

BOLETIM INFORMATIVO DA SOCIEDADE ESPIRITOSSANTENSE DE PEDIATRIA

Av. Nossa Senhora da Penha, Ed. Century Towers - n.º 699, sala 312 A, Praia do Canto, Vitória – ES
Tel. (27) 3227-6396 - Telefax. 3315-2133 Horário: das 12:00 às 18:00 horas - <http://www.soespe.com.br> - soespe@soespe.com.br

DIRETORIA DA SOESPE

TRIÊNIO 2004/2007

Presidente

Ana Maria Ramos

Assessor Especial da Presidência

Rodrigo Aboudib Ferreira Pinto
Severino Dantas Filho

Vice Presidente

Edelweiss Bussinguer Pereira

Secretária Geral

Ana Daniela Izoton de Sadovsky

1ª Secretária

Lucia Margareth Perini Borjaile

2ª Secretária

Sandra Willeia Martins

1º Tesoureiro

Marco Antonio Rosetti Oliveira

2º Tesoureira

Elza de Araujo Costa Ferreira

Comissão de Sindicância

Alba Lilia Rosetti de Almeida
Virginia Lucia Luna Smith
Rosa Maria Alves de Sá C. de Albuquerque

Conselho Fiscal

Edna Celis Vaccari
Cecília Maria Figueira Silva
Mariângela Alochio Avellar

Coordenação dos Serões

Rachel Duarte Acha Mazzini
Ângela Maria Santos Carmo

Coordenação dos Comitês

Mario Tironi Junior
Rosana Alves

Coordenação de Publicação

Sara Lopes Valentim
Maria Angélica Carvalho Andrade

Coordenação de Eventos

Maria Bernadeth de Sá Freitas
Norma Suely Oliveira

Comissão Social

Elzimar Ricardino Almeida e Silva
Samira Zouain Rocha
Eneida Fardin P. Bastos

Diretoria NORTE (Linhares)

Arthur Luiz Magnago Heleodoro

Diretoria NORTE (Colatina)

Maria Helena de Martin Lazari

Diretoria SUL (D. Martins)

Eloisa Pelegrineti Lourenco Targueta

Diretoria SUL (Castelo)

Sylvio Baptista Junior

Coordenação do Curso de Reanimação Neonatal

Andrea Lube Antunes de S. Thiago
Pereira

Coordenação do Curso de Reanimação Pediátrica

Edelweiss Bussinguer Pereira

PALAVRA DA PRESIDENTE

O PEDIATRA E A CLASSIFICAÇÃO BRASILEIRA HIERARQUIZADA DE PROCEDIMENTOS MÉDICOS - CBHPM

De acordo com o texto de Eduardo da Silva Vaz (publicado nos resumos do 61º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria – 2004), em março de 2000, durante o planejamento estratégico da Associação Médica Brasileira (AMB), decidiu-se construir uma lista de Procedimentos Médicos, que tivesse base científica e fosse hierarquizada de maneira que todos os procedimentos guardassem entre si o justo valor do trabalho médico, e que este fosse valorizado. A Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), preocupada com a valorização do trabalho do pediatra e sua remuneração baixa, participou ativamente do processo de construção da CBHPM, assim como contratou os serviços da ABP Informática que realizou uma pesquisa em campo para saber o justo valor dos procedimentos médicos do pediatra e, em especial, a consulta.

Para que se chegasse ao valor da consulta do pediatra, de acordo com Eduardo da Silva Vaz, foi levantada a ação adotada para realização do procedimento que inclui: identificação do paciente, anamnese, exame físico, vigilância do crescimento/desenvolvimento, avaliação de hipóteses diagnósticas, prescrições e/ou solicitações de exames e orientações. A pesquisa mostrou que o tempo utilizado para a realização de todas as ações da consulta variava de 17 a 53 minutos, com um tempo médio de 35 minutos. A estimativa do valor do trabalho do médico foi baseada no artigo 7º inciso IV da Constituição Federal que estabelece como valor mínimo da remuneração pelo trabalho um montante que seja capaz de atender às necessidades vitais básicas do trabalhador e às de sua família com moradia, alimentação, educação, saúde, lazer, vestuários, higiene, transporte e previdência social. A renda mínima, em outubro de 2002, para profissionais liberais, correspondia a R\$ 6.915,00. Acrescendo-se a este valor os gastos necessários para executar o procedimento, este trabalho concluiu que, em outubro de 2002, era possível afirmar que o valor R\$ 45,05 é o mínimo que o médico pediatra deveria receber por uma consulta para que possa atender suas necessidades básicas e de sua família, para manter-se atualizado e fazendo provisão para o momento em que não puder mais trabalhar. Para honrar outros gastos envolvidos direta e indiretamente com o referido procedimento deveria cobrar no mínimo mais R\$ 37,96. Assim, o valor mínimo a ser cobrado por uma consulta deveria ser R\$ 83,01.

A CBHPM traz para o pediatra, segundo Eduardo da Silva Vaz, importantes contribuições ao seu trabalho, com uma valorização no atendimento do recém-nascido no berçário, que ficou no porte 3C, com valor na banda cheia de R\$ 100,00; Atendimento do recém-nascido na sala de parto, porte 4C, no valor de R\$ 148,00; Um novo procedimento, o atendimento ao recém-nascido na sala de parto com risco (reanimação), porte 5B, no valor de R\$ 172,00. O atendimento pediátrico à gestante no 3º trimestre, no porte da consulta de consultório, 2B, no valor de R\$ 42,00. Com a CBHPM, o pediatra poderá, ao realizar a consulta de puericultura que está no porte 2B e valor de R\$ 42,00, associar os procedimentos: aconselhamento sobre indicações de vacinas, eventos adversos e medidas destinadas à prevenção de acidentes e violência por faixa etária, porte 1C, no valor de R\$ 24,00, e o Teste de Desenvolvimento Escala de Denver, no porte 1B, valor R\$ 16,00, fazendo com que, uma injustiça das outras listas seja corrigida, chegando a consulta de puericultura ao valor de R\$ 82,00. O mesmo se passa para o atendimento do adolescente, onde o pediatra poderá acrescentar o procedimento complementar ao adolescente (entrevista com a mãe), porte 1C, no valor de R\$ 24,00, alcançando a consulta o valor de R\$ 66,00 e naquelas consultas onde se orientar por faixa etária as vacinas e prevenção de acidentes, ela poderá chegar a R\$ 90,00.

Apesar de os pediatras serem essenciais ao sistema de saúde e à população, a situação do pediatra vem piorando gradativamente, de acordo com recente pesquisa desenvolvida pelo Conselho Federal de Medicina. Assim, é de fundamental importância que os pediatras participem ativamente dos movimentos estaduais e regionais pela implantação da CBHPM, para que todo esforço desenvolvido pela SOESPE, junto com a SBP, de fato alcance aqueles que são a razão de sua existência: o Pediatra e a Criança.

Em Vitória as reuniões acontecem no auditório do CRM nas segundas feiras e informações de datas entrar em contato com a AMES – 3324-1333. Somente unidos conseguiremos ter chance de mudança.

A SOESPE no ano de 2005 foi muito feliz na realização do 62º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria e ter sido contemplada com a escolha para sediar o Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica em novembro de 2008. Os trabalhos foram intensos, porém muito mais temos a fazer pela Pediatria do estado. Agradecemos o empenho de toda a diretoria e parcerias nesta trajetória, e aproveitamos a oportunidade para desejar a todos um encerramento de ano com muita saúde, paz de espírito, alegria e muita energia para continuarmos trabalhando e alcançarmos nossos objetivos.

Saúde! Grande abraço a todos!

Dra. Ana Maria Ramos
Presidente da Soespe

PATROCÍNIO:



CALENDÁRIO DE EVENTOS PRIMEIRO SEMESTRE 2006

Data	Mês	Evento	Local	Carga Horária
16 21 27 23 22	Fevereiro Março Abril Maio Junho	Reunião de Diretoria (terceira quinta x primeira terça do mês)	Auditório do CRM	2hs
11 e 12	Fevereiro	Curso PALS	Auditório CIAS	16hs
08 05 03 07	Março Abril Maio Junho	Serão Imagem em Pediatria (toda primeira quarta-feira de cada mês)	Auditório Unimed Diagnóstico	04hs p/ serão
03, 11, 17, 24, 25 e 31 07, 08, 28 e 29 05, 12 e 13	Março Abril Maio	Curso de Atualização e Preparatório para o Título de Especialista em Pediatria (todas as sexta e sábados intercalados)	Auditório CIAS	40hs
09, 10	Março	Curso de Capacitação em Pediatria	Auditório do Sesc	20hs
01	Abril	Curso de Reanimação Neonatal	Auditório CIAS	8hs
25 e 26	Maio	Jornada de Pneumologia	Auditório do Sesc	20hs
02, 03, 09, 10, 23 e 24	Junho	Curso de Adolescência (somente nas sexta e sábado)	Auditório do Sesc	20hs
29 e 30 01	Junho Julho	Curso de Emergência e Medicina Intensiva Pediátrica	Auditório CIAS	25hs

PROGRAMAÇÃO

PRELIMINAR*

CURSO DE ATUALIZAÇÃO E PREPARATÓRIO PARA O TÍTULO DE ESPECIALISTA EM PEDIATRIA

Em sua terceira edição este curso vai acontecer no início do mês de março e a importância de sua realização se faz mediante aprovação do TEP que o Espírito Santo apresentou no ano de 2005. Queremos torna-lo fixo no calendário da Soespe, e sua participação não necessariamente precisa estar vinculada ao TEP, pois a atualização na Pediatria deve ser constante.

DATA: 03 de Março a 13 de Maio de 2006 (sextas e sábados intercalados)

PALESTRAS

- A Criança com Sopro
- Afecções Cirúrgicas Mais Comuns
- Aids
- Aleitamento Materno e Artificial
- Anemias
- Artrites e Artralgias
- Asma
- Atendimento Inicial Ao Trauma Grave
- Avaliação Do Crescimento E Desenvolvimento
- Bronquiolite
- Constipação Crônica
- Contracepção na Adolescência
- D. Exantemáticas
- D. Hemorrágica
- D. Neoplásica Mais Comum
- Defesa Profissional
- Desnutrição e Carências Específicas
- Diarréia Aguda E Distúrbio Hidro Eletrolítico
- Distúrbio do Aprendizado e da Atenção
- Doença Convulsiva
- Dsts

- Ética Profissional
- Hematuria, Edema e Hipertensão
- Icterícia Neonatal
- Imunização
- Infecção Urinária
- Infecções Congênitas
- Insuficiência Cardíaca
- Intoxicações Exógenas
- Ivas, Otites E Sinusites
- Linfadenopatias
- Obesidade
- Pneumonias Comunitárias
- Prevenção do Uso de Drogas
- Queixas Mais Frequentes em Ortopedia
- Reanimação Cardio Pulmonar
- Tuberculose
- PÓS – TESTE
- PRE – TESTE
- TREZE DEBATES

CURSO DE CAPACITAÇÃO: A SOESPE VAI ATRÁS DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE

A SOESPE tem como objetivo maior a criança e o adolescente. Sabemos que atualmente no Brasil este material humano de primeiríssima é atendido pelo PSF, onde estão médicos de diferentes formações e jovens médicos que ainda não fizeram opção definitiva pelo seu futuro ramo de atuação. Vamos oferecer um curso de atualização para todos aqueles que servem ao brasileiro em crescimento e desenvolvimento. o curso de atualização colocará em dia a saúde do brasileiro com os médicos pediatras e de outras especialidades que desejam atualizar seus conhecimentos.

ÁREAS: Adolescência / Infectologia / Nutrição / Pediatria Ambulatorial / Segurança da Criança e do Adolescente

PUBLICO ALVO: Pediatras, Médicos do PSF, Residentes em Pediatria

5ª feira - Manhã

08:00 h – Crescimento e Desenvolvimento com Valorização da Puericultura

09:00 h – Anemia Ferropriva que não responde ao tratamento: Como conduzir?

10:00 h – Infecção Urinária

Tarde

14:00 h – Alterações Posturais na Infância e Adolescência, Exame do Esqueleto.

15:00 h – Intoxicações Exogêneas

16:00 h – Crianças e adolescentes vitimizados - Abordagem pediátrica. Como encaminhar?

17:00 h – Contracepção na Adolescência

6ª feira - Manhã

08:00 h – Asma e Terapia Inalatória nas Diversas Faixas Etárias

09:00 h – Ivas, Otites, Sinusites - Análise crítica da solicitação de exames complementares e Distorções Terapêuticas.

10:00 h – Aleitamento Materno – A consulta de aleitamento: quando fazer? como fazer? Perda ponderal fisiológica dos primeiros dias. Como acompanhar?

Tarde

14:00 h – Desvios da nutrição no Escolar e Adolescente.

15:00 h – Consulta do Adolescente

16:00 h – Neoplasias na Infância: Quando suspeitar?

17:00 h - Abordagem do RN icterício

Cada palestra terá um Debatedor e abrirá 30 min para debate

CURSO DE ADOLESCÊNCIA

- 1) Panorama do Adolescente no Brasil
- IBGE – dados morbimortalidade
- O adolescente e o PSF – o acesso

do médico ao adolescente após a criação do PSF

2) Consulta do Adolescente

- Aspectos físicos do local
- Abordagem do adolescente
- O contado com os pais
- Como Abordar o exame físico completo: o corpo

3) Patologias Mais Comuns e suas Causas

- Porque o adolescente vai ao médico?
- Incidência de Doenças Infecciosas
- Causas Externas
- As depressões e outros distúrbios do psiquismo
- Dislalias, Dislexias
- Achados casuais (sopros, escolioses, patologias cirúrgicas)

4) Crescimento e Desenvolvimento na Adolescência

- Aspectos Técnicos
- Como a Família e o Médico lidam com as Mudanças Físicas Puberais

5) Obesidade na Adolescência

- Origem
- O mundo Atual
- Aspectos Culturais
- A Confecção de Alimentos

6) Desnutrição e Carências específicas

- Mais Comuns crescimento e necessidades
- Papel da alimentação atual
- Cozinhar e não cozinhar
- Horário de comer
- Refeições em família
- A comida da escola

7) Doenças Infecciosas e Imunizações

- Doença Respiratória
- DSTs
- As Vacinas na Adolescência
- O Governo e a SBP uma certa abordagem política

8) Hiperlipidemia e Hipertensão

- Incidência
- Causas
- Abordagem

9) Distúrbio do Aprendizado e IDAH

10) Sexualidade no Menino e na Menina

- A visão da Medicina / Psicologia
- A visão da Família / Sociedade

11) Desenvolvimento Psicológico na Adolescência

- O grupo – A família – Os Ídolos

12) Lutos na Adolescência

- Família
- Adolescente

13) Prevenção de Riscos

- DSTs, Acidentes, Intoxicações, Suicídios, Comportamento de Riscos

14) Gravidez

- Contracepção

15) Neoplasias

- PRE – TESTE
- PÓS – TESTE

CURSO DE EMERGÊNCIA E MEDICINA INTENSIVA PEDIÁTRICA

- Reanimação Cardiopulmonar
- Avanços na reanimação neonatal
- Avanços na reanimação pediátrica
- Tirando dúvidas sobre reanimação pediátrica e reanimação neonatal
- Atualização em asfixia perinatal
- Tirando dúvidas sobre asfixia perinatal
- Hipertensão pulmonar persistente

do recém-nascido

- Atualização em icterícia neonatal
- Tirando dúvidas sobre HPPN e icterícia neonatal
- Atualização em sepse neonatal
- Tirando dúvidas sobre sepse neonatal
- Atualização em sepse pediátrica e choque séptico
- Escores prognósticos em UCI
- Tirando dúvidas sobre sepse pediátrica/choque e escores prognósticos em UCI
- Atualização síndrome do desconforto respiratório tipo agudo (ARDS)

- Analgesia e sedação em paciente gravemente doente
- Tirando dúvidas sobre ARDS e analgesia/sedação
- Lidando com distúrbios HE/AB
- Hiponatremia
- Hipo e Hiperpotassemia
- Hipocalcemia
- Acidose metabólica: da teoria à prática
- Hipoglicemia
- Cetoacidose diabética
- Tirando dúvidas sobre distúrbios HE/AB e da glicose
- Atualização em trauma de crânio e

- hemometabolismo cerebral
- Trauma abdominal
- Afogamento
- Asma aguda grave
- Aspectos nutricionais na criança gravemente doente
- Lidando com o momento da morte
- Tirando dúvidas sobre trauma de crânio e abdominal, acidente por submersão, asma aguda e nutrição na criança gravemente doente

* as programações preliminares estão sujeitas a mudanças

INFORME CIENTÍFICO I

VACINAS - RECENTES AVANÇOS E NOVAS PERSPECTIVAS

Euzanete Maria Coser

No campo das doenças infecto-contagiosas, as vacinas são a principal arma no combate as doenças, e muitos laboratórios estão empenhados na atualização das vacinas existentes e na produção de novas vacinas.

Em termos de novidades nas vacinas antigas, temos:

- **Vacina contra varicela:** tendência a 2 doses, sendo o reforço em torno de 4 anos de idade.
- **Vacina contra a Gripe:** crianças de 6 meses a 2 anos de idade: grupo que deve ser vacinado devido ter risco aumentado de hospitalização relacionada a influenzae.
- **Meningite C conjugada:** Crianças menores de 1 ano de idade: Laboratório Baxter: 2 doses com intervalo de 2 meses e em estudo 1 reforço 10 anos após.
- **Hepatite A e B adulto** aprovada para aplicação em crianças de 1 ano a 18 anos de idade – 2 doses com intervalo de 6 meses.
- **Lançamento da vacina TETRA VIRAL:** sarampo, caxumba, rubéola e varicela; (MSD E GSK), previsto para agosto de 2005 nos EUA.
- **PNEUMOCOCO CONJUGADA:** previsto lançamento da 11 valente cujo carreador é a proteína do Haemophilus não tipável, com ação provável também na prevenção de OMA por HIB.

RECENTES AVANÇOS:

VACINA CONTRA ROTAVÍRUS

O Rotavírus é um vírus cujo nome deriva do latim rota, que significa roda, por sua semelhança com uma roda de carroça ao ser visualizado por meio da microscopia eletrônica. Nos últimos 25 anos, ocorreram importantes avanços no conhecimento deste vírus e a sua associação com a doença diarreica em crianças, sendo reconhe-

cido atualmente como a causa mais freqüente de diarreia aguda severa em menores de dois anos de idade. É um vírus icosaédrico, pertence à família Reoviridae e compõe-se de três camadas concêntricas, uma cápside dupla (externa e interna) e um core (nucleocápside). No interior do core (nucleocápside), encontra-se o genoma formado por 11 segmentos de ARN de cadeia dupla, cada um dos quais codifica uma proteína estrutural ou não estrutural. A proteína estrutural VP6 corresponde à proteína mais abundante na partícula viral e configura a cápside interna. A cápside externa está formada pelas proteínas VP7 e VP4, que participam da absorção e penetração do vírus na célula intestinal. A proteína predominante é a VP7 e corresponde a uma glicoproteína de 34 kDa, que participa da absorção do vírus na célula, enquanto que a VP4 é uma proteína de 87 kDa com função hemaglutinante. Ambas as proteínas determinam o sorotipo, constituindo a base da classificação binária do rotavírus.

Classificação: foram descritos seis diferentes sorogrupos (A-G), dos quais só três são patogênicos para o homem (A, B, e C). Os rotavírus do grupo A representam mais de 95% dos rotavírus que infectam os humanos no mundo. São os causadores da síndrome diarreica aguda endêmica em crianças, razão pela qual compõem o grupo de maior relevância clínica, e são subdivididos em sorotipos com base em diferenças antigênicas de suas proteínas VP7 (G) e VP4 (P). Por conseguinte, a classificação de sorotipos é binária, combinando tipos G e P, expressando-se da seguinte maneira: um rotavírus VP7 tipo 1 e VP4 tipo P1A (e por conseguinte, genótipo 8) escreve-se P1A [8], G1. Com base nas proteínas VP7 e VP4 da cápside externa do rotavírus, identificaram-se 10 tipos G e 9 tipos P circulando por diversas regiões do mundo. Quatro combinações GP têm

predominado e representam mais de 95% dos rotavírus sorotipados até o momento. São eles: P1A[8]G1, P1B[4]G2, P1A[8]G3 e P1A[8]G4.

Epidemiologia: O rotavírus que contamina as mãos, os alimentos e possivelmente as secreções respiratórias, é ingerido pela pessoa exposta, acompanhando os alimentos até o intestino delgado. O vírus invade a célula apical, na qual se multiplica, ocasionando a sua própria destruição. Em resposta a esta destruição celular, ocorre uma multiplicação de células imaturas que se localizam nas criptas (o que faz aumentar a sua atividade secretora), as quais tendem a repovoar a vilosidade danificada. Ingerida a dose de infectante, (bastam dez mil partículas virais), o período de incubação (período de tempo em que o vírus está se replicando nas células intestinais sem que se manifestem os sintomas da enfermidade) é relativamente curto: entre 1 e 3 dias. A resultante do dano produzido pelo vírus é a ocorrência de diarreia aguda, que pode ser leve, moderada, ou severa, levando à desidratação e inclusive à morte de uma pequena fração de crianças que não consigam ser reidratadas a tempo. A diarreia é fundamentalmente líquida, com ou sem muco. Excepcionalmente, poderá

se fazer acompanhar de sangue. As evacuações podem ser de três a cinco ao dia ou mesmo até de mais de 20 ao dia. A ocorrência, na criança, de uma diarreia mais ou menos severa, provavelmente dependerá de um conjunto de fatores, incluindo a suscetibilidade do seu intestino à infecção, a capacidade de responder à infecção com suas defesas naturais, a quantidade de vírus que ingeriu, além de outros fatores. A presença de vômito é muito comum, ocorrendo em 80% a 90% dos infectados. O mesmo tende a preceder o início da diarreia e pode ser muito intenso. Na grande maioria dos casos, os vômitos vão cedendo por volta do segundo ao terceiro dia, período em que a diarreia vai aumentando. Provavelmente, o momento de maior risco de desidratação é quando estão presentes tanto a diarreia aguda como os vômitos, já que por um lado, o menino está perdendo água e minerais pelas evacuações. E por outro lado, não os pode repor, ao não poder ingerir as soluções reidratantes. Entre um terço e 50% das crianças também poderão apresentar febre (podendo inclusive superar os 39°C), produto da liberação de mediadores de inflamação secundários ao dano intestinal. Esse estado poderá ser acompanhado de prostração, dor abdominal e irritabilidade.

VACINA ROTAVÍRUS

Via de administração: *oral*

Volume: *1 ml*

Idade mínima: *45 dias de vida*

Idade máxima: *6 meses (24 semanas de vida)*

Número de doses: *2*

Intervalo entre as doses: *2 meses, sendo o mínimo 1 mês*

Se o bebê regurgitar, cuspir ou vomitar, não repetir a dose

Bebes de 5 meses tomam 2 doses com intervalo de 30 dias

Bebês com 6 meses tomam dose única - obs: não é a situação ideal, mas ao menos protege contra a forma mais grave que é a primeira infecção por rotavírus.



MESTRES E DOUTORES

Autor: Ana Daniela Izoton de Sadovsky

Título:
"AGENTES INFECCIOSOS ASSOCIADOS À DIARRÉIA AGUDA EM CRIANÇAS ATÉ TRÊS ANOS DE IDADE: ESTUDO EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA NO MUNICÍPIO DE VITÓRIA - ES"

Orientadora: Lílíana Cruz Spano

Coorientadora: Fausto Edmundo Lima Pereira

Nível: Mestrado

Área: Doenças Infecciosas

A diarreia aguda é uma causa importante de mortalidade infantil, nos países em desenvolvimento (OMS). A prevalência de rotavírus (RV), adenovírus (Ad), categorias diarreio-gênicas de *E. coli* (DEC), *Salmonella*, *Shigella*, *Cryptosporidium* spp., *Entamoeba histolytica* e *Giardia lamblia*, foi pesquisada em crianças até 3 anos de idade, de fevereiro de 2003 a junho de 2004. Foram obtidas 253 amostras fecais de crianças com diarreia aguda

e 78 sem diarreia, atendidas no Hospital Infantil Nossa Senhora da Glória (HINSG), Vitória - ES. O estudo das bactérias foi feito em 241 amostras fecais (12 excluídas por uso de antimicrobiano) com isolamento de colônias caracterizadas bioquimicamente como *E. coli* em 219 e 68 casos com diarreia e sem diarreia, respectivamente. Estes casos foram submetidos à sorologia com anti-soros polivalentes (EPEC e EIEC) e testes de hibridização (Hibr) para pesquisa de genes de virulência para detecção de EPEC, ETEC, EIEC, EHEC, EAEC e DAEC. RV e Ad foram pesquisados em 147 casos por ensaio imunoenzimático (EIERA) e RV em 230, através da eletroforese em gel de poli-acrilamida (EGPA). Os protozoários foram pesquisados 88 amostras por ensaio Imunoenzimático (EIE). As crianças com diarreia foram divididas em: Grupo I (88 casos = todos os

agentes pesquisados), Grupo II (147 casos = bactérias, RV e Ad - EIERA) e Grupo III (230 casos = bactérias e RV - EGPA) e as crianças sem diarreia compuseram o Grupo IV (78 casos = bactérias e RV - EGPA). Mais de 60% das amostras colhidas de crianças com diarreia aguda foram positivas para enteropatógenos, sendo as bactérias, os mais prevalentes, seguidos pelos vírus. DEC foram detectadas em 41,1% dos casos de diarreia aguda: EPEC em 3,6% (sorologia) e 9,1% (Hibr); EPEC típica (0,9 %); EPEC atípica (8,2%); EAEC (9,1%); DAEC (20,6%); EIEC (0,9%); ETEC (4,2%). Nas crianças sem diarreia, detectou-se EPEC (10,3%); EAEC (20,6%); DAEC (16,2%); ETEC (1,5%). EHEC não foi detectada. Nas crianças com diarreia aguda foram detectados *Shigella* (4,6%), *Salmonella* (2,9%), RV em 35,2% (EGPA) e 50% (EIERA); Ad

(8,2%) e *E. histolytica* (8%), *Cryptosporidium* spp. (11,4%) e *G. lamblia* (14,8%). Concluindo, EPEC típica, EIEC e ETEC foram detectadas apenas ou predominantemente nas crianças com diarreia. EPEC atípica, EAEC e DAEC não estiveram relacionadas com diarreia aguda, exceto EAEC nas crianças acima dos dois anos de idade ($p = 0,026$). RV foi agente infeccioso mais prevalente considerando somente DEC classicamente patogênicas (EPEC típica, ETEC, EIEC, *Shigella* e *Salmonella*), nos menores de 18 meses de vida e nos meses de março a setembro de 2003. As associações entre enteropatógenos foram frequentes, sendo os protozoários, o grupo de enteropatógenos com o maior número de associações. Dos protozoários avaliados, apenas *G. lamblia* parece ser agente etiológico isolado de diarreia aguda.