

Diarréia na criança: Conduta

1. Introdução:

- a. Definição:
 - i. Clínica: A diarréia se caracteriza pela perda da consistência, aumento do número e / ou volume das deposições, com ou sem produtos patológicos: muco, pús, sangue, ou gordura.
 - ii. Fisiopatológica: É decorrente de má-absorção de água, eletrólitos, e nutrientes.
- b. Absorção intestinal: Em um adulto normal no duodeno chegam 9 litros de líquido por dia e perde-se pelo reto até 200 ml/dia ou 2,2% do volume original do duodeno. Portanto, em condições normais, o intestino tem eficiência absorptiva em torno de 98%.
- c. Fezes normais: Na criança peso feecal diário é de 10g/Kg peso/dia até 200g/dia no adulto.
- d. Hábito intestinal: Na criança até 1ano até 6x/dia. Na maior de 1ano varia de 3x/dia até 1x em 3 dias.
- e. Enterites: Incidência, etiologia e morbimortalidade:
 - i. Em países ricos: aproximadamente 1/5 das consultas pediátricas são por enteroinfecção com predomínio da etiologia viral em relação a bacteriana.
 - ii. Em países pobres: Nesses países, estima-se que crianças menores de 5 anos tem média 3 a 5 episódios de diarréia por ano. Como a duração média é de 6 dias: 5 episódios x 6 dias = 30 dias/ de diarréia /ano x 5 anos = 150 dias/5 anos, ou seja 5 meses de diarréia! Quanto a etiologia há maior incidência de bactérias em relação aos vírus.
 - iii. Morbilidade: As conseqüências das enterites são desidratação, sepsis, desnutrição, má-absorção, alergia alimentar.
 - iv. Mortalidade: Está em torno de 1/200 (0,5%) quando há boas condições de atendimento.

2. Diagnósticos iniciais:

- a. No atendimento da criança com diarréia é fundamental estabelecer:
 - i. O diagnóstico anatômico: (O local ou segmento entérico acometido).
 1. Diarréia alta ou do delgado: Volume grande, sem sangue.
 2. Diarréia baixa ou colônica: Volume pequeno, com sangue.
 - ii. O diagnóstico fisiopatológico: (Os mecanismos envolvidos).

Mecanismos	causas	características:
Osmótico:	Excesso de solutos no delgado	Fezes ácidas e $\text{pH} < 6$, *SR (+), Hemácias (-), leucócitos (-). Dermatite perianal (+), resposta à dieta (+). (* SR=substâncias redutoras)
Secretor:	Excesso íons secretados para luz do delgado	Fezes volumosas e $\text{pH} > 6$, SR (-), Hemácias (-), leucócitos (-). Dermatite (-), resposta à dieta (-).
Invasiva:	Inflamação e invasão da mucosa	Fezes com sangue e $\text{pH} > 6$, SR (-), Hemácias (+), leucócitos (+). Dermatite (-), resposta à dieta (-).
Motora:	Reflexo gastro-cólico aumentado	Fezes eliminadas após as alimentações: $\text{pH} > 6$, SR (-), Hemácias (-), leucócitos (-). Dermatite (-), resposta à dieta (-/+).

- iii. O diagnóstico de gravidade: (A intensidade da diarreia)
 1. Número de evacuações: Leve(até 5/dia), moderada(> 5 a 10/dia), intensa(>10x/dia).
 2. Volume das evacuações: Leve(<50ml/vez,<500ml/dia), intensa(>70ml/vez, >700/dia).
- iv. O diagnóstico cronológico: (Duração da diarreia).
 1. Diarreia aguda: < 14 dias. É gerada por enterites infecciosas.
 2. Diarreia aguda-prolongada ou persistente: > 14 a 30 dias. É consequência das enterites infecciosas graves, em desnutridos inadequadamente tratados.
 3. Diarreia crônica: >30 dias. Origina-se de complicações das enterites. Alergias a proteínas. Enteroparasitoses. Reflexo gastrocólico. Doenças entéricas primárias.

3. Diarreia aguda:

- a. Duração: Até 14 dias. A auto-limitação é a tendência habitual em crianças nutridas.
- b. Etiologia: É sinônimo de enterite por vírus, bactérias, protozoários, e até helmintos.
- c. Clínica: De modo geral o início é súbito com febre, vômitos, desidratação. Conforme o agente etiológico surgem características próprias:
 - i. Os que se localizam no cólon, invadem e produzem muco e sangue nas fezes com muitos leucócitos fecais ou seja doença inflamatória. São os agentes: Shigella, Salmonella, EIEC, Campylobacter jejuni, Cl.difficile, E. hystolítica.
 - ii. Os que se aderem ao delgado, vão produzir diarreia sem sangue e de grande volume, ou seja doença não inflamatória. São exemplos: ETEC, Vibrio cólera, EPEC, Vírus, Criptosporídeo, Giárdia
 - iii. Outros produzem invasão profunda e levam a bacteremia e, denominada febre entérica. São eles: Yersinia enterocolítica, Campylobacter fetus, Salmonella tifosa
- d. Diagnóstico etiológico: A suspeita se faz pela clínica e confirmação por encontro do agente nas fezes. Considerações relacionadas a causas específicas:
 - i. Echerichia coli entero-toxigênica (ETEC): produz toxina que ativa adenilciclase que induz a aumento de de mediador intra-celular do enterócito (AMP-cíclico) que ativa

secreção de NaCl das criptas produzindo diarreia líquida, volumosa, desidratação grave. Quadro cólera símile. Não melhora com a dieta.

- ii. Vírus (Rotavirus, Adenovirus): acelera a descamação de enterócitos maduros. As vilosidades são recoberta por células jovens que são secretoras e com baixo nível de lactase. Precedem infecção de vias aéreas, vômitos intensos por 1 a 2 dias. Surge, então, diarreia líquida por 3 a 5 dias. Maior incidência em meses de clima frio.
 - iii. Echerichia coli enteropatogênica clássica (EPEC): Essas bactérias aderem e destroem as micro-vilosidades. Ocorre acentuada diminuição da superfície absorptiva do delgado e a digestão da lactose do leite fica muito diminuída. A diarreia é de início gradual e ocorrem mais em lactentes menores de 6 meses. Pode haver tendência a prolongar-se devido à intolerância à lactose.
 - iv. Shigella, E.coli enteroinvasiva, Campilobacter jejuni: As shigelas são o padrão. Provocam invasão superficial e inflamação com diarreia muco sanguinolenta de início abrupto, com febre alta, epidemiologia positiva. Pode ocorrer convulsão e meningismo.
 - v. Salmonella não tifosa, Yersinia, Campylobacter fetus: Ocorre invasão profunda pode haver translocação bacteremia. Vômitos, febre e fezes mucóides por vezes com odor muito fétido (ovo podre na infecção por salmonela). Bacteremia e com foco a distância com meningite ou artrites podem ocorrer.
- e. Complicações:
- i. Perda excessiva de eletrólitos e água via retal, desidratação.
 - ii. Diminuição da IgA secretora entérica, contaminação bacteriana do delgado.
 - iii. Aumento da permeabilidade, translocação bacteriana, sepsis, intolerância à proteína.
 - iv. Lesão de micro-vilosidades e diminuição da enzima lactase e intolerância à lactose.
 - v. Aumento do catabolismo (febre), diminuição da ingestão de alimentos (anorexia-vômitos), e desnutrição aguda.
- f. Rotina de atendimento da criança com diarreia aguda:
- i. Criança não desidratada: Avaliar o risco de desidratação: Observando o aspecto das fezes: considerando de maior risco as volumosas e líquidas, o número de evacuações/dia: considerando <5 (diarreia leve), >5-10 (diarreia moderada) e >10 (diarreia grave), e a tolerância oral: considerando incoersíveis os vômitos repetidos (5 ou mais/dia) que dificultam a aceitação do soro oral. Todas as crianças devem ter boa tolerância oral de líquidos para fazer tratamento domiciliar e investigação ambulatorial que serão:
 1. Manter a criança hidratada com Soro oral (Terapêutica de reidratação oral – TRO).
 2. Manter alimentação com as seguintes características: normo-calórica proteica, Hipo-fermentativa, com pureza bacteriológica, com baixo conteúdo de fibras insolúveis, Hipo-alérgica em menores de 6 meses, em desnutridos, alérgicos ou com alergia na família.
 3. Confirmar os diagnósticos com avaliação laboratorial das fezes:
 - a. Coprológico funcional: (pH-fecal, Subst. redutoras, Sudam, Leucócitos),
 - b. Coprocultura com TSA, parasitológico, pesquisa de Rotavírus.
 - c. Nas formas com grande volume de fezes: dosar sódio, potássio, cloro, e osmolaridade fecal.
 - ii. Na criança desidratada: Em nosso meio, procedemos à hidratação venosa*. Após a criança estar hidratada se tiver bom estado geral e boa aceitação de soro a alimentação fará rotina para criança hidratada. (*Obs.: a literatura indica hidratação venosa somente nos casos de desidratação grave ou III grau ou intolerância oral ao soro).

- iii. Criança com evolução inadequada: A criança que não melhora significativamente após estar hidratada de fazer avaliação de complicações sistêmicas: distúrbios eletrolítico-acido básico, sepse com exames: hemograma com plaquetas e vhs, hemoculturas, eletrólitos séricos, gasometria arterial, uréia e creatinina.
 - iv. Uso de antibiótico: É excepcional. Está indicado na seguintes situações: suspeita de sepse, shigelose severa, yersiniose, campilobacteriose, salmonelose (no lactente, desnutrido ou imunodeprimido), amebíase, giardiase, infecções por clostridium difficile.
 - v. Uso de remédios anti-secretores: A associação de metronidazol (para descontaminação do delgado de bactérias anaeróbicas de colonização secundária) associado a colestiramina (para quelação do ácidos biliares desconjugados do delgado) tem efeito anti-secretor e pode ser usado em desnutridos com diarréia alta intensa. Há experiência positiva com inibidores de uma enzima entérica que induz a secreção chamada encefalinase rececadotril (Tiorfan: 1,5 mg/Kg/dia/3 doses). A oportunidade do uso em diarréia aguda da criança é, na prática, muito rara.
- g. Profilaxia:
- i. Universalizar preceitos da OMS : Vacinação, AMAMENTAÇÃO, Puericultura, e TRO.
 - ii. Higiene: Pessoal, alimentar, e do ambiente do lar.
 - iii. Saneamento ambiental: rede de esgotos, água potável, e combate a vetores (moscas).
 - iv. Vigilância sanitária: Controle da sanidade dos alimentos.
 - v. Evitar transmissão pessoa-pessoa: Isolar os doentes evitando convívio em comunidades fechadas (creches, hospital)
 - vi. Imunização ativa: Rotavírus.

4. Diarréia aguda-prolongada:

- i. Duração: >14 a 30 dias.
- ii. Etiologia: Em lactentes a persistência da diarréia geralmente se deve a enterite aguda grave que faz surgir ou agrava estado de desnutrição.
- iii. Fisiopatologia: As enterites agudas que geralmente curam se evitarmos que a criança desidrate ou desnutra. Porém, lesão da mucosa do delgado pode produzir má-absorção lactose e aumento da secreção entérica por predomínio de enterócitos jovens. A diminuição dos anticorpos locais (IgA secretora) leva a aumento do número de bactérias na luz do delgado (ou delgado contaminado) e desconjugação de ácidos biliares que provocam secreção no cólon. Nas crianças com antecedentes de alergia na família pode aparecer intolerância a proteínas do leite de vaca que mesmo isoladamente mantém o quadro.
- iv. Rotina de atendimento da criança com diarréia aguda-prolongada:
 - 1. É síndrome pós-enterite?: Buscar história recente de febre, vômitos e diarréia significa entero-infecção aguda anterior. Se for desnutrido e/ou tiver assaduras em volta do anus há má-absorção de lactose. Se a retirada da lactose não levar a melhora suspeitar de contaminação do delgado. Se a criança não aumenta de

peso e persiste o quadro tratar com metronidazol 20 mg/Kg/dia em 3x/5 dias. Pode ser associado colestiramina 1 a 4 g/dia em 4x/3dias.

2. É intolerância a proteína do leite?: Se há história e atopia na família: bronquite, rinite, dermatite ou irmão que teve quadro semelhante suspender completamente leite de vaca e derivados da dieta. Se melhorar deixar com essa dieta por 4 a 6 meses. Dosar IgE total no sangue.
3. Outras causas?: Giardíase, doença celíaca, imunodeficiência, entre outras.

v. Rotina de exames:

1. Hemograma, vhs, plaquetas, triagem das fezes: ph e substâncias redutoras, sudan, leucócitos, alfa-1-AT, e parasitológico.
2. Exame específicos: Hidrogênio expirado com lactose, Anti-gliadina, teste de suor, etc.

vi. Tratamento:

1. Dieta pobre em fibras e lactose, aporte calórico.
2. Descontaminar o intestino delgado.
3. Teste de supressão da proteína alimentar.
4. Específico: retirada do glúten, p/HIV, p/Fibrose cística, etc.

5. Diarréia crônica:

- i. Duração: > 30 dias contínua ou em surtos recorrentes.
- ii. Etiologia: As principais causas são: Síndrome pós-enterite aguda, diarréia benigna inespecífica, enteroparasitoses, doença entérica primária.
- iii. Fisiopatologia: Depende da etiologia.
- iv. Complicações: Má-absorção de açúcares, gorduras, proteínas. Desnutrição grave, infecções bacterianas, até óbito.

v. Diagnóstico:

1. História clínica e exame físico orientam para hipótese diagnóstica bem fundamentada: Faça a triagem I e seletivamente o exame que dará o diagnóstico nos exames da triagens II e III.
 - a. Triagem I: Hemograma, plaquetas e VHS, parcial de urina, coprocultura, ph, Substâncias redutoras, leucócitos, sudan III, alfa-1-AT nas fezes.
 - b. Triagem II: D-xilosemia, teste do hidrogênio expirado com lactose, biópsia duodenal ou dos cólons por via endoscópica.
 - c. Triagem III: Exames direcionados a etiologia: Ex.: doença celíaca (anticorpo anti-gliadina e biópsia jejunal), fibrose cística (teste de suor), Deficiência imunológica (avaliar imunidade sérica, celular e HIV), intolerância à lactose e intestino delgado contaminado (teste do hidrogênio c/ lactose), intolerância à proteína alimentar (clínica, teste de supressão e enfrentamento), acrodermatite enteropática (dosagem sérica do zinco), Doença de inclusão micro-vilositária microscopia eletrônica demonstra microvilosidade alteradas em biópsia duodenal), etc.
2. Ou, alternativamente, quando há dificuldade diagnóstica:
 - a. Diarréia colônica:
 - i. Além da coprocultura para bactéria comuns solicitar cultura para *Campylobacter*, *Yersinia* enterocolítica, Elisa-toxina

Clostridium difficile, parasitológico de fezes seriado (Objetivo: amebíase e tricocefalíase).

- ii. Se os exames forem negativos solicitar retoscopia ou retosigmoidoscopia com biópsia (Objetivo: doença de Crohn, retocolite ulcerativa inespecífica, gastroenterite eosinofílica, hiperplasia linfóide do cólon e alergia ao leite).

b. Diarréia do delgado:

- i. Fezes com aspecto oleoso e sudam III (+): Solicitar D-xilosemia. Se estiver alterado = má-absorção por alteração da mucosa intestinal, fazer biópsia duodenal endoscópica. (Objetivo: doença celíaca, intolerância à proteína do leite, abetalipoproteinemia, linfangietasia congênita, giardíase). Se a D-xilosemia e a biópsia são normais, solicitar dosagem de eletrólitos no suor. Se alterados = fibrose cística. Se normal pensar em insuficiência pancreática de outra origem: pancreatite crônica ou síndrome de schwasman.
- ii. Fezes homogêneas cremosas, odor acético, dermatite, ph<6-SR(+): é diarréia osmótica por intolerância a lactose. Fazer teste do hidrogênio expirado c/ lactose e/ou retirada da lactose com cura clínica.
- iii. Fezes com aspecto variável: mucóide, com restos alimentares, grumos, sem esteatorréia ou fermentação= diarréia benigna inespecífica. (reflexo gastrocólico exacerbado).
- iv. Fezes líquidas volumosas: Sem aspecto esteatorréico ou fermentativo = Diarréia secretora. Não há melhora com jejum, sódio fecal > 90 mEq/l. Deve-se descartar diarréia crônica de causa tumoral. (ácido vanilmandélico na urina, dosagem sérica de VIPe gastrina, estudos de imagem para localizar o tumor).

vi. Tratamento:

1. Dietético: Características ideais da dieta:
 - a. Suficiente ingestão calórico-protéico-vitamina-mineral.
 - b. Pureza bacteriológica: Rigor higiênico no preparo.
 - c. Adequação a insuficiência digestivo/absortiva diagnosticada.
 - i. Hipoalergênica: Sem proteínas suspeitas.
 - ii. Hipofermentativa: pobre em lactose
 - iii. Acelulósica: baixo teor de fibras insolúveis,
2. Específico: Ex.(s): Doença celíaca (retirar glúten da dieta), Intolerância à proteína alimentar(retirar leite), Mucoviscidose (repor enzimas pancreáticas), Acrodermatite enteropática (repor zinco na dieta 30 a 45 mg /dia indefinidamente. Sulfato de zinco - 4,5 mg = 1 mg zinco e acetato de zinco- 3,0 mg = 1 mg de zinco), Crohn e Retocolite (corticóide, 5 ASA),etc.

6. Apêndice:

a. Avaliação intensidade desidratação:

Fator	Normal	leve(<5%)	Moderada(5-10%)	Grave(>10%)
1 - Enchimento capilar	0,8 seg	1,5 seg	1,5 a 3.0 seg	> 3.0seg
2 – Resp. acidótica		leve >	nítido >	nítido >(e profunda)
3 –Turgor da pele	Elástico	leve <	nítida <	prega por 2 seg
4 – Pulso		leve >. Cheio	rápido e fraco	pouco perceptível
5 – Pressão		normal	diminuída	indetectável
6 – Estado geral:				
• Criança menor		Sede, alerta	letargia,	até coma,
		inquiétude.	Irritação ao toque	cianose, sudorese.
• Criança maior		Sede, alerta,	sede, alerta	usual/lúcido, sudorese,
		Inquiétude.	hipotensão postural	cianose.
7 - Uréia sérica	<10mg%	10 a 20mg%	21 a 25mg%	>25mg%

Sinais de hipernatremia: Pele quente, turgor(alterado na desidratação severa), hipertonia, hipereflexia, letargia , irritabilidade. Sinais de hipocalemia: Fraqueza muscular (hipotonia), íleo com distensão abdominal, arritmia cardíaca.

b. Tratamento da desidratação:

i. Via oral: Terapia de rehidratação oral: TRO

1. Indicação: Desidratação leve ou moderada (<10%), e crianças > 4 meses, sem vômitos persistentes.
2. Volume:
 - a. Hidratação: Dar 100ml/Kg/4 horas ou 25ml/Kg/h. (ou mais).
 - b. Manutenção: A cada evacuação acrescentar:
 - i. 60 a 120ml para < 2 anos
 - ii. 120 a 240ml para > 2 a 10 anos
 - iii. Ad libitum para > de 10 anos.
3. Recomendações:
 - a. Pode haver ingestão de água a vontade desde que não prejudique a de soro.
 - b. Se o paciente não está desidratado: soro à vontade e a cada evacuação.
 - c. Após alta dar 2 dias de suprimento de soro oral.
 - d. Os líquidos como cola, chá, suco de maçã, caldo de galinha, e líquidos usados por esportista não são adequados: podem piorar a diarreia por carga osmótica e produzir hiponatremia.

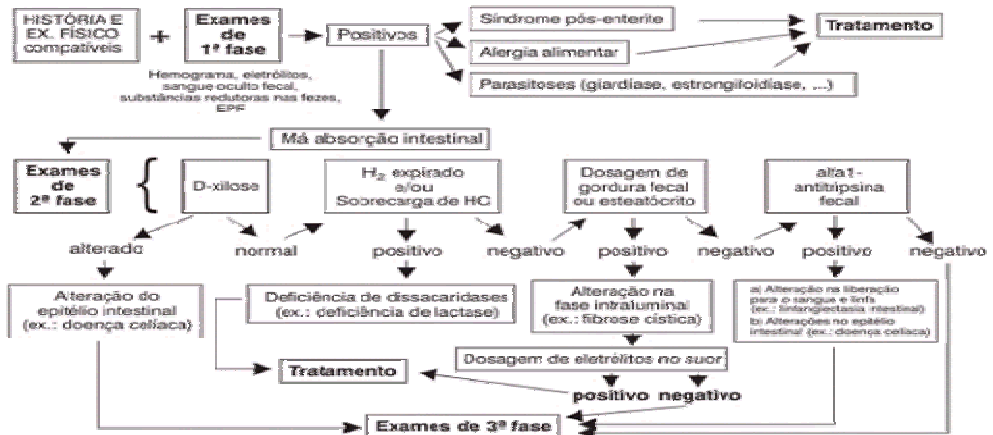
ii. Via venosa: Terapia de rehidratação: TRV

1. Indicação: Pacientes que se beneficiam com rápida reposição EV: Desidratação >10%, inábeis para beber (vômitos >5x/dia), Hco₃ < 18.
2. Técnica:
 - a. Rehidratação:
 - i. Volume: 20 a 40 ml/Kg/20².
 - ii. Solução: líquido isotônico (SG5%SF - 1:1 (=7,5mEq/100ml de NaCl)

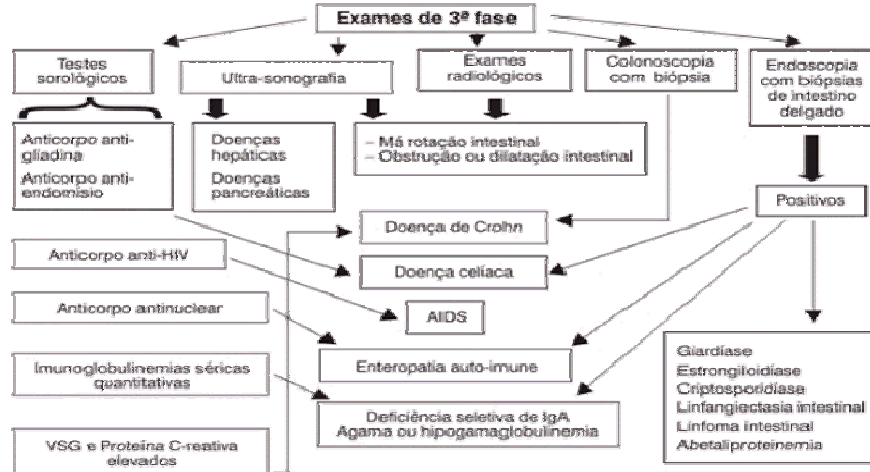
- iii. Repetir até desaparecerem os sinais de desidratação e diurese abundante.
- b. Manutenção:
 - i. Volume:
 1. até 10 kg ----100ml/kg/dia
 2. >10 a 20 kg --1.000ml + 50ml/ kg acima de 10 kg
 3. >20kg -- 1.500 ml + 20ml/ kg acima de 20 kg
 - ii. Composição da solução:
 1. SG 5% : SF0,9% 2:1 (5mEq) ou 3:1(3,75mEq%)
 2. Potássio : 2 a 3 meq/kg/dia (KCl 19% =2,5mEq/ml ou 10%=1,34meq/ml). Só após o restabelecimento de diurese e em concentração até 40meq/litro de solução.
- c. Reposição de perdas: (solução SG5%: SF0,9% 1:1) é o volume a ser prescrito além da solução de manutenção.
 - i. Perdas leves: 20ml/kg/24hs
 - ii. Perdas moderadas: 40ml/kg/24hs
 - iii. Perdas graves: 60ml/kg/24hs
- c. Medicamentos:
 - i. Anti-eméticos:
 1. Metoclopramida. (Plasil-0,25mg/kg/dose, 5mg/ml= 0,5ml/10kg)
 2. Ondansetron (nausedron-0,15mg/kg/dose, 2mg/ml=0,75ml/10kg).
 - ii. Antibióticos:
 1. Recomendações: Uso é excepcional. Indicações: Em colites e criança grave. Idealmente direcionar-se pela etiologia e sensibilidade (antibiograma). Deverá haver melhora clínica substancial após 48hs de antibioticoterapia. Nos casos em que não se observa a melhora esperada, um outro antibiótico deverá ser instituído
 2. Sulfa-trimetoprim (40mg/kg/dia sulfa em duas doses por 5 dias) ou Ácido nalidíxico: 15mg/kg/dose V.O. de 6/6hs, por 5 dias. (Apresentação 250mg/5ml).
 3. Em casos mais graves (=toxemia, prostração intensa) : Ceftriaxone 50mg/kg/dia, IM ou EV em 2 doses/dia/5 dias. A ciprofloxacina pode ser alternativa (20mg/kg/dia V.O. de 12/12h, por 5 dias).
 4. Amebíase intestinal: metronidazol por via oral, na dose de 30mg/kg/dia em 3 doses, por 5 dias (10 dias em casos mais graves).
 5. Giardíase: no EPF ou pesquisa do antígeno positiva usar metronidazol (20 mg/kg/dia em 2 doses por 7 dias).
 6. Clostridium difficile: fazer pesquisa da toxina A nas fezes. Metronidazol oral (30 mg/kg/dia em 4 doses por 10 dias) ou vancomicina oral (20 mg/kg em 4 doses por 7 dias). Neste caso o uso concomitante de Saccharomyces boulardii (Lactipan 1 sachê 3x/dia diluir em 30 a 50 ml) pode diminuir sensivelmente o número de recidivas.

d. Algoritmos para criança com diarréia crônica:

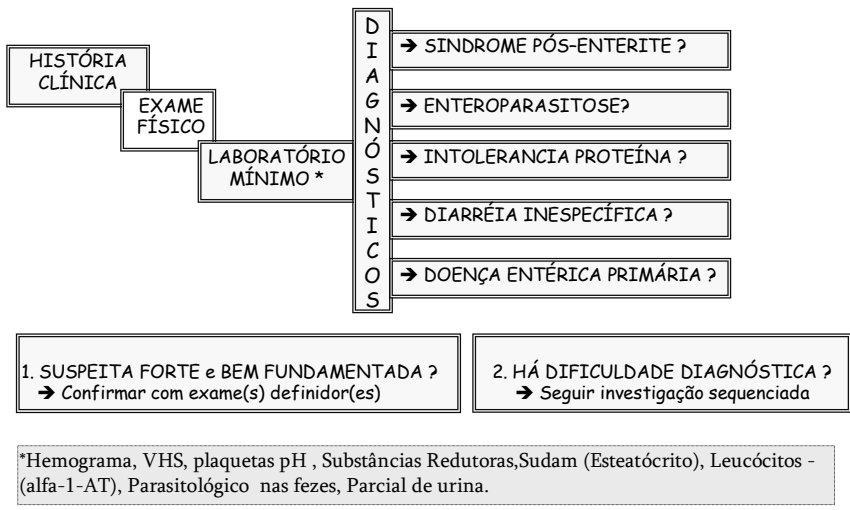
Diarréia Crônica na Criança:
Abordagem diagnóstica



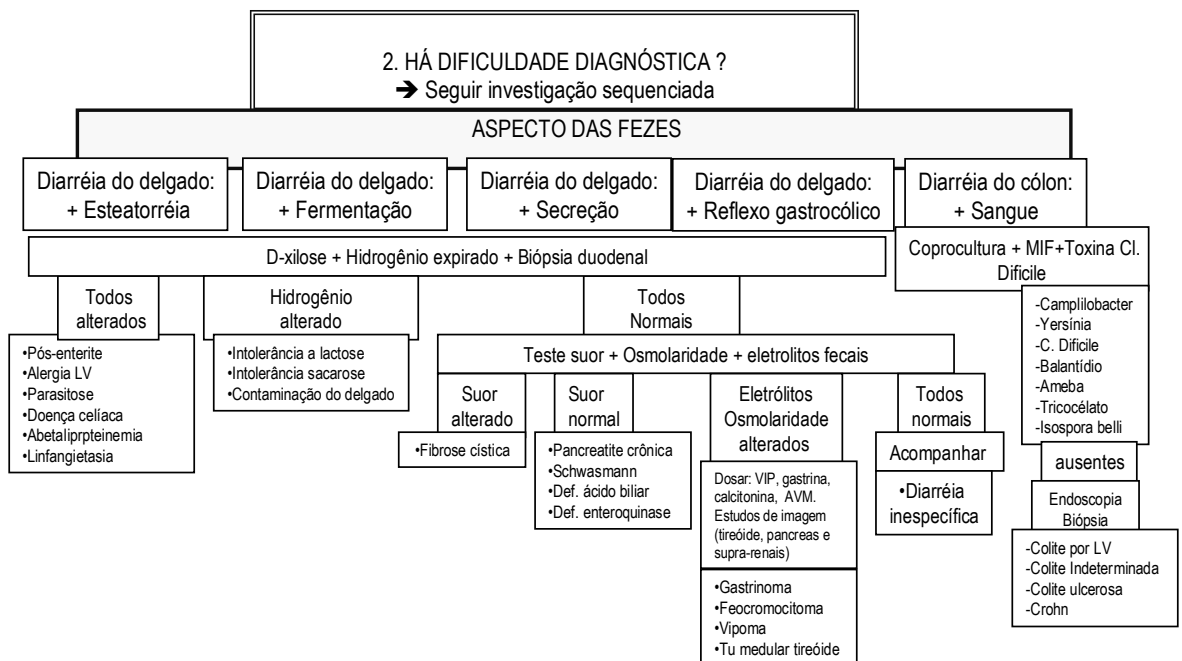
Diarréia Crônica na Criança:
Abordagem diagnóstica



DIARRÉIA CRÔNICA NA CRIANÇA: Roteiro De Conduta
 Distúrbio não auto-limitado. Duração maior que 30 dias.



DIARRÉIA CRÔNICA NA CRIANÇA: Roteiro De Conduta
 Distúrbio não auto-limitado. Duração maior que 30 dias.



Bibliografia:

1. Thielman, Nathan M, M.D., M.P.H., Guerrant, Richard L., M.D. Acute infectious diarrhea. N Engl J Med 2004; 350: 38-47.
2. Musher, Daniel D., M.D. and Musher, Benjamin L., M.D. Contagious acute gastrointestinal infections. N Engl J Med 2004; 351: 2417-27.
3. King, Caleb K., M.D., Glass, Roger, M.D., et. Cols. Managing acute gastroenteritis among children- oral rehydration, maintenance, and nutritional therapy, November 21, 2003; 52: 1-16 (CDC)
4. Diarréia crônica na criança – Investigação diagnóstica. Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul – www.sprs.com.br
5. Zim, Maria do Carmo Apel, Cantalice Neto, Alfredo Floro, Diarréia aguda. Gastroenterologia e hepatologia em Pediatria. Diagnóstico e tratamento. 2003; 6:115-31- MDSI.
6. Fagundes Neto, Ulisses, Oliva, Carlos Alberto Garcia, Diarréia persistente e crônica. Gastroenterologia e hepatologia em Pediatria. Diagnóstico e tratamento. 2003; 8:145-51 MDSI.
7. Nelson - Textbook of Pediatrics. W. B. Saunders company.
8. Gastroenterologia e hepatologia em Pediatria: Diagnóstico e tratamento Ferreira, Cristina T., De Carvalho, Elisa; Silva, Luciana R. MEDSI-2003.