



## ATUALIZAÇÃO DE CONDUTAS EM PEDIATRIA

### CUIDADOS PALIATIVOS E DOR

Neuroirritabilidade:  
desafios para o pediatra

### OTORRINOLARINGOLOGIA

Otite média aguda recorrente

### PEDIATRIA AMBULATORIAL

Atualizações no tratamento de  
parasitoses intestinais em Pediatria

**107**

Dezembro  
2025

# recomendações



WWW.SPSP.ORG.BR

# SPSP educa

PORTAL DE EDUCAÇÃO CONTINUADA DA  
SOCIEDADE DE PEDIATRIA DE SÃO PAULO

Faça sua inscrição para  
os cursos da SPSP

Acesse as aulas gravadas dos  
eventos da SPSP



[www.spspeduca.org.br](http://www.spspeduca.org.br)

# Expediente

**Diretoria da Sociedade de  
Pediatria de São Paulo**  
Triênio 2025–2028

## **Diretoria Executiva**

Presidente:

Sulim Abramovic

1ª Vice-presidente:

Renata Dejtiar Waksman

2ª Vice-presidente:

Claudio Barsanti

Secretária geral:

Maria Fernanda B. de Almeida

1ª Secretária:

Lilian dos Santos R. Sadeck

2ª Secretária:

Mario Roberto Hirschheimer

1º Tesoureiro:

Paulo Tadeu Falanghe

2ª Tesoureira:

Ana Cristina Ribeiro Zollner

## **Diretoria de Publicações**

Diretora: Cléa Rodrigues Leone

Editor Chefe da Revista Paulista de

Pediatria: Fabio Carmona

Editora Emérita: Ruth Guinsburg

Editores Associados da Revista

Paulista de Pediatria:

Tulio Konstantyner

Marina Carvalho de Moraes Barros

Membros e Editores Executivos da

Revista Paulista de Pediatria:

Antônio Carlos Pastorino

Cristiane Kochi

Daniela Testoni Costa Nobre

Fabiola Isabel Suano de Souza

Gil Guerra Jr.

Maria Carolina dos Santos

Maria Regina Bentlin

Mário Cícero Falcão

Paulo Henrique Manso

Tamara Beres Lederer Goldberg

## **Coordenadora editorial:**

Paloma Ferraz

## **Revisão científica:**

Celso Moura Rebello

## **Produção gráfica:**

Lucia Fontes (lf@luciafontes.com)

## **Revisão:**

Paloma Ferraz

## **Imagem de capa:**

@didesign

depositphotos.com

# Sumário

PÁGINA 4

## **NÚCLEO DE ESTUDOS CUIDADOS PALIATIVOS E DOR**

Neuroirritabilidade: desafios para o pediatra

Patrícia Gushiken Takahashi e Poliana Cristina Carmona Molinari

PÁGINA 10

## **DEPARTAMENTO DE OTORRINOLARINGOLOGIA**

Otite média aguda recorrente

Carlos Eduardo Borges Rezende

PÁGINA 14

## **DEPARTAMENTO DE PEDIATRIA AMBULATORIAL**

Atualizações no tratamento de  
parasitoses intestinais em Pediatria

José Gabel e Priscila Nalin Sauretti

**Acesse as edições anteriores**

→ Arquivos desde 2007



**CLIQUE AQUI**

## **Sociedade de Pediatria de São Paulo**

Rua Maria Figueiredo, 595 • 10º andar • São Paulo, SP

Fone: 11 3284-0308 • 11 3284-9809

[www.spsp.org.br](http://www.spsp.org.br)

[pediatria@spsp.org.br](mailto:pediatria@spsp.org.br)

@sociedadespsp nas redes sociais



# Neuroirritabilidade: desafios para o pediatra

A irritabilidade é um dos sintomas mais desafiadores em crianças com comprometimento neurológico grave e capacidade reduzida de comunicação oral, uma vez que impacta significativamente a qualidade de vida de pacientes e familiares.<sup>1</sup> Não raro, eles se apresentam inquietos, insones, agitados, chorosos, com vocalizações intensas ou gritos. Além disso, podem exibir alterações autonômicas – taquicardia, taquipneia, hipertensão e diaforese – sinais que, para quem não conhece a criança, dificilmente apontam para uma causa específica.

As famílias, por outro lado, costumam reconhecer nuances que escapam ao olhar clínico inicial. Assim como acontece com o choro dos bebês, pais e cuidadores aprendem a interpretar entonações, olhares, movimentos e intensidades. Mesmo assim, em situações novas, até famílias muito treinadas na leitura do não verbal podem se sentir perdidas diante da irritação da criança.

As manifestações clínicas geralmente incluem alterações na expressão facial, como franzir a testa ou fazer caretas, choro ou vocalizações inconsoláveis, prender a respiração e movimentos de postura e membros (Quadro 1, página 5).<sup>1</sup>

O reconhecimento e o manejo adequados dos sintomas são objetivos essenciais para os profissionais que cuidam dessas crianças e são fundamentais para a prestação de bons cuidados.<sup>1</sup>

Estudos mostram que, aproximadamente, 73% das crianças com condições neurológicas complexas (CNC) terão episódios de dor ou irritabilidade cuja origem não é clara.<sup>2</sup> Rasmussen sugere que a primeira etapa da investigação seja sempre uma história clínica detalhada, incluindo informações sobre sono, energia, mobilidade e alimentação, seguida de um exame físico minucioso (otoscopia, oroscopia, avaliação odontológica, sinais meníngeos, exame musculoesquelético, palpação abdominal, ausculta pulmonar e cardíaca).<sup>3</sup> Quando nada se revela nessa avaliação inicial, parte-se então para uma investigação dirigida,

Autoras: **Patrícia Gushiken Takahashi** e **Poliana Cristina Carmona Molinari**

NÚCLEO DE ESTUDOS CUIDADOS PALIATIVOS E DOR | Gestão 2025–2028

Presidente: Poliana C. Carmona Molinari • Vice-presidente: Sílvia M<sup>a</sup> de M. Barbosa • Secretária: Esther A. Luiz Ferreira

baseada nas pistas da história e da evolução clínica.

É fundamental lembrar que, independentemente da causa, medidas não farmacológicas devem acompanhar toda a abordagem, como reduzir luzes e ruídos, falar baixo, permitir a presença dos cuidadores, usar música, histórias ou brinquedos preferidos – esses recursos frequentemente ajudam tanto quanto a medicação. Um ambiente mais reservado para a criança e a família também faz diferença prática.

### Causas de irritabilidade

A seguir, descrevemos as principais causas de irritabilidade nessa população, com considerações diagnósticas e terapêuticas (Figura 1, página 6).<sup>3</sup>

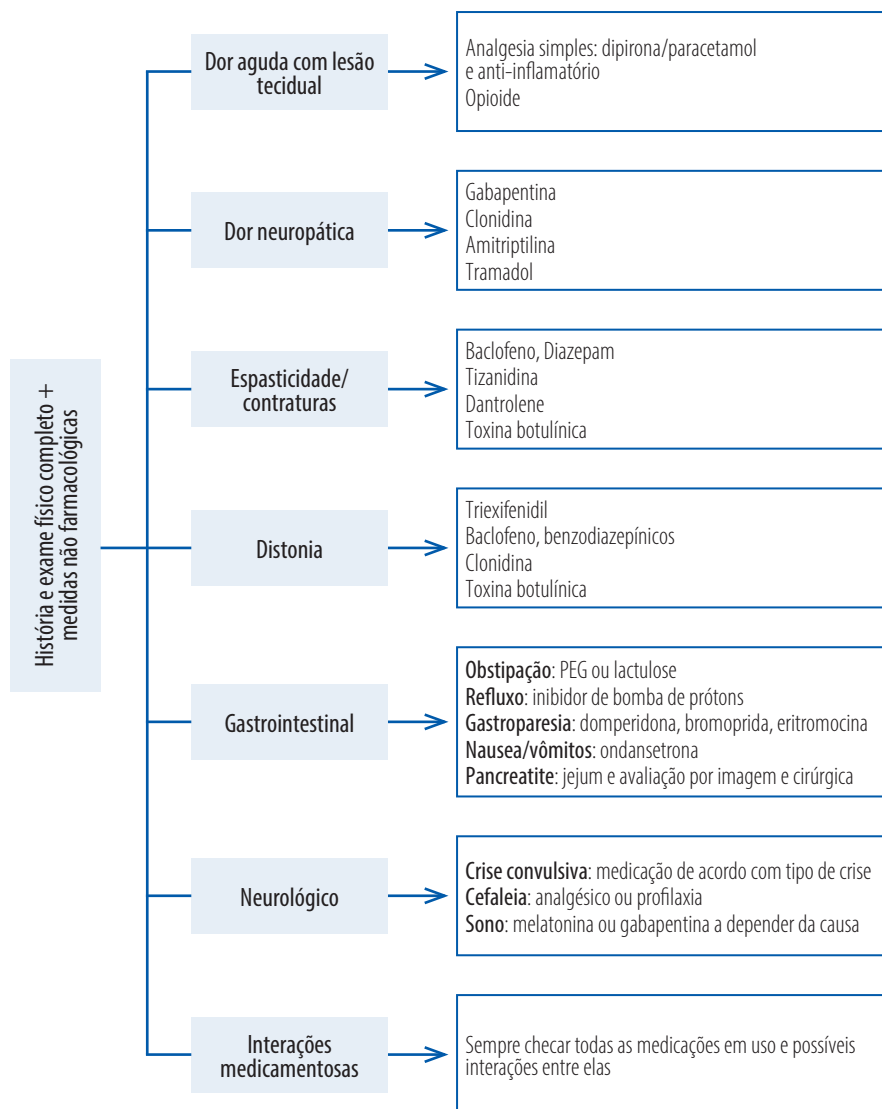
#### 1. Dor nociceptiva, neuropática ou nociplástica

A incapacidade de crianças com comprometimento neurológico de comunicar a dor verbalmente pode resultar em manifestações de irritabilidade. Identificar o tipo de dor e sua causa é importante para um tratamento eficaz. Os tipos de dor

### Quadro 1 – Manifestações clínicas da neuroirritabilidade

|   |   |
|---|---|
| <b>Alterações de humor</b>                        | Choro excessivo e inconsolável, irritabilidade persistente, explosões de raiva desproporcionais |
| <b>Distúrbios do sono</b>                         | Dificuldade para iniciar ou manter o sono, despertares noturnos frequentes e sono agitado       |
| <b>Hipersensibilidade sensorial</b>               | Reações exageradas a estímulos como sons, luzes e toques  |
| <b>Dificuldades alimentares</b>                   | Recusa alimentar, vômitos frequentes e problemas de sucção ou deglutição                        |
| <b>Comportamentos repetitivos</b>                 | Movimentos repetitivos, balançar o corpo e bater a cabeça                                       |
| <b>Crises epiléticas</b>                          | Pode ser um pródromo ou uma manifestação atípica de crises epiléticas                           |
| <b>Aumento da espasticidade ou tônus muscular</b> | Piora da rigidez muscular ou espasmos   |

Figura 1 – Principais causas de irritabilidade em crianças com CNC



incluem nociceptiva, neuropática e nociplástica. A dor nociceptiva surge da lesão tecidual e da resposta inflamatória subsequente. Já a neuropática resulta de lesão direta de nervos. Por fim, a nociplástica reflete alteração da nocicepção central, podendo coexistir com as anteriores.<sup>4</sup> Vale destacar que mais de 40% das crianças com CNC relatam dor diária, muitas vezes não pesquisada ativamente.<sup>5</sup> O manejo segue a escada analgésica da OMS: analgésicos simples, anti-inflamatórios e, quando indicado, opioides. Para dor neuropática: adjuvantes, como gabapentina e clonidina, são opções úteis.<sup>6</sup>

## **2. Hipertonias (espasticidade e distonia)**

A espasticidade é comum e pode ser dolorosa, especialmente em fases de crescimento rápido, quando o alongamento muscular não acompanha o ósseo. Nessas fases, há risco maior de contraturas, luxações e piora da escoliose. O tratamento ideal é com toxina botulínica, mas o acesso ainda é limitado. Fármacos como baclofeno, diazepam, tizanidina e dantrolene são alternativas orais usuais.<sup>3</sup>

A distonia, por sua vez, decorre da contração simultânea de músculos agonistas e antagonistas. Pode ser intermitente ou sustentada, levando a posturas dolorosas. Nos casos graves, com instabilidade autonômica, configura-se o status distônico, emergência que exige tratamento endovenoso imediato (midazolam, clonidina), seguido de transição para medicação oral (triexifenidil, baclofeno). Identificar fatores desencadeantes – febre, dor, infecção, uso de procinéticos ou antieméticos – é essencial.<sup>7</sup>

## **3. Infecções**

Devem sempre ser consideradas: otite, infecção urinária, pneumonia, adenite mesentérica, apendicite, meningite e encefalites virais. A investigação é guiada pelo exame clínico e sinais associados.

## **4. Alterações odontológicas**

Gengivites, cáries e abscessos dentários são frequentes, especialmente em pacientes que usam anticonvulsivantes e têm higiene oral prejudicada. A dificuldade em localizar e comunicar a dor torna o diagnóstico mais complexo. Encaminhar precocemente ao odontologista é recomendável.

## **5. Sintomas gastrointestinais**

Obstipação, refluxo, gastroparesia, náusea e vômitos são comuns. Intolerâncias alimentares e pancreatite – particularmente em usuários de levetiracetam ou valproato – também precisam ser lembradas. O tratamento envolve laxativos, procinéticos ou inibidores de bomba de prótons, conforme a situação.

## **6. Cálculo renal**

Deve ser considerado em pacientes em dieta cetogênica ou uso de topiramato, além dos que têm história familiar. Exames de urina e ultrassonografia são as principais ferramentas de rastreio.

## **7. Questões ortopédicas**

Fraturas em pacientes osteopênicos podem passar despercebidas, sem deformidade evidente. Luxação de quadril e contraturas também são causas frequentes de dor.

## **8. Questões cirúrgicas e ginecológicas**

Abdome agudo, intussuscepção, torção testicular, cólica menstrual, cisto roto e torção ovariana entram nos diagnósticos diferenciais e requerem avaliação cirúrgica.

## **9. Questões oftalmológicas**

Úlceras de córnea podem aparecer em pacientes com paralisia facial periférica e demandam avaliação imediata pelo oftalmologista.

## **10. Questões neurológicas**

Crises epiléticas, cefaleias e distúrbios do sono (apneia obstrutiva, síndrome das pernas inquietas, movimentos periódicos dos membros) podem se manifestar como irritabilidade diurna. A investigação deve ser direcionada e, quando necessário, com apoio do neurologista.

## **11. Questões psicológicas**

Alguns pacientes têm cognição preservada e sofrem com a limitação da comunicação. Ansiedade, frustração, medo e raiva podem se traduzir em irritabilidade. A introdução de comunicação alternativa e psicoterapia pode trazer grande benefício.

## **12. Questões dermatológicas**

Úlceras de pressão são frequentes e dolorosas, exigindo inspeção regular e manejo especializado.

## **13. Interações medicamentosas**

A polifarmácia é regra nessa população, aumentando o risco de interações. A revisão periódica das prescrições deve fazer parte de todas as consultas. Além disso, alguns fármacos utilizados no manejo de condições neurológicas, como anticonvulsivantes, podem ter a irritabilidade como efeito adverso.



O manejo da neuroirritabilidade deve ser adaptado às necessidades individuais de cada criança e família, visando não apenas o alívio sintomático, mas também o tratamento das causas subjacentes e a melhoria da qualidade de vida.

### Considerações finais

Apesar da investigação cuidadosa, em muitos casos não se encontra uma causa definitiva para a irritabilidade e o seguimento prolongado acaba sendo necessário. Esse processo gera desgaste emocional para as famílias, que muitas vezes relatam sensação de impotência diante do sofrimento da criança. Rizakos descreve o impacto psíquico desse cenário, em que pais sentem que não conseguem ajudar, mesmo diante de súplicas silenciosas de seus filhos.

A abordagem da irritabilidade em crianças com comprometimento neurológico grave deve, portanto, combinar investigação sistemática, medidas farmacológicas e recursos não farmacológicos. Mais do que reduzir o sintoma, trata-se de oferecer qualidade de vida e amparo emocional às famílias que enfrentam, dia após dia, esse desafio.

### Referências:

1. Mercadante A, Siden H, Baker JN, Papadatou D, Huijjer HA, Zernikow B, et al. Insights from the International Consensus on Neuro-Irritability in Pediatric Palliative Care: Expanding the Known, Challenging the Unknown. *Neurol Clin Pract.* 2025;15(5):e200525. doi: <https://doi.org/10.1212/CPJ.0000000000002005>
2. Rizakos S, Parmar A, Siden HH, Orkin J. The parental experience of caring for a child with pain and irritability of unknown origin. *J Pain Symptom Manage.* 2022;63(2):330-40. doi: [10.1016/j.jpainsymman.2021.07.026](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2021.07.026)
3. Rasmussen LA, Grégoire MC. Challenging neurological symptoms in paediatric palliative care: An approach to symptom evaluation and management in children with neurological impairment. *Paediatr Child Health.* 2015;20(3):159-65. doi: [10.1093/pch/20.3.159](https://doi.org/10.1093/pch/20.3.159)
4. Fitzcharles MA, Cohen SP, Clauw DJ, Littlejohn G, Usui C, Häuser W. Nociceptive pain: towards an understanding of prevalent pain conditions. *Lancet.* 2021;397(10289):2098-110. doi: [10.1016/S0140-6736\(21\)00392-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00392-5)
5. Houlihan CM, O'Donnell M, Conaway M, Stevenson RD. Bodily pain and health-related quality of life in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2004;46(5):305-10. doi: [10.1017/s0012162204000507](https://doi.org/10.1017/s0012162204000507)
6. Fishman I, Siden H, Vadeboncoeur C. Evaluation of children with severe neurological impairment admitted to hospital with pain and irritability. *BMC Pediatr.* 2022;22(1):571. doi: [10.1186/s12887-022-03632-4](https://doi.org/10.1186/s12887-022-03632-4)
7. Allen NM, Lin JP, Lynch T, King MD. Status dystonicus: a practice guide. *Dev Med Child Neurol.* 2014;56(2):105-12. doi: [10.1111/dmcn.12339](https://doi.org/10.1111/dmcn.12339)

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do(s) autor(es).

# Otite média aguda recorrente

Otite média aguda (OMA) é definida como a presença de inflamação na orelha média, associada ao rápido início de sintomas e sinais de infecção. Crianças podem apresentar febre, otalgia, déficit auditivo, otorreia ou distúrbio de equilíbrio. É uma das infecções mais comuns da infância, estando entre as principais causas de prescrição de antibióticos em países economicamente desenvolvidos, respondendo por até 40% de todas as prescrições. Mais de 60% das crianças menores de três anos têm pelo menos um episódio nesse período de vida, e cerca de 24% têm pelo menos três episódios. A OMA pode resultar em sequelas, como perda auditiva e perfuração da membrana timpânica (MT). Complicações, como mastoidite e abscessos cerebrais, embora raras, possuem morbidade e mortalidade significativas, principalmente em países em desenvolvimento.<sup>1</sup>

## Agentes infecciosos

Pode ser causada por vírus e bactérias, os quais muitas vezes coexistem. Os patógenos bacterianos mais comumente implicados são: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* e *Streptococcus pyogenes*. Nos casos graves com perfuração da membrana timpânica, o *Streptococcus pneumoniae* ainda é o agente mais frequente (26%).

## Diagnóstico e tratamento

A Academia Americana de Pediatria (AAP) recomenda critérios clínicos para o diagnóstico: efusão na orelha média, abaulamento moderado a grave da MT, otorreia de início recente não causada por otite externa e abaulamento leve da MT com mais 48 horas de início de otalgia ou eritema intenso da MT.<sup>2</sup>

A partir de 2009, vacinas pneumocócicas conjugadas multivalentes (PCVs) foram licenciadas e implementadas em muitos programas nacionais de imunização

Autor: Carlos Eduardo Borges Rezende

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE OTORRINOLARINGOLOGIA | Gestão 2025-2028

Presidente: Manoel de Nóbrega • Vice-presidente: Vitor Guo Chen • Secretária: Ariana Du Salvo Arthur

em todo o mundo. Isso resultou em alteração na incidência e frequência da OMA e mudanças no patógeno predominante para *H. influenzae* em indivíduos vacinados. Os padrões de resistência também parecem estar mudando na era pós-PCV.

A importância dos vírus como agentes etiológicos que predisõem a etiologias bacterianas foi destacada durante a pandemia da COVID-19, quando estratégias de mitigação da transmissão viral reduziram drasticamente a incidência de vírus circulantes, refletindo em menor número de casos de OMA.

Considerando que muitas dessas infecções se resolverão sozinhas e ponderando os riscos de suas complicações relacionadas ao não tratamento em comparação aos danos associados à exposição a antimicrobianos, recomenda-se um período de observação de 48-72h antes de iniciar antibióticos para um subconjunto de pacientes cujos sintomas têm maior probabilidade de serem autolimitados, com reavaliação, se necessário. Nesta situação, destacam-se pacientes imunocompetentes com mais de 23 meses, sem condições otológicas crônicas ou otorreia, otalgia por menos de 48 horas, febre  $<39^{\circ}\text{C}$  e dor leve controlada com analgésicos. Entre seis e 24 meses, com infecção unilateral, pode-se optar por observação antes de iniciar antibióticos. Os benefícios dessa abordagem incluem efeitos colaterais reduzidos, menor risco de cepas bacterianas resistentes e custos de saúde reduzidos.

A AAP e outras diretrizes recomendam terapia antibiótica imediata apenas para OMA bilateral, OMA associada com otorreia ou em crianças menores de dois anos, as quais tipicamente apresentam infecções mais graves e prolongadas.<sup>1</sup>

O controle da dor é crucial para o sucesso terapêutico da estratégia de “espera vigilante”. Analgésicos sistêmicos podem ser usados para aliviar a dor e a febre. Por outro lado, anti-histamínicos, descongestionantes e esteroides não foram considerados eficazes e não são recomendados para o tratamento.

As diretrizes da AAP atualmente recomendam amoxicilina em altas doses (80-90mg/kg/dia), como tratamento de primeira linha. Em caso de falha, recorrência (nova infecção dentro de 15-30 dias) ou histórico de infecções recorrentes não previamente responsivas à amoxicilina, é recomendado o uso de amoxicilina-clavulanato para cobertura para organismos que produzem beta-lactamase. Para crianças que falharam no tratamento com amoxicilina-clavulanato ou receberam tratamento inicial com antibiótico não penicilina, a escolha é por cefuroxima oral ou ceftriaxona intramuscular, dose única diária, por três dias.

Aos alérgicos, àpode-se optar por cefalosporinas orais de segunda e terceira geração, incluindo cefuroxima ou ceftriaxona intramuscular, em último caso. Se há histórico de reações alérgicas de alto risco, pela possibilidade de reações cruzadas, clindamicina, claritromicina ou sulfametoxazol-trimetoprim são boas opções.<sup>3</sup>

As crianças devem receber a menor duração de antibióticos necessária para tratar sua infecção. Cursos terapêuticos mais longos estão associados a maiores taxas de efeitos colaterais e resistência. A maioria dos países europeus recomenda cinco a sete dias de terapia, independentemente da idade do paciente. Em contraste, as diretrizes da AAP recomendam 10 dias de terapia para os menores de dois anos de idade e para aqueles com sintomas graves ou ruptura da MT. Para os mais velhos, com infecção não grave, sete dias entre dois a cinco anos; 5-7 dias para idades de seis a 12 anos.<sup>2</sup>

### Otitis média recorrente

A OMA recorrente (OMAr) é definida como três ou mais episódios em seis meses ou quatro ou mais episódios em 12 meses.<sup>2</sup>

Metanálises identificaram fatores de risco para OMA recorrente e crônica, particularmente rinite alérgica. Fatores adicionais identificados incluem histórico familiar, frequência em creches, infecções recorrentes do trato respiratório superior, tabagismo passivo, baixo status socioeconômico, exposição interna a mofo, uso de chupetas, ingestão de leite em posição supina, refluxo laringofaríngeo e falta de amamentação.<sup>4</sup>

Os profissionais de saúde podem aconselhar as famílias sobre várias intervenções que podem reduzir a incidência de OMA em seus filhos. Vacinações contra bactérias causadoras, com *S. pneumoniae* e *H. influenzae* podem diminuir a incidência em crianças. Além disso, a vacina anual contra a gripe pode reduzir a frequência com até 55% de eficácia. As propriedades antibacterianas da amamentação diminuem o risco por pelo menos seis meses após o nascimento. A correlação positiva entre fumaça de tabaco e OMA está bem documentada, portanto aconselhar as famílias sobre a cessação do tabagismo é uma estratégia preventiva importante.

A maioria dos casos de OMA é devida ao muco das vias aéreas superiores obstruindo a drenagem da orelha média pela tuba auditiva. O uso de lavagens nasais diárias com solução salina em crianças propensas a otite reduz a incidência de desenvolvimento de OMA, desde que feitas com a técnica adequada.<sup>4</sup>

A suscetibilidade de bebês à OMA diminui com a idade devido à maturação imunológica.<sup>6</sup> O sistema imunológico ainda em desenvolvimento dos bebês implica em uma prematura resposta imune específica aos patógenos e, portanto, maior chance de apresentarem OMAr. Baixos níveis séricos de IgG2 podem ser causa de OMAr. Para tais casos, a terapia de reposição de imunoglobulina humana ajuda a prevenir infecções ao aumentar os níveis séricos de imunoglobulinas.<sup>4</sup>

Estudos recentes sugerem que respostas de células B e T de memória sub-ótimas e imaturidade em células apresentadoras de antígeno podem desempenhar um papel significativo na propensão a infecções recorrentes por OMA.<sup>5</sup>

A quimioprofilaxia antimicrobiana para OMAr é cada vez mais controversa devido aos efeitos adversos associados ao uso de antibióticos e à potencial contribuição para a resistência bacteriana.<sup>3</sup>

O tratamento da recorrência pode ser conservador e cirúrgico. Os cirúrgicos incluem miringotomia, inserção de tubo de ventilação e inserção de tubo de ventilação em conjunto com adenoidectomia. Esta estratégia combinada não demonstrou reduzir a incidência ou prevenir a OMA recorrente, com base em ensaios clínicos randomizados.<sup>3</sup> A outra opção é o tratamento conservador com tratamento episódico de OMA.<sup>2</sup>

Existem dois tipos de OMA recorrente: a OMA recorrente com efusão em orelha média persistente entre cada episódio e a OMA recorrente sem efusão entre os episódios, devido à melhora da aeração da orelha média. Espera-se que os efeitos do tratamento com tubo de ventilação desempenhem um papel no primeiro. Os benefícios esperados para as crianças são a diminuição da frequência de OMA e a possibilidade de administração de gotas antimicrobianas através dos tubos, o que pode reduzir a pressão de seleção na resistência a antibióticos em comparação com a administração oral. Já os riscos/danos são otorreia, enquanto os tubos estão no lugar, e eventos adversos que afetam a MT, incluindo calcificação e perfurações persistentes após extrusão ou remoção dos tubos, além dos riscos inerentes ao procedimento cirúrgico.<sup>6</sup>

Pela experiência do autor, a realização da adenoidectomia para retirada de reservatório de biofilme, assim como a realização de timpanotomia para colocação de tubo de ventilação em orelhas para melhor ventilação da orelha média de pacientes que apresentam OMAr, são alternativas interessantes para controle da doença. O controle dos fatores predisponentes, como alergia respiratória, frequência em berçário e escola, tabagismo passivo e imunodeficiências também é fundamental.

#### Referências:

1. Gattinara GC, Bergamini M, Simeone G, Reggiani L, Doria M, Ghiglioni DG, et al. Antibiotic treatment of acute and recurrent otitis media in children: an Italian intersociety Consensus. *Ital J Pediatr*. 2025;51(1):50. doi: 10.1186/s13052-025-01894-z
2. Davies T, Peng X, Salem J, Elcioglu ZC, Kremneva A, Gruber M, et al. A systematic review and meta-analysis of the efficacy of antimicrobial Chemoprophylaxis for recurrent acute otitis media in children. *Clin Otolaryngol*. 2024;50(1):1-14. doi: 10.1111/coa.14240
3. Hayashi T, Kitamura K, Hashimoto S, Hotomi M, Kojima H, Kudo F, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of acute otitis media in children-2018 update. *Auris Nasus Larynx*. 2020;47(4):493-526. doi: 10.1016/j.anl.2020.05.019
4. Feghaly RE, Nedved A, Katz SE, Frost HM. New insights into the treatment of acute otitis media. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2023;21(5):523-34. doi: 10.1080/14787210.2023.2206565
5. Sharma SK, Pichichero ME. Cellular immune response in young children accounts for recurrent acute otitis media. *Curr Allergy Asthma Rep*. 2013;13(5):495-500. doi: 10.1007/s11882-013-0370-z
6. Hoberman A et al. Tympanostomy Tubes or Medical Management for Recurrent Acute Otitis Media. *N Engl J Med*. 2021;384(19):1789-99. doi: 10.1056/NEJMoa2027278.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do autor.

# Atualizações no tratamento de parasitoses intestinais em Pediatria

As parasitoses intestinais representam um desafio significativo na saúde pública global, especialmente na população pediátrica, onde a imaturidade do sistema imunológico e as condições socioeconômicas frequentemente contribuem para a alta prevalência. Desde o início da civilização, as parasitoses assolam o ser humano representando até hoje uma questão de saúde pública e repercutindo em prejuízos nutricionais e a saúde como um todo. A carga parasitária da infecção leva à competição por nutrientes com o hospedeiro, inflamação nos tecidos locais, com prejuízo de suas funcionalidades e até comprometimento no crescimento da criança, déficits nutricionais e anemia grave. As parasitoses intestinais podem, inclusive, desencadear alterações na fisiologia do sistema digestório e imune, impactando negativamente em outras patologias de causa autoimune e tumorais.

Embora sejam consideradas doenças antigas, o cenário epidemiológico, a resistência a fármacos e o surgimento de novas abordagens terapêuticas exigem uma constante atualização dos profissionais de saúde. Populações vulneráveis podem ter ainda maior prevalência dessas infecções, devido a condições precárias de vida e saneamento básico inadequado (falta de acesso à água potável e instalações sanitárias adequadas), com decorrente impacto no sistema de saúde público e demonstrando também a conexão entre importância do conhecimento da territorialização e sua interconexão com a saúde.

## As mudanças climáticas e a propagação de parasitoses intestinais

Mudanças climáticas com repercussões ao meio ambiente, como enchentes, atuam como grandes agravantes na propagação das parasitoses intestinais, com contaminações da água e disseminação de parasitas, além de deslocamento de populações para áreas de maior lotação e precariedade de higiene, situações de insegurança alimentar e prejuízo em condições de higiene básica e acesso a saneamento adequado. Além disso, agravos ao meio ambiente também in-

Autores: José Gabel e Priscila Nalin Sauretti

DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE PEDIATRIA AMBULATORIAL E CUIDADOS PRIMÁRIOS | Gestão 2025-2028

Presidente: Regis Ricardo Assad • Vice-presidente: Lygia M. dos Santos Border • Secretária: Ana Paula Lerner Marques

terferem no ciclo de vida dos parasitas e hospedeiros intermediários, levando doenças parasitárias a regiões que antes não apresentavam tamanha prevalência dessas doenças.

Faz-se necessária uma abordagem multidisciplinar que envolva saneamento, educação em saúde, fornecimento de água potável e acesso a serviços de saúde para toda população, com promoção de medidas educativas como correta lavagem das mãos e preparo de alimentos. Além disso, políticas públicas de preservação ao meio ambiente e estratégias de ação em crises climáticas constituem ferramentas importantes para mitigação desses eventos adversos em populações mais vulneráveis.

O objetivo deste documento é apresentar um panorama atualizado das parasitoses intestinais na população pediátrica brasileira, promovendo a reflexão acerca de repercussões clínicas na infância devido a essas infecções e aos fatores a elas envolvidos, com orientações sobre prevenção, diagnóstico e tratamento e o papel do pediatra neste cenário.

### **Cenário atual das parasitoses intestinais em crianças**

Apesar dos avanços sanitários, verminoses, como a ascaridíase, tricuriase, ancilostomíase e a giardíase, continuam a ser um problema comum. A coinfeção é frequente e pode levar a quadros mais graves de desnutrição, anemia e comprometimento do desenvolvimento físico e cognitivo. A identificação precisa do parasita é crucial para a escolha do tratamento mais adequado, o que reforça a importância dos métodos diagnósticos laboratoriais, com destaque para o exame parasitológico de fezes (EPF) e, em casos específicos, técnicas moleculares (Tabela 1, página 16).

### **Diagnóstico das parasitoses intestinais**

O diagnóstico se dá através de exame de amostras fecais com presença de ovos, larvas ou vermes adultos e seus segmentos. Técnicas baseadas em microscopia são amplamente utilizadas e recomenda-se a coleta de várias amostras (pelo menos três) durante o período de 10 dias, para aumento da sensibilidade na detecção do parasita, devido à eliminação intermitente de ovos e/ou larvas e à variação da carga da infestação. Hemograma, sorologia e testes moleculares também podem contribuir no diagnóstico de algumas parasitoses.

### **Abordagens terapêuticas convencionais e novas perspectivas**

O tratamento das parasitoses intestinais em Pediatria se baseia fundamentalmente no uso de anti-helmínticos e antiparasitários. A escolha do fármaco depende do parasita identificado, da idade da criança, do peso e de eventuais comorbidades.

Anti-helmínticos mais utilizados e suas atualizações:

- **Benzimidazóis (albendazol e mebendazol):** continuam sendo a primeira linha de tratamento para a maioria das helmintíases (ascaridíase, tricuriase, ancilostomíase e enterobíase).

Tabela 1 – Doenças causadas por parasitas

| Grupo         | Parasita  | Doença associada          | Nome popular                       |
|---------------|---|---------------------------|------------------------------------|
| Nematelmintos | <i>Ascaris lumbricoides</i>                                 | Ascaridíase               | Lombriga                           |
| Nematelmintos | <i>Ancilostoma duodenale</i> /<br><i>Necator americanus</i> | Ancilostomíase            | Amarelão                           |
| Nematelmintos | <i>Strongyloides stercoralis</i>                            | Estrongiloidíase          | Verme do fio/larva migrans interna |
| Nematelmintos | <i>Enterobius vermicularis</i>                              | Enterobíase/Oxiuriase     | Oxiúrus                            |
| Nematelmintos | <i>Trichuris trichiura</i>                                  | Tricuriase/Tricocefalíase | Verme chicote                      |
| Platelmintos  | <i>Taenia saginata</i> / <i>Taenia solium</i>               | Teníase                   | Solitária                          |
| Platelmintos  | <i>Hymenolepis nana</i>                                     | Himenolepiase             | —                                  |
| Platelmintos  | <i>Diphyllobothrium latum</i>                               | Difilobotríase            | Verme do peixe cru                 |
| Protozoários  | <i>Entamoeba histolytica</i> /<br><i>Entamoeba dispar</i>   | Amebíase                  | —                                  |
| Protozoários  | <i>Giardia lamblia</i>                                      | Giardíase                 | —                                  |
| Protozoários  | <i>Balantidium coli</i>                                     | Balantidíase              | —                                  |
| Protozoários  | <i>Isospora belli</i>                                       | Isosporíase               | —                                  |
| Protozoários  | <i>Cryptosporidium sp.</i>                                  | Criptosporidiose          | —                                  |
| Protozoários  | <i>Blastocystis hominis</i>                                 | Blastocistose             | —                                  |
| Protozoários  | <i>Cyclospora cayetanensis</i>                              | Ciclosporose              | —                                  |

Fonte: Elaborada pelos autores.



• **Albendazol:** sua alta eficácia, amplo espectro de ação e boa tolerância o mantêm como a droga de escolha. Novas pesquisas buscam otimizar a dosagem em certas populações ou em infecções mistas.

• **Mebendazol:** similar ao albendazol. É amplamente utilizado, com foco na dose única para enterobíase e doses repetidas para outras helmintíases.

• **Ivermectina:** embora amplamente utilizada para estrongiloidíase e onco-cercose em adultos, seu uso em Pediatria, principalmente para estrongiloidíase, tem sido mais estudado em doses ajustadas ao peso e idade, demonstrando boa eficácia e segurança quando bem indicada.

O tratamento para helmintíases pode ser consultado na Tabela 2.

**Tabela 2 – Parasitoses intestinais e tratamentos**

| <b>Parasitose intestinal</b>  | <b>Tratamento (fármaco, dose, via, duração)</b>   |
|-------------------------------|---|
| Ascaridíase                   | Albendazol 400mg (200mg em <2 anos), VO, dose única<br>Ivermectina 150-200mcg/kg, VO, dose única<br>Mebendazol 100mg, VO, 1x/dia, 3 dias<br>Nitazoxanida 7,5mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia, 3 dias                   |
| Tricuríase                    | Albendazol 400mg, VO, 1x/dia, 3-7 dias<br>Ivermectina 200mcg/kg, VO, 3 dias<br>Mebendazol 100mg, VO, 1x/dia, 3-7 dias<br>Nitazoxanida 7,5mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia, 3 dias                                      |
| Ancilostomíase ou necatoríase | Albendazol 400mg, VO, dose única (200mg em <2 anos)<br>Pamoato de pirantel 11mg/kg (máximo 1g), VO, 1x/dia, 3 dias<br>Mebendazol 100mg, VO, 1x/dia, 3 dias<br>Nitazoxanida 7,5mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia, 3 dias |
| Estrongiloidíase              | Ivermectina 200mcg/kg, VO, 2 dias<br>Albendazol 400mg, VO, 2x/dia, 10-14 dias<br>Tiabendazol 25mg/kg, VO, 2x/dia, 3 dias<br>Nitazoxanida 7,5mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia, 3 dias                                   |
| Enterobíase                   | Albendazol 400mg, VO, dose única; repetir em 2 semanas<br>Mebendazol 100mg, VO, dose única; repetir em 2 semanas<br>Nitazoxanida 7,5mg/kg/dose (máximo 500mg), 2x/dia, 3 dias   |
| Toxocaríase                   | Albendazol 400mg, VO, 2x/dia, 5 dias<br>Toxocaríase ocular: 400–800mg 2x/dia, 28 dias; pode ser necessário associar corticoide  |

### Tratamento de protozooses (Tabela 3)

- **Metronidazol:** Permanece como o fármaco de escolha para a giardíase e amebíase intestinal sintomática. Pesquisas focam em regimes de dosagem otimizados para minimizar efeitos colaterais e aumentar a adesão.
- **Nitazoxanida:** Representa uma atualização importante. É um antiparasitário de amplo espectro, eficaz contra diversos protozoários (incluindo *Giardia lamblia* e *Cryptosporidium parvum*) e alguns helmintos. Sua conveniência (apenas 3 dias de tratamento) e perfil de segurança a tornam uma excelente opção em Pediatria, especialmente em casos de infecções mistas ou refratárias a outros tratamentos.
- **Tinidazol:** Alternativa ao metronidazol para giardíase e amebíase, com a vantagem de um regime de dose única, em alguns casos.

### Desafios e perspectivas futuras

A principal preocupação em relação ao tratamento das parasitoses é o desenvolvimento de resistência parasitária aos fármacos existentes, o que exige monitoramento contínuo e o desenvolvimento de novas moléculas. Além disso, a abordagem integrada que combina tratamento medicamentoso com educação sanitária, melhoria das condições de saneamento básico e acesso à água potável continua sendo a estratégia mais eficaz para o controle sustentável das parasitoses intestinais em crianças. A pesquisa em busca de novos fármacos com maior eficácia, menor

**Tabela 3 – Tratamento de protozooses**

| Parasitose intestinal                     | Tratamento (fármaco, dose, via, duração)   |
|---|--|
| Giardíase ( <i>Giardia lamblia</i> )      | Metronidazol 15mg/kg/dia, VO, 3x/dia, 5 a 7 dias<br>Albendazol 400mg/dia, VO, 5 dias<br>Tinidazol ≥3 anos: 50mg/kg, VO, dose única ou 30mg/kg, VO, dose única ≥1 ano<br>Secnidazol 30mg/kg, VO, dose única<br>Nitazoxanida ≥1 ano: 7,5mg/kg/dose, VO, 2x/dia, 3 dias   |
| Amebíase ( <i>Entamoeba histolytica</i> ) | Formas assintomáticas ou intestinais leves:<br>• Etofamida 500mg, VO, 2x/dia, 3 dias<br>• Teclosan 100mg, VO, 3x/dia, 5 dias<br>Formas intestinais sintomáticas ou extraintestinais:<br>• Metronidazol 35–50mg/kg/dia, VO, dividido em 3 doses<br>• Tinidazol ≥3 anos: 2g ou 50mg/kg, VO, dose única<br>• Secnidazol 2g ou 30mg/kg, VO, dose única |

Fonte: Elaborada pelos autores.

toxicidade e regimes de tratamento simplificados é crucial. O desenvolvimento de vacinas contra parasitas intestinais, embora desafiador, representa uma fronteira promissora para a prevenção a longo prazo.

### **E quanto à desparasitação universal anual?**

A prescrição de vermífugos anualmente era uma prática comum devido à precariedade de condições e elevada prevalência de verminoses. Cabe ressaltar que o uso indiscriminado de antiparasitários, além de desnecessário, acarreta eventos adversos e riscos à saúde, devendo ser uma prática individualizada perante avaliação rigorosa de cada paciente e todo o entorno que o cerca, e sob orientação e acompanhamento médico.

Os antiparasitários também podem afetar a microbiota do indivíduo, repercutindo consequentemente no sistema imunológico e absorção de nutrientes, além de vários outros prejuízos decorrentes da agressão à flora intestinal. Essas modificações podem levar a disbiose, com desequilíbrio da microbiota e diversos efeitos deletérios.

A estratégia de tratamento comunitário requer o levantamento da prevalência e intensidade da infecção na comunidade para determinar a carga parasitária da população e o planejamento. A Organização Mundial da Saúde recomenda tratamento empírico comunitário anual somente em áreas classificadas como endêmicas para helmintíases transmitidas pelo solo e o Brasil saiu da situação de endemia por helmintíases transmitidas pelo solo no ano de 2016, sendo que, desde então, a quimioprofilaxia deve ser realizada de maneira individualizada.

### **Conclusão**

As atualizações no tratamento das parasitoses intestinais demonstram um avanço contínuo na busca por abordagens mais eficazes e seguras. A disponibilidade de fármacos como a nitazoxanida, a otimização de regimes terapêuticos e o reconhecimento da importância da ivermectina em indicações específicas oferecem mais ferramentas aos pediatras. Contudo, o combate a essas doenças vai além da farmacoterapia, exigindo um compromisso contínuo com a saúde pública, a educação e a pesquisa para garantir um futuro mais saudável para as crianças.

#### **Referências:**

1. WHO. Soil-transmitted helminthiasis. World Health Organization; 2018.
2. WHO Guideline: Preventive chemotherapy to control soil-transmitted helminth infections in at-risk population groups. World Health Organization, 2017.
3. Neves DP. Parasitologia humana. 13ª ed. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 2016.
4. Sadovsky AD, Cruz AS, Leite C, Marques SR, Dias R. Parasitoses intestinais: diagnóstico e tratamento. Guia Prático de Atualização dos Departamentos Científicos de Gastroenterologia e Infectologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. no 7. Sociedade Brasileira de Pediatria; 2020.

Disclaimer: Parágrafos não referenciados correspondem à opinião e/ou prática clínica do autor.



1º CONGRESSO MUNDIAL,  
5º BRASILEIRO e 5º PAULISTA de

# Urgências e Emergências Pediátricas

25 a 28 de março de 2026

Centro de Convenções Frei Caneca • São Paulo

**Trabalhos científicos – Prazo para envio: 12 de janeiro de 2026**

**Inscriva-se nos cursos pré-congresso • 25 de março de 2026**

Os cursos pré-congresso já estão disponíveis.

São 13 cursos interativos com temas variados e atuais de Emergência Pediátrica, promovendo conhecimento e habilidades adicionais.

## **CURSOS PRESENCIAIS EM PORTUGUÊS** (vagas limitadas)

- Abordagem da via aérea infantil – via aérea e via aérea difícil
- Habilidades na Emergência Pediátrica
- Especialidades na Emergência Pediátrica
- Ultrassom point-of-care em Emergência Pediátrica: workshop
- Atendimento pré-hospitalar do paciente pediátrico
- Emergências Pediátricas com simulação realística

## **CURSOS ONLINE EM INGLÊS**

- Pocus for the ed physician
- Clinical decision making in pem: how we learn, how we think, how we act
- Critical moments: pediatric hematology-oncology emergency workshop
- Facilitating family presence in pediatric medical resuscitations

## **CURSOS ONLINE EM ESPANHOL**

- Intoxicaciones pediátricas em urgencias
- Abordaje de patologías de salud mental en las urgencias pediátricas
- Ecografía clínica en urgencias pediátricas: de la teoría a la acción mediante olimpiada de casos clínicos

**19 de dezembro vence o terceiro prazo de inscrições com desconto!**

Acesse o site oficial do evento e confira a programação!

**[emergenciaspediatricas2026.com.br](http://emergenciaspediatricas2026.com.br)**

Realização:

Sociedade de Pediatria de São Paulo e Sociedade Brasileira de Pediatria

Coorganização Científica:

Sociedad Latinoamericana de Emergencias Pediátricas

e Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Secretaria executiva:

Ekipe de Eventos

41 3022-1247

[ekipe@ekipedeeventos.com.br](mailto:ekipe@ekipedeeventos.com.br)