

**DIRETORIA SPP - BIÊNIO 2002-2003**

**Presidente:** Eliane Mara Cesário Pereira Maluf  
**Presidente de Honra:** Donizetti Dimer Giamberardino Filho  
**1º Vice-Presidente:** Paulo Ramos David João (Curitiba)  
**2º Vice-Presidente:** Milton Macedo de Jesus (Londrina)  
**3º Vice-Presidente:** José Carlos Amador (Maringá)  
**4º Vice-Presidente:** Renato Tamehiro (Cascavel)

**Secretária Geral:** Marizilda Martins  
**1º Secretário:** Aristides Schier da Cruz (Curitiba)  
**2º Secretário:** Eduardo Almeida Rego Filho (Londrina)

**Tesouraria**

**1º Tesoureiro:** Gilberto Pascolat  
**2º Tesoureiro:** Dorivan Celso Nogueira

**Conselho Fiscal:** Diether H. Garbers (Curitiba), Nelson Augusto Rosário Filho (Curitiba), João Gilberto S. Mira, Gilberto Saciloto (Guarapuava)

**Comissão de Sindicância:** Marcos P. Ceccato (Curitiba), Luis Henrique Garbers, Robertson D'Agnoluzzo, Kennedy Long Schisler (Foz do Iguaçu), Maurício Bettinardi (Ponta Grossa)

**Conselho Consultivo:** Sérgio Antoniuk (Curitiba), Vitor Costa Palazzo, Ana Paula Kuczynski, Adilson N. Dallastra (Pato Branco), Osório Ogasawara (Paranavai)

**DEPARTAMENTOS CIENTÍFICOS DA SOCIEDADE PARANAENSE DE PEDIATRIA**

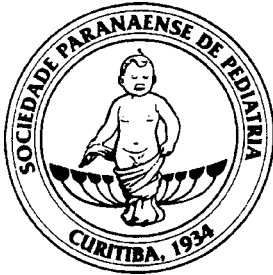
**Departamento de Adolescência**  
Lucimara Gomes Baggio  
**Departamento de Aleitamento Materno**  
Zuleica Thonson  
**Departamento de Alergia - Imunologia**  
Loreni Kovalhuk  
**Departamento de Cardiologia**  
Nelson I. Miyagui  
**Departamento de Defesa Profissional**  
Álvaro Luiz de Oliveira  
**Departamento de Dermatologia**  
Leide Parolin Marinoni  
**Departamento de Endocrinologia**  
Romolo Sandrini Neto  
**Departamento de Gastroenterologia**  
Mário César Vieira  
**Departamento de Infectologia**  
Cristina Rodrigues da Cruz  
**Departamento de Nefrologia**  
Maria Rita Roschel  
**Departamento de Neonatologia**  
Ângela Sara Jamusse de Brito  
**Departamento de Neurologia Pediátrica**  
Antonio Carlos de Farias  
**Departamento de Onco-Hematologia**  
Mara Albonei Pianovski  
**Departamento de Pneumologia**  
Carlos Massignan  
**Departamento de Reumatologia**  
Paulo Fernando Speling  
**Departamento de Saúde Mental**  
Jussara Ribeiro dos Santos Varassin  
**Departamento de Segurança da Criança e do Adolescente**  
Luci Pfeiffer Miranda  
**Departamento de Terapia Intensiva / Suporte Nutricional**  
Mario Marcondes Marques Junior

**JORNAL PARANAENSE DE PEDIATRIA - ANO 04, NÚMERO 04.**

O Jornal Paranaense de Pediatria é o órgão oficial da Sociedade Paranaense de Pediatria para publicações científicas. Correspondência deve ser encaminhada para: SPP Rua Des. Vieira Cavalcanti, 550 80.510-090 Curitiba - PR  
Tiragem: 2.000 exemplares

Sociedade Paranaense de Pediatria - Rua Des. Vieira Cavalcanti, 550 Telefone: 41 223-2570 Fax: 41 324-7874 Curitiba - PR  
[Http://www.spp.org.br](http://www.spp.org.br) e-mail: [sppediatria@hotmail.com](mailto:sppediatria@hotmail.com)

Projeto gráfico, diagramação e editoração: Fidellize Marketing Ltda. Telefone: 41 335-9233 [www.fidellize.com.br](http://www.fidellize.com.br) Curitiba - PR



# Jornal Paranaense de Pediatria

## **EDITOR - COORDENADOR GERAL**

### **Sérgio Antônio Antoniuk**

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

## **EDITORES ASSOCIADOS**

### **Aristides Schier da Cruz**

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

### **Donizetti Dimer Giamberardino Filho**

Pediatra Diretor do Hospital Infantil Pequeno Príncipe

### **Gilberto Pascolat**

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

### **José Eduardo Carrero**

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

### **Luiza Kazuo Moriya**

Professora Assistente do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina

### **Regina P. G. Vieira Cavalcante Silva**

Professora Substituta do Departamento de Pediatria da Universidade Federal do Paraná, Disciplina de Neonatologia.

### **Walid Salomão Mousfi**

Professor Responsável pela Disciplina de Pediatria da Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

## **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.

### **Eduardo de Almeida Rego Filho**

Professor Titular do Departamento de Pediatria da Universidade Estadual de Londrina

### **Evangelia Athanasio Shwetz**

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

### **Geraldo Graça**

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

### **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**

Mestre em Pediatria

### **Leide P. Marinoni**

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

### **Lúcio Esteves**

Médico Pediatra, 3º Vice Presidente da Sociedade Paranaense de Pediatria

### **Luiz Antônio Munhoz da Cunha**

Chefe do Serviço de Ortopedia Pediátrica do Hospital Infantil Pequeno Príncipe

### **Luiz de Lacerda Filho**

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

### **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.

### **Monica N. Lima Cat**

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

### **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.

## EDITORIAL

Final de ano - momento de reflexão, de fazer balanço, avaliação e também de fazer planos.

A Diretoria da Sociedade Paranaense de Pediatria também passa por essa fase.

A chapa Professor Cesar Pernetta foi eleita para permanecer na direção da Sociedade durante os próximos três anos. A partir de agora as gestões serão trienais. Para nós, isso representa o reconhecimento de um extenso trabalho que está dando certo.

No início da gestão 2002-2003 fizemos um planejamento estratégico com a participação de colegas que representam as macro-regiões do Estado. Elaboramos um diagnóstico, definimos metas prioritárias e estratégias para o enfrentamento dos problemas e alcance dos objetivos. Hoje podemos dizer que alcançamos todas as metas propostas, algumas em 100%, outras num percentual mais baixo, mas nenhuma ficou só no papel.

Grande ênfase tem sido dada na questão de trazer o pediatra para a sua Sociedade. A participação de todos é de fundamental importância, pois só assim teremos uma Sociedade Forte. A Sociedade engajou-se na luta para melhorar a condição de trabalho e melhorar remuneração da categoria. Uma das prioridades tem sido a luta para a implantação do PPP - Unimed (Pagamento por Procedimentos Padronizados em Pediatria), sendo que Maringá, Cascavel e Londrina já implantaram o sistema e Curitiba está em vias de implantação. Os sócios adimplentes recebem gratuitamente a nossa revista : *Jornal Paranaense de Pediatria* e os descontos em inscrições de congresso/jornadas estão sendo cada vez mais diferenciado para os sócios quites.

A implementação das atividades de Educação Continuada também se destacou com a realização de dois grandes congressos: o Brasileiro de Reumatologia Pediátrica em Londrina e o Latino Americano de Imuno-Alergia, em Foz do Iguaçu, além de diversos outros eventos científicos regionais.

A Sociedade contou com importantes parceiros, o laboratório Jansen (Tylenol) e a Aventis Pasteur, que repassaram mensalmente valores mensais fixos para a Sociedade, o que permitiu a realização de vários eventos como os CIRAPS por exemplo.

A Nestlé também esteve conosco com em todos os eventos.

Neste momento aproveitamos para agradecer todos os laboratórios que apoiaram os projetos da SPP no biênio 2002-2003.

Foram realizados cursos de reanimação neo-natal e o PALS, em parceria com a Secretaria de Estado da Saúde do Paraná, patrocinado pela SBP/MS.

Foi criada a biblioteca científica da SPP, permitindo que o pediatra de qualquer região do estado tenha acesso às revistas mais importantes da área.

A revista "*Jornal de Pediatria*" melhorou seu banco de artigos, quantitativamente e qualitativamente.

O Boletim ganhou nova diagramação e a homepage ganhou novo design e levou a maior agilidade de comunicação com os pediatras do Estado.

Os departamentos científicos foram reorganizados. Os serões de pediatria contaram com mais patrocinadores, que reforçavam os convites nas visitas ao pediatra, melhorando a participação no evento. Os serões estão sendo realizados em vídeo conferencia com pediatras de Maringá

A SPP deu grande apoio às iniciativas das macro-regionais, sendo que a maioria realizou eventos de interesse específico dos pediatras locais.

O dia do pediatra passou a ser comemorado anualmente. No ano de 2003, como presente a todos os pediatras do Estado, a SPP lançou e distribuiu gratuitamente o livro: "*Uma história da Pediatria do Paraná*", de autoria do Dr Luis Fernando Beltrão e Dr Diether Garbers.

Os inúmeros eventos realizados pelos Departamentos científicos da SPP foram muitos bem sucedidos.

A SPP também vem participando de atividades sociais no dia da criança. Recebendo doação de brinquedos ou roupas, vem distribuindo para várias entidades com crianças carentes. Temos exemplos interessantes, como Cascavel que cobrou como inscrição do CIRAP alimentos não perecíveis, e doou-os para a PROVOPAR. Londrina, que no serão do mês de outubro cobrou como entrada um brinquedo de criança. Os brinquedos foram entregues a instituições de crianças carentes.

Nessa nova gestão (2004 a 2006) reuniremos no início do ano a Diretoria completa para definirmos as metas prioritárias e estratégias para alcançá-las. É claro que a Diretoria precisará ouvir as expectativas dos pediatras, pois a entidade representa todos os pediatras do Estado. Portanto, convidamos todos a participarem ativamente desta gestão, através do representante da Sociedade em cada uma das macro-regionais.

Temos em Guarapuava o Gilberto Saciloto, em Cascavel, o Renato Tamihiro, em Foz do Iguaçu o Kennedy Long Schisler. em Maringá o José Carlos Amador, em Londrina o Milton Macedo, em Ponta Grossa a Vilma Reike, em Paranaíba o Osório Ogasawara, e em Umuarama o Alessio Fiore Sandri Junior.

Para maior agilidade, foram criados dois novos departamentos: Patrimônio e Informática, e reativada a Coordenação de Eventos Científicos.

Já temos agendado três eventos nacionais para esse triênio: 6 a 8 de maio de 2004 -VI Simpósio Brasileiro de Vacinas, em Curitiba. No ano de 2005: Congresso Brasileiro de Infectologia Pediátrica, em Curitiba e o Congresso Brasileiro da ABENEPI.

A todos vocês que confiaram em nós, podemos garantir que continuaremos o nosso trabalho em prol da valorização do pediatra - seja através da promoção de cursos, seminários e treinamentos para atualização, seja pela busca da recomposição dos valores pagos pelo bom atendimento prestado às nossas crianças e jovens.

Um Feliz Natal a todos,

*Eliane Cesário Maluf*

*Presidente da Sociedade Paranaense de Pediatria*

## **Perfil do paciente neurológico atendido no ambulatório de emergência pediátrica do Hospital Pequeno Príncipe de Curitiba, Paraná.**

### **Clinical profile of the neurological patient seen at the pediatric emergency of Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná.**

Paulo B. N. Liberalesso(1), Gisele R. C. Luzzi(1), Antônio C. de Farias(2), Maria Júlia C. Bugallo(2), Mara Lúcia dos S. Ferreira(2), Alfredo Löhr Jr.(3)

#### **Resumo**

Objetivo: o presente trabalho tem o objetivo de traçar o perfil do paciente com queixas neurológicas atendido no ambulatório clínico do Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná.

Metodologia: foram analisadas 2.183 crianças atendidas entre abril de 2001 e abril de 2002 no ambulatório clínico do Hospital Infantil Pequeno Príncipe. Os pacientes foram catalogados segundo protocolo previamente elaborado, contendo informações sobre: sexo, idade, procedência, motivo do atendimento, internamento e condições financeiras em adquirir o medicamento proposto de primeira escolha. Os dados obtidos foram computados em planilha eletrônica e posteriormente tabulados e analisados.

Resultados: dos 2.183 pacientes, 1.262 (57,81%) eram do sexo masculino. A maior parte das crianças apresentava idade entre 25 meses e 9 anos. Quanto a procedência, 1187 (54,37%) foram encaminhados por uma unidade básica de saúde, 757 (34,67%) atendidos por procura espontânea, 152 (6,96%) encaminhados por outros hospitais e 87 (3,98%) de localidades fora de Curitiba. Quanto ao motivo do atendimento, 1.058 (48,46%) pacientes apresentaram crise epiléptica, 285 (13,05%) transtorno paroxístico não epiléptico, 130 (5,95%) cefaléia, 34 (1,55%) quadro de intoxicação exógena, 42 (1,92%) traumatismo crânio encefálico, 9 (0,41%) paralisia facial periférica, 8 (0,36%) paralisias flácidas. Foram realizadas 617 punções lombares, sendo 258 (41,81%) alteradas. Da população estudada, 1.133 (51,90%) foram internados e, dos que receberam alta, 1.568 (71,82%) apresentavam condições de comprar a medicação de primeira escolha para o tratamento proposto.

Conclusões: 1. Doenças neurológicas são frequentes em setores de emergência pediátrica. 2. Aproximadamente um terço dos pacientes portadores de doenças neurológicas não tinham condições de comprar a medicação de primeira escolha proposta. 3. A queixa neurológica mais frequente foi a crise epiléptica. 4. Enxaqueca foi o tipo de cefaléia mais observado na emergência. 5. As intoxicações permanecem como importante problema pediátrico, destacando-se os sedativos e os psicotrópicos. 6. A associação de cefaléia, febre e vômitos apresentou significativa relação com o diagnóstico das infecções do sistema nervoso central.

**Palavras chave:** doenças neurológicas, emergência.

#### **Abstract**

Purpose: the present paper aims at drawing the profile of the patient with neurological complaints assisted on the emergency clinic center of the Hospital Pequeno Príncipe, in Curitiba, PR.

Methodology: 2.183 children assisted at the clinic center of the Hospital Príncipe, from April 2001 to April 2002, were analyzed. Those patients were catalogued based on a protocol previously elaborated, which contained information on sex, age, origin, reason to be assisted, internment and financial conditions to acquire the first choice medicines. The obtained data were input on an electronic spreadsheet and later on they were computed and analyzed.

Results: Out of the 2.183 patients, 1.262 (57.81%) were male. The majority of the children were between 25 months and 9 years old. Regarding the origin, 1,187 (54.37%) patients were forwarded by the health agency; 757 (34.67%) were assisted by spontaneous arriving; 152 (6.96%) were forwarded by other hospitals and 87 (3.98%) came from other towns. Regarding the reason to be assisted, 1.058 (48.46%) patients showed seizures; 285 (13.05%) non-epileptic paroxysmal disturbance; 130 (5.95%) headache; 34 (1.55%) exogenous intoxication symptoms; 42 (1.92%) encephalic brain traumatism; 9 (0.41%) peripheral facial paralysis; 8 (0.36%) flaccid paralysis. Six hundred and seventeen spinal fluid exams were made, being 258 of them (41.81%) were abnormal. Out of the studied population, 1.133 (51.90%) were interned and, out of the ones who were released, 1.568 (71.82%) had financial conditions to buy the first choice medicines to be used for the proposed treatment.

Conclusions: 1. Neurological illnesses were frequent on the pediatric emergency sectors. 2. Approximately one third of the patients that have neurological illnesses did not have financial conditions to buy the proposed medication. 3. The most usual neurological complaint, at the first-aid sector, was the seizures. 4. Migraine was the most usual type of headache at the emergency center. 5. The intoxications still are the most important pediatric problem, such as the sedatives and psychotropics. 6. The association of headache, fever and vomiting showed significant relationship on the diagnosis of the infections of the central nervous system.

**Key words:** neurological illnesses, emergency.

1. Médicos residentes de neuropediatria do Hospital Infantil Pequeno Príncipe, 2. Médicos do serviço de neuropediatria do Hospital Infantil Pequeno Príncipe, 3. Chefe do serviço de neuropediatria do Hospital Infantil Pequeno Príncipe. Instituição: Hospital Infantil Pequeno Príncipe - Curitiba, Pr. Unid. de Neurologia Infantil Pequeno Príncipe - UNIPP. PBNL Rua Nilo Cairo, 524 - Ap. 203. Centro - CEP 80060 - 050. Telefone: (41) 264-4202 E-mail: paulo.breno@terra.com.br ou paulo.breno@onda.com.br

## Introdução

Entre os meses de abril de 2001 e abril de 2002, foram atendidos no ambulatório clínico do Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, 30.814 crianças, das quais 2.183 (7,08%) apresentavam queixa neurológica isolada ou associada à doença de base que motivou a consulta. Todas as crianças atendidas apresentavam-se vinculadas ao sistema único de saúde (SUS). Este trabalho teve como objetivo analisar dados epidemiológicos e clínicos, utilizando critérios que permitiram traçar o perfil do paciente neurológico atendido neste hospital.

## Métodos

Foram analisadas todas as crianças que apresentaram queixa neurológica atendidas no ambulatório clínico do Hospital Pequeno Príncipe, Curitiba, Paraná, entre os meses de abril de 2001 e abril de 2002, em um total de 2.183 pacientes. Todos foram catalogados segundo um protocolo previamente elaborado pelos autores, contendo dados sobre a faixa etária, sexo, procedência, motivo do atendimento, necessidade ou não de internamento e condições financeiras em comprar o medicamento de primeira escolha proposto como tratamento.

O preenchimento do protocolo foi realizado pelos médicos residentes do primeiro e segundo anos de pediatria e pelos médicos residentes do terceiro e quarto anos de neuropediatria do Hospital Pequeno Príncipe. Semanalmente, os protocolos preenchidos eram recolhidos e arquivados segundo ordem cronológica e diagnóstico neurológico. Todos os residentes foram orientados quanto ao preenchimento do protocolo.

Os dados obtidos foram computados em planilha eletrônica, tabulados, analisados e discutidos.

As crises epiléticas foram classificadas de acordo com a Classificação da Liga Internacional Contra Epilepsia de 1981 (ILAE, 1981)<sup>1</sup>.

## Resultados

Fizeram parte deste estudo 2.183 pacientes com queixas neurológicas atendidos entre abril de 2001 e abril de 2002 no ambulatório clínico do Hospital Pequeno Príncipe, dos quais, 1.262 (57,81%) eram do sexo masculino. A maior parte das crianças apresentava idade entre 25 meses e 9 anos (média 5,2 anos e mediana 6,8 anos). A distribuição das idades segundo valores absolutos e percentuais encontra-se descrita na tabela 1.

Quanto a procedência, 1.187 (54,37%) pacientes foram atendidos mediante encaminhamento da unidade básica de saúde do bairro, 757 (34,67%) foram atendidos por procura espontânea sem encaminhamento, 152 (6,96%) encaminhados por outros hospitais e 87 (3,98%) encaminhados de unidades básicas de saúde ou hospitais fora de Curitiba. Apresentaram-se como primeira consulta no ambulatório clínico 71,09% dos pacientes analisados. Quanto ao motivo do atendimento, 1.058 (48,46%) procuraram o ambulatório clínico por apresentarem crise epilética (tabela 2), 285 (13,05%) por transcurso paroxístico não epilético, 130 (5,95%) por cefaléia, 34 (1,55%) com quadro de intoxicação exógena, 42 (1,92%) por traumatismo crânio encefálico, 8 (0,36%) por paralisias flácidas, 9 (0,41%) por paralisia facial periférica (tabela 3). Durante o período do estudo foram realizadas 617 punções lombares, sendo que 258

(41,81%) apresentaram-se alteradas. Dos pacientes submetidos à punção lombar, 514 (83,30%) apresentavam queixa de cefaléia, 398 (64,50%) febre, 473 (76,66%) vômitos e 183 (29,65%) sinais de irritação meningorradicular. (tabela 3) Da população total, 1.133 (51,90%) foram internados e 1.050 (48,10%) foram medicados e encaminhados para acompanhamento ambulatorial. Quando questionados se teriam condição de comprar a medicação de primeira escolha para o tratamento proposto, 1.568 (71,82%) responderam que sim e para 615 (28,18%) pacientes foi necessário alterar a medicação por falta de condições em adquirir o medicamento ou foi necessário a intervenção do serviço social hospitalar.

**Tabela 1. Faixas etárias**

Faixa etária	n	%
Menos de 30 dias	99	4,55
1 mês a 6 meses	95	4,35
7 meses a 12 meses	147	6,75
13 meses a 24 meses	101	4,60
25 meses a 36 meses	160	7,35
37 meses a 48 meses	213	9,75
49 meses a 60 meses	184	8,40
61 meses a 72 meses	297	13,65
6 anos a 7 anos	281	12,90
8 anos a 9 anos	355	16,25
10 anos a 12 anos	180	8,25
13 anos a 14 anos	60	2,75
Acima de 14 anos	11	0,50
Média	5,2 anos	
Mediana	6,8 anos	
Total	2173	100

\* A idade variou de 4 dias a 14,5 anos.

**Tabela 2. Classificação das crises epiléticas e crises febris.**

Classificação	n	%
Febril única	178	16,82
Febril recorrente	139	13,13
Primariamente generalizada	212	20,03
Parcial simples	84	7,93
Parcial complexa	106	10,01
Parcial simples com generalização	79	7,46
Parcial complexa com generalização	59	5,57
Estado de mal epilético - em crise*	64	6,04
Estado de mal epilético - fora de crise**	137	12,94
Total	1058	100

\*Deram entrada no pronto atendimento em estado de mal epilético.

\*\*Deram entrada no pronto atendimento com história de mal epilético mas sem crise convulsiva no momento.

## Discussão

Quando observamos a distribuição por sexo na população estudada, notamos discreto predomínio do sexo masculino, apresentando razão entre sexos de 1,4:1.

A distribuição conforme a faixa etária, discriminada na tabela 1, mostra que mais da metade da população estudada encontra-se com idade variando entre 49 meses e 9 anos, de modo que a maior parte de nossos pacientes são escolares e pré-escolares.

Quando analisamos especificamente a procedência dos pacientes, constatamos que a maior parte deles chega ao ambulatório clínico do Hospital Pequeno Príncipe mediante encaminhamento da unidade básica de saúde (54,37%), embora permaneça bastante elevada a procura direta (34,67%) de pacientes com queixas neu-

rológicas. A maior parte das procuras diretas foi representada pelas crianças que apresentaram crise epiléptica, fato facilmente explicado pela dramaticidade do quadro e o forte impacto emocional sobre os familiares.

**Tabela 3. Motivo da procura por atendimento médico.**

Motivo	n	%
<b>Transtorno paroxístico não epiléptico</b>	<b>285</b>	<b>13,05*</b>
Perda de fôlego cianótica	187	65,61**
Perda de fôlego pálido	62	21,75**
Síncope	36	12,63**
<b>Cefaléia</b>	<b>130</b>	<b>5,99*</b>
Enxaqueca sem aura	94	72,30**
Enxaqueca com aura	28	21,53**
Cefaléia não enxaquecosa	8	6,15**
<b>Intoxicação</b>	<b>34</b>	<b>1,55*</b>
Fenobarbital	9	26,47**
Xarope de fenoterol	6	17,64**
Haloperidol	6	17,64**
Diazepam	5	14,70**
Cloridrato de amitriptilina	4	11,76**
Midazolam	4	11,76**
<b>Traumatismo crânio-encefálico</b>	<b>42</b>	<b>1,92*</b>
Queda de nível	37	88,09**
Acidente automobilístico	3	7,14**
Trauma direto	2	4,76**
<b>Síndrome de Guillain-Barre</b>	<b>8</b>	<b>0,36*</b>
<b>Paralisia Facial Periférica</b>	<b>8</b>	<b>0,36*</b>
Direita	5	55,55**
Esquerda	3	33,33**
<b>Paralisia facial central</b>	<b>1</b>	<b>11,11*</b>

\**Percentagem relacionada ao total da população estudada (2.183 pacientes).*

\*\**Percentagem em relação aos sub-grupos estudados.*

Pouco menos de um terço dos pacientes atendidos (28,18%) não apresenta condição financeira de adquirir a medicação de primeira escolha proposta para o tratamento. Este fato é bastante preocupante uma vez que, freqüentemente, obriga a alteração do melhor esquema terapêutico. Nos casos em que não é possível a substituição da droga de primeira linha, ou que esta substituição gere prejuízo ao tratamento da criança, é necessário a presença de um setor de serviço social hospitalar atuante e capacitado para o manejo destas situações tão freqüentes na prática médica atual.

De todos os pacientes analisados, pouco mais da metade (51,90%) foram internados após o atendimento inicial pelo setor de emergência do ambulatório clínico. As causas deste elevado índice de internamento são multifatoriais, destacando-se a maior gravidade das crises epiléticas na população pediátrica, a ansiedade e o impacto emocional sobre os familiares frente a criança com doença potencialmente grave e a dificuldade em realizar investigação neurológica com exames complementares a nível ambulatorial, de forma rápida e efetiva<sup>2</sup>.

Analisando os pacientes atendidos por crise epiléptica, verificamos que estas encontram-se entre as queixas neurológicas mais freqüentemente observadas na prática pediátrica, respondendo por praticamente metade (48,46%) dos casos neurológicos atendidos no setor de emergência. Existe grande variedade nas taxas de incidência e prevalência de crises epiléticas na infância, estimando-se uma prevalência em torno de 2 a 30 por 1.000 e incidência de 10 a 100 por 100.000 habitantes a cada ano<sup>3</sup>. As crises desencadeadas por febre permanecem como as mais freqüentes da infância, aco-

metendo de 2 a 5% de todas as crianças menores de 5 anos<sup>4,5</sup>. Em nosso estudo, 317 pacientes (29,95%) apresentaram crises epiléticas desencadeadas por episódios febris. Cabe lembrar que, segundo definição da Liga Internacional Contra Epilepsia (ILAE), as crises febris não são classificadas como epilepsia. Sabidamente, a grande maioria das crises febris na infância cede espontaneamente nos primeiros minutos, sem a necessidade de medicação específica, o que pôde ser claramente observado em nosso estudo, em que 64,17% dos pacientes atendidos por esta queixa apresentaram período crítico com duração inferior a 5 minutos<sup>6</sup>.

O estado de mal epiléptico (EME) corresponde a uma emergência neurológica grave e bastante freqüente na prática pediátrica do pronto socorro sendo que, em nosso estudo, observamos que 18,98% de todas as crianças atendidas por crise epilética, apresentavam quadro compatível com estado de mal epiléptico (EME). O EME é definido como a ocorrência de duas ou mais crises convulsivas sem recuperação da consciência entre os episódios críticos ou uma crise que se prolongue por um período de tempo superior a 30 minutos<sup>7,8</sup>. Atualmente, questiona-se a definição quanto a necessidade da duração de 30 minutos para caracterização do EME, havendo forte tendência a redução deste valor<sup>9</sup>. O EME apresenta alta taxa de morbi-mortalidade, sobretudo na faixa pediátrica, daí a grande importância do diagnóstico e tratamento precoce<sup>10</sup>.

Entre os transtornos paroxísticos não convulsivos, a crise de perda de fôlego cianótica apresentou-se como a mais freqüente (8,56%), seguida pela perda de fôlego pálido (2,84%) e pelas síncope (1,64%). Estes quadros paroxísticos não convulsivos apresentam uma prevalência de até 10 a 15% na população infantil, sendo de grande importância na prática clínica diária, por sua elevada freqüência e pela necessidade de seu diagnóstico diferencial com os transtornos epiléticos<sup>11</sup>. Estudo realizado com 470 crianças encaminhadas a um setor de emergência com diagnóstico de crise epilética, revelou que 20% destes pacientes apresentavam transtorno paroxístico não convulsivo, sendo os mais freqüentemente encontrados os quadros de crises de perda de fôlego, enxaqueca, terror noturno, masturbação e arritmias cardíacas com perda de consciência<sup>12</sup>.

Somente 130 pacientes (5,95%) de nosso estudo, apresentaram cefaléia como manifestação isolada motivando a consulta no pronto atendimento. Destes, 122 pacientes (93,83%) foram classificados como portadores de cefaléia tipo enxaqueca (com ou sem aura) e somente 6,15% apresentaram outro tipo de cefaléia. Sabidamente, a enxaqueca é uma forma de cefaléia recorrente relativamente freqüente na população infantil, sendo observado um claro aumento de sua incidência durante a adolescência e a juventude<sup>13,14</sup>. Nas crianças, muito freqüentemente, a cefaléia apresenta-se como uma manifestação associada à doenças sistêmicas, infecções e outras patologias agudas, podendo dificultar a identificação dos quadros de cefaléia primária. A grande ansiedade dos familiares em determinar a causa da dor de cabeça muitas vezes força a realização de exames dispendiosos e desnecessários em um primeiro momento.

Segundo a literatura, aproximadamente 96% dos casos de intoxicação em crianças ocorrem de forma acidental, 44% por ingestão medicamentos, 22% por produtos domésticos e 14% por pesticidas<sup>15</sup>. Em 25% dos casos de intoxicação medicamentosa, as drogas envol-

vidas são sedativos e psicotrópicos<sup>15</sup>. Em nosso estudo, avaliamos 34 casos de intoxicação, todos acidentais e relacionados a ingestão de medicamentos, não sendo identificados casos de intoxicação por bebida alcoólica, embora seja queixa freqüentemente observada na adolescência<sup>16</sup>.

No Brasil, o TCE responde por 40% de todos os óbitos ocorridos entre 5 e 10 anos, apresentando elevado índice de morbi-mortalidade, sendo que as quedas de nível representam aproximadamente 75% dos casos<sup>17</sup>. No período em que foi realizado nosso estudo, foram relatados somente 42 casos de TCE, sendo a grande maioria (88,09%) representada por quedas de nível. Esta baixa incidência deve-se, principalmente, ao fato deste estudo ter sido conduzido em hospital que não é referência no atendimento à politraumatizados.

Clinicamente, puderam ser diagnosticados, no período estudado, 8 casos de polirradiculoneurite desmielinizante inflamatória aguda (síndrome de Guillain-Barré), não havendo diferença entre a razão de sexos. Todos os casos apresentaram dissociação albumino-citológica e quadro clínico compatível com a síndrome. Estudos sobre a incidência desta síndrome são sempre dificultados pela falta de exames que confirmem o diagnóstico<sup>18</sup>.

De nossos pacientes, 617 (28,26%) foram submetidos a punção lombar, sendo que 41,81% apresentaram líquido cefalorraquidiano alterado. A caracterização de encefalite ou meningite bacteriana não foi objeto de análise neste estudo. Nas crianças com líquido alterado, os sinais de irritação meningorradicular estiveram presentes em 96,12% dos casos, a febre em 91,47%, a cefaléia em 77,90% e vômitos em 67,05%. Como pode ser observado, a clássica "tríade da meningite" (cefaléia, febre e vômitos) permanece como excelente indicador clínico para os casos de suspeita de infecção do sistema nervoso central (SNC). Sabidamente, quanto mais nova a criança, menos específicos são os sinais de infecção do SNC e mais difícil é a caracterização semiológica.

#### Conclusões:

1. Grandes serviços de atendimento emergencial em pediatria constituem locais privilegiados na observação de doenças neurológicas, devido à elevada incidência destas na infância.

2. Aproximadamente um terço das crianças com doenças neurológicas não apresenta condições financeiras em adquirir o tratamento de primeira escolha proposto. Deste modo, é fundamental a adequação do tratamento, quando possível, bem como a presença de um serviço social hospitalar atuante.

3. A taxa de internamento de crianças portadoras de doenças neurológicas atendidas em setores de emergência permanece bastante elevada, sendo as causas multifatoriais, destacando-se a dificuldade em se prosseguir efetivamente o acompanhamento e a investigação destes pacientes fora do ambiente hospitalar.

4. As crises epilépticas representam praticamente metade dos casos neurológicos atendidos no setor de pronto-atendimento.

5. Frente à gravidade e a alta taxa de morbi-mortalidade envolvida nos quadros de estado de mal convulsivo em crianças, é mandatório que o pediatra pronto-socorrista esteja apto a atender, diagnosticar e conduzir precocemente estes casos.

6. Transtornos paroxísticos não convulsivos são freqüentemente observados no setor de emergência

pediátrica, devendo o pediatra estar capacitado para a realização de seu diagnóstico diferencial.

7. Enxaqueca corresponde ao tipo de cefaléia mais freqüentemente observada no pronto-socorro em decorrência da maior intensidade de seus sintomas.

8. Sedativos e psicotrópicos permanecem como os medicamentos que mais freqüentemente provocam quadros de intoxicação na população pediátrica.

9. Apesar do traumatismo crânioencefálico ser uma das maiores causas de óbito em crianças menores de 10 anos, a incidência no pronto atendimento do Hospital Pequeno Príncipe é baixa por não se tratar de hospital referência neste tipo de atendimento.

Por se tratar de um hospital terciário de atendimento exclusivamente pediátrico, admitimos que a gravidade das doenças e queixas neurológicas possa não refletir a realidade de outros serviços dentro do próprio município e região. Posto isto, sugerimos um estudo multicêntrico para comparação com os resultados encontrados.

#### Referências bibliográficas

1. Commission on Classification and Terminology of the International League Against Epilepsy. "Proposal for revised clinical and electroencephalographic classification of epileptic seizure". *Epilepsia* 1981; 22: 489 - 501.
2. Pianta RC, Lothman DJ. Predicting behavior problems in children with epilepsy: child factors, disease factors, family stress, and child-mother interaction. *Child Dev* 1994; 65: 1415.
3. Blom S, Heijbel J, Begfors PJ. Incidence of epilepsy in children. *Epilepsia* 1978; 19: 343-350.
4. Berg AT, Shinnar S, Hauser WA. A prospective study of recurrent febrile seizures. *N Engl Med* 1992; 327: 122- 127.
5. Aicard J. Febrile convulsions. In Aicard J (ed). *Epilepsy in children*. 2 nd ed. New York, Raven Press 1994, 253-275.
6. Gerber MA, Berliner BC. The child with a "simple" febrile seizure. *Am J Dis Child* 1981; 135: 432-433.
7. Altermeir WA. Status epilepticus. *Pediatric Annals*. 1999; 28: 206-208.
8. Scott RC, Neville BGR. Pharmacological management of convulsive status epilepticus in children. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 1999; 41: 207-210.
9. Lowenstein DH. Status epilepticus: an overview of the clinical problem. *Epilepsia*, 1999; 40 (suppl.1): S3-S8.
10. Kramer R, Levisohn O. The duration of secondarily generalized tonic-clonic seizures. *Epilepsia* 1992; 33: 68-71.
11. Aicard J. *Diseases of the nervous system in childhood*. London: Mac Keith Press 1998; 638-663.
12. Brett EM. "It isn't epilepsy is it, doctor?". *BMJ* 1990; 300: 604-608.
13. Prensky AL, Sommer D. Diagnosis and treatment of headache in children. *Neurology* 1979; 29: 506-510.
14. Olesen J. The classification and diagnosis of headache disorders. *Neurol Clin* 1990; 8: 793-799.
15. Kotwica M, Jarosz A, Kolacin Z, Rogaczewska A. Sources of poisoning exposures in children during 1990 - 1995. An analysis of the National Poison Information Center files. *Int J Occup Med Environ Health* 1997; 10 (2): 177-186.
16. Lamminpää A, Vilkska J. Alcohol intoxication and psychosocial problems among children. *Acta Psychiatr Scand* 1990; 81 (5): 468-471.
17. Guerra SD, Januzzi MA, Moura AD. Traumatismo crânioencefálico em pediatria. *Jornal de Pediatria* 1999; 75 (2): 279-293.
18. Fonseca FL, Horta MB, Gauzzi LDV. Polirradiculoneurite aguda (Síndrome de Guillain-Barré). In: Fonseca LF, Pianetti G, Xavier CC (ed). *Compêndio de Neurologia Infantil*. 1 ed. Rio de Janeiro: MEDSI; 2002: 257- 68.

## **Asma em escolares do município de Araucária: prevalência e fatores de risco associados**

---

### **Asthma in students at Araucária city: prevalence and associated risk factors**

Luiz Fernando de Oliveira Ribas(1), Anselmo Chaves Neto(2), Nelson A. Rosário Filho(3)

Revisão Final: Eliane M. C. Maluf(4)

#### **Resumo**

**Objetivos:** O estudo teve como principais objetivos: determinar a prevalência de asma entre escolares registrados na oitava série do primeiro grau de escolas públicas da área urbana de Araucária, Paraná e identificar quais os fatores de risco associados à ocorrência de asma na população estudada.

**Métodos:** Para tanto, realizou-se um estudo transversal, tomando a área mais poluída por SO<sub>2</sub> como referência em relação às demais. Um questionário baseado em pesquisas anteriores, com perguntas sobre sintomatologia da doença e possíveis fatores de risco associados à asma, foi aplicado ao universo dos escolares, que responderam com colaboração dos pais e/ou professores.

**Resultados:** A prevalência de asma na população estudada (n = 388) foi de 38,7/1000, sendo maior entre as mulheres (5,6%) do que no grupo masculino (1,3%). A diferença entre as prevalências observadas na área mais poluída e menos poluída não foi estatisticamente significativa. Nas casas em que havia tabagistas ocorreram 8,5% dos casos, enquanto observou-se a taxa de 3% nas casas onde não se fumava. Aquelas mães que fumaram durante a gestação apresentaram filhos com maior prevalência de asma (9,7% contra 2,3%), bem como ocorreu maior número de casos entre aqueles que necessitaram oxigenoterapia e aqueles que não receberam leite humano.

**Conclusão:** A prevalência da doença (38,7/1000) é compatível com os valores encontrados em outros estudos nos Estados Unidos. Os fatores de risco mais importantes foram a exposição domiciliar passiva ao tabagismo, o tabagismo materno durante a gestação dos indivíduos estudados, a necessidade de oxigenoterapia ao nascimento e que não receberam leite humano. A poluição do ar, nos níveis encontrados em Araucária não representou um fator associado à doença.

**Palavras Chave:** asma, prevalência, fatores associados

#### **Abstract**

**Objective:** The aims of the study are: to determine the prevalence of asthma in students of elementary public schools, registered in the eighth year in the urban area of Araucaria-PR and to determine the frequency of risk factors of asthma and the relationship of these factors with the prevalence of asthma in the same population.

**Methods:** A transversal study was runned, based in a written questionnaire, which was elaborated based on the associated factors of asthma and the signals and symptoms of the disease and on previous studies in respiratory diseases and answered in writing by the students with the collaboration of their parents and/or school teachers, considered as reference the living area with the highest and lowest atmosphere concentration of SO<sub>2</sub>.

**Results:** The prevalence of asthma among the studied population (n=388) was 38.7/1000.

There were no differences between the occurred prevalence at the most polluted area and the other studied area. Tobacco uses during the pregnancy, and considered as indoor pollution defined more diseases cases.

**Conclusions:** The prevalence of asthma among the studied population (n=388) was 38.7/1000. The most important associated factors identified were passive exposure to cigarette smoke; smoking habit during pregnancy; oxygen therapy at birth; and no breast feeding. The air pollution at Araucária City was not an associated factor.

**Key words:** asthma, prevalence, associated risk factors

---

1. Chefe do Módulo de Medicina Geral e Comunitária - Internato em Saúde Coletiva - Departamento de Clínica Médica, Curso de Medicina, Universidade Federal do Paraná, 2. Departamento de Matemática - PUC - Paraná, 3. Coordenador do Curso de Especialização em Alergia Pediátrica - Universidade Federal do Paraná, 4. Professora do Departamento de Clínica Médica - Curso de Medicina - Universidade Federal do Paraná.

**LFOR** - Rua Gal. Carneiro 181, 10º andar - Curitiba - PR

Fone: (41) 9123-0600 ou 3022-3138 - e-mail: lfribas@uol.com.br



## Introdução

De acordo com o II CONSENSO BRASILEIRO NO MANEJO DA ASMA (1998), asma é uma doença respiratória caracterizada clinicamente por obstrução reversível das vias aéreas que pode ceder espontaneamente ou com o uso de medicamentos<sup>1</sup>.

A combinação de broncoespasmo, edema de mucosa e hipersecreção provocam o estreitamento generalizado das vias aéreas<sup>2,3</sup>.

Pode-se agrupar os possíveis estímulos desencadeantes de crises de asma os seguintes fatores: alérgenos; farmacológicos; ambientais (poluição intra e extra domiciliar); ocupacionais; infecciosos; por exercícios físicos e emocionais.

É comum que crianças que sibilam, recebam o diagnóstico de bronquite, ou bronquite asmática, quando o adequado tecnicamente seria diagnosticar asma<sup>1</sup>.

O inquérito epidemiológico sobre a Influência da Poluição Atmosférica na Saúde da População do Município de Araucária (Secretaria de Estado da Saúde do Paraná-SESA, 1984/1985) demonstrou que a prevalência de doenças respiratórias agudas em Araucária (32,5%) apresentou-se significativamente mais elevada, do que os valores de outros municípios da região metropolitana de Curitiba (Campo Largo, Campina Grande do Sul e Quatro Barras), que variou de 19,9 a 25,0%. (Dados apresentados em reunião interna na Secretaria Municipal de Saúde de Araucária, sem publicação).

Em 1986 foi realizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Araucária (Departamento de Epidemiologia da Secretaria Municipal de Saúde de Araucária, 1986) um estudo da livre demanda junto aos Centros de Saúde da rede pública, demonstrando que 64,3% de consultas realizadas naquele período foram devidas a doenças respiratórias.

Em outro estudo epidemiológico, foram avaliadas 1.762 consultas de crianças em três Centros de Saúde da rede de serviços públicos do município de Araucária. Os resultados apontaram um predomínio de infecções respiratórias baixas de maior gravidade na área com maiores índices de poluição do ar<sup>4</sup>.

Até o presente estudo não há dados a respeito da prevalência e ou incidência de casos de asma na cidade. A literatura apresenta referências de estudos que correlacionam o aumento da prevalência da doença com vários fatores de risco, dentre os quais a poluição atmosférica, problema constante em Araucária<sup>11,12,13</sup>.

Os objetivos deste estudo são determinar a prevalência de asma entre escolares de 8ª série do 1º grau da área urbana do município de Araucária e verificar quais fatores podem ser associados à prevalência.

## Métodos

População em estudo: A cidade de Araucária está situada na região metropolitana de Curitiba. Tem uma população de 61.889 habitantes. (IBGE/Unicef, 1994).

Esta pesquisa de desenho transversal, foi desenvolvida em escolas municipais da área urbana de Araucária, região metropolitana de Curitiba.

No município há uma refinaria de petróleo, uma fábrica de fertilizantes e uma fábrica de papel, que estão localizadas geograficamente na mesma região do município, muito próximas a um bairro com creches e escolas.

Para este estudo, foram consideradas as aferições diárias de SO<sub>2</sub> realizadas no período de 1988 a 1991 e também a média de 1993. Não foram consideradas as aferições de 1992 pela indisponibilidade de dados.

A partir destes registros (tabela 1), calculou-se a média aritmética simples entre estas, obtendo-se a concentração de SO<sub>2</sub>. A escola localizada na região com maior concentração de SO<sub>2</sub> foi considerada como referência à comparação dos resultados obtidos nas demais escolas da área urbana do município. Baseado em dados de aferição do Instituto Ambiental do Paraná (IAP), a região com maior concentração atmosférica de SO<sub>2</sub> em Araucária apresentou uma média de 38,44 g/m<sup>3</sup> <sup>5</sup>.

Foram considerados elegíveis todos os indivíduos matriculados na 8ª série do 1º grau, das escolas municipais localizadas na área urbana do município.

As escolas foram as fontes de coleta de dados por terem sido consideradas como o local em que os indivíduos permanecem sob as mesmas condições ambientais por pelo menos 4 horas ao dia.

Foi feita a 8ª série do 1º grau tendo em vista a dificuldade de coleta de dados, percebida em trabalhos anteriormente realizados no município com alunos de início do curso. Não se optou por alunos de séries acima da escolhida por supostamente haver maior frequência de fatores de confusão, tais como o tabagismo.

Determinou-se como critério de diagnóstico de asma em estudo a presença de tosse noturna e sibilância nos últimos 12 meses.

Como base para construção do instrumento de coleta de dados, optou-se por utilizar questionários desenvolvidos por diferentes instituições internacionais, mantendo o cuidado de adaptar as perguntas à realidade contextual de Araucária, sem no entanto ferir o conteúdo daqueles<sup>6,7,8,9,10</sup>.

Houve adaptações, por exemplo, utilizando-se o termo chio de peito, no lugar de sibilo. O instrumento com questões de múltipla escolha, também continha perguntas abertas. Foi entregue a cada aluno, sendo este orientado para responde-las com auxílio dos pais ou responsáveis e, caso necessário, também do professor. Todos os envolvidos participaram de uma reunião de

**Tabela 1. Distribuição das médias mensais de concentração de SO<sub>2</sub> Atmosférico em g/m<sup>3</sup> no período 1988/91 e 1993, na região com maiores índices de SO<sub>2</sub> atmosféricos: (partículas em suspensão e amônia não são aferidos com regularidade)**

	1988	1989	1990	1991	1993
Jan	38	54	20	28	48
Fev	58	44	40	31	36
Mar	38	44	22	45	44
Abr	27	54	35***	36	36
Mai	24	—	28	44	38
Jun	21	19	24	57	30
Jul	32	20	46	28	35
Ago	31	30	50	31	20
Set	54	23	70	58	16**
Out	25	34	72	48	16**
Nov	41	61	60	41	17
Dez	33	92*	51	34	22
média	35	43	43	41	30

média do período: 38 g/m<sup>3</sup>; \* maior valor; \*\* menor valor; \*\*\*mediana

orientação ao preenchimento do questionário. Foram realizadas até três visitas àquelas escolas nas quais observou-se desinteresse em responder e/ou devolver o instrumento. Com os resultados obtidos na terceira visita, mesmo ainda havendo questionários não respondidos pelos alunos (47%), considerou-se encerrada a coleta de dados.

Foi utilizado o teste de Qui-Quadrado para testar hipóteses de igualdade de proporções utilizando-se como nível de significância o valor de 5%.

**Análise dos resultados**

O estudo foi realizado entre 388 alunos, sendo que sintomas de asma foram identificados em 15 destes, determinando uma prevalência para a doença de 38,7/1000.

Um dos pontos mais relevantes deste estudo foi o levantamento de prevalências tão distintas na literatura. Pode-se avaliar este fenômeno como fruto da inexistência de padrão de referência internacional para o diagnóstico.

Na atualidade, a base do conhecimento existente sobre a prevalência, morbidade e mortalidade da asma origina-se de estudos epidemiológicos populacionais. A metodologia utilizada fundamenta-se em estudos descritivos. Nestes estudos, a partir de questionários aplicados a uma amostra, ou ao universo populacional, obtém-se o perfil de prevalência da doença.

Além da prevalência, tais estudos têm descrito um grande número de inter-relações de fatores predisponentes ou potencialmente desencadeantes da asma<sup>11</sup>.

A subjetividade dos referidos instrumentos para coleta de dados e a própria subjetividade dos sintomas da doença dificultam a comparação de resultados<sup>3</sup>. Além disso, geram diferenças importantes entre as prevalências encontradas, nem sempre correlacionadas com características da população em estudo, mas sim com a interpretação que os indivíduos estudados dão às várias questões apresentadas.

À medida que aumenta o número de sinais e sintomas relatados pelo paciente ou indivíduo em estudo, aumenta proporcionalmente a especificidade do diagnóstico de asma<sup>14</sup>.

Como já mencionado, para avaliar todas as variáveis questionadas usou-se como padrão diagnóstico para a asma o relato de sibilância e tosse noturna, por parte do aluno avaliado, nos últimos 12 meses.

A prevalência da asma neste estudo, segundo os padrões diagnósticos utilizados, foi bastante próxima daquela encontrada nos Estados Unidos, que foi de 32/1000 em 1981 e 43/1000 em 1988<sup>15</sup>.

Segundo a tabela 2, houve maior prevalência entre os alunos do sexo feminino.

Dentre os vários fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento de asma, deu-se especial atenção à

**Tabela 2. Distribuição dos casos com ou sem doença na população de estudo, segundo sexo (N=388)**

Asma	Presente	Ausente	Total
Masculino	02 (1,3%)	155 (98,7%)	157 (100%)
Feminino	13 (5,6%)	218 (94,4%)	231 (100%)
Total	15	373	388

p = 0,002

concentração atmosférica de SO<sub>2</sub> sobretudo porque é o único poluente cuja concentração no ar é medida com regularidade pelo Instituto Ambiental do Paraná.

A dificuldade de relacionar a poluição do ar à prevalência da asma está no fato de não se poder efetivamente demonstrar qual é o nível de exposição individual ao poluente. Quanto a isto, optou-se por pesquisar escolares de uma mesma série, porque diariamente, durante um período de 4 horas, os indivíduos estudados estariam sob influência de condições ambientais semelhantes (tabela 3).

Embora a área estudada de forma particularizada fosse a mais poluída da cidade de Araucária, esta ainda apresenta níveis de SO<sub>2</sub> (38 mg/m<sup>3</sup>) situados dentro dos valores aceitos como normais, quando considerados os padrões utilizados pela Organização Mundial da Saúde.

É possível que a população exposta ao SO<sub>2</sub> ao nível de 38mg/m<sup>3</sup> não tenha apresentado maior prevalência da doença (com significância estatística) por aqueles níveis de poluição não serem classificados como nocivos.

A investigação sobre 13.620 hospitalizações por asma sugere haver uma relação positiva, mesmo em regiões com baixos níveis atmosféricos de poluição. Justificam esta relação com o tempo crônico de exposição.<sup>12</sup>

Ressalta-se que o maior número de casos ocorreu entre alunos que residiam na região por tempo igual ou inferior a 6 meses. Tal fato compromete a relação de exposição à contaminação atmosférica com o potencial de desenvolver asma, no grupo em estudo. Tais resultados no entanto, não podem de maneira alguma encerrar a polêmica quanto a esta questão.

Pelos estudos anteriormente referidos, há que se considerar que a não existência da relação deletéria até o momento, não implica na definitiva inocuidade do SO<sub>2</sub> à saúde respiratória da população de Araucária.

A região em questão, com maiores índices de SO<sub>2</sub> no ar, tem ainda em sua área, uma grande indústria de papel, cujo principal agente poluente são as partículas em suspensão. Há uma proximidade desta indústria com o pólo petroquímico, o que pode gerar uma contaminação cruzada entre SO<sub>2</sub>, Amônia, Ozônio e as partículas em suspensão.

Para o futuro, a realização de um estudo prospectivo, correlacionando asma, espirometria e picos de contaminação do ar, inclusive por outros agentes poluentes, poderá trazer novos e diferentes resultados.

Considera-se que a poluição intra domiciliar está relacionada ao aparecimento da asma. Estudos referem que em média as pessoas, especialmente as crianças, passam cerca de 75% de seu tempo dentro das casas<sup>8</sup>.

A pobreza, o tabagismo da mãe, famílias numerosas

**Tabela 3. Distribuição dos casos com ou sem doença na população de estudo, segundo concentração atmosférica de dióxido de enxofre (SO<sub>2</sub>) (N=388)**

SO <sub>2</sub> Atmosférico	Asma		
	Presente	Ausente	Total
< 38 mg/m <sup>3</sup>	13(3,7%)	340(96,3%)	353(100%)
= 38 mg/m <sup>3</sup>	02(5,7%)	33(94,3%)	35(100%)
Total	15	373	388

p = 0,276

**Tabela 4. Distribuição dos casos com ou sem doença na população de estudo, segundo presença de tabagismo**

Cigarros fumados	Asma		
	Presente	Ausente	Total
< 20	03 (2,1%)	138 (97,9%)	141 (100%)
>=20	05 (3,0%)	160 (97,0%)	165 (100%)
dentro de casa não fumam	7 (8,5%)	75 (91,5%)	82 (100%)

(<20 e >=20)  $p = 0,029$ ; (>=20 e NF)  $p = 0,012$

**Tabela 5. Distribuição dos casos com ou sem doença na população de estudo, segundo características de pré-natal e puerpério**

Asma	Presente	Ausente	Total
<i>Mãe fumou na Gestação (1)</i>			
Sim	07 (9,7%)	65 (90,3%)	72 (100%)
Não	07 (2,3%)	293 (97,6%)	300 (100%)
<i>Recebeu O<sub>2</sub> ao nascer (2)</i>			
Sim	03 (8,3%)	33 (91,7%)	36 (100%)
Não	09 (3,0%)	295 (97,0%)	304 (100%)
<i>Foi amamentado (3)</i>			
Sim	10 (2,9%)	328 (97,1%)	338 (100%)
Não	05 (11,3%)	39 (88,7%)	44 (100%)

(1)  $p = 0,001$ ; (2)  $p = 0,049$ ; (3)  $p = 0,003$

e residências com pequena área têm sido associados ao aumento da prevalência de asma, provavelmente por maior exposição a fatores alergênicos<sup>11</sup>.

Foram estudados 1.246 crianças e comprovou-se um risco 2,8 vezes maior de desenvolver doença do trato respiratório inferior entre aquelas cujas mães fumavam<sup>13</sup>.

No caso do tabagismo passivo (tabela 4), avaliado entre os escolares em Araucária, houve efetivamente associação a uma maior prevalência de asma.

Outros agentes intra-domiciliares importantes para a origem da asma são os ácaros, animais de pêlos, insetos (principalmente baratas) e fungos<sup>1</sup>.

Dentre as várias características estudadas nesta pesquisa demonstrou-se que a existência de animal dentro de casa e chaminé que emita fumaça no interior da residência não se associaram a uma maior prevalência da doença.

Há relatos de que algumas características das condições de pré-natal e puerpério estão relacionadas com o aparecimento de broncoespasmo e asma. Sobretudo o baixo peso ao nascer e a gestação na adolescência<sup>13</sup>.

As condições pré-natal e neonatal levantadas (tabela 5) demonstraram que o fato da mãe ter fumado durante a gestação representou um fator altamente positivo para o aparecimento da asma na criança. Crianças que foram amamentadas, apresentaram maior proteção contra o aparecimento da asma, sendo que aquelas que não receberam leite materno apresentaram uma prevalência aproximadamente 4 vezes maior que os demais<sup>13</sup>.

A expressão da doença depende basicamente da interação de 2 fatores, o ambiente e a genética<sup>1</sup>. Relacionou-se a história de doença alérgica dos pais, com o

**Tabela 6. Distribuição dos casos com ou sem a doença na população em estudo, segundo sinais de Atopia da mãe (rinite, alergia de pele ou bronquite)**

Asma	Presente	Ausente	Total
<i>Fator Atopia da mãe</i>			
Sim	10	141	151
Não	05	232	237

$P=0,0246$

número de casos existentes (tabela 6). Apenas a história de atopia entre as mães demonstrou ter relação com o maior número de casos de asma. O fator de tabagismo na gestação está relacionado neste estudo ao maior número de casos da doença.

Há estudos de que o fato de uma criança ser pré-termo ou de ter desenvolvido problemas pulmonares com necessidade de receber oxigênio no período neonatal exerce influência no aumento da prevalência da asma<sup>13</sup>.

A diferença de prevalência de asma encontrada no grupo de alunos que foram pré-termo não foi estatisticamente significativa, no entanto o fato de terem recebido oxigênio no pós parto imediato, determinou uma prevalência duas vezes maior da doença.

Quando relacionou-se a prevalência de asma com a amamentação (tabela 4) no presente estudo, ela foi significativamente maior entre os estudantes que não foram amamentados ao seio.

A asma é uma doença freqüentemente relacionada como causa de grande número de faltas à escola e que impede algumas vezes o desenvolvimento de atividades regulares pelos doentes.

Ainda no mesmo estudo afirmam que, juntamente com outras doenças respiratórias, a asma é responsável por 25% da diminuição da atividade infantil<sup>15</sup>. É freqüente causa de absenteísmo escolar e é a causa de cerca de 33% de todas as faltas escolares originadas por doença crônica<sup>16</sup>.

No presente estudo, o número de alunos asmáticos que faltaram à escola por motivo que necessitou de atestado médico (53,0%) foi estatisticamente maior do que aqueles que tiveram faltas sem o atestado.

Além disto, a maioria dos asmáticos (93,3%) necessitou consulta médica nos 12 meses anteriores à pesquisa, freqüência que foi inferior no grupo de não asmáticos (58,0%).

### Conclusão

A prevalência de asma, encontrada para a população estudada foi de 38,7/1000.

O tabagismo continua sendo um fator predominante para a maior prevalência da asma, neste estudo, na sua forma passiva intradomiciliar e na época pré-natal. Também chama-se a atenção para outros fatores relacionados ao período peri natal tais como oxigenoterapia. No caso do período neo-natal, o fato de não ter recebido leite materno, foi o fator associado. A poluição ambiental, nos níveis encontrados em Araucária não determinou maior prevalência da doença.

**Referências bibliográficas**

1. II CONSENSO BRASILEIRO DO MANEJO DA ASMA. J.Pneumol. 1998;24:171-276.
2. Fuchs SC, Silva FA, Hetzel JL. Asma brônquica. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ER. Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 413-420.
3. Anderson HR. Is the prevalence of asthma changing? Arch Dis Child 1989; 64:172-5.
4. Lopes Jr A, Brito A, Setubal CR, et al. A poluição do ar e doenças respiratórias. Curitiba, 1992. Monografia apresentada no Estágio em Atenção Primária à Saúde do Curso de Medicina da Universidade Federal do Paraná.
5. Ribas LFO. Relação entre alterações clínicas, função pulmonar e níveis de poluição intra e extra domiciliar em um grupo de crianças da cidade de Araucária - Paraná. Comunicação pessoal proferida na Universidade da Cidade de Nova York, Hospital Mount Sinai, Nova York, 1993.
6. Samet JM. A historical and epidemiologic perspective on respiratory symptoms questionnaires. Am J Epid 1978; 108: 435-46.
7. Helsing KJ, Comstock GW, Speizer FE, et al. Comparison of three standardized questionnaires on respiratory symptoms. Am Rev Resp Dis 1979; 120:1221-31.
8. Lebowitz MD, Burrows B. Comparison of questionnaires: the BMRC and NHLI respiratory questionnaires and a new self-completion questionnaire. Am Rev Resp Dis 1976; 627-35.
9. Ferris JR, Benjamin School lung health survey. Harvard School of Public Health, [197-]. Questionário.
10. Quintero GC, Anderson K. Validacion de cuestionario sobre sintomas respiratorios cronicos em poblacion nicaraguense. Leon - 1990. Reporte preliminar, rebro, Suecia, 1990.
11. Weitzman M, Gortmaker S, Sobol A. Racial, social, and environmental risks for childhood asthma. Am J Dis Child 1990; 144: 1189-94.
12. Tseng RYM, Li CK. Low level atmospheric sulfur dioxide pollution and childhood asthma. Ann Allergy 1990; 65: 379-83.
13. Morgan WJ, Martinez FD. Fatores de risco para sibilos e asma na infância. Clín Ped Am N 1992; 6:1235-1253.
14. Venables KM, Farrer N, Sharp L, et al. Respiratory symptoms questionnaire for asthma epidemiology: validity and reproducibility. Thorax.; 48: 214-9.
15. Taylor WR, Newacheck PW. Impact of Childhood Asthma on Health, Pediatrics 1992; 5:657-62.
16. Madsen LP, Storm K, Johansen A. Acta Paed 1992; 81: 413-16.

## **Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Estudo de crianças e adolescentes através do DSM-IV**

### **Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: A study of children and adolescents through the DSM-IV**

Glauber H. Kaio(1), Sérgio A. Antoniuk(2), Mônica Cat(2), Isac Bruck(2), Lúcia H. C. Santos(3), Sandra Muzzolon(4), Helena Prado(4), Lizia Muzzolon(4), Jaqueline Glazer(5), Joara Durigan(6), Sandra V. Silva(7)

#### **Resumo**

**Objetivo:** Definir os quesitos do DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) mais relevantes para o diagnóstico do transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) em crianças e adolescentes e estudar a concordância do uso dos mesmos pelos pais e professores.

**Método:** Aplicação do questionário do DSM-IV para TDAH para professores e pais de 49 crianças e adolescentes (6 a 17 anos) com diagnóstico de TDAH (através dos critérios do CID-10 e Kiddie-Sads-E). Os quesitos foram apresentados na forma de pergunta aos pais e aos professores com três respostas possíveis: "nunca", "às vezes" e "muitas vezes/sempre".

Na análise dos itens mais importantes para o diagnóstico, avaliou-se os 79 questionários correspondentes às 49 crianças. Os questionários foram preenchidos por 33 professores e 46 pais - 30 crianças tiveram questionários preenchidos pelos professores e pelos pais (n=60); 3 crianças só pelos professores (n=3) e 16 só pelos pais (n=16). Os questionários foram avaliados através de regressão múltipla, com nível mínimo de significância de 5%.

Para estudar a concordância do uso do DSM-IV pelos pais e professores, analisou-se os questionários das 30 crianças que foram preenchidos tanto pelos professores quanto pelos pais. Foram comparados esses 2 grupos de questionários avaliando os quesitos que correspondem ao déficit de atenção (TDA) e à hiperatividade/impulsividade (H).

**Resultados:** Analisando os questionários preenchidos pelos professores, os quesitos 4 (não segue instruções), 5 (dificuldade para organizar tarefas) e 3 (parece não escutar) corresponderam a 75% dos casos de TDA, enquanto que nos questionários respondidos pelos pais, as questões 5, 3 e 9 (esquece atividades diárias) corresponderam a 49% dos casos de TDA. Em relação à H, as questões 12 (corre ou escala em demasia), 16 (respostas precipitadas) e 13 (não consegue manter-se em silêncio) corresponderam a 80% dos casos para os professores, enquanto que para os pais, as questões 16 e 13 corresponderam a 42% dos casos.

#### **Abstract**

**Objective:** To define the most relevant symptoms of DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition) for attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) diagnosis in children and adolescents and to study the agreement of use of DSM-IV by professors and parents.

**Method:** The teachers and the parents of 49 children and adolescents (age 6-17) with ADHD diagnosis (CID-10 and Kiddie-Sads-E criteria) filled the DSM-IV questionnaire for ADHD. The symptoms were presented as questions to the parents and to the teachers with 3 possible responses: "never", "sometimes" and "many times/always".

In the analysis of itens more important for the diagnosis, the 79 questionnaires corresponding to the 49 children were evaluated. The questionnaires were filled by 33 professors and 46 parents - 30 children had the questionnaires filled by the professors and the parents (n=60); 3 children by the professors (n=3) and 16 only by the parents (n=16). The questionnaires were assessed through Multiple Regression with minimum level significance of 5%.

To study the agreement of the use of DSM-IV by the parents and professors, the questionnaires of 30 children that were filled by the professors and by the parents were evaluated. Those 2 groups of questionnaires were compared with statistical study evaluating questions that correspond to attention deficit(ADD) and questions that correspond to hyperactivity(H).

**Results:** For the professors, the questions 4(does not follow instructions), 5(difficulty organizing tasks) and 3(does not seem to listen) correspond to 75% of attention deficit(ADD) cases, whereas, the questions 5, 3 and 9(forgets daily activities) correspond to 49% of ADD cases for the parents. Concerning to hyperactivity(H), the questions 12(runs about or climbs excessively), 16(precipitate answers) and 13(cannot keep quiet) correspond to 80% of the cases for the teachers, while the questions 16 and 13 correspond to 42% of the cases for the parents.

The questionnaire applied by the professors identified

1. Médico estagiário do CENEP(HC-UFPR), 2. Professor assistente do Departamento de Pediatria da UFPR, 3. Professora adjunta do Departamento de Pediatria da UFPR, 4. Psicóloga do CENEP(HC-UFPR), 5. Psicopedagoga do CENEP(HC-UFPR), 6. Pedagoga do CENEP(HC-UFPR), 7. Assistente Social do CENEP(HC-UFPR) UFPR - Centro de Neuropediatria (Hospital de Clínicas)

O questionário aplicado aos professores identificou os seguintes subtipos: mistos (TDA+H) em 4/30 (13,33%), TDA em 7/30 (23,33%), H em 5/30 (16,67%) e normais em 14/30 (46,67%) e pelos pais, TDA+H em 7/30 (23,33%), TDA em 5/30 (16,67%), H em 14/30 (46,67%) e normais em 4/30 (13,33%) ( $p=0,01$ ). Enquanto os professores classificaram quase metade das crianças como normais, os pais as classificaram na sua grande maioria como H/TDA+H (coef. Kappa= -0,59).

**Conclusões:** Para o diagnóstico de TDA, os quesitos 5, 3 e 4 (professores e pais), 4, 5 e 3 (professores) e 5, 3 e 9 (pais) foram os mais importantes nesta seqüência, e para o diagnóstico de H, os itens mais relevantes foram 16, 12 e 13 (professores e pais), 12, 16 e 13 (professores) e 16, 13 (pais).

Evidenciou-se maior dificuldade para os professores detectarem as crianças com TDAH. Os pais detectaram mais anormalidades, o que pode ser explicado pelo maior tempo de exposição dos pais frente à criança e às dificuldades deles lidarem com filhos com hiperatividade e/ou déficit de atenção.

**Palavras chave:** transtorno de déficit de atenção, hiperatividade, DSM-IV, criança.

## Introdução

O transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (TDAH) é o distúrbio do neurodesenvolvimento mais comum na infância.<sup>1</sup>

Atualmente o TDAH é definido por características comportamentais observáveis que incluem uma duração curta da atenção, distração fácil, impulsividade e hiperatividade, resultando em comprometimento clinicamente significativo das funções sociais, acadêmicas ou profissionais. As pesquisas sugerem que essas características ocorrem dentro de um espectro na população; portanto, o diagnóstico requer a consideração do nível de intensidade dos sintomas e do grau associado de comprometimento funcional.<sup>2</sup> Os sintomas surgem antes dos 7 anos de idade, duram por pelo menos 6 meses, em dois ou mais ambientes (por exemplo, casa, escola, locais de lazer) e podem persistir na adolescência e idade adulta.<sup>3</sup> Os critérios para idade de início dos sintomas têm sido questionados. Embora a hiperatividade geralmente seja notada antes dos 7 anos, pode não acontecer o mesmo com a falta de atenção.<sup>4</sup>

A causa de TDAH é desconhecida e é provável que seja multifatorial. Tem sido vista como consequência de distúrbios cerebrais adquiridos (infecciosos, traumáticos, tóxicos) e resultantes de exposição fetal ao álcool. A prevalência do TDAH está relacionada a um certo número de "fatores de risco" pré-natais: tabagismo materno e sofrimento emocional pré-natal e também é vista em crianças com baixo peso ao nascimento.<sup>5</sup>

O TDAH compreende três subtipos de acordo com a quarta edição (1994) do DSM-IV<sup>6</sup> (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition)<sup>6</sup>: desatenção predominante (TDA), hiperativo-impulsivo predominante (H) e misto (TDA+H). Seja qual for a população estudada, o TDAH é mais freqüente em meninos do que em meninas: 4:1 para o subtipo hiperativo-impulsivo predominante e 2:1 para o subtipo desatenção predominante.<sup>7</sup>

Este estudo tem por objetivo aplicar o DSM-IV em

the following subtypes: mixed type (ADD+H) in 4/30(13,33%), ADD in 7/30(23,33%), H in 5/30(16,67%) and normal in 14/30(46,67%). For the parents, the children were classified as ADD+H in 7/30(23,33%), ADD in 5/30(16,67%), H in 14/30(46,67%) and normal in 4/30(13,33%) ( $p=0,01$ ). While the professors classified half of the children as normal, the parents classified them in its great majority as H/ ADD+H (Kappa coefficient= -0,59).

**Conclusions:** 1) For ADD diagnosis, the most important questions were 5, 3 and 4(teachers and parents), 4, 5 and 3(teachers) and 5, 3 and 9(parents) in this sequence; For H diagnosis, the most relevant items were 16, 12 and 13(teachers and parents), 12, 16 and 13(teachers) and 16, 13(parents).

It is more difficult to detect ADHD for the professors. The parents detected more abnormalities. This can be explained by the fact that parents spend more time with their children than teachers and the parents have more difficulty to deal with this kind of children.

**Key words:** attention deficit disorder, hyperactivity, DSM-IV, child.

uma população de crianças e adolescentes de escolas públicas e particulares selecionando os quesitos mais relevantes para o diagnóstico do TDAH e estudar a concordância do uso do DSM-IV pelos pais e professores.

## Método

Foi aplicado questionário dos 18 sintomas de TDAH estabelecidos pelo DSM-IV (tabela 1) para professores e pais de 49 crianças e adolescentes com diagnóstico de TDAH acompanhados no Centro de Neuropediatria do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CENEP). Os 49 pacientes, com idade entre 6 e 17 anos de idade, preencheram previamente os critérios de diagnóstico de TDAH através do CID-10<sup>8</sup> e do Kiddie-Sads-E<sup>9</sup>, aplicados por uma equipe multidisciplinar composta por neuropediatra, psicólogos, psicopedagogos, pedagogos e assistente social.

**Diagnóstico de TDAH.** O questionário para TDAH consiste em 9 quesitos para desatenção e 9 quesitos para hiperatividade/impulsividade. A presença de pelo menos 6 de 9 quesitos positivos sugere o diagnóstico de TDA e/ou H. Os quesitos foram apresentados na forma de pergunta aos pais e à professora, com três respostas possíveis: "nunca", "às vezes" e "muitas vezes/sempre". Um determinado item foi definido como positivo quando a resposta escolhida foi "muitas vezes/sempre". Os 49 pacientes obtiveram a pontuação mínima no questionário de sintomas do DSM-IV para diagnóstico de TDAH, e também preencheram os 4 critérios adicionais (tabela 1), confirmando, portanto, o diagnóstico clínico de TDAH pelo DSM-IV.

Na análise dos itens mais importantes para o diagnóstico, avaliou-se os 79 questionários correspondentes às 49 crianças: 60 foram preenchidos pelos professores e pais, 3 pelos professores e 16 pelos pais. Quatorze questionários eram de TDA, 28 de H e 18 de TDA+H. Os questionários foram avaliados através de regressão múltipla, com nível mínimo de significância de 5%.

**Tabela 1. Questionário do DSM-IV para TDAH**Critérios do DSM-IV<sup>6</sup>

Deve-se satisfazer I ou II (ou ambos):

**I** - Seis ou mais dos seguintes sintomas de desatenção persistiram pelo menos por 6 meses em uma intensidade que é mal-adaptativa e incompatível com o nível de desenvolvimento da criança:

**Desatenção:**

- 1 - Frequentemente não presta atenção a detalhes e faz erros por descuido das tarefas escolares, trabalho ou outras atividades. ( )
- 2 - Tem dificuldade em manter a atenção em tarefas ou brincadeiras. ( )
- 3 - Parece não escutar quando lhe falam diretamente. ( )
- 4 - Frequentemente não segue as instruções e não termina tarefas escolares, atribuições domésticas, ou deveres no trabalho (que não seja devido a comportamento desafiador ou incapacidade de entender as instruções). ( )
- 5 - Tem dificuldades em organizar tarefas e atividades. ( )
- 6 - Evita ou é relutante em começar tarefas que exigem esforço mental (tais como tarefas escolares e domésticas). ( )
- 7 - Perde objetos necessários para as tarefas e atividades, tais como brinquedos, lápis, livros ou ferramentas. ( )
- 8 - Distrai-se facilmente por estímulos externos. ( )
- 9 - É frequentemente esquecido em atividades diárias. ( )

**II** - Seis ou mais dos seguintes sintomas de hiperatividade e impulsividade que persistiram por pelo menos 6 meses, em uma intensidade que é mal-adaptativa e incompatível com o nível de desenvolvimento da criança.

**Hiperatividade:**

- 10 - Agita as mãos ou os pés ou se remexe na cadeira. ( )
- 11 - Sai do seu lugar na sala de aula ou outras situações nas quais se espera que permaneça sentado. ( )
- 12 - Corre ao redor de móveis ou escala em demasia, em situações inadequadas (em adolescentes e adultos, pode ser sensação subjetiva de inquietude e impaciência). ( )
- 13 - Com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer. ( )
- 14 - Está sempre em movimento, ou age como se "estivesse ligado a um motorzinho" ou, "a mil" ou "a todo vapor". ( )
- 15 - Frequentemente fala excessivamente. ( )

**Impulsividade:**

- 16 - Frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas. ( )
- 17 - Com frequência tem dificuldade para aguardar sua vez em jogos ou situações de grupo. ( )
- 18 - Interrompe ou se intromete nas atividades dos outros (intromete-se em conversas ou brincadeiras). ( )

**Obs:** Na nossa avaliação, os questionários foram preenchidos com as seguintes respostas:

Nunca (1)      Às vezes (2)      Sempre ou muitas vezes (3)

**Critérios adicionais**

- 1- Os sintomas devem estar presentes antes dos 7 anos de idade.
- 2 - Algum comprometimento pelos sintomas está presente em dois ou mais ambientes (p.ex.: escola, ou trabalho e no lar).
- 3 - Deve haver evidências claras de comprometimento clinicamente significativo da função social, acadêmica ou ocupacional.
- 4 - Os sintomas não ocorrem exclusivamente durante o curso do distúrbio global do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro distúrbio psicótico, e não são mais bem explicado por outra afecção mental (distúrbio do humor, distúrbio de ansiedade, distúrbio dissociativo ou distúrbio de personalidade).

Para estudar a concordância do uso do DSM-IV pelos pais e professores, analisou-se os questionários das 30 crianças que foram preenchidos tanto pelos professores quanto pelos pais. Foram comparados estes 2 grupos de questionários avaliando do quesito 1 ao 9, que correspondem à TDA e do quesito 10 ao 18, que correspondem à H. Para avaliar a consistência dos dados obtidos pela aplicação do questionário, foi realizada a análise de fidedignidade com o cálculo do coeficiente de Cronbach. Para avaliar a diferença do resultados dos questionários aplicados entre os dois grupos foi utilizado o teste de McNemar enquanto para verificar o grau de concordância entre os entrevistados, professores e pais, foi calculado o coeficiente de Kappa.

**Resultados**

Analisando os questionários preenchidos pelos professores, a questão 4 - frequentemente não segue as

instruções e não termina tarefas escolares, atribuições domésticas, ou deveres no trabalho (que não seja devido a comportamento desafiador ou incapacidade de entender as instruções); questão 5 - tem dificuldade para organizar tarefas e atividades e questão 3 - parece não escutar quando lhe falam diretamente corresponderam a 75% dos casos de TDA, enquanto que nos questionários respondidos pelos pais, as questões 5, 3 e 9 - é frequentemente esquecido em atividades diárias corresponderam a 49% dos casos de TDA. Em relação à H, a questão 12 - corre ao redor de móveis ou escala em demasia, em situações inadequadas (em adolescentes e adultos, pode ser sensação subjetiva de inquietude e impaciência); questão 16 - frequentemente dá respostas precipitadas antes de as perguntas terem sido completadas; e questão 13 - com frequência tem dificuldade para brincar ou se envolver silenciosamente em atividades de lazer corresponderam a 80% dos ca-

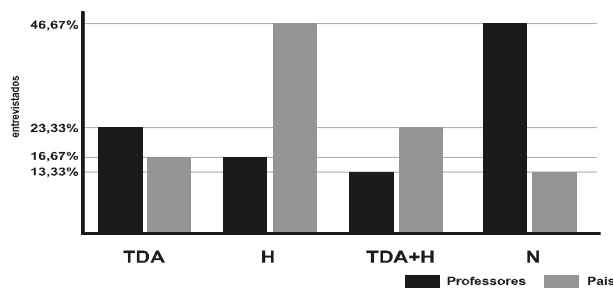
para os professores, enquanto que para os pais, as questões 16 e 13 corresponderam a 42% dos casos (tabela 2).

O questionário preenchido pelos professores identificou os seguintes subtipos: TDA+H em 4/30 (13,33%), TDA em 7/30 (23,33%), H em 5/30 (16,67%) e normais em 14/30 (46,67%) e pelos pais, TDA+H em 7/30 (23,33%), TDA em 5/30 (16,67%), H em 14/30 (46,67%) e normais em 4/30 (13,33%) (p=0,01). Enquanto os professores classificaram quase metade das crianças como normais, os pais as classificaram na sua grande maioria como H/TDA+H (coef. Kappa= -0,59) (gráfico 1).

**Tabela 2. Questões mais relevantes**

	TDA	H
Professores	4	12
	5	16
	3	13
	8	
Pais	5	
	3	16
	9	13
	7	
Professores e pais	5	16
	3	12
	4	13

**Gráfico 1- Comparação entre pais e professores**



**Discussão**

A partir do estudo dos 79 questionários correspondentes a 49 crianças, concluiu-se que para o diagnóstico de TDA, os quesitos 5, 3 e 4, nesta seqüência, foram os mais relevantes considerando os questionários respondidos tanto pelos professores quanto pelos pais. Considerando apenas os questionários respondidos pelos professores, os quesitos 4, 5 e 3, nesta ordem, foram os mais relevantes e as questões 5, 3 e 9 foram os mais importantes avaliando os respondidos só pelos pais. Para o diagnóstico de H, os itens mais relevantes foram 16, 12 e 13 para os questionários preenchidos pelos professores e pais, questões 12, 16 e 13 só pelos professores e 16, 13 só pelos pais. Não foram encontrados dados na literatura internacional e brasileira a respeito dos sintomas mais relevantes, o que não propiciou uma comparação dos dados encontrados.

Quanto à concordância do uso do DSM-IV pelos professores e pais, o presente estudo evidenciou uma maior dificuldade para os professores detectarem TDAH em relação aos pais, que detectaram mais anormalidades. Essa discordância em relação aos resultados também foi encontrada em outros estudos. Valla<sup>10</sup> constata que

existe baixa concordância entre informantes (criança/adolescente, pais ou professores) sobre a saúde mental das crianças e que as crianças geralmente subinformam sintomas psiquiátricos<sup>11</sup>. Outros estudos constaram que os pais parecem ser bons informantes para os critérios diagnósticos de TDAH.<sup>11,12</sup> Mesmo em países desenvolvidos, a noção dos professores sobre a sintomatologia do TDAH é deficitária.<sup>13</sup> No presente estudo, a discordância dos resultados pode ser atribuído ao maior tempo de exposição dos pais frente à criança e às dificuldades deles lidarem com filhos com hiperatividade e/ou déficit de atenção. Os professores podem ser informantes úteis em pesquisas populacionais sobre a síndrome em crianças. Com adolescentes, sua utilidade diminui significativamente, na medida em que o adolescente passa a ter vários professores (currículo por disciplinas), e cada professor permanece pouco tempo em cada turma, o que impede o conhecimento específico de cada aluno.

É preciso salientar que este estudo possui limitações. Algumas crianças não tiveram os questionários preenchidos pelos pais e pelos professores, o que resultou em uma amostra muito pequena, levando à diminuição da potência estatística do estudo.

**Referências Bibliográficas**

- Homer CJ, Baltz RD, Hickson GB, et al.. Clinical practice guideline: diagnosis and evaluation of the child with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Pediatrics* 2000;105:1158-1170.
- Mercugliano M. O que é distúrbio de déficit de atenção/hiperatividade? In Morgan AM (org.). *Distúrbio de déficit de atenção/hiperatividade*. Clínicas Pediátricas da América do Norte 1999;46:835-847.
- Conners CK. Uso clínico das escalas de classificação no diagnóstico e tratamento do distúrbio de déficit de atenção/hiperatividade. In Morgan AM (org.). *Distúrbio de déficit de atenção/hiperatividade*. Clínicas Pediátricas da América do Norte 1999;46:861-875.
- Applegate B, Lahey BB, Hart EL, Biederman J, Hynd GW, Barkley RA, et al.. Validity of the age of onset criterion for attention-deficit/hyperactivity disorder: a report from the DSM-IV field trials. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:1211-21.
- McIntosh, D. E., Mulkins, R. S., & Dean, R. S. Utilization of maternal perinatal risk indicators in the differential diagnosis of ADHD and UADD children. *International Journal of Neuroscience* 1995; 81(1-2): 35-46
- American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4 ed. Washington, DC: 1994.
- Zametkin AJ, Ernst M. Problems in the management of attention-deficit-hyperactivity disorder. *N Engl J Med* 1999;340:40-46.
- Organização Mundial de Saúde. *Classificação Internacional de Doenças - CID-10*, 4a ed. São Paulo:1998; 370.
- KSADS, *Entrevista Semi-Estruturada para Diagnóstico em Psiquiatria da Infância*, versão epidemiológica, 1a ed, 1995.
- Valla JP, Bergeron L, Breton JJ, et al.. Informants, Correlates and Child Disorders in a Clinical Population. *Can J Psychiatry* 1993; 38(8): 406-11.
- Schwab-Stone M, Fallon T, Briggs M, et al.. Reliability of Diagnostic Reporting for Children Aged 6-11 Years: A Test-Retest Study of the Diagnostic Interview Schedule for Children-Revised. *Am J Psychiatry* 1994;151(7):1048-54
- Mulhern S, Dworkin PH, Bernstein B. Do Parental Concerns Predict a Diagnosis of Attention-Deficit Hyperactivity Disorder? *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics* 1994; 15(5):349-352.
- Jerome L, Gordon M, Hustler P. A Comparison of American and Canadian Teachers' Knowledge and Attitudes Towards Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). *Can J Psychiatry* 1994;39(11): 563-67.



## **Síndrome Nefrótica: opiniões e expectativas dos pacientes e seus pais**

---

### **Nephrotic Syndrome: opinions and expectations of the patients and their parents**

Solange F. R. de Mello(1), Eduardo de A. Rego Filho(2), Denise R. D. Carlesso(3)

#### **Resumo**

**Objetivos:** conhecer as opiniões e expectativas dos pacientes com síndrome nefrótica e de seus pais em relação à doença e de acordo com os resultados obtidos aprimorar o atendimento médico.

**Método:** foram incluídos 23 pacientes com síndrome nefrótica (LGM) com tempo de evolução maior que seis meses. Pacientes e pais foram submetidos à entrevistas semi-estruturadas. Os depoimentos foram transcritos e distribuídos entre os autores, definindo-se 11 itens a serem avaliados. Para cada paciente e para cada família estabeleceu-se em relação a cada um dos itens avaliados, situação negativa ou de alerta, na opinião conjunta de pelo menos dois dos três autores (índice de concordância > 90%). Também foi aplicada, aos pacientes, uma técnica de caráter projetivo (Desenho - Estória, Walter Trinca).

**Resultados e Discussão:** os itens mais presentes nas famílias como situação de alerta referiram-se à evolução, etiologia e complicações da doença, além dos possíveis efeitos colaterais dos medicamentos utilizados. Para os pacientes, situação de alerta foi mais relacionada ao conhecimento e complicações da doença e efeitos colaterais dos medicamentos.

**Conclusão:** tendo em vista os resultados obtidos propôs-se modificações no atendimento do paciente com síndrome nefrótica:

a) Dias específicos para consultas clínicas com realização de anamnese que contemple e considere as frequentes situações de alerta identificadas no presente estudo;

b) Reuniões periódicas com grupos de pais e pacientes com exibição de vídeo instrucional sobre síndrome nefrótica e discussão;

c) Acompanhamento psicológico durante hospitalização.

**Palavras chave:** síndrome nefrótica, aspectos psicológicos, estudo qualitativo, Pediatria.

#### **Abstract**

**Objectives:** to evaluate in patients with nephrotic syndrome, and their parents, the opinions and expectations on the disease. In according to the results to establish guidelines for a better medical management.

**Methods:** 23 patients with nephrotic syndrome with six months duration and respective parents, were included. Patients and parents were submitted to semi-structured interviews. The statements were written and distributed among the authors who defined 11 items to be evaluated. It was established for each patient and for each family a negative or alert situation in relation to each one of the 11 items, by opinions of at least two of three authors (agreement > 90%). A projective technique was also applied to patients.

**Results and Discussion:** for families, the most frequent items as an alert situation were: disease's evolution, etiology, knowledge and complications and also drug's side effects.

**Conclusions:** based on the results, modifications in the attendance of patients with nephrotic syndrome were proposed:

a) specific days for out clinic attendance of patients with a clinical history which takes into account the frequent alert situations identified in the present study.

b) scheduled meetings of doctors, parents and patients in which an instructional video about nephrotic syndrome is discussed.

c) psychological support during hospitalization.

**Key words:** nephrotic syndrome, psychological aspects, qualitative study, Pediatrics.

---

1. Professora Adjunta do Departamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica, 2. Professor Titular do Departamento de Pediatria e Cirurgia Pediátrica, 3. Psicóloga, especialista em psicanálise de crianças e adolescentes.

Universidade Estadual de Londrina - Pr.

**SFRM** Avenida Bandeirantes, 804 CEP: 86010-010 Londrina-PR Fone: (43) 323-9191 Fax: (43) 321-1824  
e-mail: sfrmello@hotmail.com

## Introdução

As manifestações clínicas de síndrome nefrótica em crianças, com edema generalizado que pode atingir grandes proporções, freqüentemente associado a infecções, corticoterapia e hospitalizações, tornam essa doença motivo de muita preocupação para o paciente e principalmente para seus familiares.

O caráter recidivante da doença provoca descontentamento e frustração na família, o que leva à busca de novas opções terapêuticas e perda de seguimento clínico.

Acredita-se que as doenças crônicas e recorrentes alterem a dinâmica familiar. É sempre um desafio para médicos que lidam com esses pacientes manter o equilíbrio entre medidas terapêuticas eficazes com o mínimo de efeitos indesejáveis tanto médicos como psicológicos e educacionais<sup>1</sup>.

A maioria dos estudos sobre repercussões de doenças crônicas nos familiares foi realizada em pacientes com retardo mental<sup>2,3,4</sup>, ou são descrições de casos isolados<sup>5</sup>.

Hewett et al<sup>6</sup> e Mattson e Gross<sup>7</sup>, sugerem que a idade, o sexo, o tipo de enfermidade e o grau de melhora com o tratamento podem influenciar a natureza e extensão do impacto da doença sobre a criança e sua família.

Estudo realizado por Mehta<sup>8</sup> evidenciou que 2/3 das mães de pacientes com síndrome nefrótica, sofrem de alto grau de ansiedade e seus filhos apresentam alterações de comportamento.

Vance et al<sup>1</sup> demonstraram maior número de problemas psico-sociais em pais e irmãos de crianças com síndrome nefrótica comparados com famílias sem crianças com doença crônica. As famílias dos pacientes foram mais superprotetoras, os irmãos mais tímidos e com pior rendimento escolar, possivelmente refletindo maior preocupação com o filho doente.

Portanto, durante o atendimento médico de crianças e adolescentes com síndrome nefrótica é importante identificar as angústias, dúvidas e preocupações dos pacientes e de seus familiares além do nível de informação que possuem sobre o assunto.

Os objetivos do presente estudo foram: a) conhecer as opiniões, expectativas e preocupações dos pacientes com síndrome nefrótica e de seus pais; b) analisar as repercussões do diagnóstico de síndrome nefrótica na vida familiar e c) propor um aprimoramento do atendimento à criança e ao adolescente com síndrome nefrótica, de acordo com os principais problemas detectados, tendo uma abordagem mais completa e humanística do paciente e de sua família.

## Método

O presente estudo foi realizado no período de oito meses (09/98 a 04/99) com pacientes portadores de síndrome nefrótica - lesão glomerular mínima (LGM) -, com tempo de evolução superior a seis meses, atendidos no Ambulatório de Nefrologia Pediátrica do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná (HURNP) e respectivas famílias (pai e/ou mãe).

É uma pesquisa qualitativa de estudo de casos, sem grupo controle, aprovado pelo comitê de ética do HURNP em agosto de 1988.

O diagnóstico de síndrome nefrótica (LGM) baseou-se em critérios clínicos associados ou não à biópsia renal.<sup>9</sup>

Pacientes e pais foram submetidos a entrevistas individuais e semi-estruturadas, visando identificar suas opiniões, preocupações e expectativas em relação à doença. As entrevistas foram realizadas por um dos autores, através de roteiro com questões específicas para pacientes e para pais (quadro 1), tendo sido consideradas todas as declarações feitas à época. Para evitar o vizez de aferição

### Quadro 1. Roteiro de entrevista semi-estruturada para pais e pacientes.

<b>Pais</b>	<b>Paciente</b>
1) Qual é a doença de seu filho(a)?	Você tem alguma doença? Qual?
2) O que você entende dessa doença?	O que você entende dessa doença?
3) Em sua opinião, o que causou essa doença?	Tem algo sobre essa doença que você gostaria de saber?
4) Quais foram suas maiores preocupações quando soube dessa doença?	O que você pensou quando soube que tinha essa doença?
5) Existem preocupações atualmente? Quais são?	E hoje, o que pensa em relação a isso?
6) Existem preocupações com o futuro de seu filho(a)?	O que você acha que mudou na sua vida com o aparecimento da doença? Lembre-se da escola, dos amigos, de suas atividades e de seu humor.
7) O que mudou na vida de sua família com o aparecimento da doença?	O que você acha que mudou na vida de sua família depois que você ficou doente?
8) O que mudou na vida de seu filho com o aparecimento da doença? Considere escolaridade, relacionamento, atividades e humor.	Existe dificuldade em seguir o tratamento? Qual?
9) Quais as dificuldades encontradas durante o tratamento de seu filho(a)?	A medicação provoca algum efeito em você? Qual?
10) Faça uma avaliação de seu filho(a) com e sem medicação.	Como você se sente quando a doença fica visível?
11) Há algo que você gostaria de saber através do médico de seu filho(a)?	Há algo que você gostaria de perguntar para o seu médico?
12) _____	Há algo que você gostaria de falar com seu médico?

Os depoimentos individuais foram transcritos e distribuídos entre os autores que após análise definiram 11 itens abaixo relacionados para serem avaliados de maneira estruturada e sistematizada:

- 1) Evolução da doença: preocupação com a evolução e prognóstico; idéias ligadas à cura, diálise, transplante e morte.
- 2) Etiologia da doença: idéias relacionadas à origem da enfermidade responsabilizando fatos e/ou pessoas.
- 3) Compreensão da doença: nível de compreensão sobre a síndrome.
- 4) Medicação: referências a seus efeitos colaterais (passados, presentes ou futuros).
- 5) Complicações: referências a intercorrências como recaídas, infecções e internações.
- 6) Escolaridade/comportamento: indicadores de dificuldades escolares e/ou distúrbios de comportamento.
- 7) Dinâmica familiar: alterações no seu funcionamento e/ou organização como consequência da doença.
- 8) Superproteção: restrição de atividade física, escolar ou de convívio social, imposta pela família.
- 9) Religiosidade: referências a crenças religiosas.
- 10) Situação econômica: poder aquisitivo da família em relação ao tratamento.
- 11) Confiança: referências à confiança na equipe médica e no hospital.

Com base nessa definição, cada autor individualmente analisou uma a uma, as entrevistas transcritas, identificando situações negativas ou de alerta (falsos conceitos ou preocupações exageradas), permitindo avaliar: a) a frequência de cada item; b) a distribuição desses itens em cada família e cada paciente; c) a relação das respostas dos pacientes com as de seus pais e vice-versa.

Os itens religiosidade e superproteção foram identificados como presentes ou ausentes.

Para a classificação final dos itens estabeleceu-se como critério, considerar a opinião conjunta de pelo menos dois dos três autores. O índice de concordância foi superior a 90% para cada um dos itens avaliados. As respostas com discordância entre os autores foram reavaliadas em conjunto, tendo como referência à definição dos itens.

Considerando a variação da faixa etária da popula-

ção de pacientes e principalmente a dificuldade de expressão através da linguagem verbal em relação aos aspectos subjetivos (característica da infância) foi aplicada aos pacientes (18/23, sendo que cinco pacientes não concordaram) uma técnica complementar, de caráter projetivo - Desenho Estória - Walter Trinca<sup>10</sup>, utilizada para identificar dificuldades na vivência da doença. Trata-se de uma técnica contextual e para conferir-lhe maior confiabilidade foi aplicada imediatamente após a explicação dos objetivos do estudo e da entrevista e subsequente às consultas médicas.

### Resultados e discussão

Optou-se por apresentar os resultados da pesquisa junto à discussão para permitir maior clareza de exposição e concisão no texto<sup>11</sup>.

Integraram o estudo 23 pacientes e seus pais. As características clínicas dos pacientes estão demonstradas no quadro 2, enquanto os dados dos pais são demonstrados no quadro 3.

A presença da situação negativa ou de alerta para cada um dos itens avaliados em cada uma das famílias e pacientes está demonstrada no quadro 4. Os itens mais presentes nas famílias referiram-se à evolução da doença e sua etiologia com idéias ligadas à culpabilidade de fatos e/ou pessoas e aos efeitos colaterais da medicação, enquanto que para os pacientes foram: conhecimento da doença, complicações e medicação. Os mesmos itens foram avaliados também em relação ao desenho-estória, por vezes alterando-os.

Algumas declarações dos pais, realizadas durante a entrevista e captadas pelos autores de maneira pontual forneceram uma idéia do nível de preocupação quanto a esses itens. Entre parênteses está identificado o número da família.

#### Evolução da Doença:

"Pensei que ele poderia precisar de transplante, de hemodiálise. Levei um choque, fiquei desesperada, pensei em coisa ruim." (F.6)

"Achei que era grave e que ia ter que fazer hemodiálise." (F.1)

#### Etiologia/Culpabilidade:

"Não sei se foi por falta de cuidado, mas eu cuidei muito bem dos meus filhos." (F.1)

"Foi minha culpa: eu não comia, não me alimentava

#### Quadro 2. Características clínicas dos 23 pacientes à época da aplicação dos questionários.

Características	Resultados
Idade	Média de 8 5/12 anos Variação de 3 9/12 a 19 anos
Sexo	Masculino 13 Feminino 10
Tempo de evolução	Média de 4 8/12 anos Variação de 7/12 a 13 anos
Recaídas (*)	Frequentes 12 Ocasiais 11
Remissão (**)	Pacientes 19
Medicamentos	Sem medicamentos 15 Corticoterapia 6 Ciclosporina 2

(\*) Recaídas frequentes: duas ou mais por semestre de evolução; (\*\*) Remissão ausência de edema e proteinúria

#### Quadro 3. Características dos pais em relação ao grau de instrução, estado civil e número de filhos por família. N= número de pais

Grau de instrução	Pai (N=20)	Mãe (N=20)
Primeiro grau completo	2	2
incompleto	7	9
Segundo grau	4	3
Superior	2	2
Ignorado	5	4

Estado civil: casados: 20 separados: 2 solteiros: 1

#### Número de filhos por família:

Filhos	Número de famílias
1 filho	3
2 filhos	9
3 filhos	6
> três filhos	5

direito durante a gravidez. Eu não conseguia me alimentar porque trabalhava demais.” (F.9)

#### Medicação:

... “me falaram que o remédio que eu tinha que dar para ela (corticóide) era muito forte e poderia dar problema de coração. Eu quase enlouqueci e passei seis meses sem dar o remédio para ela, mesmo o médico falando que precisava.” (F.20)

“Com remédio fica muito nervoso, não quer dormir, só quer colo e só quer ficar com a mãe o tempo todo. Sem remédio é uma maravilha, nem parece que tem criança em casa.” (F.17)

#### Complicações:

“Com as recaídas nós ficávamos em pânico.” (F.12)

“No primeiro ano da doença ela ficou internada quatro vezes. Sempre procurei passar segurança para ela, mas minhas pernas amoleciam.” (F.9)

#### Superproteção:

“Antes eu não deixava brincar muito, não ia em festa de criança, não ia à igreja, não andava de ônibus.” (F.9)

“Nós o mantemos o mais isolado das crianças porque não tem defesa. Quando vai num consultório tem que ficar isolado em outra sala.” (F.5)

“A gente tem mais cuidado com ele, fico atenta ao xixi dele.” (F.6)

“Não o levamos mais para passear, pois evitamos aglomeração, ar condicionado e piscina.” (F.17)

#### Escolaridade/Comportamento:

“Tinha dificuldade na escola porque um dia estava magrinha, outro dia inchada e os amigos tiravam sarro. Ficou inibida, com dificuldade de relacionamento... não fazia trabalhos em grupo. A amizade ficou restrita.” (F.4)

“No começo ela não queria nem brincar, dizia que era pra não falar disso. Ela tinha medo de morrer igual ao filho de um conhecido nosso.” (F.11)

#### Dinâmica Familiar:

“O pai não quer mais passear em lugar nenhum. Evita ar condicionado, aglomeração, piscina. Tudo fica em função do menino doente. As outras crianças ficam revoltadas, com raiva. Para se fazer algum programa a família fica dividida. Na alimentação, reduziu o sal para todos e restringiu chips para todos. Apareceram muitos atritos entre meu marido e eu. Tive que parar de trabalhar e a minha filha já está com problemas psicológicos.” (F.17)

“Mudou muita coisa. Eu e meus filhos ficamos mais próximos, mas distantes do meu marido, pois tivemos de mudar de cidade. Ele vinha me visitar a cada 15 dias. E isso mudou para sempre. Todos nós também comemos sem sal.” (F.2)

#### Situação econômica:

“O remédio é muito caro e tem dias que a gente não tem dinheiro.” (F.3)

“Eu iniciei o tratamento particular. Depois não tinha mais dinheiro, mas o médico me passou para cá e a dificuldade maior, que era o dinheiro para o tratamento ficou resolvida.” (F.20)

Das crianças selecionadas, quatro não responderam a nenhuma das questões contidas no roteiro de

entrevista e outras responderam parcialmente. Segue uma amostra de suas dúvidas, preocupações e angústias, indicando o número da família a que pertencem e sua idade.

#### Conhecimento da Doença:

“Não sei nada” (P.22 - 7a7m)

#### Complicação:

“Penso que tenho que tomar injeção e fico com muito medo de perder a veia, então eu cuido. Fico deitada para não perder. Eu não gosto de internar e nem de pegar a veia, mas se é preciso, fazer o que?” (P.5 - 4a)

“É difícil ficar olhando a barriga, o pé e a mão. O Doutor examina, eu não gosto quando ele olha.” (P.11 - 8a1m)

#### Medicação:

“Deixa a boca amarga, dá muita fome e deixa com raiva. Fico com mais raiva: da escola, dos amigos, da doença” (P.10 - 12a4m)

“Só fome. Ainda mais com o meticorten. Comia o dia inteiro” (P.2 - 12a10m)

#### Escolaridade/Comportamento:

“Mudou bastante. Eu engordava muito com o remédio e o pessoal tirava muito sarro na escola. Eu não conseguia prestar atenção, não perguntava, tinha medo de chamar atenção e os amigos começaram tudo outra vez. As atividades também sempre mudam um pouco. Eu não conseguia fazer trabalhos em grupo. Quando era necessário eu propunha dividir em partes e fazia a minha sozinha em casa e depois levava para acrescentar no trabalho. Para jogar, as outras crianças não me deixavam participar, diziam que eu era muito mole. Eu ficava mais quieta, mais fechada e depois da 5ª série eu comecei xingar também.” (P.4 - 15a4m)

“Na escola, quando eu tomava remédio e ficava inchada, eu ficava com muita vergonha, porque todo mundo ficava olhando e perguntando. Eu ficava um pouco nervosa de me ver naquela situação.” (P.20 - 15a)

#### Evolução da Doença:

“Fiquei com medo de morrer quando o médico falou que não tinha cura. Entendi que também não tinha tratamento e não ouvi mais nada. Só veio a idéia de morte. Ficava preocupado, não sarava nunca.” (P.13 - 19a)

“Medo de morrer. Medo de não sarar.” (P.6 - 5a8m)

“Eu vou ficar feia desse jeito quando ficar grande?” (P.18 - 7a6m)

#### Superproteção:

“Não podia brincar, nem correr e ficava com muita raiva. Minha mãe tirou as rodas da minha bicicleta e escondeu a bola.” (P.6 - 5a8m)

“Não posso brincar, porque quando brinco eu incho, A mãe não deixa.” (P.3 - 8a4m)

#### Etiologia da Doença:

“Quería saber se eu já nasci com isso e por que deu em mim?” (P.5 - 4a)

“É um vírus que veio no ar, fiquei inchado e demorei um monte para sarar: uns seis ou sete anos.” (P.2 - 12a10m)

Para os pais, o item evolução da doença deu origem à situações de alerta com muita frequência. Trata-se de

**Quadro 4. Distribuição da presença dos diferentes itens de acordo com o relato dos pais e pacientes (Filhos). A célula sombreada indica a presença do item pesquisado e considerado negativo.**

Família Número	Itens																				
	Evolução		Etiologia e culpa		Medicação		Complicações		Superproteção		Escolaridade e comportamento		Dinâmica familiar		Situação econômica		Conhecimento		Total		
	pais	filho	pais	filho	pais	filho	pais	filho	pais	filho	pais	filho	pais	filho	pais	filho	pais	filho	pais	filho	
1	■	■	■		■	■		■				■	■							4	4
2				■										■						2	4
3	■		■		■					■		■				■		■		5	2
4	■		■		■	■		■				■	■		■					0	2
5	■		■	■	■			■	■					■			■	■		8	3
6	■	■	■		■	■				■	■						■	■		5	4
7	■				■		■	■												3	1
8			■		■										■		■			5	0
9	■				■				■			■		■					■	7	2
10	■	■	■		■	■		■		■		■	■							5	5
11	■		■									■		■						5	2
12	■				■	■													■	3	2
13	■	■	■		■	■		■			■		■							4	4
14			■		■						■		■		■				■	5	3
15	■		■		■							■		■					■	4	1
16	■		■		■	■		■				■		■						4	4
17	■		■		■		■	■		■				■					■	6	2
18	■	■	■		■	■		■				■	■		■				■	5	5
19	■		■		■			■	■					■						6	1
20	■	■	■		■	■		■				■			■		■			7	4
21					■									■		■		■		4	2
22	■		■		■			■				■		■					■	8	1
23	■		■		■									■			■			5	0
total	20		21		33		23		10		21		10		11		20				

doença pouco conhecida e o fato de ser renal faz com que os pais relacionem com necessidade de tratamento dialítico, transplante renal e morte. Através das entrevistas percebeu-se o grande receio dos pais quanto à evolução da doença, alguns inclusive demonstraram medo de falar sobre o assunto. Cabe ao médico que atende pacientes com síndrome nefrótica estar atento, ouvi-los e procurar tranquilizá-los nesse aspecto.

De todos os pacientes, seis verbalizaram receio com a evolução da doença, porém com a aplicação do desenho estória, detectou-se em 13/18 pacientes a presença de pensamentos e sentimentos, com altos níveis de

ansiedade e medo de suas conseqüências, mas também esperança de cura. O paciente (P4 - 15a4m) contou essa estória de nome A fé: "É... no mar existem muitos peixes iguais a esse, mas esse vive só, correndo de tubarões que aparecem por lá. Ele acredita que um dia isso tudo vai acabar". Essa estória indicou que apesar de saber que outras crianças e adolescentes também têm essa doença, ele sente-se só e ameaçado pelos riscos reais e imaginários e tem esperança de cura.

Os pais entrevistados tentaram achar uma explicação para a doença de seu filho. Frequentemente, a explicação encontrada gerou sentimentos de culpa em um

ou ambos progenitores. Considerando que a etiologia da síndrome nefrótica por lesões mínimas continua sendo desconhecida torna-se importante que o médico ouça as dúvidas dos pais tentando dissipar os conceitos errôneos.

A medicação representou também sinal de alerta, tanto para os pais quanto para os pacientes. Enquanto a preocupação dos pais foi sobre os possíveis efeitos colaterais da corticoterapia, para os pacientes as dificuldades estiveram relacionadas ao gosto amargo e alterações de humor. Ao se estabelecer o diagnóstico de síndrome nefrótica deve-se orientar a família sobre a importância da aderência ao tratamento, seguindo corretamente a corticoterapia proposta, pois é a partir da resposta à terapêutica que pode-se estabelecer a provável evolução do caso, necessidade ou não de biópsia renal. Há necessidade de orientar os familiares quanto aos efeitos colaterais mais freqüentes, informar que a maioria dos efeitos desaparece com a suspensão do medicamento e que dose, introdução e suspensão só podem ser feitas sob orientação médica. Os pais são aconselhados a lerem a bula do medicamento empregado e discutirem suas dúvidas com o médico responsável pelo paciente. Quanto às crianças é sempre importante ajudá-las a entender que independente do gosto, esta medicação pode ser responsável por sua melhora.

Outro aspecto que deve ser abordado é o caráter recidivante da síndrome nefrótica e a maior susceptibilidade às infecções. A recidiva do edema e proteinúria gerou frustração e angústia nos pacientes e seus pais, que se não orientados tendem a procurar outros serviços médicos ou tratamentos alternativos, muitas vezes insatisfatórios. Sempre que possível deve-se evitar internações e quando necessárias o paciente deve permanecer o menor tempo possível hospitalizado. A maior parte dos pacientes lembrava-se dos episódios de internação, mesmo que ocorridos há anos, como a criança (P1 - 13a6m) que relatou, quase chorando, sua primeira internação ocorrida aos quatro anos de idade, falando do medo que sentiu, agravado pela ausência da mãe. Essas complicações tendem a ser sentidas pela criança como situações extremamente ruins, como pode ser observado na figura 1. O paciente (P21 - 8a) desenhou sua vida em casa e também quando esteve no hospital, e contou essa estória: *"Era uma vez uma casinha no sítio. Eu morava nela e gostava muito. Um dia, fui para o hospital. Minha irmã ficou comigo e minha mãe também. Todo dia eu acordava cedo. Eu era muito feliz quando não estava doente."* Dez pacientes referiram-se à vários tipos de restrição que a doença lhes impôs, direta ou indiretamente.

A existência de superproteção foi apontada por 6/23 pacientes e 4/23 famílias. Entretanto, os pais cujos filhos denunciaram a existência de superproteção não a reconheceram e vice-versa. Apenas em um dos casos, paciente e pais concordaram quanto à sua existência. Uma das crianças (P11 - 8a1m) demonstrou, através do desenho-estória, que não gosta desse comportamento dos pais e tenta evitá-lo. Segue um trecho de uma de suas estórias: *"Era uma vez um menininho e uma menininha. Correram na chuva e a mamãe não sabia disso. Quando soube levou-os ao médico. Daí eles foram bem longe e a mãe foi atrás deles. ... Eles estavam doentes e a mamãe levou-os ao médico e depois disse: - filhinhos, se bagunçarem na sala de aula eu vou à escola e vou ficar lá com vocês."* Apareceu a idéia de que a mãe os levou

ao médico apenas porque fizeram algo proibido (correr na chuva) e não porque ficaram doentes em consequência disso. As crianças tentaram ir pra longe, mas a mãe os seguiu e ameaçou ficar na escola (lugar apenas de crianças) com eles, controlando-os.

As entrevistas possibilitaram também a observação da relação pais e filho, em casos onde a criança se recusou a se separar de seus pais. Durante uma delas, (F19) a mãe mostrou-se muito exigente não deixando que o filho tocasse em nada da sala e permanecesse todo o tempo sentado sem nenhuma atividade, apesar de sua pouca idade (4a9m). Importante acrescentar que nesse caso, ambos (pai e paciente) não indicaram em nenhum outro momento a existência de superproteção.

Embora a superproteção tenha sido referida por pequeno número de pais e pacientes, sabemos que deve estar presente em maior número de famílias. De acordo com nossa opinião houve o fato da superproteção ter sido referida por filhos cujos pais a negaram. Talvez para os pais exista apenas excesso de zelo na tentativa de evitar infecções e conseqüentemente recaídas, hospitalizações. Os pais devem ser incentivados a manter seu ritmo normal de atividades com atenção a todos os filhos. As orientações médicas devem ser bem claras quanto ao ambiente domiciliar, atividades físicas próprias da idade, vacinações o mais completo possível.

Dentre as atividades normais da idade deve-se incentivar a freqüência à escola. Tanto os pais como os pacientes referiram problemas de relacionamento na escola. A presença de edema, com alteração da estética corporal do paciente, gerou sentimento de baixa autoestima, que reflete no rendimento escolar do paciente nefrótico. Houve uma tendência ao isolamento, com pouca participação em trabalhos grupais e atividades esportivas. Somaram-se a esses fatores as variações de humor secundárias a corticoterapia.

A presença da doença interferiu na dinâmica familiar, positivamente unindo os familiares ou de maneira desagregadora, intensificando conflitos já existentes.

Apesar da maioria dos pais terem conhecimento sobre a doença e confiança na equipe médica, persistiram os sentimentos de ansiedade e medo em relação às possibilidades de recidiva, internações, efeitos colaterais dos medicamentos e principalmente evolução para insuficiência renal e morte. Isso se relaciona com o fato desse item (evolução) também ter sido preocupante para os pacientes. Não se deve supor que as crianças não fiquem apreensivas com sua doença, apesar de seu comportamento aparentemente desligado e tampouco que os pais consigam informá-las dos fatos comunicados pelo médico. Geralmente, quanto mais grave forem, real ou imaginariamente, o diagnóstico e prognóstico, menos os pais sentem-se capazes de exercer essa função. Isso indica que o pediatra pode e deve conversar com a criança, nivelando as informações e a linguagem de acordo com sua idade.

Um dado interessante foi observado através do desenho estória. De todos os elementos que o compuseram, o mais freqüente (11/18 pacientes) foi a água e apareceu em um dos dois (desenho ou estória) ou em ambos. Isto pode refletir relação com o sintoma mais freqüente: o edema; e indica que mesmo que os pacientes não conheçam muito sobre sua doença, ainda assim conseguem captar, um de seus mecanismos básicos, a retenção de líquido.



Figura 1. Desenho de um menino de 7a7m, com diagnóstico há oito meses. No canto inferior esquerdo desenha o hospital, nos períodos de internação: pequeno e pouco colorido em comparação com o restante do desenho, que representa sua vida em casa.

Pode-se observar ainda no quadro 4, a concentração de sinais de alerta em uma mesma família, indicando quais as famílias que merecem maior atenção, como por exemplo, as de número 5, 9, 20 e 22.

### Conclusão

A metodologia utilizada foi adequada para atingir os objetivos, pois permitiu conhecer as opiniões, expectativas e preocupações dos pais e pacientes, analisar as repercussões do diagnóstico de síndrome nefrótica na estrutura e dinâmica psíquica, individual e familiar, identificando os itens que produziram maior angústia, bem como as famílias com maior concentração de situações de alerta.

Tendo em vista os resultados obtidos, modificamos o atendimento ao paciente com síndrome nefrótica.

### Atendimento Ambulatorial

Dias específicos para pacientes com síndrome nefrótica.

#### a) Consultas

Realiza-se a consulta de rotina (anamnese, exame físico, fita reagente urinária) e procura-se identificar em cada família as situações de alerta, dando oportunidade aos pacientes e seus pais de expressarem suas dúvidas e angústias. De acordo com as informações recebidas são realizadas orientações e reorientações que se fizerem necessárias.

#### b) Discussão em Grupo (a cada três meses)

Após todas as consultas faz-se uma reunião com pacientes, pais, nefrologistas pediatras e psicóloga. Exibe-se um vídeo instrucional sobre síndrome nefrótica, elaborado por dois dos autores em 1991 e reeditado em 1999 que serve como núcleo para as discussões em grupo e troca de experiências entre os pais.

### Internações

Durante toda a internação hospitalar a psicóloga oferece acompanhamento aos pacientes e familiares, procurando minimizar o medo e incertezas que se tornam mais evidentes nesta fase e facilitando a elaboração de questões pertinentes à enfermidade e suas conseqüências.

### Referências bibliográficas

1. Vance JC, Fazan LE, Satterwhite B, Pless IB. Effects of nephrotic syndrome on the family: a controlled study. *Pediatrics* 1980; 65: 948-955.
2. Berggreen SM. A study of the mental health of near relatives of 20 multihandicapped children. *Acta Paedtr Scand (Suppl.)* 1971; 215: 1.
3. Fotheringham JB, Skelton M, Hoddinott BA. The effects of the family on the presence of a mentally retarded child. *Can Psychiatr Assoc. J* 1972; 17: 283.
4. Tizard J, Grad JC. The mentally handicapped and their families. A social survey. London, Oxford University Press. 1961; 78-84.
5. Apley J, Barbour RF, Westmacott I. Impact of congenital heart disease on the family: Preliminary report. *Brit Med J* 1967; 1: 103.
6. Hewett S, Newson J, Newson E. The family and the handicapped child. Chicago, Aldine Publishing Co. 1971; 194-207.
7. Mattson A, Gross A. Social and behavioral studies on hemophilic children and their families. *J Pediatr* 1966; 68: 952.
8. Mehta M, Pande P, Bajag G, Srivastava RN. Behavior problems in nephrotic syndrome. *Indian Pediatr* 1995; 12: 1281-6.
9. A report of the International Study of Kidney Disease in Children. The primary nephrotic syndrome in children; identification of patients with minimal change nephrotic syndrome from initial response to prednisone. *J. Pediatr* 1981; 98: 561-564.
10. Trinca W. Investigação Clínica da Personalidade: o desenho livre como estímulo de apercepção temática. São Paulo. EPU, 1987.
11. Medawar PB. Conselho a um jovem cientista. Brasília:UnB, 1882:61-69.