BRONQUIOLITE VIRAL AGUDA GRAVE POR INFLUENZA A EM LACTENTE: RELATO DE CASO

Júlia Dobler[1], Ana Carolina de Oliveira Ludtke[1], Ana Luiza Raupp de Andrade[1], Caroline Borges Cervi[1], Davi Azevedo da Costa[1], Isadora Luisa Duarte da Rocha[1], Lucas Wiesbauer Pasetti[2], Tamara Marielle Castro[1], Cristiano do Amaral De Leon[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), 2. Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA).

A bronquiolite viral aguda (BVA) é a principal causa de internação por infecções respiratórias em lactentes, especialmente no primeiro ano de vida. Caracteriza-se por inflamação das vias aéreas inferiores, geralmente causada por vírus, sendo o vírus sincicial respiratório o mais frequente. Entretanto, outros agentes, como o Influenza A, podem estar associados a quadros graves. Este relato objetiva descrever um caso de BVA grave em lactente, destacando evolução clínica, manejo hospitalar e desfecho. Lactente masculino, 6 meses, 6 kg, procedente de Esteio (RS), iniciou febre e sintomas respiratórios em 05/05. Foi tratado ambulatorialmente como pneumonia com azitromicina, porém evoluiu com piora respiratória, sendo internado em 12/05 com diagnóstico de bronquiolite. Devido à deterioração clínica, necessitou intubação orotraqueal, com episódio de bradicardia revertido com adrenalina. Foi transferido para UTI pediátrica, permanecendo em ventilação mecânica invasiva de 14/05 a 22/05. Recebeu ceftriaxona, suspensa após culturas negativas. Após extubação, apresentou novo desconforto respiratório, necessitando ventilação não invasiva até 28/05. Evoluiu com melhora progressiva, desmame de oxigênio e retirada de sonda, recebendo alta em 03/06, em ar ambiente e aceitando dieta via oral. A BVA apresenta maior gravidade em lactentes jovens e prematuros, como no caso descrito, em que a prematuridade foi fator de risco relevante. Embora o vírus sincicial respiratório seja o agente mais comum, o Influenza A pode causar insuficiência respiratória grave. O manejo baseou-se em suporte ventilatório progressivo, oxigenoterapia, suporte nutricional e monitorização intensiva. A antibioticoterapia empírica foi adequadamente suspensa após exclusão de infecção bacteriana. A evolução favorável evidencia a importância do suporte especializado e da identificação precoce dos sinais de gravidade. O caso ilustra uma forma grave de BVA associada à infecção por Influenza A em lactente prematuro. O reconhecimento precoce e a instituição de suporte ventilatório adequado foram essenciais para o bom desfecho, reforçando a importância do manejo hospitalar especializado.

Área: Pediatria Ambulatorial
PORTO ALEGRE/RS

CELULITE PERIORBITAL UNILATERAL: UM DESAFIO DIAGNÓSTICO EM PEDIATRIA.

Márcio Lôndero Barreto Filho[1], Clarice Larroque Sinott[1], Paola Molon Terra[1], Laura Fripp Thomaz[1], Isabela Prado Vanzato Crespo[1], Isadora Lappe Mallmann[1], Antonio Beltrão[1], Guilherme Avila de Souza Cunha[1], Henrique Kunde Fabres[1]

1. Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

O edema periorbitário agudo na infância representa importante desafio diagnóstico, podendo surgir da reação inflamatória local, inoculação por artrópode ou infecção bacteriana. Porém, a distinção rápida entre as condições é essencial para prevenção de complicações. Menino, 5 anos, previamente hígido, apresentou dor, prurido, rubor e edema periorbitário direito de início súbito após noite de sono, sem visualização de artrópode ou ponto de inoculação. Procurou pronto atendimento onde, após contato com o Centro de Informação Toxicológica, levantou-se hipótese de picada de aranha-marrom, sendo administrado soro antiaracnídico associado à prednisolona. Exames laboratoriais evidenciaram leucocitose discreta com neutrofilia, sem alterações renal ou hepática. Iniciou-se ceftriaxona intravenosa e tobramicina tópica, com internação para acompanhamento. Ao exame físico: bom estado geral, afebril, sinais vitais estáveis, edema periorbitário direito com sinais flogísticos, sem necrose ou comprometimento orbitário. Durante a internação, ampliou-se cobertura com vancomicina. Houve evolução inicial da lesão com discreto acometimento contralateral. A Tomografia de órbitas evidenciou abscesso periorbital, possivelmente relacionado à sinusopatia prévia, optando-se por descalonamento para ampicilina-sulbactam. Evoluiu com melhora. A celulite periorbitária acomete tecidos anteriores ao septo orbitário e geralmente associa-se a trauma local, picadas ou infecções cutâneas. Seus principais patógenos são *Staphylococcus aureus* e Streptococcus pyogenes nas infecções de pele e *Streptococcus pneumoniae* e Moraxella catarrhalis se associado a infecções de nasofaringe ou seios paranasais. A celulite orbitária acomete estruturas posteriores ao septo, geralmente secundária a sinusite, tendo como agentes mais comuns *S. aureus* resistente à meticilina e S. pyogenes. Diante da hipótese inicial de celulite orbitária iniciou-se vancomicina e ceftriaxona. Após exame de imagem confirmou-se celulite periorbital, sendo realizado descalonamento para ampicilina-sulbactam. O manejo do edema periorbitário agudo na infância exige avaliação clínica cuidadosa e vigilância. Embora acidentes por artrópodes possam ser considerados, a celulite periorbital permanece diagnóstico prioritário, sendo essencial sua identificação precoce para tratamento adequado e prevenção de complicações como abscesso subperiosteal, trombose do seio cavernoso, meningite e sepse.

Área: Pediatria Ambulatorial
CAPÃO DO LEÃO/RS

CONSULTA AGENDADA NA ALTA

Luiza Salim Bulcão[1], Clara Chagas Pacheco[1], Maria Rita Dinon[1], Nathalia Schick[1], Rany Rochadel[1], Priscila Dalla Coletta Maccari[1], Luiza Maria Santi[1], Eduardo Vitali Omizzolo[1], Marcos Vinicios Razera[1], Ana Vitória da Silva Ferreira[1]

1. Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

A continuidade do cuidado no período pós-parto é essencial para a saúde materno-infantil, contribuindo para a identificação precoce de agravos e o fortalecimento do vínculo com os serviços de saúde. Nesse contexto, a continuidade do cuidado após a alta hospitalar é fundamental para garantir assistência integral ao binômio mãe-bebê. A consulta pós-alta possibilita o monitoramento das condições clínicas, o apoio ao aleitamento materno e a orientação quanto aos cuidados com o recém-nascido. No entanto, a transição entre o cuidado hospitalar e o seguimento ambulatorial ainda representa um momento crítico na organização da assistência. Nesse contexto, o agendamento da consulta no momento da alta hospitalar representa uma estratégia eficaz para reduzir perdas no seguimento e promover maior integração entre os níveis de atenção. Mensurar o percentual dos agendamentos de consultas para recém-nascidos e puérperas em uma maternidade hospitalar no sul do Brasil. Estudo observacional descritivo de dados parciais de registros de prontuários médicos entre outubro de 2023 e agosto de 2025 em uma maternidade de Pelotas/RS. Os dados foram coletados e organizados em tabelas no Excel® e, posteriormente, utilizaram-se as funções do programa para cálculo de valores absolutos e percentuais. Trabalho vinculado a projeto de pesquisa aprovado pelo comitê de ética sob número 71369023.4.0000.5339. No presente estudo foram avaliados 841 prontuários médicos e, desses, 809 (96,19%) apresentaram informações sobre consultas agendadas na alta dos recém-nascidos (RN) e 801 (95,24%) na alta das puérperas. Na amostra, 140 (17,3%) dos RN e 142 (17,72%) das puérperas tiveram alta do hospital com a data da sua consulta. No total 669 (82,69%) dos RN e 659 (87,27%) puérperas não tiveram na alta a sua consulta marcada. Evidenciou-se reduzida proporção de agendamento de consultas para recém-nascidos e puérperas no momento da alta hospitalar. Esse indicativo demonstra a fragilidade na continuidade do cuidado no que tange aos níveis de atenção à saúde. Portanto, faz-se necessário estratégias como a implementação de protocolos hospitalares que instituem o agendamento das consultas durante a internação na maternidade com o intuito de assegurar a coordenação do cuidado entre mãe-bebê.

Área: Pediatria Ambulatorial
PELOTAS/RS

DEFORMIDADE ANGULAR DOS MEMBROS INFERIORES EM CRIANÇA COM OBESIDADE: PAPEL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NA DETECÇÃO PRECOCE E COORDENAÇÃO DO CUIDADO

Josimara Luiza Parise[1], Eduarda Souza Teixeira Mello[1], Yasmin Soares Gottems[1], Gabriella Tomasi Dal Ponte[1], Amanda Wagner Fiore[1], Karina Wagner Fiore[1], Ana Flávia Spagnol Requiel[1], Isadora Luisa Duarte da Rocha[1], Cristiano do Amaral De Leon[1], Karoline Renata Brambatti[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

Alterações do alinhamento dos membros inferiores na infância podem representar variações fisiológicas do desenvolvimento ou condições ortopédicas estruturais com potencial progressivo e patológico. A obesidade infantil exerce impacto biomecânico significativo sobre o sistema musculoesquelético, aumentando a sobrecarga articular e predispondo a alterações da marcha e deformidades angulares. A Atenção Primária à Saúde (APS) desempenha papel essencial na identificação precoce desses quadros e na coordenação do cuidado especializado. Escolar masculino, 8 anos, com obesidade infantil, compareceu para consulta com exame radiológico previamente solicitado e apresentando desconforto funcional em pé direito durante atividades físicas, sem dor associada. Mãe relatou piora progressiva nas últimas semanas. Ao exame físico, observou-se desvio lateral da articulação tibiotársica direita durante a deambulação, com movimento compensatório de todo o membro inferior. Radiografia evidenciou irregularidades na epífise distal da tíbia, em região de maléolo medial, com sugestão de edema maleolar, sem outras alterações significativas. Diante de alteração da marcha associada a possível comprometimento epifisário e fator agravante biomecânico (obesidade grau 3), realizou-se encaminhamento para ortopedia pediátrica via sistema regulador, além de orientações sobre controle ponderal e promoção de hábitos saudáveis. Mantido seguimento longitudinal na unidade. Deformidades angulares e alterações epifisárias em escolares exigem avaliação criteriosa para exclusão de distúrbios do crescimento, desalinhamentos estruturais ou sobrecarga mecânica persistente. A obesidade está associada a maior incidência de alterações biomecânicas da marcha, dor musculoesquelética e risco de deformidades progressivas. A identificação precoce de sinais clínicos, mesmo na ausência de dor intensa, é fundamental para evitar repercussões funcionais a longo prazo. O caso evidencia a importância da Atenção Primária na detecção precoce de alterações da marcha associadas a fatores biomecânicos modificáveis. A estratificação adequada do risco ortopédico, aliada à abordagem da obesidade infantil e ao encaminhamento oportuno, reafirma o papel da APS na prevenção de deformidades progressivas e na promoção do desenvolvimento musculoesquelético saudável.

Área: Pediatria Ambulatorial
VERANÓPOLIS/RS

GRANULOMA UMBILICAL NEONATAL: ABORDAGEM TERAPÊUTICA COM SAL DE COZINHA COMO ALTERNATIVA SEGURA E CUSTO-EFETIVO - RELATO DE CASO

Isabela Prado Vanzato Crespo[1], Laura Fripp Thomaz[1], Isadora Lappe Mallmann[1], Natalia Costa Silva[1], Laura Hernandes Gomes[1], Marcio Londero Barreto Filho[1], Victoria Menegotto Nader[1], Manuela Coradini Moglia[1], Violeta Bosel Da Costa[1], Larissa Hallal Ribas[1]

1. Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

O granuloma umbilical é a lesão benigna mais frequente do umbigo no período neonatal, ocorrendo em cerca de um a cada 500 nascimentos. Surge após a queda do coto umbilical, quando há persistência de tecido de granulação no local onde a cicatrização deveria estar completa. Está relacionado a resposta inflamatória local exuberante, podendo associar-se a discreta secreção serosa. Clinicamente apresenta-se como pequeno nódulo róseo ou avermelhado, úmido e friável, geralmente sem sinais infecciosos. 40 semanas, nascido por cesariana, em aleitamento materno. Após a queda do coto umbilical aos oito dias de vida, permaneceu pequeno segmento residual. Foi previamente avaliado sem sinais flogísticos, sendo orientada observação. Retornou ao pronto atendimento infantil por persistência de lesão umbilical com secreção esverdeada clara, sem odor, calor local ou febre. Ao exame físico, em condições clínicas satisfatórias. Diagnosticado com Granuloma umbilical. Foi indicado manejo com sal de cozinha aplicado com cotonete, oclusão do coto com micropore, duas vezes ao dia por três dias consecutivos. Retornou após o terceiro dia apresentando regressão total do granuloma umbilical. O diagnóstico é clínico, baseado na persistência de tecido de granulação após a queda do coto, na ausência de sinais infecciosos. O principal diagnóstico diferencial é a onfalite, que cursa com hiperemia, dor, secreção purulenta e possível comprometimento sistêmico. Embora o nitrato de prata seja tradicionalmente utilizado, o uso tópico de sal de cozinha tem ganhado destaque como alternativa eficaz, segura e de baixo custo. Seu mecanismo baseia-se no efeito osmótico, promovendo desidratação do tecido de granulação e regressão progressiva da lesão. Além disso, apresenta fácil aplicação, boa adesão familiar e reduz necessidade de procedimentos ambulatoriais, sendo estratégia especialmente relevante na atenção primária e em contextos com recursos limitados. O reconhecimento precoce do granuloma umbilical e sua diferenciação de infecções locais permitem manejo ambulatorial seguro. O uso tópico de sal de cozinha mostra-se eficaz, acessível e com mínima morbidade em casos sem sinais de infecção.

Área: Pediatria Ambulatorial
PELOTAS/RS

HEMANGIOMA INFANTIL DE CRESCIMENTO INSIDIOSO: IMPORTÂNCIA DO ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL À LUZ DE UM RELATO DE CASO

Caroline Borges Cervi[1], Isadora Luisa Duarte da Rocha [1], Geisa Gabrieli Pesuto [1], Fernanda Scarpa [1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

O hemangioma infantil é um tumor vascular benigno comum na pediatria, geralmente identificado após o nascimento e com crescimento nos primeiros meses de vida. Acomete principalmente a pele, podendo também envolver estruturas profundas ou órgãos internos. O diagnóstico é clínico, podendo ser complementado por exames de imagem para avaliação da extensão, sendo importante o reconhecimento e o acompanhamento. Lactente masculino, 4 meses, internado aos 3 meses por lesão em hemiface esquerda no Hospital Universitário de Canoas. A mãe relatou início no 5º dia de vida, com crescimento progressivo, secreção e ulceração central. Exames laboratoriais e biópsia descartaram causas infecciosas. Ao exame físico, apresentava lesão eritematosa, bordas descamativas e centro previamente ulcerado, 3 cm, sem secreção ativa, compatível com componente superficial. Ecodoppler evidenciou nódulo heterogêneo, limites parcialmente definidos, vascularização interna com fluxo de alta resistência, medindo 2,4 x 2,2 x 1,2 cm, indicando componente profundo, caracterizando hemangioma misto. O paciente iniciou propranolol oral (0,6 8594, 1,1 mg/kg/dose a cada 12h), resultando em regressão da lesão e cessação da secreção durante seguimento ambulatorial. Hipospádia distal foi identificada como achado associado, sem interferir na conduta imediata. Hemangiomas mistos diferem das lesões superficiais por apresentarem componente profundo, maior densidade vascular e maior expressão de VEGF, associados à proliferação rápida e maior risco de ulceração. O componente profundo pode persistir após a regressão superficial, justificando monitoramento clínico e radiológico. O propranolol reduz o volume e a vascularização por vasoconstrição, inibição da angiogênese e apoptose endotelial. O ecodoppler auxilia na avaliação da profundidade e da resposta terapêutica. Lesões extensas ou mistas também podem associar-se a malformações viscerais ou geniturinárias, como a hipospádia distal observada neste paciente. Este relato ilustra a apresentação clínica dos hemangiomas mistos com ulceração precoce, ressaltando a importância dos exames de imagem na detecção do componente profundo. A boa resposta clínica ao propranolol oral reforça o seu papel como agente de primeira linha. Por fim, a associação com malformações congênitas, como a hipospádia distal, reforça a necessidade de avaliação clínica em pacientes com hemagioma profundo.

Área: Pediatria Ambulatorial
CANOAS/RS

PRURIGO ESTRÓFULO E IMPETIGO: O PAPEL CENTRAL DO CONTROLE DO PRURIDO NA EVOLUÇÃO CLÍNICA - RELATO DE CASO

Isabela Prado Vanzato Crespo[1], Laura Fripp Thomaz[1], Isadora Lappe Mallmann[1], Marcio Lôndero Barreto Filho[1], Laura Maissiat Bacelo[1], Manuela Dorigatti Gargioni[1], Ana Luiza Cassol[1], Maria Augusta Butzen Schardong[1], Natalia Costa Silva[1], Larisssa Hallal Ribas[1]

1. Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

O estrófulo, ou prurigo agudo infantil, é dermatose inflamatória decorrente de reação de hipersensibilidade a picadas de insetos, mais frequente nos primeiros anos de vida. Caracteriza-se por pápulas eritematosas, frequentemente com vesícula ou pústula central, associadas a prurido intenso, que pode ocasionar escoriações e infecção bacteriana secundária, o impetigo. Apresenta curso em surtos e tendência à regressão espontânea com o crescimento. Lactente de 7 meses procurou pronto atendimento pediátrico por lesões cutâneas majoritariamente em membros inferiores e febre, com 1 dia de evolução. Havia usado peróxido de benzoíla, sem melhora. Observou-se pápulas, pústulas, vesículas e crostas não melicéricas distribuídas abaixo da linha umbilical, predominando em face lateral de membros inferiores e região posterior de coxas, além de lesão intertriginosa em orelha esquerda. Diagnosticado prurigo estrófulo com impetigo secundário. Instituído Cefalexina 50 mg/kg/dia por 7 dias, Mupirocina tópica e Corticoide tópico. O prurigo estrófulo resulta de reação imunológica tardia aos antígenos salivares de insetos, sendo mais comum em lactentes pela imaturidade imunológica. O diagnóstico é clínico, baseado na morfologia, distribuição das lesões e prurido intenso. Entre os diferenciais destacam-se escabiose, varicela, dermatite atópica e impetigo. A febre baixa pode relacionar-se a processo inflamatório ou infecção secundária. O tratamento prioriza controle do prurido e redução da inflamação com corticoides tópicos. Antibioticoterapia sistêmica é reservada para sinais clínicos de infecção bacteriana secundária. Medidas ambientais, como controle de insetos e uso de barreiras físicas, são fundamentais para prevenir recorrências. Apesar de ser altamente prevalente, o reconhecimento do prurigo estrófulo permite manejo clínico precoce do prurido e pode evitar complicações. A orientação familiar e o controle ambiental são essenciais para redução de surtos. Trata-se de condição benigna, autolimitada, com boa evolução quando corretamente conduzida.

Área: Pediatria Ambulatorial
PELOTAS/RS

RASTREAMENTO DE PÉ TORTO CONGÊNITO NA PUERICULTURA: CONTRIBUIÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PARA O DIAGNÓSTICO PRECOCE E O PROGNÓSTICO FUNCIONAL

Josimara Luiza Parise[1], Yasmin Soares Gottems[1], Eduarda Souza Teixeira Mello[1], Andressa Pricila Portela[1], Júlia Pinto Marques[1], Gabriella Tomasi Dal Ponte[1], Larissa Amandio Dias[1], Júlia Dobler[1], Cristiano do Amaral De Leon[1], Karoline Renata Brambatti[1]

1. Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

O pé torto congênito (PTC) é uma deformidade ortopédica estrutural com incidência estimada de 1–2/1.000 nascidos vivos. O diagnóstico e tratamento precoces, preferencialmente nas primeiras semanas de vida, estão diretamente associados a melhores desfechos funcionais. A Atenção Primária à Saúde (APS), por meio da puericultura sistemática, constitui espaço estratégico para identificação precoce de alterações musculoesqueléticas e coordenação do cuidado especializado. Lactente masculino, 6 meses e 4 dias, nascido de 37 semanas e 2 dias, parto cesáreo, Apgar 9/10, peso ao nascer 3.518g. Triagens neonatais normais. Primeira consulta de puericultura regular na unidade de saúde. Aleitamento materno com complementação por fórmula e introdução alimentar adequada. Desenvolvimento neuropsicomotor compatível com a idade. Ao exame físico sistematizado, identificou-se deformidade compatível com pé torto congênito, sem associação a outras malformações aparentes. Paciente apresentava crescimento adequado e bom estado geral. Sem sinais de comprometimento neurológico. Na APS realizou-se orientação familiar, reforço quanto à importância da intervenção precoce e encaminhamento prioritário para ortopedia pediátrica para confirmação diagnóstica e instituição de tratamento específico. Mantidas suplementações preconizadas e seguimento longitudinal programado. O PTC pode apresentar-se isoladamente ou associado a síndromes e alterações neurológicas, exigindo avaliação clínica criteriosa. A ausência de diagnóstico precoce pode resultar em deformidade rígida e limitação funcional da marcha. A puericultura periódica permite rastreamento musculoesquelético contínuo, sendo ferramenta essencial na detecção de alterações estruturais mesmo em crianças com desenvolvimento global preservado. A APS, ao identificar a deformidade e articular o encaminhamento oportuno ao cuidado terciário de saúde, atua como coordenadora da Rede de Atenção à Saúde, reduzindo risco de sequelas permanentes e promovendo cuidado integral. O caso evidencia o papel estratégico da Atenção Primária na vigilância do desenvolvimento infantil e na prevenção de incapacidades evitáveis. A avaliação sistemática durante a puericultura, aliada ao encaminhamento especializado e ao seguimento longitudinal, reafirma a APS como eixo estruturante da linha de cuidado, com impacto direto no prognóstico funcional e na qualidade de vida da criança.

Área: Pediatria Ambulatorial
VERANÓPOLIS/RS

SÍNDROME DA PELE ESCALDADA ESTAFILOCÓCICA EM CRIANÇA: RELATO DE CASO

Henrique Kunde Fabres[1], Guilherme Avila de souza Cunha[1], Antonio Beltrão[1], Márcio Lôndero Barreto Filho[1], Paola Molon Terra[1], Marcos Vinicios Razera[1], Clarice Laroque Sinott Lopes[1]

1. Universidade Católica de Pelotas (UCPel).

A síndrome da pele escaldada estafilocócica (SSSS) é uma dermatose aguda grave, mediada por toxinas esfoliativas do *Staphylococcus aureus*. Caracteriza-se por eritema difuso e descamação bolhosa, afetando lactentes devido à imaturidade imune e renal. O diagnóstico diferencial rápido com reações de hipersensibilidade agudas, como a anafilaxia, é essencial para a conduta terapêutica. Menino, 9 meses, previamente hígido. Buscou o Pronto-Socorro Pediátrico (PSP) por quadro de eritema e edema facial, com escoriações por autotrauma ungueal. Uso de amoxicilina por 10 dias há cerca de 1 mês por amigdalite e realização de vacinas VIP e Febre Amarela há 2 dias, com história de vômitos e diarreia pós vacina. No PSP, recebeu adrenalina intramuscular, prednisolona e prometazina, por hipótese de anafilaxia, recebendo alta com hidroxizina e prednisolona domiciliar. Na manhã seguinte, retornou com piora clínica, recebendo nova adrenalina, prometazina e corticoides (oral e endovenoso). Evoluindo com exacerbação severa: placas eritematosas difusas corporais, pústulas, descamação perioral/periorbitária e conjuntivite purulenta bilateral. Sob hipótese de SSSS, iniciou-se oxacilina (200mg/kg/dia), suspensão do corticoide e transferência à UTI para monitorização, com posterior melhora do quadro. A SSSS é desencadeada por exotoxinas epidermolíticas do *S. aureus*, que clivam a desmogleína-1, causando separação da epiderme superficial. A suscetibilidade de lactentes explica-se pela imaturidade do clearance renal das toxinas e falta de anticorpos neutralizantes. A escoriação facial possivelmente serviu como foco primário. Embora o eritema difuso agudo inicial tenha mimetizado um quadro de anafilaxia, a SSSS diferencia-se pela ausência de comprometimento sistêmico imediato e pela evolução para o descolamento epidérmico. O uso empírico de corticosteroides é contraindicado, pois altera a imunidade e exacerba a infecção. A resolução favorável exige manejo rápido com antibioticoterapia antiestafilocócica, hidratação e cuidados de barreira cutânea. O reconhecimento clínico precoce da SSSS e o ágil diagnóstico diferencial evitam intervenções inadequadas, como o uso inadvertido de corticosteroides. O acompanhamento em UTI e a antibioticoterapia direcionada constituem medidas fundamentais para um prognóstico favorável e prevenção de sequelas cicatriciais.

Área: Pediatria Ambulatorial
PELOTAS/RS

SÍNDROME INFLAMATÓRIA MULTISSISTÊMICA PEDIÁTRICA PÓS-COVID DIAGNOSTICADA EM NÍVEL AMBULATORIAL: IMPORTÂNCIA DO RECONHECIMENTO PRECOCE

Renata Schimuneck[1], Tais Comin de Bastiani[1]

1. Universidade FEEVALE.

A Síndrome Inflamatória Multissistêmica Pediátrica (SIM-P) é uma complicação tardia associada à infecção pelo SARS-CoV-2, caracterizada por inflamação sistêmica e acometimento multiorgânico, frequentemente com envolvimento cardiovascular. O reconhecimento precoce, inclusive em nível ambulatorial, é fundamental para reduzir morbidade e prevenir complicações. Paciente masculino, 8 anos, previamente hígido, atendido em ambulatório com febre há cinco dias, associada a dor abdominal, vômitos e prostração. Apresentava antecedente de infecção leve por COVID-19 quatro semanas antes. Ao exame físico, evidenciaram-se hiperemia conjuntival bilateral não purulenta, exantema maculopapular em tronco e dor abdominal difusa. Exames laboratoriais demonstraram elevação importante de marcadores inflamatórios (PCR 156 mg/L, ferritina 780 ng/mL, D-dímero elevado), além de linfopenia e plaquetopenia leve. Sorologia para SARS-CoV-2 IgG positiva. Evoluiu com hipotensão arterial, sendo encaminhado para internação hospitalar. Ecocardiograma evidenciou disfunção ventricular esquerda discreta. Diante de febre persistente, inflamação sistêmica, acometimento multissistêmico e associação temporal com infecção prévia por SARS-CoV-2, estabeleceu-se diagnóstico de SIM-P. Foi iniciado tratamento com imunoglobulina intravenosa e corticoterapia nas primeiras 24 horas, com melhora clínica progressiva, resolução da febre e redução dos marcadores inflamatórios. Recebeu alta após sete dias, com seguimento ambulatorial. A SIM-P geralmente ocorre entre duas e seis semanas após a infecção pelo SARS-CoV-2, com manifestações clínicas heterogêneas, frequentemente predominando sintomas gastrointestinais e comprometimento cardiovascular. O diagnóstico é clínico-laboratorial e requer exclusão de sepse e doença de Kawasaki. O reconhecimento precoce em nível ambulatorial permite encaminhamento oportuno e início rápido da imunomodulação, fator associado a melhor prognóstico e menor risco de disfunção cardíaca. A SIM-P deve ser considerada em crianças com febre persistente e sinais inflamatórios após COVID-19. O reconhecimento em nível ambulatorial e o encaminhamento imediato possibilitam início precoce do tratamento imunomodulador, reduzindo o risco de complicações cardiovasculares e melhorando a evolução clínica.

Área: Pediatria Ambulatorial
PASSO DO SOBRADO/RS

ÚVULA BÍFIDA EM CRIANÇA: MARCADOR CLÍNICO DE FENDA PALATINA SUBMUCOSA - RELATO DE CASO

Isadora Lappe Mallmann[1], Laura Fripp Thomaz[1], Isabela Prado Vanzato Crespo[1], Victória Menegotto Nader[1], Manuela Dorigatti Gargioni[1], Antônio Beltrão[1], Márcio Lôndero Barreto Filho[1], Larissa Hallal Ribas[1]

1. Universidade Católica de Pelotas (UCPEL).

A úvula bífida é uma anomalia congênita decorrente de falha na fusão dos processos palatinos durante a embriogênese, podendo representar manifestação isolada ou marcador clínico de fenda palatina submucosa. Embora frequentemente negligenciada por apresentar curso assintomático, sua identificação possui relevância diagnóstica, sobretudo pelo risco de repercussões na fala, deglutição e função velofaríngea. Criança do sexo feminino, com 5 anos, consultou em Pronto Atendimento por sintomas gripais. Ao exame físico detalhado da orofaringe evidenciou-se úvula bífida, sem alterações aparentes em palato duro e mucosa oral. Não foram observados sinais clínicos iniciais de insuficiência velofaríngea. Desenvolvimento neuropsicomotor compatível com a idade. História gestacional e perinatal sem intercorrências significativas. Ausência de antecedentes familiares conhecidos de malformações craniofaciais. Familiares relatam que paciente apresentou histórico de faringoamigdalite e que, na ocasião, a úvula ficou mais edemaciada e "aberta". Orientou-se manter seguimento clínico em ambulatório de Pediatria. A literatura aponta a úvula bífida como importante marcador de alterações estruturais ocultas do palato. Mesmo na ausência de sintomas, recomenda-se investigação criteriosa, considerando o potencial impacto sobre desenvolvimento da fala e risco de complicações otológicas. O exame físico minucioso permanece como ferramenta essencial para diagnóstico precoce. A identificação da úvula bífida na infância deve ser valorizada como sinal de alerta para malformações palatinas subjacentes. O reconhecimento oportuno possibilita acompanhamento multidisciplinar e intervenção precoce quando indicada, prevenindo repercussões funcionais e reforçando a relevância da avaliação orofaríngea sistemática na prática pediátrica.

Área: Pediatria Ambulatorial
PELOTAS/RS

VALIDAÇÃO DO CONTEÚDO DE UM MATERIAL DIDÁTICO SOBRE O DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR E A INTRODUÇÃO ALIMENTAR COMPLEMENTAR

Izabela Brazeiro de Mello[1], Angélica Alessandra Maciel Conte[1], Camile Goebel Pillon[1], Franceliane Jobim Benedetti[1]

1. Universidade Franciscana (UFN).

A qualidade de materiais educativos em saúde é essencial para a compreensão de pais e cuidadores frente ao contexto do desenvolvimento neuropsicomotor (DNPM) e da introdução alimentar complementar (IAC) no primeiro ano de vida. Avaliar a qualidade do conteúdo presente em uma cartilha educativa a partir da percepção dos pais e cuidadores de crianças entre 0 e 12 meses de vida durante a etapa de validação do material didático desenvolvido. Trata-se de um recorte de pesquisa aplicada, descritiva e metodológica, realizada em Unidades Básicas de Saúde de um município do Sul do Brasil, com 34 pais e cuidadores de crianças de 1 ano de idade. A avaliação ocorreu por meio de questionário estruturado, abordando clareza, compreensão, relevância, organização e aplicabilidade do conteúdo, em diferentes níveis de escolaridade, além do cálculo do Índice de Validade de Conteúdo (IVC), sendo considerado 0,78 como o valor mínimo recomendado. Os resultados evidenciaram elevada qualidade do conteúdo. Os 34 (100%) participantes da etapa de validação consideraram o material importante e de fácil compreensão, indicando adequação da linguagem ao público-alvo. O IVC global foi de 0,98±0,04, valor superior ao mínimo recomendado (0,78), demonstrando excelente validade de conteúdo quanto à clareza, pertinência e relevância das informações. Após a leitura, 33 (97,1%) dos participantes relataram melhor compreensão sobre o desenvolvimento infantil e 34 (100%) afirmaram ter aprendido novas informações sobre DNPM e IAC. O material se mostrou eficaz mesmo entre participantes com diferentes níveis de escolaridade, evidenciando a sua adequação aos princípios de letramento em saúde e comunicação acessível utilizados na sua construção. A elevada aceitação do conteúdo também foi observada, sendo majoritariamente classificado como excelente, com destaque para a clareza das explicações e a aplicabilidade prática das orientações, não havendo críticas relacionadas ao conteúdo teórico. Conclui-se, portanto, que o material didático apresenta alta qualidade de conteúdo, sendo claro, relevante e aplicável, com potencial para fortalecer o conhecimento de pais e cuidadores e apoiar práticas de cuidado infantil no primeiro ano de vida. Sua validação reforça o seu uso como ferramenta de educação em saúde na atenção primária.

Área: Pediatria Ambulatorial
SANTA MARIA/RS