



Jornal Paranaense de Pediatria

EDITORES

Paulo Breno Noronha Liberalesso

Médico do Departamento de Neuropediatria e Neurofisiologia do Hospital Pequeno Príncipe; Supervisor do Programa de Residência Médica em Neuropediatria do Hospital Pequeno Príncipe.

Sérgio Antônio Antoniuk

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria; Coordenador do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas (CENEP).

EDITORES ASSOCIADOS

Aristides Schier da Cruz

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Gastroenterologia Pediátrica.

Donizetti Dimer Giamberardino Filho

Pediatra Diretor do Hospital Infantil Pequeno Príncipe.

Gilberto Pascolat

Preceptor da Residência Médica de Pediatria do Hospital Universitário Evangélico de Curitiba.

Luiza Kazuko Moriya

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina.

CONSELHO EDITORIAL

Alexandre Menna Barreto

Endocrinologista Pediátrico do Hospital Pequeno Príncipe.

Alfredo Löhr

Professor de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

Carlos A. Riedi

Professor de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Alergia-Pneumologia Pediátrica.

Geraldo Graça

Médico Endocrinologista Pediátrico; Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da UFPR.

Gislayne C. Souza Nieto

Médica Neonatologista; Chefe da UTI Neonatal do Hospital Santa Brígida; Neonatologista da UTI Neonatal do Hospital Pequeno Príncipe.

Herberto José Chong Neto

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Alergia e Imunologia; Pesquisador Associado do Serviço de Alergia e Imunologia Pediátrica, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná; Doutor em Medicina Interna, UFPR; Pós-Doutor em Saúde da Criança e do Adolescente, UFPR; Professor Titular de Medicina da Universidade Positivo.

Isac Bruck

Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

José Carlos Amador

Doutor em Pediatria pela UNICAMP. Pós-Doctor em Nutrição Enteral e Parenteral pela Universidade de Maastricht - Holanda. Professor Adjunto da Universidade Estadual de Maringá.

Katia Aceti Oliver

Neonatologista do Hospital Pequeno Príncipe e Hospital Maternidade Santa Brígida; Médica Pediatra com atuação na Área de Desenvolvimento do Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas.

Kerstin Taniguchi Abagge

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Dermatologia Pediátrica.

Lucia Helena Coutinho dos Santos

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neuropediatria.

Luiz Antônio Munhoz da Cunha

Chefe do Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe.

Luiz Ernesto Pujol

Médico plantonista do pronto-socorro do Trauma Pediátrico do Hospital do Trabalhador; Vice-Presidente do CRM-PR; Diretor do Departamento de Defesa Profissional da Associação Médica do Paraná.

Mara Albonei Pianovski

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Hematopediatria.

Margarida Fatima Fernandes Carvalho

Professora Adjunta de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina, Doutora em Pediatria pela Universidade de São Paulo.

Mariana Faucz Munhoz da Cunha

Nefrologista Pediátrica do Hospital Pequeno Príncipe.

Marina Hideko Asshiyde

Professora de Clínica Pediátrica da Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Disciplina de Infectologia Pediátrica.

Mário Vieira

Preceptor em Gastroenterologia da Residência Médica em Pediatria do Hospital Infantil Pequeno Príncipe, Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Milton Elias de Oliveira

Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Oeste do Paraná - Cascavel.

Monica Nunes Lima

Professora Associada do Departamento de Pediatria da UFPR; Coordenadora do Programa de Pós-graduação em Saúde da Criança e Adolescente do Departamento de Pediatria da UFPR.

Nelson Augusto Rosário Filho

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Alergia e Imunologia.

Nelson Itiro Miyague

Professor Adjunto do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Cardiologia Pediátrica.

Regina Paula Guimarães Vieira Cavalcante da Silva

Médica Neonatologista do Serviço de Neonatologia do Hospital de Clínicas; Professora Adjunta do Departamento de Pediatria - UFPR.

Rosana Marques Pereira

Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Endocrinologia Pediátrica.

Vania Oliveira de Carvalho

Médica Pediatra com concentração em Dermatologia Pediátrica do Hospital de Clínicas; Professora Adjunta do Departamento de Pediatria - UFPR.

DIRETORIA SPP - TRIÊNIO 2016-2018

Presidente: Kerstin Taniguchi Abagge (Curitiba)

Presidente de Honra: Eliane Mara Cesário Pereira Maluf (Curitiba)

1º Vice-Presidente: Victor Horácio de Souza Costa Junior (Curitiba)

2º Vice-Presidente: Milton Macedo de Jesus (Londrina)

3º Vice-Presidente: Kennedy Long Schisler (Foz do Iguaçu)

4º Vice-Presidente: Antonio Carlos Sanseverino Filho (Maringá)

Secretário Geral: Tsukiyo Obu Kamoi (Curitiba)

1º Secretário: Geórgia Morgenstern Milani (Curitiba)

2º Secretário: Paulo Breno Noronha Liberalesso (Curitiba)

Tesouraria

1º Tesoureiro: Cristina Terumy Okamoto (Curitiba)

2º Tesoureiro: Julio Cesar Pereira Dias (Pato Branco)

Conselho Fiscal: Armando Salvatierra Barroso (Curitiba),

Carlos Oldenburg Neto (Curitiba), Mario Cesar Vieira

(Curitiba), Fabiano Steil da Silva (Curitiba), Iná Maria Frias

Cabral Arthur (Maringá)

Comissão de Sindicância: Dorivam Nogueira (Curitiba),

Rosana Marques Pereira (Curitiba), Marcia Bandeira

(Curitiba), Renato Tamemiro (Cascavel), Heloisa Simonini

Delfino (Londrina)

Conselho Consultivo: Rosângela de Fatima Iteraminense

Garbers (Curitiba), Jocemara Gurmini (Curitiba), Marcelo

Almeida Costa (Curitiba), Wilma Suely Ribeiro Reque (Ponta

Grossa), Naiza Alessandra Dornelles (Maringá)

Diretoria de Defesa Profissional

Coordenadores: Gislayne Castro e Souza de Nieto (Curitiba),

Armando Salvatierra Barroso (Curitiba) e Milton Macedo de

Jesus (Londrina)

Diretoria de Cursos, Eventos e Promoções

Coordenadora: Gislayne Castro e Souza de Nieto (Curitiba)

Diretoria de Ensino e Pesquisa

Coordenadores: Victor Horácio de Souza Costa Junior

(Curitiba), Cristina Okamoto (Curitiba), Tony Tannous Tahan

(Curitiba) e Débora Carla Chong e Silva (Curitiba)

Diretoria de Publicações

Coordenadores: Sérgio Antoniuk (Curitiba), Paulo Breno

Noronha Liberalesso (Curitiba) e Vania Oliveira de Carvalho

(Curitiba)

Diretoria de Relações

Coordenador: Kennedy Long Schisler (Foz do Iguaçu)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DA SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA

Departamento de Adolescência

Presidente: Iolanda Maria Novadzki

Departamento de Aleitamento Materno e Puericultura

Presidente: Marcelo Grott Lobo

Departamento de Alergia - Imunologia

Presidente: Alexsandro Zavadniack

Departamento de Cardiologia

Presidente: Cristiane Nogueira Binotto

Departamento de Dermatologia

Presidente: Juliana Loyola

Departamento de Endocrinologia

Presidente: Rosana Marques Pereira

Departamento de Gastroenterologia

Presidente: Mário Cesar Vieira

Departamento de Hemato-Oncologia

Presidente: Lisandro Lima Ribeiro

Departamento de Infectologia

Presidente: Tony Tannous Tahan

Departamento de Nefrologia

Presidente: Lucimary de Castro Sylvestre

Departamento de Neonatologia

Presidente: Regina Vieira Cavalcante Silva

Departamento de Neurologia

Presidente: Simone Karuta

Departamento de Nutrologia

Presidente: Denise Tiemi Miyakawa

Departamento de Otorrinolaringologia

Presidente: Rodrigo Guimarães Pereira

Departamento de Pneumologia

Presidente: Débora Carla Chong e Silva

Departamento de Reumatologia

Presidente: Marcia Bandeira

Departamento de Saúde Mental

Presidente: Jussara Ribeiro dos Santos Varassin

Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente

Presidente: Luci Yara Pfeiffer

Departamento de Suporte Nutricional

Presidente: Izaura Merola Faria

Departamento de Terapia Intensiva

Presidente: Sandra Lange Zaponi Melek

Referência em Genética

Salmo Raskin

Referência em Oftalmologia

Ana Tereza Ramos Moreira e Christie Graf Ribeiro

Referência em Ortopedia

Edilson Forlim e Jamil Faisal Soni

Referência em Radiologia

Dolores Bustelo

JORNAL PARANAENSE DE PEDIATRIA - ANO 17, NÚMERO 04, 2016.

O Jornal Paranaense de Pediatria é o órgão oficial da Sociedade Paranaense de Pediatria para publicações científicas.

Correspondência para: SPP - Rua Des. Vieira Cavalcanti, 550 - 80510-090 - Curitiba-PR - Tiragem: 500 exemplares

Sociedade Paranaense de Pediatria - Rua Des. Vieira Cavalcanti, 550 Telefone: 41 3223-2570 Fax: 41 3324-7874 Curitiba-PR

Http://www.spp.org.br - e-mail: sppediatria@hotmail.com

Projeto gráfico, diagramação e editoração: Fidellize Marketing Ltda. Tel.: 41 99644-8959 fidellize25@yahoo.com.br Curitiba-PR

Impressão: Topgraf Editora e Gráfica Ltda.

EDITORIAL

O ano de 2016 termina e um novo ciclo se inicia. A Sociedade Paranaense de Pediatria levou vários eventos para as cidades de Pato Branco, Francisco Beltrão e Londrina. Vários cursos PALS foram realizados no ano de 2016 e foi editado o Manual Nascer Prematuro pela SBP com a participação de neonatologistas do Paraná. Foram muitas conquistas para um ano e já estão programados eventos para Cascavel e Maringá em 2017, bem como dois cursos CANP, a Jornada Paranaense Integrada GastroNutroAlergo em março, o “Criança à Flor da Pele” em maio, a XII Jornada Paranaense de Terapia Intensiva e Emergências Pediátricas em agosto e o XVII Congresso Paranaense de Pediatria e IX Jornada Paranaense Integrada – Alergia e Imunologia – Dermatologia – Pneumologia em outubro. As datas do Clube da Dermatite (grupo de apoio às crianças com dermatite atópica) também já estão definidas e os eventos e novidades podem ser vistos no site www.spp.org.br ou na nossa página do Facebook: @sociedadeparanaensedepediatria. Confira!

Nesse número do Jornal Paranaense de Pediatria, o alerta ao uso precoce de cosméticos em crianças e adolescentes, doenças com manifestações cutâneas e a utilização do *checklist* de autismo por professores e familiares de pré-escolas.

Um bom final de ano a todos e um 2017 cheio de conquistas e realizações!

Kerstin Taniguchi Abagge

Presidente da Sociedade Paranaense de Pediatria

USO DE COSMÉTICOS E HÁBITOS DE HIGIENE NA INFÂNCIA

USE OF COSMETICS AND HYGIENE HABITS IN CHILDREN

Mayara S. C. Rosvailer¹, Thayane G. Melo², Victor R. Gomes², Anai C. H. Gasperin², Vânia O. Carvalho³
Instituição vinculada: Departamento de Pediatria - Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba-PR

Resumo

Objetivo: avaliar os hábitos de higiene e uso de cosméticos na população pediátrica.

Método: estudo transversal realizado em menores de 12 anos que aguardavam consulta nos ambulatórios da Pediatria do Hospital de Clínicas UFPR de fevereiro a agosto de 2015. A avaliação foi realizada através de questionário sobre uso de cosméticos. Os resultados foram analisados por meio do Microsoft Excel e JMP 10 e Statistica 10.0®. Foram aplicados os testes qui-quadrado de Pearson, qui-quadrado para tendências lineares, t de Student e Mann-Whitney considerado nível de significância de 5%.

Resultados: foram realizadas 181 entrevistas, 29% da amostra foi composta por lactentes, 44% de pré-escolares, 27% de escolares e 61% eram meninos. Entre os lactentes, 78,8% tomavam entre um e dois banhos ao dia e 51,9% permaneciam mais de dez minutos no banho. Utilizavam algum cosmético 67,4% dos entrevistados acima de 2 anos, e 5% destes iniciaram o uso no primeiro ano de vida. A mediana de idade dos que utilizavam cosméticos foi de 6 anos. Mães com nível superior de escolaridade tiveram maior tendência de utilizar cosméticos em seus filhos com $p=0,10$. O protetor solar não era utilizado por 27% e dos que usavam, 53% o faziam apenas na praia ou sol. A tatuagem de henna havia sido realizada por 6 crianças com idade entre 4 e 9 anos.

Conclusão: as crianças têm hábitos de higiene inadequados e são expostas aos cosméticos precocemente.

Palavras-chave: cosméticos; crianças; produtos para higiene pessoal.

Abstract

Objective: to assess the hygiene and cosmetic use in the pediatric population.

Methods: cross-sectional study with children under 12 years waiting for consultation in the outpatient Clinics UFPR Hospital of Pediatrics in the period from February to August 2015. The evaluation was conducted through a structured questionnaire-based interview for cosmetic use. The results were analyzed using Microsoft Excel and JMP 10 and Statistica 10.0®. The chi-squared tests, chi-square test for linear trends, Student t test and Mann-Whitney considered a significance level of 5% were applied.

Results: we performed 181 interviews, 29% of the sample consisted of infants, 44% of preschool children, 27% of students and 61% were boys. Among infants, 78.80% took between one and two baths daily and 51.92% remained more than ten minutes in the bath. They used some cosmetic 67.4% of respondents over 2 years and 5% of these started using in the first year of life. The median age of those who used cosmetics was 6 years old, mothers with higher education were more likely to use cosmetics on their children with $p = 0.10$. The sunscreen was not used by 27% and of those who used 53% did so only on the beach or sun. The henna tattoo was performed by six children aged between 4 and 9 years.

Conclusion: children have inadequate hygiene habits and use to cosmetics too early.

Key words: cosmetics; children; personal hygiene products.

1. Especializanda da Dermatologia Pediátrica da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

2. Acadêmicos do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

3. Professora Adjunta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná. Curitiba, PR, Brasil.

MSCR: Rua José Izidoro Biazetto, 845, ap. 302, bloco1 81200-240 Curitiba-PR

e-mail: mayarasc@gmail.com

Introdução

A pele da criança é diferente da do adulto na sua estrutura, função e composição^{1,2}. A barreira cutânea é eficiente ao nascimento em bebês a termo e saudáveis, no entanto é mais fina e frágil até os 12 meses de vida e continua a desenvolver-se ao longo da infância¹.

Por esses motivos, os cuidados com a pele infantil devem ser diferenciados daqueles realizados pela população adulta, assim como os produtos de higiene pessoal e cosméticos nela aplicados³. Segurança é o fator em destaque quando o assunto é manter a pele infantil saudável e, para isso, torna-se fundamental a escolha criteriosa dos ingredientes que compõem os produtos de higiene e cosméticos, uma vez que a pele da criança se assemelha a do adulto somente a partir dos 2 a 3 anos de idade^{4,5}.

Conforme disposto nos artigos 3º e 26º da Lei 6.360/76 e artigos 3º, 49º e 50º do Decreto 79094/77 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), "cosméticos são preparações constituídas por substâncias naturais ou sintéticas, de uso externo nas diversas partes do corpo humano, pele, sistema capilar, unhas, lábios, órgãos genitais externos, dentes e membranas mucosas da cavidade oral, com objetivo exclusivo ou principal de limpar, perfumar, alterar sua aparência e/ou corrigir os odores corporais e/ou proteger ou mantê-los em bom estado"⁶.

Devido ao crescente uso de cosméticos na população infantil, a ANVISA em conjunto com o Ministério da Saúde analisou detalhadamente alguns destes produtos, e avaliou sua conformidade com a legislação sanitária vigente, incluindo análise da segurança do produto e da rotulagem⁷.

Requisitos para a classificação do produto como infantil são que este seja à base d'água, de baixa fixação e não apresente toxicidade oral⁷. Não é rotina testar estes produtos quanto ao seu potencial alergênico tanto pelo uso esporádico quanto por uso crônico^{4,5,8}.

O crescente uso de produtos cosméticos na população infantil deve-se ao progressivo investimento em marketing nesta área do comércio e presença marcante deste tipo de produto nos mais variados locais de venda. A cosmética envolve importante interesse comercial e investimento por parte dos laboratórios, não deixando os pais e mesmo as crianças indiferentes ao apelo publicitário⁴.

Apesar de existirem guias destinados à determinação de cuidados de higiene¹ e fotoproteção⁹ adequados na população pediátrica, há poucas pesquisas que apontam quais cosméticos a população utiliza na pele infantil e qual a frequência do uso desses produtos. O presente estudo se propõe a avaliar os hábitos de higiene e o uso de produtos cosméticos na população pediátrica.

Métodos

Estudo transversal e analítico que incluiu crianças e adolescentes menores de 12 anos que aguardavam consulta nos ambulatórios da Pediatria de um hospital terciário no período de fevereiro a agosto de 2015. A avaliação foi realizada após concordância do responsável por meio de entrevista baseada em questionário estruturado sobre uso de cosméticos. Foram incluídas todas as crianças que aguardavam consulta nos ambulatórios de Pediatria, independente do diagnóstico, que concordaram em participar do estudo e cujos responsáveis assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. O Projeto de

Pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição.

As entrevistas foram realizadas por três estudantes de medicina do 5º período na sala de espera do SAM 2. A amostra foi de conveniência, os pais foram convidados a participar do estudo no momento em que aguardavam a consulta. Foram incluídas as crianças de 1 a 12 anos cujos responsáveis concordaram em participar.

Foram analisadas as seguintes variáveis: idade e sexo dos pacientes, idade e escolaridade materna, número de banhos semanais, tipo de banho (chuveiro, banheira ou ambos), duração do banho, uso de sabonete e tipo de sabonete utilizado, uso de xampu e tipo de xampu utilizado, uso de hidratante, de protetor solar e algum outro cosmético. Quanto ao uso de cosméticos, foi questionado uso de batom, esmalte, sombra, gel de cabelo, lápis de olho, delineador, rímel, base/pó e blush. Foi perguntada a idade de início do uso de cosméticos e o que motivou sua utilização. Questionou-se a realização de tatuagem de henna e tintura de cabelo.

Foi utilizada a distribuição por faixa etária de Marcondes: lactente (0 a 2 anos), pré-escolar (3 a 6 anos) e escolar (7 a 12 anos). Para análise dos cuidados de higiene em lactentes, estes foram distribuídos conforme idade em meses: 0 a 3 meses, 4 a 6 meses, 7 a 9 meses, 10 a 12 meses e 12 a 24 meses. O número de banhos foi distribuído em 3 grupos conforme a frequência de banhos ao dia: menos de 1 banho ao dia, entre 1 e 2 banhos ao dia, acima de 2 banhos ao dia. A duração do banho foi distribuída em três grupos: menos de 5 minutos, entre 5 e 10 minutos e mais de 10 minutos.

Os dados foram tabulados em planilha Microsoft Excel® e analisados no programa JMP 10.0® e Statistica 10.0® (Statsoft® - Tulsa, OK). Para análise dos dados foram aplicados os testes qui-quadrado de Pearson, qui-quadrado para tendências lineares, t de Student e Mann-Whitney. Para todos os testes foi considerado o nível de significância de 5%.

Resultados

Das 181 crianças, 29% eram lactentes, 44% pré-escolares e 27% escolares. O sexo era o masculino em 61%. Dentre os lactentes 23% tinham de 0 a 3 meses, 15% de 4 a 6 meses, 14% de 7 a 9 meses, 8% de 10 a 12 meses e 40% estavam no segundo ano de vida.

Quanto a escolaridade materna, 15% possuíam nível superior, 52% médio e 33% fundamental. A mediana de idade materna foi de 30 anos, com mínima de 15 anos e máxima de 46 anos.

Os lactentes totalizaram 52 pacientes, e 65% eram do sexo masculino. Destes, 78,8% tomavam de 1 a 2 banhos ao dia, 32,6% permaneciam de 5 a 10 minutos no banho, 76,9% usavam a banheira, 92,3% utilizavam sabonete infantil e 48% aplicava hidratante (tabela 1). Observou-se que o banho prolongado (acima de 10 minutos) foi frequente entre os lactentes, independentemente da idade ou escolaridade materna, correspondendo a 50% da amostra. Com relação ao número de banhos ao dia, as mães com menor escolaridade submeteram os lactentes a mais de 2 banhos ao dia ou menos de 1 banho ao dia, e isso não foi observado e entre as mães com maior escolaridade (gráfico 1). O xampu infantil foi utilizado por 86,5% dos lactentes, o sabonete infantil por 96,1% deles e as duas mães que utilizaram sabonete destinado a adultos tinham ensino fundamental. Entre os 48% de lactentes em que se

observou uso de hidratantes, 62,5% relataram uso diário de emolientes e 37,5% uso esporádico.

Os cuidados de higiene e o uso de produtos cosméticos foram avaliados nas crianças acima de 2 anos de idade, que totalizaram 129 pacientes sendo 60% do sexo masculino. O número de banhos ao dia em 59% foi menor que 2. O tempo no banho em 31% foi entre 5 e 10 minutos, 47% utilizavam sabonete infantil e 65% xampu infantil e o restante utilizava produtos destinados aos adultos. O hidratante era utilizado por 69% das crianças. Destes, 60,8% hidratavam a pele diariamente e 39,1% faziam uso eventual de emolientes. O protetor solar era utilizado por 72,8%, no entanto o uso era diário em 24% dos entrevistados (tabela 2). Utilizavam maquiagem 67,4% dos entrevistados entre 2 e 12 anos, e 5% iniciou o uso de cosméticos no primeiro ano de vida (tabela 3).

A mediana de idade dos que utilizavam outros cosméticos além de sabonete e xampu foi de 6 anos (2-12 anos) e daqueles que não utilizavam foi de 4,0 anos (1-12anos). A distribuição do percentual de pacientes que utilizavam estes produtos conforme a idade é demonstrada no gráfico 2.

Mães com nível superior tiveram maior tendência de utilizar cosméticos em seus filhos com $p=0,10$ (gráfico 3).

A tatuagem de henna havia sido realizada em 6 crianças com idade entre 4 e 9 anos, a pedido da criança em 5 casos, e em uma criança de 9 anos por desejo dos pais.

Discussão

Cuidados de higiene inadequados e uso precoce de cosméticos foram hábitos frequentes na população estudada. Sabe-se que crianças devem utilizar produtos infantis, pois são fabricados com o intuito de manter as características da sua pele^{4,5}. A criança é um ser em desenvolvimento e sua pele difere por ser 30% mais fina do que a do adulto até os 12 meses, além disto ela perde mais líquido e também tem maior poder de absorção¹. Assim os cuidados a serem tomados com a sua pele também são diferentes, pois ela é mais sensível. Tem sido observado o uso cada vez mais precoce de produtos de beleza como batom, brilho labial e sombra em crianças⁴.

Os dados apresentados demonstram que muitas crianças realizam a higiene da pele de maneira inadequada, com frequência e duração do banho superior à recomendada, produtos de limpeza destinados a adultos e uso de protetor solar apenas nos dias ensolarados. Sabonetes, emolientes e água são medidas capazes de manter a pele saudável. A limpeza adequada da pele infantil é fundamental para eliminar substâncias potencialmente irritantes como a saliva, fezes, urina, secreções nasais, sujidade e microrganismos¹. Os produtos de limpeza utilizados nas crianças devem ser suaves, sem fragrância, com pH ligeiramente ácido, além de não irritar a pele e os olhos¹⁰. Está demonstrado que o banho com utilização de sabonetes líquidos que não alterem o pH da superfície cutânea e nem irrite a pele é mais eficiente que o banho apenas com água³. Os produtos de limpeza infantis são classificados de acordo com o surfactante utilizado. Os syndets são baseados em detergentes sintéticos que são neutros ou ácidos, com $pH < 7$. Já os agentes de limpeza baseados em sabões são alcalinos e tem maior possibilidade de irritar a pele quando comparados aos sintéticos¹¹. Os sabonetes sintéticos causam menor eliminação de lipídeos e menor perda transepidermica de água, quando comparados com sabonetes alcalinos^{12,13}. O uso de sabonetes adequados que não alterem o pH normal da pele deve

fazer parte das orientações de higiene infantil. É fundamental que as crianças utilizem sabonetes destinados à população infantil a fim de manter a barreira cutânea normal. O presente estudo demonstrou que a maioria dos lactentes utilizou o sabonete ideal, no entanto entre os pré-escolares e escolares mais da metade usava sabonete destinado à população adulta.

A frequência de banho varia em cada país e é influenciada por fatores individuais, sociais e culturais³. Nos lactentes estudados, 78,8% tomavam de 1 a 2 banhos ao dia. O banho com temperatura adequada leva à menor perda de calor e traz conforto para a criança, desta forma o ideal é utilizar água morna, uma vez que a temperatura de 37,0 - 37,5°C preserva a estabilidade térmica e não aumenta a perda transepidermica de água¹³. O tempo ideal para o banho, sobretudo em crianças com pele seca, deve ser de 5 a 10 minutos¹², o que foi encontrado em 32,7% dos lactentes estudados. Banhos prolongados ocasionam maior perda transepidermica de água¹³.

O uso de emolientes em pacientes com pele xerótica é fundamental¹⁴. Escolher o emoliente correto é importante, pois apesar da melhora na qualidade da barreira cutânea podem ter ação irritante, sobretudo com uso diário. O benefício do uso de emolientes rotineiramente em crianças com pele normal ainda necessita de mais estudos¹. Na população estudada, 48% dos lactentes e 69% das crianças de 2 a 12 anos usavam emolientes.

A fotoproteção adequada é uma medida essencial em saúde pública para todas as faixas etárias, particularmente na prevenção das neoplasias cutâneas⁹. Na população estudada, 38,4% dos lactentes e 72,8% das crianças de 2 a 12 anos usavam protetor solar. Porém, apenas 24,8% das crianças entre 2 a 12 anos usavam protetor solar diariamente. Dupont e Pereira, em estudo publicado em 2012, avaliaram o uso de protetor solar na população pediátrica, concluindo que 8,1% utilizavam o protetor solar diariamente¹⁵.

No presente estudo foi observado que 67,5% das crianças de 2 a 12 anos usavam maquiagem, o que destoa de pesquisa realizada em 2015 na França que destacou uso de maquiagem variando entre 11 e 19% nas meninas entre 4 e 14 anos de idade¹⁶. A alta frequência do uso de maquiagem encontrada no presente estudo nos coloca frente a uma realidade que não é isenta de riscos. Acredita-se que as crianças são mais susceptíveis aos efeitos da exposição a agentes químicos por possuírem sistema imunológico imaturo, maiores taxas metabólicas e maior superfície corporal proporcional⁵. O impacto do uso pediátrico habitual de produtos cosméticos pode não ser imediatamente visível, apresentando-se após anos de exposição⁸.

O mercado da cosmética e dos produtos para a pele da criança tem evoluído muito nos últimos anos, tornando-se apelativo ao consumo exagerado⁴. Novas substâncias são introduzidas no mercado em velocidade incompatível com a testagem de segurança das mesmas, sendo estas consumidas antes que pesquisas sejam realizadas³. Como profissionais de saúde devemos assumir a responsabilidade nesta área da saúde da criança, rejeitando hábitos consumistas e prescrevendo o uso adequado de produtos de higiene e cosméticos para a população infantil⁴.

Conclusões

A população pediátrica possui hábitos de higiene inadequados e utiliza produtos cosméticos que são destinados à pele do adulto. Grande parte dos responsáveis não

possui a informação necessária para cuidar adequadamente da pele de seus filhos e acredita que o uso precoce de cosméticos é inofensivo. Devido à proximidade que pos-

suímos com o paciente e com sua família, cabe a nós, pediatras, orientar o uso correto de produtos de higiene e cosméticos na população infantil.

Tabela 1. Sexo e características de banho dos lactentes.

	Número absoluto (%)
Sexo	
Masculino	34 (65%)
Feminino	18 (35%)
Banhos ao dia	Número absoluto (%)
<1	2 (3,8%)
1 a 2	41 (78,8%)
> 2	9 (17,3%)
Tempo no banho	Número absoluto (%)
< 5 minutos	9 (17,3%)
5- 10 minutos	17 (32,69%)
> 10 minutos	26 (50%)
Uso de hidratante	Número absoluto (%)
Sim	25 (48%)
Não	27 (52%)

Tabela 2. Gênero e cuidados com a pele na população de 2 a 12 anos.

	Número (%)
Gênero	
Masculino	77 (60%)
Feminino	52 (40%)
Número de banhos ao dia	Número (%)
Até 1	64 (50%)
1 a 2	12 (9%)
2 ou mais	53 (41%)
Tempo no banho	Número (%)
< 5 minutos	20 (15,5%)
5- 10 minutos	40 (31%)
> 10 minutos	69 (53,5%)
Uso de hidratante	Número (%)
Sim	88 (69%)
Não	41 (31%)
Uso de protetor solar	Número (%)
Não	35 (27%)
Diário	32 (24,8%)
Esporádico	62 (48,2%)

Tabela 3. Percentual de pacientes que utilizavam cosméticos diferentes de sabonete e xampu na população de 2 a 12 anos.

Tipo de cosmético	Número absoluto* (%)
Gel de cabelo	62 (48%)
Perfume	96 (74,4%)
Desodorante	20 (15,5%)
Esmalte	39 (30%)
Sombra	16 (12,4%)
Base	2 (1,5%)
Batom	30 (23,2%)
Pó ou Blush	5 (3,8%)
Rímel	6 (4,6%)
Delineador	3 (2,32%)

*cada paciente utilizava mais de um produto.

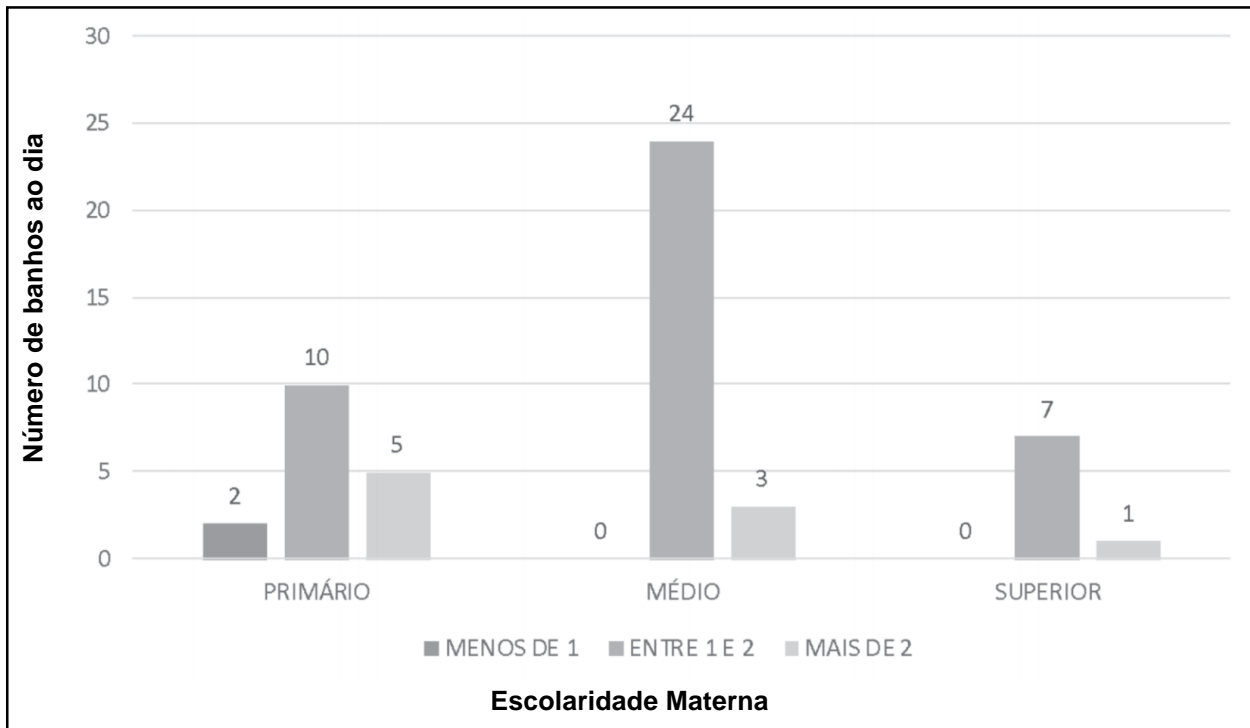


Gráfico 1. Número de banho ao dia dos lactentes conforme escolaridade materna.

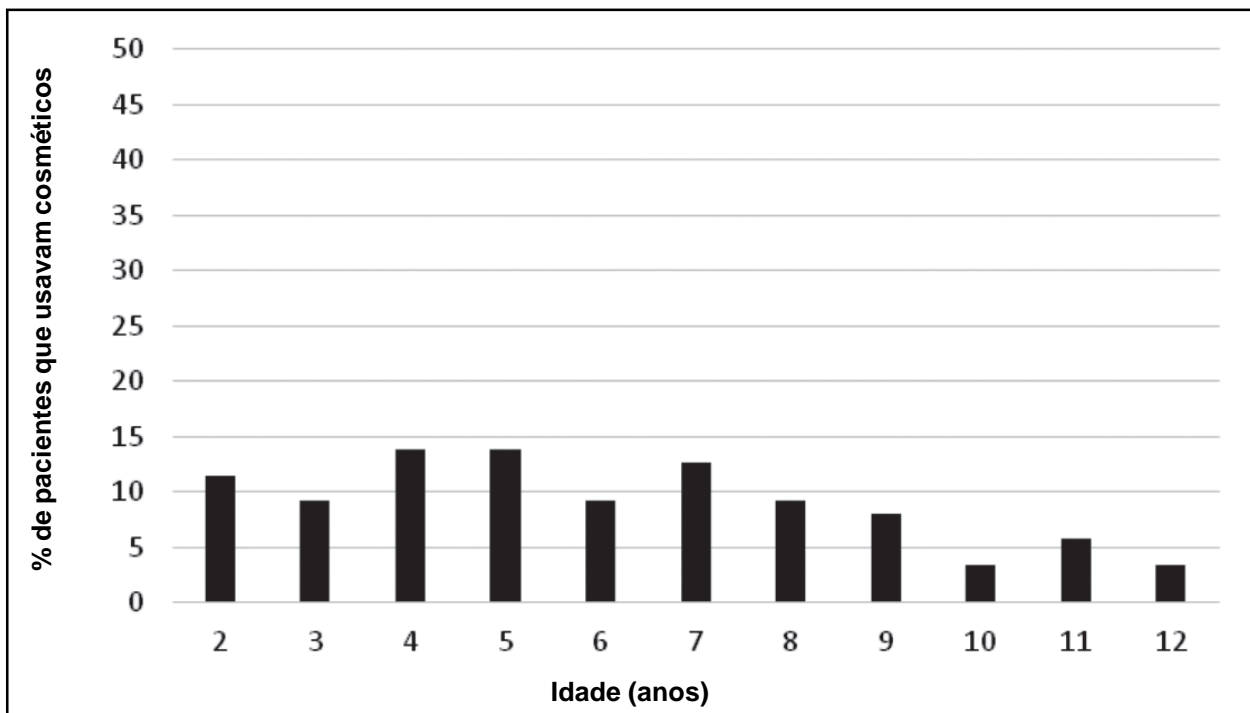


Gráfico 2. Distribuição dos pacientes que utilizavam cosméticos além de xampu e sabonete conforme a idade.

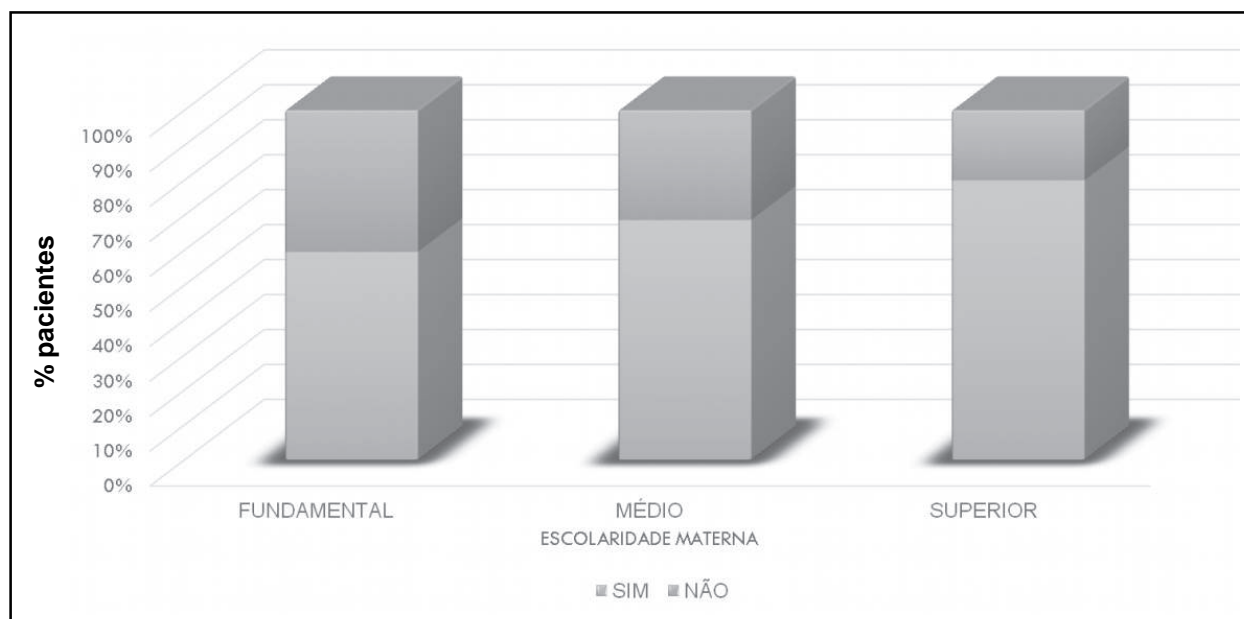


Gráfico 3. Distribuição do percentual de pacientes que utilizavam cosméticos conforme a escolaridade materna.

Referências Bibliográficas

- Telofski L.A., A. Morello A.P, MackCorrea M.C et al.. The Infant Skin Barrier: Can We Preserve, Protect, and Enhance the Barrier? *Dermatology Research and Practice* volume 2012 Article.
- Satamatas G.N., Nikolovski J., Luedtke M.A., et.al. Infant skin microstructure assessed in vivo differs from adult skin in organization and the cellular level. *Pediatr. Dermatol.* 2010; 27:125-31.
- Blume-Peytavi U., Hauser M., Stamatas G.N., et al. Skin Care Practices for newborns and infants: review of the clinical evidence for best practices. *Pediatr. Dermatol.* 2012; 29(1): 1-14.
- Pinheiro LA, Pineiro AE. A pele da criança. A cosmética infantil será um mito?. *Acta Pediatr Port* 2007;38(5):200-8.
- Manová E, Goetz NV, Keller C, et al. Use Patterns of Leave-on Personal Care Products among Swiss-German Children, Adolescents, and Adults. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2013, 10, 2778-98.
- Brazilian Sanitary Surveillance Agency-Guideline for the safety evaluation of cosmetic Products. *Brazilia*.2002.
- Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa). *Cosméticos Infantis*. Brasília.
- Schalka S, Steiner D, Ravelli FN, et al. Consenso Brasileiro de Fotoproteção. *An Bras Dermatol.* 2014;89(6 Supl 1):S6-75.
- Grandjean P, Bellinger D, Bergman A et al. The Faroes statement: Human health effects of developmental exposure to chemicals in our environment. *Basic Clin. Pharmacol. Toxicol.* 2008,102, 73-75.
- Fernandes J.D., Rivitti M.C., Oliveira Z.N.P. Prevenção e cuidados com a pele da criança e do recém-nascido. *An Bras Dermatol.* 2011; 86(1):102-10.
- Saba M. Ali and Gil Yosipovitch Skin pH: From Basic Science to Basic Skin Care *Int J Cosmet Sci.* 2013 Jan 30.
- Rippke F, Schreiner V, Schwanitz HJ. The acidic milieu of the horny layer: New findings on the physiology and pathophysiology of skin pH. *Am J Clin Dermatol* 2002; 3: 261-72.
- Statmatas G N. Walter R M., Telofski LS. Keeping Infant Skin Healthy through Proper Cleansing. Chapter I In *Skin Care*. Ed - . Nova Science Publishers Sandra. M. Hayes, 2011.
- Gelmetti C, Boralevi F, Seité S, et al. Quality of life of parents living with a child suffering from atopic dermatitis before and after a 3-month treatment with an emollient. *Pediatr Dermatol.* 2012; 29(6):714-8.
- Dupont L, Pereira DN. Sun exposure and sun protection habits in high school students from a city south of the country. *An Bras Dermatol.*2012; 87(1): 90-5.
- Ficheux AS, Wesolek N, Chevillotte G et al. Consumption of cosmetic products by the French population. First part: Frequency data. *Food and Chemical Toxicology.* 2015; 78: 159-169.

UTILIZAÇÃO DO MODIFIED CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS (M-CHAT) POR FAMILIARES E PROFESSORES DE PRÉ-ESCOLAS

USE OF MODIFIED CHECKLIST FOR AUTISM IN TODDLERS (M-CHAT) FOR FAMILY MEMBERS AND PRESCHOOL TEACHERS

Cristina A. da Silva¹, Isac Bruck², Marcia Olandoski³, Márcia M. L. de Carvalho⁴, Amanda B. dos Santos⁵, Sérgio A. Antoniuk⁶
Instituição vinculada: Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná (UFPR) - Curitiba-PR

Resumo

Objetivo: o M-CHAT é um instrumento mundialmente utilizado para o rastreamento precoce do Transtorno do Espectro Autista (TEA). Estudou-se a sensibilidade, a especificidade e outros índices do M-CHAT respondido por familiares e professores de crianças pré-escolares.

Método: o M-CHAT foi aplicado e comparado à avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor. Esta avaliação foi composta pelo Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver (TTDD), pela Childhood Scale for Autism in Toddlers (CARS) e pelos critérios para TEA quarta edição revisada do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM IV-R).

Resultados: a sensibilidade do M-CHAT respondido por familiares e por professores foi respectivamente de 60,0% e 20,0%; a especificidade de 85,9% e 78,8% e o VPP de 0,18 e 0,04%.

Conclusões: neste estudo, o M-CHAT respondido por familiares foi útil para a triagem precoce de crianças em risco para TEA. Outros estudos sobre o M-CHAT são necessários em nosso meio.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; programas de rastreamento; diagnóstico precoce; M-CHAT.

Abstrat

Objective: the M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers) is a tool used worldwide for early screening of Autism Spectrum Disorder (ASD). Sensitivity, specificity and other indexes were studied in the M-CHAT answered by family members and teachers of preschool children.

Method: the M-CHAT was applied and compared to the evaluation of neuropsychomotor development. This evaluation was compiled from the Denver Developmental Screening Test (DDST), the Childhood Autism Rating Scale (CARS) and the ASD criteria from the fourth revised edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV-R).

Results: the sensitivity of the M-CHAT answered by family members and teachers were respectively 60.0% and 20.0%; specificity 85.9% and 78.8% and the Positive Predictive Value (PPV) 17.6% and 4.5%.

Conclusions: M-CHAT answered by family members was useful for early screening of children at risk for ASD. Further studies on the M-CHAT are necessary in our community.

Key words: Autism Spectrum disorder; mass screening; early diagnosis; M-CHAT.

1. Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente, com área de concentração em Neurologia Pediátrica pela Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. 2. Professor Assistente de Neuropediatria do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil. 3. Professora Adjunta de Bioestatística da Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica de Curitiba, Paraná, Brasil. 4. Fonoaudióloga com especialização em intervenção precoce, Curitiba, Paraná, Brasil. 5. Psicóloga mestranda em Ciência dos Distúrbios do Desenvolvimento e Análise Aplicada do Comportamento Avançada da New Southeastern University, Flórida, Estados Unidos da América. 6. Professor Adjunto de Neuropediatria do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Curitiba, Brasil.

Introdução

Estima-se que 1 em cada 68 crianças sejam portadoras do TEA nos Estados Unidos da América (EUA). A maioria dessas crianças recebe o diagnóstico aos 40 meses de vida naquele país^{1,2}.

O TEA é caracterizado por déficits persistentes na comunicação e interação social em múltiplos contextos e por padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades. Os primeiros sintomas do TEA estão frequentemente relacionados a Atrasos no Desenvolvimento da Linguagem, acompanhados por redução do interesse social ou por uma interação social atípica³. Este transtorno é descrito na décima edição da Classificação Internacional de Doenças (CID 10) como Transtornos Globais do Desenvolvimento (TGD)⁴.

Há consenso entre a maioria dos pesquisadores que a intervenção em idade precoce é um dos fatores determinantes no tratamento e prognóstico de muitas crianças com TEA⁵. Para facilitar a identificação precoce de crianças que possam necessitar de serviços especializados e aprimorar o diagnóstico precoce do TEA, testes de triagem populacional para TEA são sugeridos por diversas instituições, como a Academia Americana de Pediatria⁶ e a Sociedade Brasileira de Pediatria⁷.

O CHAT (Checklist for Autism in Toddlers), elaborado por Baron-Cohen e colaboradores, foi o primeiro teste de triagem para o rastreamento populacional do TEA⁸. No entanto, estudos de seguimento detectaram baixos índices de sensibilidade deste instrumento (probabilidade de a criança com TEA ser corretamente identificada pelo instrumento), os quais se situaram entre 20% a 38%⁹.

O M-CHAT, idealizado por Robins e colaboradores, foi estruturado a partir do CHAT, sendo direcionado para crianças com idades entre 16 a 30 meses. É composto por 23 perguntas dirigidas aos cuidadores¹⁰. Quando a criança for considerada de risco pelo instrumento, uma entrevista estruturada (*Modified Checklist for Autism in Toddlers with Follow Up - M-CHAT/F*) poderá ser realizada visando a confirmação das perguntas inicialmente consideradas de risco¹¹. Estudos evidenciaram que o M-CHAT, quando associado ao M-CHAT/F e utilizado em nível primário de saúde, apresenta valor preditivo positivo (VPP) de 50%. O VPP do M-CHAT é a qualidade do teste em prever que a criança realmente apresenta TEA¹. Outras pesquisas sobre o M-CHAT sem o M-CHAT/F apontam benefícios na sua utilização, mas evidenciaram sensibilidade e especificidade moderadas, propondo que o instrumento seja utilizado como parte da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor¹².

Os riscos e os benefícios na adoção de testes de triagem populacionais para TEA em nível primário de saúde são foco de estudos e controvérsias. No entanto, há evidências científicas que esta prática favorece o diagnóstico precoce de muitas crianças com TEA¹³⁻¹⁵.

A importância do sistema educacional em relação à identificação precoce de crianças em risco para TEA tem sido objeto de pesquisas. Segundo Dereu e colaboradores, os professores vivenciam muitas oportunidades de observação de crianças, possuem conhecimento sobre o desenvolvimento infantil e podem comparar uma criança em relação ao grupo da mesma idade¹⁶. Andersson e colaboradores obtiveram excelente concordância entre avaliações informais realizadas por professores de pré-escolas e avaliações formais realizadas em clínicas especializadas em relação aos sinais de risco para TEA em pré-escolares¹⁷. Estudo de prevalência do TEA nos EUA

sugere que o sistema educacional contribui para o diagnóstico de crianças com TEA naquele país².

Os objetivos deste estudo foram detectar a sensibilidade, a especificidade e outros índices do M-CHAT respondido por familiares e por professores de Centros Municipais de Educação Infantil (CMEI) de Curitiba, Paraná, Brasil, visando contribuir para a identificação precoce de crianças em risco para TEA na população estudada.

Método

Utilizou-se a versão do M-CHAT traduzida para o português do Brasil por Losapio e Pondé¹⁸. O quadro 1 apresenta esta tradução.

Realizou-se estudo de rastreamento. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (UFPR), com dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e pela Secretaria Municipal de Educação (SME) do Município de Curitiba. Em Curitiba, Paraná, a oferta de vagas em CMEI se destina, prioritariamente, para crianças em maior risco biopsicossocial. Foram incluídas todas as crianças com idades entre 18 a 24 meses que frequentavam CMEI de uma região de Curitiba em maio de 2010. Foram excluídas crianças cujos responsáveis legais não concordaram com o estudo, crianças com preenchimento inadequado do M-CHAT que inviabilizou a classificação da criança como "de risco" ou "não de risco" e crianças que foram desligadas dos CMEI antes do término do estudo. A amostra foi não probabilística e por conveniência. Para o cálculo do tamanho da amostra considerou-se uma margem de erro de 4%, com um grau de confiança de 95% para a estimativa da proporção de crianças em risco para TEA em CMEI de uma região de Curitiba. O M-CHAT foi respondido por familiares e por professores de forma independente. Cada criança foi classificada pelo M-CHAT respondido por familiares e pelo M-CHAT respondido por professores como "de risco para TEA" (reprovação em 3 ou mais das 23 perguntas ou de 2 das 6 perguntas críticas: perguntas 2, 7, 9, 11, 12 e 13) ou "não de risco para TEA"¹⁰. Após isso, equipe interdisciplinar (formada por uma médica, uma fonoaudióloga e uma aluna de psicologia) realizou avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor de cada uma das crianças nos próprios CMEI.

Para esta avaliação utilizou-se o TTDD, visando a padronização de crianças em risco para atraso no desenvolvimento¹⁹, a CARS²⁰ e os critérios para TEA do DSM IV-R²¹. A avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor foi elaborada baseando-se em todas as observações obtidas. Esta avaliação foi considerada o padrão-ouro do estudo²² e comparada aos resultados do M-CHAT respondido por familiares e por professores. As avaliadoras não foram informadas dos resultados do M-CHAT antes da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor. Foram construídos intervalos de confiança (IC) de 95% para as estimativas da sensibilidade e especificidade do M-CHAT. Para avaliar a concordância entre avaliações de risco dos familiares e dos professores, estimou-se o coeficiente de Kappa. Valores de $p < 0,05$ indicaram significância estatística. Para as variáveis relacionadas ao perfil social, foram consideradas as respostas válidas. Houve a supervisão do Serviço de Neuropediatria do Hospital de Clínicas da UFPR.

Resultado

A amostra foi constituída por 104 crianças, 44 do sexo masculino (42,3%) e 60 do sexo feminino (57,7%). Trinta e

nove professores participaram do estudo. A renda familiar por pessoa das crianças estudadas foi inferior a 1 salário mínimo em 76,4% da amostra.

Dos 104 familiares que responderam o M-CHAT, a mãe o fez em 84,6% (n=88) das vezes. Em relação à escolaridade dos familiares que responderam o instrumento, 16,2% possuíam o ensino fundamental incompleto, 25,7% o ensino fundamental completo, 45,9% ensino médio completo e 12,2% ensino superior completo. Os professores possuíam ensino médio completo em 33,3% e ensino superior completo em 66,6% das vezes.

A idade média das crianças ao serem submetidas ao M-CHAT e à avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor foi de 21,4 meses (17,9 - 25,4) e 29,5 meses (21,3 - 35,4) respectivamente.

O M-CHAT respondido por familiares foi considerado de risco para TEA em 16,3% das vezes, enquanto que o M-CHAT respondido por professores apontou risco em 21,2% dos casos. Houve concordância entre as avaliações dos familiares e dos professores em 75 crianças (72,1%). O coeficiente de concordância de Kappa foi de 0,09, indicando fraca concordância entre os familiares e os professores.

Não foi encontrada diferença significativa entre os gêneros e a probabilidade de identificação de risco pelo M-CHAT tanto pela avaliação dos familiares ($p=0,59$) como pela avaliação dos professores ($p=0,33$).

Dezoito familiares (17,3%) e 3 professores (7,6%) relataram dúvidas ao responderem o instrumento.

O TTDD foi considerado de risco para atraso no desenvolvimento em 17 crianças (16,3%).

A CARS apontou risco para TEA (30 ou mais pontos) em 3 crianças (2,9%).

Cinco crianças apresentaram critérios para TEA descritos no DSM IV-R. Isso corresponde a 4,8% da amostra, com IC de 95% (0,7% a 8,9%).

Os resultados da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor estão descritos na tabela 1.

O quadro 2 apresenta os resultados do gênero, do M-CHAT, da CARS e do TTDD das 5 crianças em risco para TEA pela avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.

Na tabela 2 estão descritos os resultados da sensibilidade, da especificidade, do VPP, do Valor Preditivo Negativo (VPN), da Probabilidade de Falso Positivo (PF+) e da Probabilidade de Falso Negativo (PF-) do M-CHAT respondido por familiares e por professores em relação à avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.

Discussão

A idade média das crianças neste estudo foi semelhante a de outros estudos sobre o M-CHAT²³⁻²⁵.

O número de crianças consideradas de risco pelo M-CHAT foi próximo aos resultados de pesquisa com famílias de baixa renda nos EUA, que demonstrou que 21,2% da população estudada foi considerada de risco pelo instrumento²⁶. Estudo multicêntrico realizado no Egito evidenciou que 23,8% de 5546 crianças sem fatores de risco foram consideradas de risco pelo M-CHAT²⁷. No entanto, estudos realizados nos EUA com famílias de melhor nível social observaram que somente 9,7 a 9,1% das crianças foram consideradas de risco pelo M-CHAT^{13,25}. É possível que a maior vulnerabilidade social da população deste estudo possa ter contribuído para o número elevado de crianças consideradas de risco, conforme sugerem outras pesquisas²⁶.

Não foi encontrada diferença significativa entre os gêneros em relação à probabilidade de identificação de risco pelo M-CHAT. Provavelmente o número reduzido de crianças estudadas possa ter contribuído para este resultado, já que estudos epidemiológicos apontam o sexo masculino como o mais frequentemente acometido pelo TEA².

Alguns familiares relataram dúvidas ao responderem o instrumento. Segundo Kleinman e colaboradores, o M-CHAT é um instrumento adequado para ser respondido por pessoas com nível de leitura em torno de seis anos de escolarização e nenhum treinamento prévio é necessário para responder o teste²⁸.

O TTDD apresentou risco para atraso no desenvolvimento em um número expressivo de casos, em especial risco para atrasos na linguagem. Estima-se que a prevalência dos transtornos da Linguagem seja de 13,0% entre os quatro e os cinco anos de idade²⁹. Observou-se que todas as 5 crianças consideradas de risco para TEA pela avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor também foram consideradas de risco pelo TTDD, sugerindo benefícios em se utilizar o TTDD na população estudada.

A CARS atingiu 30 ou mais pontos em 3 crianças, indicando o diagnóstico de TEA²⁰ e 27,5 e 28 pontos em outras 2 crianças. Estas 5 crianças receberam indicativo de risco para TEA pela avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor. Chlebowski e cols. propuseram que a pontuação da CARS em torno de 25 pontos seria adequada para diferenciar crianças com e sem TEA³⁰. Neste estudo, todas as crianças em risco para TEA pela avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor receberam pontuação acima de 25 pontos pela CARS, em concordância com a sugestão de Chlebowski e cols.³⁰.

A política pública de priorização de vagas em CMEI de Curitiba para crianças em maior risco biopsicossocial pode ter contribuído para os índices elevados da prevalência de TEA observados neste estudo. Portanto, a prevalência de TEA encontrada neste estudo possivelmente não representa a prevalência de TEA da população de Curitiba, Paraná. Observou-se ainda um número elevado de crianças em risco para Atraso Global do Desenvolvimento e crianças em risco para Atraso do Desenvolvimento da Linguagem.

Ao se comparar os índices de qualidade do M-CHAT respondido por familiares e por professores, percebeu-se que os melhores resultados foram obtidos quando o instrumento foi respondido pelos primeiros. Segundo Robins e colaboradores, os pais são as pessoas que mais conhecem o desenvolvimento dos filhos, inclusive em vários contextos. Mesmo assim, os pais podem subvalorizar os sintomas de TEA nos filhos, gerando resultado falso negativo ou supervalorizar esses sintomas, gerando resultado falso positivo¹⁰.

Desta forma, pesquisadores sugerem que testes de triagem para TEA devam ser preferencialmente utilizados associados à avaliação clínica do desenvolvimento neuropsicomotor realizada por um profissional de saúde¹².

Concluiu-se neste estudo que o M-CHAT, quando respondido por familiares, demonstrou ser um instrumento válido para ser utilizado em nível primário de saúde por apontar corretamente crianças em risco para TEA na população estudada. Quando respondido por familiares, o teste apresentou sensibilidade moderada e especificidade elevada. A adoção do M-CHAT/F poderá aprimorar os resultados do teste nesta população. Outros estudos são necessários em diferentes regiões de nosso país para que

possamos ter informações mais completas sobre o M-CHAT, instrumento mundialmente utilizado para triagem precoce do TEA. A importância do sistema educacional no rastreamento precoce do TEA em nosso meio também merece estudos mais aprofundados.

Foram considerados fatores limitantes deste estudo o número reduzido de crianças estudadas, a amostra ter sido não aleatória e por conveniência e a não realização do M-CHAT/F.

Tabela 1. Resultados da avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.

Avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor	Frequência	%
Normal	87	83,6
Risco para Atraso do Desenvolvimento da Linguagem	7	6,7
Risco para Transtorno do Espectro Autista	5	4,8
Risco para Atraso Global do Desenvolvimento	4	3,8
Risco para Atraso do Desenvolvimento Pessoal-Social	1	1,0
Total	104	100,0

Tabela 2. Índices de qualidade do M-CHAT.

	Sensibilidade	Especificidade	VPP	VPN	PF+	PF-
M-CHAT/ familiares	60,0%	85,9% (79,0-92,7)	17,6%	97,7% (94,6-100)	14,1% (7,3-21,0)	40,0%
M-CHAT/professor	20,0 %	78,8% (70,7-86,8)	4,5% (0-13,2)	95,1% (90,5-9,8)	21,2% (13,2-9,3)	80,0%

VPP: valor preditivo positivo; VPN: valor preditivo negativo; PF+: probabilidade de falso positivo, PF-: probabilidade de falso negativo. Nota: não foram calculados os intervalos de confiança para os índices que têm no denominador um número pequeno de casos.

Por favor, preencha as questões abaixo sobre como seu filho geralmente é. Por favor, tente responder todas as questões. Caso o comportamento na questão seja raro (ex. você só observou uma ou duas vezes), por favor, responda como se seu filho não fizesse o comportamento.

1. Seu filho gosta de se balançar, de pular no seu joelho, etc?	Sim	Não
2. Seu filho tem interesse por outras crianças?	Sim	Não
3. Seu filho gosta de subir em coisas, como escadas ou móveis?	Sim	Não
4. Seu filho gosta de brincar de esconder e mostrar o rosto ou de esconde-esconde?	Sim	Não
5. Seu filho já brincou de faz-de-conta, como por exemplo, fazer de conta que está falando no telefone ou que está cuidando da boneca ou qualquer outra brincadeira de faz-de-conta?	Sim	Não
6. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para pedir alguma coisa?	Sim	Não
7. Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse por algo?	Sim	Não
8. Seu filho consegue brincar de forma correta com brinquedos pequenos (ex. carros ou blocos), sem apenas colocar na boca, remexer no brinquedo ou deixar o brinquedo cair?	Sim	Não
9. Seu filho, alguma vez, trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?	Sim	Não
10. Seu filho olha para você no olho por mais de um segundo ou dois?	Sim	Não
11. Seu filho já pareceu muito sensível ao barulho (ex. tapando os ouvidos)?	Sim	Não
12. Seu filho sorri em resposta aos seu rosto ou ao seu sorriso?	Sim	Não
13. Seu filho imita você? (ex. você faz expressões/caretas e seu filho imita?)	Sim	Não
14. Seu filho responde quando você chama ele pelo nome?	Sim	Não
15. Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, seu filho olha para ele?	Sim	Não
16. Seu filho já sabe andar?	Sim	Não
17. Seu filho olha para coisas que você está olhando?	Sim	Não
18. Seu filho faz movimentos estranhos com os dedos perto do rosto dele?	Sim	Não
19. Seu filho tenta atrair a sua atenção para a atividade dele?	Sim	Não
20. Você alguma vez já se perguntou se seu filho é surdo?	Sim	Não
21. Seu filho entende o que as pessoas dizem?	Sim	Não
22. Seu filho às vezes fica aéreo, "olhando para o nada" ou caminhando sem direção definida?	Sim	Não
23. Seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?	Sim	Não

Quadro 1. M-CHAT em português.

Fonte: Diana Robins, Deborah Fein e Marianne Barton. Tradução de Milena Pereira Pondé e Mirella Fiuza Losapio.

Criança	Gênero	CARS	TTDD	M-CHAT Familiares	M-CHAT Professores
1	Feminino	28	Risco	Risco	Não risco
18	Masculino	35	Risco	Não risco	Não risco
35	Masculino	27,5	Risco	Risco	Não risco
58	Feminino	38,5	Risco	Risco	Risco
99	Masculino	38,5	Risco	Não risco	Não risco

Quadro 2. Gênero, CARS, TTDD, M-CHAT dos familiares e M-CHAT dos professores das crianças em risco para TEA pela avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor.

CARS: Childhood Autism Rating Scale; TTDD: Teste de Triagem de Desenvolvimento de Denver; M-CHAT: Modified Checklist for Autism in Toddler.

Agradecimentos

Agradecemos às crianças, aos familiares, à Secretaria Municipal de Educação de Curitiba e aos seus funcionários, que contribuíram para a realização desta pesquisa.

Referências Bibliográficas

1. Agency for Healthcare Research and Quality (US). Screening for Autism Spectrum Disorder in young children: a systematic evidence review for the U.S. Preventive Services Task Force, 2016; 13-05185-EF-1.
2. Centers for Disease Control and Prevention. Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years-Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2012. MMWR Surveill Summ. 2016; 65:1-23.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013. p.51-9.
4. Organização Mundial da Saúde. Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: décima revisão. 8.ed. São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 2000. p. 367-9.
5. Warren Z, McPheeters ML, Sathe N, Foss-Feig JH, Glasser A, Veenstra-VanderWeele V. A systematic review of early intensive intervention for autism spectrum disorders. Pediatrics. 2011;127:e1303-11.
6. Johnson CP, Myers SM. Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. Pediatrics. 2007;120:1183-215.
7. Halpern R. A responsabilidade do pediatra: diagnóstico precoce de autismo. Publicado no site da Sociedade Brasileira de Pediatria em 06/03/ 2012. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/htn/noticias/a-responsabilidade-do-pediatra-diagnostico-precoce-de-autismo>. Acesso em: 06/03/2015.
8. Baron-Cohen S, Allen J, Gillbert C. Can autism be detected at 18 months? The Needle, the Haystack and the CHAT. Br J Psychiatr. 1992;839-43.
9. Baird G, Charman T, Baron-Cohen S, Cox A, Swettenham J, Wheelwright S, et al. A screening instrument for autism at 18 months of age. A six year follow-up study. J Am Acad Child Adol Psychiatr. 2000;39:694-702.
10. Robins DL, Fein D, Barton ML, Green JA. The modified checklist for autism in toddlers: an initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. J Autism Dev Disord. 2001;31:131-44.
11. Robins DL, Fein D, Barton ML. Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) Follow Up Interview. Em 1999. Disponível em http://www2.gsu.edu/~psydlr/Diana_L_Robins_Ph.D.
12. Charman T, Baird G, Simonoff E, Chandler S, Davison-Jenkins A, Sharma A et al. Testing two screening instruments for autism spectrum disorder in UK community child health services. Developmental Medicine&Child Neurology, 2016; v.58, p.369-375.
13. Chlebowski C, Robins DL, Barton M, Fein D. Large-scale use the Modified Checklist for Autism in low- risk toddlers. Pediatrics. 2013;131:e1121-e27.
14. Bilszta S, Bilszta JLC. Early identification of autism: a comparison of the Checklist for Autism in Toddlers and the Modified Checklist for Autism in Toddlers. J Pediatr Child Health, Baltimore. 2013; v. 49, p. 438-444.
15. Fein D, Robins D, Barton M. Testing two screening instruments for autism spectrum disorder in UK community child health services. Letter to the editor. Developmental Medicine&Child Neurology, 2016, pg 314.
16. Dereu, M et al. Can child care workers contribute to the early detection of autism spectrum Disorders? A comparison between screening instruments with child care versus parents as informants. J Autism Dev Disord, New York. 2012; v. 42, p. 781-796.
17. Andersson, GW et al. Autism in Toddlers: can observation in preschool yield the same information as autism assessment in a specialized clinic? The Scientific World Journal, New York. 2013; v. 2013, p. 1-7.
18. Losapio MF, Pondé MP. Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce do autismo. Rev Psiquiatr RS. 2012;30 221-9.
19. Frankenburg WK, Dodds J, Archer P, Shapiro H, Bresnick B. The Denver II: a major revision and restandardization of the Denver Developmental Screening Test. Pediatrics. 1992; 89:91-7.
20. Pereira A, Riesgo RS, Wagner, MB. Childhood autism: translation and validation of the Childhood Autism Rating Scale for use in Brazil. J Pediatr (Rio J). 2008;84:487-94.
21. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado. 4.ed. Porto Alegre: Artmed; 2002. p. 98-111.
22. Klin A, Lang, J, Cicchetti DV, Volkmar FR. Brief report: interrater reliability of clinical diagnosis and DSM-IV criteria for autistic disorder: results of the DSM-IV autism field trial. J Autism Dev Disord. 2000;30:163-7.
23. Pandey J, Verbalis A, Robins DL, Boorstein H, Klin A, Babitz T et al. Screening for autism in older and younger toddlers with the Modified Checklist for Autism in Toddlers. Autism.2008;12:513-35.
24. Robins DL, Casagrande K, Barton M, Chen CMA, Dumont-Mathieu T, Fein D. Validation of the Modified, Checklist for Autism in Toddlers, revised, with follow-up (M-CHAT-R/F). Pediatrics. 2014;133:37-45.
25. Robins DL. Screening for spectrum disorders in primary care settings. Autism. 2008;12:537-56.
26. Roux AM, Herrera P, Wold CM, Dunkle MC, Glascoe FP, Shattuck PT. Developmental and autism screening through 2-1-1. Reaching underserved families. Am J Prev Med. 2012;43:S457-S63.
27. Mohamed FE, Zaky EA, Youssef A, Elhossiny R, Zahra S, Khalaf R et al. Screening of Egyptian toddlers for autism spectrum disorder using an Arabic validated version of M-CHAT; report of a community-based study (Stage I). European Psychiatry. 2016; 34:43-8.
28. Kleinman JM, Robins DL, Ventola PE, Pandey J, Boorstein HC, Esser EL, et al. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: a follow-up study investigating the early detection of autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord. 2008;38:827-39.
29. Pedroso FS, Rotta, NT. Transtorno da linguagem. In: Rotta NT, Ohlweiler L, Riesgo RS. Transtornos da aprendizagem. Abordagem neurobiológica e multidisciplinar. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015. p. 112-132.
30. Chlebowski C, Green JA, Barton ML, Fein, D. Using the Childhood Autism Rating Scale to diagnose Autism Spectrum Disorders. J. Autism Dev. Disord. New York, v. 40, p. 787-799, 2010.

PÚRPURA DE HENOCH-SHÖNLEIN EM IRMÃOS: UM RELATO DE CASO E REVISÃO DA LITERATURA

HENOCH-SHÖNLEIN PURPLE IN BROTHERS: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Bruna B. Barreiros¹, Renata Robl², Rubens Cat³, Vânia O. Carvalho³

Instituição vinculada: UFPR - Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR

Resumo

Objetivo: descrever a ocorrência de Púrpura de Henoch-Shönlein (PHS) em dois irmãos e revisar a literatura.

Descrição: um casal de irmãos de 6 e 8 anos com quadro simultâneo de PHS. Foram identificadas lesões purpúricas palpáveis principalmente em membros inferiores e nádegas, edema e dor em membros inferiores e dor abdominal. Um deles teve evacuação líquida com estrias de sangue, febre e lesão purpúrica no palato. Ambos negaram infecções de vias aéreas recentes.

Comentários: existem poucos relatos de PHS em membros da mesma família, o que levanta questionamentos sobre a fisiopatologia da doença. Embora a natureza da reação imunológica na PHS não seja completamente conhecida, alguns estudos indicam que a exposição à Imunoglobulina A (IgA) circulante e a genética predisõem à deposição de IgA em pequenos vasos.

Palavras-chave: Henoch-Schönlein; púrpura; vasculite; irmãos.

Abstract

Aim: describe the occurrence of Henoch-Shönlein purpura (HSP) in siblings and perform a review of the literature.

Description: two siblings with HSP, 6 and 8 years old. They presented palpable purpuric lesions, mainly in the lower limbs and buttocks, edema and pain in the lower limbs and abdominal pain. One of them had watery evacuation with blood streaks, fever and purpuric lesion on the palate. Both denied recent respiratory tract infection.

Comments: there are some reports about HSP in members of the same family, which raise questions about the pathophysiology of the disease. Although the nature of the immunologic response in HSP is not completely known, it has been hypothesized that exposure to circulating immunoglobulin A (IgA) and genetics predispose the deposition of IgA in small vessels.

Key words: Henoch-Schönlein; purpura; vasculitis; siblings.

1. Acadêmica de Medicina da Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR.

2. Aluna do Mestrado em Saúde da Criança e do Adolescente da Universidade Federal do Paraná.

3. Professor Doutor do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná. Curitiba-PR.

MSE: Rua General Carneiro 112, ap. 503 80060-150 Curitiba-PR

Telefone: (41) 9717-6168

e-mail: brunaballego@gmail.com

Introdução

Púrpura Henoch-Schönlein (PHS) é a vasculite mais frequente na faixa etária pediátrica, especialmente entre os 2 a 6 anos, com uma incidência que oscila entre 13,5 e 20,4 casos novos a cada 100.000 crianças¹⁻³. Apesar da causa da PHS não ser conhecida, sabe-se que a IgA tem função importante na imunopatogênese. O frequente histórico de infecções de vias respiratórias superiores (IVAS) que antecedem o aparecimento dos sintomas sugere a ocorrência de um fenômeno de hipersensibilidade que pode resultar em danos vasculares localizados ou generalizados⁴.

Em até 50% dos casos, uma infecção viral aguda de vias aéreas inferiores precede a doença em dias ou semanas. Porém, tem sido descrita a participação do estreptococo beta-hemolítico do grupo A como fator desencadeante. As manifestações clínicas variam em cada paciente, porém, a púrpura palpável não plaquetopênica simétrica ocorre em todos os casos, preferencialmente localizada nos membros inferiores e nádegas. Algumas vezes há envolvimento articular, gastrointestinal e renal^{5,6}.

Para o diagnóstico da PHS é importante a correta identificação dos critérios diagnósticos estabelecidos pela Liga Europeia Contra Reumatismo (Eular) e pela Sociedade Europeia de Reumatologia Pediátrica (Pres)¹⁷, conforme mostra a tabela 1.

Este relato tem o objetivo de apresentar um caso de PHS simultânea em irmãos.

Relato de Caso

GAS, 8 anos, masculino; ACS, 6 anos, feminino; irmãos. Foram atendidos no Pronto Atendimento Pediátrico do Hospital de Clínicas da UFPR. Início dos sintomas há 1 semana e 5 dias, respectivamente, com lesões purpúricas palpáveis, edema e dor nos membros inferiores e dor abdominal. GAS teve evacuação líquida com estrias de sangue e um pico febril antes do aparecimento das lesões de pele. Ambos negaram infecções de vias aéreas recentes, vômitos e diarreia depois do início dos sintomas.

Ao exame físico, os dois pacientes apresentaram púrpura palpável nos membros inferiores (figura 1A e B), nádegas e tronco. Uma lesão purpúrica isolada foi encontrada no palato de GAS (figura 1C).

A cultura para germes comuns, da secreção da orofaringe, foi negativa em ambos. Ao exame de urina, constatou-se ausência de proteinúria e eritrócitos de 3300/ml e 4700/ml em GAS e ACS, respectivamente. A urocultura foi negativa em ambos.

A creatinina foi de 0,6 mg/dl e 0,5mg/dl e uréia de 22 mg/dl e 21 mg/dl em GAS e ACS, respectivamente. Os irmãos receberam alta no dia seguinte. Foi prescrito tratamento com anti-inflamatório (Ibuprofeno) e corticóide (prednisolona por 5 dias). Houve melhora das lesões em 3 semanas e não houve complicações na avaliação evolutiva durante 1 ano.

Discussão

Casos familiares de PHS tem sido raramente relatados na literatura (tabela 1)^{7,10,14-16}. Esses casos evidenciam predisposição genética, uma vez que os membros de uma mesma família podem ser expostos a fatores ambientais similares⁷. Foi publicado em Israel¹⁴ um caso no qual irmãos apresentaram PHS após o uso de chinelos sintéticos novos, não havendo nenhuma evidência clara de infecção em ambas. A associação entre o aparecimento da doença e a utilização dos chinelos, segundo os autores, poderia indicar uma possível, embora improvável, causa ambiental da PHS¹⁴.

Existem evidências de que a exposição à níveis elevados de IgA circulante e a predisposição genética interrompem a síntese de IgG e predispõem a deposição de IgA polimérica em pequenos vasos sistêmicos e glomerulares^{4,8,9}. Essa hipótese de interação desencadeante entre genes e ambiente é considerada importante no entendimento dos casos de PHS em membros de uma mesma família⁷, tal como o caso aqui relatado. Postula-se que o intervalo de início dos sintomas, entre os membros da mesma família, possa ajudar na definição de uma etiologia, tanto genética quanto infecciosa¹⁰. Discute-se a possibilidade de o intervalo de início de apenas algumas semanas indicar o meio ambiente e os agentes infecciosos como os fatores mais importantes na patogênese da PHS familiar. No entanto, se o intervalo de início é maior, meses ou anos, os fatores imuno-genéticos teriam maior importância ao desempenhar essa função¹⁰. Nessa perspectiva, nosso relato de caso apresentou um intervalo curto de início dos sintomas, apenas 2 dias. Assim, a possibilidade de se tratar de um fator ambiental é maior, apesar de o exame de secreção da orofaringe ter sido negativo e não haver história prévia de IVAS.

Foram descritos quadros similares em um estudo realizado no Japão⁷. Oito casos familiares de PHS foram identificados após revisão das histórias clínicas de 418 crianças com PHS. Mãe e filha foram acometidas em apenas um dos relatos. Nos 7 casos restantes a PHS ocorreu em irmãos, um total de 14 crianças. O intervalo de início dos sintomas foi dentro de 1 mês em 3 famílias, enquanto que o restante ocorreu entre 9 meses e 5 anos. Segundo os autores, IVAS esteve presente em pelo menos 10 pacientes, e dois tiveram títulos elevados antiestreptolisina-O⁷.

Há relatos de uma possível associação de PHS familiar e antígenos leucocitários humanos B35^{11,12}, DR4¹¹ e B18¹². Além disso, já foram descritos casos de deficiência dos componentes C2 e C4 do complemento em membros de uma mesma família que desenvolveram PHS^{11,12,13}. Os genes responsáveis pela codificação dessas proteínas C2 e C4, bem como do fator B, TNF-alfa e TNF-beta, estão localizados dentro do complexo de histocompatibilidade maior do braço curto do cromossomo 6^{11,12,13}.

Em conclusão, a monitorização clínica cuidadosa deve ser considerada em outros membros da família, especialmente irmãos, quando a ocorre PHS em um membro da família. Além disso, mais estudos genéticos e ambientais são importantes para a melhor compreensão dos casos familiares de PHS.

Tabela 1. Critérios diagnósticos para a púrpura de Henoch-Schönlein¹⁷.

Púrpura palpável (deve estar presente) e pelo menos mais um critério:

- Dor abdominal difusa
- Biópsia cutânea com depósito de IgA
- Artrite aguda ou artralgia de qualquer articulação
- Alteração renal (hematúria ou proteinúria)

Tabela 2. Casos de Púrpura Henoch-Schönlein em irmãos relatados no período de 2000 a 2008.

Autor/ ano	Sexo	Fator desencadeante	Localização das lesões	Dor abdominal	Dor articular	Acometimento renal#	Intervalo*
Levy- Khademi F, 2000 ¹⁴	2 F	Chinelos Sintéticos	MMSS MMII Nádegas	AA	PA	PA	Simultâneo
Cakir N, 2004 ¹⁶	2 M	NR	MMII	PA	PA	PA	2 meses
Motoyama O, 2005 ⁷	6 M; 8 F	Infecção precedente em 9	NR	Presente em 9	Presente em 7	Presente em 6	1 semana- 2 anos
Balbir- Gurman A, 2007 ¹⁵	1M; 1F	NR	MMII Nádegas	PA	PA	PA	10 anos
Zhang Y, 2008 ¹⁰	3 M; 1F	IVAS em 1	MMII	Presente em todos	Presente em 1	Presente em 2	1 mês- 10 meses

#Acometimento renal- hematúria e/ou proteinúria. *Intervalo de início sintomas em cada irmão; IVAS- infecção de via aérea superior; MMII- membros inferiores; MMSS- membros superiores; F-feminino; M-masculino; PA-presente em ambos os irmãos. AA- ausente em ambos os irmãos; NR- não relatado.



Figura 1. A: máculas, manchas e pápulas purpúricas em membros inferiores em ACS. B: pápulas eritematosas e lesões purpúricas em GAS; C: lesão purpúrica isolada em palato de GAS.

Referências Bibliográficas

1. Saulsbury, FT. Henoch-Schönlein purpura. *Curr Opin Rheumatol*. 2001; 13(1):35-40.
2. Gardner-Medwin JM, Dolezalova P, Cummins C, Southwood TR. Incidence of Henoch-Schonlein purpura, Kawasaki disease, and rare vasculitides in children of different ethnic origins. *Lancet*. 2002; 360(9341):1197-202.
3. Maguiness S, Balma-Mena A, Pope E, Weinstein M. Bullous Henoch-Schönlein purpura in children: a report of 6 cases and review of the literature. *Clin Pediatr (Phila)*. 2010; 49(11):1033-7.
4. Johnson EF, Lehman JS, Wetter DA, Lohse CM, Tollefson MM. Henoch-Schönlein purpura and systemic disease in children: retrospective study of clinical findings, histopathology and direct immunofluorescence in 34 paediatric patients. *Br J Dermatol*. 2015; 172(5):1358-63.
5. Cohen N, Mimouni FB, Friedel N, Amarilyo G. Predictors of hospital length of stay in pediatric Henoch-Shönlein purpura. *Rheumatol Int*. 2015; 35(9):1561-4.
6. Masarweh K, Horovitz Y, Avital A, Spiegel R. Establishing hospital admission criteria of pediatric Henoch-Schonlein purpura. *Rheumatol Int*. 2014; 34(11):1497-503.
7. Motoyama O, Iitaka K. Familial cases of Henoch-Schonlein purpura in eight families. *Pediatr Int*. 2005; 47(6):612-5.
8. Amoli MM, Calviño MC, Garcia-Porra C, Llorca J, Ollier WE, Gonzalez-Gay MA. Interleukin 1beta gene polymorphism association with severe renal manifestations and renal sequelae in Henoch-Schönlein purpura. *J Rheumatol*. 2004; 31(2):295-8.
9. Hoyer, PF. Prevention of renal disease in Henoch-Schönlein purpura: clear evidence against steroids. *Arch Dis Child*. 2013; 98(10):750-1.
10. Zhang Y, GU W, Mao J. Sibling cases of Henoch-Schönlein purpura in two families and review of literature. *Pediatr Dermatol*. 2008; 25(3):393-5.
11. Robson WL, Leung AK. Henöch-Schönlein purpura. *Adv Pediatr*. 1994; 41:163-94.
12. Saulsbury FT. Henöch-Schönlein purpura in children. Report of 100 patients and review of the literature. *Medicine (Baltimore)*. 1999; 78(6):395-409.
13. Tizard EJ. Henöch-Schönlein purpura. *Arch Dis Child*. 1999; 80(4):380-3.
14. Levy-Khademi F, Korman SH, Amitai Y. Henoch-Schönlein purpura: simultaneous occurrence in two siblings. *Pediatr Dermatol*. 2000; 17(2):139-40.
15. Balbir-Gurman A, Nahir AM, Braun-Moscovici Y. Vasculitis in siblings with familial Mediterranean fever: a report of three cases and review of the literature. *Clin Rheumatol*. 2007; 26(7):1183-5.
16. Cakir N, Pamuk ON, Dönmez S. Henoch-Schönlein purpura in two brothers imprisoned in the same jail: presentation two months apart. *Clin Exp Rheumatol*. 2004; 22(2):235-7.
17. Ozen S, Ruperto N, Dillon MJ, Bagga A, Barron K, Davin JC, Kawasaki T, Lindsley C, Petty RE, Prieur AM, Ravelli A, Woo P. EULAR/PReS endorsed consensus criteria for the classification of childhood vasculitides. *Ann Rheum Dis*. 2006; 65(7):936-41.

CRISE DE PERDA DE FÔLEGO REFRACTÁRIA E USO DA ASSOCIAÇÃO ESCOPOLAMINA E PIRACETAM

REFRACTORY BREATH-HOLDING SPELLS AND USE OF THE SCOPOLAMINE AND PIRACETAM ASSOCIATION

Fredo FW¹, Bruck P, Antoniuk SA²

Instituição vinculada: Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

Resumo

Objetivo: relatar caso atendido pela equipe do Centro de Neuropediatria da Universidade Federal do Paraná (CENEP-UFPR), no qual a paciente apresentava crises de perda de fôlego refratárias, com controle absoluto dos eventos após o uso da associação Escopolamina e Piracetam.

Descrição: paciente G.D.S.M, 1 ano e 3 meses, feminino. Gemelar B, nascida com 36 semanas gestacionais, Apgar 6/9. Desenvolvimento neuropsicomotor normal. Aos 10 meses, episódios de choro, com perda de fôlego, palidez, cianose perioral e perda de consciência, por alguns segundos, inúmeras vezes, sempre quando contrariada ou sonolenta. Com 1 ano de idade, os eventos passaram a ser seguidos por movimentos tônico-clônico generalizados, com aproximadamente 3 minutos de duração, seguidos por sonolência. Tomografia de crânio e eletroencefalograma normais, ausência de anemia. Exame neurológico normal. Iniciado piracetam 40 mg/kg/dia, diminuição no número de episódios. Posteriormente, associado escopolamina 0,3 mg/kg/dose, com melhora do quadro. Atualmente criança com 2 anos e 4 meses de idade, sem crises há 11 meses.

Comentários: a associação de piracetam e escopolamina foi efetiva no controle da crise de perda de fôlego complicada, sendo inexistente na literatura relatos da conduta descrita.

Palavras-chave: perda de fôlego; escopolamina; piracetam.

Abstract

Aim: to report a case attended by the team of the Neuropediatrics Center of the Federal University of Paraná (CENEP-UFPR), in which the patient had refractory Breath-Holding Spells, with absolute control of the events after the use of the association Scopolamine and Piracetam.

Description: patient G.D.S.M, 1 year and 3 months, female. Gemelar B, born at 36 gestational weeks, Apgar 6/9. Normal neuropsychomotor development. At 10 months, episodes of crying, with loss of breath, pallor, perioral cyanosis and loss of consciousness, for a few seconds, countless times, always when annoyed or sleepy. At 1 year of age, the events were followed by generalized tonic-clonic movements, with approximately 3 minutes duration, followed by drowsiness. Normal cranial tomography and electroencephalogram, absence of anemia. Normal neurological examination. Initiated piracetam 40 mg / kg / day, decrease in number of episodes. Subsequently, scopolamine was added 0.3 mg / kg / dose, with improvement of the condition. Currently a child at 2 years and 4 months of age, with no seizures for 11 months.

Comments: the association of piracetam and scopolamine was effective in controlling the complicated breath-holding spells, and there were no reports of the described behavior in the literature.

Key words: breath-holding spells; scopolamine; piracetam.

1. Médica especializanda em Neuropediatria no Centro de Neuropediatria do Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná; Curitiba, Paraná.

2. Prof. Dr. da disciplina de Neuropediatria do departamento de Pediatria Complexo do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná; Curitiba, Paraná.

SAA: Rua Floriano Esserfeldt, 81 Alto da Glória 80060-270 Curitiba-PR

email: antoniuk@uol.com.br

Introdução

As crises de perda de fôlego são queixas comuns nas consultas em Pediatria. Tratam-se de eventos paroxísticos não epiléticos da infância, descritas pela primeira vez por Nicholas Culpeper, ainda no século XVII¹.

A incidência se encontra em torno de 4,6% das crianças, mais predominante no sexo masculino, na proporção de 3:1. Geralmente ocorre entre o 6º e 18º meses de vida, mas também pode iniciar nas primeiras semanas de vida e em 10% dos casos as crises permanecem após o segundo aniversário. Estima-se que, ao completar 4 anos, 50% das crianças afetadas apresentem resolução completa do quadro, o que ocorre em aproximadamente 100% das crianças após os 8 anos².

A história familiar é positiva entre 20 a 30% das crianças com crises de perda de fôlego, o que levanta a hipótese de predisposição genética³.

O mecanismo fisiopatológico dos eventos permanece controverso. O choro comumente precede as crises, e a deficiência de ferro, presente em parcela considerável das crianças com perda de fôlego, contribui para o aumento do número de crises, porém não se relaciona com a gravidade dos episódios⁴. O ferro desempenha papel como cofator no metabolismo das catecolaminas e função neurotransmissora, o que auxilia a elucidar a importância de se obter níveis adequados nos pacientes².

A perda de fôlego pode ser classificada em cianótica (54 a 62%), pálida ou mista (as duas últimas, 19-24% cada uma)². O subtipo cianótico ocorre na apneia expiratória e apresenta fisiopatologia mais complexa, mediada por mecanismos intrínsecos pulmonares, explicada por diminuição do oxigênio de reserva pulmonar, provavelmente por peculiaridades da anatomia da anastomose arteriovenosa, o que justifica a progressão mais severa em algumas crianças. Há isquemia por hipocapnia cerebral após choro intenso e manobra de Valsalva, por aumento da pressão intratorácica, levando a perda de consciência por anóxia. Ocorre interação entre o sistema simpático, controle central da respiração e atividade vasomotora⁵. A perda de fôlego pálida acontece subitamente após estímulo desagradável, como um pequeno trauma, por exemplo. O choro não é proeminente, mas sim a palidez e sudorese. Ocorre inibição cardíaca vagal, resultando em bradicardia e anóxia cerebral. Estudos com monitorização cardíaca durante os episódios mostram que até mesmo assistolia com mais de 4 segundos de duração pode acontecer durante os eventos⁵.

A grande maioria dos eventos são de curta duração e autolimitados, porém, podem ocorrer episódios severos e refratários, com perda de consciência e movimentos tônico-clônicos generalizados com vários minutos de duração. Nos casos mais graves, podem ocorrer bradicardia significativa ou assistolia prolongada, perda da consciência, rigidez generalizada severa, opistótono, espasmos clônicos, mioclônicos ou tônico-clônicos, convulsões ou até mesmo estado de mal epilético⁴.

Usualmente, além da dosagem de ferro e ferritina séricos, não são necessários outros testes laboratoriais. Eletroencefalograma deve ser solicitado se episódio prolongado ou possibilidade de crise convulsiva². O eletrocardiograma deve ser considerado devido a possibilidade da "síndrome do intervalo QT prolongado", que apesar de raro, cursa com potencial evolução para episódios longos e convulsão anóxica^{2,5}.

Embora seja preconizado como tratamento apenas

orientações e suporte aos pais, os casos complicados e refratários podem requerer terapia medicamentosa.

Relato de Caso

Paciente G.D.S.M, 1 ano e 3 meses na ocasião da primeira consulta, natural e procedente de Curitiba, feminino. Gemelar B, nascida com 36 semanas gestacionais, Apgar 6/9. Desenvolvimento neuropsicomotor adequado. Aos 10 meses, passou a apresentar episódios de choro, seguidos por perda de fôlego, palidez, cianose perioral e perda de consciência, por alguns segundos, várias vezes ao dia, sempre quando contrariada ou sonolenta. Procurou por atendimento neuropediátrico, onde foi diagnosticada com crises de perda de fôlego e os pais orientados quanto a benignidade dos eventos e como proceder durante os episódios. Com 1 ano de idade, os eventos passaram a ser seguidos por movimentos tônico-clônico generalizados, com aproximadamente 3 minutos de duração, seguidos por sonolência. Aconteciam diversas vezes durante o intervalo de uma semana, e sempre precedidos por choro ou sonolência. Tomografia de crânio e eletroencefalograma normais, ausência de anemia. O exame neurológico permanecia normal. Iniciado piracetam 40 mg/kg/dia, com diminuição no número de episódios, que passaram a acontecer cerca de uma ou duas vezes por semana. Posteriormente, associado escopolamina 0,3 mg/kg/dose, com melhora do quadro no dia seguinte a associação. Desde então, criança sem crises há 11 meses, atualmente com 2 anos e 4 meses de idade.

Discussão

Embora o pilar da terapia das crises de perda de fôlego seja reconfortar e educar os pais e cuidadores das crianças afetadas², uma minoria de pacientes, por apresentar casos graves e refratários, necessita de tratamento medicamentoso⁵.

O uso de suplementação de ferro, piracetam, levetiracetam e atropina mostram eficácias variadas, assim como o glicopirrolato, teofilina e fluoxetina foram apresentados como alternativas em casos individuais².

Nos casos de convulsões anóxico-epiléticas, os anticonvulsivantes eliminam grande parte das crises de longa duração, mas a perda de fôlego persiste⁵. Um estudo realizado com 7 crianças com crise anóxica reflexa de curta duração e rápida recuperação de consciência mostrou que a atropina reduziu a frequência das crises em 98%, corroborado pelo fato de que 3 destas crianças utilizaram anticonvulsivantes sem sucesso, e seria uma opção nos quadros nos quais os episódios são frequentes ou persistem após a idade escolar⁶. A atropina, assim como a escopolamina utilizada na paciente, é um anticolinérgico que antagoniza a hiperatividade vagal e assim evita a cardioinibição⁷.

O uso do piracetam, em um estudo duplo cego iraniano com 150 crianças, reduziu o número de crises de perda de fôlego em 81% das crianças testadas no intervalo de 1 mês. Apenas 7% das crianças que receberam placebo obtiveram remissão parcial dos eventos⁸.

Não há na literatura relatos da associação de escopolamina e piracetam para controle das crises de perda de fôlego refratárias, assim como nenhum dos tratamentos descritos apresenta remissão total dos sintomas assim que instituída medicação. Trata-se de uma conduta promissora para o manejo de pacientes com quadros mais graves.

Referências Bibliográficas

1. DiMario FJ. Breathholding Spells in Childhood . Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care. 1999; 29:281-299.
2. Rathore G, Larsen P, Fernandez C, Parakh M. Diverse Presentation of Breath Holding Spells: Two Case Reports with Literature Review. Case Reports in Neurological Medicine. 2013; ArticleID603190.
3. Singh P, Seth A. Breath Holding Spells - A Tale of 50 Years. Indian Pediatrics.2015; 52:695-696.
4. Azab SFA, Siam AG, Saleh SH, Elshafei MM, Elsaeed WF, Arafa MA, et al. Novel Findings in Breath-Holding Spells - A Cross Sectional Study. Medicine. 2015: 94; 1-7.
5. Breningstall GN. Breath-Holding Spells. Pediatric Neurology. 1996; 14:91-97.
6. McWilliam RC, Stephenson JBP. Atropine treatment of reflex anoxic seizures. Archives of Disease in Childhood. 1984; 59: 473-485.
7. Diretriz de Arritmias Cardíacas em Crianças e Cardiopatias Congênitas. Arquivos Brasileiros de Cardiologia. 2016; 107: 22-23.
8. Abbaskhanian A, Ehteshami S, Sajjadi S, Rezai MS. Effects of Piracetam on Pediatric Breath Holding Spells: A Randomized Double Blind Controlled Trial. Iran J Child Neurol. 2012; 6(4):9-15.

CASO DO MÊS

LESÕES BOLHOSAS COM EVOLUÇÃO SERPIGINOSA

Vânia Oliveira Carvalho¹, Marjorie Uber Iurk²

Instituição vinculada: Departamento de Pediatria Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba-PR

Relato do caso

Um menino de 9 anos apresentou lesões papulares pruriginosas com vesículas centrais e bolhas nos membros inferiores, superiores e tronco. Iniciou durante um final de semana na praia, e foi diagnosticado como reação aguda à picada de inseto. Foi tratado com corticoide tópico sem melhora. Durante os 10 dias seguintes surgiram lesões eritematosas com trajeto serpiginoso,

de crescimento lento, em algumas áreas no tronco (figura 1A) e no membro inferior (figura 1B). Frente à suspeita de larva migrans cutânea, lembrou que havia brincado de se cobrir totalmente com areia antes do início da dermatose. Houve melhora na reavaliação duas semanas após tratamento com Albendazol por 5 dias.



Figura 1A. Pápulas eritematosas com vesículas centrais e escoriações no tronco, duas lesões eritematosas de trajeto linear serpiginoso.
Figura 1B. Bolhas no membro inferior e uma lesão serpiginosa.

Qual seu diagnóstico?

1. Professora Adjunta do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba-PR.

2. Médica Dermatopediatra e Mestre em Saúde da Criança e do Adolescente pela Universidade Federal do Paraná (UFPR) – Curitiba-PR.

VOC: Rua Richard Strauss, 62 Vista Alegre 80820-110 Curitiba-PR

e-mail: rcarvalho50@hotmail.com

Resposta ao caso do mês

A larva migrans cutânea é uma dermatose frequente nos países tropicais, causada pela larva do *Ancylostoma*. Caracterizada por lesões pruriginosas, eritematosas de trajeto serpiginoso nos pés e mãos. Lesões bolhosas e em outras regiões são menos observadas, mas devem ser incluídas no diagnóstico diferencial se houver histórico de estada em áreas endêmicas. A dermatose é mais frequente em regiões tropicais e subtropicais e nos países pobres¹. É causada pela penetração na pele de larvas do *Ancylostoma* brasileiro. O agente completa seu ciclo no intestino de cães e gatos que defecam no solo e areia. Quando o ser humano entra em contato com larvas no solo contaminado, estas penetram na pele e migram através da epiderme, promovendo lesões pruriginosas de

trajeto serpiginoso. Pelo maior contato com o solo, mãos e pés são mais acometidos¹. No paciente aqui apresentado, as lesões foram múltiplas pela forma de contato com a areia, o que permitiu a penetração da larva simultaneamente em diversas regiões corporais. O aspecto inicial bolhoso é menos observado^{2,3}, o que retardou o diagnóstico. As bolhas resultam de uma reação de hipersensibilidade retardada aos antígenos da larva, e da ação de enzimas líticas liberadas por ela⁴. Ao se avaliar um paciente com lesões bolhosas e antecedentes de contato com solo/areia, deve-se pensar na larva migrans cutânea, a fim de evitar tratamentos e investigações desnecessárias.

Referências Bibliográficas

1. Reichert F., Pilger D., Schuster A1., Lesshaft H., Guedes de Oliveira S., Ignatius R., et al. Prevalence and Risk Factors of Hookworm-Related Cutaneous Larva Migrans (HrCLM) in a Resource-Poor Community in Manaus, Brazil. *PLoS Negl Trop Dis.* 2016; 24:10:e0004514.
2. Sánchez Fernández I., Julià Manresa M, González Vicente Villa MA. Picture of the month—quiz case. Bullous Cutaneous Larva Migrans. *Arch Adolesc. Med.* 2008;162:485-6.
3. Morrone A, Franco G, Fazio R, Valenzano M, Calcaterra R. Bullous cutaneous larva migrans. *Acta Dermatovenerol. Croat.* 2011;19:120-1.
4. Veraldi S, Arancio L. Giant bullous cutaneous larva migrans. *Clin Exp Dermatol.* 2006;31(4):613-4.

NOTAS E EVENTOS

Eventos da Sociedade Paranaense de Pediatria – 2017

Jornada de Gastro, Nutro e Alergia Pediátrica

Curitiba, 17 e 18 de Março

Criança à Flor da Pele

Jornada de Dermatologia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Vasculare e Cirurgia Pediátrica

Curitiba, 12 e 13 de Maio

XII Jornada Paranaense de Terapia Intensiva e Emergências Pediátricas

Curitiba, 11 e 12 de Agosto

XVII Congresso Paranaense de Pediatria

IX Jornada Paranaense Integrada de Alergia e Imunologia, Dermatologia e Pneumologia Pediátrica

Curitiba, 10 e 11 de Novembro