

PAULA XAVIER PICON
PAULO JOSÉ CAUDURO MAROSTICA
ELVINO BARROS E COLABORADORES



PEDIATRIA

CONSULTA RÁPIDA



P371 Pediatría : consulta rápida / Paula Xavier Picon ... [et al.]. --
Porto Alegre : Artmed, 2010.
1096 p. ; 20 cm.

ISBN 978-85-363-2124-0

1. Pediatría. I. Picon, Paula Xavier.

CDU 616-053.2

Catálogo na publicação: Renata de Souza Borges CRB-10/1922



2010

Tabela 6.1
IDADES MÉDIAS DA ERUPÇÃO DA DENTITION

Dentes	Idade de erupção da dentition decidua	Idade média de troca pela dentition permanente
Inferiores		
Incisivo central	6-8 meses	6-7 anos
Incisivo lateral	10-14 meses	7-8 anos
Canino	17-22 meses	9-11 anos
Primeiro molar	14-18 meses	10-11 anos
Segundo molar	24-30 meses	11-12 anos
Superiores		
Incisivo central	8-10 meses	7-7,5 anos
Incisivo lateral	9-11 meses	7,5-8 anos
Canino	16-20 meses	11-12 anos
Primeiro molar	14-19 meses	10-11 anos
Segundo molar	24-30 meses	10,5-12 anos

pelas crianças. A fluorose é um distúrbio que ocorre na formação da dentition permanente, caracterizada por manchas nos dentes, que vão de brancas a escuras, e relacionada à ingestão excessiva de flúor.

REFERÊNCIAS

- Geepferd SJ. Infant oral health: a rationale. *J Dent Child.* 1986;53(4):257-60.
- Griffen AL, Geepferd SJ. Preventive oral health care for the infant, child and adolescent. *Pediat Clin N Am.* 1991;38(5):1209-26.
- Guedes-Pinto AC. *Odontopediatria.* São Paulo: Santos; 1990.
- Schalka MMS, Rodrigues CRMD. A importância do médico pediatra na promoção da saúde bucal. *Rev Saúde.* 1996;30(2):179-86.
- Walter LRF, Ferelle A, Hokama N, Pelanda VLG, Franco MPS, Iega R. Cárie em criança de 0 a 30 meses de idade e sua relação com hábitos alimentares. *Encil Bras Odont.* 1987;5(1):129-36.

CAPÍTULO 7

PREVENÇÃO DE INJÚRIAS NÃO INTENCIONAIS

MIRELLA CRISTIANE DE SOUZA
 DANILLO BLANK

As injúrias não intencionais não são eventos exclusivos do nosso século. Há muito conhecidas, eram tratadas inapropriadamente como acidentes, e não como doença. Os acidentes eram vistos como algo inevitável, como obra do destino. Sendo assim, por muito tempo, o objetivo era ensinar aos cuidadores formas de evitá-los. Não se conseguindo isso, a culpa recaía sobre o cuidador, que era tido como desatento; ou sobre a criança, tida como "acidentável". A partir de 1960, com os estudos epidemiológicos de William Haddon Jr, a ideia de acidente tem dado lugar progressivamente à de injúria. O termo acidente nos remete a um evento que ocorre ao acaso, imprevisível, controlável somente se for possível evitá-lo. Já o termo injúria dá a ideia de um processo de dano corporal final, que pode ser evitado não só antes que ocorra, mas em todos os níveis de assistência até a reabilitação. Progressivamente, tem se estudado mais essa questão, e o enfoque sai do cuidador e da criança e se volta para a sociedade e os níveis de assistência médica. Com o crescente conhecimento nessa área, desmistificou-se a "criança acidentável" por não se encontrar nela características que se associem a um aumento de risco; e o "cuidador desatento", por não se achar redução comprovada de morbimortalidade nessa proteção ativa. Por tais motivos, o consenso acadêmico preconiza o uso do termo "evento causador de injúria não intencional" em detrimento do termo "acidente".

Epidemiologia. Segundo relatório da Organização Mundial da Saúde – OMS (2008), anualmente 950 mil crianças e adolescentes com até 18 anos morrem de injúrias não intencionais e violência, sendo que as injúrias não intencionais somam mais de 90% dos casos. Além de mortes, essas injúrias são causadoras de defici-

ciências. Seu impacto é mundialmente desigual: crianças de países em desenvolvimento e crianças pobres de países desenvolvidos são mais vulneráveis. Mais de 95% das mortes por injúrias não intencionais e violência ocorrem em países em desenvolvimento. No entanto, em países desenvolvidos, números não deixam de ser significativos, correspondendo a 40% das mortes em crianças.

No mundo todo, injúrias não intencionais e violência lideram o *ranking* de causas de morte em menores de 9 anos. As injúrias associadas a trânsito e afogamentos são responsáveis por 50% de todas as injúrias não intencionais.

No Brasil, dados do Datasus nos dão a magnitude do problema:

- ▶ Proporção de óbitos (%) relacionados a causas externas por faixa etária no ano de 2005: menores de 1 ano, 2,29%; de 1-4 anos, 22,7%; de 5-9 anos, 39,21%; de 10-19 anos, 70,01%.
- ▶ As causas externas foram responsáveis por 7% de todas as internações no Sistema Único de Saúde (SUS) em 2006.
- ▶ Do total de internações por causas externas no ano de 2006, 0,96% foram em menores de 1 ano; 4,15%, de 1-4 anos; 12,53%, de 5-9 anos; 9,5%, de 10-19 anos.
- ▶ Dentre as internações por causas externas no ano de 2006, 41,64% foram por quedas; 15,93% por injúrias associadas ao trânsito; 2,42% por intoxicação; 5,59% por agressão; 1,18% por lesões autoprovocadas, e 33,24% por outros motivos.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Podemos classificar as medidas preventivas em primárias, secundárias e terciárias.

Na prevenção primária, as intervenções são destinadas a evitar o acidente ou, quando isso não for possível, evitar que a transferência de energia exceda o que a criança pode tolerar. Na prevenção secundária, as intervenções são destinadas ao efetivo tratamento pré-hospitalar e hospitalar com o objetivo de reduzir sequelas e óbitos. Na prevenção terciária, as intervenções são destinadas à reabilitação do paciente com o objetivo de minimizar o seu grau de incapacidade e torná-lo o mais próximo possível do seu potencial físico pré-acidente.

As intervenções realizadas na prevenção de injúrias são agrupadas em ativas, passivas e mistas. As ativas são aquelas que exigem uma ação cada vez que a criança for exposta ao risco. É uma intervenção que tem potencial de falha, pois depende da responsabilidade, da cultura e da persistência dos indivíduos. Já as intervenções passivas são mais efetivas, pois são elaboradas na sociedade para protegerem sem a necessidade de ação dos indivíduos. Um exemplo de proteção passiva é a fabricação de medicamentos com tampas de segurança. Quando, em um mesmo ato de prevenção, se age ativa e passivamente, temos uma intervenção mista, como o uso do cinto de segurança, que tem o componente ativo – a necessidade de ser colocado – e o passivo – a normalização pela legislação.

MEDIDAS PREVENTIVAS PRIMÁRIAS NOS PRINCIPAIS TIPOS DE INJÚRIAS NÃO INTENCIONAIS

QUEDAS

As quedas são causas importantes de trauma cranioencefálico (TCE) e abdominal na infância. A gravidade está relacionada à altura da queda, à região do corpo acometida e à capacidade do organismo da criança de absorver ou dissipar a energia relacionada ao evento.

As medidas preventivas podem ser estratificadas por idade:

0 a 1 ano

- ▶ não deixar a criança sozinha em cima de cama, trocador ou sofá;
- ▶ não usar andadores;
- ▶ não deixar que outras crianças carreguem o bebê no colo;
- ▶ quando a criança já estiver sentando sem apoio, não deixar objetos no berço que sirvam de apoio para o pé dela, e erguer o estrado quando se afastar do berço;
- ▶ limitar a distância entre as grades do berço a 6 cm, para que o bebê não passe entre elas.

1 a 4 anos

- ▶ instalar telas ou grades em janelas;
- ▶ instalar grades nos acessos às escadas;
- ▶ desencorajar a criança quando ela desejar subir em locais altos (muros, estantes);
- ▶ não deixar objetos espalhados pelo chão, evitando que a criança tropece.

5 anos ou mais

- ▶ recomendações anteriores são válidas também para essa faixa etária;
- ▶ evitar brincadeiras próximas a buracos e fossos;
- ▶ usar material de segurança em atividades como andar de bicicleta (o uso de capacete, p. ex., reduz o risco de TCE em ciclistas de qualquer idade em 63-88%, de severidade do TCE em 72% e de morte em 39%).

QUEIMADURAS

As queimaduras são causas importantes de morbimortalidade e acontecem, em sua maioria, dentro do próprio domicílio. Grande parte das que ocorrem em crianças menores de 5 anos são causadas por líquidos quentes. À medida que a criança vai crescendo, aumenta a incidência de queimaduras por chamas.

São medidas preventivas:

- ▶ testar a temperatura da água do banho do bebê;
- ▶ não fazer refeições com a criança no colo;

- ▶ bloquear a passagem da criança para a cozinha por meio de grades;
- ▶ não deixar líquidos quentes, alimentos quentes e recipientes que os contenham ao alcance da criança;
- ▶ usar as bocas de trás do fogão para cozinhar e voltar os cabos das panelas para dentro;
- ▶ não passar roupas com a criança por perto;
- ▶ manter objetos com chama longe da criança;
- ▶ não permitir que a criança brinque com álcool, fósforo, isqueiro;
- ▶ não comprar álcool líquido;
- ▶ manter protetores nas tomadas.

INJÚRIAS NÃO INTENCIONAIS ASSOCIADAS A BRINQUEDOS

A maioria dos brinquedos é projetada levando em consideração o desenvolvimento e a segurança da criança. No entanto, quando são usados brinquedos não compatíveis com a idade, eles se tornam perigosos. Brinquedos de locomoção estão associados a um maior número de injúrias. Também merecem atenção as injúrias causadas pela aspiração de brinquedos em menores de 3 anos, pelo hábito que as crianças nessa idade têm de levar objetos à boca.

São medidas preventivas:

- ▶ no momento da compra do brinquedo, certificar-se de que ele é compatível com a idade e com o desenvolvimento da criança;
- ▶ no momento da compra do brinquedo, certificar-se de que ele tem o selo do Inmetro;
- ▶ em animais de pelúcia, peças como olhos devem ser firmemente aderidas ou costuradas;
- ▶ evitar brinquedos com alças superiores a 15 cm;
- ▶ evitar brinquedos muito barulhentos;
- ▶ evitar brinquedos que tenham a forma de alimentos;
- ▶ evitar o uso de brinquedos de locomoção perto de escadas, ruas e piscinas;
- ▶ não deixar crianças brincarem com balões.

ASPIRAÇÃO E INGESTÃO DE CORPO ESTRANHO

Crianças nos primeiros anos de vida estão mais expostas à aspiração e à ingestão de corpos estranhos. Na aspiração, os alimentos são os maiores causadores de eventos; na ingestão, os metais, as espinhas de peixes e os ossos. As manifestações variam de assintomáticas a eventos ameaçadores à vida.

São medidas preventivas:

- ▶ não alimentar a criança quando ela estiver em movimento ou brincando;
- ▶ não oferecer alimentos duros;
- ▶ cuidar sementes de frutas;
- ▶ não usar travesseiro e colchão muito macios;

- ▶ não usar cordões amarrados a chupetas;
- ▶ não deixar objetos pequenos ao alcance da criança.

SUBMERSÃO

A submersão, na infância, acontece mais em água doce e em finais de semana, férias e feriados. No adolescente, frequentemente se associa ao uso de álcool.

São medidas preventivas:

- ▶ manter portas de acesso aos banheiros fechadas;
- ▶ colocar cerca de proteção ao redor de piscinas com porta de acesso com trancas, altura de 1,50 m e distância entre as grades de até 12 cm;
- ▶ não deixar a criança sozinha em banheiros, piscinas, baldes ou tanques (a altura de 3-5 cm de água em um recipiente já pode ser fatal);
- ▶ obedecer à sinalização nas praias;
- ▶ não nadar próximo a rochas e marinas;
- ▶ não saltar em águas desconhecidas;
- ▶ usar coletes salva-vidas quando for nadar ou fazer passeios de barco;
- ▶ estimular aulas de natação após os 4 anos de idade (as aulas de natação são importantes, mas não garantem a sobrevivência nos episódios de submersão);
- ▶ não ingerir álcool em brincadeiras aquáticas.

FERIMENTOS POR ARMAS

Podem ocorrer intencional ou acidentalmente em brincadeiras. As habilidades da criança já permitem que ela puxe o gatilho com 3 anos, mas não permitem que ela possa distinguir com clareza armas de brinquedo de armas de verdade. Ocorrem mais no sexo masculino.

São medidas preventivas:

- ▶ não ter armas em casa;
- ▶ estimular a criança a ver programas educativos na TV em vez de programas que mostrem violência;
- ▶ não estimular brincadeiras com armas e jogos violentos.

INTOXICAÇÃO EXÓGENA

Acontece mais frequentemente em menores de 4 anos e implica grande morbidade e baixa mortalidade. Pensar como uma causa possível quando subitamente uma criança hígida apresentar convulsões, diminuição do nível de consciência e sonolência excessiva.

São medidas preventivas:

- ▶ guardar produtos tóxicos e remédios fora do alcance da criança, em local trancado;

- ▶ evitar reutilizar embalagens;
- ▶ não oferecer remédios no escuro;
- ▶ evitar remédio com gosto atrativo;
- ▶ dar preferência a remédios que contenham lacre de segurança;
- ▶ não automedicar;
- ▶ não preparar remédios caseiros sem auxílio médico;
- ▶ não ter plantas tóxicas em casa;
- ▶ não tomar medicação na frente de crianças, pois elas tendem a imitar o comportamento dos adultos;
- ▶ não usar descongestionante nasal tóxico.

INJÚRIAS NO TRÂNSITO

Mundialmente, são a principal causa de morte e traumas graves em crianças a partir de 1 ano e adolescentes. Atropelamentos ou injúrias em pedestres são os mais frequentes e ocorrem em situações como atravessar a rua ou correr para a rua para buscar uma bola, por exemplo.

Importantes também são os traumas e o risco de morte associados à ejeção da criança do veículo. Na maioria dos casos, isso ocorre nas proximidades da casa, indicando que, mesmo para roteiros curtos, deve-se transportar a criança corretamente.

São medidas preventivas:

- ▶ não deixar a criança sozinha dentro do carro;
- ▶ usar travas nas portas traseiras;
- ▶ evitar que crianças trafeguem com a cabeça para fora da janela, principalmente os vidros elétricos, que podem causar estrangulamento;
- ▶ manter os bancos de trás travados para impedir que a criança passe ao porta-malas e lá fique presa;
- ▶ educar as crianças sobre o trânsito;
- ▶ fazer um transporte seguro das crianças em automóveis.

TRANSPORTE SEGURO DE CRIANÇAS EM AUTOMÓVEIS

Crianças devem sentar nos bancos traseiros até os 12 anos, usando dispositivos compatíveis com a idade (Tab. 7.1).

Tabela 7.1

TRANSPORTE SEGURO DE CRIANÇAS EM AUTOMÓVEIS

Estágio 1	Assento de lactente voltado para trás	Da maternidade até 1 ano e até 10 kg	Banco traseiro
Estágio 2	Assento infantil voltado para frente	A partir de 1 ano e 10 kg até 20-22 kg, por volta dos 5 anos	Banco traseiro
Estágio 3	Dispositivo posicionador de cinto de segurança (assento de elevação ou <i>booster</i>)	A partir de 20-22 kg até a estatura de 1,45 m	Banco traseiro
Estágio 4	Cinto de segurança	Altura mínima de 1,45 m e peso de 36 kg. As costas devem apoiar-se no encosto do assento, os joelhos devem estar dobrados confortavelmente, os pés no chão e o cinto passando pelo tórax.	Banco traseiro até 10 anos; recomendável até 12 ou mais

REFERÊNCIAS

- Bevilaqua CC. Emergências pediátricas. São Paulo: Atheneu; 2004.
- Blank D. Injury control in South America: the art and science of disentanglement. *Inj Prev.* 2004;10(6):321-4.
- Brasil. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. Redução das vulnerabilidades aos desastres e acidentes na infância. Brasília, DF: Author; 2002.
- Langley J, Brenner R. What is an injury? *Inj Prev.* 2004;10:69-71.
- Lima E. Pediatria ambulatorial. Rio de Janeiro: Medbook; 2008.
- Moraes MB. Guia de pediatria. Barueri: Manole; 2005.
- Passaporte para a segurança: prevenção de acidentes na infância e adolescência: 0 a 3 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.
- Passaporte para a segurança: prevenção de acidentes na infância e adolescência: de 3 anos a 12 anos. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2003.

Peden M, Oyegbite K, Ozanne-Smith J, Hyder AA, Branche C, Rahman AKME, et al. World report on child injury prevention. Geneva: WHO; 2008.

Piva JP, Garcia PCR, organizadores. Medicina intensiva em pediatria. Rio de Janeiro: Revinter; 2005.

Pless IB, Hagel BE. Injury prevention: a glossary of terms. J Epidemiol Community Health. 2005;59(3):182-5.

Rivara FP. Introduction: the scientific basis for injury control. Epidemiol Rev. 2003;25:20-3.

Runyan CW. Introduction: back to the future: revisiting Haddon's conceptualization of injury epidemiology and prevention. Epidemiol Rev. 2003;25:60-4.

Saluja G, Brenner R, Morrongiello BA, Haynie D, Rivera M, Cheng TL. The role of supervision in child risk: definition, conceptual and measurements issues. Inj Control Saf Promot. 2004;11(1):17-22.

CAPÍTULO 8

MAUS-TRATOS NA INFÂNCIA E NA ADOLESCÊNCIA

CLÁUDIA FERRI
SÔNIA DOMINGUES LUESKA

Definição. "Define-se o abuso ou maus-tratos pela existência de um sujeito em condições superiores (idade, força, posição social ou econômica, inteligência, autoridade) que comete um dano físico, psicológico ou sexual, contrariamente à vontade da vítima ou por consentimento obtido a partir de indução ou sedução enganosa." (Deslandes, 1994).

São divididos em:

- **Maus-tratos físicos:** uso de força física, intencional, não acidental, praticado por pais ou responsáveis com o objetivo de ferir ou danificar a criança ou o adolescente, deixando ou não marcas. Exemplo: síndrome do bebê sacudido (criança menor de 6 meses com lesões cerebrais por ser sacudida por um adulto) ou síndrome da criança espancada (ferimentos inusitados, fraturas, queimaduras de diferentes idades sem explicação plausível ou história não compatível com a clínica).
- **Síndrome de Munchausen por procuração:** sinais e sintomas criados ou inventados pelos pais (especialmente pela mãe) ou responsáveis, que levam a procedimentos desnecessários para a criança (uso de medicamentos, realização de exames, internação).
- **Abuso sexual:** todo ato ou jogo sexual cujo agressor está em estágio psicosssexual mais adiantado. Tem a intenção de estimulação ou satisfação sexual.
- **Maus-tratos psicológicos:** toda forma de rejeição, deprecição, discriminação, desprezo, cobrança ou punição que expõe a criança ou o adolescente às necessidades psíquicas dos adultos.
- **Negligência:** todo ato de omissão às necessidades básicas do desenvolvimento da criança ou adolescente.