

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; Médico Responsável pelo Laboratório de EEG Digital do Hospital da Cruz Vermelha Brasileira.

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.

Eliane Mara Cesário Pereira Maluf

Professora do Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal do Paraná; Mestre em Pediatria e Doutora em Clínica Médica pela Universidade Federal do Paraná; Membro do Departamento de Cuidados Primários da Sociedade Brasileira de Pediatria.

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.

José Eduardo Carreiro

Professor Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná.

Luiza Kazuko Moriya

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina

CONSELHO EDITORIAL

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.

Carmem Austrália Paredes Marcondes Ribas

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná.

César Sabbaga

Preceptor da Residência Médica em Cirurgia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe - Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

Daltro Zunino

Professor Colaborador da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Nefrologia Pediátrica.

Evangelia Athanasio Shwetz

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Faculdade Evangélica de Medicina do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

Herberto José Chong Neto

Pesquisador Associado do Serviço de Alergia e Imunologia Pediátrica, Hospital de Clínicas, Universidade Federal do Paraná; Mestre em Ciências da Saúde-PUCPR; Doutor em Medicina Interna-UFPR; Pós-Doutorando em Saúde da Criança e do Adolescente, Universidade Federal do Paraná.

Isac Bruck

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

Ismar Strachmann

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

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.

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.

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.

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.

Mitsuru Miyaki

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

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.

Rosana Marques Pereira

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

DIRETORIA SPP - TRIÊNIO 2010-2012

Presidente: Darci Vieira da Silva Bonetto (Curitiba)
Presidente de Honra: Aristides Schier da Cruz (Curitiba)
1º Vice-Presidente: Mitsuru Miyaki (Curitiba)
2º Vice-Presidente: Sérgio Antoniuk (Curitiba)
3º Vice-Presidente: Kennedy Long Schisler (Foz do Iguaçu)
4º Vice-Presidente: José Carlos Amador (Maringá)

Secretário Geral: Tony Tannous Tahan (Curitiba)
1ª Secretária: Cristina Rodrigues da Cruz (Curitiba)
2º Secretário: Renato Tamehiro (Cascavel)

Tesouraria

1º Tesoureiro: Gilberto Pascolat (Curitiba)
2ª Tesoureira: Eliane Mara Cesário Pereira Maluf (Curitiba)

Conselho Fiscal: Aristides Schier da Cruz (Curitiba), Diether H. Garbers (Curitiba), Donizetti Dimer Giamberardino Filho (Curitiba), Eliane Mara Cesário Pereira Maluf (Curitiba), Nelson Augusto Rosário Filho (Curitiba)

Comissão de Sindicância: Alléssio Fiori Sandri Junior (Umuarama), Gilberto Saciloto (Guarapuava), Mário César Vieira (Curitiba), Milton Macedo de Jesus (Londrina), Regina Paula Guimarães V. Cavalcante da Silva (Curitiba), Wilma Suely Ribeiro Reque (Ponta Grossa)

Conselho Consultivo: Antonio Carlos Sanseverino Filho (Maringá), Carlos Frederico Oldenburg Neto (Curitiba), Claudete Teixeira K. Closs (Curitiba), Geraldo Miranda Graça Filho (Curitiba), Rosângela de Fatima I. Garbers (Curitiba), Vânia Oliveira de Carvalho (Curitiba), Vitor Costa Palazzo (Curitiba)

Diretoria de Defesa Profissional

Coordenador: Armando Salvatierra Barroso (Curitiba), Álvaro Luiz de Oliveira (Londrina), Antonio Carlos Sanseverino Filho (Maringá), Luiz Ernesto Pujol (Curitiba), Mario Marcondes Marques Junior (Curitiba), Maristela Gomes Gonçalves (Curitiba), Gregor Paulo Chermikoski Santos (Curitiba)

Diretoria de Patrimônio: Marcelo Henrique de Almeida (Curitiba)

Diretoria de Informática: Dorivâm Celso Nogueira (Curitiba)

Diretoria de Eventos Científicos

Coordenadora: Rosane Cristina Viana Mingot (Curitiba), Du Su Ying (Curitiba), Julio Cesar Pereira Dias (Curitiba), Kerstin Taniguchi Abagge (Curitiba), Marcos Antonio da Silva Cristovam (Cascavel), Sérgio Fujimura (Curitiba), Tsukio Obu Kamoi (Curitiba)

Comissão de Educação Continuada

Coordenador: Wilmar Guimarães (Curitiba), Camilo Antonio de Lima (Foz do Iguaçu), Ligia Silvana Lopes Ferrari (Londrina), Lucio Esteves Junior (Maringá), Marcos Antonio da Silva Cristovam (Cascavel), Margarida de Fátima Fernandes Carvalho (Londrina)

Comitê Assessor de Trabalhos Interinstitucionais

Ana Lucia Figueiredo Sarquis (Curitiba), Iolanda Maria Novadzki (Curitiba), Lenira Maria Smanhotto Facin (Curitiba), Sandra Lucia Schuler (Curitiba)

Ouvidoria

Luiz Ernesto Pujol (Curitiba)

Departamento de Residência

Coordenador: Paulo Breno Noronha Liberalesso (Curitiba)
Hospital Pequeno Príncipe
Adriana Chassot Bresolin (Cascavel) - HU do Oeste do Paraná
Angela Sara Jamusse de Brito (Londrina)
Hospital Regional do Norte do Paraná
Gilberto Pascolat (Curitiba) - Hospital Evangélico
Lucio Esteves Junior (Maringá) - Hospital Estadual de Maringá
Regina Paula Guimarães Vieira (Curitiba) - Hospital de Clínicas
Sandra Lange Zapone Melek (Curitiba) - Hospital Angelina Caron

Grupo de Trabalho da Dor

Luciane Valdez (Curitiba)

Grupo de Trabalho do Meio Ambiente

Darci Vieira da Silva Bonetto (Curitiba), Denise Siqueira de Carvalho (Curitiba), Eliane Mara Cesário Pereira Maluf (Curitiba)

DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DA SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA

Departamento de Adolescência

Beatriz Elizabeth Bagatin V. Bermudez

Departamento de Aleitamento Materno

Lúcia Helena Nascimento Tonon

Departamento de Alergia - Imunologia

Adriana Vidal Schmidt

Departamento de Cardiologia

Nelson Itiro Miyague

Departamento de Dermatologia

Susana Giraldi

Departamento de Endocrinologia

Geraldo Miranda Graça Filho

Departamento de Gastroenterologia

Mário César Vieira

Departamento de Infectologia

Marion Burger

Departamento de Nefrologia

Thaís Pereira Cardoso

Departamento de Neonatologia

Gislayne Castro e Souza de Nieto

Departamento de Neurologia

Paulo Breno Noronha Liberalesso

Departamento de Pneumologia

Carlos Roberto Lebar Benchon Massignan

Departamento de Saúde Mental

Jussara Ribeiro S. Varassin

Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente

Renato H. Moriya

Departamento de Suporte Nutricional

Vanessa Yumie Salomão W. Liberalesso

Departamento de Nutrologia

Jocemara Gurmini

Departamento de Terapia Intensiva

Luiza Kazuko Moriya

Referência em Genética

Salmo Raskin, Neiva Isabel Rodrigues Magdalena

Referência em Hemato-Oncologia

Leniza Costa Lima

Referência em Oftalmologia

Ana Tereza Moreira

Referência em Ortopedia

Edilson Forlin

Referência em Otorrinolaringologia

Rodrigo Guimarães Pereira

Referência em Reumatologia

Margarida de F. F. Carvalho

JORNAL PARANAENSE DE PEDIATRIA - ANO 13, NÚMERO 02, 2012.

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: 1.000 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 9231-6247 fidellize25@yahoo.com.br Curitiba-PR

EDITORIAL

Neste exemplar, destaca-se especialmente o artigo sobre os conflitos da adolescência, período de grandes transformações biopsicossociais e vulnerabilidades, que são pouco perceptíveis pelo próprio adolescente e sua família.

A visão dos conflitos gerados é dimensionada neste artigo por estudantes do ensino fundamental, na fase inicial da adolescência, onde preocupações e dúvidas resultaram na necessidade de orientações com foco na realidade vivida. Essa problemática é facilmente observada no ambiente escolar, onde o adolescente permanece uma parte do seu dia e o contexto propicia comportamentos e questionamentos, que poderão ser abordados pelo professor e encaminhados precocemente à família e/ou aos serviços de saúde evitando agravos.

A maior sensibilização da família, dos profissionais de educação e saúde favorecerá melhor atendimento a essa população com impacto positivo no desenvolvimento global do indivíduo e da sociedade.

A atenção aos adolescentes é uma oportunidade que deve ser aproveitada para orientar a geração do amanhã e cabe a nós, profissionais da saúde, desenvolver este novo olhar.

Beatriz Bagatin Bermudez

Especialista em Medicina do Adolescente

Médica do Ambulatório de Adolescentes e Ambulatório da Síndrome de Down do Hospital de Clínicas - UFPR

Iolanda Maria Novadzki

Especialista em Medicina do Adolescente

Médica do Ambulatório de Pediatria Preventiva e Ambulatório de Adolescentes do Hospital de Clínicas - UFPR

CONFLITOS NA ADOLESCÊNCIA: UMA AVALIAÇÃO DOS ALUNOS DA 6ª SÉRIE DO ENSINO FUNDAMENTAL – CURITIBA-PR

CONFLICTS IN ADOLESCENCE: AN EVALUATION OF THE ELEMENTARY SCHOOL STUDENTS - CURITIBA-PR

Darci V. S. Bonetto¹, Eliane C. Maluf², Yvelise M. Truppel³, Camila S. Osioy⁴, Daniel V. Júnior⁴

Instituição vinculada: Universidade Positivo

Resumo

Objetivo: dimensionar e caracterizar os conhecimentos dos alunos de 6ª série de uma instituição privada de ensino, Curitiba-PR, a respeito dos conflitos característicos da adolescência.

Método: é um estudo transversal onde foi aplicado um questionário para verificar as principais dúvidas, preocupações dos alunos ou necessidade de orientação em relação a 38 itens avaliados. Foram incluídos alunos matriculados, que cursavam o ano letivo e que aceitaram participar da pesquisa, com prévia autorização dos pais.

Resultados: foram aplicados 327 questionários, sendo 51% correspondendo ao sexo masculino. As idades variaram entre 10-14 anos, com predomínio de 11 anos (49%); a maioria dos pais eram casados (72,5%); 240 alunos eram católicos. A análise do quesito “interesse em orientação” mostrou predomínio dos seguintes tópicos (63%): homossexualidade, liberdade em casa, relacionamento com irmãos, nervosismo, casamento, trabalho, sentimentos que assustam, sonhos, alimentação, religião, cigarro, virgindade, amizades, menstruação, escola, estresse, relacionamento com os pais, gravidez, política, timidez, bebida alcoólica, relações sexuais, namoro e escolha profissional. No quesito “preocupação” foram mais frequentes os temas (21%): violência sexual, drogas, morte, suicídio, violência em geral, doenças em geral, obesidade e AIDS; e no quesito “dúvidas” houve predomínio dos temas (16%): masturbação, doenças venéreas, métodos anticoncepcionais, ejaculação, depressão e tensão.

Conclusão: a adolescência é uma fase com grandes mudanças fisiológicas, emocionais e sociais, gerando muitos questionamentos. Neste estudo foi possível verificar esse contexto, onde a maioria quer orientações que possam sanar/diminuir os conflitos gerados num período tão conturbado. Os resultados podem auxiliar a comunidade escolar na orientação de pais e alunos visando uma formação integral.

Palavras-chave: adolescentes, questionário, preocupação, orientação, dúvida.

Abstract

Objective: to assess and characterize students' knowledge of the sixth grade at a private school, Curitiba-PR, about the conflicts characteristic of adolescence.

Method: cross-sectional study a questionnaire was applied to check the main questions, concerns or need guidance students over 38 items. The study included students enrolled, who attend the school year and agreed to participate in the research, with prior parental consent.

1. Presidente da SPP; Especialista em Adolescência pela PUC-PR; Professora da Disciplina de Medicina do Adolescente da Universidade Positivo. 2. Doutora em Medicina Interna pela UFPR; Professora da Disciplina de Saúde da Família IV da Universidade Positivo e do Departamento de Clínica Médica da UFPR. 3. Pós-graduada em Ciências Farmacêuticas pela UFPR; Acadêmica de medicina da Universidade Positivo. 4. Acadêmicos de medicina da Universidade Positivo.

DVSB: Desembargador Vieira Cavalcanti, 550 Mercês 80.510-090 Curitiba-PR

Telefone/Fax: (41) 3223-2570 e-mail: darcibonetto@hotmail.com

Results: 327 questionnaires were applied, corresponding to 51% being male. Ages ranged from 10-14 years, with predominance of 11 years (49%), most parents are married (72.5%), 240 students are Catholic. The analysis of the item "interest in orientation" was mainly the following topics (63%), homosexuality, freedom at home, relationships with siblings, nervousness, marriage, work, feelings that frighten, dreams, food, religion, smoking, virginity, friendships, menstruation, school, stress, relationship with parents, pregnancy, political timidity, booze, sex, dating and career choice; On the issue of "concern" was the most common themes (21%), sexual violence, drugs, death, suicide, violence in general, general diseases, obesity and AIDS, and the question "doubts" there was a predominance of subjects (16%), masturbation, venereal diseases, contraception, ejaculation, depression and tension.

Conclusion: adolescence is a stage with major physiological changes, emotional and social, generating many questions in adolescents. In this study it was possible to verify this context, where most or guidelines which may remedy / reduce conflicts arising in a tough period. The results helped the school community in advising parents and students seeking a comprehensive training.

Key words: teens, questionnaire, concern, guidance, doubt.

Introdução

Na sociedade contemporânea, a adolescência ocupa um espaço e um status decorrentes das mudanças sociais nos últimos anos. Hoje, observamos um prolongamento dessa etapa da vida, evidenciado pela precocidade da puberdade, por um maior tempo de escolarização e uma entrada tardia no mercado de trabalho. Inserindo-se num período longo, de grande crescimento e desenvolvimento, a clientela adolescente que procura os serviços de saúde é muito variada, não homogênea e impõe ações específicas que podem gerar conflitos bioéticos, éticos e legais¹.

A adolescência evoca, no imaginário popular, através de um processo de associação, termos como "rebelião", "conflito", "dificuldade". É um período de conflito sexual, em particular, e de turbulência emocional. Alguns autores entendem as perturbações do adolescente como indicações externas da ocorrência de adaptações internas imprescindíveis ao alcance de uma sexualidade adulta. Outros autores compartilham a visão do conflito como um propulsor do desenvolvimento. Assim, a evolução individual se dá através da ocorrência de etapas, cada uma delas caracterizada por crises, cujas soluções eficazes provocam movimentos ascendentes na escala de maturidade².

Entrar no mundo dos adultos - desejado e temido - significa para o adolescente a perda definitiva de sua condição de criança. As mudanças psicológicas e corporais deste período levam a uma nova relação com os pais e com o mundo³. Neste período flutua entre uma dependência e uma independência extremas e só a maturidade lhe permitirá, mais tarde, aceitar ser independente dentro de um limite de necessária dependência. É um período de contradições, confuso, ambivalente, doloroso, caracterizado por fricções com o meio familiar e social³.

Um conflito muito importante e presente na adolescência é o uso de drogas e tabaco. É importante salientar o aumento da precocidade do uso do tabaco no país⁴. Estudos apontam que na faixa etária dos 10 aos 12 anos, aproximadamente 11,6% dos jovens já experimentaram o cigarro⁴.

Embora igualmente precoce, o consumo de drogas ilícitas costuma ocorrer em média um ano e meio depois da primeira tragada ou do primeiro copo de bebida alcoólica: aos 14,9 anos⁴. A escola é o local que mais os jovens associam ao consumo de drogas. Entre alguns dos resultados verificou-se que 40% dos alunos disseram ter visto

seu uso nas proximidades da escola; 30% presenciaram um colega usando drogas nas dependências da instituição e 30% dos pais disseram ter visto usuários ou traficantes ao redor da escola. O número de alunos que afirmaram saber da presença de drogas nas escolas é duas vezes maior do que o número de professores que afirmaram reconhecer esta situação⁴.

Em relação ao comportamento sexual, estudos apresentam a antecipação das idades feminina e masculina para a iniciação sexual nas últimas décadas, o crescimento da taxa de fecundidade no grupo juvenil, a utilização mais precoce de métodos anticoncepcionais e a associação entre o início da vida sexual e o menor nível de escolarização dos adolescentes⁵. A precocidade das relações sexuais na adolescência tem produzido um aumento de gestações e doenças sexualmente transmissíveis¹.

Em relação ao diálogo entre pais e filhos, cabe salientar que para que ele ocorra é necessário: vontade e abertura para encontrar o outro, contudo, o que ocorre na comunicação de muitos pais e filhos é uma sucessão de acusações, em que o filho lamenta e os pais criticam e repreendem⁵.

O objetivo do estudo foi dimensionar e caracterizar os conhecimentos dos alunos de 6ª série de duas escolas privadas, em Curitiba-PR, a respeito dos conflitos característicos da adolescência e estabelecer dentre esses assuntos os que geram dúvidas e aqueles que lhes despertam o interesse para que o planejamento e o desenvolvimento de atividades de orientação com desmistificação de conceitos e esclarecimento de dúvidas.

Métodos

O estudo foi transversal, observacional, em que 327 alunos de sexta série do ensino fundamental de dois colégios particulares de Curitiba-PR responderam um questionário auto-aplicado, elaborado pelos autores do trabalho.

O questionário abordou assuntos relacionados aos conflitos característicos da adolescência. Para isso os alunos assinalaram "P" para aquilo que mais os preocupa; a letra "D" para aquilo que eles têm dúvida e "O" para assuntos a respeito dos quais gostariam de ser orientados.

Além das variáveis idade, gênero, religião, série em que se encontra na escola, foram abordados 38 temas na pesquisa, como: relacionamento com os pais; relacionamento com os irmãos; liberdade em casa; religião; escola;

escolha profissional; trabalho; desejos ou sentimentos que assustam; sonhos; casamento; política; amizades; depressão; nervosismo; timidez; tensão; estresse; morte; suicídio; alimentação; violência sexual; violência em geral; virgindade; namoro; masturbação; relações sexuais; ejaculação; DST; AIDS; métodos anticoncepcionais; menstruação; gravidez; homossexualidade; bebida alcoólica; cigarro; drogas; doenças em geral.

A abordagem foi coletiva, em sala de aula, e os questionários foram distribuídos pelos professores das turmas de sexta série, com padronização da coleta de dados. Essa metodologia foi escolhida para reunir o maior contingente de alunos. Dessa forma, o recolhimento conjunto dos dados visou diminuir os constrangimentos que uma abordagem individual poderia causar.

Os estudantes foram previamente orientados em relação ao direito de não participarem do projeto de pesquisa, caso não desejassem fazê-lo, sem quaisquer prejuízos, bem como a respeito do sigilo de toda e qualquer informação adquirida pelo preenchimento do questionário.

Foram incluídos no projeto alunos de 6ª série do ensino fundamental, matriculados e cursando no ano letivo de 2011, que estavam em sala de aula no momento da distribuição dos questionários e que desejaram fazer parte da pesquisa. Foram excluídos os que não foram encontrados em sala de aula, os que não desejaram fazer parte da pesquisa e aqueles cujos questionários possuíam campos não preenchidos.

Os pais dos alunos foram esclarecidos a respeito da importância da discussão dos temas em questão com a população adolescente, por meio palestra, previamente agendada pela escola. Na ocasião os pais foram orientados a respeito dos conflitos da adolescência e de como abordar temas relacionados à sexualidade. Ainda nesse momento, os pais consentiram com a realização deste estudo e com a aplicação dos questionários.

Os dados coletados foram digitados em planilha de Excel e analisados utilizando o programa estatístico SPSS versão 17.

O projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Positivo, Curitiba-PR.

Resultados

Foi coletado um total de 327 questionários aplicados nas duas instituições privadas de educação fundamental no município de Curitiba - PR. Do total, 167 (51%) eram do gênero masculino, 154 (47%) eram do feminino e 6 (2%) não responderam. A maioria dos pais dos alunos era casada (72%), seguido pelos pais separados e divorciados (24%).

Referente ao contexto religioso, 89% disseram ter doutrinas religiosas, enquanto que 5% não seguiam nenhuma religião e 6% não responderam. Quanto à faixa etária dos alunos houve uma variação entre 10 e 14 anos, com predomínio de 11 anos (49%), seguido de 12 anos (45%) e depois 13 anos (3%).

O quesito "orientação" foi, entre todos, o mais indicado pelos adolescentes, representando um total de 63% das respostas e mais prevalente nas áreas da homossexualidade (43%), liberdade em casa (58%), relacionamento com irmãos (50%), nervosismo (42%), casamento (54%), trabalho (53%), sentimentos que assustam (39%), sonhos (54%), alimentação (54%), religião (61%), cigarro (41%), virgindade (47%), amizades (64%), menstruação (49%), escola (66%), estresse (45%), relacionamento com os pais (61%),

gravidez (48%), política (49%), timidez (52%), álcool (44%), relações sexuais (45%), namoro (62%) e escolha profissional (45%). (Quadro 1)

Na variável "preocupação", com 21% das respostas mais prevalentes, os assuntos que se sobressaíram foram: violência sexual (47%), drogas (46%), morte (52%), suicídio (43%), violência em geral (48%), doenças em geral (41%), obesidade (43%) e AIDS (43%). (Quadro 1)

Por último, com 16% das respostas no quesito "dúvida", houve predomínio de: masturbação (49%), doenças venéreas (53%), métodos anticoncepcionais (56%), ejaculação (58%), depressão (42%) e tensão (45%). (Quadro 1)

Discussão

Sabe-se que a fase da adolescência é conhecida por uma etapa de transição da infância para a vida adulta, onde o adolescente navega entre a dependência dos pais e a independência crescente que se instala na sua vida. Há, além de grandes mudanças físicas, também as psicológicas que geram confusão com seu próprio conhecimento de mundo e, também, com o ambiente social que está mudando continuamente com o amadurecimento de sua realidade.

Dentro dessa transição temos grandes áreas que ocupam e transitam pelas mentes dos adolescentes. Este estudo mostrou a existência de grande preocupação e necessidade de orientação pelos entrevistados na área das drogas. O uso de drogas advém de várias características do meio em que o adolescente está situado⁶. Nesse estudo é mostrado que o uso de drogas é maior em classes mais favorecidas economicamente quando o adolescente vive num lar de pais separados. Ao serem questionados sobre o relacionamento com os pais é notável o aumento no uso de drogas nos adolescentes que não tem contato com os pais ou tem um mau relacionamento com o pai ou mãe. Também, o convívio com pais liberais ou que tenham o costume de usar álcool na frente dos filhos mostra aumentar a incidência do uso de drogas pelos filhos adolescentes.

Na área da religião, sua prática mostra uma relação com redução no uso de drogas. Variáveis como relacionamento com os pais e religião são colocadas como deficitárias em orientação pelos adolescentes. (Quadro 1)

O vírus da imunodeficiência humana (HIV) é alvo de preocupação dos entrevistados (quadro 1). Uma pesquisa enfatiza a necessidade de informação acerca de sexo seguro, pois essa epidemia atinge a população como um todo e não mais classes de risco com menor intenção de prevenção naqueles que tinham a televisão como principal fonte de informação e naqueles que já tinham atividade sexual com penetração⁷. Dentro da perspectiva sobre o contato sexual, existe a possibilidade necessária. Dias *et al.* discutiram sobre o papel fundamental dos pais que muitas vezes não se comunicam adequadamente, pois possuem "uma estimativa equivocada acerca do conhecimento das filhas sobre métodos contraceptivos. Tentativas de postergar a iniciação sexual das jovens e sentimentos de inaptidão para falar, tanto sobre sexualidade como sobre métodos contraceptivos com as filhas"⁹. Dessa forma, é de profunda importância a imersão e conhecimento pelos pais dos novos valores sociais em que seus filhos estão situados e convivendo.

Cano *et al.* comentam sobre a sexualidade na adolescência e o início precoce da atividade sexual devido à

pressão social, pressão do grupo, mídias e falta de diálogo com os pais. Nessa fase começa haver o desenvolvimento de caracteres sexuais secundários e a vontade em conhecer o sexo oposto de maneira mais íntima. O adolescente é exposto a doenças sexualmente transmissíveis e não toma nenhuma atitude de contracepção, como pílulas ou camisinhas, devido a uma falta de maturidade e falta

de informação ou assimilação¹⁰. Assim sendo, muitas dessas relações sexuais acabam por gerar uma gravidez na adolescência em sua maioria não planejada¹⁰. Segundo estimativas, quase metade de todas gestações no Brasil são interrompidas pelo aborto e levam a problemas de caráter social, físico e psicológico para a adolescente que passa por tal experiência¹⁰.

Quadro 1. Distribuição das variáveis dos questionários respondidos por 327 alunos de duas escolas privadas de Curitiba, Paraná em 2011.

Quesitos (n=327)	Dúvida	Orientação	Preocupação	Em branco
Masturbação	159 - 49%	127 - 39%	34 - 10%	7 - 2%
AIDS	57 - 17%	124 - 38%	141 - 43%	5 - 2%
Obesidade	51 - 16%	130 - 40%	140 - 43%	6 - 1%
Doenças em geral	78 - 24%	109 - 33%	134 - 41%	6 - 2%
Violências em geral	63 - 19%	104 - 32%	156 - 48%	4 - 1%
Homossexualismo	111 - 34%	141 - 43%	68 - 21%	7 - 2%
Liberdade em casa	68 - 21%	190 - 58%	53 - 16%	16 - 5%
Relacionamento com irmãos	36 - 11%	165 - 50%	61 - 19%	65 - 20%
Doenças venéreas	175 - 53%	71 - 22%	72 - 22%	9 - 3%
Nervosismo	66 - 20%	138 - 42%	112 - 34%	11 - 4%
Suicídio	58 - 18%	120 - 37%	142 - 43%	7 - 2%
Casamento	71 - 22%	178 - 54%	69 - 21%	9 - 3%
Trabalho	65 - 20%	174 - 53%	74 - 23%	14 - 4%
Sentimentos que assustam	85 - 26%	127 - 39%	104 - 32%	11 - 3%
Sonhos	75 - 23%	176 - 54%	62 - 19%	14 - 4%
Morte	49 - 15%	96 - 29%	169 - 52%	12 - 4%
Métodos anticoncepcionais	182 - 56%	98 - 30%	31 - 9%	16 - 5%
Alimentação	46 - 14%	177 - 54%	90 - 28%	14 - 4%
Religião	61 - 19%	200 - 61%	43 - 13%	23 - 7%
Cigarro	49 - 15%	136 - 41%	133 - 41%	9 - 3%
Virgindade	97 - 30%	155 - 47%	67 - 20%	8 - 3%
Amizades	38 - 12%	210 - 64%	62 - 19%	17 - 5%
Menstruação	85 - 26%	161 - 49%	56 - 17%	25 - 8%
Drogas	43 - 13%	125 - 38%	152 - 46%	6 - 3%
Escolha profissional	99 - 30%	147 - 45%	74 - 22%	7 - 3%
Estresse	54 - 16%	146 - 45%	118 - 36%	9 - 3%
Ejaculação	189 - 58%	105 - 32%	26 - 8%	7 - 2%
Relacionamento com os pais	35 - 11%	199 - 61%	65 - 20%	28 - 8%
Gravidez	64 - 20%	156 - 48%	93 - 28%	14 - 4%
Política	89 - 27%	159 - 49%	66 - 20%	13 - 4%
Violências sexuais	62 - 19%	100 - 31%	155 - 47%	9 - 3%
Timidez	69 - 21%	170 - 52%	73 - 22%	15 - 5%
Depressão - "Fossa"	139 - 42%	88 - 27%	90 - 27%	10 - 4%
Álcool	46 - 14%	145 - 44%	124 - 38%	12 - 4%
Tensão	147 - 45%	105 - 32%	67 - 20%	8 - 3%
Relacionamento sexual	97 - 30%	149 - 45%	71 - 22%	10 - 3%
Namoro	55 - 17%	203 - 62%	52 - 16%	17 - 5%
Escola	25 - 8%	215 - 66%	65 - 20%	22 - 6%

Neste estudo, a maior parte dos entrevistados mostra preocupação com a obesidade e nisso há o fator estético que hoje é visto mundialmente como de grande importância. O ideal de beleza pregado pela mídia é o de ser magro, que seria igual a ser bonito. Fonseca *et al.* discutem sobre a relação entre a obesidade e a beleza, que pode representar perigo, principalmente para as meninas, pois é nessa fase que pode haver algum desvio de comportamento, seja pela compulsão ou pela penitência alimentar, desregulando toda uma dieta que seria essencial para o crescimento e desenvolvimento deste(a) adolescente.

No que concerne ao uso de álcool e tabaco, substâncias que em qualquer idade é motivo de preocupação, medidas devem ser sempre adotadas para a não adesão. Para

os entrevistados, ambas as substâncias são motivo de orientação e para o tabaco igualmente há preocupação. Desse modo, descrito tanto em Trindade e em Malcon, sabendo que o adolescente passando por essa fase de auto-afirmação e muitas vezes rebeldia encontra nas drogas uma maneira de expressar o que muitas vezes não consegue dizer por outros meios. A vulnerabilidade do adolescente estimula o investimento em propagandas envolventes dessas substâncias^{11,12}. O governo deveria aplacar maior fiscalização na venda e na propaganda desses produtos, adjunto de forças de aconselhamento tanto da família quanto dos educadores das escolas.

Até pouco tempo atrás, nos anos 70, a depressão era considerada rara ou inexistente na faixa etária dos ado-

lescentes¹³. Desde então, vários estudos constataram que hoje essa doença cresce em números expressivos¹³. Esse estudo mostra que há dúvida quanto ao termo depressão no adolescente e por ser uma doença estudada recentemente foram definidos os sinais e as manifestações clínicas da depressão para esse estágio da vida. Caracteriza-se como alternância e impulsividade de humor, queda no rendimento escolar e na auto-estima¹³. Quando estudamos tal doença vemos que o suicídio tem maior prevalência nessa idade, relacionado com a depressão maior e estado de humor deprimido. Neste estudo, o suicídio foi tido como motivo de preocupação. Dessa forma, abrangendo algumas das principais áreas de entendimen-

to, esse estudo traz à tona questionamentos ou colocação, por ordem de importância na visão do próprio adolescente. Fica em aberto a discussão de como alcançar o interesse dessa faixa etária, adjunto de resultados concretos quanto ao real entendimento e aplicação de práticas saudáveis e de proteção pelos adolescentes.

Neste estudo foi possível verificar esse contexto, onde a maioria quer orientações que possam sanar/diminuir os conflitos gerados num período tão conturbado. Os resultados auxiliarão a comunidade escolar no planejamento e orientação de pais e alunos, visando uma formação integral nesta fase de grandes transformações físicas, emocionais e sociais¹⁴.

Referências Bibliográficas

1. Taquette, S.R., et al. Conflitos éticos no atendimento à saúde de adolescentes. Cad. Saúde Pública vol.21 (6), Rio de Janeiro Nov./Dec. 2005. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102 Acesso em: 13/06/2011.
2. Oliveira, C.A.A., et al. Categorias de conflitos no cotidiano de adolescentes mineiros. Ver. Psicologia Reflexão e Crítica, ano/vol. 10, número 001, 1997. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - POA - BR.
3. Aberastury, A., et al. Adolescência normal. São Paulo: Editora Artmed, 1981.
4. Alameida, A.F.; Mussi, F.C. Tabagismo: conhecimentos, atitudes, hábitos e grau de dependência de jovens fumantes em Salvador. Rev Esc. Enferm. USP; 2006; 40(4):456-63. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/. Acesso em: 20/06/2011.
5. Amaral, M. A.; Fonseca, R.M.G.S. Entre o desejo e o medo: as representações sociais das adolescentes acerca da iniciação sexual. Rev Esc Enferm USP; 2006; 40(4):469-76. Disponível em: www.ee.usp.br/reeusp/ Acesso em: 10/06/2011.
6. Tavares, B. F.; Béria, J. U.; Lima, M. S. Fatores associados ao uso de drogas entre adolescentes escolares. Rev Saúde Pública 2004;38(6):787-96.
7. Camargo, B. V.; Botelho, L. J. Aids, sexualidade e atitudes de adolescentes sobre proteção contra o HIV. Rev Saúde Pública 2007.
8. Fonseca, V. M.; Sichieri, R.; Veiga, G. V. Fatores associados à obesidade em adolescentes. Rev Saúde Pública 1998; 32(6): 541-9.
9. Dias, A. C. G.; Gomes, W. Conversas sobre sexualidade na família e gravidez na adolescência: a percepção dos pais. Estudos de Psicologia 1999, 4(1), 79-106.
10. Cano, M. A. T.; Ferriani, M. G. C.; Gomes, R. Sexualidade na adolescência: um estudo bibliográfico. Rev. Latino-Americana de Enfermagem - Ribeirão Preto - v. 8 - n. 2 - p. 18-24 - abril 2000.
11. Trindade, I.; Correa, R. Adolescentes e álcool: Estudo do comportamento de consumo de álcool na adolescência. Aná. Psicológica v.17 n.3 Lisboa set. 1999, p.591-598.
12. Bahls, Saint-Clair. Aspectos clínicos da depressão em crianças e adolescentes. Jornal de Pediatria vol.78, nº 5, 2002, 359-66.
13. Malcon, M. C.; Menezes, A. M.; Chatkin, M. Prevalência e fatores de risco para o tabagismo em adolescentes. Rev Saúde Pública 2003, 37 (1): 1-7.
14. Aberastury, Arminda. O Adolescente e a Liberdade. Porto Alegre: Artes médicas, 1981. p. 13-23.

AUTISMO: UM ALERTA AOS PEDIATRAS

AUTISM: A WARNING TO PEDIATRICIANS

Mariane Wehmuth¹, Sérgio A. Antoniuk², Cláudia Omairi³, Amanda B. dos Santos⁴, Danielli R. Bernert⁵, Luzanira C. Feitosa⁶
Instituição Vinculada: CENEP - Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas da UFPR

Resumo

Objetivo: Avaliar as características clínicas de crianças com autismo através de seus sintomas mais frequentes, comorbidades e história do diagnóstico.

Métodos: o estudo foi realizado no período de outubro de 2011 a abril de 2012. Foram avaliados 36 pacientes com diagnóstico de autismo do Ambulatório de Autismo do CENEP (Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas), idade entre 2 e 11 anos, através de avaliação multidisciplinar e questionários específicos.

Resultados: Predomínio do sexo masculino com média de idade de 4 anos e 6 meses. A história familiar de autismo em 11%. A idade média de idade do diagnóstico foi de 4 anos, com atraso médio de 18 meses do início dos sintomas percebidos pelos pais. A suspeita do diagnóstico foi feita pelos pais em 39%, 25% por neurologistas, 14% por terapeutas e pelos pediatras em 11%. Os sintomas principais foram - atraso linguagem em 89%, dificuldade de socialização em 76%, uso inadequado de objetos em 79%, alterações sensoriais em 66%, estereotípias motoras em 56%, restrição alimentar em 53%. Epilepsia em 5,1%, dois pacientes com crise única, e dois com alteração eletroencefalográfica, sem história de crises convulsivas. Os exames de imagem (Ressonância Magnética e Tomografia de Crânio) foram normais em todos os pacientes.

Conclusões: Houve atraso no diagnóstico com baixo índice de suspeição clínica pelos pediatras. O atraso de linguagem e dificuldades da comunicação foram os sintomas principais para o diagnóstico. Outras queixas como: uso inadequado dos objetos, alterações sensoriais e a restrição alimentar devem ser valorizadas para suspeição de autismo. Crises epilépticas são frequentes e sempre devem ser pesquisadas nesta enfermidade. Ressaltamos que os estudos de imagens foram normais em todos os casos e o eletroencefalograma está alterado com maior frequência em relação á população normal.

Palavras-chave: Autismo, Transtorno Invasivo do Desenvolvimento, desenvolvimento.

Abstract

Objective: To evaluate the clinical characteristics of children with autism through its most common symptoms, comorbidities and history of diagnosis.

Methods: The study was conducted from October 2011 to April 2012. We evaluated 36 patients with a diagnosis of autism from the Autism Clinic at CENEP (Center for Pediatric Neurology, Hospital de Clínicas, Curitiba), aged 2 to 11 years, through a multidisciplinary evaluation and specific questionnaires.

Results: Predominantly male with a mean age of 4 years and 6 months, family history of autism in 11%. Average age of diagnosis was 4 years, with average delay of 18 months from onset of symptoms perceived by the parents. In 39% of the cases, parents suspected the diagnosis, followed by neurologists in 25%, therapists in 14%, and pediatricians in 11%. The main symptoms were language delay in 89%, difficulty socializing in 76%, inappropriate use of objects in 79%, sensory changes in 66%, motor stereotypies in 56%, food restriction in 53%. Epilepsy was detected in 5.1%, two patients with single seizure, and two with altered EEG, no history of seizures. Imaging studies (MRI and CT scan) were normal in all patients.

1. Pediatra, residente em neuropediatria pelo Departamento de Pediatria da UFPR. 2. Professor Adjunto da Universidade Federal do Paraná. 3. Terapeuta Ocupacional, Professora Adjunta da Universidade Federal do Paraná. 4. Psicóloga voluntária do Centro de Neuropediatria da UFPR. 5. Acadêmica do curso de Terapia Ocupacional da UFPR. 6. Fisioterapeuta voluntária do Centro de Neuropediatria da UFPR.

MW: Rua Floriano Essensefelter, 81 80060-270 Curitiba-PR

Telefone: (41) 3598-0163 e-mail: mariane.w@gmail.com

Conclusions: There was a delay in diagnosis with a low index of clinical suspicion by pediatricians. Delay in language and communication difficulties were the main symptoms for diagnosis. Other complaints, such as inappropriate use of objects, sensory changes and dietary restriction should be valued for suspicion of autism. Seizures are common and should always be sought in this disease. We emphasize that the imaging studies were normal in all cases, and that the altered electroencephalogram is more frequent in relationship to the normal population.

Key words: Autism, Pervasive Developmental Disorder, development.

Introdução

O autismo é o Transtorno Global do Desenvolvimento que mais cresce em número nos últimos anos. De acordo com o último levantamento do CDC (*Central for Disease Control*) a prevalência é de 1 caso para cada 88 crianças, o que leva alguns autores a considerar a doença uma verdadeira "epidemia"¹. Estudos recentes demonstram um aumento de casos nos últimos 40 anos². Esses dados refletem uma melhoria nos métodos atuais de triagem e diagnóstico precoce^{1,2}.

Em cerca de 80% dos casos, o autismo é considerado idiopático, e nos outros 20% pode estar associado a doenças como esclerose tuberosa, síndrome de Down, Angelman, X-Frágil etc^{3,4}.

Por definição, o autismo não é uma doença única, mas sim um distúrbio de desenvolvimento complexo, definido de um ponto de vista comportamental, com etiologias múltiplas e graus variados de comprometimento⁵.

De acordo com o DSM IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV*), os Transtornos Invasivos do Desenvolvimento (TID) caracterizam-se por prejuízo grave e invasivo em diversas áreas do desenvolvimento: habilidades de interação social recíproca, habilidades de comunicação, ou presença de comportamento, interesses e atividades estereotipados. As manifestações do transtorno variam imensamente, dependendo do nível de desenvolvimento e idade cronológica do indivíduo, e têm início antes dos três anos de idade⁶.

Estão incluídos nos Transtornos Invasivos do Desenvolvimento: o Transtorno Autista, Síndrome de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância, Síndrome de Asperger e o Transtorno Invasivo do Desenvolvimento Sem Outra Especificação (TID-SOE)⁶.

O diagnóstico do autismo é clínico, baseados nos critérios apresentados pelo DSM IV. Para auxílio no diagnóstico, são utilizadas escalas como a CARS (*Childhood Autism Rating Scale*)⁷ que permite quantificar o autismo em leve-moderado e grave, se acordo com a sua pontuação e a Vineland (*Adaptive Behavior Scales*) que permite avaliar os comportamentos adaptativos em diferentes áreas de desenvolvimento de crianças de todas as faixas etárias³.

São usadas ainda ferramentas de triagem para o diagnóstico, entre elas o M-CHAT (*The Modified Checklist for Autism in Toddlers*), que permite o rastreio rápido de autismo em crianças de 18 a 24 meses⁸.

Sabe-se que entre 10 e 30% dos pacientes com autismo têm epilepsia associada, esse número varia conforme grau de acometimento e comorbidades, como retardo mental e paralisia cerebral. Em autismo idiopático, a incidência é de 6%, e até 10% dos pacientes podem ter Eletroencefalograma alterado sem crises clínicas³.

O tratamento do Autismo é multidisciplinar^{3,9}. Estudos recentes sugerem que o prognóstico de indivíduos com autismo pode estar melhorando, com 27,4% dos adultos autistas empregados e vivendo independente ou quase independentemente, principalmente ao fato de que esses indivíduos receberam intervenções intensivas e precoces⁵.

Métodos

O estudo foi realizado no período de outubro de 2011 a abril de 2012. Foram avaliados 36 pacientes com diagnóstico de autismo do Ambulatório de Autismo do CENEP (Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas).

O diagnóstico foi confirmado através dos critérios do DSM IV.

Foram avaliadas as características clínicas dos pacientes, como gênero, idade, início dos sintomas, idade de diagnóstico e características clínicas prevalentes e perfil socioeconômico por equipe multidisciplinar. Realizada a aplicação da CARS, avaliação de Eletroencefalograma (EEG) e exame de imagem (Ressonância Magnética ou Tomografia Computadorizada de crânio).

Resultados

Quanto ao gênero, 91% (33) dos pacientes são do sexo masculino, numa proporção de 9:1, enquanto na literatura o predomínio também seja masculino, esse número é menor, de 4:15.

A média de idade da primeira consulta foi de 4 anos 6 meses, sendo a mínima de 2 anos 1 mês e a máxima de 11 anos 4 meses.

Dos 36 pacientes, 58,5% dos pacientes estão incluídos em escola regular, e 19% em escola especial.

Quanto ao perfil socioeconômico, o grau de escolaridade dos pais foi de 20% com Ensino Fundamental, 45% Ensino Médio Completo, e 35% Ensino Superior. A renda média familiar média foi de R\$ 2.400,00. A média de idade das mães é de 31 anos e dos pais 34 anos.

Em relação à história familiar, 11% dos pacientes tem história de autismo na família, todos eles irmãos, semelhante à literatura (10,9%)⁶ e 38,8% dos pacientes tem história familiar de atraso na linguagem em parentes de primeiro grau. 39% dos pacientes eram o único filho do casal. Existe história familiar de doenças psiquiátricas em 13%, entre elas, esquizofrenia, depressão e transtorno de humor bipolar.

No que diz respeito ao diagnóstico, a suspeita de que havia algo errado no desenvolvimento foi realizada pelos pais em sua maioria dos casos (39%). Em 25% dos casos a suspeita de autismo foi feita por neurologistas, em 14% por terapeutas e em apenas 11% dos casos, foi

realizada pelos pediatras, sendo que 77% dos pacientes faziam acompanhamento pediátrico regular.

A média de idade do início dos sintomas foi de 19 meses (6 a 36 meses), e a média de idade do diagnóstico foi de 4 anos (12 a 84 meses), considerando-se assim a média de atraso no diagnóstico de 18 meses, enquanto o que se preconiza é que esse diagnóstico seja realizado por volta dos 2 anos⁹.

As principais características apresentadas por todos os pacientes que fazem parte dos critérios diagnósticos estavam presentes de forma moderada a grave da seguinte forma: atraso na linguagem em 89%, distúrbio da comunicação 82%, dificuldade nas relações sociais em 76%, falta de reciprocidade social em 61%, dificuldade na linguagem não-verbal em 48%.

Outras características foram identificadas nestes pacientes: interesses restritos por objetos ou assuntos em 87%, uso inadequado de objetos e brinquedos em 79%, alterações sensoriais em 66%, estereotípicas motoras 56%, restrição alimentar em 53%, sensibilidade ao toque em 25%, oscilação de humor em 25% e distúrbios do sono em 20%.

A pontuação média na escala CARS foi de 39 (autismo grave) e 39% dos pacientes tiveram regressão no desenvolvimento neuropsicomotor.

A epilepsia estava associada em 5,1% dos pacientes e 10,2 % deles apresentaram algum evento epiléptico. O EEG apresentou atividade epiléptica (AE) sem história de crises convulsivas em 6,6% dos pacientes.

Todos os exames de imagem foram normais.

Discussão

De acordo com a literatura, a prevalência de autismo entre os sexos é de 4:1 com predomínio do sexo masculino. Nessa amostra, a diferença entre os sexos foi maior⁵.

Quando os fatores de risco socioeconômicos são analisados individualmente na literatura, classes sociais mais favorecidas do ponto de vista econômico e cultural têm uma maior incidência de autismo. Esse dado pode estar relacionado à facilidade de acesso às informações, o que leva a uma teoria de "epidemia de descoberta" do autismo, com o aumento do diagnóstico precoce e principalmente de casos mais leves. Atualmente o número de casos de autismo tem se igualado em classes sociais menos favorecidas¹².

O diagnóstico aos 4 anos de idade é considerado tardio. A idade ideal de diagnóstico é em torno volta dos 2 anos, com a finalidade de alcançar um melhor prognóstico. Apesar de não existir cura, a intervenção precoce em pelo menos dois anos antes do período escolar resulta em

melhora da linguagem, habilidades cognitivas e habilidades sociais¹³.

Além dos critérios diagnósticos do DSM IV, outras queixas devem ser valorizadas, entre elas, os interesses restritos, o uso inadequado dos objetos, as alterações sensoriais e a seletividade alimentar. Estudos demonstram que as alterações sensoriais podem estar presentes em até 80% das crianças com autismo⁷. O perfil sensorial de cada criança pode variar de hipossensibilidade a hipersensibilidade em qualquer um dos sentidos: tátil, auditiva, gustativa, visual, etc. Essas alterações sensoriais são responsáveis pela restrição alimentar, andar na ponta dos pés, lambar ou cheirar objetos, permanecer longos períodos olhando para objetos que giram ou brilham, assim como algumas estereotípicas motoras⁷.

Alguns pacientes com autismo podem ainda apresentar regressão no desenvolvimento e perda de habilidades adquiridas. Essa queixa deve também ser valorizada, principalmente em relação à linguagem¹³.

Os exames de imagem não auxiliaram no diagnóstico etiológico. Eles são importantes para descartar malformações corticais, e outras doenças como esclerose tuberosa, principalmente quando há associação com epilepsia.

A incidência de epilepsia em pacientes com autismo varia de 6 a 20%, sendo menor em pacientes com autismo idiopático. Existem dois picos de incidência, um no início da infância e outro na adolescência. Alterações no EEG podem ser encontradas em até 10% dos pacientes sem história de crise epiléptica anterior, embora não se conheça exatamente a repercussão clínica desse dado. Nessa série, a incidência de epilepsia foi de 5,1%, e de EEG alterados sem crises em 6%³.

Diante do aumento no número de casos de autismo nos últimos anos, e do fato de o diagnóstico e estimulação precoces serem fatores muito importantes no prognóstico dessas crianças, é de extrema importância a necessidade de conhecimento do assunto por médicos, pediatras e profissionais da área da saúde e educação.

Embora a produção científica a respeito do autismo tenha aumentado no Brasil nos últimos anos, existem poucos estudos epidemiológicos e de validação de ferramentas para o diagnóstico. O autismo não deve ser considerado uma doença rara, mais de um milhão de brasileiros tem o diagnóstico de autismo. O sistema público de saúde e educação devem estar preparados para ajudar esta população¹³.

O baixo índice de suspeição e encaminhamento para especialista pelos pediatras, que reforça a necessidade de informação e inclusão de métodos de triagem nessa população.

Agradecimentos

A toda a equipe do CENEP, principalmente aos que se juntaram a esse projeto.

Referências Bibliográficas

1. Autism speaks. New York: Autism speaks foundation <http://www.autismspeaks.org>. Acesso em 01/05/2012.
2. King E, Bearman M. Socioeconomic Status and the Increased Prevalence of Autism in California. *Am Sociol Rev* 2011; 76(2): 320–346.
3. Tuchman R, Rapin I. *Autismo - Abordagem Neurobiológica*. 1st ed.
4. Dhillon. Genetics and Mitochondrial Abnormalities in Autism Spectrum Disorders. *Current Genomics* 2011; 12 (5) 323.
5. Gadia. Autism and pervasive developmental disorders. *Jornal de Pediatria* 2004; 80(2).
6. DSM IV - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais. Porto Alegre, Ed. Artes Médicas, 1995.
7. Mercadante MT, Van Der Gaag RJ, Schwartzman JS. Transtornos invasivos do desenvolvimento não-autísticos: síndrome de Rett, transtorno desintegrativo da infância e transtornos invasivos do desenvolvimento sem outra especificação. *Rev Bras Psiquiatr* 2006, (28, suppl.1)s12-s20.
8. Klintwall, L. Sensory abnormalities in autism: A brief report. *Research in Developmental Disabilities* 2011; (32) 795–800.
9. Pereira, A. Childhood autism: translation and validation of the Childhood Autism Rating Scale for use in Brazil. *Jornal de Pediatria* 2008; 84(6).
10. Robins F, Barton G. The Modified Checklist for Autism in Toddlers: An Initial Study Investigating The Early Detection of Autism and Pervasive Developmental Disorder. *Journal of autism and Developmental Disorders* 2009; (31)131-143.
11. Paula C, Gadia C, Tuchman R, Rosanoff M. Autism in Brazil - perspectives from science and society. *Rev Assoc Med Bras* 2011; 57(1):2-5.
12. Kinga MD, Peters S. Socioeconomic Status and the Increased Prevalence of Autism in California. *Am Sociol Rev*. 2011 April 1; 76(2): 320–346.
13. Seldas PR. Los síntomas de los trastornos del espectro de autismo en los primeros dos años de vida: una revisión a partir de los estudios longitudinales prospectivos. *An Pediatr (Barc)*. 2012;76(1):41.e1—41.e10.

SÍNDROME DE CIMITARRA: RELATO DE CASO

SCIMITAR SYNDROME - CASE REPORT

Ana Carolina Lima Veneziani¹, Camila Travensoli Bobato¹, Caroline de Souza Pereira¹, Catarina Marchi Assunção¹, Gabriela Lacreta¹, Laiza Tabisz¹, Maria Fernanda Carvalho¹, Mariana Escani Guerra¹, Tatiane Guedes da Silva¹, Cristiane Nogueira Binotto²
Instituição vinculada: Universidade Positivo – Curitiba-PR

Resumo

Introdução: Síndrome de Cimitarra é um subtipo das drenagens anômalas venosas parciais, em que parte ou todo pulmão direito drena para veias pulmonares conectadas anormalmente a veia cava inferior. Ocorre em dois a cada cem mil nascidos vivos. O nome da síndrome refere-se ao achado radiográfico similar a espada turca (cimitarra), descrito pela descida da veia pulmonar anômala (veia cimitarra). Várias anomalias podem estar associadas: hipoplasia de artéria pulmonar e pulmão; dextroposição cardíaca; sequestro pulmonar; comunicação interatrial (CIA); pulmão em ferradura. Frequentemente interpreta-se o achado radiológico como pneumonias de repetição. O tratamento consiste em reimplantação da veia ao átrio esquerdo (AE), tunelização do fluxo ao AE por uma CIA, ou pneumectomia.

Objetivo: relatar caso de um paciente com Síndrome de Cimitarra atendido no Hospital Pequeno Príncipe. Alertar para importância da investigação cardiológica em pacientes cuja etiologia de afecções pulmonares é desconhecida.

Caso clínico: paciente do sexo masculino de 10 meses de idade, com história de esforço respiratório importante. Na avaliação cardiológica suspeitou-se da Síndrome de Cimitarra devido a hipertensão pulmonar severa, pulmão direito hipoplásico e sequestro pulmonar. Realizou-se a confirmação por estudo hemodinâmico. Realizou-se pneumectomia total a direita devido repetidas infecções de vias aéreas. Evoluiu com broncoespasmo importante. Descartou-se síndrome pós-pneumectomia, porém sem sucesso no desmame do oxigênio.

Conclusões: os portadores dessa síndrome sofrem intervenções desnecessárias, como uso de antibióticos para supostas pneumonias recorrentes. Infecções respiratórias recorrentes que não respondem ao tratamento, associadas à hipertensão pulmonar, devem levantar suspeita de etiologia cardíaca a ser investigada.

Palavras-chave: cimitarra, drenagem pulmonar, cardiopatia, congênita.

Abstract

Introduction: Scimitar Syndrome is amongst the partial anomalous pulmonary venous connections, where some part or the entire right lung drains to pulmonary veins anomaly connected to the inferior vena cava. The incidence proportion is two cases per one hundred thousand living births. Scimitar is a backword of curved shape, similar to the radiographical finding drawn by the anomalous pulmonary vein. There can be associated anomalies, such as pulmonary artery hypoplasia; lung hypoplasia; pulmonary sequestration; interatrial communication; horseshoe lung. Commonly misdiagnosed as recurrent pneumonia. Treatment occurs by reconnecting the scimitar vein to left atrium, creating a tunnel flow to the left atrium by an interatrial communication, or pneumectomy.

Objective: to describe a Scimitar Syndrome case treated at Hospital Pequeno Príncipe. To emphasize the importance of cardiologic investigation when pulmonary affections have unknown etiology.

1. Acadêmicos de Medicina da Universidade Positivo.

2. Professora Doutora de Medicina da Universidade Positivo.

TG: Av. Silva Jardim, 2014, ap. 201 - Água Verde 80250-200

Telefones: (41) 3244-2466 / (41) 9922-0266 e-mail: tatiane_guedes@yahoo.com.br

Clinical case: a 10-month-old male patient with medical history of dyspnea and clinical instability. Upon cardiologic evaluation, Scimitar Syndrome was a clinical hypothesis due to severe pulmonary hypertension, hypoplastic right lung and pulmonary sequestration. Hemodynamic study confirmed the diagnostic. As the patient suffered from recurrent airway infections, thus having to remain on critical care, a right pneumonectomy was performed. In spite of the procedure, a significant bronchospasm developed. And although post-pneumonectomy was not the case, the patient had to remain on oxygen therapy.

Conclusions: Scimitar Syndrome patients are under constant iatrogenic interventions, such as antibiotic use for alleged recurrent pneumonia. Respiratory infections with a recurrent pattern albeit treatment, associated with pulmonary hypertension, should raise concern for cardiologic etiology.

Key words: scimitar, pulmonary connection, cardiopathy, congenital.

Introdução

A drenagem anômala parcial das veias pulmonares abrange um grupo específico de anomalias cardiovasculares congênitas que são causadas pelo retorno anormal de uma ou mais veias pulmonares, mas não todas, para o átrio direito (AD)¹.

A Síndrome de Cimitarra é uma variante do subtipo drenagens anômalas venosas parciais, em que parte ou todo o pulmão direito drena para veias pulmonares que se conectam anormalmente a veia cava inferior (VCI). É uma entidade rara, com incidência estimada em dois a cada cem mil nascidos, com uma preponderância no sexo feminino de 2:1. Assim, a maioria da literatura consiste de relatos de caso ou pequenas séries de casos em grandes centros².

A anomalia foi descrita pela primeira vez por Cooper, em Londres, durante uma necropsia de um lactente, em 1836. O autor descreveu achados de dextroposição cardíaca e hipoplasia do pulmão direito³. O termo "Síndrome de Cimitarra" se afixou nesta constelação de achados em 1960, por Neill e cols⁴. A ponta do crescente aponta inferiormente e medialmente para o diafragma. Este sinal radiográfico característico, no entanto, é encontrado apenas em metade de todos os pacientes com a Síndrome de Cimitarra e em menos de 10% dos lactentes portadores da síndrome⁵.

Em ordem decrescente de frequência, encontram-se as seguintes anomalias associadas: formação anormal dos lobos pulmonares direitos e hipoplasia do pulmão direito em praticamente todos os casos; dextroposição do coração; hipoplasia da artéria pulmonar direita; fornecimento de sangue sistêmico arterial para o lobo inferior direito vindo da aorta infradiafragmática (sequestro pulmonar); comunicação interatrial (CIA) óstio secundum; hérnia diafragmática do lado direito; pulmão em ferradura (continuidade do parênquima entre o pulmão direito e o esquerdo, posterior ao coração e anterior ao esôfago)⁶.

Existem duas formas de apresentação clínica da Síndrome de Cimitarra, sendo uma a infantil, associada com mortalidade significativa e a forma pediátrica/adulto, que pode ser oligossintomática ou assintomática, diagnosticada apenas por achados radiológicos. Na forma infantil, a síndrome é diagnosticada nos primeiros meses de vida, com a idade mediana de apresentação sendo aos dois meses. Déficit no crescimento, taquipnéia e insuficiência cardíaca são os achados predominantes nestes pacientes, podendo haver cianose se houver hipertensão pulmonar e a anatomia predispuer shunt sanguíneo da esquerda para a direita via veia pulmonar anômala. A mortalidade é estimada em 45%. Na forma infantil, a ra-

ção entre o fluxo pulmonar e sistêmico (Qp/Qs) é marcadamente mais elevada e há mais casos de hipertensão pulmonar do que na variante do adulto. A veia cimitarra (VC), ao participar no retorno ineficiente de sangue venoso para o AD, contribui para essa elevação do Qp/Qs, porém, o fluxo da aorta infradiafragmática para o pulmão direito é um fator definitivo no aumento do Qp/Qs. Além disso, como causa para a elevação da pressão pulmonar pode-se citar a hipoplasia pulmonar direita, com conseqüente redução do leito vascular pulmonar⁷. Outra contribuição pode advir de possíveis malformações ou lesões cardíacas associadas, como defeito do septo atrioventricular⁸.

Na forma pediátrica/adulto da síndrome, os sintomas tendem a ser leves ou ausentes. Frequentemente, estes pacientes apresentam história de infecções pulmonares recorrentes envolvendo o pulmão direito. Os estudos pulmonares demonstram pequenas alterações na capacidade vital e no volume expiratório forçado no primeiro segundo (FEV-1). O sinal da cimitarra está presente em 70% dos pacientes com a forma pediátrica/adulto, e a hipoplasia do pulmão direito é menos severa e menos prevalente que na forma infantil. Alguns pacientes são diagnosticados por conta de fibrilação atrial associada com sobrecarga direita crônica. No eletrocardiograma, tem-se 50% dos casos com evidência de hipertrofia ventricular direita, costumeiramente na forma de bloqueio de ramo direito. O ramo aórtico-para-pulmonar infradiafragmático é ausente em metade destes pacientes, ou quando presente é bastante pequeno⁹. No exame físico, pode haver impulsão do coração para a direita e um sopro sistólico. A ausculta pulmonar geralmente é normal, porém o murmúrio vesicular pode estar diminuído em hemitórax direito⁴.

Classicamente, nas radiografias do tórax pode-se encontrar o sinal da cimitarra. Esta sombra vascular curva desce em direção ao diafragma e é localizada à direita do coração. Embora este sinal seja fortemente sugestivo da síndrome, por diversas vezes está obscuro por conta de sobreposição cardíaca³. Na ecocardiografia, pode-se delinear tanto a VC quanto qualquer suprimento arterial para o pulmão direito. Este estudo é importante, uma vez que anomalias cardiovasculares adicionais são encontradas em até 75% dos pacientes com manifestações graves da Síndrome de Cimitarra, sendo a CIA a mais comum¹⁰. A ecocardiografia transesofágica é superior a transtorácica no diagnóstico desta síndrome e de outras formas de drenagem venosa pulmonar parcial. É também fundamental o uso de ecocardiografia transesofágica para a avaliação perioperatória reparadora e a confirmação da patência da anastomose da veia pulmonar para o AE¹¹. A tomografia

pode ser particularmente útil em detectar um pulmão em ferradura, onde ocorre a fusão posterior de porções do pulmão direito e esquerdo atrás do coração e em frente ao esôfago. Este achado é bastante sugestivo da síndrome, uma vez que aproximadamente 80% dos pacientes com pulmão em ferradura apresentam a Síndrome de Cimitarra⁹. A ressonância magnética com contraste fornece um método diagnóstico não invasivo na avaliação do drenagem venosa pulmonar anômala¹².

Pacientes com suspeita de Síndrome de Cimitarra devem sempre ser submetidos à cateterismo cardíaco para a confirmação do diagnóstico¹³. Esta avaliação vai identificar o curso específico da drenagem pulmonar anômala; verificar se há estenose na VC ou nas pulmonares; avaliar a anatomia pulmonar arterial e sua pressão; o grau de shunt esquerda-direita e possíveis anomalias cardíacas associadas. Durante o exame, é possível também delinear o suprimento arterial anômalo para o pulmão direito, podendo já ser feita a oclusão por embolização, caso seja necessário¹⁰.

O tratamento clínico é indicado nas formas infantis para compensar a insuficiência cardíaca e permitir o crescimento e desenvolvimento antes do reparo cirúrgico³. Porém, caso o paciente apresente falha no tratamento clínico ou hipertensão pulmonar deve ser feita uma intervenção precoce. As indicações cirúrgicas são: shunt esquerda-direita maior que 50%, infecções pulmonares recorrentes, hemoptises, malformações cardíacas e síndrome da cimitarra na forma infantil sintomática⁴.

Atualmente, sugere-se duas maneiras de correção da Síndrome de Cimitarra: ressecção do pulmão direito drenado pela VC com implantação da VC diretamente no AE, ou por um redirecionamento do fluxo da VC para o AE através de um túnel. A ressecção de um pulmão hipoplásico é mais complicada e a maioria dos cirurgões é contra a retirada de um tecido pulmonar viável. Nas duas abordagens qualquer artéria sistêmica anormal para o pulmão direito é ligada e as lesões intracardíacas deverão ser reparadas³.

Relato do caso

L.E.M.T., sexo masculino, 10 meses e 11 dias de vida, procedente de Cuiabá, Mato Grosso, admitido no Hospital Pequeno Príncipe por pneumonia e dificuldade respiratória.

Ao exame apresentava expansibilidade torácica preservada e simétrica, murmúrio vesicular presente, diminuído difusamente em hemitórax direito, sem ruídos adventícios. Aparelho Cardiovascular: ictus no 4º espaço intercostal esquerdo, para dentro da linha hemiclavicular; desviado para a direita, bulhas cardíacas rítmicas, com segunda bulha normofonética em área pulmonar e sopro sistólico de ejeção em 2º espaço intercostal esquerdo suave de +1/+2 em +4, sem irradiação e sem sinais de hipertensão pulmonar. Abdome: fígado palpável 2 polpas digitais abaixo do rebordo costal direito e baço palpável 1 polpa digital abaixo do rebordo costal esquerdo. Extremidades: pulsos cheios e simétricos, sem baquetamento digital.

Solicitado avaliação cardiológica: clínica, eletrocardiograma e ecocardiograma Collor Doppler. Neste momento foi realizado o diagnóstico de CIV moderada, CIA, câmaras cardíacas direitas muito grandes, sinais hipertensão pulmonar importante e suspeita de drenagem anômala parcial. No quinto dia de internamento devido a ausência de estabilização clínica medicamentosa

foi submetido a estudo hemodinâmico com diagnóstico de CIA pequena, CIV ampla, PCA pequena, Síndrome de Cimitarra, sequestro pulmonar (Aorta abdominal irrigando base do pulmão direito), ramo esquerdo da artéria pulmonar (REAP) hipoplásico e hipertensão pulmonar importante. No quadragésimo dia de internamento, o paciente foi submetido a procedimento cirúrgico onde foi realizada pneumectomia total direita, fechamento da CIA com pontos, fechamento da CIV com pericárdio bovino e tríplice ligadura da PCA. Permaneceu na UTI da cardiologia durante quarenta e cinco dias. Recebeu alta e seguiu para a enfermaria onde permaneceu durante 20 dias, para desmame de oxigenioterapia e fonoaudiologia para estímulo oral e transição alimentar.

Retornou ao seu domicílio, onde evoluiu com cianose, chio no peito e dificuldade respiratória. Foi admitido na UTI pediátrica do Hospital Jardim Cuiabá com quadro de broncoespasmo e crises de cianose central. Evoluiu apresentando crises de hipoxemia e sinais de obstrução alta de vias aéreas com necessidade permanente de oxigênio suplementar. Ao longo da internação apresentou em duas ocasiões agravamento do esforço respiratório com evolução para pneumonia e necessidade de ventilação mecânica. Reavaliado por médico pneumologista, foi afastada a possibilidade de síndrome pós-pneumectomia.

Discussão e Comentários

O caso relatado, segundo Dupuis e cols⁷, tratava-se da Síndrome de Cimitarra na forma infantil, pois tinha menos de um ano de idade e apresentava hipertensão pulmonar importante. Rajaii-Khorasani e cols² descreveram a incidência de duas vezes maior em pacientes do sexo feminino, porém neste caso o sexo do paciente diverge do esperado. O paciente apresentou aos 14 dias de idade cianose e esforço respiratório. Gao e cols⁹ analisaram o perfil dos pacientes com Síndrome de Cimitarra e concluíram que a idade média das primeiras manifestações nessa forma é aos 2 meses de idade e o sintoma predominante é a taquidispnéia.

A maioria dos artigos sobre o assunto sugere a associação de radiografia de tórax, ecocardiograma e tomografia para a suspeição de Síndrome de Cimitarra. O quadro clínico inicial deste paciente levou a uma investigação com ecocardiograma, o qual sugeriu defeito do septo atrioventricular e hipertensão pulmonar. Nos pacientes portadores de Síndrome de Cimitarra, é comum encontrar anomalias cardíacas associadas, sendo a mais comum o defeito do septo atrial.

Ferrari e cols⁵ advogam que o exame para confirmação diagnóstica é o cateterismo cardíaco (CATE), que auxilia na identificação do curso da drenagem pulmonar anômala, delinear a anatomia, aferir as pressões vasculares, avaliar shunt esquerda-direita e identificar anomalias cardíacas associadas. Neste paciente, o CATE confirmou o diagnóstico da síndrome, revelando também a presença de CIV, CIA e persistência do canal arterial; pulmão direito hipoplásico; drenagem anômala da veia pulmonar comum direita na desembocadura do AD / VCI. O sequestro pulmonar ocorria através de vasos colaterais que se originaram das artérias renais e perfundiam o lobo inferior do pulmão direito.

As indicações de intervenção cirúrgica descritas na literatura são a hipertensão pulmonar, shunt esquerda-direita maior que 50%, infecções pulmonares recorrentes, hemoptises, malformações cardíacas, síndrome da cimitarra na forma infantil sintomática e insuficiência

cardíaca. A correção cirúrgica do paciente em questão foi indicada devido aos sintomas, shunt esquerda-direita significativo demonstrado pelo CATE e um Qp/Qs com razão de 2,57:1 – a média encontrada por Wang e cols¹⁴ em uma série de casos foi de 2,4 mmHg - o que sugere que neste paciente a hipertensão pulmonar era importante.

Para Vida e cols¹⁵ a pneumectomia parcial ou total direita fica reservada para casos em que há grave hipoplasia do tecido pulmonar, sintomas respiratório mais exarcebados, insuficiência cardíaca congestiva e hipertensão arterial pulmonar. Porém, esse procedimento parecer ter uma maior taxa de mortalidade e morbidade pós-operatória. No entanto, a hipertensão pulmonar isolada já é um fator de mau prognóstico. Nesse paciente, a escolha

da pneumectomia total à direita foi bem indicada, pois todo o parênquima pulmonar encontrava-se hipoplásico. As outras técnicas cirúrgicas descritas na literatura ficam reservadas para aqueles pacientes com um tecido pulmonar viável, em que o redirecionamento da VC corrigirá a drenagem.

Há muitos relatos de casos em que pacientes são submetidos à diversas intervenções desnecessárias, como exemplo o uso de antibióticos de largo espectro para supostas pneumonias de repetição. A ocorrência de infecções respiratórias recorrentes que não respondem ao tratamento clínico, associada à hipertensão pulmonar, deve levantar a suspeita de etiologia cardíaca a ser investigada, dentre elas a Síndrome de Cimitarra.

Referências Bibliográficas

1. Fulton DR, Soriano B. Partial anomalous pulmonary venous connection. UpToDate. 2011 Jan; Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/partial-anomalous-pulmonary-venous-connection?view=print>.
2. Rajaii-Khorasani A, Kahrom M, Mottaghi H, Kahrom H. Scimitar syndrome: report of a case and its surgical management. *Annals of Saudi medicine*. 2009;29(1):50-52. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2813621/>.
3. Brown JW, Gudjonsson U. Scimitar syndrome. *Semin Thorac Cardiovasc Surg Pediatr Card Surg Ann* 2006;9:56-62.
4. Neil CA, Ferenc C, Sabiston DC, Sheldon H. The familial occurrence of hypoplastic right lung with systemic arterial supply and venous drainage (scimitar syndrome). *Bull Johns Hopkins Hosp* 1960;107:1-21.
5. Ferrari GF, Parreira CC, Reibschid SM, Martins AS. Síndrome da cimitarra: relato de caso com falsos diagnósticos e conduta adequada. *J. Pneumologia*. 2000 Dec; 26(6):337-340. Disponível em: www.jornaldepneumologia.com.br/PDF/2000_26_6_8_portugues.pdf.
6. Azhari N, Al-Fadley F, Bulbul ZR. Tetralogy of Fallot associated with scimitar syndrome. *Cardiology in the young*. 2000 Jan;10(1):70-72. Disponível em: <http://view.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10695548>.
7. Dupuis C, Vaksmann G, Remy-Jardin M, Francart C. Horseshoe lung and scimitar syndrome in an asymptomatic child. *Eur Heart J*. 1994;15:1008-9.
8. Dupuis C, Charaf LA, Breviere GM, Abou P. Infantile form of the Scimitar syndrome with pulmonary hypertension. *Am J Cardiol*. 1993 Jun 1;71(15):1326-30.
9. Gao YA, Burrows PE, Benson LN, Rabinovitch M, Freedom RM. Scimitar syndrome in infancy. *J Am Coll Cardiol*. 1993; 22: 873-882.
10. Baran R, Kir A, Meltem Tor M, Ozvaran K, Tunaci A. Scimitar syndrome: Confirmation of diagnosis by a noninvasive technique (MRI). *Eur Radiol*. 1996; 6 : 92-94.
11. Ching-Chia et al., Scimitar syndrome: incidence, treatment, and prognosis. *Eur J Pediatr*, Berlim, 2007; 167.
12. Lucas EM, Canga, A, Sadaba P, Martin-Duaran R, Otero M, Cerezal L. Scimitar syndrome: complete anatomical and functional diagnosis with gadolinium-enhanced and velocity-encoded cine MRI. *Pediatr Radiol*. 2003; 33 : 716-718.
13. Agayev A, Yekeler E. Left-sided scimitar syndrome. *Pediatr Radiol*. 2009;39:191.
14. Wang CC, Wu ET, Chen SJ, Lu F, Huang SC, Wang JK, et al. Scimitar syndrome: incidence, treatment, and prognosis. *European Journal of Pediatrics*. 2008 Feb;167(2):155-160. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s00431-007-0441-z>.
15. Vida VL, Padalino MA, Boccuzzo G, Tarja E, Berggren H, Carrel T, et al. Scimitar Syndrome / Clinical Perspective. *Circulation*. 2010 Sep;122(12):1159-1166. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.926204>.

ESCLERODERMIA SISTÊMICA JUVENIL: RELATO DE CASO

JUVENILE SYSTEMIC SCLEROSIS: CASE REPORT

Darci V. S. Bonetto¹, Raphael G. Alves², Thiago P. Oliveira², Vinicius A. Barbosa²

Resumo

Objetivos: Relatar um caso de esclerose sistêmica juvenil.

Descrição: Criança de 12 anos, sexo feminino, com quadro clínico sugestivo de esclerose sistêmica, caracterizado por espessamento cutâneo em regiões metacarpofalângicas proximais, fenômeno de Raynaud, úlceras digitais, telangiectasias em face, tórax e regiões periungueais. O quadro clínico preenche os critérios diagnósticos para a doença. A investigação para acometimento de órgãos internos foi negativa. A paciente foi tratada com anlodipino, metotrexate, ácido fólico e prednisona, estando em acompanhamento ambulatorial.

Conclusões: A Esclerose sistêmica juvenil é uma doença rara, porém, a presença de esclerose/endurecimento cutâneo, associado ao fenômeno de Raynaud, levam ao diagnóstico da doença. O paciente deve ser sempre encaminhado para um centro de referência para tratamento e investigação de acometimentos de órgãos internos.

Palavras-chave: Esclerose Sistêmica Juvenil, Esclerodermia, Esclerose Sistêmica, Esclerose Cutânea.

Abstract

Objectives: To report a case of juvenile systemic sclerosis.

Description: A 12 year-old female child was referred to the Hospital Infantil Pequeno Príncipe with a suggestive clinical case of systemic sclerosis, characterized by skin thickening in proximal metacarpophalangeal areas, Raynaud's phenomenon, digital ulcers, telangiectasis on the face, chest and periungual regions. The clinical condition meets the diagnostic criteria for the disease. The investigation for involvement of internal organs was negative. The patient was treated with anlodipine, methotrexate, folic acid and prednisone, being followed in the outpatient clinic.

Conclusions: Juvenile systemic sclerosis is a rare disease, but the presence of sclerosis / induration of skin associated with Raynaud's phenomenon has led to the diagnosis of the disease. The patient should always be referred to a reference center for treatment and investigation of internal organs involvement.

Key words: Juvenile systemic sclerosis, scleroderma, systemic, sclerosis, skin sclerosis.

1. Professora do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

2. Doutorandos do curso de Medicina da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

VAB: Rua Desembargador Westphalen, 824 ap. 106-B 80230-100 Curitiba-PR

Telefone: (41) 9607-7987 e-mail: vinalves@hotmail.com

Introdução

A esclerodermia juvenil é uma doença crônica do tecido conjuntivo, caracterizada por esclerodermatose com início antes dos 16 anos de idade, que pode ou não acometer difusamente os órgãos internos¹. Sua incidência é estimada em 0,45 - 1,9 casos anuais em cada 100.000 indivíduos¹, sendo que menos de 10% dos casos incidem antes dos 20 anos de idade².

A etiologia de esclerose sistêmica é pouco conhecida, apesar dos significativos avanços na compreensão dos mecanismos patogênicos da doença¹.

A Esclerodermia pode ser dividida em duas formas principais: esclerodermia localizada (morféia), sendo esta a mais comum, e esclerodermia sistêmica (ou esclerose sistêmica)³. A forma localizada distingue-se pelo envolvimento predominantemente cutâneo, com possibilidade de acometimento ocasional dos músculos subjacentes⁴. Na forma sistêmica, além do acometimento cutâneo, vários outros sistemas podem ser atingidos, como vascular, gastrointestinal, cardíaco, renal, respiratório, neurológico e musculoesquelético⁵.

O prognóstico da doença depende da forma clínica em que se apresenta. A forma localizada tem um prognóstico relativamente melhor, pois a progressão para o envolvimento sistêmico é rara⁴. A esclerose sistêmica tem pior prognóstico, pois além das possíveis disfunções causadas pelo acometimento cutâneo, que podem ser graves, a doença comumente afeta órgãos internos e pode levar ao óbito¹.

O objetivo desse estudo foi relatar o caso de uma menina de 12 anos com o diagnóstico de esclerose sistêmica, devido à escassa incidência dessa doença na faixa de idade pediátrica. A doença também possui ampla heterogeneidade de apresentações e recentemente, em 2007, teve seus critérios de diagnóstico reavaliados em um estudo patrocinado pela *Pediatric Rheumatology European Society (PRES)*.

Relato do Caso

E.C.F.S.S., 12 anos, do sexo feminino, foi admitida no Hospital Infantil Pequeno Príncipe – Curitiba/PR. Com relato de que desde os 6 anos de idade vem apresentando episódios de repetição do fenômeno de Raynaud, caracterizados por palidez e cianose em dedos de mãos e pés, acompanhados de sensação de parestesia e esfriamento dessas regiões, sempre desencadeados pelo frio, com melhora após aquecimento. Com o passar do tempo, esses fenômenos passaram a progredir, inicialmente acometendo falanges distais e atualmente toda a região de mãos e pés. A partir do início desse quadro, sem saber precisar exatamente uma escala de tempo, notou o surgimento de lesões ulceradas nas polpas digitais de ambas as mãos. Aos 10 anos de idade houve calcificação de uma lesão ulcerada localizada no 1º quirodáctilo direito, havendo drenagem ocasional de secreção, com aspecto esbranquiçado. Relatou também lesões papulares e hipocrômicas de formato arredondado, com início nos primeiros meses de vida, nos membros superiores e inferiores. Negava outras queixas como pirose retroesternal, fadiga, artralgia, astenia ou febre.

Ao exame físico se apresentava em bom estado geral, corada, eupnéica, afebril. Apresentava máculas hipocrômicas arredondadas de aproximadamente 1 cm nos membros superiores e inferiores, bilateralmente. Telangectasias na face (figura 1), tórax e regiões

periungueais. Hiperemia nas pregas laterais de ambos os olhos. Calcinose em polpa digital do 1º quirodáctilo da mão direita (figura 2). Presença de cicatrizes de úlceras anteriores nos outros quirodáctilos. Úlcera na face dorsal da falange proximal do 4º quirodáctilo direito. Espessamento cutâneo nas mãos na região metacarpo-falangiana, que limitava a flexão completa dos dedos, além de esclerose cutânea na superfície dorsal dos pés (figura 3). Os demais órgãos não apresentavam alterações.

A hipótese diagnóstica foi de esclerodermia juvenil, pelo fato da paciente preencher o critério maior e 3 critérios menores da nova classificação sugerida pela *PRES* (que serão discutidos adiante) e 3 dos 5 critérios para a antiga classificação de esclerose sistêmica, a síndrome CREST. A síndrome CREST é composta por calcinose, fenômeno de Raynaud, esofagopatia, esclerodactilia, e telangectasias; destes, a esofagopatia e a esclerodactilia não estavam presentes. A paciente foi internada para realização de exames laboratoriais que corroborassem o diagnóstico, além de rastrear possíveis complicações.

Exames laboratoriais do internamento (03/11/2011): Hemograma dentro dos limites da normalidade, Creatinina: 0,51 mg/dL, Uréia: 34 mg/dL, VHS: 3 mm/h PCR: 1,30 mg/dL, ALT: 28 U/L, AST: 37 U/L, Microalbuminúria amostra isolada: relação albumina/creatinina = 5mg/g, FAN núcleo + padrão nuclear pontilhado fino: 1/320, nucléolo + padrão nucleolar: superior a 1/1280, Anticorpos: Anti cardiolipina IgM e IgG não reagentes, anticentrômero não reagente, anti SCL70 (topoisomerase): inferior a 100.

Exames de imagem: radiografia de mãos (prévia ao internamento): calcificações no 1º quirodáctilo direito. Ao internamento: TAC *multislice* de alta resolução de tórax: dentro da normalidade; Ecocardiograma: sem alterações, Pressão estimada da artéria pulmonar = 25mmHg.

Espirometria com distúrbio ventilatório obstrutivo leve com melhora significativa ao broncodilatador.

Os achados clínicos favorecem o diagnóstico de esclerose sistêmica por preencher os critérios diagnósticos. A paciente foi tratada com anlodipino 5 mg a cada 12 horas, methotrexate 10 mg/m²/semana, Ácido fólico 5mg por semana, um dia após a tomada do methotrexate e Prednisona 5mg/dia. A investigação por imagem não revelou acometimento de órgãos internos relacionados à esclerose sistêmica juvenil, sendo que a paciente recebeu alta em 04/11/2011 e fará acompanhamento ambulatorial.

Discussão

A esclerose sistêmica juvenil pode causar grande morbidade e mortalidade pela possibilidade de atingir órgãos de diversos sistemas podendo causar, assim, uma ampla gama de apresentações clínicas.

A fisiopatologia da esclerose sistêmica resulta de aumento da síntese de matriz extracelular, promovendo a fibrose e danos microvasculares causados pela fibrose da camada íntima e estreitamento do lúmen vascular. Essas alterações são causadas por infiltrados de células mononucleares, função alterada de células *T-Helper* e *Natural Killer* além de liberação de citocinas e quimioquinas¹.

Na paciente relatada o sintoma inicial da doença foi o fenômeno de Raynaud, o qual é o sinal mais comumente relatado na literatura como marco inicial da doença, presente em aproximadamente 70% dos casos, podendo preceder a doença em anos. O segundo sintoma é a esclerose/

endurecimento cutâneo em região metacarpofalangiana, portanto, a combinação de fenômeno de Raynaud e esclerose/endurecimento cutâneo são consideradas as chaves para o diagnóstico⁶.

Durante o curso da doença anormalidades vasculares podem ser encontradas em 52% dos pacientes durante a capilaroscopia. Sintomas mais graves relacionados à vasculopatia, como úlceras e infartos digitais, são encontrados em aproximadamente um terço dos pacientes⁶.

No estudo patrocinado pela Sociedade Européia de Reumatologia Pediátrica com 153 pacientes portadores de esclerose sistêmica juvenil, 42% deles apresentaram acometimento pulmonar diagnosticado por diminuição da capacidade vital forçada e em 29% havia sinais de fibrose pulmonar vistos em radiografia de tórax simples e em 23% vistos por tomografia computadorizada de alta resolução. O comprometimento cardíaco foi menor sendo relatados 10% dos pacientes com pericardite, 7% com hipertensão pulmonar, 7% com insuficiência cardíaca e 10% portadores de arritmias. O acometimento cardíaco é a principal causa de morte nos pacientes diagnosticados com esclerose sistêmica¹. No momento do diagnóstico, os sinais encontrados com maior frequência nos estão representados no gráfico 1, demonstrando a porcentagem de pacientes que apresentavam cada sinal.

Na tentativa de padronizar a nomenclatura e critérios para a classificação dos pacientes com esclerose sistêmica juvenil, novos critérios diagnósticos foram publicados em 2007 pela *European League Against Rheumatism (EULAR)* com base em achados clínicos e laboratoriais. Segundo esse estudo publicado em 2007, sugere-se 1 critério maior e 2 menores para o diagnóstico da doença. (Tabela 1).

Os novos critérios diagnósticos propostos tiveram uma sensibilidade de 90% e especificidade de 96% para o diagnóstico de esclerose sistêmica no estudo realizado com 153 pacientes⁵.

O paciente do presente caso relatado apresentou no momento do diagnóstico o critério maior sugerido pela *Pediatric Rheumatology European Society (PRES)*, que seria endurecimento/esclerose proximal de pele e outros 4 critérios menores: fenômeno de Raynaud, alterações vasculares periungueais (telangectasias), úlceras em polpas digitais e FAN positivo.

Em relação aos achados laboratoriais, é importante salientar que não são obrigatórios para o diagnóstico, sendo que o FAN, que é encontrado em até 80% dos

pacientes com esclerose sistêmica juvenil, possui baixa especificidade, e os exames mais específicos apresentam baixa sensibilidade como: Anti-U1RNP (18%), Anti-U3RNP (9%), Anti-PM-Scl (23%) e Anti-centrômero (4%), além de aumento de VHS e PCR (35%), leucocitose (12%) e eosinofilia (18%)³.

O prognóstico da esclerose sistêmica geralmente é ruim, pois a doença leva a alterações funcionais na maioria dos casos. A causa mais comum de morte em crianças é o acometimento cardíaco, seguido pelo renal e pulmonar. A sobrevida não foi determinada na faixa pediátrica devido à raridade da doença¹.

O tratamento da doença não modifica a mortalidade e é feito com base nos sistemas orgânicos acometidos. De acordo com a *European League Against Rheumatism* o tratamento proposto para o paciente relatado com metotrexate para o acometimento cutâneo tem grau A de recomendação, assim como o anlodipino para o tratamento dos fenômenos vasculares. Apesar do uso de corticosteroides em baixas doses ser indicado para tratar artrite inflamatória nos pacientes com esclerose sistêmica, sua eficácia não foi comprovada por ensaios clínicos⁷.

Conclusão

A esclerose sistêmica juvenil é uma doença crônica multissistêmica do tecido conjuntivo caracterizada por esclerodermatose e anormalidades difusas de órgãos internos¹. Os novos critérios diagnósticos promovidos pela *EULAR* têm como objetivo fornecer dados mais restritos para diferenciação de outras doenças que podem acometer a faixa pediátrica, assim como fornecer uma lista ampliada de critérios menores a qual inclui os sorológicos para possibilitar a correta classificação da doença⁵. Apesar de ser uma doença rara, a presença de fenômeno de Raynaud e esclerose/endurecimento da pele em mãos está frequentemente presente tanto no início dos sintomas quanto no diagnóstico da doença e deve ser aventada a possibilidade de Esclerodermia⁶. A doença pode levar a incapacidade funcional, piora da qualidade de vida e causar o comprometimento de órgãos vitais, devendo esta hipótese ser sempre investigada. Ainda pelo fato de ser uma doença rara, há poucos estudos sobre a eficácia de tratamentos, assim como a ausência de medicamentos que mudem o curso da doença, sendo que o encaminhamento para um centro de referência deve ser fortemente estimulado⁷.



Figura 1. Telangiectasias em face.



Figura 2. Calcinose na polpa digital do 1º quirodáctilo, mão direita.



Figura 3. Esclerose cutânea na superfície dorsal do pé esquerdo.

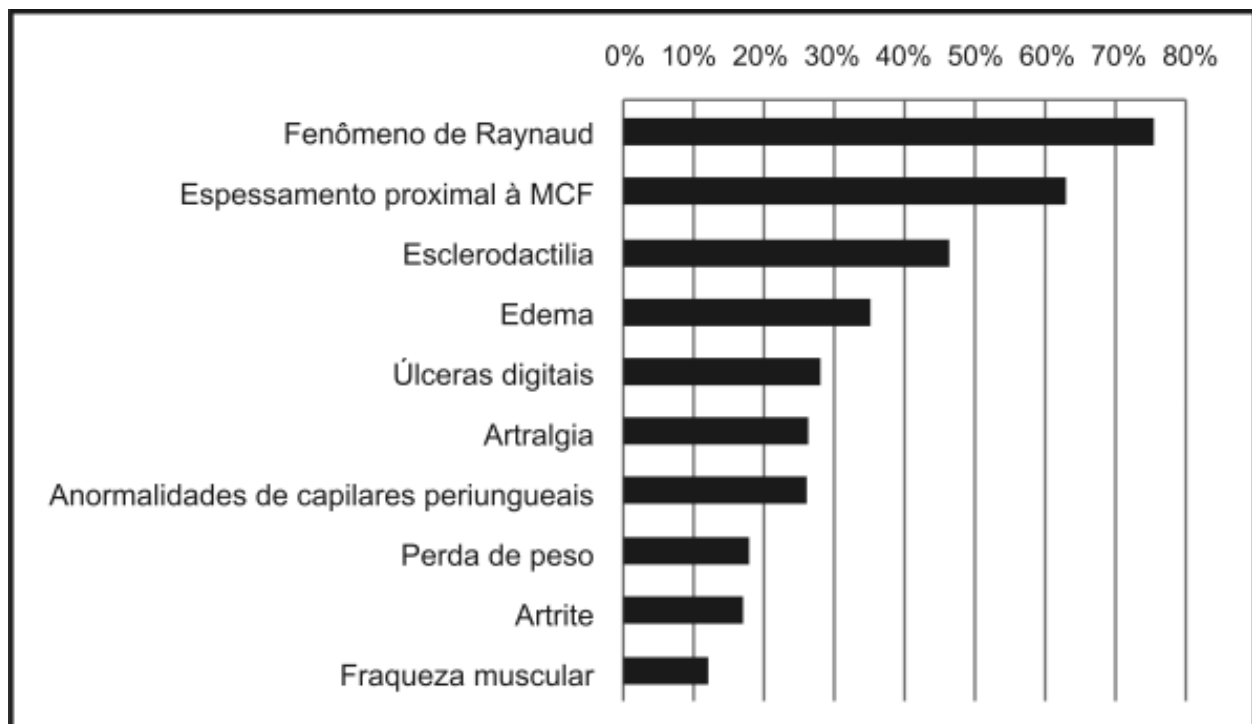


Gráfico 1. Frequência dos sintomas presentes ao diagnóstico da esclerose sistêmica juvenil em um estudo com 153 pacientes.
Fonte: Systemic sclerosis in childhood: clinical and immunologic features of 153 patients in an international database.

Tabela 1. Critérios diagnósticos para esclerose sistêmica juvenil sugeridos pela European League Against Rheumatism (EULAR).

Critério Maior (obrigatório)

Esclerose de pele proximal / endurecimento da pele

Critérios Menores (mínimo de 2 necessários)

Cutâneo

Esclerodactilia

Vascular periférico

Fenômeno de Raynaud

Anormalidades capilares periungueais

Úlceras em polpa digital

Gastrointestinal

Disfagia

Refluxo Gastroesofágico

Cardiológico

Arritmias

Insuficiência Cardíaca

Renal

Insuficiência Renal

Hipertensão arterial recém instalada

Pneumológico

Fibrose Pulmonar (TCAR*/Radiografia)

Diminuição da capacidade de difusão do monóxido de carbono

Hipertensão arterial pulmonar

Neurológico

Neuropatia

Síndrome do túnel do carpo

Musculoesquelético

Atrito de tendão

Artrite

Miosite

Sorológico

Anticorpos antinucleares

Anticorpos seletivos para esclerose sistêmica (anticentrômero antitopoisomerase I [Scl-70], anti-fibrilarina, anti-PMScl, anti-fibrilarina ou anti-RNA polimerase I or III)

*TCAR: Tomografia computadorizada de alta resolução.

Fonte: Zulian F, Woo P, Athreya BH, Laxer RM, Medsger TA Jr, Lehman TJ, et al, for the Pediatric Rheumatology European Society/American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Ad Hoc Committee on Classification Criteria for Juvenile Systemic Sclerosis. The Pediatric Rheumatology European Society/American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional classification criteria for juvenile systemic sclerosis. *Arthritis Rheum* 2007; 57:203-12.

Referências Bibliográficas

- Zulian F. Scleroderma in children. *Pediatr Clin N Am* 2005; 52:521-45.
- Cassidy JT, Sullivan DB, Dabich L, Petty RE. Scleroderma in children. *Arthritis Rheum* 1977; 20:351-54.
- Macedo PA, Shinjo SK, Goldenstein-Schainberg C. Esclerodermia Juvenil. *Acta Reumatol Port* 2008; 33:289-97.
- Isaac AR, Costa IMC, Garcia LT, Zancanaro PCQ. Esclerodermia localizada na criança: aspectos clínicos, diagnósticos e terapêuticos. *An Bras Dermatol* 2009; 84(2):161-72.
- Zulian F, Woo P, Athreya BH, Laxer RM, Medsger TA Jr, Lehman TJ, et al, for the Pediatric Rheumatology European Society/American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism Ad Hoc Committee on Classification Criteria for Juvenile Systemic Sclerosis. The Pediatric Rheumatology European Society/American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism provisional classification criteria for juvenile systemic sclerosis. *Arthritis Rheum* 2007; 57:203-12.
- Martini G, Foeldvari I, Russo R, et al. Systemic sclerosis in childhood: clinical and immunologic features of 153 patients in an international database. *Arthritis Rheum* 2006; 54:3971-78.
- Kowal-Bilecka O, Landewé R, Avouac J. EULAR recommendations for the treatment of systemic sclerosis: a report from the EULAR Scleroderma Trials and Research group (EUSTAR). *Ann Rheum Dis* 2009; 68:620-8.

ATENÇÃO JOVENS PESQUISADORES

NOVAS NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE TRABALHOS DE JOVENS PESQUISADORES

Desde a edição de dezembro de 2007 o Jornal Paranaense de Pediatria disponibilizou um espaço para publicação de artigos originais de jovens pesquisadores. **Agora, em 2012, ampliamos os critérios de inclusão.**

Critérios de inclusão: Poderão ser enviados trabalhos cujo autor principal **ou o(s) co-autor(es)** sejam acadêmicos de medicina ou residentes de Pediatria ou Especialidade Pediátrica do Estado do Paraná com idade inferior a 35 anos.

Comissão julgadora: deverá ser formada por 3 professores, sócios da Sociedade Paranaense de Pediatria e ligados a Serviços de Pediatria do Paraná.

Os 3 melhores trabalhos serão selecionados para apresentação em Congresso ou Jornada Anual da Sociedade Paranaense de Pediatria. Receberão certificados e prêmio em dinheiro patrocinado por empresas Privadas.

Os trabalhos devem obedecer as normas recomendadas para publicação de artigos originais ou as citadas abaixo:

1. O artigo deve ser original com Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, e Referências Bibliográficas. A **Introdução** deverá ser breve e mostrar a importância do tema e justificativa para o trabalho. Ao final da introdução, os objetivos do estudo devem ser definidos. Na seção de **Métodos** deve ser descrita a população estudada, critérios de inclusão e exclusão, definições das variáveis métodos de trabalho e análise estatística detalhada, incluindo referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e programas de computação utilizados. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes que permitam a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração da aprovação do estudo pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição a qual se vinculam os autores. Os **Resultados** devem ser apresentados

em seqüência lógica, de maneira clara e concisa. Gráficos, tabelas e figuras podem ser incluídos, conforme as normas descritas abaixo. A **Discussão** deve interpretar os resultados e compará-los a dados existentes na literatura, destacando os aspectos novos e importantes do estudo, bem como suas implicações e limitações. As conclusões devem ser apresentadas no final, levando em consideração os objetivos do trabalho.

2. Os trabalhos devem ser enviados em arquivo do Microsoft Word.

3. Configuração de página: formato A4; margens: superior: 2,5cm, inferior: 2,5cm, esquerda: 3cm, direita: 3cm; cabeçalho: 1,27cm, rodapé: 1,27cm.

4. Fonte: Arial 10 normal. Alinhamento: justificado.

5. Número de caracteres (incluindo espaços): mínimo: 4.700 / máximo: 5.500.

6. Além dos caracteres acima, incluir título em português e inglês; nome do(s) autor(es); título (acadêmico / residente,...), instituição e endereço para correspondência (endereço completo, telefone e e-mail).

7. Os artigos não devem conter fotos, nem gráficos, somente texto e subtítulos nos parágrafos (se houverem).

8. As referências bibliográficas (se houverem) devem ser citadas no máximo 10 (dez) obedecendo as normas da publicação de artigos no JPP.

Este material deve ser enviado ao editor do Jornal Paranaense de Pediatria para o endereço: Rua Desembargador Vieira Cavalcanti, 550 – CEP 80510-090 – Curitiba – PR.

Esta iniciativa científica tem o apoio de:



“ESTE EVENTO RECEBEU PATROCÍNIO DE EMPRESAS PRIVADAS,
EM CONFORMIDADE COM A LEI Nº 11265, DE 3 DE JANEIRO DE 2006.”

“COMPETE DE FORMA PRIORITÁRIA AOS PROFISSIONAIS E AO PESSOAL DE SAÚDE EM GERAL ESTIMULAR A PRÁTICA DO ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO ATÉ OS SEIS MESES E CONTINUADO ATÉ OS DOIS ANOS DE IDADE OU MAIS.”
PORTARIA Nº 2.051 DE 08/11/2001 - MS E RESOLUÇÃO Nº 222 DE 05/08/2002 - ANVISA.

NOTAS E EVENTOS

69º Curso Nestlé de Atualização em Pediatria

14 a 17 de agosto

Rio de Janeiro-RJ

<http://www.cnap2012.com.br>

Informações: Ekipe de Eventos – (41) 3022-1247



PEDIATRIA NO DIA A DIA

II Jornada de Saúde Mental da SPP

18 a 20 de Outubro – Foz do Iguaçu-PR

Informações: (41) 3223-2570 - www.spp.org.br



Informações: Ekipe de Eventos – (41) 3022-1247 - www.perinato2012.com.br



Cozinha Experimental SPP

PROGRAMAÇÃO DA COZINHA EXPERIMENTAL 2012

Local: Espaço Gourmet Diether Garbers - Sede da Sociedade Paranaense de Pediatria

Horário: 19:30 horas

Entrada Franca - Vagas Limitadas - Confirmar a inscrição antecipadamente

Informações: Sociedade Paranaense de Pediatria - Telefone: (41) 3223-2570 - pediatriaparana@terra.com.br

01 de agosto - Alergia alimentar - Dr. Mário Vieira

12 de setembro - Lanche escolar - Nutric. Maria Emilia C. Suplicy de Albuquerque

10 de outubro - Comportamento Alimentar - Dr. Geraldo Miranda Graça Filho

21 de novembro - Segmento do RN prematuro - Dra. Izaura Merola Faria

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO

INFORMAÇÕES GERAIS

O *Jornal Paranaense de Pediatria* (JPP) destina-se à publicação de artigos de revisão, artigos originais, artigos especiais, relatos de casos e cartas, enviados espontaneamente pela comunidade científica ou por solicitação dos editores, abordando assuntos relacionados a temas de Pediatria.

O JPP classifica os artigos nas seguintes categorias:

- **Artigos Originais:** artigos com novas informações e resultados de pesquisa experimental ou clínica. Nestes últimos, a aprovação do Comitê de Ética da instituição onde foi conduzida a pesquisa é imprescindível.

- **Artigos de Revisão:** artigos de síntese de temas específicos, na qual estarão reunidos os principais aspectos e as controvérsias existentes na literatura quanto ao assunto em questão, a análise crítica da bibliografia consultada e conclusões.

- **Artigos Especiais:** artigos encomendados pelos Editores a autores eminentes e de reconhecida experiência em determinados assuntos de interesse para os leitores.

- **Relatos de casos:** artigos que visam a apresentação resumida de um caso (ou casos) de interesse para os leitores.

- **Cartas:** textos objetivos contendo comentários ou críticas sobre os artigos publicados no JPP. Sempre que possível, a resposta dos autores será publicada junto com a carta.

- **Notícias de Interesse e Recomendações:** notas, orientações e recomendações elaboradas pelos Comitês Científicos da Sociedade Paranaense de Pediatria.

O JPP também aceitará informações sobre eventos, publicações ou assuntos diversos, de qualquer área, que de alguma forma, interessem a todos aqueles envolvidos com o paciente pediátrico.

APROVAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO

Todos os artigos propostos à publicação serão submetidos à apreciação do Conselho Editorial e/ou de assessores especialmente designados, a critério do editor. Quando aceitos, estarão sujeitos a pequenas correções ou modificações, que só ocorrerão após prévia consulta.

Para aprovação final do artigo, o autor e os co-autores deverão assinar o Termo de Cessão dos Direitos Autorais à Sociedade Paranaense de Pediatria.

Os artigos para publicação serão encaminhados ao autor indicado como responsável na página de rosto pelas correções finais para que o mesmo as faça e proceda a devolução no menor prazo possível. Se houver atraso na devolução da prova, o Editor Chefe reserva-se o direito de publicar, independentemente da correção final.

FORMAS DE APRESENTAÇÃO DOS ARTIGOS

- Normas para Digitação

Os artigos devem ser enviados em três cópias impressas em folha de papel branco, tamanho A4, além de uma cópia em CD. O texto deve ser digitado utilizando o processador de textos Microsoft Word®, com fonte Times New Roman tamanho 11, margens de 25 mm em cada borda da página e com espaço duplo em todas as seções. As páginas devem ser numeradas no canto superior direito, a começar pela página de rosto.

O tamanho máximo recomendado é de 10 páginas para artigos originais, 15 páginas para artigos de revisão, 5 páginas para relatos de casos e 2 páginas para cartas ao editor, incluindo as referências bibliográficas.

- Estrutura do Artigo

Os trabalhos devem ser encaminhados ao JPP da seguinte forma:

1ª folha: carta de submissão do material assinada por todos os autores, garantindo que o artigo é original e que todos os autores participaram da concepção do trabalho, da análise e interpretação dos dados e que os mesmos leram e aprovaram a versão final. A carta de submissão deve indicar o autor responsável por eventuais correções e adaptações necessárias para a publicação do artigo, bem como seu endereço e telefones para contato.

2ª folha: página de rosto contendo (a) título do artigo - deve ser curto, claro e conciso; (b) autores - primeiro e último nome dos autores e iniciais dos nomes intermediários; (c) titulação dos autores - titulação mais importante de cada autor; (d) instituição e serviço ao qual ao trabalho está vinculado; (e) nome, endereço, telefone, fax, e-mail do autor responsável pela correspondência.

3ª folha: resumo em português. Deve ter no máximo 250 palavras e ser apresentado no formato semi-estruturado, que compreende obrigatoriamente 4 seções, a saber: Objetivos, Métodos, Resultados e Conclusões. Cada uma das seções do resumo deve ser indicada pelo respectivo subtítulo. Abaixo do resumo, fornecer 3 a 5 palavras-chave que auxiliarão a inclusão adequada do resumo nos bancos de dados bibliográficos.

4ª folha: resumo em inglês (abstract). Deve conter uma versão exata do título do trabalho e resumo para o idioma inglês, com no máximo 250 palavras e com os seguintes subtítulos: Objective, Methods, Results e Conclusions. Fornecedor 3 a 5 palavras-chave (Key Words).

5ª folha: texto. Iniciar o texto com o título do trabalho e a seguir apresentar as seguintes seções:

- **Artigos Originais:** Introdução, Métodos, Resultados, Discussão, e Referências Bibliográficas. A introdução deverá ser breve e mostrar a importância do tema e justificativa para o trabalho. Ao final da introdução,

os objetivos do estudo devem ser definidos. Na seção de Métodos deve ser descrita a população estudada, critérios de inclusão e exclusão, definições das variáveis métodos de trabalho e análise estatística detalhada, incluindo referências padronizadas sobre os métodos estatísticos e programas de computação utilizados. Procedimentos, produtos e equipamentos utilizados devem ser descritos com detalhes suficientes que permitam a reprodução do estudo. É obrigatória a inclusão de declaração de aprovação do estudo pela Comissão de Ética em Pesquisa da instituição e qual se vinculam os autores. Os Resultados devem ser apresentados em seqüência lógica, de maneira clara e concisa. Gráficos, tabelas e figuras podem ser incluídos, conforme as normas descritas abaixo. A Discussão deve interpretar os resultados e compará-los a dados existentes na literatura, destacando os aspectos novos e importantes do estudo, bem como suas implicações e limitações. As conclusões devem ser apresentadas no final, levando em consideração os objetivos do trabalho.

- **Artigos de Revisão:** Introdução, Texto, Conclusões, Referências Bibliográficas.

- **Relatos de Casos:** Introdução (breve, que revela a importância do assunto), Relato de Caso (relatos resumido do(s) caso(s) em questão), Comentários (comentários sobre os aspectos relevantes comparados com a literatura) e Referências Bibliográficas.

- Tabelas e Figuras (fotografias, desenhos e gráficos)

Tabelas e Figuras deverão ser enviadas em folhas separadas do texto, numeradas em números arábicos na ordem de aparecimento no texto.

Tabelas devem apresentar título sucinto e explicativo e observações sobre dados das tabelas devem ser apresentadas em notas de rodapé identificadas por símbolos.

As Figuras não deverão exceder a 1/4 do número de folhas total do artigo. As Figuras devem ser enviadas em 3 cópias.

Fotografias devem ser impressas separadamente em papel brilhante com 12 x 8 cm, e devem ser identificadas, no verso, por uma etiqueta na qual deve estar o seu número, o título do artigo, o nome do primeiro autor e uma seta indicando o lado para cima. Um paciente não poderá ser identificado em fotografias, exceto com consentimento expresso, por escrito, acompanhando o trabalho original.

Gráficos devem ser impressos com alta resolução gráfica, em preto e branco, em 2 dimensões.

As legendas das Figuras devem ser apresentadas em folhas separadas, devidamente identificadas com os respectivos números.

- Referências Bibliográficas

As citações no texto deverão ser feitas através de números arábicos entre parênteses, um número para cada referência.

As referências bibliográficas deverão ser iniciadas em nova folha. Devem ser numeradas e ordenadas segundo a ordem de aparecimento no texto. (Internacional Committee of Medical Journal Editors, 1982). Ao nome do(s) autor(es), deve-se-ão seguir: o título do trabalho referido, o título do periódico (revista), o ano e os números das páginas em que se localiza, conforme exemplos:

a) artigo de periódico:

Barba MF, Carrazza FR, Fujimura MF.
Osteo-distrofia renal. *Pediatria* (S.Paulo) 1982; 4:54-61.

b) capítulo de livro:

Marcondes E, Machado DV, Setian N, Carrazza FR. Crescimento e Desenvolvimento in: Marcondes E, *Pediatria Básica*, 8ª ed. São Paulo: 1991

c) livro:

Brunser O, Carrazza FR, Gracey M, Nichols BL, Senterre J. *Clinical Nutrition of the Young Child*. New York, Raven Press, 1991: 350 páginas.

Tabelas ou Figuras publicadas em outras revistas ou livros devem conter as respectivas referências e o consentimento, por escrito, do Autor ou Editores para reprodução, sendo responsabilidade do autor obter tal permissão.

- Abreviaturas

As abreviaturas não são recomendáveis, exceto as reconhecidas pelo Sistema Internacional de Pesos e Medidas, ou aquelas consagradas nas publicações médicas. Quando usadas, devem ser definidas ao serem mencionadas pela primeira vez. Jamais devem aparecer no título e no resumo.

MATERIAL ENVIADO PARA PUBLICAÇÃO

- Carta de submissão assinada por todos os autores.
- Original com 2 cópias impressas e cópia em CD.
- Página de rosto com as informações solicitadas.
- Resumo em português, com palavras-chave.
- Abstract com Key words.
- Texto contendo Introdução, Métodos, Resultados e Discussão.
- Tabelas numeradas por ordem de aparecimento.
- Figuras (original e 2 cópias) devidamente identificadas.
- Legendas das Figuras.
- Referências Bibliográficas numeradas por ordem de aparecimento no texto.

Este material deve ser enviado ao editor do *Jornal Paranaense de Pediatria*, Rua Des. Vieira Cavalcanti, 550, CEP: 80510-090 - Curitiba - PR.