40 anos
Boletim
SOPERJ
Órgão Informativo da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro • Vol. XXIV – Nº 3 - dezembro 2021

Editorial

"Os sonhos não têm comportamento.
Sempre havia de existir nos sonhos daquele
Menino primitivo do seu existir.
E as imagens que ele organiza com o
Auxílio das suas palavras eram concretas.
Ele até chegou um dia a pegar na crina do vento.
Era sonho?"

"Menino do Mato" – Manoel de Barros

Ao assumir a presidência da SOPERJ, em 2019, alguns propósitos norteavam meus pensamentos para exercer a função que abracei como uma verdadeira missão. O primeiro deles era solidificar a imagem da SOPERJ como referência para todos os pediatras; o segundo, transformar nossa entidade num símbolo de luta em prol da saúde e do bem-estar de crianças e adolescentes.

Naquele momento, estava muito feliz e preparada para atuar como presidente no triênio 2019 – 2021. Entretanto, o que nenhum de nós poderia imaginar, nem em nossos piores sonhos, é que a nova gestão enfrentaria um acontecimento que abalaria não só o Brasil, mas o mundo.

Começamos 2020 sem saber que aqueles primeiros casos de uma doença até então desconhecida, que começou em dezembro de 2019 na China, mudariam a vida do Planeta em poucos meses e se transformariam na maior crise sanitária deste século: a pandemia de Covid-19.

Três anos se passaram desde a minha posse. E hoje tenho orgulho de dizer que conseguimos derrubar muitas barreiras. Para isso, nos enchemos de garra, coragem, disposição e muita criatividade para atravessar os difíceis anos de 2020 e de 2021. Para concretizar todos os projetos que idealizei, contei com a parceria incondicional de todos os associados. Hoje sinto orgulho em afirmar: nos superamos! Mostramos o quanto nos tornamos fortes quando trabalhamos em prol do mesmo objetivo.

Para atuar de forma mais coesa e forte, criamos grupos de trabalho para atender com excelência todas as demandas que teríamos pela frente. Entre os novos grupos estão o de Otorrino, Imunização, Mídias Sociais, Violência e Radiologia.

Com a proposta de transformar nossa sede num ambiente mais acolhedor e agradável para todos, fizemos reforma em nossa recepção dando ao espaço um modelo que representasse a beleza da nossa cidade que, apesar de todos os problemas, continua linda.

Em meio a tantas mudanças provocadas pela pandemia, precisamos nos adaptar a novos formatos de trabalho e aprendemos a discutir novos temas. Os eventos, que até aquele momento eram presenciais, migraram para as telas e passaram a ser feitos de forma ***online***.

Diante de tantas inovações, mudamos também o formato da Revista da SOPERJ, que passou a ter quatro edições por ano. Nosso site também passou por uma grande reformulação e se tornou mais moderno e simples para a navegação de nossos visitantes.

Com o objetivo de homenagear aqueles que são peças fundamentais no desenvolvimento de crianças e adolescentes, lançamos inovações nas comemorações do Dia do Pediatra. Afinal de contas, nós merecemos, não é mesmo? Nossos eventos passearam com grande sucesso por temas como Arte e Gastronomia. Sem falar nas dezenas de ***lives*** que realizamos e que, com toda certeza, deixarão saudade.

Um pouco mais otimistas, começamos 2021 comemorando os 40 anos da SOPERJ. Ao longo do ano ressaltamos a trajetória de sucesso da nossa entidade que chega aos 40 anos revigorada com uma nova marca. Uma marca que representa a melhor forma de ser carioca, de acolher a todos de braços abertos.

Tenho certeza de que esse sentimento de acolhimento é compartilhado por todos os pediatras do Estado do Rio de Janeiro, que diariamente cumprem a missão de cuidar e de abraçar todas as crianças e adolescentes do nosso estado.

Implementamos em nosso site o projeto **Ache Seu Pediatra,** iniciativa elaborada a partir do cadastro dos associados em um banco de dados preenchido pelos próprios sócios.

Realizado de forma *online* em 2021, por medidas de segurança, o CONSOPERJ teve 1.300 inscritos e excelente adesão dos associados que divulgaram o evento em suas redes sociais, multiplicando ainda mais seu alcance. Além do caráter científico do evento, o CONSOPERJ ofereceu apresentações musicais e um vídeo especial de encerramento.

No Dia das Crianças realizamos uma bela ação com a doação de livros infantojuvenis para a Biblioteca Hélio de La Peña no Caju.

Continuamos as publicações de sucesso, iniciadas na gestão do Presidente Edson Liberal com a colaboração do doutor Marcio Moacyr Vasconcelos: os livros da Série SOPERJ.

Apesar de todos os desafios que enfrentamos, conquistamos inúmeras vitórias. Conseguimos nos aproximar ainda mais dos pediatras de nosso Estado que servem de exemplo para toda a categoria: trabalham em diferentes cenários, ensinam e pesquisam. Nos unimos em prol de nossas bandeiras de ensino para todos e escolas abertas, com a diminuição da crise sanitária.

Encerramos nossa gestão com uma campanha de sucesso: **Prematuro também Vacina!** Durante o mês de novembro realizamos inúmeros eventos *online* sobre o tema e movimentamos as redes sociais esclarecendo dúvidas dos pediatras e pais.

Finalizo esse editorial agradecendo imensamente o apoio recebido em todos os momentos dessa travessia por minha diretoria e pelos colegas que nos prestigiaram em nossos eventos com um sorriso no rosto. Sorrisos que guardarei para sempre em forma de gratidão infinita.

Assim como o **Menino do Mato,** do nosso poeta Manoel de Barros, novos sonhos me aguardam. E, como boa carioca, peço licença para parafrasear o samba que reflete o nosso DNA: "O show tem que continuar"!

Saúde a nova diretoria com a certeza de que ela fará ótimos projetos abrindo excelentes perspectivas futuras!

Depois de três anos intensos, sinto-me muito feliz de encerrar minha gestão com a notícia de que a pandemia está arrefecendo e que o nosso Estado já está com 80% da sua população vacinada.

Obrigada por tudo e vamos juntos e mais fortes para novos desafios!

Saúde para todos e Boas Festas com muitos abraços!

Dra. Katia Telles Nogueira
Presidente da SOPERJ – Triênio 2019 – 2021

Índice

- **Agenda SOPERJ**
- **O comportamento suicida como um problema pediátrico e dos pediatras**
- **Atualização no manejo das crianças expostas ao HIV**
- **Resistência insulínica na puberdade: fisiologia ou patologia?**
- **Violência infantojuvenil no Brasil: uma questão de saúde pública, agravada pela pandemia de COVID-19**

AGENDA SOPERJ

Missão cumprida !

No momento em que cresce a esperança de um retorno às atividades cotidianas, com as interações humanas presenciais, olho no olho, mais carregadas de afeto, o Boletim SOPERJ reconhece os esforços de todos no enfrentamento de duas grandes dificuldades:

Em primeiro lugar, a nova doença, que todos precisaram estudar, pesquisar, buscar prevenção e tratamento dos doentes, construindo a cada momento novos conhecimentos.

E, como consequência, a dificuldade de encontrar uma nova maneira de realizar atividades de divulgação, debate, atualização científica e interação entre os pediatras. As atividades no ambiente virtual, embora não sendo as preferenciais, quando comparadas às presenciais, não deixaram de apresentar qualidade e até algumas vantagens. Pudemos organizar um número maior de atividades, atingindo um público mais amplo, inclusive do exterior, com facilidade de comunicação, sem viagens, deslocamentos, atrasos, com economia de tempo e recursos.

Já os cursos de Prematuros, Reanimação e Transporte do Recém-nascido, pelas atividades eminentemente práticas e pela padronização que têm, foram retomados na forma presencial, cercados de todos os cuidados.

E novos eventos estão programados até o final da gestão.

Ao final do triênio 2019 – 2021 a Diretoria da SOPERJ vê com satisfação que todos os esforços investidos em prol da pediatria fluminense resultaram em grandes sucessos, avançando na defesa de nossos pediatras e de nossas crianças e adolescentes. Não teríamos tais sucessos sem contar com a dedicação de toda a Diretoria expandida, dos coordenadores e membros dos Cursos, das Regionais, dos Departamentos Científicos e dos Grupos de Trabalho.

Agradecemos o trabalho incansável da Secretaria (Regina, Isabel e Diego) e a atuação da Assessoria de Imprensa e da equipe de Jornalismo e Mídias Sociais, que se tornaram imprescindíveis, criativos e ágeis para garantir que nossos projetos se concretizassem, enfrentando os obstáculos impostos pela pandemia.

Nova diretoria eleita

As eleições transcorreram em grande tranquilidade, elegendo a nova Diretoria da SOPERJ para o triênio 2022 – 2024. Aos colegas que assumem, desejamos sucesso e plenas realizações!

Presidente: *Claudio Hoineff*

Vice-Presidente: *Abelardo Bastos Pinto Jr*

Secretário Geral: *Ana Rosa Castellões dos Santos*

Primeiro Secretário: *Maria Marta Regal de Lima Tortori*

Segundo Secretário: *Maria de Fátima Bazhuni Pombo Sant'Anna*

Primeiro Tesoureiro: *Christianne D'Almeida Martins*

Segundo Tesoureiro: *Ana Alice Ibiapina Parente*

Diretor de Cursos e Eventos: *Márcia Fernanda da Costa Carvalho*

Diretor de Publicação: *Adriana Rocha Brito*

Boletim SOPERJ
Filiada à Sociedade Brasileira de Pediatria – Volume XXIV – Nº 3 – dezembro 2021

DIRETORIA DA SOPERJ TRIÊNIO 2019 - 2021

Presidente: Katia Telles Nogueira; **Vice-Presidente:** Claudio Hoineff; **Secretário Geral:** Anna Tereza Miranda Soares de Moura; **1º Secretário:** Christianne D'Almeida Martins; **1º Tesoureiro:** Maria Marta Regal de Lima Tortori; **2º Tesoureiro:** Arnauld Kaufman; **Diretor de Cursos e Eventos:** Aurea Lucia Alves de A. Grippa de Souza; **Diretor Adjunto de Cursos e Eventos:** Maria de Fátima Monteiro Pereira Leite; **Diretor de Publicação:** Joel Conceição Bressa da Cunha; **Diretor Adjunto de Publicação:** Adriana Rocha Brito; **Diretor de Ética e Valorização Profissional:** Maria Nazareth Ramos Silva; **Diretor Adjunto de Ética e Valorização Profissional:** Ana Rosa Castellões dos Santos; **Diretor de Projetos Especiais:** Isabel Rey Madeira; **Diretor Adjunto de Projetos Especiais:** Leda Amar de Aquino; **Diretor de Relacionamento com Associados:** Silvio da Rocha Carvalho; **Membros da Diretoria de Relacionamento com Associados:** Aline Masiero Fernandes Marques, Cássia Freire Vaz e Eduardo de Macedo Soares; **Coordenador de Departamentos Científicos:** Marcia Fernanda da Costa Carvalho; **Coordenador do Curso de Atualização em Pediatria (CAP):** Marcia Fernanda da Costa Carvalho; **Comissão de Sindicância:** Silviano Figueira de Cerqueira, Maria Tereza Fonseca da Costa e Raimunda Izabel Pirá Mendes; **Conselho Fiscal**: Edson Ferreira Liberal, Leda Amar de Aquino, Sheila Muniz Tavares, Hélcio Villaça Simões e Sergio Augusto Cabral; **Conselho Consultivo:** Edson Ferreira Liberal e Isabel Rey Madeira; **Coordenação do Curso Pediatric Advanced Life Support (PALS):** Regina Coeli de Azeredo Cardoso e Débora Santos de Oliveira; **Coordenação do Curso de Reanimação Neonatal:** Gisélda de Carvalho da Silva e Fabio Chaves Cardoso; **Diretoria de Coordenação das Regionais:** Paulo César Guimarães e Luiz Ildegardes Alves de Alencar; **Presidentes Regionais – Regional Baixada Fluminense:** Fernanda Silva Guimarães; **Regional Lagos:** Denise Garcia de Freitas Machado e Silva e Gabriela Santos Magalhães Nogueira (Vice-Presidente); **Regional Leste Fluminense:** Ana Flavia Malheiros Torbey; **Regional Médio Paraíba:** Luciano Rodrigues Costa e Amaro Ronaldo Inácio Filho (Vice-Presidente); **Regional Norte Fluminense:** Sylvia Regina de Souza Moraes; **Regional Serrana:** Felipe Machado Moliterno; **Regional Sul Fluminense:** Luciano Rodrigues Costa e Amaro Ronaldo Inácio Filho (Vice-Presidente); **Regional Zona Oeste:** Elisabete Isidoro Caetano. **Editor Chefe - Revista de Pediatria SOPERJ:** Clarisse Pereira Dias Drumond Fortes.

Diagramação: DC Press (21) 2234-9541

Dr. Orli Carvalho da Silva Filho
Departamento Científico de Saúde Mental

O comportamento suicida como um problema pediátrico e dos pediatras

"Não faltam problemas durante uma pandemia!" Por mais óbvia que sose essa exclamação – sendo quase que desnecessário e cansativo reafirmarmos isso –, sua escolha para a abertura dessa reflexão se deu pela certeza que ainda teremos de lidar, por algum tempo, com essa e por essa perspectiva. Uma certeza amparada pela incerteza da experiência pandêmica, o que nos exige uma constante "habilidade de adaptação e de flexibilização", o pressuposto teórico da Organização Mundial de Saúde (OMS) para o conceito de saúde mental.[1] Pressuposto que justificou, logo após a declaração da situação pandêmica da Covid-19, a preocupação da OMS com o bem-estar psicossocial global.[2] E na variedade e gravidade de problemas experimentados por sujeitos de todas as idades durante a pandemia, têm-se destacado os da dimensão mental.[3]

Privações sociais, redução de atividades ao ar livre e mudanças das rotinas doméstica e escolar têm sido marcas desse tempo para crianças e adolescentes, cujas alterações em seu comportamento, duradouras ou transitórias, têm sido percebidas pelas famílias, professores e pediatras. Ainda que seja difícil precisar hoje como chegaremos emocionalmente até o final da pandemia, diferentes pesquisas já indicam um aumento na prevalência de sintomas depressivos e ansiosos, assim como alterações no padrão de sono e atenção, em crianças e adolescentes, sugerindo um desgaste emocional infantojuvenil em variados grupos pediátricos.[4,5] Sofrimento emocional que pode ser um processo adaptativo, mas que pode ser compreendido como transtorno mental, sendo mais prevalente em meninas e em adolescentes.[4,5]

Desse modo, ainda que doloroso, não é surpreendente constatarmos que a dimensão mental tem sido afetada durante e pela Covid-19. Mesmo sem uma clareza dos efeitos diretos do vírus no Sistema Nervoso Central de crianças e adolescentes, é certo um espectro de impacto da pandemia em seu desenvolvimento e psiquismo.[4-6] É do conhecimento dos pediatras que o âmbito mental é uma das dimensões básicas da vida, devendo fazer parte da prática profissional na abordagem de seus pacientes.[7] Mas seria isso uma realidade?

Uma pesquisa realizada com residentes em pediatria no estado do Rio de Janeiro sinalizou dificuldade dos pediatras em formação de validarem e reconhecerem o sofrimento psíquico infantojuvenil.[8] Dificuldade ampliada pelos próprios Programas de Residência Médica que não apresentavam, em seus currículos e estrutura, espaços para ensino, assistência e supervisão desse tema, cristalizando o silêncio sobre essa realidade nos jovens médicos. Impulsionada por uma representação meiga, dócil e angelical dos infantes no imaginário social dos pediatras, interdita-se a possibilidade de um questionamento direto sobre o desconforto emocional, impedindo que falem por si só sobre suas dores e angústias.[8]

Nesse vazio, apenas a criança alegre, romântica e que vislumbra e projeta o futuro da sociedade ganha representatividade clínica e epidemiológica. A Pediatria, enquanto especialidade que reclamou para si o combate da mortalidade e a defesa da moralidade infantis, não consegue conceber, na prática, a possibilidade desse sofrimento, ainda mais quando o desejo de morte se anuncia. O comportamento suicida, ainda que teoricamente reconhecido e validado, anula-se como hipótese clínica, tendo sido muito antes cristalizado como um tabu.[8]

Um triplo tabu, como propõem os autores da referida pesquisa.[8] Considerando a incomensurabilidade das mortes autoprovocadas cujos protagonistas são crianças e adolescentes, propôs-se, numa tentativa de sua compreensão, um ***continuum*** de tabus: tabu da morte < tabu do suicídio < tabu do suicídio infantojuvenil. Desse modo, sugere-se o reconhecimento e o confronto com esses tabus na prática pediátrica para que consigamos ponderar e intervir no comportamento suicida, enquanto manifestação de violência e agravo à saúde mental. Um problema difícil, mas real.

Retomando a Covid-19, uma vez que permanece em nosso horizonte, não podemos afirmar que haverá um aumento da incidência de suicídio neste momento.[9,10] Há ainda controvérsias sobre isso, mas é certo que essa realidade precisa ser considerada. Se existe a identificação do sofrimento emocional de crianças e adolescentes, apesar de um afetuoso, mas resistente ***ethos*** pediátrico, é urgente a consideração sobre o espectro suicida em nossos pacientes.

Na vida e na assistência pediátrica não faltam problemas e, logo, não faltam possibilidades de intervenção. Ainda que a preocupação com a mitigação do contágio do SARS-CoV-2 e a vacinação universal sejam pautas prioritárias para o controle pandêmico, é importante que nos atentemos para a saúde mental de crianças e adolescentes.[11] É preciso que toda consulta pediátrica crie um ambiente seguro para que o sofrimento emocional seja abordado. A prevenção do suicídio passa pela clareza de sua universalidade e da premissa que diálogos éticos e respeitosos podem e devem ser realizados.[8]

Em mais um Setembro Amarelo na era Covid-19, defendemos a relevância dessa campanha, na certeza que o conhecimento e a divulgação responsável sobre o suicídio são estratégias pertinentes e adequadas para sua prevenção. Façamos nossa parte e façamos parte disso!

Dr. Orli Carvalho da Silva Filho é Psiquiatra da Infância e Adolescência e Pediatra IFF/Fiocruz; Membro do DC de Saúde Mental e do DC de Adolescência da SOPERJ.

Referências

1. 1. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Promoting mental health: concepts, emerging evidences and practice. Genebra: WHO, 2005.
2. 2. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. 2020. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/mental-health-considerations.pdf?sfvrsn=6d357ef_2. Acesso em: 20/11/2021.
3. 3. BENTON, T.D.; BOYD, R.C.; NOROGE, W.F. Addressing the Global Crisis of Child and Adolescent Mental Health. JAMA Pediatr. Published online August 09, 2021. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.2479
4. 4. MA, L.; MAZIDI, M.; LI, K.; LI, Y.; CHEN, S.; KIRWAN, R. et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. J Affect Disord. 2021 Oct 1;293:78-89.
5. 5. RACINE N.; MCARTHUR B.A.; COOKE JE.; ERICH R.; ZHU J.; MADIGAN S. Global Prevalence of Depressive and Anxiety Symptoms in Children and Adolescents During COVID-19 A Meta-analysis. JAMA Pediatr. Published online August 09, 2021.
6. 6. VIGO D.; SCOTT PATTEN, S.; PAJER, K.; KRAUSZ, M.; TAYLOR S.; RUSH, B. et al. Mental Health of Communities during the COVID-19 Pandemic. The Canadian Journal of Psychiatry, 2020.
7. 7. ALMEIDA, S.A.; LIMA, R.S.; CRENZEL, G.; ABRANCHES, C.D. Saúde Mental da criança e do adolescente. Barueri: Manole, 2019. 210p. (Série Pediatria SOPERJ). ISBN9788520466131
8. 8. SILVA FILHO, O.C.; MINAYO, M.C.S. Tríplo tabu: sobre o suicídio na infância e na adolescência. Ciência & Saúde Coletiva, 26(7):2693-2698, 2021.
9. 9. PIRKIS, J.; JOHN, A.; SHIN, S.; DELPOZO-BANOS, M.; ARYA, V.; PABLO ANALUISA-AGUILAR, P. et al. Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: an interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. Lancet Psychiatry. 2021; 8: 579-88. Published Online April 13, 2021.
10. 10. MAYNE, S.L.; HANNAN, C.; DAVIS, M.; YOUNG, J.F.; KELLY, M.K.; POWELL, M.; DALEMBERT, G.; MCPEAK, K.E.; JENSEN, B.P.; FIKS, A.G. COVID-19 and Adolescent Depression and Suicide Risk Screening Outcomes. Pediatrics. 2021;148(3):e2021051507
11. 11. INSMCA. INSTITUTO NACIONAL DA SAÚDE DA MULHER, DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE FERNANDES FIGUEIRA, FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. COVID-19 e Saúde da Criança e do Adolescente. 2020. Disponível em http://www.iff.fiocruz.br/pdf/covid19_saude_crianca_adolescente.pdf. Acesso em: 20/11/2021.

Grupo de Trabalho de HIV

Atualização no manejo das crianças expostas ao HIV

O manejo da criança exposta ao HIV é de grande importância para o pediatra geral, uma vez que 88,8% dos casos de HIV/Aids em menores de 13 anos têm como via de infecção a transmissão vertical.[1] No Brasil, no período de 2000 até junho de 2020, foram notificadas 134.328 gestantes infectadas com HIV, das quais 4.148 no ano de 2020. De acordo com o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde, nos últimos 10 anos vem ocorrendo aumento na taxa de detecção de HIV em gestantes: em 2009, registraram-se 2,3 casos/mil nascidos vivos e, em 2019, essa taxa passou para 2,8/mil nascidos vivos. Esse aumento pode ser explicado, em parte, pela ampliação do diagnóstico no pré-natal e a melhoria da vigilância na prevenção da transmissão vertical do HIV. A tendência de aumento se verifica em todas as regiões do Brasil, sendo que as regiões Norte e Nordeste foram as que apresentaram maiores incrementos na taxa. Em toda a série histórica, a região Sul apresentou os maiores números de detecção de HIV em gestantes no país.

Novas condutas envolvendo o cuidado da mulher e da criança vêm sendo implementadas desde o final de 2020, visando aumentar a eficácia das medidas de prevenção da transmissão materno-infantil do HIV1. Modificações na classificação de risco dos recém-nascidos (RN) expostos, nos esquemas antirretrovirais (ARVs) profiláticos e na investigação laboratorial foram implementadas por meio de notas técnicas, nas quais o presente artigo se baseia.

A carga viral materna é o principal método de avaliação do risco de infecção para o RN, porém outros fatores devem ser avaliados no momento da indicação da profilaxia pós-natal. A imunodeficiência materna, a presença de outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), a corioamnionite, a prematuridade e a bolsa rota acima de 4 horas são fatores que contribuem para a aquisição do HIV antes e no momento do parto.

Outros fatores que caracterizam ALTO RISCO para aquisição do HIV no momento do parto são:

- Mãe sem pré natal, OU
- Mãe sem terapia antirretroviral (TARV) na gestação, OU
- Mãe com início da TARV após a segunda metade da gestação, OU
- Infecção aguda pelo HIV durante a gestação, OU
- Mães com carga viral detectável no terceiro trimestre da gestação, recebendo ou não TARV, OU
- Mãe sem carga viral conhecida, OU
- Mães com teste rápido anti-HIV positivo no momento do parto.

Os RN de BAIXO RISCO para a aquisição do HIV no momento do parto são aqueles cujas mães receberam TARV desde a primeira metade da gestação, com carga viral indetectável até a 28º semana (3º trimestre) e sem falhas na adesão.

Os RN considerados de baixo risco recebem somente ZIDOVUDINA durante 28 dias, 12/12h, nas doses abaixo.

- Idade Gestacional maior que 35 semanas, 4 mg/kg/dose
- Idade Gestacional entre 30 e 35 semanas, 2 mg/kg/dose por 14 dias e 3mg/kg/dose a partir do 15º dia.
- Idade Gestacional abaixo de 30 semanas, 2mg/kg/dose

Os RN considerados de alto risco recebem esquema de três drogas ARVs caso sejam nascidos a termo.

- Idade Gestacional de 37 semanas ou mais:
  ZIDOVUDINA, 4mg/kg/dose, 12/12h, por 28 dias
  LAMIVUDINA, 2mg/kg/dose, 12/12h, por 28 dias
  RALTEGRAVIR, 1,5 mg/kg/dose, uma vez ao dia, 7 dias
  3 mg/kg, 12/12h, da segunda semana até 28 dias

- Idade Gestacional de 34 a 37 semanas:
  ZIDOVUDINA, 4 mg/kg/dose, 12/12h, por 28 dias
  LAMIVUDINA, 2 mg/kg/dose, 12/12h, por 28 dias
  NEVIRAPINA, 4 mg/kg/dose, 12/12h, por 7 dias
  6 mg/kg/dose, 12/12h, por mais 7 dias (Total 14 dias)

- RN com menos de 34 semanas de igade gestacional:
  Recebem somente a ZIDOVUDINA,
  2 mg/kg/dose 12/12h, por 28 dias

O diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV é realizado pela coleta de carga viral, já que a passagem de anticorpos transplacentários maternos pode ser detectada até os 18 meses, e no máximo até os 24 meses de vida.

A primeira coleta de carga viral deve ser feita logo após o nascimento, por meio de acesso periférico, preferencialmente antes do início da profilaxia ARV. Porém, é muito importante que o início da TARV não seja prorrogado se houver atraso na coleta de sangue.

A segunda carga viral deve ser coletada aos 14 dias de vida, a terceira duas semanas após o término da profilaxia, ou seja, com 6 semanas de vida; e a quarta, 8 semanas após o término da profilaxia, ou 12 semanas de vida.

É importante coletar nova amostra de sangue imediatamente após resultado "detectável" de carga viral para o HIV, em qualquer momento.

No caso de duas cargas virais abaixo de 5000 cópias e de resultados discordantes, está indicado o exame de DNA pró-viral, que tem alta especificidade.

Se o resultado de uma carga viral for abaixo de 5000 cópias por mL e uma segunda maior que este valor, uma terceira carga viral pode ajudar na definição de caso.

Para exclusão definitiva do diagnóstico deve-se ter duas cargas virais indetectáveis após a suspensão da profilaxia (2 semanas e 8 semanas após a suspensão).

Quanto às orientações de alta da maternidade, deve-se orientar as mães quanto aos riscos do aleitamento materno e/ou cruzado, a inibição da lactação com uma dose de Cabergolina ainda na maternidade e o fornecimento de fórmula láctea.

É importante que, ao encaminhar o RN para o seguimento em serviço especializado, os seguintes dados sejam anotados na carderneta de saúde do paciente: profilaxia intraparto (com zidovudina endovenosa na gestante); uso de ARV durante o pré-natal; condições de parto e nascimento; data e hora do início do ARV no recém-nascido e condutas no período neonatal.

O acompanhamento no Ambulatório de Expostos ao HIV deve ser mensal, com exame físico minucioso e atenção a possíveis sinais de Aids, como ganho ponderal insuficiente e atraso no desenvolvimento.

Outros exames laboratoriais como hemograma, função hepática, glicemia, VDRL e TORCH também devem fazer parte do acompanhamento do bebê exposto, com o objetivo de avaliar toxicidade medicamentosa, manifestações de possível infecção pelo HIV e investigação de outras infecções congênitas.

A profilaxia da pneumocistose deve ser iniciada na quarta semana de vida, após o final da profilaxia com ARV, e mantida até a conclusão da investigação, ou seja, quando houver duas cargas virais indetectáveis. A medicação indicada é a associação de Sulfametoxazol e Trimetoprim na dose de 750 mg/m²/dia de sulfametoxazol, em duas doses diárias, em três dias alternados ou consecutivos por semana.

Caso seja concluído que o bebê exposto foi infectado pelo HIV, deve-se iniciar tratamento com ARV, após coleta de amostra para genotipagem, e manter a profilaxia para pneumocistose (pneumonia por ***Pneumocystis jiroveccii***) até um ano de vida ou quando a imunidade avaliada pela contagem de linfócitos CD4 permitir.

Referências:

1. Boletim Epidemiológico Especial Secretaria de Vigilância em Saúde
Ministério da Saúde Número Especial | Dez. 2020. Disponível em
https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/midias/pdf/2020/dezembro/30/boletim_epidemiologico_covid_43_final_coe.pdf
Último acesso em 09 de outubro de 2021.
2. 2NOTA INFORMATIVA Nº 2/2021-DCCI/SVS/MS DE 15/01/2021 de 15/01/2021. Disponível em
https://www.sanarmed.com.br/wp-content/uploads/2021/01/Nota-Informativa-1-2021-CGPNI-DEDT-SVS-MSpdf.pdf
Último acesso em 09 de outubro em 2021
3. NOTA INFORMATIVA Nº 6/2021 - DCCI/SVS/MS de 17/03/2021 Disponível em http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-62021-dccisvsms
Último acesso em 09 de outubro de 2021.

ENDOPED RJ
Dra. Renata Szundy Berardo
Departamento Científico de Endocrinologia

Resistência insulínica na puberdade: fisiologia ou patologia?

A puberdade é um período de alterações dinâmicas, com ativação do eixo reprodutivo, secreção de esteroides sexuais, aumento da produção do hormônio de crescimento (GH) e do fator de crescimento símile à insulina tipo I (IGF1). Consequentemente há aceleração do crescimento, aumento de massa e redução da sensibilidade à insulina.[1]

Apesar de fisiológico e transitório, há evidências que em adolescentes obesos esse quadro pode não se resolver. Nesse contexto, a resistência insulínica pode ser um componente de condições patológicas.

A resistência insulínica não é explicada por medidas de adiposidade e existem diferenças longitudinais entre sexos e etnias. Durante a puberdade ocorre aumento da lipólise, diminuição na oxidação de glicose, aumento da oxidação de ácidos graxos livres, levando a aumento de 125% na taxa de oxidação de gordura versus glicose. A sensibilidade a insulina chega a cair 50%, mas o aumento compensatório da secreção de insulina mantém normal a homeostase glicêmica.[2]

O GH e IGF1 contribuem diretamente para o desenvolvimento da resistência insulínica. Moran correlacionou maiores níveis de IGF ao longo da puberdade com menor sensibilidade a insulina medida por ***clamp***. A importância do GH nesta fisiopatologia também pode ser demonstrada por alterações semelhantes do metabolismo glicêmico em crianças pré-puberais em uso de hormônio de crescimento exógeno.[3]

Em situações nas quais os mecanismos compensatórios de secreção de insulina não são eficazes, acontece o desequilíbrio, com o surgimento de doenças. Entre fatores de risco podemos citar a raça negra, obesidade, esteatose hepática, síndrome dos ovários policísticos, entre outros.[4]

Crianças obesas apresentam valores mais elevados de Homa (***Homeostatic Model Assessment***) em todas as faixas etárias, com aumento mais significativo durante a puberdade, sem retomar valores normais. Assim, a puberdade é um dos maiores fatores de risco para transição de um obeso metabolicamente saudável para não saudável.[1]

A compensação inadequada da secreção de insulina pode explicar as altas taxas de incidência de diabetes mellitus tipo 2 (DM2) em jovens negros.

Diante da possibilidade de a resistência insulínica da puberdade tornar-se patológica, como podemos avaliar o quadro determinando pacientes em risco e estabelecendo medidas eficazes?

Em 2010 foi elaborado pelas principais sociedades de endocrinologia pediátrica um consenso sobre resistência insulínica na puberdade. Definiu a resistência insulínica como um espectro, com diminuição da resposta tecidual às ações celulares mediadas por insulina; redução da captação de glicose, comumente associada a obesidade que, em geral, leva a hiperinsulinemia compensatória.[4]

A medida padrão-ouro para avaliação da sensibilidade a insulina é o ***clamp*** euglicêmico hiperinsulinêmico, que, pelo alto custo e dificuldade técnica, não tem aplicação na prática clínica. Apesar do aumento compensatório da insulina, segundo o consenso, a insulina de jejum é uma medida pobre de sensibilidade, com correlação baixa com o ***clamp*** (correlação 0.42 aos 13 anos e 0.29 aos 15 anos) e valores que variam nos diferentes grupos étnicos. Recomenda que não deve ser usada para tomada de decisões na prática clínica. O Homa IR, Homa IR2 e Quick não oferecem vantagem sobre insulina e também devem ser avaliados para cada população. No Brasil, alguns estudos avaliaram pontos de corte do Homa para identificação de síndrome metabólica em adolescentes com boa correlação com o ***clamp***.[5]

O teste de tolerância oral a glicose reflete a metabolização da glicose e, apesar de não medir diretamente a resistência insulínica, tem sido verificada uma alta correlação entre o TTOG e o ***clamp*** em adultos. Tem a vantagem de ser simples, com poucas amostras de sangue.[5] Na prática clínica, algumas medidas antropométricas podem ser usadas na predição de resistência à insulina, como a circunferência da cintura e o diâmetro abdominal sagital, marcadores de gordura visceral. A circunferência do pescoço é correlacionada com obesidade e tem relação com aumento de risco cardiovascular e aumento da espessura das camadas íntima e média da carótida.

A grande limitação de todos os marcadores é a falta de estudos com populações específicas, com cortes adequadamente definidos por sexo, etnia e estágio puberal.[4,5]

Em virtude disto, o consenso não recomenda nenhuma forma de ***screening***, mas uma maior atenção à identificação dos fatores de risco e atuação para eficaz prevenção.

Assim, a obesidade é a causa mais prevalente de resistência insulínica. O aumento da gordura visceral em adolescentes obesos é associado a menor sensibilidade insulínica. Estudos de ***clamp*** também demonstram que a esteatose hepática é associada a resistência insulínica hepática e periférica.

Meninas adolescentes com síndrome dos ovários policísticos (SOP) têm risco aumentado para resistência insulínica e desenvolvimento de DM2. Meninas com pubarca precoce e hiperandrogenismo também apresentam risco em potencial maior de SOP e resistência insulínica, em parte explicado pela obesidade.

A exposição a um ambiente intrauterino hiperglicêmico e nascimento pequeno para idade gestacional ou grande para idade gestacional também constituem predisposição para obesidade, com risco ainda mais elevado de diabetes. Da mesma forma, o ganho de peso rápido nos primeiros meses ou anos de vida também aumenta o risco de resistência insulínica.

Portanto, a prevenção da obesidade e do ganho de peso rápido na infância, as melhores condições gestacionais e a vigilância em crianças com os demais fatores de risco são estratégias para minimizar o surgimento da resistência insulínica.

Concluímos então que:

- Apesar de a resistência insulínica da puberdade ser um processo fisiológico normal, pode contribuir para um processo patológico na presença de obesidade ou disfunção de célula B.
- O risco de desenvolver intolerância à glicose ou DM2 aumenta na puberdade.
- É essencial o conhecimento das condições de risco para desenvolvimento de resistência insulínica.
- Fica reforçada a necessidade de prevenção e tratamento da obesidade nesta época.
- Carecemos de métodos laboratoriais ou clínicos que isoladamente determinem o diagnóstico de resistência insulínica.
- Avaliação global do indivíduo, associada ao conhecimento dos aspectos fisiológicos e patológicos que influenciam o perfil de resistência à insulina, deve ser levada em consideração na interpretação dos resultados.
- Não existe tratamento isolado para resistência insulínica, devendo fazer parte do contexto de tratamento da obesidade ou condições associadas.

Referências:

1. Kelsey MM, Zeitler OS. Insulin resistance of puberty. Curr Diab Rep 2016; 16:64
2. Hannon TS, Janosky J, Arslanian SA. Longitudinal study of physiologic insulin resistance and metabolic changes of puberty. Pediatrics. 2006;60(6):759–63.
3. Moran A, Jacobs Jr DR, Steinberger J, et al. Insulin resistance during puberty: results from clamp studies in 357 children. Diabetes 1999;48(10):2039–44.
4. Levy-Marchal C, Arslanian S, Cutfield W, Sinaiko A, Druet C, Marcovecchio ML, Chiarelli F, on behalf of ESPE-LWPES-ISPAD-APPES-APEG-SLEP-SPE, and the Insulin Resistance in Children Consensus Conference Group. J Clin Endocrinol Metab 95: 5189–98, 2010.
5. Análise dos marcadores de resistência à insulina na clínica diária. Diretrizes da Sociedade Brasileira de diabetes 2019-2020.

Violência infantojuvenil no Brasil: uma questão de saúde pública, agravada pela pandemia de COVID-19

A violência contra menores representa uma relação de poder desigual, na qual o agressor tem domínio sobre o agredido, situação em que a vítima se encontra em franca desvantagem.[1] Produz danos irreversíveis à saúde física, emocional e social do ser humano, implicando em sequelas no seu desenvolvimento.[2]

Experiências de violência ocorridas durante a infância poderão interferir de modo significativo no desenvolvimento futuro, produzindo desde comportamentos não adaptativos e déficits emocionais até transtornos mentais graves, como comportamento impulsivo, transtorno de hiperatividade, problemas de aprendizado escolar, transtornos da conduta, insônia e abuso de substâncias psicoativas na adolescência.[3]

Tal violência representa um problema de saúde pública mundial e possui um caráter multifatorial, que envolve aspectos sociais, culturais, políticos e econômicos. Neste panorama, quatro tipos de abusos contra crianças e adolescentes podem ser descritos: **abuso físico, abuso sexual, negligência e abuso emocional.**

De acordo com o Departamento de Informações do Sistema Único de Saúde (DATASUS), houve um aumento progressivo de notificações do ano de 2017 até o ano de 2019, sendo o local de maior frequência dos relatos a casa das vítimas. A chegada da pandemia em 2020, entretanto, devido às mudanças socioculturais enfrentadas e o confinamento, aumentou o risco de crianças e adolescentes sofrerem violência.[4]

Apesar de leis e avanços no desenvolvimento de estratégias de assistência e cuidado, os números referentes à violência no Brasil pré-pandemia já se mostravam preocupantes. Deve-se levar em conta que a violência intrafamiliar é difícil de ser desvendada, uma vez que ocorre dentro das residências, sendo resguardada pela lei do silêncio, pela imposição de medo à vítima e pela impunidade de seus agentes.[4]

Houve uma queda no número de notificações de violência contra o referido público em época de pandemia, mas infelizmente não está relacionada à real queda de violência. O que se constata é uma subnotificação regada de situações adversas ocorridas no ano de 2020, com consequente diminuição das notificações.[4]

Os profissionais de saúde têm dificuldades em identificar e notificar casos de crianças que sofrem abusos. As principais dificuldades na identificação de casos são a falta de história de abuso, falta de conhecimento para diagnosticar e medo de que as crianças sofram algum tipo de represália.[2] Além disso, muitos médicos relatam não se sentirem seguros para o procedimento, solicitando receber treinamento para identificação e notificação de abusos.

No entanto, é dever do profissional de saúde identificar e informar casos de abuso infantil ao Conselho Tutelar. A notificação é fundamental para que os casos sejam averiguados adequadamente. Caso a suspeita se confirme, os responsáveis pelo abuso poderão ser penalizados criminalmente, possibilitando a assistência adequada para crianças e adolescentes. Além disso, o conhecimento de quanto os profissionais estão aptos a perceber os casos e notificá-los é importante para a implementação de ações e políticas de saúde pública que auxiliem na capacitação profissional na grade curricular de graduação, pós-graduação e formação continuada, para reconhecimento efetivo e denúncia dos agressores.

Em janeiro de 2011, foi reformulada a lista de doenças de notificação compulsória, e o Ministério da Saúde incluiu violência doméstica, sexual e/ou outras violências entre os agravos a serem notificados obrigatoriamente pelos profissionais de saúde. Somado a isso, o artigo 25 do Código de Ética Médica (CEM), publicado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM) por meio da Resolução 1.931/2009, veda ao médico: "abster-se de denunciar a prática de tortura ou de procedimentos degradantes e desumanos, praticá-los, bem como ser conivente com quem as realize, ou fornecer meios, instrumentos ou conhecimentos que os facilitem". Neste sentido, é de total responsabilidade do médico denunciar casos de violência, mediante notificação, voltada a proteger o paciente.

A Lei nº 13.010, de 26 de junho de 2014, conhecida como **"Lei do Menino Bernardo"**, estabelece que a criança e o adolescente têm o direito de serem cuidados e educados sem a aplicação de castigos físicos, tratamento cruel ou degradante como corretivos pelos responsáveis.

Adicionalmente, merecem citação três leis aprovadas em 2020, em decorrência da pandemia de COVID-19: **Lei nº 8907 de 29 de junho de 2020- RJ, Leis nº 23.643 e nº 23.644 de 22 de maio de 2020- MG.** Elas se referem a protocolos de prevenção e acolhimento de vítimas de violência doméstica, comunicação e registro de ocorrências, no âmbito dos estados de MG e RJ.

A discussão da violência contra crianças e adolescentes é uma ocorrência relativamente nova, visto que anteriormente a definição do que pode ser caracterizado como violência não era cristalina. Contudo, o médico precisa aprender a identificá-la e lidar com ela de forma eficaz e sensível o quanto antes, de modo a não permitir a perpetuação do dano ao menor de idade.

O conceito de cidadania infantil é frequentemente ignorado em discursos públicos e inconscientemente esquecido pela percepção popular. Contudo, deve-se salientar que a criança e o adolescente são cidadãos, portanto possuem o direito de serem ouvidos diante de situações que lhes causem dano. Ao fazer isso, pode-se atuar no rompimento do ciclo de violência que é perpetrado no Brasil, a fim de que as próximas gerações sejam protegidas. Desse modo, urge que os profissionais e o Estado trabalhem para desfazer a invisibilidade da violência na infância e adolescência, incentivando a prática efetiva da ***Advocacy,*** instrumento fundamental de organização social para influenciar a formulação de políticas e alocação de recursos públicos na reversão de problema de tão robusta gravidade.

Ágatha Uchôa[1], Anna Laura Noronha[1], Arthur Barbosa[1], Francynne Lazzarrotto[1], Gabriel Clemente[1], Luciano Barreto[1], Manoela Lopes[1], Thiago Teles[1], Valeska Ruas[1] e Elizabeth Parente[2].

[1] Acadêmicos de Medicina do 8º período da Universidade Estácio de Sá – Campus Città América (RJ).

[2] Docente da Universidade Estácio de Sá – Campus Città América (RJ).

Referências:

1. Miranda, Fernanda Pimentel Faria. Violência sexual: Como Enfrentar o Problema na Escola 1 ed.- Curitiba: Appris, 2016.
2. Martins Jr, Paulo Antônio **et al**. Abuso físico de crianças e adolescentes: os profissionais de saúde percebem e denunciam? Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, p. 2609-2616, 2019.
3. Zambon, Mariana Porto **et al**. Violência doméstica contra crianças e adolescentes: um desafio. Revista da Associação Médica Brasileira, v. 58, n.4, p. 465-471, 2012.
4. Platt, Vanessa Borges; Guedert, Jucélia Maria; Coelho, Elza Berger Salema. Violência contra crianças e adolescentes: notificações e alerta em tempos de pandemia. Revista Paulista de Pediatria, v. 39, 2021.