360.776,18. Na Região Nordeste, foram feitos 175.335 com custos de R\$ 823.648,81. Na Região Sudeste, foram feitos 145.332 com custos de R\$ 678.700,44. Na Região Sul, foram feitos 30.510 com valores de R\$142.843,25 e na Região Centro-Oeste foram feitos 28.848 com valores de R\$134.881,2.

Em 2021 no Brasil, foram feitos 57.1520 atendimentos com custos de R\$ 2.693.235,14. Na Região Norte, foram feitos 52.391 com valores de R\$ 244.676,63. Na Região Nordeste, foram feitos 234.953 com valores de R\$ 1.120.270,99. Na Região Sudeste, foram feitos 202.935 com valores de R\$ 947.706,45. Na Região Sul, foram feitos 50.767 com custos de R\$ 238.197,53. Na Região Centro-Oeste, foram feitos 30.474 com valores de R\$142.383,54.

Em 2022 no Brasil, foram feitos 693.123 atendimentos com valor de R\$ 3.317.602,95. Na Região Norte, foram feitos 71.342 com valores de R\$ 333.320,86. Na Região Nordeste, foram feitos 289.855 com valores de R\$1.428.866,65. Na Região Sudeste, foram feitos 225.909 com valores de R\$1.054.995,03. Na Região Sul, foram feitos 60.167 com valores de R\$284.011,07. Na Região Centro-Oeste, foram feitos 45.850 com valores de R\$ 216.409,34.

Em 2023 no Brasil, foram feitos 759.892 atendimentos com valor de R\$ 3.703.442,36. Na Região Norte, foram feitos 86.132 com valores de R\$ 405.113,2. Na Região Nordeste, foram feitos 301.055 com valores de R\$ 1.547.429,6. Na Região Sudeste, foram feitos 252.721 com valores de R\$ 1.180.674,59. Na Região Sul, foram feitos 70.378 com valores de R\$ 335.831,64. Na Região Centro-Oeste, foram feitos 49.606 com valores de R\$234.393,33.

Em 2024 no Brasil, foram feitos 821.358 atendimentos com valores de R\$ 3.964.529,61. Na Região Norte, foram feitos 91.922 com valor de R\$ 430.274,92. Na Região Nordeste, foram feitos 320.002 com valor de R\$1.602.859,93. Na Região Sudeste, foram feitos 281.358 com valores de R\$1.314.994,48. Na Região Sul foram feitos 73.148 com valores de R\$ 352.792,64. Na Região Centro-Oeste, foram feitos 54.928 com valores de R\$ 263.607,64.

"As regiões que apresentaram os maiores números de atendimentos e de valores foram as regiões Nordeste e Sudeste. Os resultados encontrados podem apoiar com ações de planejamento em saúde.

Palavra Chave: FISIOTERAPIA, DESENVOLVIMENTO INFANTIL,

Pediatria Ambulatorial

1

Título: DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS NO MANEJO DO TRANSTORNO DA ESPECTRO AUTISTA: UM RELATO DE CASO SOBRE ADESÃO AO TRATAMENTO EM CONTEXTO FAMILIAR COMPLEXO.

Autores: FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LETÍCIA LIMA SOMBRA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE – ESCS), CAROLINA BERNARDO DE ALMEIDA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC), PAULO EDUARDO PIRES DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO MAUÁ), ROSIBERTON PEREIRA DA CRUZ (UNIVERSIDADE DA CIDADE DE SÃO PAULO)

Resumo: O transtorno do espectro autista, conhecido como TEA, é uma condição neurodesenvolvimental que afeta a comunicação, o comportamento e a interação social, com prevalência crescente no Brasil, estimada em 1 a cada 36 crianças. Crianças com TEA em nível intermediário frequentemente mostram comportamentos psicomotores e agressivos, impactando a vida escolar e familiar. Quando os cuidadores também têm TEA, a adesão ao tratamento pode ser difícil, especialmente por problemas de compreensão das orientações médicas. Este relato descreve o caso de uma criança de 10 anos com TEA atendida em um serviço de saúde público, destacando os desafios em um contexto familiar onde a mãe também apresenta TEA leve. "Em janeiro de 2025, uma criança de 10 anos, apresentou com TEA em nível intermediário aos 4 anos, foi atendida em uma unidade de saúde pública no Distrito Federal, com consentimento informado da mãe. A equipe, composta por psiquiatra infantil, psicólogo e pediatra, realizou consultas clínicas, avaliação comportamental e entrevistas com a família, obedecendo à Lei Geral de Proteção de Dados, Lei 13.709/18. A criança apresentou melhorias psicomotoras, episódios de agressividade e dificuldades de adaptação na escola e em casa, conforme relatos de professores e da mãe. Nas consultas, mostrou-se inquieta, com comportamentos repetitivos e resistência às mudanças na rotina, comuns em crianças com TEA. Foi prescrito um medicamento para reduzir a melhoria, mas a adesão foi irregular. A mãe, que também tem TEA leve, relatou-se sentir sobre carregada e teve dificuldade para entender as orientações, como horários e doses do medicamento. ""A mãe neurodivergente enfrentou barreiras para seguir o tratamento, o que é frequente em famílias com cuidadores autistas. A equipe adaptou a abordagem, usando linguagem simples e materiais visuais, como calendários, para ajudar a mãe. Após dois meses, a criança teve 30% menos episódios de agressividade, segundo a mãe, e maior tolerância a atividades escolares, atraso que estratégias personalizadas podem melhorar a adesão. Isso reforça a necessidade de ajustar o atendimento a contextos familiares complexos, considerando a neurodiversidade dos cuidadores. Comentários finais: Este caso mostra como a neurodiversidade da mãe impacta a adesão ao tratamento de uma criança com TEA. Orientações simplificadas e visuais foram essenciais para superar os desafios, mostrando que o cuidado a famílias neurodivergentes deve ser mais individualizado para garantir a continuidade do tratamento e melhorar os resultados clínicos e sociais da criança.

Palavra Chave: AUTISMO INFANTIL, ADESÃO AO TRATAMENTO, FAMÍLIA, PEDIATRIA.

Título: SAÚDE INFANTIL EM TEMPOS CONTEMPORÂNEOS: DESAFIOS E PERSPECTIVAS NA PRÁTICA PEDIÁTRICA.

Autores: FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAUDE DO DISTRITO FEDERAL), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LETÍCIA LIMA SOMBRA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE -ESCS), CAROLINA BERNARDO DE ALMEIDA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE -ESCS), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE -ESCS), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC), PAULO EDUARDO PIRES DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO MAUÁ)

Resumo: A saúde infantil vive novos desafios com o aumento de doenças crônicas e os impactos da pandemia de COVID-19, que afetaram o bem-estar das crianças em diversas dimensões. É essencial olhar para essas questões de forma cuidadosa para oferecer um atendimento pediátrico mais eficaz e que atenda às necessidades atuais das crianças e de suas famílias. "Este trabalho busca analisar os desafios atuais na saúde infantil, apontar lacunas no atendimento e sugerir caminhos para melhorar a prática pediátrica, com foco em estratégias que unam o cuidado à saúde física e mental para apoiar o desenvolvimento completo das crianças. "Foi realizada uma revisão de literatura ampla, incluindo artigos e estudos recentes sobre saúde infantil, saúde mental e ações de promoção da saúde, selecionados pela sua relevância e contribuição para o tema, com base em publicações de 2021 a 2023. "A revisão mostrou um crescimento significativo nos casos de obesidade infantil e transtornos mentais em crianças, como ansiedade e depressão, especialmente após a pandemia. Um obstáculo importante identificado foi a falta de conexão entre serviços de saúde e escolas, o que dificulta intervenções mais eficazes. Programas que investem na formação contínua de profissionais de saúde, como pediatras e psicólogos, obtiveram resultados positivos, permitindo um atendimento mais integrado e com equipes multidisciplinares. Esses programas também ajudaram a identificar precocemente problemas de saúde mental e a criar ações preventivas contra doenças crônicas, como a obesidade. "A pediatria precisa se adaptar às demandas atuais, dando prioridade à formação de profissionais e à integração entre saúde e educação. Fortalecer políticas públicas que unam esses setores é fundamental para garantir um futuro mais saudável para as crianças, com foco em programas de saúde mental e na prevenção de doenças crônicas, que devem estar no centro das ações de saúde pública.

Palavra Chave: SAÚDE INFANTIL, PEDIATRIA, SAÚDE MENTAL, OBESIDADE INFANTIL.

Título: PREMATURIDADE E ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR: UM DESAFIO NA PUERICULTURA EM CONTEXTO DE VULNERABILIDADE SOCIAL

Autores: DALILA LOPES MORAIS MARINHO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), CARLA THAYSA DE MELO CERQUEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LUIZA OLIVEIRA ALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JULIA SILVEIRA ROCHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), RODRIGO DE AZEVEDO MENESES (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JACQUELINE BONFIM FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE PEDIATRA CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA E UNIEURO)

Resumo: O acompanhamento de crianças nascidas prematuramente deve ser criterioso, especialmente quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor. O pediatra, durante a puericultura, precisa avaliar marcos motores, auditivos, visuais e de linguagem, considerando sempre a idade corrigida. O atraso em qualquer um desses eixos exige atenção especial, investigação direcionada e, se necessário, encaminhamento precoce a especialistas. "Este relato visa orientar o pediatra quanto à priorização clínica no acompanhamento de prematuros com atraso no desenvolvimento, com base em observações simples, exames acessíveis e encaminhamentos adequados. Trata-se de lactente feminina, 9 meses de idade cronológica (7 meses e 15 dias corrigida), nascida pré-termo de 33 semanas e 2 dias, parto domiciliar sem informações claras. Triagens neonatais normais, cinco dias em UTI e 3 de UCIN para observação. Alimentação atual com leite de vaca integral. Desmame precoce. Não senta sem apoio, não rola, pronuncia apenas sons vocálicos. Pouca movimentação do membro superior direito. Fontanela anterior aberta (1x1 cm). Crescimento adequado. Apresenta movimentos repetitivos nas extremidades inferiores. Mãe ausente; avó é a cuidadora principal. "A avaliação clínica revelou atraso motor global, associado à assimetria motora persistente e possível hemiparesia congênita. A idade corrigida foi essencial para estimar adequadamente o desenvolvimento esperado. Foi indicado exame de imagem cerebral, com preferência por ressonância magnética, para investigação de possíveis lesões encefálicas. A presença de movimentos repetitivos justificou a solicitação de eletroencefalograma para exclusão de atividade epileptiforme. Exames laboratoriais (TSH, T4, hemograma) e triagem auditiva com BERA também foram solicitados. Encaminhamentos precoces para fisioterapia motora e fonoaudiologia foram realizados de forma simultânea ao encaminhamento neurológico, a fim de não postergar a intervenção. Encaminhamento ortopédico foi indicado para avaliação do membro superior direito e investigação de possível lesão do plexo braquial. A reavaliação clínica foi programada para sete dias, com foco na revisão das condutas e acolhimento da avó cuidadora. A vulnerabilidade social e a ausência materna foram considerados fatores que aumentam a urgência e complexidade do caso. "O pediatra pode e deve liderar a condução clínica de prematuros com atraso neuromotor, especialmente em contextos vulneráveis. Com conhecimento técnico, sensibilidade social e agilidade, é possível iniciar a triagem e intervenções fundamentais antes mesmo da avaliação especializada. A autonomia do pediatra salva tempo, reduz sequelas e protege o futuro da criança.

Palavra Chave:

Título: MAGREZA EM CRIANÇAS SEM COMORBIDADES: CONDUTAS DO PEDIATRA FRENTE A UMA SITUAÇÃO FREQUENTE E SUBJETIVA

Autores: JACQUELINE BONFIM FREITAS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), CARLA THAYSA DE MELO CERQUEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), DALILA LOPES MORAIS MARINHO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LUIZA OLIVEIRA ALVES (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), JULIA SILVEIRA ROCHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE PEDIATRA CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA E UNIEURO)

Resumo: A avaliação do estado nutricional infantil é um desafio rotineiro na prática pediátrica. Crianças que apresentam peso abaixo do esperado, sem doenças associadas, com crescimento linear preservado e bom desenvolvimento neuropsicomotor, muitas vezes são alvo de condutas precipitadas. A magreza isolada, conforme os parâmetros da Organização Mundial da Saúde (OMS), pode preocupar pais e até profissionais, mesmo na ausência de sinais clínicos de desnutrição. Diante disso, surge a pergunta: como o pediatra deve conduzir adequadamente esse quadro, evitando intervenções desnecessárias? "Lactente de 1 ano e 1 mês, nascida de parto normal, gestação sem intercorrências significativas além de doença hipertensiva tratada com metildopa. Peso ao nascer: 2640g; estatura: 47cm; perímetro cefálico: 33cm. Evoluiu com crescimento adequado, mantendo estatura no escore Z zero, perímetro cefálico entre -2 e -3, e peso entre -2 e zero. Alimentação variada, porém, com rejeição seletiva e presença de mamadas noturnas. Mãe, muito ansiosa, introduziu mucilagens, fórmulas e "comidinha da família" precocemente, sem sucesso. Procurou assistência médica prévia, sendo prescrito zinco, sem melhora. Triagens neonatais e desenvolvimento global normais. "A criança apresenta crescimento linear preservado, desenvolvimento neuropsicomotor compatível com a idade, e ausência de sinais clínicos de alarme. A magreza isolada, neste caso, reflete um biotipo constitucional e possivelmente influência de fatores ambientais, como ansiedade materna e estratégias alimentares inadequadas. Não há evidência na literatura que justifique o uso de medicamentos estimuladores de apetite ou polivitamínicos sem deficiência comprovada. O foco deve ser o manejo comportamental e nutricional, com orientações seguras, apoio à família e seguimento clínico próximo. "Crianças saudáveis com magreza no gráfico da OMS, mas com crescimento e desenvolvimento preservados, não devem ser medicalizadas ou rotuladas indevidamente. O pediatra deve atuar com firmeza técnica, acolhimento e educação dos cuidadores, utilizando abordagens baseadas em evidências e reforçando a individualidade do crescimento infantil. Evita-se, assim, intervenções desnecessárias e a perpetuação de condutas sem respaldo científico.

Palavra Chave:

Título: ANAFILAXIA E A PRÁTICA INADEQUADA DA PROMETAZINA INJETÁVEL COMO PRIMEIRA ESCOLHA

Autores: LETÍCIA GUARNIÉR PEREIRA FARIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA LUIZA VILELA NUNES DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LIZZIENNE CALAZANS DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), MARIA EDUARDA CARVALHO SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), MARIANA LUDIMILA PEREIRA DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE ASSISTENTE DE PEDIATRIA DA UNIEURO/UNB E UNICEUB), ALBERTO STOESSEL SADALLA PERES (DOCENTE DO CURSO DE MEDICINA UNIEURO)

Resumo: A anafilaxia é uma condição clínica grave, sistêmica e potencialmente fatal, caracterizada pelo início rápido e progressão súbita dos sintomas. Trata-se de uma emergência médica que exige intervenção imediata para evitar complicações graves, como choque anafilático, insuficiência respiratória ou óbito. A adrenalina intramuscular é atualmente a única medicação capaz de reverter eficazmente o quadro de anafilaxia, sendo, portanto, considerada a droga de eleição. "Este estudo tem como objetivo analisar por que, apesar das diretrizes médicas atuais, a prometazina injetável ainda é frequentemente utilizada como primeira opção no atendimento de crianças com anafilaxia em serviços de emergência no Brasil, em detrimento da adrenalina. "Realizou-se uma revisão de literatura nas bases de dados PubMed e SciELO, considerando artigos publicados nos últimos 10 anos. Foram utilizados os descritores "anafilaxia", "prometazina", "adrenalina" e "atendimento de emergência pediátrica". Também foram consultadas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da Organização Mundial de Alergia (WAO) e da Academia Europeia de Alergia e Imunologia Clínica (EAACI), visando identificar as melhores práticas no manejo da anafilaxia. "Entre a fisiopatologia da anafilaxia, podemos incluir: a) Ativação maciça de mastócitos e basófilos, com liberação de mediadores inflamatórios como histamina, leucotrienos e prostaglandinas; b) Aumento da permeabilidade vascular, levando à extravasamento de plasma e hipotensão grave; c) Broncoconstrição intensa, insuficiência respiratória aguda. d) Disfunção cardiovascular que pode evoluir para colapso circulatório. Para o diagnóstico, a Organização Mundial da Alergia (WAO) estabelece critérios clínicos que auxiliam na identificação da anafilaxia, permitindo uma abordagem mais segura. Apesar das diretrizes internacionais e nacionais recomendarem a adrenalina intramuscular como tratamento de primeira linha, a prometazina injetável ainda é amplamente utilizada como primeira escolha em muitos serviços brasileiros. Essa prática inadequada está relacionada a múltiplos fatores: a) Crença equivocada de que o bloqueio da histamina, promovido pelos anti-histamínicos, é suficiente para reverter o quadro; b) Uso rotineiro de anti-histamínicos em reações alérgicas leves, gerando confusão com quadros mais graves; c) A sedação provocada pela prometazina pode ser erroneamente interpretada como melhora clínica; d) Falta de capacitação adequada dos profissionais de saúde quanto ao manejo da anafilaxia; e) receio em relação aos possíveis efeitos adversos da adrenalina, como taquicardia ou arritmias. "A priorização da adrenalina como tratamento de primeira escolha e a eliminação do uso inadequado da prometazina injetável, devem ser metas prioritárias nos serviços de emergência pediátrica . Investir na capacitação dos profissionais de saúde é fundamental para garantir condutas baseadas em evidências e evitar desfechos desfavoráveis em casos de anafilaxia.

Palavra Chave: ANAFILAXIA, ADRENALINA, PROMETAZINA.

Título: VULNERABILIDADE DAS CRIANÇAS AOS POLUENTES DAS QUEIMADAS, COM ENFOQUE NOS ASMÁTICOS

Autores: ANA CARLA OLIVEIRA RAMOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), MARIA EDUARDA CARVALHO SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LUÍSA TEIXEIRA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA LUIZA VILELA NUNES DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SILVA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALLA PERES (DOCENTE DO CURSO DE MEDICINA UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE ASSISTENTE DE PEDIATRIA DA UNIEURO/UNB E UNICEUB)

Resumo: As queimadas florestais liberam grandes quantidades de poluentes atmosféricos, impactando diretamente a saúde da população, as crianças são mais vulneráveis aos efeitos desses poluentes, especialmente aquelas com condições respiratórias preexistentes como a asma.

"Visa-se, com este trabalho, elucidar os fatores fisiológicos, imunológicos e comportamentais que contribuem para a maior suscetibilidade de crianças asmáticas à exposição aos poluentes atmosféricos das queimadas.

"Foi realizada uma revisão bibliográfica nas plataformas indexadas PubMed, SciELO e LILACS, além da análise de documentos oficiais da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI). Foram utilizados três descritores relacionados a crianças, poluição de queimadas e doenças respiratórias, com recorte temporal de publicações dos últimos dez anos.

"Crianças são especialmente vulneráveis à poluição atmosférica proveniente das queimadas, devido a características fisiológicas e comportamentais específicas. Elas respiram proporcionalmente mais ar por quilo de peso corporal do que os adultos, o que resulta em maior inalação de partículas tóxicas presentes na fumaça. Além disso, o sistema imunológico infantil ainda está em desenvolvimento, aumentando a suscetibilidade a infecções respiratórias e respostas inflamatórias exacerbadas. O maior tempo que passam em atividades ao ar livre também eleva a exposição aos poluentes. Durante os primeiros anos de vida, o sistema respiratório está em fase crítica de desenvolvimento, com formação e crescimento de alvéolos e vias aéreas. A exposição a poluentes nesse período pode comprometer de forma duradoura a estrutura pulmonar e a função respiratória. Em crianças com asma, os efeitos são ainda mais preocupantes. A hiper-reactividade brônquica característica dessa condição torna as vias aéreas mais sensíveis aos irritantes ambientais, como os gases e partículas provenientes das queimadas, desencadeando crises frequentes e mais intensas. A presença de alérgenos e infecções virais pode agravar ainda mais o quadro clínico, aumentando a necessidade de atendimento médico e hospitalizações. Diante desse cenário, é fundamental reconhecer a população pediátrica como grupo de risco prioritário durante os períodos de queimadas, implementando medidas preventivas e políticas públicas voltadas à proteção da saúde respiratória infantil. "Crianças são particularmente vulneráveis aos poluentes das queimadas devido a fatores fisiológicos, imunológicos e comportamentais. Essa suscetibilidade é ainda mais acentuada em crianças com asma, que possuem vias respiratórias hipersensíveis, tornando-as propensas a complicações respiratórias. Portanto, crianças que residem em áreas adjacentes a queimadas enfrentam um risco elevado de problemas respiratórios, sendo necessárias medidas de prevenção e controle para minimizar os impactos na saúde infantil.

Palavra Chave: QUEIMADAS FLORESTAIS, POLUIÇÃO ATMOSFÉRICA, ASMA INFANTIL,

Título: ATUALIZAÇÕES NA SUPLEMENTAÇÃO DE VITAMINA D NA PEDIATRIA: UMA REVISÃO NARRATIVA

Autores: LAMYS FERNANDES KOZAK (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB), LORRANY MACHADO SOUSA DE MELO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB), RÚBRIA LIZEIRO PICOLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB)

Resumo: A vitamina D é um nutriente essencial atuante na homeostase do cálcio e saúde óssea. Sua suplementação na população pediátrica é importante, pois há baixa ingestão dietética e exposição solar. Logo, a população pediátrica é alvo de suplementação bem indicada de vitamina D "Revisar as evidências nacionais e internacionais sobre a suplementação de vitamina D em crianças, abordando doses recomendadas e impacto na saúde infantil, bem como a prevenção de doenças associadas à hipovitaminose D" O estudo é uma revisão narrativa sobre atualizações da suplementação de vitamina D na pediatria. Foi realizada busca em base de dados como PubMed e Elsevier, encontrados 20 artigos e selecionados 17. Foram incluídos artigos publicados nos últimos 10 anos, artigos originais e revisões sistemáticas, em língua portuguesa e inglesa. Foram excluídos artigos duplicados, populações adultas ou sem relação direta com os objetivos da revisão. "A suplementação da vitamina D é relevante já que, diferentemente de outras vitaminas, ela não está presente em quantidades significativas na alimentação, tampouco no leite materno. Além disso, existem alguns fatores de risco para hipovitaminose D, como prematuridade, mãe com hipovitaminose D, dieta vegetariana, medicamentos, síndrome de má absorção intestinal, entre outros. A medicação de escolha é o colecalciferol e a administração diária é mais fisiológica e melhor absorvida. De acordo com a SBP, a recomendação é iniciar em menores de um ano com dose de 400 UI/dia, progredindo para 600 UI/dia a partir de um até os 18 anos. A dose para crianças com fatores de risco varia entre 800 a 1000 UI/dia e 1200 a 1800 UI/dia, a depender do consenso, sendo recomendável avaliar a situação clínica do paciente. A SBP, nesse caso, não orienta faixa etária específica para a terapia de manutenção.

A duração da suplementação estendia-se apenas até os dois anos. Contudo, a partir de 2024, a SBP passou a recomendar a suplementação até os 18 anos. Pesquisas mostram que 60% das crianças que cessam o uso após o primeiro ano de vida apresentam queda de 25(OH)D para níveis inadequados. No Brasil, a deficiência de vitamina D é mais prevalente em adolescentes, em especial em regiões do Sul, o que reforça a necessidade de estender a recomendação.

Os benefícios da suplementação se mostram em alguns países europeus os quais vivem o "vitamin D winter", ou inverno de vitamina D. Estes praticamente erradicaram o raquitismo em decorrência da suplementação. Além desta, outras complicações decorrem da hipovitaminose D, como atraso no crescimento, dor óssea e osteomalácia, além de convulsões e cardiomiopatia. "A suplementação da vitamina D é uma estratégia para prevenir complicações da hipovitaminose, além de melhorar o crescimento e o bem-estar das crianças. A conscientização dos profissionais de saúde e a educação das famílias visa garantir que as crianças tenham níveis adequados de vitamina D, para promover um desenvolvimento saudável e prevenir complicações a longo prazo

Palavra Chave: VITAMINA D, SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS, PEDIATRIA

Título: INTERPRETAÇÃO DO LIPIDOGRAMA EM CRIANÇAS HÍGIDAS E COM SOBREPESO SEM COMORBIDADES: O QUE O PEDIATRA PRECISA SABER

Autores: INGRID FERNANDES LOIOLA (UNIEURO), EMILLY VIEIRA BARBOSA DOS SANTOS NUNES (UNIEURO), DANIELA CRISTINA FERREIRA ALMEIDA (UNIEURO), GIOVANA RAMOS DE AMORIM (UNIEURO), LUIZA SILVA DOS SANTOS (UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (UNIEURO), ANA PAULA APARECIDA DE OLIVEIRA GONÇALVES (UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIEURO)

Resumo: A solicitação e interpretação do lipidograma na infância têm ganhado destaque diante do aumento das dislipidemias e da preocupação crescente com fatores de risco cardiovascular desde os primeiros anos de vida. Entretanto, muitos pediatras enfrentam dificuldades ao interpretar esse exame em crianças hígidas, sem comorbidades, ou naquelas com sobrepeso, mas sem alterações clínicas ou laboratoriais associadas. "Oferecer uma abordagem prática e baseada em evidências sobre a interpretação do lipidograma em crianças sem comorbidades, com ou sem sobrepeso, destacando as frações lipídicas de maior relevância clínica. "Revisão narrativa da literatura realizada nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS, abrangendo publicações dos últimos 8 anos. Foram também consultadas diretrizes dos Departamentos Científicos de Pediatria, Nutrologia, Cardiologia e Endocrinologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. Os descritores utilizados foram: lipidograma, dislipidemia infantil e colesterol em crianças. "O lipidograma pode ser solicitado a partir dos 2 anos de idade, principalmente em situações de risco aumentado. Entre as principais indicações estão: história familiar de dislipidemia precoce ou doença cardiovascular (antes dos 55 anos em homens ou 65 em mulheres), obesidade, diabetes, hipertensão, doenças hepáticas ou renais. No entanto, não é incomum que o exame seja solicitado por outros profissionais ou por iniciativa dos responsáveis, mesmo em crianças hígidas. Nesses casos, é fundamental conhecer os valores de referência e compreender a relevância clínica de cada fração. Os principais parâmetros a serem analisados incluem: Colesterol Total (CT), idealmente <170 mg/dL; LDL-colesterol, fração mais aterogênica, desejável <110 mg/dL; HDL-colesterol, considerado fator protetor, desejável >45 mg/dL; Triglicerídeos (TG), com valores que variam conforme a idade — idealmente <75 mg/dL até 9 anos e <90 mg/dL entre 10 e 19 anos. Em crianças com sobrepeso, mesmo sem comorbidades, pode haver discreta elevação de TG e redução de HDL. Na ausência de histórico familiar relevante ou outros fatores de risco, não se justifica intervenção farmacológica, sendo suficiente a orientação nutricional e o estímulo a hábitos saudáveis. A correta interpretação do exame evita alarmismos, condutas desnecessárias e permite um acompanhamento focado na prevenção a longo prazo."A interpretação do lipidograma em crianças hígidas ou com sobrepeso sem comorbidades deve ser criteriosa. O pediatra deve considerar o histórico familiar de risco cardiovascular, os valores de referência das principais frações lipídicas e a presença de outros fatores de risco. Na maioria dos casos, o manejo adequado baseia-se em mudanças no estilo de vida. Uma leitura crítica do exame contribui para um acompanhamento preventivo mais eficaz, seguro e baseado em evidências.

Palavra Chave: LIPIDOGRAMA. DISLIPIDEMIA INFANTIL. COLESTEROL EM CRIANÇAS.

Título: CINETOSE NA INFÂNCIA: RECONHECIMENTO CLÍNICO E CONDUTAS PRÁTICAS PARA O PEDIATRA

Autores: INGRID FERNANDES LOIOLA (UNIEURO), GIOVANA RAMOS AMORIM (UNIEURO), LUIZA SILVA DOS SANTOS (UNIEURO), EMILLY VIEIRA BARBOSA DOS SANTOS NUNES (UNIEURO), DANIELA CRISTINA FERREIRA ALMEIDA (UNIEURO), ANA PAULA APARECIDA DE OLIVEIRA GONÇALVES (UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (UNIEURO, CELSO TAQUES SALDANHA (UNIEURO)

Resumo: A cinetose, popularmente chamada de ‘mal do movimento’, é um distúrbio neurofisiológico caracterizado por náusea, palidez, sudorese fria e vômitos durante deslocamentos em meios de transporte. Embora mais descrita em adultos, também afeta crianças, especialmente entre 2 e 12 anos, faixa etária em que o sistema vestibular ainda está em maturação e mais suscetível a estímulos sensoriais conflitantes. "Alertar pediatras sobre a importância do diagnóstico precoce e do manejo adequado da cinetose infantil, visando reduzir o impacto negativo na qualidade de vida das crianças e evitar interpretações clínicas equivocadas. "Foi realizada uma revisão narrativa nas bases PubMed, SciELO e LILACS, além de documentos técnicos dos Departamentos Científicos de Otorrinolaringologia, Neurologia e Pediatria da Sociedade Brasileira de Pediatria. Os descriptores utilizados foram: cinetose, sistema nervoso central e hereditariedade, priorizando publicações dos últimos cinco anos. "A cinetose ocorre quando há conflito entre os sinais captados pelos sistemas visual, vestibular e proprioceptivo. O cérebro recebe informações incongruentes sobre o movimento, o que desencadeia uma resposta autonômica inadequada. Em crianças, isso é mais frequente devido à imaturidade do sistema vestibular, tornando-as mais vulneráveis. Os sintomas surgem comumente em viagens de carro, barco, avião ou ônibus, especialmente em trajetos com curvas acentuadas ou estímulos visuais intensos. Embora geralmente haja gatilhos identificáveis, episódios podem ser imprevisíveis. Estudos sugerem leve predominância no sexo feminino e relação com histórico familiar, indicando predisposição genética. A manifestação pode iniciar aos dois anos e tende a regredir na adolescência com a maturação vestibular. O diagnóstico é clínico, baseado na recorrência dos sintomas durante o deslocamento, não havendo exames laboratoriais específicos. É essencial, no entanto, considerar diagnósticos diferenciais como enxaqueca vestibular, labirintopatias, alterações metabólicas e doenças gastrointestinais. O tratamento inclui medidas comportamentais simples: posicionar a criança em local com menor oscilação, evitar uso de telas ou leitura em movimento, garantir ventilação adequada e realizar pausas em viagens longas. Em casos mais severos, pode-se utilizar anti-histamínicos, como o dimenidrínato, com indicação criteriosa. Embora não haja cura definitiva, a tendência é de melhora progressiva com o tempo, sendo fundamental orientar e acolher a família durante esse processo.

"A cinetose é comum na infância, mas ainda pouco reconhecida. Possui base fisiológica clara e evolução geralmente benigna. O pediatra deve estar atento aos sinais, orientar adequadamente os cuidadores e implementar intervenções simples e eficazes que promovam o bem-estar infantil e evitem diagnósticos desnecessários.

Palavra Chave: CINETOSE. SISTEMA NERVOSO CENTRAL. HEREDITARIEDADE.

10

Título: “TOSSE ALÉRGICA” E O USO INADEQUADO DE ANTIHISTAMÍNICOS: UMA PRÁTICA SEM BASE CIENTÍFICA NA PEDIATRIA

Autores: DANIELA CRISTINA FERREIRA ALMEIDA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), GIOVANA RAMOS DE AMORIM (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), INGRID FERNANDES LOIOLA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), EMILLY VIEIRA BARBOSA DOS SANTOS NUNES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LUIZA SILVA DOS SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO)

Resumo: O uso indiscriminado de medicamentos em crianças é uma realidade preocupante, com potencial para causar efeitos adversos evitáveis. Na prática pediátrica, condutas sem respaldo científico são comuns, especialmente no manejo de sintomas inespecíficos como a tosse. Um exemplo recorrente é o diagnóstico de “tosse alérgica” — termo amplamente utilizado, mas ausente da literatura médica e da Classificação Internacional de Doenças (CID). Esse rótulo, sem embasamento técnico, costuma justificar a prescrição de anti-histamínicos de segunda geração, como loratadina e desloratadina, apesar da falta de evidência de eficácia nesses quadros. Tal prática representa um desvio ético e clínico, que pode atrasar o diagnóstico correto e comprometer a saúde infantil. “Analizar criticamente a prática comum, porém infundada cientificamente, da prescrição de anti-histamínicos no tratamento de sintomas respiratórios em crianças, com ênfase no uso do diagnóstico não reconhecido de ‘tosse alérgica’”. O estudo discute os impactos clínicos, éticos e terapêuticos dessa conduta, ressaltando a importância da medicina baseada em evidências na prática pediátrica.

Criança de 5 anos, sem comorbidades, apresenta tosse recorrente, por vezes associada a dispneia e limitação para brincar. A mãe relata o uso frequente de salbutamol e anti-histamínicos (loratadina/desloratadina) prescritos para “tosse alérgica”, sem melhora clínica. Na consulta atual, foi orientada sobre a real possibilidade de asma, causando surpresa ao saber que os antialérgicos utilizados não são indicados para tal condição. “Realizou-se uma revisão narrativa da literatura dos últimos 19 anos, com buscas nas bases PubMed, SciELO, LILACS e Google Scholar, utilizando descritores como “asma”, “tosse crônica”, “diagnóstico equivocado”, “iatrogenia” e “anti-histamínicos”, em português e inglês. Também foram consultadas diretrizes atualizadas da SBP e de entidades médicas nacionais. “Tosse alérgica” não é reconhecida nos principais consensos de doenças respiratórias, nem na CID, sendo usada como justificativa para prescrições infundadas de anti-histamínicos. Em contraste, a asma possui critérios diagnósticos e tratamento bem definidos, baseados em corticosteroides inalatórios e broncodilatadores. Diagnósticos fictícios comprometem o cuidado ético e clínico, gerando atrasos terapêuticos, custos desnecessários e frustrações familiares. O Código de Ética Médica reforça que o médico deve agir com base nas melhores evidências, priorizando o bem-estar do paciente. “O uso do termo “tosse alérgica” deve ser abolido da prática pediátrica por não se tratar de entidade clínica reconhecida. É dever ético do pediatra basear suas condutas em evidências, promovendo diagnósticos precisos e tratamento adequado. A prescrição sem indicação compromete a saúde infantil e a confiança da família. Valorizar a medicina baseada em evidências é fundamental para uma prática segura, ética e eficaz.”

Palavra Chave: ASMA, TOSSE ALÉRGICA, DIAGNÓSTICO EQUIVOCADO

11

TÍTULO: FEBRE NA INFÂNCIA: MANEJO SEGURO E COMUNICAÇÃO EFETIVA COM OS CUIDADORES

Autores: LUIZA SILVA DOS SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), GIOVANA RAMOS DE AMORIM (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), INGRID FERNANDES LOIOLA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), EMILLY VIEIRA BARBOSA DOS SANTOS NUNES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), DANIELA CRISTINA FERREIRA ALMEIDA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO)

Resumo: A febre está entre os sinais mais comuns nos atendimentos pediátricos e, ao mesmo tempo, é uma das principais causas de apreensão entre pais e responsáveis. Embora represente uma resposta natural do corpo — provocada por substâncias chamadas pirógenos que atuam sobre o centro de controle da temperatura no cérebro —, seu aparecimento costuma ser encarado com insegurança. Em situações infecciosas, a febre atua como aliada do sistema imunológico. Segundo a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), considera-se febre a temperatura axilar acima de 37,28239;°C. No entanto, esse número, por si só, não deve ser motivo imediato para administrar medicamentos. "Esclarecer o conceito clínico de febre na infância com base nas recomendações da SBP, discutir quando o uso de antitérmicos é realmente necessário e refletir sobre condutas específicas em crianças que exigem maior atenção, como aquelas com histórico de convulsão febril ou cardiopatias. "Realizou-se uma revisão narrativa da literatura, com publicações dos últimos cinco anos, acessadas nas bases PubMed, SciELO, LILACS e Google Scholar. Utilizaram-se os descritores: febre infantil, tratamento da febre, convulsão febril, cardiopatia pediátrica, hidratação infantil e termometria axilar. Foram incluídos artigos em português, inglês ou espanhol, com acesso completo e foco em temas pediátricos. Excluíram-se estudos sobre adultos, revisões não sistemáticas, artigos sem revisão por pares e publicações com metodologias inadequadas. Também foram consultadas diretrizes atualizadas da SBP e outras entidades médicas nacionais. "Apesar de ser um fenômeno esperado em muitas doenças da infância, a febre ainda é mal compreendida e frequentemente leva a tratamentos desnecessários. A SBP define como febre a temperatura axilar acima de 37,28239;°C, mas o uso de antitérmicos deve priorizar o conforto da criança, sendo mais indicado quando a temperatura ultrapassa 37,78239;°C ou 388239;°C e há sinais claros de mal-estar. Em situações especiais, como em crianças com doenças cardíacas ou episódios prévios de convulsão febril, o cuidado precisa ser mais atento, e a intervenção pode começar já a partir de 37,58239;°C, mesmo sem desconforto evidente. A termometria axilar é amplamente utilizada no Brasil e, se realizada corretamente, oferece boa confiabilidade. Outro aspecto essencial é a hidratação. A febre aumenta a perda de líquidos pelo suor e acelera o metabolismo, o que exige atenção redobrada à oferta de água e líquidos durante o quadro febril. "A febre deve ser compreendida como um sinal de que o corpo está reagindo a algo, não como uma ameaça imediata. Em crianças saudáveis, o foco deve estar no bem-estar geral, e não apenas no valor da temperatura. Já nos pequenos com condições especiais, a abordagem precisa ser mais cuidadosa. O papel do pediatra é essencial para orientar com empatia e segurança, ajudando a reduzir o medo da febre e promovendo um cuidado mais sereno e eficaz.

Palavra Chave: FEBRE INFANTIL, ANTITÉRMICOS, CONVULSÃO FEBRIL.

12

Título: ADENITE CERVICAL NA INFÂNCIA: DIAGNÓSTICO, ETIOLOGIA E MANEJO ATUAL

Autores: EMILLY VIEIRA BARBOSA DOS SANTOS NUNES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), GIOVANA RAMOS DE AMORIM (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LUIZA SILVA DOS SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), INGRID FERNANDES LOIOLA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), DANIELA CRISTINA FERREIRA ALMEIDA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO)

Resumo: A adenite cervical é uma inflamação dos linfonodos cervicais, sendo uma das causas mais comuns de nódulo cervical doloroso em crianças. Clinicamente, caracteriza-se por aumento de volume, geralmente unilateral, com dor local, febre e sinais inflamatórios. É reconhecida pelo CID-10 sob o código L04.0 (adenite cervical aguda) e representa diagnóstico diferencial importante em crianças com febre e massa cervical. Frequentemente, é detectada por ultrassonografia durante a investigação de infecções respiratórias altas ou quadros febris com linfadenomegalia.

"Revisar os principais aspectos clínicos, etiológicos e terapêuticos da adenite cervical em pediatria, fornecendo orientações práticas para seu manejo. "Foi realizada uma revisão narrativa da literatura dos últimos dez anos, com busca nas bases PubMed, SciELO e LILACS, além de diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Utilizaram-se os descritores: 'adenite cervical', 'linfadenopatia em crianças', 'infecção bacteriana cervical' e 'nódulo cervical pediátrico'. Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, consensos e capítulos de livros com enfoque clínico. "A adenite cervical é mais comum em crianças de 2 a 12 anos, com discreta predominância no sexo masculino. Os linfonodos submandibulares e cervicais anteriores são os mais acometidos. A etiologia pode ser viral, geralmente autolimitada, ou bacteriana, com destaque para *Staphylococcus aureus* e *Streptococcus pyogenes*, associados a infecções respiratórias como amigdalite.

Clinicamente, a criança apresenta febre, dor, eritema e aumento dos linfonodos. A ultrassonografia pode confirmar linfonodos aumentados, hipoecoicos e reativos. A infecção geralmente atinge os linfonodos por via linfática, após migração de patógenos das vias aéreas superiores.

O tratamento depende da etiologia. Casos leves, virais, exigem apenas observação e sintomáticos. Quadros bacterianos com sinais sistêmicos, abscesso ou falha de resposta requerem antibióticos, como amoxicilina-clavulanato. Em casos de abscesso flutuante ou refratário, pode ser indicada drenagem cirúrgica.

É essencial orientar a família sobre o caráter geralmente benigno da condição e a importância do seguimento clínico, evitando complicações e intervenções desnecessárias. "A adenite cervical é frequente na pediatria e, na maioria das vezes, benigna. O diagnóstico é clínico, com exames subsidiários em casos selecionados. A diferenciação entre causas virais e bacterianas é fundamental para definir o tratamento. O acompanhamento médico e a orientação adequada à família são essenciais para o bom desfecho clínico.

Palavra Chave: ADENITE CERVICAL, NÓDULO CERVICAL, PEDIATRIA.

13

Título: ADENITE MESENTÉRICA: DIAGNÓSTICO, MANEJO E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS NA DOR ABDOMINAL AGUDA E SUBAGUDA

Autores: EMILLY VIEIRA BARBOSA DOS SANTOS (UNIEURO), LUIZA SILVA DOS SANTOS (UNIEURO), GIOVANA RAMOS DE AMORIM (UNIEURO), DANIELA CRISTINA FERREIRA ALMEIDA (UNIEURO), INGRID FERNANDES LOIOLA (UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (UNIEURO), ANA PAULA APARECIDA DE OLIVEIRA GONÇALVES (UNIEURO)

Resumo: A adenite mesentérica é uma inflamação dos linfonodos do mesentério, geralmente associada a infecções virais ou bacterianas. Apesar de reconhecida na CID-10 como K65.8 (ou outros códigos, conforme etiologia), é frequentemente subdiagnosticada ou considerada achado incidental. Na literatura médica, especialmente em pediatria, é descrita como diagnóstico diferencial importante em casos de dor abdominal aguda ou subaguda, por vezes confundida com apendicite.

"Este trabalho visa apresentar uma visão atual da adenite mesentérica, abordando definição, etiologia, manifestações clínicas, critérios diagnósticos, exames complementares e conduta médica.

"Foi realizada uma revisão integrativa da literatura dos últimos cinco anos, com busca nas bases PubMed, SciELO e LILACS. Foram utilizados os descritores: 'adenite mesentérica', 'dor abdominal pediátrica', 'linfadenite mesentérica' e 'abdome agudo em crianças'. Foram incluídos artigos originais, revisões sistemáticas, consensos e capítulos de livros técnicos, com ênfase na prática pediátrica. Também foram consultadas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP).

"A adenite mesentérica afeta predominantemente crianças entre 5 e 15 anos e, em geral, decorre de processos infecciosos, especialmente virais (como adenovírus e enterovírus). Agentes bacterianos, como **Yersinia enterocolitica**, também podem estar envolvidos. Clinicamente, manifesta-se por dor abdominal — difusa ou no quadrante inferior direito — associada ou não a febre, náuseas e vômitos.

Na maioria dos casos, o diagnóstico é feito por ultrassonografia abdominal, que revela linfonodos aumentados em número e volume no mesentério, especialmente na fossa ilíaca direita. Muitas vezes, o achado é incidental, durante a investigação de dor abdominal. Ainda há debate sobre a adenite mesentérica como entidade clínica isolada ou manifestação de infecções virais inespecíficas. Observa-se associação com infecções respiratórias e amigdalites, sugerindo resposta imunológica sistêmica. O tratamento geralmente é conservador, com repouso, hidratação e analgesia. Antibióticos são reservados para casos com evidência de infecção bacteriana. A evolução tende a ser benigna, com resolução espontânea dos sintomas em poucos dias. "A adenite mesentérica é uma condição inflamatória autolimitada, comum na faixa etária pediátrica, e deve ser considerada no diagnóstico diferencial da dor abdominal. Embora nem sempre explique totalmente o quadro clínico, sua identificação é útil após a exclusão de diagnósticos mais graves, como a apendicite. A orientação adequada à família, com esclarecimento sobre a natureza benigna da condição, é essencial no manejo.

Palavra Chave: ADENITE MESENTERICA, DOR ABDOMINAL PEDIÁTRICA.

14

Título: A IMPORTÂNCIA DO PEDIATRA NA ATENÇÃO À SAÚDE INFANTIL E JUVENIL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL

Autores: LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), FERNANDA MARQUES SARAIVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), HELENA PERES PERES NUNES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE EM PEDIATRIA DA UNIEURO)

Resumo: As UBS são a porta de entrada para o atendimento primário no DF e recebem todas as faixas etárias com foco multidisciplinar. O atendimento infantil é realizado por pediatras com RQE no CFM e também por médicos de família com qualificação semelhante, apoiados por enfermeiros, dentistas e psicólogos. Contudo, nem sempre os órgãos exigem qualificação em pediatria para profissionais não médicos, o que pode comprometer a qualidade assistencial. "Este estudo busca detalhar as atribuições de cada profissional e destacar a importância da especialização pediátrica. "Revisão de dados dos últimos cinco anos em fontes do Ministério da Saúde, SES-DF e relatórios públicos. Foram considerados o perfil dos profissionais de saúde, doenças pediátricas mais frequentes e fluxo de encaminhamento. "As UBS do DF seguem o modelo do SUS com equipes multiprofissionais. As principais queixas pediátricas são doenças respiratórias (30%), infecções de pele (15%) e problemas nutricionais (20%). A equipe inclui pediatras e médicos com RQE, conforme o art. 117 do Código de Ética Médica. Psicólogos e dentistas atuam na saúde mental e bucal. Enfermeiros fazem triagens, acompanham crescimento e vacinação, mas não diagnosticam ou manejam condições médicas complexas, como TEA, osteopatias e cardiopatias. "A qualificação pediátrica legalmente exigida é essencial para o diagnóstico precoce e seguro. A ausência dessa exigência para profissionais não médicos pode levar à perda de janelas terapêuticas e comprometer os princípios do SUS.

Palavra Chave: ATENDIMENTO INFANTIL, PEDIATRA

Título: DESPERTARES NOTURNOS EM LACTENTES SAUDÁVEIS NO PRIMEIRO SEMESTRE: CAUSAS, IMPLICAÇÕES E CONDUTAS

Autores: LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), FERNANDA MARQUES SARAIVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), HELENA PERES NUNES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE EM PEDIATRIA DA UNIEURO)

Resumo: Os despertares noturnos em lactentes saudáveis durante o primeiro semestre de vida são eventos comuns. Nos primeiros meses, a imaturidade neurológica e a demanda alimentar frequente justificam os acordares. Contudo, é frequente que, mesmo após os três meses, o lactente continue acordando para mamar, sem real necessidade nutricional. Essa prática, embora culturalmente aceita, pode afetar o bem-estar familiar e exige manejo adequado baseado em evidências. "Revisar os despertares noturnos em lactentes saudáveis no primeiro semestre, discutindo causas, riscos e estratégias práticas para pais e cuidadores." Revisão narrativa com busca de artigos nas bases PubMed, SciELO e LILACS, além de documentos técnicos de sociedades pediátricas. Foram incluídas publicações dos últimos dez anos com os descritores: 'sono do lactente', 'despertares noturnos', 'mamadas noturnas', 'educação do sono' e 'cária de mamadeira'. "Até os três meses, despertares a cada 2–4 horas são fisiológicos, devido à capacidade gástrica reduzida e ritmo circadiano imaturo. Após esse período, o estômago aumenta proporcionalmente, permitindo maior reserva energética. A produção de melatonina e a maturação neurológica favorecem sono contínuo. Se mamadas persistem sem necessidade nutricional, o despertar se torna comportamental. Isso pode causar cansaço materno com risco de depressão, distúrbios no padrão de sono da criança e cária precoce. A partir do terceiro mês, muitas crianças já são capazes de dormir por períodos mais longos. Entre o quarto e o sexto mês, o sono tende a se consolidar em blocos de até 6–8 horas. Estratégias incluem a redução gradual do tempo das mamadas noturnas, uso de técnicas de conforto e estabelecimento de rotina noturna com horários regulares, ambiente calmo e previsível. "Os despertares noturnos são esperados nos primeiros meses, mas a partir do terceiro mês, muitos bebês saudáveis já apresentam maturidade para dormir por períodos mais longos. A manutenção de mamadas pode reforçar despertares comportamentais. A orientação adequada pelo pediatra aos pais e estratégias comportamentais ajudam a promover o sono contínuo e preservar o bem-estar familiar.

Palavra Chave: DESPERTAR NOTURNO, LACTENTE,

16

Título: ANQUILOGLOSSIA NO LACTENTE: REFLEXÕES SOBRE O MANEJO PEDIÁTRICO E A PRECIPITAÇÃO NA FRENECTOMIA

Autores: BEATRIZ DO NASCIMENTO BACELAR (CEUB), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (UNIEURO), MARIA LUIZA FELIPE ROCHA MELLO (CEUB), CELSO SALDANHA (DOCENTE DO CEUB/UNIEURO)

Resumo: A anquiloglossia, ou freio lingual curto, é uma condição congênita caracterizada pela limitação dos movimentos da língua devido à inserção anômala do frenúlo. Embora sua prevalência não seja alta, tem havido aumento nos encaminhamentos para frenectomia, muitas vezes de forma precipitada. O pediatra, como referência no cuidado infantil, deve avaliar com critério e recorrer à interconsulta apenas quando clinicamente indicado. "Destacar o papel do pediatra no diagnóstico e condução dos casos de anquiloglossia, evitando intervenções desnecessárias e acolhendo com segurança as famílias. "Relato de Caso Lactente, masculino, 1 mês e 28 dias, nascido a termo, com peso de 3940g, sem intercorrências perinatais. Triagens auditiva, cardíaca e oftalmológica normais. Teste da linguinha com resultado 'duvidoso'. Mãe relatou insegurança com a amamentação, optando por complementar com fórmula. Em consulta, o bebê apresentava bom desenvolvimento, ganho ponderal de 49g/dia, exame da cavidade oral sem alterações anatômicas. "A anquiloglossia tem sido frequentemente apontada como causa de dificuldades de amamentação, mas, na prática, a maioria dos casos decorre de pega incorreta, ansiedade materna e falta de apoio técnico nos primeiros dias. Encaminhamentos apressados reforçam a insegurança familiar e podem levar a intervenções desnecessárias. O exame clínico criterioso, o bom ganho de peso e a ausência de alterações estruturais devem nortear o acompanhamento. O pediatra deve priorizar orientação adequada, apoio ao aleitamento e interconsulta com fonoaudiólogo ou odontopediatra apenas quando há prejuízo funcional evidente. A frenectomia, quando indicada, deve ser sempre baseada em disfunções reais, e não apenas em achados anatômicos isolados.

A anquiloglossia exige avaliação cuidadosa e fundamentada. No caso descrito, a suspeita precoce comprometeu o aleitamento exclusivo, gerando desmame evitável. O pediatra deve agir com conhecimento técnico, escuta ativa e prudência, evitando condutas precipitadas e promovendo o vínculo mãe-filho por meio de uma abordagem centrada no cuidado.

Palavra Chave: RECÉM-NASCIDO, ANQUILOGLOSSIA, FRENECTOMIA

Título: IMPACTOS DO USO DE CELULARES NA INFÂNCIA E DO PAPEL DO PEDIATRA FRENTE À LEI 15.100/25

Autores: FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL (SES/DF)), ANDREZA FABRO DE BEM (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), ANNA LUIZA MENEZES RIBEIRO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), ANA PAULA ALVES DA SILVA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), ANA CAROLINA DE SOUZA MATOS (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS)

Resumo: A promulgação da Lei 15.100/25, que restringe o uso de celulares nas escolas de educação básica, reacende o debate sobre os impactos do uso excessivo de telas na infância e adolescência. A literatura destaca efeitos negativos fisiológicos, acadêmicos e sociais, associados ao tempo prolongado de exposição a dispositivos móveis. Nesse prisma, faz-se essencial analisar as evidências científicas disponíveis e discutir o papel do pediatra frente às mudanças regulatórias. "Investigar os impactos do uso excessivo de celulares na saúde física, mental e social de crianças e adolescentes, e refletir sobre o papel do pediatra diante da nova lei regulatória. "Foi realizada uma busca de artigos publicados entre 2015 e 2025 nas bases PubMed, SciELO e Google Scholar, com os descritores 8203;8203;"saúde mental", "educação", "tecnologia", "infância" e "legislação". Foram considerados estudos originais, revisões sistemáticas e documentos institucionais. "Diversos estudos apontam que o uso excessivo de celulares está relacionado a uma série de problemas de saúde. Na esfera do sono, há atraso no início do sono, redução da duração e pior qualidade, com implicações diretas no aprendizado e no comportamento. A exposição prolongada à luz azul e à estimulação digital contribui para quadros de insônia e fadiga diurna. No âmbito físico, o tempo de tela substitui atividades motoras e favorece o sedentarismo, contribuindo para o aumento da obesidade infantojuvenil. Psicologicamente, há aumento de sintomas de ansiedade, depressão, baixa autoestima e isolamento social, sobretudo em adolescentes, além de maior exposição ao cyberbullying e ao conteúdo inadequado. Academicamente, há prejuízo da atenção e da retenção do conteúdo, impactando o rendimento escolar. A nova lei busca interromper esse ciclo, ao proibir o uso de celulares no ambiente escolar, exceto quando pedagógica e previamente autorizada, estimulando um espaço mais saudável para o aprendizado. Evidências apontam que o ambiente escolar livre de dispositivos móveis contribui para maior interação social entre pares, menor incidência de conflitos, aumento da concentração e melhora no desempenho acadêmico. "A Lei 15.100/25 é uma estratégia de saúde pública com potencial de mitigar os efeitos deletérios do uso excessivo de celulares no contexto escolar. Sua efetividade, porém, depende da articulação entre escola, família e profissionais de saúde. O pediatra, como figura central na promoção do desenvolvimento saudável, deve atuar orientando pais, educadores e crianças sobre o uso consciente da tecnologia, reconhecendo sinais de uso problemático e propondo limites adequados. Cabe também a ele apoiar práticas escolares que priorizem a interação, o movimento e o foco no aprendizado. A legislação, somada à educação digital e ao suporte contínuo das famílias, pode promover mudanças duradouras no comportamento infanto juvenil frente à tecnologia, favorecendo o bem-estar físico, emocional e cognitivo nessa fase crucial da vida.

Palavra Chave: SAÚDE MENTAL, EDUCAÇÃO, TECNOLOGIA, INFÂNCIA, LEGISLAÇÃO.

Título: NOVA LEI DE RESTRIÇÃO DE TELEFONES NAS ESCOLAS: IMPLICAÇÕES PARA A SAÚDE INFANTIL E ORIENTAÇÕES PARA PEDIATRAS

Autores: FERNANDA VIEIRA DE SOUZA CANUTO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL - SES), ANDREZA FABRO DE BEM (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UNB), ANA PAULA ALVES DA SILVA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), ANNA LUIZA MENEZES RIBEIRO (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), ANA CAROLINA DE SOUZA MATOS (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS)

Resumo: A Lei 15.100/2025, sancionada em janeiro de 2025, proíbe o uso de celulares por estudantes de escolas de educação básica durante aulas, recreios e intervalos, com exceções para fins pedagógicos, emergências ou acessibilidade. A legislação busca proteger a saúde mental, física e psicológica de crianças e adolescentes, respondendo a preocupações globais sobre o uso excessivo de telas. O Programa Internacional de Avaliação de Estudantes (PISA) de 2022 mostra que 80% dos estudantes brasileiros se distraem com celulares, afetando a concentração e o aprendizado. O uso prolongado de telas está associado a ansiedade, depressão e dificuldades de socialização em crianças. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS) tem limitações no acesso a serviços de saúde mental, destacando o papel dos pediatras na orientação de famílias e escolas sobre os impactos da lei. "Analizar os impactos, benefícios e desafios da Lei 15.100/2025 na saúde mental infantil, construindo orientações para pediatras com base em evidências sobre o uso de telas. "Revisão integrativa feita em abril de 2025, em bases como PubMed, SciELO e Google Scholar, usando descritores da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS): "saúde mental", "educação", "tecnologia", "infância" e "legislação". Foram selecionados artigos de 2015 a 2025, em português, inglês ou espanhol, sobre os efeitos das telas em crianças de 0 a 18 anos, excluindo estudos focados em adultos. A triagem envolveu leitura de títulos, resumos e textos completos, organizando os dados em categorias como impactos na saúde mental e estratégias de intervenção, seguindo padrões éticos. "Com a aplicação da Lei 15.100/2025 espera-se a redução da ansiedade e melhora da concentração, tendo em vista que diversos estudos que comprovam que o uso excessivo de telas está ligado a depressão, ideação suicida e bullying principalmente em crianças de 8 a 17 anos. A França, ao restringir celulares em 2018, teve ganhos significativos em disciplinas como matemática. No Brasil, a lei pode reduzir a exposição a bullying, relacionado ao uso excessivo de smartphones, que afeta a saúde mental. O ponto negativo é que a nomofobia (medo de ficar sem celular) pode aumentar o sofrimento psíquico, exigindo suporte psicológico, ainda mais com os recursos limitados do SUS. A lei prevê tecnologias assistivas para crianças com Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), promovendo inclusão. "A Lei 15.100/2025 tem capacidade para atuar como uma medida que promova a proteção da saúde das crianças, reduzindo ansiedade e melhorando o foco, mas exige ações contra a nomofobia e para garantir inclusão. Pediatras devem orientar famílias a adotar atividades off-line, como brincadeiras ao ar livre, e colaborar com escolas para aplicar a lei de forma inclusiva, sobretudo para crianças com TDAH ou dislexia. No SUS, a educação em saúde pode mitigar impactos negativos, mas é preciso ampliar o acesso a serviços de saúde mental.

Palavra Chave: SAÚDE MENTAL, EDUCAÇÃO, TECNOLOGIA, INFÂNCIA, LEGISLAÇÃO.

Título: CAMA COMPARTILHADA NA PEDIATRIA: ORIENTAÇÕES TÉCNICAS E SENSIBILIDADE CULTURAL

Autores: EMILLY VIEIRA BARBOSA DOS SANTOS NUNES (UNIEURO), INGRID FERNANDES LOIOLA (UNIEURO), DANIELA CRISTINA FERREIRA ALMEIDA (UNIEURO), GIOVANA RAMOS AMORIM (UNIEURO), LUIZA SILVA DOS SANTOS (UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (UNIEURO), ANA PAULA APARECIDA DE OLIVEIRA GONÇALVES (UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIEURO)

Resumo: Cama compartilhada é a prática de pais ou cuidadores dormirem na mesma superfície com o bebê ou com a criança, geralmente com o intuito de facilitar o cuidado noturno, a amamentação e reforço de vínculos. Em pediatria, essa prática levanta preocupações relacionadas à segurança infantil, especialmente em relação à síndrome da morte súbita do lactente (SMSL). No entanto, no Brasil, a cama compartilhada também está fortemente vinculada a fatores culturais e socioeconômicos. "Discutir como o pediatra deve se posicionar eticamente e com empatia diante da prática de cama compartilhada, considerando o contexto socioeconômico e cultural das famílias brasileiras. "Foram consultadas as plataformas SciELO, PubMed e LILACS, além de separatas do Departamento Científico de Pediatria da SBP. Os descriptores utilizados foram: cama compartilhada, sono infantil e cultura familiar. Também foram considerados os fatores: desigualdade habitacional, práticas culturais de cuidado e vínculo afetivo materno-infantil. A pesquisa se limitou aos últimos cinco anos. "O posicionamento do pediatra diante da cama compartilhada deve equilibrar rigor científico com sensibilidade cultural e social. A SBP e a Academia Americana de Pediatria desaconselham a prática em bebês menores de 1 ano devido ao risco aumentado de SMSL, sufocamento e quedas. A recomendação é que o bebê durma no mesmo quarto dos pais, mas em berço separado, preferencialmente até os 6-12 meses de vida. Contudo, no Brasil, dados do IBGE revelam que cerca de 11 milhões de famílias vivem em domicílios com apenas um cômodo. Em muitos lares, compartilhar a cama não é uma escolha, mas uma necessidade. Além disso, aspectos culturais, como a valorização do contato físico e a construção do vínculo noturno, são fortemente enraizados, sobretudo em regiões de menor poder aquisitivo. Frente a isso, o pediatra deve abordar o tema com empatia, orientando sobre como reduzir os riscos caso a cama compartilhada seja inevitável: evitar travesseiros, cobertores pesados, consumo de álcool ou sedativos por parte dos cuidadores, e garantir que o bebê durma sempre em posição supina. Estudos recentes mostram que os riscos são mais altos em situações de vulnerabilidade (uso de colchões inadequados, excesso de cobertas, sono em sofá ou poltrona). No entanto, quando praticada com medidas de segurança, e especialmente após o primeiro ano de vida, os riscos diminuem substancialmente. "A cama compartilhada, embora desaconselhada em termos ideais de segurança, deve ser discutida com sensibilidade. O pediatra não deve impor uma condenação universal à prática, mas oferecer orientações baseadas em evidências e adaptadas à realidade de cada família. A escuta ativa e o respeito ao contexto social e cultural são fundamentais para uma orientação eficaz e humanizada.

Palavra Chave: CAMA COMPARTILHADA. SONO INFANTIL. CULTURA FAMILIAR.

Título: VIOLÊNCIA INFANTIL E O PAPEL DO PEDIATRA: COMO A INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL PODE AUXILIAR NO RECONHECIMENTO DE ABUSO

Autores: MILENA NEVES SAMPAIO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), BEATRIZ OLIVEIRA MARQUES (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI UAM), CAMILA COSTA MARQUES (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI UAM), DÉBORA SOUZA SILVA (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI UAM), LETÍCIA NUNES MORTEIRO CRUZ (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI UAM), LUCIANA BEATRIZ BUENO PEDROSO MENDES (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI UAM), MARIA ALICE ALENCAR FREITAS (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI UAM), CARINA VITÓRIA PARADAS DIAS (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI UAM)

Resumo: O abuso sexual infantil é uma grave violação dos direitos humanos e um desafio à saúde pública. Dados do Ministério da Saúde indicam que as notificações de violência sexual contra crianças de 0 a 9 anos aumentaram 63,6% entre 2011 e 2021. Esse crescimento evidencia a urgência de estratégias de identificação precoce. Embora o tema tenha apresentado maior visibilidade pública e gerado mobilização social, o diagnóstico clínico ainda é dificultado pela negligência médica a sinais sutis ou mascarados por fatores familiares. Crianças de todas as origens são vulneráveis, tornando o reconhecimento mais complexo. Nesse cenário, tecnologias de inteligência artificial (IA) surgem como ferramentas inovadoras para auxiliar na avaliação clínica e na detecção de sinais preditivos do abuso "Destacar o uso da inteligência artificial (IA) como ferramenta na detecção precoce de violência sexual infanto-juvenil na pediatria ambulatorial, a fim de promover intervenções efetivas. Demonstra-se a eficácia da IA na superação de desafios diagnósticos clínicos inespecíficos e sutis, a fim de reduzir a subnotificação e fortalecer a atuação multidisciplinar na proteção integral da criança. "Foi realizada uma revisão bibliográfica nas bases PubMed e SciELO dos últimos dez anos, utilizando os descritores "abuso sexual na infância" e "inteligência artificial". Incluíram-se 37 estudos, abrangendo revisões sistemáticas e ensaios clínicos com IA. A análise contemplou redes neurais artificiais, convolucionais e transformadores visuais, aplicados a imagens radiológicas, registros clínicos, desenhos infantis e informações de sistemas de proteção social. Os estudos buscaram alta precisão diagnóstica, embora enfrentem limitações como viés nos dados e ausência de validação externa. "Estima-se que, mundialmente, uma em cada sete crianças tenha sofrido violência ou negligência no último ano. Modelos de IA vêm apresentando desempenho promissor: redes neurais artificiais alcançaram até 99,2% de precisão; redes convolucionais aplicadas a desenhos infantis atingiram cerca de 84% de acurácia; transformadores visuais, ao analisar imagens forenses, superaram 63% de acerto. Análises textuais de registros clínicos mostraram AUC acima de 90%. A integração de dados diversos (imagens, linguagem natural, traços gráficos e contexto social) ampliou o poder preditivo. No entanto, a maioria dos estudos ainda é experimental, dificultando a aplicação clínica imediata. No Brasil, entre 2016 e 2020, aproximadamente 35 mil crianças e adolescentes foram vítimas de mortes violentas decorrentes do abuso sexual, o que reforça a urgência do uso e dos avanços da IA" A IA apresenta elevado potencial para a detecção precoce do abuso sexual infantil, possibilitando diagnósticos mais acurados. Sua implementação requer validação científica rigorosa, capacitação especializada e protocolos éticos definidos. Dessarte, a ferramenta aprimora substancialmente a pediatria na salvaguarda de crianças em situação de vulnerabilidade sexual

Palavra Chave: CRIANÇA, INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL, ABUSO SEXUAL, DIAGNÓSTICO

Título: FEBRE E DENTIÇÃO: DESMISTIFICANDO A ASSOCIAÇÃO COM BASE EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

Autores: ANA PAULA NASCIMENTO GONTIJO (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), AMANDA MENEZES GOMES (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), ANA BEATRIZ GUTMACHER GALVÃO BUENO LEMES (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), ANA BEATRIZ MORAIS DE OLIVEIRA (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), MARIA EDUARDA CARVALHO DOS SANTOS (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), TAISA DA SILVEIRA PINTO (UNIEURO (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO)), DR. CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE DE PEDIATRIA DA UNIEURO/UNB/UNICEUB)

Resumo: A crença popular de que o nascimento dos dentes causa febre ainda é muito comum entre familiares e até entre alguns profissionais de saúde. No entanto, não há qualquer mecanismo fisiológico que explique essa associação. A literatura científica atual é clara: dentição não causa febre. A febre em qualquer idade, incluindo o período de erupção dentária, deve ser sempre investigada com critério. O papel do pediatra é essencial para orientar corretamente. "Ressaltar a importância do pediatra no manejo correto da febre durante a dentição, discutindo por que ainda persiste a crença de que dentes causam febre. Entre os motivos, destacam-se: desejo de agradar familiares, receio de contrariar crenças culturais ou, infelizmente, o desconhecimento ou negligência diante da falta de evidência. "Foi realizada revisão da literatura nas plataformas PubMed, SciELO e Lilacs, além de diretrizes atualizadas da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD). Foram utilizados os descritores: febre, dentição, pediatria, mitos populares, infecções virais e erupção dentária. Foram selecionados artigos publicados nos últimos cinco anos. "A febre é definida como temperatura axilar acima de 37,2 C, conforme diretrizes da SBP. Deve sempre ser investigada e tratada quando houver desconforto, utilizando antitérmicos seguros e indicados para a idade da criança, respeitando os intervalos adequados. Não se deve intercalar medicamentos sem orientação médica, prática comum e arriscada. A dentição decídua envolve a erupção de até 20 dentes, geralmente entre 6 meses e 3 anos. Se cada dente causasse febre, a criança estaria febril por meses, o que não se sustenta clinicamente. Não há nenhum mecanismo imunológico ou inflamatório conhecido que justifique o aumento da temperatura corporal durante a erupção dentária. Mas por que então tantas crianças apresentam febre nesse período? A coincidência temporal com maior exposição a ambientes externos (creches, visitas), queda transitória de imunoglobulina G (IgG) materna e imaturidade imunológica tornam o lactente mais suscetível a infecções virais leves, que são as reais responsáveis pela febre não os dentes. O pediatra deve acolher a ansiedade dos pais, mas jamais abrir mão da medicina baseada em evidências. A febre é um sintoma clínico que pode esconder doenças sérias e nunca deve ser atribuída, de forma leviana, à dentição. "Dentição não causa febre. A associação é um mito cultural amplamente difundido, porém sem respaldo científico. O pediatra tem a responsabilidade de desmistificar essa crença, educar os familiares e investigar adequadamente toda febre, promovendo segurança clínica e diagnóstico responsável.

Palavra Chave: FEBRE, DENTIÇÃO, MITOS, PEDIATRIA

Título: PUERICULTURA EM LACTENTE COM ANEMIA FALCIFORME: RELATO DE CASO E CUIDADOS ESSENCIAIS

Autores: BEATRIZ DO NASCIMENTO BACELAR (CEUB), ANA FLÁVIA SILVA CASTRO (CEUB), LUCAS TÔRRES DE AVELLAR (CEUB), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE CEUB/UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (UNIEURO)

Resumo: A anemia falciforme é uma hemoglobinopatia hereditária causada pela presença da hemoglobina S

em homozigose (Hb SS). No Brasil, é prevalente em populações afrodescendentes, com cerca de

0,1 a 0,3% dos nascidos vivos afetados. O pediatra tem papel fundamental desde o diagnóstico,

realizando puericultura especializada para reduzir complicações e promover qualidade de vida. "Lactente masculino, 6 meses, parto vaginal, a termo, AIG, sem intercorrências gestacionais ou neonatais. Desenvolvimento neuropsicomotor normal, em aleitamento materno com introdução alimentar adequada. Estado nutricional e vacinas conforme o PNI. A mãe informa acompanhamento em hematologia pediátrica por anemia falciforme, com diagnóstico de Hb SS confirmado por eletroforese de hemoglobina. A criança faz uso de penicilina V oral como profilaxia. A genitora solicita orientações específicas para o seguimento ambulatorial. "A triagem neonatal pelo Teste do Pezinho pode indicar suspeita de anemia falciforme. A

eletroforese de hemoglobina é feita após o segundo mês, pois nos primeiros dias a hemoglobina

fetal (Hb F) está elevada, podendo mascarar o padrão falcêmico. Os sintomas geralmente iniciam

entre 4 e 6 meses, quando ocorre a transição da Hb F para Hb S, predispondo a crises vasocclusivas, infecções e sequestro esplênico.

O pediatra deve manter o calendário vacinal atualizado, incluindo vacinas especiais: pneumocócica

23-valente a partir de 2 anos, além da pneumocócica 20, mais recente e eficaz contra múltiplos sorotipos. A penicilina V oral deve ser iniciada logo após o diagnóstico e mantida até pelo menos 5

anos, com objetivo de prevenir infecções por pneumococos. O uso de ácido fólico inicia-se aos 6

meses (1 mg/dia), devido à alta taxa de renovação eritrocitária e risco de deficiência. Outros cuidados incluem:

- Acompanhamento rigoroso do crescimento e desenvolvimento;
- Monitoramento de sinais de alarme (febre, palidez súbita, baço aumentado, dor intensa);
- Orientações sobre hidratação adequada, evitar exposição ao frio e reconhecer precocemente infecções;
- Encaminhamento precoce a serviços de referência e reforço da adesão familiar." A anemia falciforme requer acompanhamento pediátrico contínuo e personalizado. O pediatra não apenas encaminha, mas integra o cuidado, orienta e fortalece a família. Com medidas de prevenção, educação e monitoramento, é possível minimizar riscos e garantir uma infância mais saudável a crianças com essa condição crônica.

Palavra Chave: ANEMIA FALCIFORME, TRIAGEM NEONATAL, LACTENTE

23

Título: CONDUTA PEDIÁTRICA FRENTE ÀS PARASITOSES INTESTINAIS NA INFÂNCIA: DIAGNÓSTICO OU TRATAMENTO DIRETO?

Autores: MARIA LUIZA FELIPE ROCHA MELLO (ACADÊMICA DE MEDICINA/ CEUB), LUCAS TÔRRES DE AVELLAR (ACADÊMICO DE MEDICINA/ CEUB), JOÃO PEDRO ABBOTT CABRAL DE OLIVEIRA (ACADÊMICO DE MEDICINA/ CEUB), ANA FLÁVIA SILVA CASTRO SILVA CASTRO (ACADÊMICA DE MEDICINA/ CEUB), ANA JÚLIA SANTA BÁRBARA REHEM (ACADÊMICA DE MEDICINA/ CEUB), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (ACADÊMICA DE MEDICINA/ UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE UNICEUB), MARIA EDUARDA OLIVEIRA BASTOS (ACADÊMICA DE MEDICINA CEUB)

Resumo: Parasitos intestinais são infecções causadas por protozoários e helmintos que habitam o trato gastrointestinal humano, com prevalência significativa em países tropicais, especialmente em populações com baixos níveis

socioeconômicos. No Brasil, os parasitas mais comuns incluem Giardia lamblia, Entamoeba histolytica, Ascaris lumbricoides, Trichuris trichiura e Ancylostoma duodenale. Crianças em idade pré-escolar e escolar são mais vulneráveis, devido à imaturidade imunológica, hábitos de higiene ainda em construção. "Analizar como o pediatra deve conduzir a solicitação de exames parasitológicos ou indicar tratamento empírico diante da pressão familiar, principalmente de mães que exigem vermífugos ou exames, mesmo na ausência de sintomas claros. "Revisão integrativa da literatura realizada nas plataformas SciELO, PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). Foram utilizados cinco descritores principais: 'parasitos intestinais', 'pediatria', 'exame parasitológico de fezes', 'anti-helmínticos' e 'diagnóstico empírico', acrescidos de 'conduta pediátrica', 'pressão familiar' e 'tratamento empírico'. Foram incluídos artigos e documentos oficiais publicados nos últimos 10 anos (2014-2024), em português. "As parasitos intestinais afetam mais intensamente crianças em áreas de vulnerabilidade, com destaque para a infecção por Ascaris e Giardia. Em crianças menores de cinco anos, a giardíase é comum, provocando diarreia, dor abdominal e distensão. Já em escolares, helmintíases como ascaridíase e ancilostomíase predominam, podendo impactar no desenvolvimento nutricional e cognitivo. O tratamento empírico com albendazol ou mebendazol é eficaz contra a maioria dos helmintos, sendo seguro e amplamente aceito. "Diante de insistência dos responsáveis sem justificativa clínica, o pediatra deve exercer uma conduta educativa, explicando os riscos do uso inadequado de medicamentos, reforçando medidas preventivas de higiene e saneamento, e ponderando a solicitação de exames conforme contexto clínico e epidemiológico. Estratégias empáticas de comunicação evitam a medicalização excessiva e promovem um cuidado mais humanizado.

Palavra Chave: PARASITOSES INTESTINAIS, PEDIATRIA, EXAME PARASITOLÓGICO

Título: BROTO MAMÁRIO E SECREÇÃO LÁCTEA EM LACTENTE: RELATO DE CASO E CONDUTA PEDIÁTRICA

Autores: MARIA EDUARDA OLIVEIRA BASTOS (CEUB), BRUNA ARESE CÂMARA SILVA NETO (CEUB), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (CEUB), BEATRIZ DO NASCIMENTO BACELAR (CEUB), MARIA LUIZA FELIPE ROCHA MELLO (CEUB), ANA JÚLIA SANTA BARBARA REHEM (CEUB), ANA FLÁVIA SILVA CASTRO (CEUB)

Resumo: O aparecimento de broto mamário em lactentes, mesmo no primeiro semestre de vida, é um achado comum e geralmente benigno. Pode ocorrer tanto em meninas quanto em meninos, sem estar associado a puberdade precoce ou alterações hormonais patológicas. Em alguns casos, há liberação de uma secreção esbranquiçada, popularmente conhecida como 'leite de bruxa'. O pediatra deve saber conduzir esses quadros com cautela, evitando exames e tratamentos desnecessários, mas também atento a sinais de alarme. "Lactente feminino, 4 meses, nascida de parto vaginal, a termo, adequada para a idade gestacional, sem intercorrências perinatais. Aleitamento materno exclusivo, crescimento e desenvolvimento adequados, com peso, estatura e perímetrocefálico normais para a idade. Todos os testes de triagem neonatal foram negativos. A mãe relata perceber leve crescimento nas mamas da criança desde o primeiro mês de vida, sem sinais inflamatórios. Recentemente, ao apertar a região, notou saída de secreção esbranquiçada. A mãe nega uso de contraceptivos hormonais e deseja saber se deve se preocupar. "O desenvolvimento mamário em lactentes é chamado de telarca neonatal, e ocorre por estímulo hormonal materno intraútero e nos primeiros meses de vida. O quadro é fisiológico e transitório, geralmente presente em até 60% dos recém-nascidos, com predomínio no sexo feminino, embora possa ocorrer também em meninos. A secreção miliar, chamada popularmente de 'leite de bruxa', é composta por prolactina, estrogênios maternos e substâncias presentes no leite materno. Ela costuma surgir entre a 1^a e 8^a semana de vida e pode persistir por até 6 meses, sem representar doença. O estímulo local (como apertar a mama) pode prolongar a secreção e deve ser evitado. A telarca neonatal não está associada ao uso de contraceptivos orais pela mãe no período de lactação. A presença ou não do broto mamário varia de criança para criança conforme a sensibilidade hormonal individual. Em geral, o broto tende a regredir espontaneamente até os 12 meses.

O quadro só merece investigação se houver:

- Aumento progressivo das mamas após os 6 meses de idade;
- Sinais de puberdade precoce (pelos pubianos, odor axilar, crescimento acelerado);
- Secreção purulenta ou com sinais de inflamação local;
- Massa endurecida, assimétrica ou dolorosa. "A telarca neonatal com ou sem secreção láctea é uma condição fisiológica e autolimitada. O pediatra deve tranquilizar os cuidadores, orientar para não manipular as mamas e acompanhar a evolução clínica. Investigação só é necessária diante de sinais de virilização, puberdade precoce ou alterações inflamatórias. A escuta qualificada e a abordagem clínica segura evitam condutas desnecessárias e fortalecem o vínculo com a família.

Palavra Chave: BROTO, MAMÁRIO, SECREÇÃO, LÁCTEA, LACTENTE

Título: TEMPO DE TELA NA INFÂNCIA: ABORDAGEM REALISTA E HUMANIZADA NA PRÁTICA PEDIÁTRICA

Autores: GIOVANA RAMOS AMORIM (UNIEURO), INGRID FERNANDES LOIOLA (UNIEURO), DANIELA CRISTINA FERREIRA ALMEIDA (UNIEURO), ANA PAULA APARECIDA DE OLIVEIRA GONÇALVES (UNIEURO), LUIZA SILVA DOS SANTOS (UNIEURO), EMILLY VIEIRA BARBOSA DOS SANTOS NUNES (UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIEURO)

Resumo: Tempo de tela é definido como o período diário em que crianças permanecem expostas a dispositivos com telas eletrônicas (televisão, tablets, celulares, computadores ou videogames). Com o avanço da tecnologia e a ubiquidade dos dispositivos móveis, o tempo de tela tem aumentado progressivamente, levantando preocupações quanto ao seu impacto no desenvolvimento infantil, especialmente nas fases iniciais da vida. "Refletir sobre como o pediatra deve orientar pais e cuidadores quanto ao tempo de tela, considerando as condições socioeconômicas e culturais da população brasileira, promovendo recomendações viáveis e eficazes. "Foi realizada revisão nas plataformas SciELO, PubMed e LILACS, com descritores: tempo de tela, criança, desenvolvimento infantil e tecnologia. Incluíram-se também informações das separatas dos Departamentos Científicos de Pediatria do Desenvolvimento, Neurologia e Saúde Pública da SBP. Os últimos 5 anos foram considerados. Como complementos, foram incluídas análises sobre desigualdade digital, infraestrutura urbana e acesso a espaços públicos seguros. "O pediatra deve adotar uma postura técnica, mas compreensiva ao abordar o tema. Estudos indicam que o excesso de tempo de tela está associado a distúrbios de sono, atraso no desenvolvimento da linguagem, transtornos de comportamento, obesidade e prejuízo na socialização. A recomendação da SBP e da OMS é de nenhum tempo de tela para menores de 2 anos, e até 1 hora por dia para crianças entre 2 e 5 anos, sempre com supervisão. No entanto, no contexto brasileiro, essa recomendação encontra barreiras práticas: a maioria dos lares têm acesso a televisão e celular, mas não a brinquedos educativos, espaços públicos seguros ou creches integrais. Para muitas famílias, o uso de telas torna-se uma alternativa inevitável, muitas vezes como único recurso para manter a criança entretida enquanto os cuidadores trabalham. Portanto, simplesmente proibir o uso de telas pode soar como uma crítica insensível à realidade dessas famílias. O pediatra deve evitar um tom impositivo e, ao invés disso, propor alternativas possíveis, como incentivar interações humanas durante o uso de telas (co-viewing), priorizar conteúdos educativos e musicais, delimitar horários (evitar telas nas refeições e antes de dormir), e valorizar atividades simples como contar histórias, cantar ou brincar com objetos do cotidiano. Entre celular e TV, o celular tende a ser mais prejudicial devido ao uso passivo e isolado, além de ser difícil de controlar. A música, por outro lado, não é contraindicada, pelo contrário, pode ser benéfica ao desenvolvimento cognitivo e emocional. "O tempo de tela deve ser regulado com base em evidências, mas sem desprezar as realidades econômicas e culturais das famílias brasileiras. O pediatra deve ser um educador acolhedor, oferecendo caminhos possíveis e não apenas restrições. A construção de uma rotina equilibrada e respeitosa ao contexto social deve ser o eixo central da orientação em consultório.

Palavra Chave: TEMPO DE TELA. CRIANÇA. DESENVOLVIMENTO INFANTIL. TECNOLOGIA

Título: USO EXCESSIVO DE TELAS E SEUS IMPACTOS NO CÉREBRO ADOLESCENTE: DESAFIOS À SAÚDE MENTAL EM TEMPOS DIGITAIS

Autores: MILENA NEVES SAMPAIO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), AMANDA PEREIRA SILVESTRE (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI (UAM)), BEATRIZ OLIVEIRA MARQUES (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI (UAM)), CAMILA PICCOLI DA SILVA (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI (UAM)), LUCIANA BEATRIZ BUENO PEDROSO MENDES (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI (UAM)), MARIA EDUARDA YAGINUMA RIBEIRO (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI (UAM)), VAGNER DA CRUZ FREIRE (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI (UAM)), CARINA VITÓRIA PARADAS DIAS (UNIVERSIDADE ANHEMBI MORUMBI (UAM))

Resumo: A saúde mental de crianças e adolescentes tornou-se prioridade em saúde pública, especialmente após a pandemia de COVID-19. A adolescência é uma fase de intensas transformações físicas, emocionais e sociais, o que a torna particularmente vulnerável a transtornos psíquicos. Fatores como pressões escolares, conflitos familiares e padrões estéticos contribuem para o aumento de quadros de ansiedade, depressão e comportamentos autodestrutivos. A pandemia agravou esse cenário por meio do isolamento social, ruptura de rotinas e intensificação do uso de tecnologias. Apesar de facilitar a comunicação, o uso excessivo de telas acentuou comparações sociais e o contato com conteúdos nocivos. A redução da atividade física também comprometeu o bem-estar, evidenciando a necessidade de políticas públicas que promovam o uso saudável da tecnologia" avaliar os impactos neurobiológicos e psicosociais negativos do uso excessivo de telas no cérebro de adolescentes, sensibilizando educadores, profissionais da saúde e famílias sobre as repercussões à saúde mental e ao desenvolvimento neurocognitivo.

"Foi realizada uma revisão narrativa de abordagem qualitativa, com base em publicações entre 2013 e 2023 nas bases PubMed, SciELO, LILACS e BVS, utilizando os descritores: "saúde mental", "adolescente", "mídias sociais" e "transtornos do neurodesenvolvimento". Também foram analisados documentos oficiais e relatórios de organizações não governamentais. Dois estudos quantitativos transversais complementaram a análise: um com 23.533 adultos, associando uso compulsivo de mídias a sintomas como TDAH, TOC, ansiedade e depressão; e outro com 933 adolescentes peruanos, que investigou a relação entre vitimização, solidão e trauma psicológico" Na região Norte do Brasil, 95% dos adolescentes de 9 a 17 anos utilizam telas, principalmente smartphones. O uso excessivo associa-se a sintomas como ansiedade, depressão, baixa autoestima e ideação suicida, com maior impacto entre meninas. A exposição precoce (antes dos 5 anos) relaciona-se a atrasos na linguagem, atenção e habilidades sociais. O uso noturno compromete o sono e a cognição. Estudos de neuroimagem indicam alterações em áreas cerebrais relacionadas à emoção e tomada de decisões. Também foram observados sintomas semelhantes aos da Síndrome de Tourette, como os descritos na MSMI-FTB. O estudo com adolescentes peruanos revelou que a solidão mediou significativamente a relação entre vitimização e trauma psicológico, com efeitos estatísticos relevantes tanto para adolescentes precoces ($B = 0,69$) quanto tardios ($B = 0,66$)"O uso excessivo de telas tem efeitos negativos sobre a saúde mental e o desenvolvimento neurocognitivo de adolescentes, agravados pelo contexto pandêmico. Estratégias interdisciplinares são urgentes para incentivar o uso consciente da tecnologia, fortalecer vínculos afetivos e promover hábitos saudáveis. A presença de profissionais capacitados e políticas públicas eficazes é essencial para o bem-estar das novas gerações.

Palavra Chave: ADOLESCENTE, TECNOLOGIA, DEPRESSÃO, SAÚDE MENTAL

Título: MATURAÇÃO DO SONO INFANTIL: MARCOS DO DESENVOLVIMENTO E ORIENTAÇÕES PARA A PRÁTICA PEDIÁTRICA

Autores: ANA BEATRIZ MORAIS DE OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), AMANDA MENEZES GOMES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA BEATRIZ GUTMACHER GALVÃO BUENO LEMES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA NASCIMENTO GONTIJO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), MARIA EDUARDA CARVALHO DOS SANTOS (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), TAISA DA SILVEIRA PINTO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), DR CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE ASSISTENTE DE PEDIATRIA DA UNIEURO/UCB E UNICEUB)

Resumo: O sono infantil é um processo biológico em constante amadurecimento nos primeiros meses e anos de vida. Ao nascer, o sono é polifásico, distribuído ao longo das 24 horas e ainda imaturo. A organização em ciclos claros de sono noturno e vigília diurna ocorre de forma progressiva. Até os 3 meses, o bebê ainda não apresenta o ritmo circadiano estabelecido. O sono noturno similar ao do adulto começa a se formar entre o 3º e 4º mês e amadurece até o final do 1º ano de vida. "Esclarecer os marcos do desenvolvimento do sono infantil e reforçar a importância do pediatra orientar com propriedade os pais quanto à fisiologia do sono nas diferentes fases da infância. "Revisão narrativa baseada em artigos dos últimos 5 anos nas plataformas PubMed e Scielo. Foram utilizados os descritores: "sono infantil", "ritmo circadiano", "maturação do sono" e "cochilos diurnos". Complementaram-se documentos de consensos internacionais, diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria e estudos de neurodesenvolvimento com foco em higiene do sono. "O sono infantil é composto por ciclos que evoluem em duração e estrutura. No recém-nascido, há ausência de distinção entre dia e noite; o sono é predominantemente ativo (similar ao REM) e distribuído em blocos de 2–4 horas. A partir da 6ª a 8ª semana, inicia-se a consolidação do sono noturno. No 2º mês, observa-se maior concentração de sono entre 21h e 6h. Já no 3º mês, o bebê passa a apresentar maior capacidade de permanecer dormindo durante a noite, e por volta do 4º mês, a arquitetura do sono se assemelha à do adulto. Os "cochilos diurnos" (ou sestas) são fisiológicos e fazem parte da maturação. Seu número e duração diminuem com a idade: de 3 a 4 cochilos no 1º trimestre, caindo para 1 a 2 a partir dos 12 meses. São essenciais no primeiro ano, mas não devem ser impostos apenas para a conveniência da rotina familiar. O cochilo forçado pode prejudicar o início do sono noturno e causar despertares frequentes. O sono maduro é caracterizado por adormecer entre 19h e 21h e acordar entre 6h e 8h. A partir dos 6 a 12 meses, a maioria dos bebês passa a ter esse padrão consolidado, embora variações ocorram conforme o ambiente, alimentação, vínculo e estímulo sensorial. "Cabe ao pediatra explicar aos pais que o sono do recém-nascido não é igual ao do adulto e que a consolidação gradual é esperada. Orientar sobre os marcos fisiológicos do sono ajuda a evitar expectativas irrealistas, reduz intervenções desnecessárias e promove uma rotina mais saudável para a criança e a família.

Palavra Chave: SONO INFANTIL, DESENVOLVIMENTO, CRIANÇAS, LACTENTES

Título: LINFOPENIA PERSISTENTE EM ESCOLAR COM SÍNDROME DE DOWN: IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO IMUNOLÓGICO NA PUERICULTURA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LUANA MAI NAGATA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), MARIANA DOS SANTOS VASCONCELOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA)

Resumo: A trissomia do cromossomo 21, conhecida como síndrome de Down (SD), é a anomalia cromossômica mais comum, caracterizada por uma variedade de alterações fenotípicas e predisposição a diversas condições clínicas. Entre essas, destacam-se as disfunções imunológicas, que podem levar a infecções recorrentes e doenças autoimunes. Dessa forma, é fundamental que o pediatra esteja atento às particularidades imunológicas desses pacientes durante o acompanhamento de rotina. "Paciente do sexo masculino, 8 anos, portador de SD, apresenta crescimento compatível com os padrões específicos da síndrome e é acompanhado por cardiologia pediátrica devido a comunicação interventricular discreta. Durante consulta de rotina, a mãe relata que exames laboratoriais anteriores mostraram linfócitos baixos. O hemograma atual revela linfócitos totais de 504/mm³. O paciente não apresenta histórico de infecções de repetição, mantém bom apetite e níveis hormonais tireoidianos dentro da normalidade." A SD está associada a diversas alterações imunológicas, incluindo linfopenia, principalmente de células T, hipogamaglobulinemia e disfunções tímicas, como hipoplasia. Essas alterações podem predispor os pacientes a infecções e doenças autoimunes, embora nem todos os indivíduos com SD apresentem manifestações clínicas evidentes. A linfopenia persistente, mesmo na ausência de infecções recorrentes, pode indicar uma imunodeficiência subjacente. Diante do achado de linfopenia persistente, é recomendada a realização de imunofenotipagem por citometria de fluxo para avaliação das subpopulações linfocitárias (CD3, CD4, CD8, CD19, CD16/56), além da dosagem de imunoglobulinas séricas (IgG, IgA, IgM) e suas subclasses. Esses exames auxiliam na identificação de deficiências imunológicas específicas e orientam o manejo clínico adequado. "O acompanhamento pediátrico de pacientes com SD deve incluir a avaliação periódica do sistema imunológico, mesmo na ausência de sintomas clínicos evidentes. A identificação precoce de alterações imunológicas permite intervenções oportunas, reduzindo o risco de complicações e melhorando a qualidade de vida desses pacientes.

Palavra Chave: LINFOPENIA, DOWN, IMUNODEFICIÊNCIA

**Título: PIG E CRESCIMENTO ESTATURAL: ATENÇÃO REDOBRADA NA AVALIAÇÃO PEDIÁTRICA:
UMA REVISÃO NARRATIVA**

Autores: NAROTTAM SÓCRATES GARCIA CHUMBITAZ (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARIANA DOS SANTOS VASCONCELOS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), GABRIEL SOUZA SANTOS DA SILVA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), NATALIA RINCON ARRUDA DAGUER DAMASCENO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARCOS HEITOR ROCHA DOS REIS DUQUE (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), LORRANY MACHADO SOUSA DE MELO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), SARA BUM DO NASCIMENTO FRANÇA (UNIVERSIDADE ESTADUAL DE RORAIMA), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: Peso inferior ao esperado para a idade gestacional ao nascimento é denominado “pequeno para a idade gestacional” (PIG). As principais causas de PIG incluem insuficiência placentária, infecções congênitas, síndromes genéticas, desnutrição materna e hipertensão na gestação. A restrição de crescimento intrauterino (RCIU) pode afetar de forma definitiva a estatura, o peso e o desenvolvimento metabólico da criança, exigindo vigilância prolongada no seguimento pediátrico.

“Este estudo tem como objetivo destacar a importância do acompanhamento criterioso do crescimento em crianças com histórico de PIG, com ênfase na detecção precoce de desvios estaturais persistentes que possam requerer investigação e intervenção específicas.

“Foi realizada revisão narrativa nas plataformas PubMed, SciELO e LILACS, considerando publicações dos últimos cinco anos. Foram utilizados os descritores: “pequeno para idade gestacional”, “crescimento infantil”, “restrição de crescimento intrauterino”, “estatura”, além de “peso ao nascer”, “desenvolvimento infantil” e “hormônio do crescimento”.

“O PIG é definido como o nascimento com peso inferior ao percentil 10 para a idade gestacional, considerando curvas populacionais de referência. No Brasil, a prevalência de PIG varia de 8% a 14%, dependendo da região e das condições socioeconômicas.

As principais causas envolvem fatores maternos (hipertensão, desnutrição, tabagismo), fetais (malformações congênitas, infecções) e placentários (insuficiência placentária). As repercuções do PIG incluem risco aumentado de doenças metabólicas na vida adulta, déficits cognitivos e alterações de crescimento.

Em relação ao crescimento, a maioria das crianças PIG recupera o peso e a estatura nos primeiros dois anos de vida. Entretanto, cerca de 10% a 15% podem não alcançar o catch-up esperado, permanecendo com estatura abaixo do percentil 3. Se, após os dois anos, apenas a estatura continua comprometida (peso normal e estatura < p3), é possível atribuir a baixa estatura residual ao histórico de PIG.

Nesse cenário, o pediatra deve investigar outras causas de baixa estatura, como deficiências hormonais (especialmente de hormônio de crescimento), síndromes genéticas não previamente diagnosticadas ou fatores ambientais. O histórico de PIG isoladamente não exclui a necessidade de investigação adicional.

A avaliação inclui história clínica detalhada, dados de crescimento anteriores, exame físico minucioso e exames laboratoriais básicos (hemograma, função tireoidiana, avaliação hormonal de crescimento) e, se necessário, encaminhamento ao endocrinologista pediátrico.

“O histórico de PIG exige acompanhamento rigoroso do crescimento. A ausência de recuperação adequada da estatura após dois anos, mesmo com peso normalizado, demanda avaliação específica para diagnóstico de baixa estatura secundária ou persistente. O pediatra deve reconhecer precocemente esses casos para garantir o manejo oportuno e otimizar o potencial de crescimento da criança.

Palavra Chave: RECÉM-NASCIDO DE BAIXO PESO, LINGUAGEM INFANTIL, FALA

Título: TOSSE EM INFECÇÕES VIRAIS: USO INADEQUADO DE ANTIALÉRGICOS E CORTICOIDES NA PRÁTICA PEDIÁTRICA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), LUANA MAI NAGATA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA)

Resumo: A tosse é um reflexo fisiológico essencial que protege as vias aéreas, facilitando a eliminação de secreções e agentes patogênicos. Em infecções virais como o resfriado comum e a gripe, a tosse é frequentemente observada e, embora incômoda, geralmente é autolimitada e não requer supressão medicamentosa. No entanto, é comum a prescrição de antialérgicos, como loratadina ou dexclorfeniramina, muitas vezes associados a corticoides como a betametasona, mesmo em crianças sem histórico de asma ou doenças alérgicas. "Este trabalho visa alertar os pediatras sobre o uso indiscriminado de antialérgicos e corticoides no tratamento da tosse associada a infecções respiratórias virais em pacientes pediátricos sem diagnóstico prévio de asma ou outras condições alérgicas. "Foi realizada uma revisão de literatura nas plataformas PubMed, SciELO e LILACS, considerando publicações mais relevantes. Os descritores utilizados foram: "tosse", "infecções respiratórias virais", "antialérgicos", "corticoides", "pediatria", além de "loratadina", "dexclorfeniramina" e "betametasona". Também foram consultadas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), Sociedade Brasileira de Pneumologia e Tisiologia (SBPT) e Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI)." A tosse em infecções virais respiratórias é resultado da inflamação das vias aéreas superiores, ativando receptores sensoriais que desencadeiam o reflexo da tosse. Este mecanismo é benéfico, promovendo a limpeza das vias respiratórias. A duração típica da tosse viral é de até três semanas, sendo autolimitada na maioria dos casos. A prescrição de antialérgicos e corticoides para tratar a tosse viral em crianças sem histórico de doenças alérgicas é uma prática comum, porém inadequada. Estudos demonstram que esses medicamentos não apresentam eficácia comprovada nesse contexto e podem causar efeitos adversos, como sedação, irritabilidade e supressão do sistema imunológico. Além disso, o uso indiscriminado pode mascarar sintomas de condições mais graves e atrasar o diagnóstico adequado.

A pressão dos familiares por uma solução rápida para a tosse das crianças pode influenciar os profissionais de saúde a prescreverem medicamentos desnecessários. No entanto, é fundamental que o pediatra eduque os cuidadores sobre a natureza autolimitada da tosse viral e oriente sobre medidas de suporte, como hidratação adequada, uso de soluções salinas nasais e controle da febre, quando presente. "A tosse associada a infecções virais respiratórias em crianças é, na maioria das vezes, autolimitada e não requer tratamento medicamentoso específico. O uso de antialérgicos e corticoides deve ser reservado para casos com indicações claras, como em pacientes com doenças alérgicas diagnosticadas. É essencial que os pediatras adotem uma abordagem baseada em evidências, evitando prescrições desnecessárias e educando os familiares sobre o curso natural da doença.

Palavra Chave: TOSSE, ANTIALÉRGICO, CORTICÓIDE

31

Título: DESAFIOS NO DIAGNÓSTICO DE HIPERPLASIA ADENOIDEANA MODERADA EM CRIANÇAS COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS: RELATO DE CASO

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC)

Resumo: A hiperplasia adenoideana caracteriza-se pelo aumento das tonsilas faríngeas na nasofaringe, podendo causar obstrução parcial ou total da via aérea. Classificada em leve, moderada ou severa, suas manifestações incluem respiração bucal, roncos, apneia do sono, otites recorrentes e alterações na fala. A suspeita clínica baseia-se em obstrução nasal crônica e infecções respiratórias repetitivas, com diagnóstico confirmado por exames de imagem. "Paciente masculino, seis anos, atendido em consulta pediátrica de rotina com queixas de tosse, coriza e congestão nasal frequentes, ocasionalmente com febre. A mãe negou apneia, respiração bucal noturna ou despertares frequentes, sem antecedentes atópicos familiares. Exames radiológicos prévios da face mostraram espessamento mucoso. Radiografia lateral do cavum revelou hiperplasia adenoideana moderada. "Discussão: A hipertrofia adenoideana associa-se a infecções respiratórias recorrentes e processos alérgicos crônicos. O diagnóstico utiliza nasofibroscopia, exame padrão-ouro, ou radiografia do cavum. A nasofibroscopia exige ambiente especializado e, em alguns casos, sedação, enquanto a radiografia é acessível e sensível para avaliação inicial. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) recomendam abordagem integrada, combinando sintomas clínicos e imagem, evitando exames desnecessários. Considerações finais: O caso apresentou infecções virais recorrentes, comuns na faixa etária, sem obstrução adenoideana severa. A hiperplasia moderada, identificada por radiografia, indica necessidade de acompanhamento. O pediatra deve integrar história clínica, exame físico e recursos diagnósticos, promovendo uso racional de exames e escuta ativa dos cuidadores.

Palavra Chave: HIPERPLASIA ADENOIDEANA, INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS.

Título: TOSSE ALÉRGICA: DIAGNÓSTICO QUESTIONÁVEL NA PRÁTICA PEDIÁTRICA BRASILEIRA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC)

Resumo: O termo tosse alérgica é amplamente utilizado na pediatria brasileira, embora não seja reconhecido na Classificação Internacional de Doenças, 10^a revisão (CID-10) ou 11^a revisão (CID-11). Quadros de tosse persistente em crianças são frequentemente atribuídos a alergias sem exames objetivos, levantando preocupações sobre acurácia diagnóstica e uso indevido de medicamentos."Compreender os fatores que contribuem para o diagnóstico de tosse alérgica e avaliar seu impacto na prescrição de anti-histamínicos e corticoides em crianças sem confirmação de asma, rinite alérgica ou condições imunológicas definidas."Realizou-se uma revisão narrativa nas bases PubMed, SciELO e LILACS, considerando publicações dos últimos 10 anos. Utilizaram-se os descritores cough in children, allergic cough, antihistamines e pediatrics. Foram incluídas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da American Academy of Pediatrics (AAP), revisões sistemáticas sobre tosse crônica, estudos de prevalência diagnóstica em pediatria ambulatorial e análises do uso de anti-histamínicos e corticoides. "O termo tosse alérgica é comumente aplicado a sintomas crônicos ou recorrentes, especialmente em crianças de 2 a 6 anos, sem evidência infecciosa. Contudo, não há sustentação nos consensos de asma ou rinite alérgica. A classificação frequentemente baseia-se apenas na tosse persistente, sem critérios clínicos ou laboratoriais robustos. A prescrição de anti-histamínicos e corticoides é comum, apesar da falta de evidências para seu uso em tosse crônica sem etiologia definida. Diretrizes reforçam a necessidade de identificar a causa da tosse, como infecção, asma ou Doença do Refluxo Gastroesofágico (DRGE), antes de iniciar tratamento empírico. "O diagnóstico de tosse alérgica carece de validade científica e pode levar à medicalização inadequada, atrasando diagnósticos corretos. Pediatras devem adotar uma abordagem crítica, baseada em evidências, priorizando investigação detalhada e orientação clara às famílias para um cuidado ético e individualizado.

Palavra Chave: TOSSE, PEDIATRIA, ALERGIA, DIAGNÓSTICO, ANTI-HISTAMÍNICOS

Título: LISADOS PROTEICOS EM DOENÇAS RESPIRATÓRIAS INFANTIS: EVIDÊNCIA RECENTE E REAVALIAÇÃO TERAPÊUTICA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - ESCS), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC)

Resumo: Lisados proteicos são extratos bacterianos obtidos por lise de cepas comuns do trato respiratório, atuando como imunomoduladores orais. Utilizados na prevenção de infecções respiratórias recorrentes em crianças, representam uma alternativa para reduzir a frequência de infecções e o uso de antibióticos em populações pediátricas vulneráveis. "Revisar a literatura recente sobre a eficácia, segurança e posicionamento de lisados proteicos em diretrizes pediátricas para doenças respiratórias na infância. "Realizou-se uma busca nas bases PubMed, Embase, Scopus, Web of Science e SciELO, utilizando os descritores bacterial lysate, respiratory infections, immunostimulants, wheezing infant, preschool wheezer, pediatric e respiratory prevention. Foram incluídos estudos clínicos randomizados, revisões sistemáticas e diretrizes da Associação Brasileira de Alergia e Imunologia (ASBAI) e da World Allergy Organization (WAO), publicados nos últimos 12 meses. "Lisados proteicos, compostos por fragmentos de cepas bacterianas, ativam a imunidade inata, estimulando a produção de Imunoglobulina A (IgA) secretora e modulando a resposta imune. Estudos recentes demonstram redução significativa na incidência de infecções respiratórias, internações e uso de antibióticos em crianças com infecções recorrentes, especialmente entre 1 e 6 anos. Diretrizes da ASBAI e WAO reconhecem esses imunomoduladores como seguros e eficazes em casos selecionados, destacando seu papel na prevenção de doenças respiratórias na era da resistência antimicrobiana. "Lisados proteicos são eficazes e seguros na prevenção de infecções respiratórias em crianças com sibilância ou infecções recorrentes. Diretrizes validam seu uso em contextos específicos, e novas evidências reforçam sua relevância. A incorporação à prática pediátrica exige avaliação clínica individualizada e acompanhamento rigoroso.

Palavra Chave: INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS, PEDIATRIA, IMUNOMODULAÇÃO, LISADOS

Título: ABORDAGEM PEDIÁTRICA DO TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR (TOD): IDENTIFICAÇÃO, DIFERENCIAL E CONDUTA INICIAL

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC)

Resumo: O Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) é um distúrbio comportamental caracterizado por atitudes hostis, desafiadoras e negativistas frente a figuras de autoridade. Na prática pediátrica, reconhecer esse padrão é essencial, pois os sintomas podem ser confundidos com comportamentos típicos do desenvolvimento ou má educação. "Fornece ao pediatra orientações práticas para identificar precocemente o TOD, diferenciar de outras condições, orientar famílias e articular encaminhamentos, especialmente em locais com acesso limitado à saúde mental infantil." Realizou-se uma revisão narrativa nas bases PubMed, Scopus, LILACS, Embase e SciELO, com publicações dos últimos 5 anos. Utilizaram-se os descritores oppositional defiant disorder, pediatrics, child behavior, early diagnosis e primary care. Consultaram-se diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da American Academy of Pediatrics (AAP), considerando a influência do ambiente familiar, comorbidade com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH), escalas de triagem e limitações de acesso a psiquiatras infantis no Sistema Único de Saúde (SUS)."O TOD afeta 3% a 6% das crianças, sendo mais comum em meninos até a puberdade. Os sintomas incluem raiva, discussões com adultos, desafio a regras, irritabilidade e tendência a culpar terceiros, evidentes entre 5 e 7 anos. O diagnóstico é clínico, exigindo duração mínima de 6 meses e prejuízo funcional. Diagnósticos diferenciais abrangem TDAH, transtorno de conduta, autismo e distúrbios de linguagem. Escalas como Swanson, Nolan, and Pelham IV Questionnaire (SNAP-IV) e Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) auxiliam na triagem. O manejo inicial inclui educação parental, rotinas, reforço positivo e limites claros, com medicamentos estimulantes reservados para comorbidades como TDAH."O pediatra é fundamental na identificação precoce do TOD, facilitando o acesso à rede de apoio. Intervenções iniciais previnem a escalada para desajustes emocionais e sociais graves, mesmo em cenários com acesso limitado a especialistas.

Palavra Chave: TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR, PEDIATRIA.

Título: ANSIEDADE INFANTIL NA ROTINA PEDIÁTRICA: DIAGNÓSTICO PRECOCE E MANEJO INICIAL

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC)

Resumo: A ansiedade, quando excessiva e recorrente, configura um transtorno que compromete o desenvolvimento emocional e social infantil. Na pediatria, o reconhecimento precoce é crucial, pois os sintomas frequentemente se manifestam como queixas somáticas ou comportamentais. "Orientar o pediatra sobre a identificação, compreensão e manejo inicial de casos de ansiedade infantil, promovendo intervenções seguras antes do acesso a especialistas." ciELO e LILACS, com publicações dos últimos cinco anos. Utilizaram-se os descritores child anxiety, anxiety disorders, pediatrics, clinical management e primary care. Foram consultadas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da American Academy of Pediatrics (AAP), considerando faixa etária acometida, sinais clínicos iniciais, fatores familiares e intervenções na atenção primária. "A ansiedade infantil é mais prevalente entre 6 e 12 anos, com maior incidência em meninas. Os sintomas incluem medos excessivos, evitação social, dores sem causa orgânica e alterações no sono. Fatores genéticos, estilos parentais ansiosos, bullying e traumas são desencadeantes. O subdiagnóstico é comum em populações vulneráveis. Escalas como Screen for Child Anxiety Related Emotional Disorders (SCARED) e Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) auxiliam na triagem. Em casos leves, o pediatra pode orientar sobre rotinas, segurança emocional e manejo do medo. Encaminhamento a psicólogos ou psiquiatras é indicado para casos graves ou persistentes. "O pediatra desempenha um papel central na detecção e manejo inicial da ansiedade infantil. Intervenções acolhedoras e educativas podem aliviar o sofrimento e preparar a família para cuidados especializados, prevenindo a progressão do transtorno.

Palavra Chave: TRANSTORNOS DE ANSIEDADE, PEDIATRIA, DIAGNÓSTICO PRECOCE.

Título: ALÉM DO CHORO: RECONHECENDO A DEPRESSÃO NA INFÂNCIA DESDE O CONSULTÓRIO PEDIÁTRICO

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC)

Resumo: A depressão infantil é um transtorno subdiagnosticado que compromete o desenvolvimento emocional e cognitivo. Frequentemente confundida com timidez ou comportamentos típicos, exige do pediatra, como primeiro ponto de contato, um olhar atento para sua identificação precoce e intervenção inicial. "Capacitar o pediatra a reconhecer sintomas precoces de depressão infantil, compreender fatores associados e orientar a criança e a família, promovendo manejo inicial e encaminhamento adequado. "Realizou-se uma revisão narrativa nas bases PubMed, Scopus, LILACS, Embase e SciELO, com publicações dos últimos cinco anos. Utilizaram-se os descritores child depression, depressive disorder, pediatric mental health, early diagnosis e primary care. Foram consultadas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), American Academy of Pediatrics (AAP) e Organização Mundial da Saúde (OMS), considerando manifestações clínicas, fatores de risco psicossociais, diferenciação de comportamentos normais e o papel do pediatra."A depressão infantil pode surgir na pré-escola, com maior prevalência a partir dos 6 anos, especialmente em meninas após os 10 anos. Os sintomas incluem tristeza persistente, irritabilidade, isolamento, regressão, baixo rendimento escolar e alterações no sono ou apetite. Fatores como genética, traumas, bullying e violência familiar são desencadeantes. O subdiagnóstico é comum em populações vulneráveis. Escalas como o Pediatric Symptom Checklist (PSC) auxiliam na triagem. O manejo inicial envolve acolhimento, psicoeducação e organização de rotinas, com encaminhamento a especialistas em casos graves ou com ideação suicida. "O pediatra é essencial na detecção e manejo inicial da depressão infantil. Sua atuação acolhedora e preventiva pode mudar a trajetória da criança, promovendo saúde emocional e preparando a família para cuidados especializados.

Palavra Chave: DEPRESSÃO, PEDIATRIA, DIAGNÓSTICO PRECOCE, SAÚDE MENTAL.

Título: TEMPESTADES EM COPOS PEQUENOS: COMPREENDENDO E MANEJANDO AS BIRRAS NA PRÁTICA PEDIÁTRICA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC)

Resumo: As birras são manifestações comuns no desenvolvimento infantil, ocorrendo entre 1 e 4 anos, como respostas a frustrações devido à imaturidade na regulação emocional. Embora fisiológicas, birras intensas ou persistentes requerem avaliação para descartar transtornos do comportamento. O pediatra é essencial para diferenciar comportamentos típicos de sinais patológicos, orientando pais e cuidadores. "Fornecer critérios para diferenciar birras fisiológicas de transtornos do comportamento, oferecendo ao pediatra diretrizes práticas para orientar famílias e manejar crises." Realizou-se uma revisão narrativa nas bases PubMed, Embase, Scopus, LILACS e SciELO, com publicações dos últimos cinco anos. Utilizaram-se os descriptores tantrum, emotional regulation, child development, disruptive disorder e pediatrics. Foram consultadas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), American Academy of Pediatrics (AAP) e Centers for Disease Control and Prevention (CDC), considerando faixa etária, marcadores de normalidade, estratégias parentais e triagem." As birras iniciam entre 12 e 18 meses, com pico entre 2 e 3 anos, reduzindo-se até os 5 anos. São desencadeadas por cansaço, fome ou frustrações, sendo autolimitadas e sem prejuízo ao vínculo com cuidadores. Diagnósticos diferenciais incluem transtorno opositor desafiante, autismo, ansiedade e distúrbios sensoriais, especialmente se há agressividade ou isolamento. Escalas como Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) auxiliam na triagem. O manejo envolve manter a calma, evitar reforço negativo, estabelecer rotinas e promover linguagem emocional. "O pediatra é referência para acolher e orientar sobre birras, ajudando famílias a enfrentar o desafio com equilíbrio. Intervenções baseadas em evidências previnem medicalizações desnecessárias e fortalecem vínculos saudáveis, com encaminhamento a especialistas em casos atípicos.

Palavra Chave: COMPORTAMENTO INFANTIL, PEDIATRIA, REGULAÇÃO EMOCIONAL.

Título: ENTRE TEXTURAS, SONS E LUZES: O DESAFIO CLÍNICO DOS TRANSTORNOS DO PROCESSAMENTO SENSORIAL NA INFÂNCIA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC)

Resumo: Os Transtornos do Processamento Sensorial (TPS) são alterações na interpretação e resposta a estímulos sensoriais, impactando alimentação, sono, comportamento e socialização infantil. Embora não formalmente reconhecidos no Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5), são clinicamente relevantes na pediatria, exigindo abordagem interdisciplinar. "Capacitar o pediatra a identificar sinais de TPS, diferenciá-los de outros transtornos do neurodesenvolvimento e orientar famílias sobre intervenções iniciais e encaminhamentos. "Realizou-se uma revisão narrativa nas bases PubMed, Scopus, Embase, SciELO e LILACS, com publicações dos últimos cinco anos. Utilizaram-se os descritores sensory processing disorder, sensory integration, sensory regulation, neurodevelopment e pediatrics. Foram incluídas diretrizes da American Occupational Therapy Association (AOTA) e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), considerando prevalência, respostas sensoriais, diagnósticos diferenciais e intervenções iniciais. "O TPS manifesta-se como hiporesponsividade, hiperresponsividade ou busca sensorial, sendo notado entre 2 e 4 anos. É mais prevalente em crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) ou prematuridade. Sinais incluem seletividade alimentar, aversão a texturas ou sons, e movimentos repetitivos. O diagnóstico é clínico, apoiado por escalas como Sensory Profile. Diagnósticos diferenciais abrangem alterações sensoriais, psiquiátricas ou motoras. A intervenção envolve terapia ocupacional com sensory integration, adaptação ambiental e estratégias de autorregulação. "O pediatra é essencial para identificar o TPS, reduzindo frustrações familiares e promovendo intervenções precoces. Uma abordagem sensível e interdisciplinar melhora a qualidade de vida da criança e de sua família.

Palavra Chave: TRANSTORNOS DO PROCESSAMENTO SENSORIAL, PEDIATRIA.

Título: PALATO OGIVAL NA INFÂNCIA: A IMPORTÂNCIA DA AVALIAÇÃO ROTINEIRA PELO PEDIATRA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC)

Resumo: O palato ogival é uma alteração anatômica caracterizada por um arco palatino alto e estreito, associada a dificuldades respiratórias, deglutição, fala e maloclusões. Sua detecção precoce pelo pediatra, durante consultas de puericultura, é crucial para prevenir complicações no desenvolvimento infantil. "Ressaltar a relevância da avaliação rotineira do palato ogival no exame físico pediátrico, destacando o papel do pediatra na identificação precoce e encaminhamento." Realizou-se uma revisão narrativa nas bases PubMed, SciELO e LILACS, com publicações dos últimos cinco anos. Utilizaram-se os descritores high-arched palate, craniofacial abnormalities, mouth breathing, dental malocclusion e pediatric assessment. Foram consultadas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e American Academy of Pediatrics (AAP), considerando associações com síndromes genéticas e impacto na amamentação. "O palato ogival, congênito ou adquirido, tem prevalência de 2% a 4% em crianças, sendo mais comum em casos de respiração oral crônica, uso prolongado de chupeta ou síndromes como Down e Marfan. Está associado a dificuldades na amamentação, distúrbios de fala, mastigação e apneia do sono. O diagnóstico é clínico, por inspeção oral, complementado por avaliação respiratória e histórico familiar. O encaminhamento a fonoaudiólogos, otorrinolaringologistas ou ortodontistas é indicado quando há impacto funcional. "A avaliação do palato ogival deve integrar o exame pediátrico de rotina. A detecção precoce permite intervenções que previnem complicações orais, respiratórias e nutricionais, reforçando o papel preventivo do pediatra.

Palavra Chave: PALATO OGIVAL, PEDIATRIA, DIAGNÓSTICO PRECOCE.

Título: ALÉM DO ESTETOSCÓPIO: AVALIAÇÃO SISTEMÁTICA DA REGIÃO CERVICAL ANTERIOR NA PRÁTICA PEDIÁTRICA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC)

Resumo: A avaliação da região cervical anterior, incluindo inspeção e palpação, é essencial no exame físico pediátrico. Essa área abriga estruturas como tireoide, linfonodos e traqueia, e alterações podem indicar condições benignas ou graves, exigindo atenção sistemática desde o nascimento. "Ressaltar a relevância da avaliação da região cervical anterior na consulta pediátrica, orientando o reconhecimento de achados clínicos e condutas iniciais." Realizou-se uma revisão narrativa nas bases PubMed, SciELO e Embase, com publicações dos últimos cinco anos. Utilizaram-se os descritores pediatric physical examination, neck, cervical lymphadenopathy, pediatric thyroid e cervical mass. Foram consultadas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e American Academy of Pediatrics (AAP), considerando prevalência de linfadenopatias, massas congênitas e indicações para exames ou encaminhamentos. "A palpação cervical é mais efetiva após os 6 meses, com achados comuns incluindo linfonodos reacionais (móveis, <2 cm, associados a infecções leves), cistos tireoglossos (média, móvel à deglutição), higromas císticos (laterais, em recém-nascidos) e bócos. Massas fixas ou com sintomas sistêmicos sugerem tuberculose ou linfoma, exigindo exames como ultrassonografia (USG), hemograma ou proteína C-reativa (PCR). Encaminhamentos a especialistas são indicados para massas atípicas ou persistentes. "A avaliação sistemática da região cervical anterior deve integrar a consulta pediátrica. A detecção precoce de alterações permite condutas resolutivas, evita atrasos diagnósticos e reforça o papel preventivo do pediatra.

Palavra Chave: EXAME FÍSICO, PEDIATRIA, LINFADENOPATIA CERVICAL.

Título: OTITE MÉDIA SECRETORA EM PEDIATRIA: IDENTIFICAÇÃO, CONDUTA E ORIENTAÇÃO CLÍNICA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC)

Resumo: A otite média secretora (OMS), ou otite média com efusão, é caracterizada pelo acúmulo de líquido não purulento na cavidade timpânica, frequentemente associada a disfunção da tuba auditiva. Comum em crianças, pode comprometer audição e linguagem, exigindo reconhecimento precoce pelo pediatra. "Capacitar o pediatra a identificar, monitorar e conduzir a OMS, promovendo resolutividade na atenção primária e evitando encaminhamentos desnecessários. "Realizou-se uma revisão narrativa nas bases PubMed, SciELO e LILACS, com publicações dos últimos cinco anos. Utilizaram-se os descritores otitis media with effusion, tympanic effusion, conductive hearing loss, otoscopic examination e clinical treatment. Foram consultadas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), American Academy of Pediatrics (AAP) e World Health Organization (WHO), considerando resolução espontânea, otoscopia e critérios para tratamento medicamentoso. "A OMS é mais prevalente entre 2 e 5 anos, associada a infecções respiratórias, alergias ou otite média aguda. Apresenta sintomas como perda auditiva, atraso na linguagem e irritabilidade. A otoscopia revela membrana timpânica opaca ou retraída, sem hiperemia. Até 90% dos casos resolvem espontaneamente em 12 semanas. Corticoterapia nasal ou antihistamínicos podem ser usados em casos alérgicos persistentes, mas antibióticos não são indicados. Reavaliações periódicas são cruciais antes do encaminhamento ao otorrinolaringologista. "A OMS é manejável na atenção primária com otoscopia qualificada e acompanhamento adequado. A abordagem do pediatra previne complicações auditivas e de linguagem, reduzindo encaminhamentos desnecessários.

Palavra Chave: OTITE MÉDIA SECRETORA, PEDIATRIA, DIAGNÓSTICO PRECOCE.

Título: AVALIAÇÃO AUDITIVA INFANTIL: IMITANCIOMETRIA E AUDIOMETRIA COMO FERRAMENTAS ESSENCIAIS NA PRÁTICA PEDIÁTRICA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC)

Resumo: A avaliação auditiva infantil é crucial para diagnosticar precocemente perdas auditivas associadas a infecções, distúrbios do neurodesenvolvimento ou fatores genéticos. A immittance audiometry avalia a orelha média, enquanto a pediatric audiometry mede a capacidade auditiva, sendo ferramentas indispensáveis na prática pediátrica."Demonstrar a importância do pediatra em solicitar e interpretar immittance audiometry e pediatric audiometry, otimizando o diagnóstico e encaminhamento de distúrbios auditivos infantis."Realizou-se uma revisão narrativa nas bases PubMed, SciELO e LILACS, com publicações dos últimos cinco anos. Utilizaram-se os descritores immittance audiometry, pediatric audiometry, hearing screening, hearing loss e pediatric hearing assessment. Foram consultadas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e American Academy of Pediatrics (AAP), considerando idade de aplicação, doenças avaliadas, interpretação das curvas, aplicabilidade na atenção primária e critérios de encaminhamento. "A immittance audiometry é viável a partir dos 6 meses, detectando otite média com efusão, disfunção tubária ou perfuração timpânica, com curvas timpanométricas Tipo A (normal), B (líquido na orelha média) e C (pressão negativa). A pediatric audiometry comportamental aplica-se desde os 6 meses, enquanto a tonal liminar e vocal é usada a partir dos 4 anos, com variações como audiometria condicionada. Esses exames identificam perdas condutivas ou neurosensoriais, sendo indicados para atraso de linguagem ou infecções otológicas. O pediatra pode solicitar os testes e interpretar resultados iniciais, encaminhando ao otorrinolaringologista quando necessário. "A immittance audiometry e a pediatric audiometry são essenciais na prática pediátrica. O pediatra capacitado para utilizá-las promove diagnóstico precoce e intervenções eficazes, melhorando o prognóstico auditivo infantil.

Palavra Chave: IMITANCIOMETRIA, AUDIOMETRIA, PEDIATRIA, PERDA AUDITIVA.

Título: AVALIAÇÃO AUDITIVA INFANTIL: IMITANCIOMETRIA E AUDIOMETRIA COMO FERRAMENTAS ESSENCIAIS NA PRÁTICA PEDIÁTRICA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC)

Resumo: A avaliação auditiva infantil é crucial para diagnosticar precocemente perdas auditivas associadas a infecções, distúrbios do neurodesenvolvimento ou fatores genéticos. A immittance audiometry avalia a orelha média, enquanto a pediatric audiometry mede a capacidade auditiva, sendo ferramentas indispensáveis na prática pediátrica. "Demonstrar a importância do pediatra em solicitar e interpretar immittance audiometry e pediatric audiometry, otimizando o diagnóstico e encaminhamento de distúrbios auditivos infantis." Realizou-se uma revisão narrativa nas bases PubMed, SciELO e LILACS, com publicações dos últimos cinco anos. Utilizaram-se os descritores immittance audiometry, pediatric audiometry, hearing screening, hearing loss e pediatric hearing assessment. Foram consultadas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e American Academy of Pediatrics (AAP), considerando idade de aplicação, doenças avaliadas, interpretação das curvas, aplicabilidade na atenção primária e critérios de encaminhamento. "A immittance audiometry é viável a partir dos 6 meses, detectando otite média com efusão, disfunção tubária ou perfuração timpânica, com curvas timpanométricas Tipo A (normal), B (líquido na orelha média) e C (pressão negativa). A pediatric audiometry comportamental aplica-se desde os 6 meses, enquanto a tonal liminar e vocal é usada a partir dos 4 anos, com variações como audiometria condicionada. Esses exames identificam perdas condutivas ou neurosensoriais, sendo indicados para atraso de linguagem ou infecções otológicas. O pediatra pode solicitar os testes e interpretar resultados iniciais, encaminhando ao otorrinolaringologista quando necessário. "A immittance audiometry e a pediatric audiometry são essenciais na prática pediátrica. O pediatra capacitado para utilizá-las promove diagnóstico precoce e intervenções eficazes, melhorando o prognóstico auditivo infantil.

Palavra Chave: IMITANCIOMETRIA, AUDIOMETRIA, PEDIATRIA, PERDA AUDITIVA.

Título: INVESTIGAÇÃO LABORATORIAL DE IMUNODEFICIÊNCIAS PRIMÁRIAS COM ALTERAÇÕES LINFOCITÁRIAS: ABORDAGEM PRÁTICA NA PEDIATRIA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO)

Resumo: As primary immunodeficiencies (imunodeficiências primárias, IDPs) são desordens congênitas do sistema imune, frequentemente subdiagnosticadas na infância. Deficiências relacionadas à produção ou função de linfócitos estão entre os principais grupos. Infecções recorrentes ou graves alertam o pediatra para iniciar investigação laboratorial precoce."Orientar a conduta prática do pediatra na solicitação e interpretação de laboratory tests para IDPs com alterações linfoцитárias.

Métodos

"Revisão narrativa baseada em literatura científica dos últimos cinco anos, consultada nas plataformas PubMed, SciELO e Embase, utilizando os descritores primary immunodeficiency, lymphocyte subsets, laboratory tests e pediatric immunology. Foram consideradas diretrizes pediátricas e consensos clínicos."O hemograma com contagem absoluta de linfócitos é o exame inicial. Linfopenia persistente ($<2500/\text{mm}^3$ em lactentes ou $<1500/\text{mm}^3$ em crianças maiores) exige imunofenotipagem linfoцитária por citometria de fluxo, avaliando CD3, CD4, CD8 (linfócitos T), CD19 (linfócitos B) e CD56/CD16 (linfócitos NK). Deficiência de CD3 sugere formas graves, como Severe Combined Immunodeficiency (SCID). Déficits de CD19 indicam imunodeficiências humorais, e alterações em CD56/CD16 apontam falhas na imunidade inata. Dosagem de imunoglobulinas séricas (IgG, IgA, IgM) é essencial se CD19 estiver baixo ou houver infecções sinopulmonares frequentes. Baixa IgG requer investigação de subclasses e resposta vacinal (tétano, pneumococo, Haemophilus). Testes de proliferação linfoцитária com mitógenos (Phytohemagglutinin - PHA, Concanavalin A - ConA) avaliam disfunção linfoцитária, mas são restritos a centros especializados. "O pediatra é central na identificação de IDPs. Linfopenia no hemograma é o primeiro alerta, seguido por imunofenotipagem e dosagem de imunoglobulinas. Reconhecimento precoce e encaminhamento adequado evitam complicações e melhoram o prognóstico.

Palavra Chave: IMUNODEFICIÊNCIA PRIMÁRIA, LINFÓCITOS, EXAMES LABORATORIAIS.

Título: BIRRA E RECUSA ALIMENTAR INFANTIL: CONDUTA PEDIÁTRICA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO)

Resumo: A birra, manifestação comportamental de oposição com gritos ou choro, é comum na infância, surgindo entre 1 e 4 anos como marco de autonomia. Quando associada à recusa alimentar, gera angústia familiar e desorganiza a rotina, exigindo conduta adequada do pediatra para orientar o manejo do tantrum e do feeding behavior."Analizar a relação entre tantrum e feeding behavior infantil, abordando estratégias de manejo pediátrico e orientações para minimizar o sofrimento familiar."Revisão narrativa baseada em artigos publicados nos últimos cinco anos nas plataformas PubMed, SciELO e Embase, utilizando os descritores tantrum, feeding behavior, child nutrition e parenting. Foram consultadas diretrizes pediátricas e manuais de desenvolvimento infantil."A recusa alimentar associada ao tantrum é frequentemente uma fase transitória do desenvolvimento emocional, não necessariamente ligada a distúrbios nutricionais. Ocorre quando a criança usa a refeição como espaço de controle. Não há diferença significativa de prevalência entre gêneros, sendo influenciada por temperamento e ambiente familiar. Estratégias incluem evitar forçar a alimentação, não usar comida como recompensa ou punição, manter rotinas consistentes e não substituir alimentos rejeitados por opções de agrado imediato. Comparações com outras crianças devem ser evitadas para preservar a autoestima. Respeitar preferências individuais, promover um ambiente positivo à mesa e estimular a autonomia na escolha e quantidade reduzem conflitos e melhoram o child nutrition."A recusa alimentar por tantrum é um desafio pediátrico que exige empatia e orientação firme. O pediatra deve educar a família a acolher os sinais da criança sem ceder ao comportamento opositor, utilizando rotina, paciência e respeito às preferências para promover um feeding behavior saudável.

Palavra Chave: COMPORTAMENTO INFANTIL, HÁBITOS ALIMENTARES.

Título: ANQUILOGLOSSIA NA PRIMEIRA INFÂNCIA: CUIDADOS, EXCESSOS E O PAPEL DO PEDIATRA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARILUCIA PICOLLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), INDIRA CAMPOS (HOSPITAL UNIVERSITARIO DE BRASÍLIA/EBSERH), MARILUCIA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: A anquiloglossia, conhecida como ‘língua presa’, é uma alteração anatômica caracterizada pela inserção anormal do frenúlo lingual, podendo limitar os movimentos da língua. Essa condição tem sido frequentemente relacionada a dificuldades na amamentação, embora nem todos os casos demandem intervenção. A crescente medicalização da amamentação e a banalização da frenectomia têm gerado preocupação entre pediatras e entidades científicas. “Alertar sobre os excessos no diagnóstico e tratamento da anquiloglossia, reforçando a importância do conhecimento técnico do pediatra na avaliação da amamentação e na proteção contra intervenções desnecessárias, como a frenectomia precoc” Realizou-se uma revisão integrativa nas plataformas SciELO e PubMed, considerando publicações dos últimos cinco anos. Foram utilizados seis descritores: ‘anquiloglossia’, ‘frenectomia’, ‘amamentação’, ‘pediatria’, ‘ato médico’ e ‘memória da dor’. Também foram consultadas diretrizes da SBP, AAP, manuais de neonatologia, protocolos clínicos de bancos de leite humano e publicações de revistas científicas internacionais sobre aleitamento materno “A realização indiscriminada de frenectomias nos primeiros dias de vida tornou-se um problema de saúde pública. Muitos procedimentos são indicados sem critérios sólidos, geralmente por pediatras desavisados ou sob pressão de profissionais que não compreendem adequadamente o manejo da amamentação. A ‘pega adequada’ é essencial e depende da posição da mãe, da postura do bebê e da técnica correta — aspectos que muitas vezes não são avaliados antes da indicação cirúrgica.

A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), em seus posicionamentos reafirma que a indicação de frenectomia é rara. A SBP considera que o pediatra, por sua formação, é o profissional capacitado para a avaliação clínica da criança, incluindo o exame da cavidade oral, observação da amamentação e identificação de sinais reais de interferência funcional.

Quando o pediatra transfere a responsabilidade a outro profissional e sequer acompanha a visita, ele incorre em negligência e compartilha qualquer eventual complicação — mesmo que rara — do procedimento. A dor na frenectomia é real, e estudos mostram que a ‘memória da dor’ pode afetar a resposta neurosensorial futura do bebê.

A prática da frenectomia precoce excessiva não é apenas local: tornou-se um fenômeno global, gerando debates e alertas em diversos países. O pediatra deve atuar com responsabilidade, bom senso clínico e centralidade no cuidado ao binômio mãe-bebê. “A anquiloglossia é uma condição que merece atenção, mas não deve ser motivo para intervenções apressadas. O pediatra, como guardião do cuidado na infância, tem o dever de avaliar criteriosamente, proteger a amamentação e evitar cirurgias desnecessárias. Mais do que conhecimento anatômico, exige-se do pediatra sensibilidade clínica, presença ativa e responsabilidade ética.

Palavra Chave: ‘ANQUILOGLOSSIA’, ‘FRENECTOMIA’, ‘AMAMENTAÇÃO’, ‘PEDIATRIA’,

Título: A ASSISTÊNCIA MÉDICA INFANTIL NO ECA: A CENTRALIDADE DO PEDIATRA E O DEVER LEGAL DE GARANTIR O ATENDIMENTO ESPECIALIZADO

Autores: RÚBRIA LIZIERO PICOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARILÚCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RAFAEL PIMENTEL SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), INDIRA SOUZA COSTA CAMPOS (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), KAUÃ FERNANDES DE OLIVEIRA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), FERNANDA VALENTE MOURA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), JÚLIA BITENCOURT CORRÊA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: A assistência à saúde da criança no Brasil é um direito fundamental assegurado por legislações federais, como a Constituição Federal de 1988 e o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069/1990, devidamente aprovado pelo Congresso Nacional. O ECA baliza de forma inequívoca que a saúde da criança deve ser promovida com programas de assistência médica e odontológica, reforçando a centralidade do médico - especialmente do pediatra nesse cuidado. Reconhecer esse enquadramento legal é respeitar a legislação e o melhor interesse da infância. "Analizar a importância da autonomia médica e a proteção do ato médico no atendimento à saúde infantil, evidenciando que, conforme o ECA e as normas éticas vigentes, o acompanhamento deve ser realizado por pediatras, assegurando qualidade e segurança ao desenvolvimento infantil. "Foi realizada uma revisão documental nas plataformas PubMed e SciELO, e em fontes nacionais como a Constituição Federal, o ECA e o Código de Ética Médica (CFM). Utilizaram-se cinco descriptores: "pediatria", "assistência médica", "autonomia médica", "direito à saúde" e "legislação infantil", além dos temas correlatos: legislação sanitária, proteção integral da criança e ética profissional. "O ECA, em seu Artigo 14, determina que SUS promova assistência médica e odontológica às crianças. Quando a lei federal menciona "assistência médica", subentende-se que o profissional responsável deve ser o médico. O parágrafo 5º do mesmo artigo exige que protocolos de detecção de risco ao desenvolvimento psíquico sejam aplicados em consulta pediátrica, o que demanda o envolvimento do pediatra, o profissional treinado. O ECA cita expressamente o termo "médico" e "pediatra", mas não menciona "enfermeiro" ou "nutricionista" como responsáveis pela assistência médica primária da criança. A omissão é significativa: a legislação federal consolidou o pediatra como peça central na assistência infantil, sem prejuízo ao trabalho multiprofissional, mas sem desconsiderar que o diagnóstico, prognóstico e tratamento são atos exclusivos do médico, como garantido na Lei do Ato Médico (Lei 12.842/2013). O CFM também reforça a autonomia médica, garantindo que o médico não está obrigado a seguir determinações administrativas que coloquem o paciente em risco ou que infrinjam sua consciência técnica e ética (Art. 31 e 32 do CEM). A prática de encaminhar crianças para atendimentos que não sejam liderados por médicos constitui violação da proteção integral que o ECA visa assegurar, expondo a criança à precarização do cuidado e eventual omissão de diagnósticos precoces. "A legislação brasileira não apenas autoriza, mas obriga que a assistência médica infantil, especialmente em programas de puericultura e prevenção, seja feita por médicos e, conforme a especificidade etária, por pediatras. Garantir pediatras no atendimento primário é respeitar a Constituição, o ECA e a ética médica, oferecendo às nossas crianças e adolescentes o que há de mais seguro e digno na medicina.

Palavra Chave: PEDIATRIA

Título: ESTIMATIVAS ATUAIS DA PREVALÊNCIA DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NA POPULAÇÃO PEDIÁTRICA BRASILEIRA: ENFOQUE NO DISTRITO FEDERAL

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARILÚCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BERASÍLIA), INDIRA SOUZA COSTA CAMPOS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por déficits persistentes na comunicação social e por padrões de comportamento restritos e repetitivos, conforme estabelecido pelo Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5). O reconhecimento de casos de TEA aumentou globalmente nas últimas décadas, mas no Brasil ainda existem lacunas significativas na obtenção de dados epidemiológicos precisos. "Este trabalho busca apresentar uma análise da prevalência estimada do TEA na população pediátrica brasileira, com destaque para o Distrito Federal, reconhecendo a limitação de dados oficiais recentes e utilizando as melhores referências disponíveis. "Foi realizada uma revisão narrativa com fontes secundárias, incluindo dados do DATASUS, documentos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e publicações indexadas nas bases PubMed, SciELO e LILACS dos últimos cinco anos. Foram utilizados os descritores: "transtorno do espectro autista", "prevalência", "epidemiologia", "Brasil" e "população pediátrica", além dos termos complementares "rastreamento precoce", "censo populacional" e "autismo". "Atualmente, o Brasil ainda não possui dados oficiais consolidados sobre a prevalência de TEA provenientes do Censo 2022. O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) informou que os resultados sobre autismo serão divulgados apenas em 2025. Assim, utilizamos as estimativas internacionais mais recentes, como as do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), que apontam uma prevalência de aproximadamente 1 em cada 36 crianças.

Considerando que o Brasil possui cerca de 40 milhões de crianças, estima-se uma população de aproximadamente 1,1 milhão de crianças com TEA.

Baseando-se nessas proporções, projetamos a seguinte distribuição estimada:

- Distrito Federal: cerca de 16.666 crianças;
- São Paulo: aproximadamente 333.333 crianças;
- Santa Catarina: cerca de 41.666 crianças;
- Goiás: cerca de 55.555 crianças;
- Bahia: aproximadamente 83.333 crianças.

É importante reforçar que tais projeções são estimativas indiretas e que fatores como acesso à saúde, variabilidade de critérios diagnósticos e fatores culturais podem influenciar o número real de diagnósticos em cada região.

Os instrumentos de triagem mais utilizados no Brasil são o M-CHAT-R/F, o CARS e o ADOS-2. A proporção entre sexos permanece similar ao padrão mundial, com predominância de casos no sexo masculino em uma relação média de 4:1.

"Diante da ausência de dados definitivos, utilizam-se atualmente projeções baseadas em referências internacionais para estimar a prevalência do TEA no Brasil. A expectativa pela divulgação oficial dos dados do Censo 2022 reforça a necessidade de cautela na interpretação dos números atuais e da urgência em estruturar políticas públicas de apoio diagnóstico e terapêutico às crianças e famílias afetadas

Palavra Chave: TEA, DSM-5, ESTIMATIVAS

Título: INTRODUÇÃO ALIMENTAR PRÁTICA: CONDUTA PEDIÁTRICA SEGURA, INDIVIDUALIZADA E CULTURALMENTE SENSÍVEL

Autores: MARILÚCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO/UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RAFAEL PIMENTEL SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), INDIRA CAMPOS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: A introdução alimentar é um marco na vida da criança, exigindo do pediatra não apenas conhecimento técnico, mas presença ativa e orientação clara. Entregar um folheto padrão não basta. O profissional deve explicar detalhadamente, escrever em receituário ou fornecer orientações impressas personalizadas. Inicia-se uma fase crítica, repleta de descobertas sensoriais e hábitos duradouros que devem ser guiados com atenção e empatia. "Apresentar uma abordagem prática, culturalmente respeitosa e cientificamente embasada para que o pediatra conduza com segurança a introdução alimentar, reconhecendo sua importância tanto quanto o aleitamento. "Revisão nas plataformas PubMed, SciELO e LILACS, nos últimos 10 anos. Descritores: 'introdução alimentar', 'aconselhamento pediátrico', 'alimentação complementar', 'hábitos alimentares', e 'educação nutricional infantil'. Também foram consultados documentos da SBP, AAP, OMS, Ministério da Saúde e experiências práticas em puericultura e alimentação infantil. "A introdução alimentar começa aos seis meses com papas de frutas (manhã/tarde) e refeições completas no almoço e jantar. Texturas, temperaturas e sabores devem ser explorados com organização e prazer. Desde os cinco meses, a criança já tem percepção do frio; por isso, o picolé de leite materno pode ser utilizado como alternativa refrescante e segura. A recusa ou empurrar da comida no início é reflexo da adaptação orofacial, e não desinteresse. A aceitação plena de um alimento pode levar até 10 ou mais exposições. Prolongar essa fase aumenta a dificuldade futura, atrasando a maturação da mastigação e deglutição.

Cada alimento deve ser introduzido de forma isolada, em porções pequenas, observando tolerância. Ovos podem ser dados diariamente. Feijão deve ser cozido até amaciá-lo bem, e incluído desde o início. O almoço pode ser repetido no jantar. Pamonha sem sal ou açúcar é exemplo cultural valorizado, assim como a mandioca cozida. O importante é respeitar ingredientes naturais e regionais.

Evita-se dar líquidos próximos às refeições. A água é essencial e pode ser oferecida entre as refeições, de boa procedência, filtrada ou mineral. O ambiente deve ser livre de distrações como TV e celular. Deve haver organização à mesa, com a criança sentada em local seguro, acompanhada e inserida no contexto familiar.

Azeite de oliva é o mais indicado, mas devido ao custo, pode-se utilizar óleos vegetais (como soja ou girassol) prensados a frio e em pequena quantidade — 1 colher de chá ao final da preparação. O método BLW (Baby-Led Weaning) é aceito pela SBP com ressalvas: pode ser usado como alternativa desde que supervisionado e não adotado de forma radical. É apenas um método, sem evidência superior às abordagens tradicionais.

"A introdução alimentar é uma fase delicada e decisiva. Cabe ao pediatra conduzir esse processo com segurança, sensibilidade e prática, respeitando o tempo da criança, a cultura familiar e os princípios científicos.

Palavra Chave: INTRODUÇÃO ALIMENTAR, BLW, CULTURA FAMILIAR

Título: TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR (TOD) EM PRÉ-ESCOLAR: RELATO DE CASO E ABORDAGEM INICIAL

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), MARILUCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO)

Resumo: O Transtorno Opositivo Desafiador (TOD) é um distúrbio do comportamento caracterizado por padrão persistente de desobediência, hostilidade e desafio a figuras de autoridade. Manifesta-se ainda na infância e compromete as relações familiares, escolares e sociais. O reconhecimento precoce é crucial para prevenir o agravamento e evolução para transtornos mais graves como o Transtorno de Conduta. "Mãe procura atendimento para seu filho de 4 anos e 10 meses, com histórico de irritabilidade desde os 2 anos. A criança reage com agressividade à contrariedade, quebrando ou arremessando objetos, e frequentemente culpa terceiros por suas ações. A mãe relata piora do quadro nos últimos meses, com queixas escolares recorrentes. O tempo de tela ultrapassa 5 horas diárias, sendo utilizado como forma de acalmar a criança. Gestação sem intercorrências, parto normal, sem uso de medicamentos ou comorbidades conhecidas. Há relato de dois primos maternos diagnosticados com TEA e TDAH. Suspeitou-se de TOD." "O TOD afeta entre 3% e 10% das crianças, sendo mais prevalente em meninos, especialmente antes da puberdade. O início costuma ocorrer na pré-escola. O diagnóstico é clínico e requer a presença de comportamentos opositores por no mínimo seis meses com impacto funcional, conforme o DSM-5. Não existe cura, mas o tratamento é efetivo. Inclui treinamento parental, psicoterapia comportamental e, em casos de comorbidades como TDAH, uso de medicações específicas. O diagnóstico diferencial envolve TEA, TDAH, transtornos de humor, conduta e atraso intelectual. Entre os fatores agravantes destacam-se o excesso de telas, ambiente familiar instável e ausência de rotina. O pediatra deve identificar sinais precoces, orientar redução de tempo de tela, apoiar os cuidadores e encaminhar para avaliação com neuropediatra ou psiquiatra infantil. O suporte multiprofissional e escolar é fundamental. CONSIDERAÇÕES FINAIS: O pediatra tem papel decisivo na triagem e encaminhamento dos casos suspeitos de TOD. A intervenção precoce melhora significativamente o prognóstico e a qualidade de vida da criança e de sua família.

Palavra Chave: TRANSTORNO OPOSITIVO DESAFIADOR, PRÉ-ESCOLAR, PEDIATRIA.

Título: ABORDAGEM ATUAL DA FIMOSE NA INFÂNCIA: DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO CONSERVADOR E IMPLICAÇÕES CLÍNICAS

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), MARILUCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: A fimose é definida como a incapacidade de retração do prepúcio sobre a glande peniana. Em crianças, essa condição pode ser fisiológica, decorrente de aderências naturais, ou patológica, resultante de cicatrização e fibrose. A prevalência de fimose fisiológica é elevada na infância, com resolução espontânea na maioria dos casos até os cinco anos de idade. A distinção entre as formas é essencial para evitar intervenções desnecessárias, promovendo uma abordagem conservadora sempre que possível. "Este estudo tem como objetivo revisar as evidências atuais sobre o diagnóstico diferencial entre fimose fisiológica e patológica, enfatizando a conduta clínica, o uso racional de corticoides tópicos e as indicações cirúrgicas, promovendo uma prática pediátrica segura e baseada em evidências. "Realizou-se uma revisão narrativa da literatura nas plataformas SciELO, PubMed e LILACS, com foco em publicações dos últimos cinco anos e diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria. Foram utilizados os descritores "fimose", "pediatria", "prepúcio", "corticoide tópico" e "circuncisão". Foram analisadas recomendações clínicas, estudos de prevalência e de desfechos cirúrgicos, buscando consolidar as condutas atuais. "A fimose fisiológica é comum na infância, resultando de aderências naturais que tendem a se resolver espontaneamente. A retração do prepúcio deve ser evitada até os três anos, pois tentativas precoces podem causar dor, fissuras e inflamação, levando à forma patológica. A intervenção cirúrgica é indicada apenas em casos sintomáticos ou quando a condição persiste após os sete anos. O tratamento clínico com corticoides tópicos, como valerato de betametasona a 0,1%, tem alta eficácia (75-85%) quando aplicado por 4 a 8 semanas, com aplicação duas vezes ao dia. Estudos indicam que, com uso adequado, os riscos sistêmicos são mínimos, sendo eventos adversos como atrofia cutânea raros e reversíveis. A circuncisão deve ser reservada para casos refratários ao tratamento conservador, com episódios recorrentes de infecção ou complicações secundárias. "A atuação do pediatra na diferenciação entre fimose fisiológica e patológica é fundamental para evitar intervenções desnecessárias e promover o manejo clínico adequado. A conduta conservadora com uso racional de corticoides tópicos reduz a necessidade de cirurgia,

Palavra Chave: FIMOSE, PEDIATRIA, PREPÚCIO, CORTICOIDE TÓPICO, CIRCUNCISÃO.

Título: RECÉM-NASCIDO GRANDE PARA A IDADE GESTACIONAL (GIG): ABORDAGEM CLÍNICA, MONITORAMENTO GLICÊMICO E DESFECHOS NEUROLÓGICOS

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), MARILUCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: O recém-nascido grande para a idade gestacional (GIG), definido como aquele com peso acima do percentil 90 para idade gestacional e sexo, demanda acompanhamento pediátrico diferenciado. A hiperglicemias materna, comum em casos de diabetes mellitus gestacional, hipertensão arterial e obesidade, contribui para um ambiente intrauterino propício ao crescimento fetal exagerado. A vigilância neonatal imediata é essencial para prevenir complicações metabólicas e neurológicas, conforme orientações da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da American Academy of Pediatrics (AAP)."Analisa condutas clínicas específicas para recém-nascidos GIG, com ênfase no monitoramento da glicemia, associação com fatores obstétricos e avaliação de repercussões no desenvolvimento neuropsicomotor."Revisão narrativa da literatura baseada em publicações dos últimos cinco anos disponíveis nas bases PubMed, SciELO e LILACS. Foram utilizados documentos técnicos da SBP, AAP e dados oficiais do Ministério da Saúde. Complementaram-se as análises com estatísticas do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) e estudos longitudinais nacionais e internacionais. Os descriptores utilizados seguiram os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS)."A hipoglicemias neonatal, definida por valores baixos de glicemia plasmática após o nascimento, é uma das principais complicações em GIG, especialmente filhos de mães com distúrbios metabólicos. A monitorização capilar deve iniciar entre 30 e 60 minutos após o parto e repetir-se a cada 3 horas nas primeiras 24 horas de vida. A hipoglicemias assintomática é frequente e pode causar lesões neurológicas irreversíveis. Estudos observacionais sugerem maior incidência de atraso motor, transtornos do desenvolvimento intelectual (TDI) e dificuldades escolares em GIG com hipoglicemias não tratada. A possível relação com transtorno do espectro autista ainda está em investigação. Fatores como idade materna superior a 35 anos, obesidade e diabetes mellitus gestacional são consistentemente associados ao GIG. Em regiões urbanas de maior renda em Brasília, observou-se prevalência aumentada de nascimentos GIG. O aleitamento materno exclusivo por seis meses demonstrou efeito protetor contra desfechos metabólicos adversos. Comparados a recém-nascidos adequados para idade gestacional (AIG), os GIG apresentam maior risco de sobrepeso, diabetes tipo 2 e alterações no desenvolvimento infantil. "O GIG necessita de abordagem individualizada, com início precoce do monitoramento glicêmico e seguimento contínuo do crescimento e desenvolvimento neuropsicomotor. A hipoglicemias neonatal constitui marcador precoce de risco neurológico. A atenção à saúde pré-natal, com controle adequado do peso materno e das doenças associadas, é essencial para prevenção e manejo adequado do GIG.

Palavra Chave: RECÉM-NASCIDO GRANDE PARA A IDADE GESTACIONAL, HIPOGLICEMIA.

Título: SEXUALIDADE E LIMITES SOCIAIS EM CRIANÇA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: RELATO DE CASO

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), MARILUCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: Crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA) apresentam desafios nas habilidades sociais e de comunicação, impactando a capacidade de interpretar emoções e limites interpessoais. Apesar do interesse em relacionamentos e comportamentos sexuais surgirem ainda na infância, o tema da sexualidade é pouco abordado nessa faixa etária. A falta de orientação pode levar a comportamentos inadequados, como o stalking, caracterizado por atenção persistente e indesejada a outra pessoa. A educação sobre limites sociais e a orientação sexual precoce são fundamentais para prevenir tais comportamentos. "Escolar masculino, nove anos, nascido a termo por cesariana, sem complicações gestacionais ou neonatais, com triagem neonatal normal. Diagnosticado com TEA no início do terceiro ano de vida. Em acompanhamento pediátrico regular, faz uso de antipsicóticos desde os cinco anos para agitação psicomotora e melatonina para distúrbios do sono. A mãe relata bom controle dos sintomas, mas expressa preocupação devido à manipulação genital ocasional do filho e seus comentários sobre a aparência de colegas do sexo oposto. Busca orientações sobre a sexualidade e os limites sociais adequados para seu filho. "A sexualidade de crianças com TEA é um tema pouco explorado na prática pediátrica, ainda que manifestações sexuais e curiosidade sejam esperadas no desenvolvimento típico. Crianças no espectro podem ter maior dificuldade em compreender normas sociais, limites e consentimento, o que pode aumentar o risco de comportamentos inadequados se não houver intervenção precoce. No caso apresentado, os comportamentos relatados pela genitora são esperados para a idade, mas exigem acompanhamento e orientação. Embora não haja indícios de stalking, é necessário que a família e o pediatra estejam atentos a possíveis distorções na interpretação de limites interpessoais no futuro. A literatura destaca que o stalking é mais comum em adolescentes do sexo masculino com TEA, reforçando a necessidade de educação precoce. A Sociedade Brasileira de Pediatria enfatiza que a sexualidade deve ser abordada rotineiramente nas consultas pediátricas, inclusive para crianças com transtornos do desenvolvimento. A American Academy of Pediatrics também recomenda a inclusão da educação sexual nas práticas de cuidado integral, visando à promoção da autonomia, do respeito ao próprio corpo e à prevenção de comportamentos de risco. Considerações finais: Crianças com TEA são mais vulneráveis a desenvolver comportamentos inadequados na adolescência, como stalking, em razão das dificuldades na interpretação de normas sociais. Além disso, estão mais expostas a riscos de abuso sexual. O pediatra deve adotar uma postura proativa e inclusiva, orientando familiares sobre a sexualidade desde a infância e reforçando a importância do ensino de limites interpessoais claros e respeitosos. O diálogo aberto e precoce é essencial para garantir o desenvolvimento saudável e seguro dessas crianças.

Palavra Chave: TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA SEXUALIDADE EDUCAÇÃO SEXUAL

Título: INTRODUÇÃO ALIMENTAR: PRINCÍPIOS CIENTÍFICOS E O PAPEL DO PEDIATRA

Autores: ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EUROAMERICANO/UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARILÚCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RAFAEL PIMENTEL SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: Introdução alimentar é um marco na vida da criança, iniciada aos seis meses de idade com o fim do aleitamento materno exclusivo. Esse processo exige do pediatra conhecimento técnico sobre a composição dos alimentos, segurança alimentar e fisiologia sensorial, promovendo a construção de hábitos alimentares saudáveis e seguros desde os primeiros anos. "Capacitar o pediatra a orientar a introdução alimentar com base em evidências científicas atualizadas, compreendendo os grupos alimentares e a valorização do contexto cultural brasileiro. "Revisão nas plataformas PubMed, SciELO e LILACS dos últimos 10 anos. Descritores: 'introdução alimentar', 'alimentos complementares', 'nutrição pediátrica', 'comportamento alimentar infantil' e 'aleitamento materno'. Consultaram-se ainda documentos da SBP, OMS, AAP e da Revista da ASBAI, além de manuais de alimentação infantil e guias nacionais de saúde pública. "Segundo as diretrizes da SBP e da OMS, a introdução alimentar deve iniciar aos seis meses com papas de frutas pela manhã e/ou à tarde, e comidinhas (almoço e jantar) completas desde o início.

Devem-se oferecer verduras (folhas) e legumes (raízes, frutos e caules comestíveis), sempre bem cozidos no início. Alimentos crus como folhas devem ser evitados até o 8º mês, com introdução gradual. Alimentos devem ser servidos separadamente, com texturas próprias, nunca batidos no liquidificador. Temperos naturais (alho, cebola, pimentão) podem ser usados desde o início. Azeite de oliva extra virgem pode ser adicionado ao final do preparo.

Todas as carnes (bovina, suína, frango, peixe) são permitidas desde o início, assim como ovos inteiros. Crustáceos também podem ser introduzidos, conforme posicionamento da Revista da ASBAI (2022), que não os considera mais alergênicos que leite, ovo ou trigo. Contudo, devem ser evitados em regiões distantes do litoral, onde há maior risco de conservação inadequada.

Uvas e outras frutas com sementes devem ser cortadas longitudinalmente e sem sementes, para evitar engasgos. Inexiste proibição quanto a tipos de frutas, desde que ofertadas separadamente. Carambola deve ser evitada, especialmente em crianças com predisposição a doenças renais, devido ao risco de neurotoxicidade. Sucos, mesmo naturais, não devem ser ofertados rotineiramente por três motivos: baixo valor nutricional comparado à fruta, excesso de frutose e interferência na aceitação alimentar dos sólidos.

Arroz com feijão é a base nutricional ideal para o brasileiro, sendo fonte completa de aminoácidos essenciais. Macarrão pode ser introduzido, mas não substitui essa combinação tradicional. Mesmo em aleitamento em livre demanda, o leite não deve ser oferecido nos 30 minutos anteriores às refeições, pois pode reduzir o apetite.

"O pediatra é o profissional mais capacitado para conduzir essa fase, promovendo segurança alimentar, desenvolvimento saudável e hábitos duradouros, respeitando a cultura sem abrir mão da ciência.

Palavra Chave: INTRODUÇÃO ALIMENTAR, ARROZ COM FEIJÃO

Título: SEXUALIDADE INFANTIL E A CONSULTA DE PUERICULTURA: DELIMITAÇÕES ETÁRIAS E VIGILÂNCIA PEDIÁTRICA

Autores: RAFAEL PIMENTEL SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARILÚCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), IINDIRA CAMPOS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RUBRIA PICCOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EUROAMERICANO/UNIEURO)

Resumo: A sexualidade do ser humano em crescimento e desenvolvimento apresenta características próprias e específicas, conforme a delimitação de cada faixa etária. No caso das crianças, o entendimento dessa sexualidade deve considerar suas particularidades físicas, emocionais e cognitivas, respeitando as fases do desenvolvimento infantil. "Destacar a importância da atuação atenta do pediatra durante a consulta de puericultura frente à sexualidade da criança, com ênfase na prevenção e identificação de possíveis abusos sexuais, respeitando a delimitação das faixas etárias. "Revisão nas plataformas SciELO e PubMed, considerando publicações dos últimos 10 anos. Utilizaram-se cinco descritores: 'sexualidade infantil', 'abuso sexual', 'pediatria', 'desenvolvimento infantil' e 'puericultura'. Além disso, foram consultadas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da American Academy of Pediatrics (AAP), manuais clínicos e edições da Revista do Residente em Pediatria da SBP."A sexualidade é parte integrante da experiência humana em qualquer faixa etária. No caso da infância, ela está relacionada ao estágio de desenvolvimento da criança, com duas grandes peculiaridades: a curiosidade natural do corpo e a vulnerabilidade frente a influências externas. A SBP delimita as faixas etárias como: neonato, lactente, pré-escolar, escolar e adolescente, cada uma com manifestações próprias em diversas áreas — inclusive na sexualidade.

Por exemplo, um lactente com dor abdominal e vômitos pode sugerir um quadro de invaginação intestinal, enquanto um escolar com os mesmos sintomas pode indicar apendicite aguda. Essas nuances clínicas reforçam a importância da faixa etária também na abordagem comportamental. No aspecto sexual, o pré-escolar apresenta curiosidade pela genitália e pode realizar auto-manipulação, geralmente sem conotação sexualizada, mas por descoberta corporal. Nessa fase, o relato espontâneo aos pais é comum, o que pode facilitar a identificação de abusos.

Já a criança em idade escolar apresenta latência da sexualidade, redirecionando seu foco para outras dimensões do desenvolvimento. Assim, manifestações sexuais atípicas, como gestos obscenos, relatos de visualização de pornografia ou manipulações genitais induzidas, podem indicar interferência de terceiros. O pediatra deve estar atento, pois tais sinais podem sugerir a presença de abuso ou exposição inadequada à sexualidade.

"A compreensão da sexualidade infantil deve ser contextualizada de acordo com a faixa etária e vista como componente natural do desenvolvimento. O pediatra, na consulta de puericultura, tem papel essencial na observação e no acolhimento dessas manifestações, devendo estar capacitado para identificar situações que fogem da normalidade. O reconhecimento precoce de distorções pode ser decisivo para a proteção da criança e para o encaminhamento adequado das famílias.

Palavra Chave: SEXUALIDADE INFANTIL, PUERICULTURA

Título: FIMOSE FISIOLÓGICA EM CRIANÇAS: REVISÃO SOBRE DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO

Autores: CAMILLE MOREIRA BAPTISTA DA SILVA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), BEATRIZ DA COSTA ROSSI RAMOS DE CARVALHO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), BIANCA CORRÊA DUTRA DE MENEZES (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARIANA TROTTA VILLAR (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RODRIGO DOS SANTOS LIMA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA), CELSO TAQUES SALDANHA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA)

Resumo: A fimose é definida pela presença de um estreitamento prepucial distal, que dificulta ou impossibilita a exposição da glande. "Revisar sobre a fimose fisiológica em crianças, abordando diagnóstico, prevalência e indicações terapêuticas. Ademais, busca-se explorar as opções terapêuticas disponíveis, com ênfase no uso de medicamentos tópicos para orientar a melhor abordagem clínica. "Trata-se de uma revisão de literatura baseada em artigos das bases PubMed e SciELO, além de diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria. Foram incluídos estudos dos últimos dez anos de relevância sobre o tema, opções de tratamento e indicações cirúrgicas. "A fimose fisiológica é comum em recém-nascidos e crianças, com prevalência de até 90% ao nascimento. Na maioria dos casos, resolve-se espontaneamente até os cinco anos. Embora as repercussões associadas, como balanite e pielonefrite, sejam pouco frequentes, a condição pode favorecer a retenção de bactérias, como Klebsiella, sob o prepúcio. A higiene difícil pode contribuir para o crescimento bacteriano e o risco de infecções urinárias. Quanto à abordagem, o uso de pomadas tópicas com corticosteroides, como a contendo valerato de betametasona e hialuronidase, é uma alternativa eficaz antes de considerar a intervenção cirúrgica. A aplicação deve ser feita com uma fina camada na pele do prepúcio, uma a duas vezes ao dia, por quatro a seis semanas. A pomada deve ser aplicada com massagem suave, tentando promover a retracção sem forçar. Em caso de dor ou desconforto, o uso deve ser interrompido. Não se recomenda a retracção forçada como alternativa não medicamentosa, pois pode causar microtraumas e evoluir para fibrose do prepúcio, originando uma fimose patológica secundária aos traumatismos locais. Além disso, essas manobras podem causar dor e trauma psicológico. Assim, recomenda-se apenas leve tração do prepúcio para higiene durante o banho. Quanto à indicação cirúrgica, há variabilidade de opiniões, mas as indicações formais incluem afecções do trato urinário (refluxo vesicoureteral, válvula de uretra posterior, síndrome de Prune Belly, megaureter) e balanite xerótica obliterante. Outro desafio é a aceitação da conduta conservadora pelos responsáveis, sendo essencial explicar a tendência de resolução espontânea e a ausência de necessidade de cirurgia precoce nos casos assintomáticos. "A fimose fisiológica tende à resolução espontânea e raramente exige intervenção cirúrgica. O manejo inicial deve priorizar observação e, se necessário, uso criterioso de corticosteroides tópicos, considerando sua absorção cutânea. O pediatra tem papel central na orientação, avaliação e encaminhamento adequados, zelando pela saúde urológica infantil.

Palavra Chave: FIMOSE FISIOLÓGICA, DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO.

Título: TEMPO DE TELA NA INFÂNCIA: DESAFIOS REAIS E INTERVENÇÕES POSSÍVEIS NA REALIDADE BRASILEIRA

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EUROAMERICANO/UNIEURO), RAFAEL PIMENTEL SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARILÚCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: Tempo de tela é definido como o período diário em que a criança está exposta a dispositivos eletrônicos com tela, como televisão, tablets, celulares, computadores e videogames. Tais dispositivos tornaram-se onipresentes na vida moderna e, embora possam oferecer recursos educativos, seu uso excessivo tem sido associado a diversas consequências negativas para o desenvolvimento infantil. "Discutir como o pediatra pode, de forma prática e sensível à realidade brasileira, auxiliar as famílias na redução do tempo de tela, promovendo alternativas viáveis de estímulo e convivência. "Revisão narrativa com base em literatura dos últimos 5 anos, especialmente nas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), utilizando as plataformas PubMed, SciELO e LILACS. Foram utilizados os seguintes descritores: 'tempo de tela', 'crianças', 'desenvolvimento infantil', 'intervenção pediátrica', 'tecnologia e infância'. Três fatos relevantes também foram incluídos: aumento do uso de telas na pandemia, impacto cognitivo do excesso de estímulo visual e déficit de atividades ao ar livre. "Atualmente, é amplamente reconhecido que o aumento do tempo de tela prejudica o desenvolvimento infantil. Os cinco efeitos mais frequentes são:

1. Déficit de atenção;
2. Atraso no desenvolvimento da linguagem;
3. Distúrbios do sono;
4. Obesidade infantil;
5. Comportamentos agressivos ou apatia social.

A SBP recomenda que crianças menores de 2 anos não sejam expostas a telas, com exceção de chamadas de vídeo supervisionadas. De 2 a 5 anos, no máximo 1 hora por dia, sempre com supervisão. Após os 6 anos, o uso deve ser limitado a 1 a 2 horas diárias, com equilíbrio entre telas e outras atividades.

No entanto, a grande pergunta permanece: como reduzir o tempo de tela diante de tantos obstáculos estruturais? A maioria das famílias brasileiras vive em condições limitadas: moradias pequenas, ausência de praças, bibliotecas ou áreas de lazer; poucos brinquedos; cuidadores despreparados ou inexistentes; mães trabalhando fora; crianças sob os cuidados de avós idosos ou irmãos mais velhos. Dizer apenas "reduza o tempo de tela" é ineficaz e injusto.

O pediatra pode orientar os pais com medidas viáveis para a realidade brasileira:

- Estabelecer rotinas previsíveis com horários para refeições, sono e brincadeiras;
- Criar momentos sem tela, como refeições em família e leitura de histórias;
- Utilizar recursos domésticos para brincadeiras: papel, caixas, utensílios recicláveis;
- Orientar sobre atividades físicas simples dentro de casa (dança, mímica);
- Incentivar jogos de linguagem oral (adivinhas, trava-línguas);
- Mobilizar a comunidade local (igrejas, UBSs, CRAS) para oficinas coletivas ou eventos "A redução do tempo de tela exige muito mais que uma simples orientação. O pediatra deve ser um agente ativo, compreensivo e criativo, propondo alternativas que respeitem as limitações estruturais das famílias brasileiras.

Palavra Chave: TEMPO DE TELA, DISPOSITIVOS ELETRÔNICOS

Título: CRESCIMENTO NO LIMITE INFERIOR DA NORMALIDADE: CONDUTA PEDIÁTRICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARILÚCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EUROAMERICANO/UNIEURO)

Resumo: O pediatra frequentemente se vê angustiado diante de crianças que, mesmo saudáveis, mantêm seu crescimento próximo ao escore-z -2 ao longo dos três primeiros anos de vida. Sem comorbidades, com alimentação minimamente adequada e desenvolvimento neuropsicomotor normal, esses pacientes desafiam a tomada de decisão clínica, especialmente quando há pressão familiar por exames e intervenções medicamentosas. "Analisar, à luz da medicina baseada em evidências, qual deve ser o manejo adequado de crianças com crescimento persistente próximo ao escore -2, evitando exames excessivos, uso de polivitamínicos e estimulantes do apetite, que carecem de eficácia comprovada. "Revisão nas plataformas PubMed, SciELO e LILACS, com publicações dos últimos 5 anos. Utilizaram-se os descritores: "crescimento infantil", "estatura", "pediatria", "medicina baseada em evidências" e "desnutrição". Foram consultados também os documentos da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), da American Academy of Pediatrics (AAP) e diretrizes clínicas internacionais. Três aspectos adicionais considerados foram: padrão familiar de crescimento, avaliação ambiental e dinâmica alimentar. "Em puericultura, é comum encontrar crianças com curva de crescimento estável, porém próxima do escore -2, sem intercorrências pré-natais ou neonatais, com alimentação regular e ambiente familiar adequado. Nessas situações, muitos pediatras, inseguros ou pressionados pela família, solicitam exames laboratoriais indiscriminadamente ou prescrevem polivitamínicos e "abridores de apetite". Contudo, estudos clínicos e consensos (AAP e SBP) são claros: não há evidência de que multivitamínicos melhoram o crescimento em crianças eutróficas. Da mesma forma, estimulantes de apetite não promovem ganho estatural sustentado e trazem riscos, como sedação e alterações metabólicas.

A abordagem ideal envolve observação clínica contínua, reforço da alimentação saudável e orientação aos pais sobre a variabilidade genética e familiar da estatura. Se a criança se mantém com crescimento estável, bom estado geral e neurodesenvolvimento preservado, a conduta é expectante. Apenas após os 3 anos, caso a estatura fique abaixo do canal genético familiar ou haja desaceleração evidente, considera-se investigação com exames hormonais e encaminhamento ao especialista.

"O pediatra deve reconhecer padrões de normalidade dentro dos limites inferiores da curva de crescimento. A conduta segura e embasada deve evitar exames desnecessários e uso de medicamentos sem respaldo científico. A escuta ativa e o acompanhamento longitudinal são as ferramentas mais poderosas nesse cenário.

Palavra Chave: CRESCIMENTO, ESCORE Z-2, ESTATURA

**Título: ANTI-INFLAMATÓRIOS HORMONais E NÃO HORMONais NA PRÁTICA PEDIÁTRICA:
USOS, RISCOS E RELEVÂNCIA CLÍNICA**

Autores: MARILÚCIA ROCHA DE ALMEIDA PICANÇO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RAFAEL PIMENTEL SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RUBRIA PICCOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), INDIRA CAMPOS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: Anti-inflamatórios são medicamentos utilizados para reduzir dor, febre e processos inflamatórios. Dividem-se em hormonais (corticosteroides) e não hormonais (AINES - anti-inflamatórios não esteroidais). Os hormonais atuam como análogos do cortisol, regulando vias inflamatórias profundas, enquanto os AINES inibem as enzimas ciclo-oxigenases, responsáveis pela síntese de prostaglandinas. No contexto pediátrico, seu uso exige conhecimento técnico para garantir eficácia terapêutica e segurança. "Orientar o pediatra quanto ao uso racional dos anti-inflamatórios hormonais e não hormonais, com foco em analgesia, antipirese e manejo da inflamação, valorizando a prática baseada em evidências. "Revisão da literatura nas plataformas PubMed, SciELO e LILACS, com recorte temporal dos últimos cinco anos. Utilizaram-se cinco descritores: 'anti-inflamatórios', 'corticosteroides', 'pediatria', 'nefrotoxicidade', 'analgésicos antipiréticos'. Foram considerados documentos da SBP e estudos que destacam riscos renais e farmacocinética pediátrica. "Os AINES mais usados em pediatria são ibuprofeno, dipirona e paracetamol. Embora este último seja muitas vezes considerado apenas antipirético, também possui leve ação anti-inflamatória central. A dipirona, apesar de controversa em alguns países, é amplamente utilizada no Brasil por seu efeito triplo: analgésico, antipirético e espasmolítico.

O ibuprofeno, recomendado a partir dos 6 meses, inibe COX-1 e COX-2, sendo eficaz para febre e dor leve a moderada. Já o paracetamol pode ser usado desde o nascimento, atuando principalmente por inibição central da COX-3, com menor ação anti-inflamatória. A dipirona é indicada geralmente a partir dos 3 meses, com efeito antipirético potente, porém risco aumentado de agranulocitose e sobrecarga renal.

É importante destacar que a prática comum de intercalar paracetamol e dipirona não é recomendada, pois aumenta o risco de nefrotoxicidade. O uso concomitante sobrecarrega os rins por vias metabólicas distintas — paracetamol via glicuronidação hepática e dipirona com excreção renal ativa. Estudos apontam aumento de casos de lesão renal aguda em crianças medicadas com múltiplos antipiréticos sem supervisão adequada.

Os corticoides, como prednisolona e dexametasona, além da potente ação anti-inflamatória, também atuam como antipiréticos e analgésicos, por inibição de citocinas inflamatórias e redução da sensibilidade nociceptiva.

"O pediatra deve conhecer o perfil farmacológico dos anti-inflamatórios utilizados na infância, seus mecanismos de ação, faixas etárias seguras, e riscos associados, como nefrotoxicidade. A prescrição consciente, com base em evidências, evita erros comuns como a intercalação de antipiréticos e o uso indiscriminado de corticoides.

Palavra Chave: ANTIPIRÉTICOS, ANTI-INFLAMATÓRIO, DIPIRONA

Pneumologia

1

Título: SONO INFANTIL: A PUERICULTURA COMO FERRAMENTA DE DETECÇÃO PRECOCE DE DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS

Autores: INGRID FERNANDES LOIOLA (UNIEURO), LUIZA SILVA DOS SANTOS (UNIEUR), GIOVANA RAMOSAMORIM (UNIEURO), EMMILY VIEIRA BARBOSA DOS SANTOS NUNES (UNIEURO), DANIELA CRISTINA FERREIRA ALMEIDA (UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (UNIEURO), ANA PAULA APARECIDA DE OLIVEIRA GONÇALVES (UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (UNIEURO)

Resumo: A consulta de puericultura é fundamental para a promoção da saúde e prevenção de doenças na infância. Através de uma anamnese detalhada e exame físico minucioso, é possível identificar precocemente alterações que muitas vezes passam despercebidas pelos responsáveis. Um dos temas frequentemente negligenciados é o sono infantil. Sintomas como roncos noturnos e respiração bucal podem indicar distúrbios respiratórios do sono, os quais afetam negativamente o crescimento, o desenvolvimento neuropsicomotor, o desempenho escolar e a estrutura orofacial da criança. "Ressaltar, a partir de um caso clínico, a importância da avaliação do sono infantil na rotina da puericultura, enfatizando a necessidade de maior atenção por parte dos profissionais de saúde para detecção precoce de distúrbios respiratórios. "Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, ilustrada por um relato de caso. A busca foi realizada de forma não sistemática nas bases SciELO, PubMed e LILACS, utilizando os descritores: sono infantil, distúrbios respiratórios e puericultura, considerando artigos publicados nos últimos 19 anos. "Criança em idade escolar, do sexo masculino, compareceu à consulta de rotina. Durante a anamnese, os pais relataram roncos noturnos e respiração bucal, sem apneias evidentes ou outros sintomas noturnos significativos. O desenvolvimento era considerado normal pelos responsáveis. No exame físico, observou-se palato ogival e amígdalas de tamanho moderado, sugerindo respiração bucal crônica. A criança nunca havia sido avaliada por especialista, e a família desconhecia a possível relação entre os sintomas e distúrbios respiratórios do sono, sendo esta a primeira vez que o tema era abordado em consulta. "A investigação do sono deve fazer parte da rotina pediátrica. Sinais como roncos, pausas respiratórias, respiração bucal e sonolência diurna merecem atenção. Mesmo na ausência de apneias, o ronco pode indicar obstrução parcial das vias aéreas superiores, frequentemente associada à hipertrófia de amígdalas, adenoides, rinites ou alterações anatômicas. O diagnóstico tardio pode resultar em déficit de atenção, irritabilidade, hiperatividade, baixo rendimento escolar e alterações no sono. Além disso, a respiração bucal crônica pode causar deformidades orofaciais, como palato ogival e mordida cruzada. A consulta de puericultura, mesmo sem queixas específicas, é uma oportunidade para identificar alterações silenciosas e iniciar encaminhamentos e exames, como nasofibroscopia, radiografia de cavum e polissonografia. O sono infantil deve ser investigado em todas as consultas pediátricas. Roncos e respiração bucal são sinais de alerta e podem refletir obstruções nas vias aéreas superiores com impactos no desenvolvimento. A anamnese cuidadosa e o exame físico são essenciais para o diagnóstico precoce, reforçando o papel da puericultura como ferramenta preventiva e promotora da saúde infantil.

Palavra Chave: SONO INFANTIL. DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS. PUERICULTURA.

2

Título: EVALI - INJÚRIA PULMONAR CAUSADA POR CIGARROS ELETRÔNICOS: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

Autores: MARCELLA FERREIRA RIBEIRO (UCB - UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), RITA DE CÁSSIA MELLO MATOS (HRBZ), ANA CLARA MOREIRA ALMEIDA (UCB), JULIANNE BELO SANTOS SILVA (UCB), BRENDA CASSIANO DE SOUZA (UCB), LETICIA MELLO MATOS (UCB), MARIA LUIZA DE SANT'ANA GONÇALVES NASCIMENTO (UCB), ANA BEATRIZ GARCIA CARNEIRO (UCB)

Resumo: Os cigarros eletrônicos e produtos de tabaco aquecido são comercializados sem regulamentações adequadas ou advertências claras sobre substâncias tóxicas e carcinogênicas em sua composição e seus efeitos adversos à saúde, favorecendo a expansão de sua base de usuários, especialmente entre adolescentes. "O objetivo deste estudo é analisar os impactos do uso de dispositivos eletrônicos para fumar na saúde pulmonar da população pediátrica, com ênfase nos mecanismos fisiopatológicos associados à EVALI.

"Revisão sistemática de literatura seguindo o método PRISMA. As bases utilizadas foram PubMed e Google Acadêmico, com os descritores "electronic cigarette", "lungs" e "children". Aplicou-se filtro para artigos gratuitos e completos publicados nos últimos cinco anos. Os critérios PICO incluíram: população pediátrica, uso de cigarros eletrônicos, impactos à saúde e prejuízo pulmonar. A busca resultou em 40 artigos, sendo selecionados 14 após análise por relevância conforme os critérios estabelecidos. "O uso de cigarros eletrônicos por crianças e adolescentes configura-se como um problema de saúde pública global. No Brasil, embora proibidos, o modismo impulsionado por propagandas e o acesso alternativo favorecem a popularização entre jovens, sobretudo na faixa etária de 15-24 anos (Bertoni, 2021). Tal uso precoce coincide com uma fase de imaturidade pulmonar e imunológica, além de padrões de uso impulsivo, o que amplifica os efeitos tóxicos das substâncias inaladas. Os artigos revisados indicam que os mecanismos fisiopatológicos da EVALI envolvem inflamação alveolar difusa, bronquiolite obliterante, pneumonite lipoídica e lesões semelhantes à pneumonia química. O quadro clínico inclui tosse persistente, dor torácica, febre e dispneia, com cerca de 50% dos casos exigindo hospitalização e aproximadamente 25% necessitando oxigenoterapia ou ventilação mecânica (Layden, 2020). Exames laboratoriais mostram leucocitose, marcadores inflamatórios elevados e alterações gasométricas, enquanto que a tomografia evidencia opacidades em vidro fosco, consolidações bilaterais e padrão de pneumonia organizada (Henry, 2021). No nível molecular, destaca-se que a exposição crônica ao vapor de cigarros eletrônicos pode reduzir os níveis de metaloproteinase-3 (MMP-3), fator associado ao aumento do risco de carcinogênese pulmonar (Khan, 2022). Observou-se também redução dos níveis de FeNO, relacionada à piora da função respiratória e maior gravidade da DPOC.

"O uso de cigarros eletrônicos está associado ao desenvolvimento de pneumopatias e impactos adversos à saúde respiratória. Os achados reforçam a necessidade urgente de ações regulatórias e educativas, com foco na proteção da população pediátrica frente a esse fator de risco emergente e subestimado.

Palavra Chave: CIGARROS ELETRÔNICOS, CRIANÇAS, DOENÇAS PULMONARES.

3

Título: VACINAÇÃO E IMUNIZAÇÃO PASSIVA CONTRA O VSR: AVANÇOS E EVIDÊNCIAS EM DIFERENTES ESTRATÉGIAS PREVENTIVAS.

Autores: KAUÃ FERNANDES DE OLIVEIRA BRAGA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), JÚLIA BITERN COURT CORRÊA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ÂNGELO ANTÔNIO SILVA LIMA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), CAIO DE CARVALHO MOTTA DE SOUZA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ALANA BERNARDES MACIEL (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), DANIEL NEVES COELHO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ANNA LUÍSA FAITARONE (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: O vírus sincicial respiratório (VSR) é a principal causa de infecção das vias aéreas inferiores (VAI) em menores de 2 anos, com alta taxa de hospitalizações. Duas intervenções se destacam atualmente na profilaxia do VSR: a vacinação da gestante e a administração de anticorpos monoclonais a lactentes. A primeira tem por objetivo imunizar o feto a partir da transferência placentária de anticorpos, o que gera proteção para os primeiros meses de vida. Já a segunda consiste na imunização passiva, de caráter mais imediato, importante especialmente para pacientes prematuros extremos ou com comorbidades significativas. "Objetiva-se realizar revisão sobre a vacinação e as estratégias de imunização passiva contra o VSR, à luz das evidências disponíveis sobre as diferentes formas de prevenção. Além disso, busca-se identificar lacunas no conhecimento atual dessas profilaxias. "Este trabalho configura uma Revisão Narrativa da Literatura, realizada a partir de busca na base de dados MedLine. A estratégia de busca consistiu nas palavras "Respiratory Syncytial Virus", 'Palivizumab', 'Nirsevimab', 'Maternal Vaccination', 'Prevention' e 'Efficacy'. A seleção de trabalhos publicados nos últimos 5 anos resultou no total de 14 artigos. Após os critérios de exclusão, apenas 7 destes foram selecionados. "Em 1960, a tentativa de imunização ativa de lactentes a partir da administração direta de vacinas "vírus completo" resultou em adoecimento mais severo com VSR. Contudo, atualmente, a vacinação das gestantes entre 24 e 36 semanas, com vacina de subunidade proteica recombinante bivalente, mostra-se eficaz e segura. Nesse sentido, há redução de desfechos graves nos primeiros trimestres, com redução de infecções severas de VAI e hospitalizações. Em semelhança, a pré-exposição a anticorpos monoclonais em infantes também é considerada eficaz e segura. O Palivizumabe não é indicado como tratamento, mas, como profilaxia, com administração mensal, reduz os impactos da infecção. O Nirsevimabe é um "mAb" de longa duração, com dose única por temporada de VSR e com a maior redução de visitas para atendimento por infecção de VAI. Esta opção foi a única a reduzir as visitas de lactentes a termo e mais velhos. No geral, a administração dos anticorpos no esquema sazonal é mais custo-efetiva que no esquema contínuo. A comparação da vacinação e dos anticorpos indica que ela forneceria proteção adicional a mutações virais. Ademais, a logística de implantação, o perfil de segurança em populações especiais e a análise de custo8209; efetividade regional são as principais diferenças entre as profilaxias. "A eficácia da vacinação materna e dos mAbs contra o VSR em crianças de até 2 anos é comprovada. Portanto, é necessário ampliar a proteção dessas crianças, com estratégias para o aumento da vacinação materna contra o VSR ou para a disponibilização ampliada dos mAbs, avaliando previamente sua relação custo-efeito.

Palavra Chave: VSR, IMUNIZAÇÃO PASSIVA, VACINAÇÃO MATERNA, PREVENÇÃO

Título: APNEIA OBSTRUTIVA DO SONO EM PACIENTES COM SÍNDROME DE DOWN: UMA REVISÃO.

Autores: KAUÃ FERNANDES DE OLIVEIRA BRAGA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), GIOVANNA CLARA GONDINHO MATIAS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), DANIEL NEVES COELHO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), DÉBORA DE ABREU MALAFIA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), NATTÁLIA DE OLIVEIRA MACIEL (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), FERNANDA VALENTE MOURA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), MARIA CLARA BELTRÃO MAIA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA)

Resumo: A apneia obstrutiva do sono (AOS) é comum em crianças com Síndrome de Down (SD), ocorrendo mais frequentemente do que nas crianças em geral. Caracteriza-se pela obstrução das vias aéreas durante o sono, ligada a fatores como hipoplasia facial, macroglossia e hipotonia. A detecção precoce em neonatos é crucial para evitar complicações graves. Contudo, a adesão ao tratamento, como o uso de Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP), enfrenta desafios relacionados ao desconforto e à desinformação. "Revisar as evidências científicas sobre AOS em SD, com foco em detecção e manejo precoces, considerando a vulnerabilidade dos indivíduos acometidos, as complicações respiratórias possíveis e os impactos clínicos a longo prazo. "Revisão Integrativa da Literatura realizada nas bases LILACS, Embase e PubMed, utilizando as palavras-chave: "Apneia", "Síndrome de Down" e "Neonatos" para obter publicações pertinentes dos últimos 5 anos. Excluíram-se artigos que não abordassem SD ou se restringissem a hipoventilação sem apneia. A busca inicial resultou em 11 artigos, dos quais 4 foram selecionados. "A AOS é mais comum em crianças com SD, sendo mais prevalente em idades precoces. Crianças com menos de 3 anos têm maior propensão a formas graves, sugerindo que o rastreamento por polissonografia (PSG) deve começar antes dos 4 anos, diferentemente da diretriz atual da Associação Americana de Pediatria, cuja recomendação é que seja feita investigação de rotina após essa idade. Meninas com SD apresentam maior risco de AOS que meninos. Outros fatores associados, como cuidados intensivos, dificuldades alimentares e hipertensão pulmonar, reforçam a necessidade da antecipação do rastreamento. Crianças com AOS apresentam maior fragmentação do sono e mais despertares, o que também destaca a importância do acompanhamento desde o nascimento. É crucial realizar duas ou mais PSGs para monitorar a evolução da doença. Após intervenções, 73% das crianças mostraram melhora ou resolução da condição. Opções terapêuticas, como medicamentos, cirurgias, CPAP e oxigênio, mostram-se eficazes, em especial, quando aplicadas precocemente. "A AOS exibe alta incidência em crianças com SD e está associada a complicações neurocognitivas e cardiovasculares. Diagnóstico precoce e terapêutica adequada são cruciais para mitigar os impactos. Tratamentos como CPAP e adenotonsilectomia têm eficácia, dependendo da gravidade da doença.

Palavra Chave: APNEIA, SÍNDROME DE DOWN, NEONATOS

Título: ATUAL PAPEL DO PALIVIZUMABE ENQUANTO PROFILAXIA PARA O VÍRUS SINCICIAL RESPIRATÓRIO

Autores: JÚLIA BITENCOURT CORRÊA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), ÂNGELO ANTÔNIO SILVA LIMA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), JÚLIA MARQUES BORBA MODESTO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), JOÃO PAULO DE SOUZA JÚNIOR (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), LAÍS ALVES DA SILVA ARAÚJO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), MARIA LUÍSA MENDONÇA MARTINS (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), GABRIEL DUARTE MOREIRA NASCIMENTO (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA (UNB)), RÚBRIA LIZIERO PICOLI (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA)

Resumo: O Vírus Sincicial Respiratório (VSR) é uma causa aguda de infecções do trato respiratório, com maior incidência em idosos, imunocomprometidos e crianças menores de 1 ano. Na população pediátrica, a prematuridade e a presença de comorbidades cardiorrespiratórias são fatores de maior risco de morte em infecções graves de VSR. Ainda não há tratamento eficaz para o VSR, mas a prevenção com anticorpo monoclonal tem sido uma profilaxia em destaque atualmente. O Palivizumabe, medicação representante desta imunoterapia, fornece imunidade passiva contra o VSR. Contudo, persistem questionamentos sobre seus benefícios, enquanto profilaxia padrão para a população pediátrica. "Analizar os efeitos do Palivizumabe como prevenção ao VSR para crianças em grupo de risco. Busca-se relacionar a efetividade do anticorpo a partir de critérios como hospitalização, progressão para quadros severos, mortalidade de pacientes do grupo de risco e custo benefício. "O presente trabalho configura uma Revisão Narrativa da Literatura, realizada a partir de busca nas bases de dados LILACS, Cochrane e MedLine. A estratégia de busca consistiu nos termos "eficácia", "Palivizumabe" e "Vírus Sincicial Respiratório" unidos pelo operador "AND". Após seleção de trabalhos publicados nos últimos 5 anos, foram escolhidos 4 artigos para a presente revisão. "A análise dos estudos demonstrou que o uso de palivizumabe como profilaxia para infecção por VSR reduziu significativamente a taxa de hospitalizações quando comparado ao grupo controle nos lactentes dos grupos de risco delimitados pela diretriz brasileira (i.e. displasia broncopulmonar, doença cardíaca congênita e prematuridade). Não foram observadas, entretanto, diferenças significativas em relação a mortalidade por todas as causas, incidência de infecções do trato respiratório inferior ou necessidade de ventilação mecânica. Novos estudos mostram-se necessários para a avaliação de sua aplicação em outros grupos de riscos, como portadores da Síndrome de Down, de imunodeficiência e de deficiências neurológicas. Em um dos artigos, não foram identificadas diferenças de incidência na profilaxia ao VSR de lactentes com fibrose cística, mas devido a limitações metodológicas, novos estudos randomizados são necessários para a avaliação de aplicabilidade neste grupo. O tratamento com palivizumabe em lactentes sintomáticos não demonstrou benefício, o que corrobora com sua atual indicação limitada à profilaxia ao VSR, dado seu alto custo. "O palivizumabe é relevante na prevenção de hospitalizações associadas ao VSR em menores de 1 ano com cardiopatia congênita, doença pulmonar grave ou prematuras com idade gestacional 8804; 28 semanas. Contudo, não foram observados impactos significativos na mortalidade geral, na evolução para infecções respiratórias inferiores graves e na necessidade de ventilação mecânica. Ademais, faltam estudos robustos que avaliem sua aplicabilidade em outros grupos de risco.

Palavra Chave: PALIVIZUMAB, INFECÇÕES POR VÍRUS RESPIRATÓRIO SINCICIAL

Título: DOENÇAS RESPIRATÓRIAS INFANTIS NO BRASIL: ANÁLISE PRÉ E PÓS-PANDEMIA DE COVID-19

Autores: AMANDA LEAL DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO EURO-AMERICANO), MARIANA SOUZA DINIZ SANTOS (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), CATARINA AIRES GANDRA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ANNA LAURA DE SOUZA MORÁS (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), SAMUEL SOTERO LOURENÇO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), MANUELLA VILELA ALVES DE CASTRO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS)

Resumo: As doenças respiratórias constituem importante causa de morbimortalidade em crianças pequenas no Brasil. Em março de 2020, deu-se início à pandemia de COVID-19, que provocou mudanças na incidência das patologias do aparelho respiratório e no perfil de agentes etiológicos mais frequentes. "Demonstrar o impacto da COVID-19 na incidência e na gravidade de doenças respiratórias em crianças pequenas no Brasil." Trata-se de estudo ecológico de dados do Sistema de Informação Hospitalar do Sistema Único de Saúde (SIH/SUS) através do DATASUS. Incluiu-se dados sobre as internações e mortalidade por afecções do trato respiratório em crianças menores de cinco anos no Brasil. Foram analisados dois anos pré e pós-pandemia da COVID-19, sendo 2018–2019 e 2022–2024. Excluiu-se os dados referentes aos anos de 2020 e 2021. Analisaram-se as internações por doenças do trato respiratório (CID-10 J00–J99). As variáveis estudadas foram: "internações", "faixa etária" e "mortalidade". Por utilizar dados secundários e públicos, a pesquisa foi isenta de avaliação ética. "Foram registrados 46.793 internações por doenças respiratórias em crianças menores de cinco anos no Brasil no período pré-pandêmico (2018-2019) com uma média de 23.397 internações/ano. Após a pandemia (2022 a 2024) foram registradas 71.673 internações, com uma média de 23.891. O maior número registrado de internações (25.656) foi em 2022, ano em que o Ministério da Saúde declarou o fim da pandemia no Brasil. As taxas de mortalidade por doenças respiratórias em menores de um ano em 2018 (1,31/mil) e 2019 (1,15/mil) foram significativamente maiores em relação com o período pós-pandêmico, sendo 1,17/mil (2022), 1,10/mil (2023) e 0,86/mil (2024) - demonstrando, então, uma regressão gradual. Já no grupo de crianças entre 1 e 4 anos de idade, houve um padrão de piora após a pandemia com taxas de 0,37/mil (2022), 0,31/mil (2023) e 0,34 (2024), em comparação à pré-pandemia com 0,36/mil (2018) e 0,29/mil (2019). Embora o número total de internações em menores de cinco anos tenha se mantido relativamente estável, observa-se uma redução significativa na mortalidade em menores de um ano e um aumento preocupante nas taxas de mortalidade em crianças de 1 a 4 anos após a pandemia. "A pandemia da COVID-19 teve um impacto heterogêneo nas doenças respiratórias em crianças no Brasil. A queda da mortalidade em lactentes contrasta com o seu aumento em pré-escolares, sinalizando necessidades distintas de intervenção. O pico em 2022, demanda investigação sobre fatores etiológicos e assistenciais. Assim, são necessárias estratégias de saúde pública direcionadas ao cuidado respiratório pediátrico no cenário pós-pandêmico.

Palavra Chave: COVID-19, DOENÇAS RESPIRATÓRIAS, INFECÇÕES RESPIRATÓRIAS.

Título: ASMA INFANTIL E HOSPITALIZAÇÕES NO CENTRO-OESTE: UMA ANÁLISE PRÉ, DURANTE E PÓS-PANDEMIA DE COVID-19

Autores: PEDRO HENRIQUE MEDEIROS PEREIRA FELIX (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), ISABELA PAULISTA CAMARA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), LASMIN FREITAS GOMES (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), AMANDA MARQUES MORENO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), SAMUEL SOTERO LOURENÇO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), MANUELLA VILELA ALVES DE CASTRO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS)

Resumo: A asma é uma das doenças crônicas mais prevalentes entre as crianças brasileiras. Caracterizada por hiperresponsividade das vias aéreas, hipersecreção de muco e resposta inflamatória exacerbada, trata-se de uma das principais causas de hospitalização infantil, sendo, também, uma condição que interfere significativamente na vida escolar. Entre os pródromos das exacerbações asmáticas, os mais importantes são os quadros infecciosos respiratórios, que se manifestam, em geral, com tosse, sibilos e dispneia. "Avaliar a morbidade hospitalar da asma nos lactentes e escolares menores de cinco anos nas unidades federativas (UF) do centro-oeste (CO), comparando o período da pandemia de COVID-19 com os anos anteriores e posteriores. "Estudo ecológico com os dados do Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS) obtidos por meio do DATASUS, referente ao período de 2017 a 2024. Foram selecionados dados sobre o número de internações na faixa etária de 0 a 14 anos no CO por asma (Lista de Morbidade CID-10). Incluiu-se como variáveis "Unidade da federação" e "Ano de processamento". A análise pelo Comitê de Ética em Pesquisa foi dispensada devido ao uso de dados secundários e públicos." Houve 30.083 internações por asma nos últimos sete anos, tendo ocorrido 17.191 (57%) no Distrito Federal (DF), e 5.652 (18%) no ano de 2023, que foi o ano com mais hospitalizações no período estudado, em todas as UF. A média das internações foi de 3649/ano entre 2017 e 2024, sendo que, em todo o centro-oeste, essa média caiu para 2432,5/ano na região durante a pandemia (2020 e 2021), e esse padrão se repetiu individualmente entre todos os estados e o DF. À exceção do estado do Mato Grosso (MT), em todas as UFs avaliadas a média de internações subiu no período pré-pandemia (2022-2024) em comparação com o período pós-pandemia (2017-2019), com redução de 11,69% nas hospitalizações no MT, e aumento de 24,65% no Goiás (GO), de 36,71%, no Mato Grosso do Sul (MS), e 58,05%, no DF. Registrem-se que os valores mínimo e máximo de hospitalizações foram, respectivamente, de 220 (em 2020) e 607 (em 2022) no MS; de 152 (em 2020) e 537 (em 2017) no MT; de 286 (em 2021) e 1521 (em 2023) em GO; de 1426 (em 2017) e 2996 (em 2022) no DF; e de 3385 (em 2018) e 5652 (em 2023) no CO. O aumento geral das internações por asma em quase todos as UFs do CO entre os períodos pré e pós-pandêmico indica que, embora a pandemia tenha reduzido temporariamente os casos de hospitalização pediátrica por doenças respiratórias como a asma, em razão de medidas para redução da circulação viral, como isolamento social e uso de máscaras, o retorno à normalidade revelou um efeito rebote expressivo, especialmente em regiões urbanizadas como o DF."A asma grave em pediatria permanece como um desafio de saúde pública no CO, especialmente no DF, para o qual urgem medidas de gestão pública e diagnóstico precoce.

Palavra Chave: ASMA, PEDIATRIA, HOSPITALIZAÇÃO.

Título: PNEUMONIA BACTERIANA SECUNDÁRIA A CONTUSÃO PULMONAR - RELATO DE CASO

Autores: ROBERTA NANTES COSTA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), SOFIA SILVA E SOUZA (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS), LYSSA MARIA COELHO (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CIÊNCIAS MÉDICAS)

Resumo: A pneumonia bacteriana secundária à contusão pulmonar é uma complicaçāo frequente após trauma torácico, ocorrendo em até 50% dos pacientes. Em pediatria, esta complicaçāo é mais comum devido à maior complacência pulmonar e elasticidade costal. O caso apresentado descreve uma criança que desenvolveu pneumonia complicada com derrame pleural, necessitando de drenagem torácica após sofrer um trauma durante uma partida de futebol. "ASO, 6anos, 18kg, previamente asmático, com relato de trauma em hemitórax à direita (cotovelada), evoluiu com dor local e após uma semana, apresentou febre, associado a taquipneia. Procurou atendimento, realizado RX que evidenciou pneumonia bacteriana complicada com derrame pleural e encaminhado para internação. Iniciado ampicilina 200mg/kg/dia e transicionada para amoxicilina 50mg/kg/dia 48h após, com boa tolerância. Realizado ultrassom de tórax evidenciando derrame pleural, não punctionável e com redução do volume ao longo da internação.

Manteve-se afebril, em boas condições clínicas, bom padrão respiratório, mantendo dor leve em gradio costal. Após 72h de observação hospitalar, apresentou piora do quadro de dor torácica, febre e esforço respiratório. Realizado ultrassom point of care com aumento do derrame pleural à direita e indicada drenagem. Colocado dreno de tórax, modificada antibioticoterapia para amoxicilina 90mg/kg/dia, feito alteplase local por 03 dias e retirado dreno após 5 dias de drenagem. Apresentou melhora da taquipneia, esforço respiratório e dor torácica, recebeu alta com proposta de manter antibioticoterapia 7 dias após último pico febril. "A contusão pulmonar ocorre a partir da energia cinética transmitida ao parêntima pulmonar, que é danificado tanto pelo cisalhamento do tecido pulmonar, levando a hemorragia local, quanto pelo rompimento da camada lipídica, que resulta na permeabilidade da membrana celular e extravasamento de fluido. Esses danos, além da inativação do surfactante, causam também colapso alveolar, incompatibilidade ventilação-perfusão e hipoxemia. Devido a clínica pobre pós trauma, é sugerido realizar radiografia para diagnóstico em crianças. Normalmente é possível observar área de consolidação pulmonar, além de hemotórax, fratura de costelas e outras alterações. Vale então ressaltar a principal complicaçāo, a pneumonia bacteriana, favorecida pela disfunção dos macrófagos, que representa a principal linha de defesa no pulmão. Logo após a lesão, esses macrófagos estão passando por morte celular programada e podem não ser capazes de coordenar a resposta do hospedeiro a uma exposição bacteriana. Além disso, o aumento de neutrófilos locais e citocinas inflamatórias pioram o dano tecidual, aumentando a permeabilidade vascular e criando um ambiente propício para colonização bacteriana.

Por tanto, a pneumonia que se desenvolve após uma contusão pulmonar é frequentemente multifatorial e o manejo adequado e a monitorização cuidadosa são essenciais para prevenir essa complicaçāo.

Palavra Chave: PNEUMONIA BACTERIANA, TRAUMA TORÁCICO EM PEDIATRIA

Título: TDAH NA PRÁTICA PEDIÁTRICA: RECONHECIMENTO E CONDUTA INICIAL

Autores: CELSO TAQUES SALDANHA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ANA PAULA ALVES DA SILVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ALBERTO STOESSEL SADALA PERES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), ÁLVARO ANTÔNIO CANUTO (SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL), MATHEUS HENRIQUE DE SOUSA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CARLOS GABRIEL DA COSTA E SILVA OLIVEIRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNICEPLAC)

Resumo: O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) é um distúrbio do neurodesenvolvimento caracterizado por desatenção, impulsividade e hiperatividade. Na pediatria, o reconhecimento precoce pelo pediatra é essencial, pois ele frequentemente identifica sinais que impactam o comportamento e o desempenho escolar da criança. "Fornecer ao pediatra orientações práticas para reconhecer, avaliar e iniciar condutas em casos suspeitos de TDAH, especialmente em contextos com acesso limitado a especialistas." Realizou-se uma revisão narrativa nas bases PubMed, LILACS, SciELO, Embase e Scopus, considerando publicações dos últimos 5 anos. Utilizaram-se os descritores attention deficit hyperactivity disorder, pediatrics, treatment, primary care e early diagnosis. Foram consultadas diretrizes da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP) e da American Academy of Pediatrics (AAP), além de estudos sobre tempo de espera no Sistema Único de Saúde (SUS), papel do pediatra na atenção primária, protocolos clínicos e impacto do diagnóstico precoce. "O TDAH afeta 5% a 8% das crianças em idade escolar, sendo mais prevalente em meninos. Os sintomas incluem desatenção, inquietação motora e impulsividade, evidentes entre 4 e 6 anos. Fatores genéticos e neuroquímicos estão envolvidos na etiologia. Diagnósticos diferenciais abrangem ansiedade, depressão, autismo, distúrbios do sono e déficits sensoriais. Escalas de triagem auxiliam o pediatra, que pode iniciar orientações comportamentais e, em casos selecionados, medicamentos estimulantes, com doses ajustadas conforme resposta. Em cenários com demora no SUS, intervenções iniciais pelo pediatra minimizam impactos escolares e emocionais. "O pediatra desempenha um papel crucial na suspeita, orientação e manejo inicial do TDAH. A detecção precoce e intervenções ativas reduzem impactos familiares e escolares, mesmo antes do encaminhamento a especialistas.

Palavra Chave: TDAH, PEDIATRIA, DIAGNÓSTICO PRECOCE.

10

Título: ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA HOSPITALAR POR FIBROSE CÍSTICA EM MATO GROSSO (2014-2024)

Autores: SAMUEL SOTERO LOURENÇO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), THIAGO BONAFÉ (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE), MATHEUS DE SOUZA RIBEIRO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE), LAÍS EDWIRGES ROSA BESERRA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE), PEDRO CANAS SPOLADOR (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE), ANA CECÍLIA PEROTES ALBUQUERQUE (CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VÁRZEA GRANDE)

Resumo: A fibrose cística (FC) é uma doença genética autossômica recessiva, causada por mutações no gene CFTR, responsável por regular o transporte de eletrólitos nas células epiteliais. A disfunção dessa proteína leva à produção de secreções espessas que comprometem os pulmões, o sistema digestivo e outros órgãos. Em crianças, os primeiros sinais incluem íleo meconial, tosse persistente, infecções respiratórias de repetição e dificuldade no ganho de peso. No Brasil, o diagnóstico precoce é feito pela triagem neonatal com dosagem de tripsinogênio imunorreativo, seguido pelo teste do suor ou análise genética. Estima-se uma prevalência de 1:7.576 nascidos vivos, com maior incidência na região Sul. Apesar de não ter cura, avanços no tratamento, como o uso de moduladores do CFTR e cuidados multidisciplinares, têm melhorado significativamente a qualidade de vida e a sobrevida das crianças com FC. "Analizar a epidemiologia de FC em crianças no estado de Mato Grosso entre 2014 e 2024." Trata-se de um estudo ecológico com delineamento transversal que analisou dados de internações por FC em crianças de 0 a 14 anos no estado de Mato Grosso, no período de 2014 a 2024. As informações foram obtidas por meio do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/DATASUS) e do Repositório de Dados da Secretaria de Estado de Saúde de Mato Grosso (DwWeb/SES-MT). Foi realizada análise com cálculo das taxas de incidência hospitalar e descrição das principais características socio-demográficas da população acometida. "Foram identificados 56 casos de internação por FC em crianças de 0 a 14 anos no estado de Mato Grosso entre 2014 e 2024. A maioria dos casos ocorreu em pacientes do sexo feminino (n = 37; 66,1%) e residentes no interior do estado (n = 29; 51,8%). Em relação à faixa etária, 20 casos foram registrados em crianças de 0 a 12 meses (35,7%), 9 em crianças de 1 a 4 anos (16,1%), 14 entre 5 e 9 anos (25,0%) e 13 na faixa de 10 a 14 anos (23,2%). As internações concentraram-se principalmente nas unidades de pediatria (n = 53; 94,6%), com poucos registros em clínica médica (n = 3; 5,4%). Quanto à natureza do financiamento, 46 internações ocorreram em instituições vinculadas ao sistema público de saúde – SUS (82,1%) e 10 em unidades privadas (17,9%). Não foram registrados óbitos no período analisado, e a média de permanência hospitalar foi de 11,55 dias. "Os resultados apontam maior ocorrência de internações por fibrose cística em meninas, lactentes e residentes do interior de Mato Grosso, com predomínio no sistema público. A ausência de óbitos destaca a importância do diagnóstico e manejo precoce na infância.

Palavra Chave: FIBROSE CÍSTICA, INTERNAÇÕES HOSPITALARES, SAÚDE PÚBLICA.

11

Título: TRIAGEM NEONATAL NA FIBROSE CÍSTICA NO BRASIL: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Autores: SAMUEL SOTERO LOURENÇO (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ DE ALENCAR), LUCIANA DE FREITAS VELLOSO MONTE (HOSPITAL DA CRIANÇA DE BRASÍLIA JOSÉ DE ALENCAR)

Resumo: Fibrose cística (FC) é uma doença autossômica recessiva de maior prevalência na população caucasiana. No Brasil, estima-se que a incidência de FC é de 1 em 7,576 nascidos vivos. Atualmente, o teste de triagem neonatal (TN) brasileiro inclui o rastreio para a FC, com a quantificação de tripsinogênio imunorretrativo (IRT). A inclusão da TN para FC, associada aos avanços terapêuticos, proporcionaram o aumento exponencial da sobrevida e a melhora na qualidade de vida dos pacientes, modificando importantemente o cenário da saúde das pessoas com FC. "Descrever o teste de TN para FC e seu impacto para o diagnóstico precoce da FC no Brasil. "Trata-se de uma revisão de literatura através da estratégia de busca: "Fibrose Cística AND Triagem Neonatal", nas bases de dados Pubmed/Medline, SciELO e LILAC/BVS. Foram excluídos artigos cujos temas não estavam de acordo com o objetivo do estudo, sendo selecionados 7 trabalhos que obedeceram aos critérios de inclusão - sendo eles: originalidade, publicados de 2017 a 2025 em português, espanhol e/ou inglês disponíveis na íntegra. "O rastreio de FC pela TN iniciou em 1979, tornando-se disponível no Sistema Único de Saúde - Brasil em 2001. Existem diferentes protocolos, porém ainda não há um algoritmo universal. No Brasil, emprega-se a triagem com o IRT em amostras de sangue em papel filtro, o qual recomenda um primeiro teste de coleta (IRT1) entre o terceiro e o quinto dia de vida e um segundo (IRT2) na terceira ou quarta semana de vida nos casos de recém-nascidos com IRT1 8805; 70 ng/mL. Caso os valores de IRT2 se mantenham altos (8805; 70 ng/ml), deve-se solicitar o retorno para realização de avaliação clínica e demais exames. Nesse sentido, apesar da triagem identificar bebês em risco para desenvolvimento da FC, ela não serve para confirmação diagnóstica. A elevação dos níveis de IRT pode ter várias causas, o que eleva as taxas de resultados falso-positivos; por outro lado, um resultado negativo não exclui o diagnóstico. Alguns países utilizam o IRT1 seguido de pesquisa de painel genético, porém, continua-se adotando o protocolo IRT1/IRT2 no Brasil em razão da vasta heterogeneidade da população, a necessidade de investigação de múltiplas mutações e o custo. Apesar de ainda não haver acesso igualitário à TN em todo território brasileiro, a média de idade ao diagnóstico reduziu de 12,8 (antes) para 2,8 meses de vida após a implementação do rastreio neonatal. Quanto mais precoce o diagnóstico, maior a chance de acesso aos centros de tratamento, proporcionando uma intervenção precoce, o tratamento em tempo oportuno e as orientações necessárias. "A TN permitiu uma identificação de pessoas com FC de forma significativamente mais precoce, proporcionando agilidade no diagnóstico e melhores desfechos. Médicos devem ficar atentos à interpretação adequada da triagem, conhecer o algoritmo diagnóstico da doença, bem como se atentar a falso-negativos durante a investigação diagnóstica.

Palavra Chave: FIBROSE CÍSTICA, TRIAGEM NEONATAL, TRIPSINOGENIO

Segurança da Criança e do Adolescente

1

Título: ANÁLISE DA MORBIMORTALIDADE POR ACIDENTES NA INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA: IDENTIFICAÇÃO DE FATORES DE RISCO E ÁREAS DE MAIOR INCIDÊNCIA

Autores: JOÃO RAFAEL COURY COSTA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), CÍCERO FELIPE DE OLIVEIRA XAVIER (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), HEITOR JACKSON SILVA SANTA RITA (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), ANA LUIZA SOUZA PEREIRA (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), MANUELLA VILELA ALVES DE CASTRO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), SAMUEL SOTERO LOURENÇO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS)

Resumo: Acidentes na infância representam importantes causas de morbimortalidade entre crianças e adolescentes no Brasil, refletindo desigualdades socioeconômicas e fragilidade das políticas de proteção. Crianças de 1 a 14 anos estão especialmente expostas a riscos como afogamentos, acidentes de transporte, quedas e agressões, tanto em ambientes públicos quanto domésticos. A maior incidência desses eventos em regiões mais pobres, como o Nordeste, onde a precariedade da infraestrutura e a ausência de estratégias preventivas agravam a vulnerabilidade infantil. "Conhecer o perfil epidemiológico dos acidentes da infância nas diferentes regiões brasileiras, visando orientar ações intersetoriais e atualizar profissionais de saúde frente aos padrões. "Estudo transversal com dados secundários do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Hospitalares (SIH), via DATASUS, entre 2019 e 2023. Incluíram-se registros de óbitos e internações por causas externas (Capítulo XX da CID-10) em crianças e adolescentes de 1 a 14 anos residentes no Brasil. Analisaram-se as variáveis "Região geográfica", "Faixa etária" e "Óbitos por local de residência", com foco em acidentes de transporte, afogamentos, quedas e agressões. Por serem dados secundários e públicos, o estudo foi isento de avaliação ética. "Entre 2019 e 2023, o SIM/DATASUS registrou 17.112 óbitos por causas externas em crianças de 1 a 14 anos. As regiões Nordeste (5.745 óbitos) e Sudeste (4.849) concentraram os maiores números, refletindo desigualdades socioeconômicas, falhas na infraestrutura e fragilidade da rede de proteção social. As principais causas foram acidentes de transporte terrestre (5.221), afogamentos (2.988) e agressões (2.674), com maior concentração entre meninos de 10 a 14 anos, evidenciando desigualdades regionais e falhas nas políticas públicas. Em 2022, destacou-se um pico de mortes por afogamento no Nordeste, apontando a urgência de ações preventivas regionais. Dados do SIH mostraram que quedas, queimaduras e intoxicações foram causas frequentes de internações, especialmente entre crianças de 1 a 4 anos, evidenciando o ambiente doméstico como um dos principais cenários de risco. "Os acidentes seguem como importante causa de morbimortalidade na infância e adolescência, com maior impacto no Nordeste e Sudeste. Dessa maneira, urge-se por estratégias preventivas intersetoriais e da constante atualização dos pediatras diante dos padrões epidemiológicos.

Palavra Chave: ACIDENTES, MORBIMORTALIDADE, DESIGUALDADES EM SAÚDE.

Suporte Nutricional

1

Título: CONSUMO DE CAFÉ COM LEITE POR CRIANÇAS ACIMA DE 1 ANO: RECOMENDAÇÕES, RISCOS E MITOS

Autores: LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), FERNANDA MARQUES SARAIVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), HELENA PERES PERES NUNES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE EM PEDIATRIA DA UNIEURO)

Resumo: O consumo de café com leite é um hábito cultural presente em muitas famílias brasileiras. A partir de 1 ano de idade, é comum que a alimentação da criança se aproxime da dieta da família, incluindo práticas como o consumo de café com leite no café da manhã. No entanto, essa introdução levanta dúvidas sobre a segurança e os possíveis efeitos da cafeína para a saúde infantil. Diante disso, é fundamental avaliar evidências científicas que embasem orientações claras aos cuidadores. "Analisar os efeitos do consumo de café com leite em crianças a partir de 1 ano de idade, abordando possíveis riscos, limites seguros e mitos associados à prática. "Revisão de literatura nas bases de dados PubMed, SciELO e LILACS, incluindo artigos e documentos científicos dos últimos dez anos. Foram utilizados os descritores: 'cafeína', 'criança', 'café com leite', 'nutrição infantil' e 'estimulantes naturais'. "Crianças a partir de 1 ano podem compartilhar refeições com a família, mas isso não significa que todos os hábitos alimentares adultos sejam apropriados. O café contém cafeína, um estimulante com potencial para alterar o sono, comportamento e ritmo cardíaco, especialmente em crianças pequenas. A recomendação da SBP e de diretrizes internacionais é de evitar o consumo rotineiro de cafeína até pelo menos os 2 anos, e limitar seu uso mesmo após essa idade. O consumo contínuo pode causar agitação, irritabilidade, insônia e redução da absorção de ferro. Além disso, o café puro pode ser muito ácido para o estômago infantil. O café com leite dilui esses efeitos, mas ainda exige moderação. Quando introduzido, deve-se oferecer em pequena quantidade (20–30 ml de café misturado a pelo menos 100 ml de leite), de forma esporádica. Não é proibido, mas não deve ser estimulado. O consumo ideal é ocasional, e o leite pode ser oferecido com frutas, por exemplo, como alternativa. Café puro não é indicado para essa faixa etária. Manchas dentárias são possíveis com consumo frequente. A cafeína é de fato estimulante, não é mito, com efeitos mais evidentes em crianças do que em adultos. "O café com leite não é proibido para crianças acima de 1 ano, mas deve ser introduzido com cautela e sob orientação pediátrica. A cafeína tem efeitos reais no organismo infantil e seu uso deve ser limitado. Pequenas quantidades podem ser aceitas culturalmente, mas não substituem práticas alimentares mais seguras como o uso de frutas ou cacau natural com leite. A individualização da conduta deve considerar hábitos familiares e o perfil clínico da criança.

Palavra Chave: CAFEÍNA, CRIANÇA, NUTRIÇÃO INFANTIL

2

Título: OBESIDADE EM CRIANÇA LIMÍTROFE GIG/AIG: ACOMPANHAMENTO E INTERVENÇÃO NA PUERICULTURA

Autores: LHANNE HANNE DUARTE MAIA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), FERNANDA MARQUES SARAIVA (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), HELENA PERES PERES NUNES (CENTRO UNIVERSITÁRIO UNIEURO), CELSO TAQUES SALDANHA (DOCENTE EM PEDIATRIA DA UNIEURO)

Resumo: Crianças GIG (grande para a idade gestacional) têm peso ao nascer acima do percentil 90, enquanto as AIG (adequado para idade gestacional) ficam entre os percentis 10 e 90. O termo ‘limítrofe GIG/AIG’ é usado para recém-nascidos que estão na transição entre esses percentis. Mesmo com desenvolvimento adequado, essas crianças podem apresentar risco aumentado de obesidade e outros problemas metabólicos ao longo da vida. “Mãe de uma criança de 7 anos compareceu à consulta de puericultura. A gestação foi sem intercorrências e o parto a termo, com a criança nascendo com 3.740 g e 50 cm, classificado como limítrofe GIG/AIG. O desenvolvimento neuropsicomotor sempre foi adequado. A alimentação, sempre equilibrada e monitorada pela mãe, não apresenta comorbidades familiares ou pessoais. Entretanto, a criança tem obesidade, com IMC entre +2 e +3 desvios padrão, e sempre teve peso acima da média desde os primeiros meses de vida.”

“A obesidade é definida como o acúmulo excessivo de gordura corporal, com risco à saúde, diagnosticada com base nas curvas de IMC por idade. No Brasil, afeta cerca de 15% das crianças, com consequências como dislipidemia precoce e risco aumentado de diabetes tipo 2. Crianças GIG, mesmo com desenvolvimento normal, têm maior predisposição ao ganho de peso no futuro. Isso se deve ao excesso de insulina fetal, causado por fatores intrauterinos como hiperglicemia materna ou estímulo nutricional excessivo. Mesmo recém-nascidos limítrofes GIG/AIG, como o caso descrito, podem manifestar essa predisposição metabólica. Esse fenômeno é explicado pela ‘programação fetal’, que condiciona o metabolismo futuro da criança, favorecendo a adiposidade devido à exposição precoce a altos níveis de insulina ou nutrientes. O manejo da obesidade envolve intervenção precoce e acompanhamento regular, incluindo avaliações como perfil lipídico, glicemia de jejum e, em casos selecionados, insulina, TSH e transaminases. A conduta deve priorizar cuidados alimentares, incentivo à atividade física, envolvimento familiar e acompanhamento longitudinal. “Crianças com bom desenvolvimento e sem fatores de risco aparentes, como no caso limítrofe GIG/AIG, podem evoluir com obesidade. A vigilância contínua e o manejo precoce são essenciais na puericultura, considerando o impacto da programação fetal no risco metabólico futuro.

Palavra Chave: OBESIDADE, CRIANÇA, IMC

3

Título: DO LEITE À MESA: TRANSIÇÕES ALIMENTARES NA INFÂNCIA

Autores: CAMILA TOLEDO FERREIRA (UNESP), DÉBORA AVELLANEDA PENATTI (UNESP), RODRIGO DE NAZARÉ SANTOS TORRES (UNESP), PEDRO SILVA SANTOS (UNESP), FELIPE MACHADO NONINO (UNESP), KAROLLINE BEATRIZ BERNARDO DA SILVA (UNESP), BRUNA ROQUE DOS SANTOS (UNESP)

Resumo: A prevalência de obesidade e doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) associadas à alimentação tem crescido em ritmo acelerado na população infantil. Estudos apontam que isso é decorrente, entre outros fatores, da inversão dos padrões alimentares, que se caracteriza pela substituição cada vez maior da alimentação tradicional por alimentos e bebidas altamente processados e prontos para consumo.

Em geral, esses produtos apresentam alta densidade energética, excesso de gorduras totais e saturadas, maiores concentrações de açúcar e/ou sódio e baixo teor de fibras. Além disso, são hiperpalatáveis, com maior durabilidade e de fácil consumo, bem como apresentam baixo custo. "O objetivo desse estudo será avaliar a alimentação de crianças de 2 anos a 9 anos de idade, pertencentes à área de abrangência de duas unidades básicas de saúde, desde seu aleitamento materno até a alimentação atual. "Estudo prospectivo envolvendo 223 crianças, sendo 166 de um Centro de Saúde Escola e 57 de uma unidade de Saúde da Família (USF). A análise descritiva dos dados (ex., média, desvio padrão) foi realizado através do procedimento PROC MEAN (SAS versão 9.4 4. Institute Inc., Cary, NC). Para as demais análises foi utilizado o R Statistical Software (Pacote "ggstatsplot", versão 0.12.2; Patil, 2021) e todas as figuras foram criadas no Pacote "ggplot 2" (Wickham et al., 2016).

Projeto de pesquisa submetido e aprovado em comitê de ética através da Plataforma Brasil (CEP 68008823.1.0000.5411). Estudo realizado com aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. "A maioria das crianças recebeu leite materno exclusivo até 6 meses e a introdução da dieta foi também nessa idade. O consumo de ultraprocessados foi grande em ambos locais. Na USF 64% das crianças consomem refrigerantes semanalmente, 63% bebidas açucaradas, sendo que 38% tomam sucos concentrados com açúcar, 47% sucos em pó com açúcar. 55% consomem semanalmente bolachas recheadas, 34% macarrão instantâneo, 58% salgadinhos industrializados, 44% consomem salsichas industrializadas, 61% balas, chicletes, pirulitos. Cerca de 31% dessas famílias cozinham com temperos prontos. No Centro de Saúde 61% das crianças consomem refrigerantes semanalmente, 51% utilizam bebidas açucaradas, sendo que 41% sucos concentrados com açúcar e 38% sucos em pó com açúcar. Ainda 51% consomem bolachas recheadas, 35% macarrão instantâneo, 65% salgadinhos industrializados, 46% consomem salsicha e 58% balas, pirulitos e chicletes. 15% das famílias utilizam temperos prontos. "Houve uma tendência da população mais carente em consumir mais alimentos como sucos em pó e doces. A ingestão dos outros ultraprocessados não teve diferença estatística entre as duas populações avaliadas, mas está de acordo com dados da literatura brasileira que apontam um padrão de consumo de 66% de bebidas açucaradas, 59% doces, bolachas recheadas e guloseimas e 46% embutidos como a salsicha. São números elevados, pois esses produtos elevam as taxas de DCNT na idade adulta.

Palavra Chave: ALIMENTAÇÃO, ULTRAPROCESSADOS, OBESIDADE, DOENÇAS CRÔNICAS

Terapia Intensiva

1

Título: DESAFIOS NO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR E INTENSIVO DE INTOXICAÇÕES PEDIÁTRICAS: UMA REVISÃO DE LITERATURA

Autores: LIZ CARVALHO ANTUNES (UNICEPLAC), ALEXIA MACEDO TEIXEIRA (UNICEPLAC), GABRIELA MENDES SOARES (UNICEPLAC), LETÍCIA ARAÚJO (UNICEPLAC), MARIA TEREZA GONÇALVES (UNICEPLAC)

Resumo: A intoxicação é um conjunto de sinais e sintomas causados pela interação entre agentes químicos e o organismo. Pode ocorrer por ingestão, absorção cutânea ou exposição a substâncias como plantas, animais peçonhos, medicamentos e produtos domiciliares. Esses acidentes são comuns na infância devido à curiosidade e imaturidade das crianças. Há maior prevalência em menores de cinco anos. O atendimento rápido é essencial para evitar complicações, tanto no pré-hospitalar quanto na UTI. "Analisar, por meio de revisão da literatura, os principais desafios enfrentados no atendimento pré-hospitalar e na terapia intensiva de crianças vítimas de intoxicações, destacando condutas, complicações e estratégias de manejo. "Este é um resumo de bibliografia sobre o atendimento pré-hospitalar das intoxicações pediátricas. As buscas foram realizadas em abril de 2025 nas bases PubMed, SciELO e LILACS, utilizando os termos do DeCS: Intoxicação pediátrica, atendimento pré-hospitalar e terapia intensiva, com cruzamento via operador booleano "AND". Foram incluídos artigos eletrônicos, textos completos, nos idiomas inglês, português e espanhol, publicados nos últimos 25 anos. Foram excluídos textos fora do período, incompletos, em outros idiomas ou fora do tema. Cinco estudos que atenderam aos critérios foram selecionados. "A análise revelou que cerca de 78% das intoxicações ocorrem em crianças menores de cinco anos, com discreto predomínio do sexo masculino (52%). O ambiente doméstico foi responsável por mais de 80% dos casos. Os agentes mais frequentes foram medicamentos (40%), produtos de limpeza (25%), agrotóxicos (15%) e cosméticos (10%).

Na infância, as intoxicações foram em sua maioria acidentais. Já em adolescentes, cerca de 30% dos casos foram intencionais. Em 60% dos episódios, o atendimento ocorreu após a primeira hora, prejudicando a eficácia de intervenções como a descontaminação gástrica. O suporte inicial e o encaminhamento adequado pelas equipes do SAMU e dos CIATs foram considerados fundamentais.

Dos casos analisados, 7,5% necessitaram de internação em UTI, especialmente os que envolviam múltiplos agentes ou sintomas neurológicos graves. As estratégias mais eficazes incluíram suporte ventilatório, monitoramento intensivo e uso de antídotos. A gravidade clínica foi associada ao tipo de substância, múltiplas exposições, histórico prévio e tempo até o atendimento. "Os resultados indicam maior risco em ambientes domésticos, especialmente para crianças menores de cinco anos, com episódios geralmente acidentais.

Entre os principais desafios no atendimento destacam-se o tempo até o contato com o serviço de saúde e a ausência de protocolos bem definidos. É essencial capacitar as equipes de emergência para lidar com esse tipo de situação.

Palavra Chave: INTOXICAÇÃO, ATENDIMENTO PRÉ HOSPITALAR, TERAPIA INTENSIVA.

Título: UTILIZAÇÃO DA PROCALCITONINA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE DE SEPSE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS NA UTI: UMA ANÁLISE DE EFICÁCIA

Autores: YASSER WADUD ISSLER (UNICEPLAC), ANA JÚLIA REGINA DE MENEZES MAIA (UNICEPLAC), MARCELLA CAMILLY VALE ANTUNES (UNICEPLAC), JÚLIO CÉSAR MOREIRA RIBEIRO (UNICEPLAC), ANNA LAURA DE SOUZA MORÁS (UNICEPLAC), LUÍS EDUARDO PEREIRA GONÇALVES (UNICEPLAC), LUCCA MUCCINI DE ALENCAR SILVA (UNICEPLAC), LEILANE ROCHA MIGLIORI (UNIMES)

Resumo: A sepse é uma das principais causas de morbimortalidade em unidades de terapia intensiva (UTI), exigindo diagnóstico precoce para melhor prognóstico. Porém, os sintomas iniciais são inespecíficos, tornando difícil essa identificação. A hemocultura (HMC), que é o padrão-ouro para detecção de infecções bacterianas, tem baixa sensibilidade e resultado demorado, limitando sua eficácia. Nesse cenário, biomarcadores como a procalcitonina (PCT) ficam evidentes. A PCT, precursora da calcitonina, se eleva em infecções bacterianas e permanece baixa em infecções virais e inflamações não-infecciosas, ajudando no diagnóstico precoce e na avaliação da gravidade. Ademais, a PCT supera a proteína C reativa (PCR) e auxilia no monitoramento terapêutico, destacando seu valor clínico. “O estudo avalia a eficácia da PCT na sepse precoce, em UTIs pediátricas, comparando-a a outros marcadores. “Estudo baseado na estratégia PVO, com a pergunta: “A procalcitonina é eficaz no diagnóstico precoce de sepse pediátrica em UTIs?”. As buscas (PubMed, Scielo, Cochrane) usaram termos MeSH e operadores booleanos. Incluíram-se artigos sobre UTI pediátrica, mesmo antigos, por haver poucos estudos; excluíram-se duplicatas, inacessíveis e fora do tema. Seis foram selecionados. “A revisão das referências citadas destaca que a dosagem sérica de PCT é clinicamente relevante como biomarcador no diagnóstico precoce de sepse em pacientes pediátricos, superando o PCR em sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo (VPP) e valor preditivo negativo (VPN), especialmente em neonatos. Estudos indicam que, em combinação com a razão neutrófilo-linfócito, interleucina-6 (IL-6) e PCR, a PCT oferece maior precisão diagnóstica. Porém, existem limitações quando usada isoladamente em casos de sepse neonatal de origem nosocomial, principalmente quando causados por estafilococos coagulase-negativos. Ao comparar a PCT com a PCR e IL-6, observa-se que todos são úteis, mas com diferentes níveis de eficácia e maior efetividade quando combinados a PCT. Conclui-se que a PCT é um avanço diagnóstico, mas deve-se usar junto a outros indicadores para maior precisão. “Portanto, visto que a HMC tem baixa sensibilidade, evidencia-se, no artigo, a importância da PCT no diagnóstico de sepse e do choque séptico, na UTI, além de apresentar desempenho superior em relação a outros biomarcadores. Ainda assim, a PCT exige cautela e uso combinado, pois isoladamente tem limitações, especialmente em neonatos com infecção nosocomial.

Palavra Chave: PROCALCITONIN, SEPSIS E PEDIATRIC INTENSIVE CARE

3

Título: TRATAMENTO FARMACOLÓGICO PARA SÍNDROME DA ABSTINÊNCIA NEONATAL: MORFINA É A DROGA IDEAL?

Autores: GEORGIA COUTINHO SORIANO LOUSADA (UCB), FERNANDA MASSUE KOMATSU RABELO (UCB), VINICIUS DE ALMEIDA LIMA (UFU), ANA CLARA MOREIRA ALMEIDA (UCB), ALEXANDRE NIKOLAY DE VASCONCELOS RABELO LEMOS (HMIB)

Resumo: A Síndrome de Abstinência Neonatal (SAN) é uma condição que ocorre em recém-nascidos os quais as mães fizeram uso de opióides durante a gestação. Dessa forma, ao nascerem, apresentam sintomas de abstinência como tremores, obnubilação, manifestações do trato gastrointestinal e do sistema nervoso autônomo. "Esse trabalho tem como objetivo, a partir de uma revisão de literatura, questionar o uso da morfina como opção de tratamento farmacológico para a SAN. "Uma revisão sistemática da literatura PubMed foi conduzida. Realizou-se busca com as palavras chaves "Síndrome da Abstinência Neonatal" "Efeitos Da Morfina em Neonato". 139 resultados foram obtidos, cujos resumos e títulos foram avaliados por um revisor independente. Os critérios de inclusão foram: trabalhos publicados nos últimos 5 anos, relatos de casos e artigos com temas divergentes. Após essa análise, 4 estudos foram incluídos. "O manejo da SAN envolve uma combinação de cuidados, entre eles, opções farmacológicas que tem como droga de escolha a morfina para controle dos sintomas de abstinência.

Um estudo de Kain e Newby (2023) revelou que, em sua coorte, a morfina foi administrada a 60% dos neonatos, enquanto o fenobarbital foi utilizado em 13% dos casos, com 5% recebendo ambos os medicamentos. A duração média do tratamento com morfina foi de 14 dias, e o tempo médio de internação hospitalar para todos os pacientes foi de 16 dias.

No entanto, todos os neonatos do estudo apresentaram eventos adversos, com 30% dos que receberam farmacoterapia sofrendo de sedação que interferiu na alimentação, em comparação com 0% no grupo sem farmacoterapia. A poliexposição a substâncias é uma ocorrência frequente em casos de SAN, o que complica o quadro clínico e o tratamento. Além de prolongar o tempo de internação, proporcionando maiores chances de infecções intra-hospitalares. "O manejo SAN é um desafio clínico complexo e em evolução. A utilização de morfina, embora comum no tratamento, está associada a uma série de considerações importantes. Os estudos destacam a falta de uniformidade nas práticas de manejo, refletindo a necessidade de um consenso mais claro sobre as abordagens terapêuticas ideais.

No entanto, há um movimento em direção a abordagens mais abrangentes, que incluem não apenas a farmacoterapia, mas também cuidados de suporte e a consideração de fatores maternos, infantis e ambientais. A implementação de ferramentas de avaliação padronizadas, como o escore de Finnegan e a abordagem 'Comer, Dormir, Consolar (ESC)', mostra-se promissora para orientar o tratamento e melhorar os resultados clínicos.

Palavra Chave: MORFINA, SÍNDROME DA ABSTINÊNCIA NEONATAL

Título: IMPACTO DAS INTERNAÇÕES POR BRONQUITE E BRONQUIOLITE AGUDAS NO DISTRITO FEDERAL (2023-2024)

Autores: ISABELA PAULISTA CAMARA (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), PEDRO HENRIQUE MEDEIROS PEREIRA FELIX (UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA), LASMIN FREITAS GOMES (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), AMANDA MARQUES MORENO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), SAMUEL SOTERO LOURENÇO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS), MANUELLA VILELA ALVES DE CASTRO (UNIVERSIDADE CATÓLICA DE BRASÍLIA), FELIPE CAMILO SANTIAGO VELOSO (CENTRO UNIVERSITÁRIO DO PLANALTO CENTRAL APPARECIDO DOS SANTOS)

Resumo: A bronquite aguda é uma doença respiratória que causa a inflamação dos brônquios, sendo provocada principalmente pelos seguintes agentes: rinovírus, enterovírus, influenza A e B, parainfluenza, coronavírus, e vírus sincicial respiratório (VSR). A bronquiolite aguda, por sua vez, é uma condição inflamatória dos bronquíolos, gerada principalmente pelo VSR, e acomete, sobretudo, lactentes, com um pico de incidência abaixo dos 12 meses. A incidência de ambas doenças tem relação direta com as variações climáticas, verificando-se um padrão epidêmico sazonal no outono e no inverno brasilienses, sendo esse o período com maior número de hospitalizações. “Avaliar a incidência de bronquite e bronquiolite agudas que levaram à internação de crianças no Distrito Federal (DF) nos últimos dois anos. “Estudo ecológico com dados do Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), disponibilizados no DATASUS, sobre o número de internações por bronquite e bronquiolite agudas em menores de 5 anos. Foram selecionados: o período de janeiro de 2023 a dezembro de 2024, a Região Centro-Oeste e a Unidade da Federação do DF, com as variáveis: “Ano/mês processamento” e, na faixa etária 1, “Menor de 1 ano” e “1 a 4 anos”. Os dados foram organizados em tabelas e analisados com cálculo da variação anual e comparação entre os meses e as faixas-etárias. “Houve um total de 5254 internações em 2023 (sendo 3930 entre menores de 1 ano), e 4655 em 2024 (3558 com até 1 ano de idade). A redução relativa de um ano para o outro foi de 11,40% no total, sendo de 9,47% entre menores de 1 ano e de 17,15% entre os pacientes de 1 a 4 anos de idade; porém, nos meses de março a julho e de dezembro de 2024, o número de internações, em ambas faixas etárias, foi maior que no mês correspondente em 2023. Em todos os 24 meses analisados, o número de internações entre menores de 1 ano foi de duas a quatro vezes maior que entre os maiores de 1 ano. Para a faixa etária mais jovem, os períodos com mais internações do que a média anual incluíram os meses de março a junho de 2023, dezembro de 2023 e abril a junho de 2024; já para os escolares, foram os meses de janeiro a abril e junho de 2023, março a julho e dezembro de 2024. A predominância de hospitalizações dessas síndromes entre os lactentes reforça a vulnerabilidade imunológica dessa faixa etária, e exige vigilância, capacitação de equipes e ampliação das estratégias de contenção. Assim, a continuidade de medidas de prevenção, diagnóstico precoce e intervenção adequada é fundamental para evitar complicações. “Embora o número total de casos tenha diminuído, o padrão epidemiológico e o impacto hospitalar da bronquiolite permanecem críticos no DF. A bronquiolite segue como marcador da fragilidade da atenção primária e deve receber atenção pela gestão de saúde pública dada sua sazonalidade previsível.

Palavra Chave: BRONQUITE, BRONQUIOLITE, HOSPITALIZAÇÃO.

REALIZAÇÃO

Sociedade Brasileira de Pediatria

Sociedade de Pediatria do Distrito Federal

Sociedade de Pediatria de Goiás

Sociedade de Pediatria de Mato Grosso

Sociedade de Pediatria de Mato Grosso do Sul

Comissão organizadora do CAPCO 2025

Liga Acadêmica de Pediatria do Distrito Federal

Centro Universitário do Planalto Central Apparecido dos Santos -

UNICEPLAC

Anais do Evento

CAPCO 2025

Congresso de Atualizações em Pediatria do Centro-Oeste

Brasília - DF, 2025

Edição 1, Brasília - DF, 2025